

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПОЧЁТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е. И. академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГБУ РКНПК Минздрава РФ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Чазова И. Е. президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, профессор, член-корр. РАМН, директор НИИ кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава РФ

Яковлева Т. В. заместитель министра здравоохранения РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

Карпов Ю. А. вице-президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, профессор, первый заместитель генерального директора ФГБУ РКНПК, заместитель генерального директора по науке ФГБУ РКНПК Минздрава РФ

Романчук С. В. главный внештатный специалист-кардиолог Ивановской области, главный врач ГУЗ Ивановского кардиологического диспансера

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

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

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Ахмеджанов Н. М. (Москва)

Бойцов С. А. (Москва)

Галявич А.С. (Казань)

Гончарова Е. А. (Москва)

Демидов А. А. (Астрахань)

Довгалецкий П. Я. (Саратов)

Карамова И. М. (Уфа)

Карпов Р. С. (Томск)

Кисляк О. А. (Москва)

Лопатин Ю. М. (Волгоград)

Мартынов А. И. (Москва)

Мартынюк Т. В. (Москва)

Медведева И. В. (Тюмень)

Небиеридзе Д. В. (Москва)

Недогода С. В. (Волгоград)

Никитин Ю. П. (Новосибирск)

Огарков М. Ю. (Кемерово)

Остроумова О. Д. (Москва)

Ощепкова Е. В. (Москва)

Перепеч Н. Б. (С.-Петербург)

Подзолков В. И. (Москва)

Рогоза А. Н. (Москва)

Терещенко С. Н. (Москва)

Тюрина Т. В. (С.-Петербург)

Чихладзе Н. М. (Москва)

Чукаева И. И. (Москва)

Шалаев С. В. (Тюмень)

Шлык С. В. (Ростов-на-Дону)

Шутемова Е. А. (Иваново)

Янушевич О. О. (Москва)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНГРЕССА В Г. ИВАНОВО

Хасбулатова Ольга Анатольевна	Первый заместитель Председателя Правительства Ивановской области, руководитель комплекса социальной сферы, председатель организационного комитета конгресса
Ратманов Михаил Александрович	Начальник Департамента здравоохранения Ивановской области, сопредседатель организационного комитета конгресса
Романчук Светлана Викторовна	Главный врач ОБУЗ «Кардиологический диспансер», главный внештатный специалист-кардиолог Департамента здравоохранения Ивановской области, заместитель председателя оргкомитета конгресса
Борзов Валерий Евгеньевич	Ректор ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»
Свяцова Надежда Михайловна	Заместитель начальника Департамента культуры и культурного наследия Ивановской области
Силкин Василий Николаевич	Председатель комитета Ивановской области по транспорту
Ермошина Татьяна Владимировна	Начальник Управления Департамента здравоохранения Ивановской области
Година Галина Константиновна	Директор ГБУ «Ивановский государственный театральный комплекс»
Трофимова Наталья Владимировна	Начальник управления координации Комплекса социальной сферы Ивановской области
Кузнецова Екатерина Андреевна	Ведущий специалист 2 разряда управления координации Комплекса социальной сферы Ивановской области

СПОНСОРЫ КОНГРЕССА

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:



АСТРАЗЕНЕКА



БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ



САНОФИ

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ:



«СЕРВЬЕ»



MSD



ЗЕНТИВА



ГЕДЕОН РИХТЕР

ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»



ООО «НОВАРТИС ФАРМА»



ПФАЙЗЕР



Nycomed: a Takeda Company

ТАКЕДА

СПОНСОРЫ КОНГРЕССА:

«АКТЕЛИОН ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ»

«Д-Р РЕДДИС ЛАБОРАТОРИС ЛТД»

«ШТАДА СИАЙЭС»

АКТАВИС

БАЙЕР

БЕРЛИН-ХЕМИ/А.МЕНАРИНИ

КРКА

ЛУНДБЕК

ОАО «ЭГИС»

ФАРМСТАНДАРТ

ЗББОТТ ЛЭБОРАТОРИЗ

ООО «МЕД ИНН»

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА:

ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИА МЕДИКА»

СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Коваленко Е. В.	9
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПАМИДА Срождинова Н. З., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Ж., Шакирова Н.Ш., Хафизова Л.Ш., Турсунова Н.Б.	9
БЕЗОПАСНОСТЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОЦЕНКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА ПРИ ГИПЕРТОНИИ	9
Рипп Т. М., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Е.Г., Семке Г.В., Ситкова Е.С., Личикаки В.А., Карпов Р.С.	9
БИОМЕХАНИКА КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Гаранин А. А., Рябов А. Е., Фатенкова О. В.	10
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У ШКОЛЬНИКОВ Гакова Е. И., Акимова Е.В., Кузнецов В.А.	10
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Коваль С. Н., Снегурская И. А., Мысниченко О. В., Юшко К. А.	11
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ Скибицкая С. В., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В.	11
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АЛИСКИРЕН, НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Гаркуша Е. С., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.	12
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Алексеева Т. С., Огарков М.Ю., Скрипченко А.Е.	12
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ Бабенко А. Ю., Вархрамеева Н. В., Гринева Е. Н.	12
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ БРАХИОЦЕФАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Буряк В. В., Вишнякова В. С.	13
ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КОГОРТЕ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	13
Ковригина М. Н., Тогузова З.А., Мамедов М.Н.	13
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЛИПИДНОМ ОБМЕНЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Мельчинская Е. Н., Громнацкий Н. И., Сошникова Н. М., Нарыков А. А., Булычев Г. И.	14
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Разумовский И. В., Шлык С. В., Хаишева Л. А., Гарина И. А.	14
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Чугунова Д. Н.	15
ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Жук Е. А., Мясоедова С. Е., Кириченко Н. В., Корягина Н. В.	15
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И СУТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ АГРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ Матросова И. Б., Мельникова Е. А.	15
ДИНАМИКА МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Маркова А. В., Шварц Ю. Г.	16
ДИНАМИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТАДИИ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Рачкова С. А., Кириченко М.В., Романчук С.В.	16
ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС Можейко М. Е., Рябихин Е.А., Капустина Т.Е.	17

ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОГО ПОРОГА ВКУСОВОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В РАЗВИТИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Хамидуллаева Г. А., Срождинова Н.З., Абдуллаева Г.Ж., Каримова Б.Ш., Хафизова Л.Ш., Шакирова Н.Ш., Кеворков А.Г.	17
ИЗБЫТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ - НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ Бабкин А. П.	18
ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ ВРАЧАМИ ТЕРАПЕВТАМИ И КАРДИОЛОГАМИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ Ерегин С. Я., Можейко М. Е., Вигдорчик А. В., Хьюз Дэвид Лин.	18
ИЗМЕНЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ПОДАТЛИВОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Морозов С. Н., Донская А.А., Морозова Е.А.	19
ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Гарина И. А., Хаишева Л. А., Шлык С. В., Разумовский И. В.	19
ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Орлова Н. В., Ситников В. Ф., Чукаева И. И.	20
ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ Орлова Н. В. Чукаева И. И., Карселадзе Н. Д.	20
КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Лясникова М. Б., Сусликова Н.О., Белякова Н.А.	20
КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Яхонтов Д. А., Деришева Д. А.	21
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХСН Рябихин Е. А., Можейко М.Е., Капустина Т.Е.	21
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Якунина Е. Н., Юрченко С. Г., Жилкина В. Ю., Бабкин А. П.	22
КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ НА СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Олейников В. Э., Сергацкая Н. В., Гусаковская Л. И.	22
КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Харьков Е. И., Давыдов Е. Л.	23
МЕЖОРГАНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НА РАННЕЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ Нанчикеева М. Л., Буланов Н. М., Козловская Л. В., Гилязова А. С.	23
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ Акимова Е. В., Загородных Е. Ю., Гакова Е. И., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.	24
МУЛЬТИЛОКУСНЫЕ АССОЦИАЦИИ ГЕНОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Тимашева Я. Р., Насибуллин Т. Р., Хусаинова Л. Н., Карамова И. М., Мустафина О. Е.	24
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 36-45 ЛЕТ Корягина Н. А., Петрищева А. В., Василец Л. М., Туев А. В.	25
НЕЛИПИДНЫЕ ЭФФЕКТЫ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ФЕНОФИБРАТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Батрак Г. А., Мясоедова С. Е., Келеш О. И.	25
НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Боева О. В., Сайфутдинов Р. И.	26
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Скибицкий А. В., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В.	26
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ Назарова А. В., Назарова О. А.	27
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ Чумакова Е. А., Гапонова Н.И.	27

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ Хоролец М. В., Геворкян Р.С.	28
ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСУДИСТУЮ ЖЕСТКОСТЬ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю., Коломейчук С. Н., Курбатова И. В.	28
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТЕЛМИСАРТАН У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Хафизова Л. Ш., Хамидуллаева Г.А., Каримова Б.Ш., Шакирова Н.Ш., Турсунова Н.Б.	28
ОЦЕНКА СИНДРОМА ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН Шепель Р. Н.	29
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ Хоролец Е. В., Хаишева Л. А., Шлык С. В., Бекетов П.А.	29
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ОЖИРЕНИЕМ Сухонос В. А.	30
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С РАЗЛИЧНОЙ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ Бабкин А. П., Игнатова Е. В.	30
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ АПФ И β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С АГ Бабкин А. П., Гладких В. В.	31
ПОДАГРА, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И УРИКЕМИЯ Мытник Е. А., Михневич Э. А.	31
ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕНОКАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ Демихова Н. В.	32
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ, КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Матросова И. Б.	32
ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ 16-НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ Гусаковская Л. И., Олейников В. Э.	33
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ Зайцева В. П., Нанчикеева М.Л., Полякова Т.В.	33
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Аскаров А. Р., Нелаев В. С., Шалаев С. В.	33
ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХБП У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Маркова А. В., Шварц Ю. Г.	34
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Срождинова Н. Э., Турсунова Н.Б., Курбанов Р.Д.	35
САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ Каюмова М. М., Гафаров В. В.	35
СОПУТСТВУЮЩАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Гальцова О. А., Романенко В.В.	35
СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Масленникова О. М.	36
СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Замяткина О. В., Лазарева Н. В., Давыдова М. В., Шарова В. Г., Жилыева Ю. А.	36
СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И ИНДЕКС СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Акимов А. М., Гафаров В. В., Смазнов В. Ю., Кузнецов В. А.	37
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСНОВНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА Бадейникова К. К., Мазаев А. П., Мамедов М. Н.	37
УРОВЕНЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Черняев А. А., Демидов А. А.	38

УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДОВ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Биляченко И. Г., Шараева М. Л.	38
ФАКТОР ФОН Виллебранта у больных артериальной гипертензией Хоролец Е. В., Хаишева Л. А., Шлык С. В., Бекетов П.А.	38
ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Мясоедова С. Е., Повасарис Н. С.	39
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Захарчук Н. В., Невзорова В. А., Агафонова И. Г., Гончар Е. Ю.	39
ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Давыдов Е. Л.	40
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Горбачева С. А., Белякова Н. А., Мазур Е. С., Цветкова И. Г., Кудина Е.А.	40
ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И НАЧАЛЬНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Лазарева Н. В., Атюнина И.В., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н.	41
ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ И ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Куршубадзе Э.Э.	41
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ Шодиев Б. Р., Шукурова С.М., Каримова Г.Н., Махмудов Х.Р., Мирзоева С.И.	41
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ Бабкин А. П., Головкин Т.В., Романова М.М.	42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ФЕЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА Бабкин А. П., Гладких В. В.	42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Мусаев А. А., Алимбаев С.А., Арипов М.А., Бекбосынова М.С., Турапова М.Т., Гончаров А.Ю., Керимкулова Г.М.	43
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Сокаева З. Т. Скибицкий В. В., Фендрикова А. В., Спиropулос Н. А.	43
ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ Руденко Т. Н.	44
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ РАМИПРИЛА И ГИДРОХЛОРОТИАЗИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Мирсайдуллаев Мирзоулугбек Мирмахмудович, Мирсайдуллаев Мирмахмуд Миршахидович	44
ЭФФЕКТЫ КУРСОВОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРА МЕКСИКОРА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ Сараев И. А., Сараева Ю. В.	45
КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ	47

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

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коваленко Е. В.

ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России**Введение (цели/задачи):**

Цель исследования: анализ заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (АГ) подросткового населения Саратовской области.

Материал и методы:

Изучена динамика показателей первичной и общей заболеваемости АГ подросткового населения (15-17 лет) Саратовской области и Российской Федерации РФ (РФ) по официальным данным Министерства здравоохранения РФ «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» 2012 г., Министерства здравоохранения Саратовской области за период 2005 – 2011 гг. (форма №12). Заболеваемость рассчитана на 10000 населения соответствующего возраста в промилле (‰).

Результаты:

За период с 2005 по 2008 гг. уровень общей заболеваемости АГ подросткового населения Саратовской области увеличился с 102,9 до 162‰ (на 57,4%), затем снижались и в 2011 г. составил 135‰. В РФ наблюдался рост показателя в 2005-2009 гг. с 43,6 до 70,3‰ (61,3%) с последующим снижением до 65,5‰ в 2011г. На протяжении всего периода наблюдения региональный показатель превышал показатель по РФ в 1,6 - 2,4 раз. В 2005 – 2011 гг. АГ занимала первое ранговое место в структуре общей заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) у подростков, доля АГ колебалась от 13,5% до 19,8% в регионе и от 10,1% до 13,5% в РФ. Показатель первичной заболеваемости АГ подросткового населения Саратовской области увеличился за 2005 – 2008 гг. с 26,8 до 46‰ (на 71,6%), резко снизился в 2009 г. до 29‰, в 2010 г. составил 48‰ и в 2011 г. - 41‰. В РФ за период 2005-2009 гг. показатель первичной заболеваемости АГ увеличился с 16,7 до 23,3‰ (на 39,9%), в последующем постепенно снижались и составил в 2011 г. 21,1‰. На протяжении всего периода наблюдения региональный показатель превышал показатель по РФ в 1,2 - 2,1 раз. Доля АГ в структуре первичной заболеваемости подростков БСК колебалась от 12,3% до 19,7% в регионе и от 11,4% до 13,4% в РФ. Ранжирование 38 районов области по показателям заболеваемости АГ выявило выраженные различия. В 2010 г. наиболее высокий уровень общей заболеваемости АГ выявлен у подростков в Воскресенском районе - 859‰, Ардакском - 576‰ и Турковском - 347‰. Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости подростков АГ выявлен в этих же районах области: Воскресенском – 286‰, Турковском - 109‰, Ардакском - 101‰. В 8 районах АГ у подростков не зафиксирована.

Заключение:

В Саратовской области сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по артериальной гипертензии у подростков. Региональные показатели заболеваемости превышают общероссийские.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПАМИДАСрожидинова Н. З., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Ж.,
Шакирова Н.Ш., Хафизова Л.Ш., Турсунова Н.Б.Республиканский Специализированный Центр
Кардиологии, Ташкент, Узбекистан**Введение (цели/задачи):**

Оценить антигипертензивную и органопротективную эффективность и метаболическую нейтральность индапамида у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 больных с АГ 1 и 2 степени (ЕОГ/ЕОК, 2007). Средний возраст больных составил 40,9±7,9 лет. Всем больным проводились ЭхоКГ, тест с реактивной гиперемией, определение толщины КИМ, липидов, глюкозы крови и микроальбуминурии. Больные получали индапамид («Индап», ProMed Prague) в дозе 2,5мг в сутки в течение 12-недель.

Результаты:

Монотерапия с индапамидом показала хорошую антигипертензивную эффективность к концу 12-недели. Так, уровень САД снизился с 154,5±10,4 до 122,6±10,7 мм рт.ст., p=0,000, ДАД - с 100,9±7,6 до 77,7±7,1 мм рт.ст., p=0,000, Адср - с 118,7±7,9 до 92,7±7,7 мм рт.ст., p=0,000. При этом Δ САД составила -20,4±6,6%, ΔДАД - -22,8±6,1%. Также на фоне монотерапии с индапамидом отмечалась достоверная регрессия ГЛЖ: индекс ММЛЖ уменьшился с 275,4±76,5 до 260,5±80,4 кг/м2, p=0,023, а ИММЛЖ снизился с 139,1±36,5 до 133,8±39,3 кг/м2, p=0,17. При оценке ЭЗВД на фоне монотерапии с индапамидом выявлено улучшение вазорегуляторной функции эндотелия. Так, ΔD увеличился с 3,739±6,54% до 7,78±8,01%, p=0,00003. Отмечалась тенденция к снижению уровня МАУ с 15,5±25,6мг/л до 9,88±6,98мг/л, p>0,05. Толщина КИМ на фоне терапии достоверно не изменялась: с 0,88±0,21мм до 0,82±0,19мм, p>0,05. Следует отметить, что монотерапия с индапамидом не оказывала негативное влияние на липидный и углеводный обмен.

Заключение:

Наряду с антигипертензивной эффективностью монотерапия с индапамидом приводит к регрессии ГЛЖ и улучшению ЭЗВД, при этом препарат является метаболически нейтральным.

БЕЗОПАСНОСТЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОЦЕНКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА ПРИ ГИПЕРТОНИИРипп Т. М., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е.,
Рипп Е.Г., Семке Г.В., Ситкова Е.С., Личикаки В.А.,
Карпов Р.С.ФБГУ НИИ Кардиологии СО РАМН,
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ**Введение (цели/задачи):**

Применение инновационного метода лечения транскатерной

симпатической денервации почек (ТСДП), как любая новая технология требует всесторонней оценки безопасности метода, поэтому целью исследования была оценка компенсаторных возможностей мозгового кровотока (КВ МК), его цереброваскулярного резерва (ЦВР), при применении ТСДП у пациентов с резистентной гипертензией (РГ).

Материал и методы:

Все участники дали информированное согласие для исследования, которое проводилось исходно и через 6 месяцев после ТСДП. Для оценки ЦВР использовалась транскраниальная УЗДГ средних мозговых артерий (СМА) с определением динамики скоростей кровотока (FVm) - СМА исходно, во время теста с гипероксией (при 2 мин. ингаляции 100% кислорода) и в период восстановления (3 мин. ингаляция воздухом) у 29 пациентов 53±9 лет с РГ (АД > 160/100 мм рт.ст. на фоне приема полноразовой комбинации более трех антигипертензивных препаратов). Использовались параметры ЦВР: индекс реактивности $IPVmO2 = (Vm0 - Vm2) / Vm0 * 100$, коэффициент реактивности $KPO2 = Vm2 / Vm0$, индекс восстановления $IBO2 = Vm0 / Vmrec$, индекс изменения скорости реакции $IIICFVm = (VmO2 - Vm0) / 120$, где Vm0 – исходный параметр СК СМА, VmO2 – СК через 2 мин. ингаляции, 120 - время ингаляции в сек. Вмешательство через трансфеморальный доступ проводилось путем РЧА с обеих сторон в 4-8 точках под контролем температуры в точке контакта с интимой ПА - 600С, с мощностью 8 ватт продолжительностью до 2 мин. Назначенная терапия в процессе исследования не изменялась.

Результаты:

Исходно определялось 3 типа ответной реакции ЦВР: нормальная (Н) у 10,3%, патологическая сниженная (ПС) у 37,9% и патологическая противоположно направленная (ППН) у 51,7% пациентов. Через 6 месяцев после ТСДП типы ЦВР трансформировались до: Н-38,9%, ПС-44,4% и ППН-16,7% пациентов. Было выявлено значимое различие между параметрами ЦВР до и после ТСДП: $IPVmO2 = 4.7 \pm 3.1\%$ и $13.8 \pm 1.6\%$ $p = 0.001$; $KPO2 = 1.48 \pm 0.3$ и 0.96 ± 0.07 $p = 0.01$; $IBO2 = 1.32 \pm 0.06$ и 1.09 ± 0.01 $p = 0.01$; $IIICFVm = 0.026 \pm 0.001$ и -0.10 ± 0.06 cm/c $p = 0.004$ соответственно.

Заключение:

Исходно определялось снижение силы и скорости КВ МК у пациентов с РГ при гипероксии. Лечение с использованием ТСДП способствовало нормализации типов гипероксической реакции у 28% пациентов и значимому улучшению силы и скорости реакции ЦВР.

БИОМЕХАНИКА КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гаранин А. А., Рябов А. Е., Фатенкова О. В.

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Цель - выявить нарушения биомеханики кровообращения у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 70 мужчин (средний возраст 22±2 года), которые разделены на 2 группы. 1 группу (контрольную) составили 40 практически здоровых лиц, 2 группу – 30 лиц с систолической АГ 1 степени. Всем обследуемым регистрировались апекскардиограммы, сфигмограммы a.carotis и a.radialis,

реовазограммы и реопульмонограммы. Проводился компьютерный анализ показателей биомеханики: среднего ускорения и работы. Статистический анализ осуществлялся с применением критерия Вилкоксона посредством программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты:

Выявлено усиление механической активности миокарда в систолу во 2 группе: работа в фазу повышения внутрижелудочкового давления при АГ превышала значения 1 группы в 2 раза ($p = 0,041$). На a. carotis во 2 группе работа в фазу медленного притока была меньше нормы на 17,7% ($p = 0,03$). На a. radialis во 2 группе зафиксировано уменьшение силы в фазу мышечного компонента оттока (МКО) на 20% ($p = 0,033$) по сравнению с контролем. Анализ биомеханики малого круга кровообращения (МКК) показал снижение силы при АГ в фазы МКО и капиллярно-венозного оттока (КВО) по сравнению с нормой в 2 ($p = 0,002$) и 2,2 ($p = 0,003$) раза соответственно. По данным реовазографии обнаружено снижение функции сосудистого русла большого круга кровообращения (БКК). Так, на верхней конечности работа снизилась в группе 2, по сравнению с группой 1, в фазы МКО и КВО в 2,7 ($p = 0,013$) и 2,5 ($p = 0,012$) раза соответственно, а также в фазу эластического компонента оттока на 27% ($p = 0,018$). На нижней конечности указанный показатель снизился лишь в фазу МКО на 80% ($p = 0,047$).

Заключение:

При АГ наблюдается систолическая гиперфункция миокарда и снижение диастолического растяжения центральных артерий в результате увеличения периферического сопротивления наряду с гиподисфункцией периферических артерий под воздействием увеличенного ударного объема у данной группы лиц. При АГ более выраженные изменения выявлены на верхних конечностях, что обусловлено большим резервом емкостных сосудов нижних конечностей. Кроме того, на фоне АГ развивается выраженная гиподисфункция МКК и БКК, которая является предиктором развития легочной гипертензии и становления недостаточности кровообращения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У ШКОЛЬНИКОВ

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

Филиал ФГБУ «НИИ Кардиологии» СО РАМН
«Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии и ее основных факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства

Материал и методы:

Материалы и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование 2640 школьников 7-17 лет общеобразовательных школ г.Тюмени с откликом на обследование 87,7%. Кардиологический скрининг проводился с применением стандартизованных методов по программе «МОНИКА». У 1816 школьников 9-17 лет (880 мальчиков, 936 девочек) определен порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по модифицированной методике R. Henkin и соавт., (описанной Е.Н.Константиновым, 1983). Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты:

В результате исследования популяции школьников высокий ПВЧПС выявлен у 14,8%, средний – у 75,8%, низкий – у 9,5% лиц. Ощутимая средняя концентрация соли наблюдалась более высокая в популяции мальчиков по сравнению с девочками (0,46% против 0,37% соответственно). Среди подростков 14-17 лет распространенность повышенного ДАД составила у мальчиков 10,%, у девочек – 2,2%; ($p < 0,05$). В группе школьников с повышенным уровнем ДАД был выявлен достоверно более высокий ПВЧПС, чем с у школьников с нормальными значениями ДАД (у мальчиков -0,46% vs 0,32%, у девочек - 0,37% vs 0,29%, ($p < 0,05$). При парном корреляционном анализе более выраженная прямая связь – от средней до сильной – наблюдалась между повышенным ДАД и высоким ПВЧПС (от $r = 0,62$ до $r = 0,97$, $p < 0,001$), в то время, как в подпопуляции с нормальным уровнем давления корреляционная связь между уровнем АД и ПВЧПС была слабой.

Заключение:

Заключение. Таким образом, обследованная популяция школьников характеризуется высокой распространенностью высокого ПВЧПС. Учитывая прямую ассоциативную связь между ПВЧПС и уровнем ДАД, тщательный контроль в популяции за этим параметром может служить одной из мер не медикаментозной профилактики формирования АГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коваль С. Н., Снегурская И. А., Мысниченко О. В., Юшко К. А.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»

Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования было изучение взаимосвязей уровней васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) без сахарного диабета (СД) и нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) с показателями липидного и углеводного обменов.

Материал и методы:

Обследовано 94 больных АГ 2-3 степени (77 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 27 до 59 лет. Определяли в крови уровни глюкозы натощак и через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста, инсулин натощак, показатели липидного спектра. Уровень VEGF определяли иммуноферментным методом. В исследование не включали больных СД и НТГ.

Результаты:

Нами не установлено различий в уровнях VEGF в зависимости от пола и степени повышения артериального давления. Выявлены достоверно более высокие уровни VEGF у больных старше 45 лет ($249,82 \pm 17,55$) пг/мл в сравнении с больными моложе 45 лет ($162,01 \pm 16,29$) пг/мл ($p < 0,01$). Установлены достоверно более высокие уровни VEGF у больных с уровнем общего холестерина (ХС) ≥ 6 ммоль/л ($261,99 \pm 29,8$) пг/мл в сравнении с больными с уровнем общего ХС ≤ 5 ммоль/л ($185,67 \pm 22,67$) пг/мл, ($p < 0,05$). Уровни VEGF были достоверно выше ($223,7 \pm 17,74$) пг/мл у больных с уровнями ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ≥ 3 ммоль/л, чем у больных с ХС ЛПНП < 3 ммоль/л ($152,73 \pm 25,14$) пг/мл ($p < 0,05$).

Установлены достоверно более высокие уровни VEGF у больных с высокой гликемией натощак (глюкоза крови $5,6 - 6,9$ ммоль/л) ($272,62 \pm 28,72$) пг/мл в сравнении с больными с нормогликемией ($188,0 \pm 13,26$) пг/мл ($p < 0,01$).

Заключение:

Установлено, что у больных АГ наиболее высокие уровни VEGF обнаруживаются в старших возрастных группах, у больных с повышенным уровнем общего ХС и ЛПНП и высокой гликемией натощак. Полученные данные могут свидетельствовать о возможной патогенетической роли VEGF в формировании нарушений липидного и углеводного метаболизма у больных АГ.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

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

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние комбинированной терапии, включающей прямой ингибитор ренина алискирен, на структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка (ЛЖ) у женщин в менопаузе с артериальной гипертензией (АГ) и различными типами ожирения.

Материал и методы:

В исследование были включены 84 женщины в менопаузе с АГ 2 степени и ожирением 1 и 2 степени: из них 49 пациенток с абдоминальным (АО) и 35 – с глuteо-фemorальным ожирением (ГФО). Всем больным исходно и через 6 месяцев наблюдения проводилось общеклиническое, эхокардиографическое исследование с определением толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, межжелудочковой перегородки (ТМЖП), индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Всем пациенткам была назначена антигипертензивная терапия, включавшая алискирен (расилез, «Novartis») в дозе 150-300 мг/сутки и индапамид ретард 1,5 мг/сутки. Обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «STATISTICA 6.1», применялись методы параметрической статистики.

Результаты:

Применение 150 мг алискирена в комбинации с диуретиком обеспечило достижение целевого уровня АД 10 больных, которые были исключены из исследования. Целевые значения АД через 8 недель терапии были зафиксированы у 37 из 41 (90,2%) женщин с АО и 30 из 33 (90,9%) с ГФО ($P < 0,05$). Через 24 недели лечения в группе пациенток с АО отмечалось достоверное уменьшение средних значений ТМЖП, ТЗСЛЖ и ИММЛЖ соответственно на 19,1%, 9,1% и 23,1% ($p < 0,05$). Лечение пациенток с ГФО сопровождалось достаточно выраженным уменьшением ТМЖП в среднем на 16,8%, ТЗСЛЖ – на 7,3% и ИММЛЖ – на 18,8% ($p < 0,05$). Через 6 месяцев наблюдения у 53,7% женщин с АО ($P < 0,007$) и 54,5% с ГФО ($P > 0,05$) регистрировалась нормальная геометрия ЛЖ, тогда как до фармакотерапии количество таких пациенток было меньше и составило соответственно 7,3% и 27,3%.

Заключение:

Применение полноразовой комбинированной терапии алискиреном и индапамидом ретард обеспечивало достижение целевых значений АД у большинства женщин независимо от типа ожирения и сопровождалось улучшением основных

параметров ремоделирования ЛЖ. Нормализация геометрии ЛЖ на фоне терапии, включавшей алискирен, достоверно чаще имела место у пациенток с АО, чем с ГФО.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АЛИСКИРЕН, НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

КубГМУ, Краснодар, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность влияния комбинированной антигипертензивной терапии, включающей прямой ингибитор ренина алискирен, на функциональное состояние почек у больных с рефрактерной артериальной гипертонией (РАГ).

Материал и методы:

В исследование было включено 146 пациентов с РАГ в возрасте $59,3 \pm 7,6$ лет (84 мужчины и 62 женщины). Критерии включения: 1) артериальное давление (АД) $>140/90$ мм рт.ст. на фоне приема 4-х антигипертензивных препаратов, включая диуретик; 2) отсутствие вторичной АГ; 3) отсутствие сахарного диабета; 4) добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Всем пациентам в дополнение к ингибитору АПФ (эналаприл 20 мг/сут), антагонисту кальция (амлодипин 10 мг/сут), β -адреноблокатору (метопролола сукцинат 100 мг/сут), диуретику (гипотиазид 12,5 мг/сут) был назначен алискирен (Расилез, Novartis) 150-300 мг/сут. До начала терапии алискиреном и через 12 месяцев наблюдения проводилось общеклиническое обследование больных, определение микроальбуминурии (МАУ), креатинина сыворотки крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, электролитов.

Результаты:

До назначения алискирена уровень систолического артериального давления (САД) и диастолического АД (ДАД) составил $168,3 \pm 9,6$ мм рт.ст. и $92,3 \pm 5,8$ мм рт.ст. соответственно. СКФ до начала исследования была $74,8 \pm 20,5$ мл/мин/1,73м², уровень МАУ $52,2 \pm 7,6$ мг/сут. Концентрация сывороточного натрия (Na) $142,15 \pm 4,3$ ммоль/л, калия сыворотки крови (K) $4,5 \pm 0,71$ ммоль/л. Через 12 месяцев наблюдения у всех пациентов достигнуты целевые значения АД, уровни САД и ДАД снизились в среднем до $125,76 \pm 4,1$ и $73,6 \pm 4,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), отмечалось достоверное уменьшение уровня МАУ до $30,4 \pm 5,0$ мг/сут. ($p < 0,05$) и увеличение СКФ до $100,1 \pm 15,4$ мл/мин/1,73м² ($p < 0,05$). Статистически значимых изменений уровней Na и K не выявлено.

Заключение:

Применение алискирена в составе комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с РАГ обеспечивает достижение целевых значений АД у всех пациентов, оказывает нефропротективное действие, проявляющееся в достоверном снижении МАУ и увеличении СКФ.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Алексеева Т. С., Огарков М.Ю., Скрипченко А.Е.

Новокузнецкий государственный институт

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ,
НИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ СО РАМН

Материал и методы:

Осмотрено 435 работников железнодорожного цеха металлургического предприятия: 96 (22,1%) женщин и 339 (77,9%) мужчин. 1. Работники локомотивных бригад (высокое психоэмоциональное напряжение и гиподинамия), 132 человека (мужчины 100%). 2. Работники ремонтной службы (умеренные психоэмоциональные и физические нагрузки), 91 человек (мужчины 90,1%). 3. Работники службы движения (умеренные психоэмоциональные и физические нагрузки). В данной группе наибольший процент работников с высшим и средним техническим образованием, всего 97 человек (мужчины 19,6%). 4. Работники железнодорожных путей (умеренные психоэмоциональные нагрузки и высокая двигательная активность), 115 человек (мужчины 92,2%).

Результаты:

Наибольший уровень систолического АД (САД) был зарегистрирован в 1 гр. – 135 (130; 140) мм рт. ст., наименьший – в 3 и 4 гр. – 130 (120; 139) и 130 (124; 140) мм рт. ст., соответственно ($p=0,003$). Наибольшие показатели ОТ – 92 (85; 101) см в 1 гр., наименьшие в 3 гр. – 84 (74; 94) см, где 80,4% обследованных – женщины. Во 2 гр. ОТ составила 89 (82; 97) см, в 4 гр. 87 (80; 96) см ($p < 0,001$). Статистически значимых различий по уровню ОХ и ИК не выявлено ($p=0,132$ и $p=0,167$). Наибольший процент курящих в 4 гр. – 66,5%, наименьший в 3 гр. – 35,1%. В 1 и 2 гр. частота курения составила 56,1% и 53,8%, соответственно ($p < 0,001$). У пациентов 3 гр. частота абдоминального ожирения (АО) была максимальной и встречалась в 50,5% случаев. В 1 гр. 46,9% работников имели АО. Реже других АО выявлено у работников 4 гр. – 29,5% ($p=0,003$). В 3 гр. частота гиперхолестеринемии (ГХС) составила 55,6%, наименьший процент ГХС зарегистрирован в 4 гр. – 29,6%. В 1 и 4 гр. частота ГХС – 38,6% и 39,6% соответственно ($p=0,013$). По частоте АГ статистически значимых различий среди разных профессиональных групп не выявлено ($p=0,186$).

Заключение:

1. Профессиональная деятельность, связанная с регулярными физическими нагрузками, способствует меньшей распространенности АО и ГХС. 2. Не выявлено значимого влияния профессиональной деятельности на распространенность курения.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Бабенко А. Ю., Вархrameева Н. В., Гринева Е. Н.

ФГБУ «ФЦ СКЭ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ

Введение (цели/задачи):

Систолическая артериальная гипертензия является частым симптомом тиреотоксикоза, однако как влияет ее развитие на характер ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при тиреотоксикозе не уточнено.

Материал и методы:

Мы провели обследование 254 пациентов с тиреотоксикозом болезни Грейвса. Диагноз был подтвержден стандартными методами. У всех больных проводилось измерение артери-

ального давления (АД) как офисное, так и домашний самоконтроль. Также у всех пациентов проводилось ЭхоКГ исследование дважды – при включении в исследование и через год от начала терапии. Оценивалась частота формирования различных вариантов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ): эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ), концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ) и концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ) согласно критериям ASE 2005 г. Степень тяжести артериальной гипертензии (АГ) устанавливалась на основании рекомендаций ВОЗМОГ, 1999 г.

Результаты:

Согласно этим критериям 83 человека (33%) имели нормальные цифры АД (< 130/85 мм рт. ст.), 89 человек (35%) – пограничные цифры АД (130/85 - 139/89 мм рт. ст.), 67 человек (26%) – АГ 1 ст (140/89-159/99 мм рт. ст.) и у 15 человек (6%) была АГ 2 ст (> 160/100 мм рт. ст.). У пациентов моложе 45 лет (n=129) АГ встречалась в 26 % случаев (n=34) и носила систолический характер. У пациентов 45 лет и старше (n=125) АГ имела в 55 % случаев (n=69) (p=0,003) и у 36 % из них (n=25) носила систоло-диастолический характер. У больных с нормальными цифрами АД гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) носила эксцентрический характер и имела у 11 % пациентов. По мере увеличения уровня АД увеличивалась как общая частота ГЛЖ, так и вклад концентрических форм: при пограничном уровне АД у 19% больных имела ЭГЛЖ, у 8% - КРЛЖ и у 2% - КГЛЖ, при АГ 1 – у 18 % была ЭГЛЖ, у 9 % - КРЛЖ и у 4,5% - КГЛЖ, а при АГ 2 ст. – у 47 % была ЭГЛЖ, у 13 % - КРЛЖ и у 33 % - КГЛЖ.

Заключение:

Мы заключаем, что развитие АГ при тиреотоксикозе вносит существенный вклад в развитие патологического ремоделирования ЛЖ, особенно концентрических вариантов.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ БРАХИОЦЕФАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Буряк В. В., Вишнякова В. С.

Запорожский государственный медицинский университет, КУ "Городская клиническая больница №6" г. Запорожье

Введение (цели/задачи):

Выявить особенности брахиоцефальной гемодинамики и определить ее возрастные характеристики у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 86 пациентов с АГ в возрасте 39-72 лет, которые по результатам ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий рандомизированы в две клинические группы: 1 – больные гипертонической болезнью (ГБ) II ст., с утолщением интимы-медии (ИМ) общей сонной артерии (ОСА) более 0,9 мм и 2 – пациенты с АГ, ассоциированной с визуализацией в просвете ОСА атеросклеротической бляшки (ИМ более 1,3 мм), сопоставимые по полу, возрасту, длительности заболевания и степени АГ с последующим определением суммарной объемной скорости мозгового кровотока (ΣFV). Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц, соответствующих критериям репрезентативной выборки пациентов с АГ.

Результаты:

У всех пациентов с АГ ΣFV снижается по сравнению с группой контроля, при этом пациенты 2-й клинической группы харак-

теризуются достоверным снижением ΣFV на 16,83% (P<0,001) относительно больных первой группы наблюдения. Изучение особенностей мозгового кровотока в зависимости от возраста продемонстрировало, что у пациентов первой клинической группы по с увеличением возраста достоверно уменьшается ΣFV на 2,12% (P<0,001). У пациентов с АГ, ассоциированной с наличием атеромы, негативная динамика ΣFV составила 2,63% (P<0,001). Наличие атероматозных изменений в системе каротид у пациентов в возрасте до 60 лет способствовало снижению ΣFV на 19,79% (P<0,001), а среди пациентов нетрудоспособного возраста – на ΣFV 16,96% (P<0,001) по сравнению с больными ГБ II ст.

Заключение:

Пациенты с АГ характеризуются нарушением брахиоцефальной гемодинамики в виде уменьшения объемных кинетических характеристик, при этом вышеуказанные функциональные изменения в большей мере характерны для пациентов с АГ, ассоциированной с наличием атеромы, и прогрессируют по мере увеличения возраста больных.

ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КОГОРТЕ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ковригина М. Н., Тогузова З.А., Мамедов М.Н.

ФГУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Определение прогноза развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) и различным уровнем суммарного сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы:

В исследование включены 378 мужчин в возрасте 40-59 лет с АГ без клинических признаков атеросклеротического поражения сосудов любой локализации и СД 1 и 2 типов. Пациентам проводилось анкетирование, измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), антропометрических показателей. Определялись биохимические показатели: липидный профиль, иммунореактивный инсулин, мочевая кислота, высоко чувствительный С реактивный белок, уровень глюкозы натощак и через 2 час после приема 75 г сахара. Расчет сердечно-сосудистого риска проводился с использованием электронной версии европейской шкалы SCORE. Прогноз развития СД 2 типа определялся с помощью опросника FINDRISC. В зависимости от полученных результатов пациенты распределялись в группы низкого, умеренно-повышенного, высокого и очень высокого риска развития СД 2 типа в ближайшие 10 лет.

Результаты:

Среди пациентов с АГ в первой группе низко-умеренного суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE (<5%) оказались 127 мужчин, во второй группе высокого риска 147 мужчин (5-10%), и в третьей группе очень высокого риска (>10%) 104 мужчин. В первой группе преддиабет (высокая гликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе, их сочетание) выявлен у 9%, во второй группе у 17,1 %, и в третьей группе у 28,3 %. Такие показатели, как гиперурикемия и высокий уровень С реактивного белка наиболее часто встречаются в группах высокого и очень сердечно-сосудистого риска. Согласно данным анкетирования по шкале FINDRISK в группе низко-умеренного сердечно-сосудистого риска высокий риск

развития СД 2 типа выявлена у число 4,7%, в группе высокого сердечно-сосудистого риска этот показатель составляет 13,6%, тогда как в группе очень высокого сердечно-сосудистого риска в ближайшее 10 лет риск развития СД 2 типа обнаружен в 26,9 % случаев.

Заключение:

Таким образом, 2/3 мужчин в возрасте 40-59 лет с АГ имеют высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск. Между частотой метаболических нарушений и значением суммарного сердечно-сосудистого риска выявляется позитивная связь. Среди лиц с АГ и очень высоким сердечно-сосудистым риском высокий риск развития СД выявляется в 4 раза чаще по сравнению с группой лиц с АГ низко-умеренным сердечно-сосудистым риском.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЛИПИДНОМ ОБМЕНЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мельччинская Е. Н., Громнацкий Н. И.,
Сошникова Н. М., Нарыков А. А., Булычев Г. И.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России,
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №2 ГБОУ ВПО КГМУ
Минздрава России, ОБУЗ № 3 г. КУРСКА,
Городская поликлиника г. Артемовска,
Донецкой обл., Украина

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить гендерные различия в липидном обмене и сердечно-сосудистом риске у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Материалы и методы: исследовано 47 больных в возрасте 28-65 лет с АГ I-II ст., сахарным диабетом 2 типа легкой и средней степени и ожирением. Длительность АГ составила 2-14 лет, сахарного диабета – 1-17 лет. Больные разделены на две группы по полу: 1-я группа представлена 21 муж., 2-я – 26 жен. Показатели общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) определяли на анализаторе Fleror E, уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле W. Friedewald и соавт. Сердечно-сосудистый риск оценивали по: индексу атерогенности (ИА, норма ≤ 4); риску 1 – ОХС/ХС ЛПВП, норма ≤ 5 ; риску 2 – ХС ЛПНП/ХС ЛПВП, норма ≤ 3 .

Результаты:

Результаты исследования: средние уровни ОХС составили $6,05 \pm 0,15$ ммоль/л у муж. и $5,97 \pm 0,13$ ммоль/л у жен. Содержание ХС ЛПНП имело тенденцию к повышению у муж., ТГ – у жен. ($3,84 \pm 0,16$ ммоль/л и $3,58 \pm 0,15$ ммоль/л и $2,60 \pm 0,17$ ммоль/л и $2,38 \pm 0,14$ ммоль/л, соответственно). Однако, достоверных различий между группами не выявлено. Концентрация ХС ЛПВП была $1,15 \pm 0,06$ ммоль/л у пациентов 1-й группы и $1,18 \pm 0,08$ ммоль/л – 2-й группы. Содержание всех параметров липидограммы, за исключением уровня ХС ЛПВП у муж., находилось вне референсных значений. ИА, риск 1 и риск 2 были выше у муж., чем у жен. ($4,21 \pm 0,14$ и $4,03 \pm 0,12$; $5,21 \pm 0,16$ и $5,03 \pm 0,15$; $3,28 \pm 0,16$ и $3,3 \pm 0,1$, соответственно, достоверно между группами не различались и во всех случаях превышали норму.

Заключение:

Заключение: гендерных различий в липидном обмене и сер-

дечно-сосудистом риске у больных АГ с метаболическим синдромом не выявлено. Атерогенная направленность липидного состава крови и повышенный сердечно-сосудистый риск у данной категории пациентов диктуют необходимость дополнительной гиполипидемической терапии.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Разумовский И. В., Шлык С. В., Хаишева Л. А.,
ГАРИНА И. А.

Ростовский государственный медицинский
УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Изучить клинические особенности течения ХОБЛ на фоне АГ у женщин.

Материал и методы:

Было обследовано 244 курящих пациента, страдающих АГ. Из них 152 пациента мужского пола (62,3%), 92 пациента женского (37,7%), ($p \geq 0,05$). Были исключены пациенты, страдающие ИБС - 138 человек (56,6%). В итоге, в настоящее исследование было включено 53 пациента, у которых наблюдались обструктивные нарушения по данным спирометрии. Группа мужчин - 34 пациента (64,2%) не значительно превышала группу женщин - 19 пациентов (35,8%), ($p \geq 0,05$). Средний возраст женщин составил $54,3 \pm 6,1$ года, мужчин - $62,4 \pm 3,7$ года, ($p \geq 0,05$). Пациентам было проведено клиническое обследование, стандартное спирометрическое исследование, анкетирование (MRC, CAT, SF-36).

Результаты:

Индекс табакокурения (ИТК) у мужчин достоверно выше, чем у женщин, в среднем $48,4 \pm 3,0$ пачка/лет против $34,3 \pm 4,1$ пачка/лет ($p \leq 0,05$). У мужчин объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁) ниже, чем у женщин, $2,1 \pm 0,1$ л и $3,2 \pm 0,05$ л, соответственно ($p \leq 0,05$). Индекс Тиффно у мужчин так же ниже в среднем по группе $58,3 \pm 2,1\%$ против $64,7 \pm 4,4\%$ среди женщин ($p \geq 0,05$). Таким образом, ИТК у женщин в настоящем исследовании ниже, чем у мужчин; индекс Тиффно, наоборот, в группе женщин выше. Легкая степень бронхообструкции наблюдалась у 4 женщин (21,2%) и 4 мужчин (11,8%), среднетяжелая степень - у 12 женщин (63,2%) и 24 мужчин (70,6%), тяжелая - у 3 женщин (15,8%) и 6 мужчин (17,6%), ($p \geq 0,05$). Согласно классификации GOLD 2011 года пациенты были разделены на дополнительные группы с указанием риска возникновения неблагоприятных событий. Итак, группа А – 1 мужчина (2,9%), 2 женщины (10,5%); группа В – 12 мужчин (35,3%), 8 женщины (42,1%); группа С – 18 мужчин (52,9%), 4 женщины (21,1%); группа D – 3 мужчины (8,8%), 5 женщин (26,3%), ($p \geq 0,05$).

Заключение:

Женщины, страдающие ХОБЛ и АГ, имеют низкий ИТК и более лучшие показатели спирометрии, чем мужчины с сопоставимой степенью бронхообструкции. Женщины с ХОБЛ и АГ имеют более выраженную одышку по шкалам MRC и CAT и более низкий балл по опроснику SF-36. При сопоставимой степени бронхообструкции у женщин выше риск неблагоприятных событий (GOLD, 2011).

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Чугунова Д. Н.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**Введение (цели/задачи):**

Цель. Изучить ассоциацию полиморфизма генов-кандидатов и временных показателей вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью.

Материал и методы:

В исследование было включено 50 больных гипертонической болезнью I-II стадии в возрасте от 20 до 65 лет, 28 из них женщины, 22 – мужчины. Всем больным проводилось определение полиморфизма M235T гена ангиотензиногена AGT, полиморфизма I/D гена ангиотензинпревращающего фермента ACE, полиморфизма 4a/4b гена eNOS и полиморфизма G49S гена бета-1-адренорецептора с использованием полимеразной цепной реакции, определение временных показателей вариабельности сердечного ритма по данным холтеровского мониторирования ЭКГ. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 7.0 и пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты:

При анализе распределения больных в зависимости от полиморфизма M235T гена ангиотензиногена AGT было выделено 3 группы: носители генотипа MM – 10 человек, носители генотипа MT – 30 человек и носители генотипа TT – 10 человек. При анализе временных показателей вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью в зависимости от полиморфизма M235T гена ангиотензиногена установлено, что у носителей генотипа MT уровень показателей сигма и мода достоверно выше, чем у носителей генотипа TT данного гена ($54,0 \pm 3$ и $41,4 \pm 2$; $p=0,031$ и $0,89 \pm 0,4$ и $0,80 \pm 0,2$ $p=0,039$, соответственно).

Заключение:

Существует ассоциация временных показателей вариабельности сердечного ритма с полиморфизмом M235T гена ангиотензиногена AGT.

ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИЖук Е. А., Мясоедова С. Е., Кириченко Н. В.,
Корягина Н. В.ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
ОБУЗ городская клиническая больница № 4, г. Иваново**Введение (цели/задачи):**

Цель: оценить связь гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) сердца у больных бронхиальной астмой (БА) при ее сочетании с артериальной гипертензией (АГ) с параметрами респираторных нарушений.

Материал и методы:

Обследовано 50 больных БА женщин в возрасте от 30 до 77 лет, находившихся на лечении в городском пульмонологическом отделении. Проводилось клиническое обследование, оценка контроля БА по опроснику АСТ (Asthma Control Test),

спирометрия, ЭхоКГ с оценкой геометрии ЛЖ. Преобладали больные со средне-тяжелым – 29 человек (58%) и тяжелым – 18 (36%) течением БА. Сопутствующая АГ с длительностью анамнеза 1-40 лет имела у 39 (78%) больных. АГ 1 степени отмечена у 21, 2 степени – у 5 и 3 степени – у 13 пациентов.

Результаты:

У всех пациентов при поступлении в стационар имело место неконтролируемое течение БА. Результаты теста АСТ составили от 7 до 17 баллов. У 38 из 39 больных с сочетанием БА и АГ отмечалась гипертрофия ЛЖ, среднее значение индекса массы миокарда (ИММЛЖ) – $133,88 \pm 16,12$ г/м². У 35 человек имела концентрическая гипертрофия ЛЖ, у 2 – эксцентрическая гипертрофия. Среди 12 больных БА, не страдавших АГ, у 4 (36%) выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ. Наряду с положительными корреляционными связями между ИММЛЖ и степенью АГ, уровнем систолического и диастолического артериального давления, выявлены отрицательная связь между ИММЛЖ и ОФВ1/ФЖЕЛ ($p=0,023$), отрицательная связь между АСТ и ИММЛЖ ($p=0,015$).

Заключение:

У подавляющего большинства больных с сочетанием БА и АГ имеется гипертрофия ЛЖ с преобладанием концентрического варианта. У трети больных плохо контролируемой БА даже в отсутствии сопутствующей АГ отмечается концентрическая гипертрофия ЛЖ. Увеличение ИММЛЖ ассоциировано с плохим контролем бронхиальной астмы.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И СУТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ АГРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Матросова И. Б., Мельникова Е. А.

ФГБОУ ВПО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/задачи):

Назначение статинов при ишемической болезни сердца (ИБС) оправдано с точки зрения этиологии и патогенеза. Гиполипидемический эффект сопровождается улучшением эластических свойств крупных артерий. Цель исследования состояла в оценке влияния терапии аторвастатином на липидный профиль и суточную артериальную ригидность у больных с доказанной ишемической болезнью сердца.

Материал и методы:

Обследовано 25 пациентов с ИБС: 22 мужчины и 3 женщины в возрасте от 35 до 71 года (средний возраст $56,5 \pm 9,0$ лет). Диагноз ИБС подтверждали проведением коронарографии: выявление стеноза более 50% одной и более коронарных артерий. Все пациенты получали аторвастатин в фиксированной дозировке 80 мг/сут без титрации дозы в течение 24 недель. Исследовали уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ). Проводили суточное мониторирование артериальной ригидности прибором VPLab («Петр Телегин», Россия) с определением среднесуточных показателей центрального аортального давления и индекса аугментации в аорте, приведенного к ЧСС (Aix_{ao} пр).

Результаты:

Исходные показатели липидного обмена составили: ОХ – 5,3 (4,9; 6,4) ммоль/л; ЛПНП – $3,7 \pm 1,2$ ммоль/л; ЛПВП – 1,2 (1,0; 1,3) ммоль/л; ТГ – 1,3 (1,1; 1,8) ммоль/л. Через 24 недели лечения отмечено достоверное снижение ОХ до 4,1 (3,7; 4,4)

ммоль/л ($p < 0,05$); ЛПНП до 2,4 (2,0; 2,7) ммоль/л ($p < 0,05$); ТГ до 1,1 (0,8; 1,3) ммоль/л ($p < 0,05$). По данным суточного мониторинга артериальной ригидности наблюдали достоверное уменьшение A_{ix} до $p < 10,5$ (0,5; 27,0) до 4,5 (-8,0; 19,0), что составило 42,9% ($p < 0,05$).

Заключение:

Гиполипидемическая терапия аторвастатином в дозе 80 мг в сутки, достоверно улучшая показатели липидного спектра, вызывает регресс жесткости аорты, о чем свидетельствует снижение индекса аугментации.

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Маркова А. В., Шварц Ю. Г.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Введение (цели/задачи):

Цель: анализ динамики маркеров системного воспаления и показателей системы гемостаза в течение 12 месяцев в зависимости от индивидуальных исходных клинических и лабораторных характеристик у больных с АГ и СД 2 типа на фоне активной противодиабетической терапии под наблюдением эндокринолога.

Материал и методы:

Обследованы 122 больных с сочетанием АГ и СД 2 типа (30 мужчин, 92 женщины, средний возраст $60,6 \pm 7,56$ года). Пациенты получали соответствующее стабильное лечение антигипертензивными препаратами, статинами и таблетированными сахароснижающими средствами. Длительность СД в среднем составила 4,6 лет, длительность АГ - 12 лет. 1 стадия хронической болезни почек (ХБП) наблюдалась у 54 (44,3%) человек, 2 – у 42 (34,4%), 3 – у 26 (21,3%). Проводился анализ динамики лабораторных показателей, характеризующих системное воспаление и системы гемостаза.

Результаты:

Уровень ИЛ-6 достоверно повысился на 41,35%, тогда как СРБ снизился на 16,74%. При изучении влияния стадии ХБП на динамику маркеров системного воспаления было обнаружено, что только изменение уровня фибриногена имеет тенденцию к достоверной зависимости ($p = 0,049$) от исходной стадии ХБП. У пациентов с 3 стадиями ХБП отмечалось снижение уровня фибриногена (на 19,9%). Наличие перенесенного инфаркта миокарда и ожирения статистически значимо ($p < 0,05$) связано с динамикой ингибитора активатора плазминогена-1. У пациентов, перенесших ИМ, уровень ИАП-1 вырос на 32,67%, у остальных – снизился на 8,95%. У пациентов с ИМТ ≥ 30 кг/м² через 12 месяцев ИАП-1 снизился на 17,9%, у пациентов без ожирения вырос на 27,45% ($p = 0,01$). Не обнаружилось достоверно значимой зависимости между наличием фибрилляции предсердий (ФП) и динамикой маркеров системного воспаления за 12 месяцев адекватного лечения. Была проанализирована взаимосвязь исходных количественных значений лабораторных показателей и динамики показателей провоспалительных маркеров. Достоверная корреляция была установлена в отношении изменения уровня ИЛ-6. На динамику этого показателя оказывали небольшое обратное «влияние» собственный исходный уровень ($r = -0,55$), прямое – уровень мочевины сыворотки крови ($r = 0,3$). Также собственный исходный уровень коррелировал с динамикой уровня фибриногена ($r = -0,49$), ИАП-1 ($r = -0,48$), С-реактивного белка ($r = -0,49$). На динамику уровня С-реактивного белка также оказывал

слабое обратное «влияние» ($r = -0,34$) исходный уровень ИЛ-6. Других статистически значимых корреляций выявлено не было.

Заключение:

Таким образом, у большинства пациентов с АГ и СД 2 типа на фоне адекватного контроля гликемии, рутинного антигипертензивного лечения и использования статинов отмечена динамика маркеров неспецифического воспаления как факторов сердечно-сосудистого риска, зависящая от индивидуальных клинико-морфологических характеристик, что подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к определению акцентов в лечении пациентов с сочетанием АГ и СД

ДИНАМИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТАДИИ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Рачкова С. А., Кириченко М.В., Романчук С.В.

ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

Введение (цели/задачи):

Изучить распространенность поражения органов-мишеней у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии и оценить их динамику на фоне эффективной антигипертензивной терапии.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г.Иваново. Обследовано 190 пациентов (100 мужчин и 90 женщин) в возрасте 18 до 65 лет (средний возраст $46,4 \pm 13,2$ года) с ГБ I-II стадии. При включении пациентов в исследование проводили клинико-инструментальное обследование пациентов со стратификацией сердечно-сосудистого риска в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертонии. Все пациенты получали эффективную антигипертензивную терапию, целевой уровень АД поддерживался у 83,7% больных. По окончании указанного срока проводилось повторное аналогичное обследование пациентов.

Результаты:

При первоначальном обследовании поражение органов-мишеней (ПОМ) выявлено у 82,7% пациентов. Признаки гипертонического ремоделирования сердца отмечены у 64,4% пациентов. Из них повышение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) имели 60,6% обследованных. Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда левого желудочка встречались редко: увеличение Корнельского произведения - у 10,9% пациентов, признак Соколова-Лайона - у 6,8% обследованных. У 68,2 % пациентов выявлены признаки сосудистого ремоделирования. Увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) более 0,9 мм или наличие атеросклеротической бляшки в сонных артериях определялись у 66,4% пациентов. Увеличение скорости пульсовой волны по сосудам эластического типа более 12 м/с отмечено лишь у 7,1% больных. Признаки гипертонической нефропатии встречались чаще, чем поражение сердца - у 81,4% больных. Из них самым частым было повышение альбумин - креатининового индекса – у 67,5% пациентов. Реже выявлялась микроальбуминурия - у 53,5%. Снижение СКФ (MDRD) менее 60 мл/мин/1,73м² обнаружено у 13,8%. Повышение уровня сывороточного креатинина (в пределах 115-133 мкмоль/л у мужчин и 107- 124 мкмоль/л

у женщин) встречалось реже других почечных признаков - в 6,4 % случаев. На фоне антигипертензивной терапии уже через 6 месяцев отмечалась положительная динамика отдельных маркеров ПОМ. Так, у 46,1% пациентов, имеющих стратификационный уровень микроальбуминурии, отмечалась нормализация показателя. У меньшей части больных (20%) снизился до нормы уровень альбумин-креатининового индекса. ТИМ уменьшилась до нормальной у 9,1% пациентов. У 18,2% обследованных через 1 год лечения нормализовался ИММЛЖ.

Заключение:

Полученные данные о частоте встречаемости отдельных вариантов ПОМ у пациентов с ГБ в амбулаторной практике, а также об их динамике на фоне антигипертензивной терапии могут быть использованы для оптимизации алгоритма обследования и динамического наблюдения данного контингента пациентов.

ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС

Можейко М. Е., Рябихин Е.А., Капустина Т.Е.

Ярославский областной клинический
госпиталь ветеранов войн,
Ивановская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Актуальность. С повышением артериальной жесткости связывают не только развитие артериальной гипертензии (АГ), но и ассоциированных с ней заболеваний и осложнений. У лиц пожилого возраста часто наблюдается сочетание двух заболеваний АГ и ИБС. Состояние жесткости эластичных артерий при АГ и ИБС у лиц старших возрастов изучена недостаточно. Диагностика поражения сосудистой стенки при проведении аппланационной тонометрии может стать важным дополнительным методом диагностики у кардиологических пациентов. Цель исследования. Установить величины показателей жесткости артериальной стенки у пациентов пожилого возраста, страдающих АГ и ИБС с использованием метода артериографии, с целью оптимизации диагностики кардиологических больных.

Материал и методы:

В исследование включено 82 пациента с АГ. В I группу вошли 47 пациентов (24 женщины и 23 мужчины) с АГ и сопутствующей ИБС. Средний возраст - 73,4±2,7 года Вторую группу составили пациенты того же возраста, имеющие только ГБ. II группа - 35 пациентов (16 женщин и 19 мужчин) с систолической артериальной гипертензией (САД), средний возраст - 72,1±2,5 года. Оценка жесткости проводилась методом аппланационной тонометрии прибором ТензиоКлиник типа TL1 с определением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и индекса аугментации в аорте (ИААо).

Результаты:

При сравнении показателей артериографии у пациентов пожилого возраста с АГ, осложненной ИБС, с лицами, страдающими только ГБ, установлены достоверно худшие показатели жесткости артерий у лиц с АГ и ИБС. Средние значения СРПВ во II группе 10,2±2,6 м/с против 12,65±2,8 м/с в I группе (p<0,05). Величина ИА в аорте была минимальной у лиц с ГБ. Она составила 28,9±8,4%, но достоверно не отличалась от данного показателя

у больных страдающих АГ и ИБС (30,14±8,9%). Достоверных различий не было выявлено и по ИА на плечевой артерии. Отмечалась лишь тенденция к увеличению.

Заключение:

Артериография может быть использована диагностами для выявления возможной коронарной патологии у пациентов с ГБ. Согласно наших данных при получении СРПВ больше 12,6 м/с и ИААо более 30,1% у лиц, страдающих ГБ, до появления клинической симптоматики ИБС, необходимо заподозрить наличие ИБС и назначить проведение дообследования согласно принятых стандартов.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОГО ПОРОГА ВКУСОВОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В РАЗВИТИИ ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Хамидуллаева Г. А., Срождинова Н.З.,
Абдуллаева Г.Ж., Каримова Б.Ш., Хафизова Л.Ш.,
Шакирова Н.Ш., Кеворков А.Г.

Республиканский специализированный
центр кардиологии

Введение (цели/задачи):

Изучить связь различных порогов вкусовой солевосприимчивости с уровнем артериального давления и поражением органов мишеней у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы:

В исследование включены 223 больных ЭГ (с I-III степенью артериальной гипертензии (АГ), ВНОК 2010), в среднем возрасте 60.4±10.8 лет и средней длительностью ЭГ 11.8±6.64 лет, поступившие на стационарное лечение. Всем больным измерялось офисное артериальное давление. Для выявления поражения органов мишеней проводилось ультразвуковое исследование, включающее эхокардиографию в М- и В-режимах, определение толщины комплекса интима-медиа (тКИМ) общей сонной артерии; выполнялись биохимические исследования: определение уровня липидов крови, мочевой кислоты, креатинина, определение микроальбуминурии (МАУ). Определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) проводилось по методу R. Henkin, путем нанесения раствора NaCl в возрастающей концентрации на передне-боковую поверхность языка.

Результаты:

Среди обследованных больных 45% составили больные с III степенью АГ. Поражение органов мишеней выявлено: у 77% - гипертрофия левого желудочка, у 64,1% - увеличение тКИМ>0,9 мм, у 43,5% - МАУ. Среди обследованных больных достоверно доминировал высокий ПВЧПС, для выявления, которого применялся 0.32% раствор натрия хлорида по сравнению со средним (0.16% раствор NaCl) и низким (менее 0.16% раствор NaCl) порогами ВЧПС. Распространенность высокого ПВЧПС составила 57.4%, против 25.5% и 17% ($\chi^2=90.821$, $p=0.000$), для среднего и низкого порогов соответственно. По частоте выявления поражения органов мишеней не было различий в зависимости от порогов вкусовой солевосприимчивости. Высокий ПВЧПС ассоциировался с уровнем АД, выявлен достоверно высокий уровень систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) у больных с высоким ПВЧПС по сравнению с низким ПВЧПС: САД 174,17±23,90 мм рт.ст. против 165,39±18,09 мм рт.ст. ($p=0,038$) и ДАД 103.4±11.58 мм рт.ст. против 98.68±8.43 мм рт.ст. ($p=0,021$) соответствен-

но. Средний ПВЧПС занял промежуточное положение: САД $171,57 \pm 24,25$ мм рт.ст. и ДАД $99,5 \pm 17,89$ мм рт.ст.

Заключение:

Результаты исследования показали преобладание высокого порога вкусовой солечувствительности к поваренной соли среди больных ЭГ, который указывает на избыточное потребление поваренной соли для ощущения солевого вкуса. Выявлена ассоциация высокого порога вкусовой солечувствительности с уровнем АД у больных ЭГ.

ИЗБЫТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ - НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Бабкин А. П.

Воронежская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Цель работы - изучить вкусовые особенности и пищевые пристрастия и их взаимосвязь с курением у студентов медицинского ВУЗа

Материал и методы:

Обследовано 163 студента (ср. возраст $22,3 \pm 0,1$ года, из них 128 (78,5%) были женского пола, а 35 (21,5%) - мужского. Проводилось анонимное анкетирование студентов по специально разработанной анкете, которая включала антропометрические характеристики, данные о сердечно-сосудистых заболеваниях у родственников, пищевые пристрастия - употребление пищи с досаливанием, суточный диурез. По методике R.Nenkin (1984) определяли порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС). За порог вкусовой чувствительности принимали минимальное разведение раствора (диапазон разведений 0,02-1,28% NaCl), который испытуемым воспринимался как соленый при нанесении 2 капель раствора в последовательно возрастающих концентрациях на переднебоковую поверхность языка испытуемого

Результаты:

По результатам анонимного анкетирования выяснено, что постоянно курили 15 (9,2%) студентов, среди мужчин курили 11 (31,4%), среди женщин - 4 (3,1%) Офисное систолическое артериальное давление у курящих студентов составило $130,3 \pm 2,8$ мм рт.ст. и оказалось достоверно выше, чем у некурящих - $122,5 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), диастолическое - $86,8 \pm 2,1$ и $79,9 \pm 0,7$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$). Индекс массы тела (ИМТ) у курящих студентов составил $24,6 \pm 0,6$ и оказался выше, чем у некурящих - $21,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). В группе студентов выявлена тесная корреляционная взаимосвязь с отягощенной наследственностью: с ИБС $r = 0,73$ ($p < 0,05$) и нарушениями мозгового кровообращения $r = 0,62$ ($p < 0,05$). У курящих студентов выявлено снижение вкусовой чувствительности к соли - ПВЧПС составил $0,24 \pm 0,02\%$ против $0,18 \pm 0,008\%$ у некурящих ($p < 0,05$) и тенденция к увеличению частоты досаливания пищи - $57,1 \pm 13,0\%$ и $44,2 \pm 4,0$ ($p > 0,05$) и суточному потреблению жидкости - $1,89 \pm 0,14$ и $1,71 \pm 0,03$ л соответственно ($p > 0,05$). Можно предположить, что курение, вызывая снижение вкусовой чувствительности, в частности, к соленой пище, формирует в молодом возрасте привычку досаливания пищи, что отражается на уровне артериального давления и развития в дальнейшем гипертонической болезни.

Заключение:

Курение в молодежной среде может приводить к высокому потреблению поваренной соли и формированию повышенного артериального давления.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ ВРАЧАМИ ТЕРАПЕВТАМИ И КАРДИОЛОГАМИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ерегин С. Я., Можейко М. Е., Вигдорчик А. В., Хьюз Дэвид Лин

Ярославская областная клиническая больница, Ярославский областной госпиталь ветеранов войн, ООО Новартис Фарма, Россия, Новартис Интернэшнл АГ, Швейцария

Введение (цели/задачи):

Целью двух исследований, проведенных в 2011 и 2012 гг. в Ярославской области (ЯО), явилось изучение реальной клинической практики лечения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) терапевтами и кардиологами до и после внедрения нового Протокола лечения, основанного на Российских Национальных Рекомендациях по Гипертензии 2010 г., и образовательной кампании на основе Канадской Образовательной Программы по Гипертензии.

Материал и методы:

Оба кросс-секционных исследования проводились в течение 2 месяцев в 39 и 38 амбулаторных подразделениях ЛПУ ЯО среди 154 терапевтов и 26 кардиологов в 2011 г. и 176 терапевтов и 25 кардиологов - в 2012 г. Врачи заполняли дневники на 10 последовательных пациентов с АГ в 2011 г. и на 15 пациентов в 2012 г. Исследования были одобрены Департаментом Здравоохранения и Фармации ЯО и выполнялись в рамках Меморандума о Взаимопонимании между Правительством ЯО и ООО Новартис Фарма. Дневники состояли из вопросов об анамнезе, факторах риска, ассоциированных состояниях, уровне артериального давления (АД), антигипертензивной терапии. Для сбора данных использовались эпидемиологические методы. Дополнительных исследований и специальных процедур не проводилось.

Результаты:

Дневники 1794 пациентов (1525 - терапевтов и 269 - кардиологов) были проанализированы в 2011 г. и 2992 пациентов (2619 - терапевтов и 373 - кардиологов) - в 2012 г. Большинство были женщины (60% в 2011 г., 62% в 2012 г.), средний возраст - 60 лет (2011 г.) и 59 лет (2012 г.). Средний уровень АД у всех пациентов снизился со $151/90$ до $147/88$ мм рт.ст. (у пациентов терапевтов со $151/89$ до $147/87$, кардиологов - со $151/91$ до $149/89$ мм рт.ст.). Контроль АД ($< 140/90$ мм рт.ст.) достоверно вырос с 16,8% до 23,0% у всех пациентов ($p < 0,0001$) и у пациентов терапевтов (с 16,3% до 23,0%, $p < 0,0001$) и недостоверно - у пациентов кардиологов (с 19,3% до 23,3%, $p > 0,05$). Контроль систолического АД (САД < 140 мм рт.ст.) у всех пациентов вырос с 20,2% до 26,4% ($p < 0,0001$), достоверно снизилась доля пациентов с САД ≥ 180 мм рт.ст. с 9,7% до 6,4% ($p < 0,0001$).

Заключение:

Контроль АД вырос в 2012 г. по сравнению с 2011 г., в основном у пациентов терапевтов, после внедрения основанного на клинических рекомендациях протокола лечения и интенсивной образовательной программы, направленной на участковых терапевтов.

ИЗМЕНЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ПОДАТЛИВОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава
России, ФГОУ СВФУ им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) имеет определенные особенности течения на севере, так называемый «северный вариант» АГ с выраженной метеолабильностью, для которого характерно раннее начало с быстрым прогрессированием, значительным увеличением массы миокарда левого желудочка. Основная причина сердечно-сосудистых осложнений при АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) заключается в структурных и функциональных изменениях миокарда и сосудистого русла. Целью исследования явилось изучение зависимости изменений коэффициента податливости артериального русла (КП), как одного из показателей жесткости артериальной стенки, от этнической принадлежности жителей г. Якутска, страдающих АГ и ИБС.

Материал и методы:

В связи с поставленной задачей было обследовано 102 пациента (средний возраст $62,3 \pm 2,8$ лет) больных АГ II степени и ИБС, из них 53 коренных жителя представители этноса саха (группа коренных) и 49 человек русских и украинцев, проживающих в г. Якутске более 15 лет ($21,3$ г. в среднем), объединенных в группу пришлых. Больным осуществлялась комплексная оценка жалоб, анамнеза заболевания и жизни, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследований, с последующим амбулаторным наблюдением за период с 2008-2012 годы КП артериальной стенки рассчитывался, как отношение ударного объема (УО) к пульсовому давлению (ПД).

Результаты:

Группа пришлых включала большее количество пациентов с повышенной массой тела, нарушенной толерантностью к углеводам, и наличием изолированной систолической гипертензией ($p < 0,01$). У представителей группы коренных КП имел диапазон от $1,04 \pm 0,15$ до $1,5 \pm 0,24$ (среднее значение $1,4 \pm 2,4$), у пришлых КП варьировал от $0,91 \pm 0,25$ до $1,8 \pm 0,41$ (среднее значение $1,31 \pm 2,8$). За 5 летний период наблюдения выявлена обратная взаимосвязь КП и смертности от сердечно-сосудистых причин как у коренных, так и у пришлых ($r = -0,47$, $p < 0,05$; $r = -0,32$, $p < 0,05$ соответственно). Распределение типов суточного профиля АД выявило достоверно большее количество по non-dipper у пришлых по сравнению с коренными (54,8% и 42,3% по САД, и 49,4% и 39,5% по ДАД соответственно, $p < 0,01$). Причем у больных с низким показателем КП изменение суточного профиля АД происходят в виде уменьшения амплитуд суточных ритмов САД ($p < 0,05$). Гипертрофия миокарда левого желудочка по ЭХО-КГ выявлена у 21,4% коренных и у 28,5% пришлых ($p < 0,05$). При анализе вариантов геометрии левого желудочка выявлено, что концентрическая гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ) имеет обратную взаимосвязь средней тесноты с КП как в группе коренных, так и в группе пришлых ($r = -0,67$, $p < 0,05$; $r = -0,62$, $p < 0,05$ соответственно).

Заключение:

Определяется снижение значений КП в группе пришлых, прослеживается обратная взаимосвязь КП с сердечно-сосудистыми осложнениями, в частности с КГЛЖ, как в группе коренных, так и в группе пришлых. КП может рассматриваться как маркер КГЛЖ, а так же может быть предложен для определения степени риска сердечно-сосудистых осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Гарина И. А., Хаишева Л. А., Шлык С. В.,
Разумовский И. В.

Ростовский государственный медицинский
университет

Введение (цели/задачи):

Изучение гемодинамических показателей микроциркуляторного русла (МЦР) у больных артериальной гипертензией (АГ) с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы:

Обследовано 146 пациентов: 1 группа ХБП 1-2 стадии - скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта > 60 мл/мин, но < 100 мл/мин (115 человек) и 2 группа ХБП 3-5 стадии, (СКФ < 60 мл/мин) - 31 человек. МЦР исследовали на аппарате «Минимакс-доплер-К» датчиком 20 МГц. Оценивали линейные показатели регионарного кровотока: V_s – максимальная систолическая скорость по кривой максимальной скорости (огibaющей); V_m – средняя скорость по кривой максимальной скорости; V_d – конечная диастолическая скорость по кривой максимальной скорости. Расчет статистических данных проводили при помощи программы «Statistica 6».

Результаты:

У пациентов 1-ой группы по сравнению со 2-ой группой: систолическое АД ($165,34 \pm 4,15$ и $180,0 \pm 6,2$ мм рт.ст, $p < 0,05$); диастолическое АД ($88,2 \pm 2,7$ и $99,2 \pm 4,3$ мм рт.ст $p < 0,05$); пульсовое АД ($66,8 \pm 2,7$ и $80,7 \pm 4,7$ мм рт.ст $p < 0,05$); а также длительность АГ $8,7 \pm 1,03$ и $13,6 \pm 1,9$ лет ($p < 0,05$) были достоверно ниже, чем во второй группе. Больные 2-ой группы имели достоверно более высокие скорости по кривой максимальной скорости, чем пациенты 1 группы (V_s $14,93 \pm 1,12$ и $9,42 \pm 0,51$ см/с, ($p = 0,000066$)) и (V_d $1,42 \pm 0,12$ и $0,96 \pm 0,07$ см/с ($p = 0,021$) соответственно). Сопоставима между группами была V_m (1 группа $3,18 \pm 0,16$ и 2 группа $3,08 \pm 0,26$ см/с). Показатели креатинина также значительно отличались между группами $0,10 \pm 0,005$ ммоль/л у первой группы и $0,81 \pm 0,02$ ммоль/л у второй ($p < 0,05$). Высокодостоверная связь средней силы получена между значениями креатинина и V_s (креатинин: V_s $r = 0,5916$, $p = 0,00000001$), а также СКФ и V_s $r = 0,46$ ($p < 0,05$).

Заключение:

У больных ХБП с АГ уровень креатинина и СКФ коррелирует с максимальной систолической скоростью по кривой максимальной скорости (огibaющей). По мере прогрессирования ХБП увеличивается САД, ДАД, ПАД, длительность АГ и линейные показатели кровотока в МЦР.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Орлова Н. В., Ситников В. Ф., Чукаева И. И.

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

Введение (цели/задачи):

Цель. Изучить связь полиморфизмов генов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы:

Обследовано 40 больных с метаболическим синдромом (МС) в возрасте от 40 до 60 лет. У больных имели место артериальная гипертония (АГ), ожирение (ОЖ) и сахарный диабет 2 типа (СД). Контрольную группу составили 40 человек. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции (ПЦР) использована пара синтезированных праймеров (фирма "Синтол"), специфичных для данного полиморфного варианта. Для вариантов APOA -75 G/A, IRS1 Gly972Arg, IL 10—627 A/C и TNF- α -308 TNF1/TNF2 использовался ПДРФ анализ с последующим электрофорезом на полиакриламидном геле. Для варианта ACE I/D использовался метод электрофореза амплифицированных фрагментов на агарозном геле. Результаты обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Индекс отношения шансов (OR) определяли по четырехпольной таблице, вычисляли доверительный интервал (ДИ) программа STATISTICA.

Результаты:

При оценке отношений шансов полиморфизмов изучаемых генов выявляется ассоциация генотипа A/A гена APOA -75 G/A с развитием ИБС у больных с сопутствующим СД, OR составило 15,42+0,9 (ДИ=2,64;90,0) ($p<0,05$). Была выявлена ассоциация генотипа A/A гена APOA -75 G/A с развитием ИБС у больных с сопутствующим ОЖ, OR составило 4,11+1,01(1,06;29,96) ($p<0,05$). С ОЖ у больных ИБС так же выявлена ассоциация генотипа A/A гена IL-10-627 A/C, OR составило 3,0 +0,97 (ДИ=0,45;20,15) ($p<0,05$) и генотипа TNF2/TNF2 гена TNF- α -308 TNF1/TNF2, OR составило 6,33+ 1,09 (ДИ=1,04;53,87) ($p<0,05$). Ассоциации ОЖ и СД у больных ИБС с генотипами гена IRS1 Gly972Arg и гена ACE I/D выявлено не было. Выявлена взаимосвязь генотипа D/D гена ACE I/D с развитием АГ.

Заключение:

Выявлена взаимосвязь генотипа D/D гена ACE I/D с развитием АГ. Выявленные ассоциации развития ИБС у больных с СД и ОЖ с генами APOA -75 G/A, IL 10-627 A/C и TNF- α -308 TNF1/TNF2 свидетельствуют о значимости генетической предрасположенности к липидным и воспалительным нарушениям у больных с метаболическими нарушениями в развитии атеросклероза.

ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ

Орлова Н. В., Чукаева И. И., Карселадзе Н. Д.

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

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Одной из мишеней артериальной гипертонии

(АГ) является центральная нервная система. Развитие сосудистой деменции - значимая социальная проблема. Целесообразность коррекции АГ с целью профилактики развития сосудистых нарушений не вызывает сомнения. Целью нашего исследования явилось изучение влияния терапии периндоприлом на развитие когнитивных нарушений у больных АГ.

Материал и методы:

В исследование были включены 40 пациентов, 40 - 60 лет, с АГ 1-2 степени без сопутствующей ишемической болезни сердца. Ранее больные гипотензивную терапию регулярно не получали. В течение 3 месяцев проводилась терапия периндоприлом 4 - 8 мг, на фоне которых отмечалась нормализация артериального давления (АД). Больным было проведено измерение АД на контрольных визитах, суточное мониторирование АД (СМАД), ЭКГ, а так же были проведены тесты: Векслера, корректурная проба Бурдона, госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник MMSE, опросник самооценки качества жизни, шкала самооценки внимания и памяти. Больные без когнитивных нарушений или с признаками деменции в исследование не включались. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel.

Результаты:

При нейропсихологическом тестировании у больных с АГ 1 - 2 степени на фоне отсутствия регулярного приема гипотензивных препаратов отмечались отклонения показателей когнитивных функций легкой и умеренной степени тяжести. На фоне регулярного приема периндоприла в течение 3 месяцев у больных выявлена стойкая нормализация АД, подтвержденная результатами контрольного измерения АД и результатами СМАД. Результаты сравнительного тестирования до начала терапии и спустя 3 месяца наблюдения выявили улучшение памяти, внимания, повышение самооценки качества жизни.

Заключение:

У пациентов АГ в наибольшей степени страдают внимание и память. На фоне регулярного приема периндоприла отмечено улучшение когнитивных функций. Нейропсихологическое тестирование является доступным методом для практического врача в качестве метода ранней диагностики поражения головного мозга, которое могло бы использоваться, как критерий оценки эффективности лечения АГ.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

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

ГБОУ ВПО ТГМА поликлиника

Введение (цели/задачи):

Выявить клинико-метаболические особенности у больных артериальной гипертонией и алиментарно-конституциональным ожирением.

Материал и методы:

Обследован 301 больной (мужчин 33 и женщин 268) в возрасте от 18 до 68 лет с избыточной массой тела и алиментарно-конституциональным ожирением. Артериальную гипертонию (АГ) в анамнезе имели 52,8% больных. В зависимости от наличия АГ все обследованные были разделены на две группы. Первую (основную) группу составили 159 пациентов (средний возраст 41,4±11,7 года, АДс 139,1±1,30 мм. рт. ст.) с АГ. При этом на момент обследования 0 степень артериального давления (АД) была у 26,4% пациентов (АДс 121,7±1,60

мм. рт. ст и АДд $77,5 \pm 0,80$ мм. рт. ст), 1-ю степень имели 48,4% ($140,1 \pm 1,02$ и $88,8 \pm 0,49$ мм. рт. ст) и 2-3-ю – 25,2% ($155,2 \pm 2,10$ и $103,3 \pm 1,41$ мм. рт. ст). Все больные прошли общеклиническое обследование с измерением антропометрических параметров, включающих массу тела, рост, индекс массы тела (ИМТ, масса/рост^2 , кг/м^2), объём талии (ОТ) и бёдер (ОБ), а также ОТ/ОБ. Кроме этого оценивали лабораторные показатели: уровни глюкозы, инсулина, холестерина и триглицеридов в крови; рассчитывали индекс инсулинорезистентности (Нота, норма 2,55). Статистическую обработку полученных данных проводили по критериям Стьюдента, Кроскоула-Уоллиса и Пирсона с использованием средних значений и ошибки средней.

Результаты:

По данным общеклинического обследования было выявлено, что пациенты с АГ имели более высокие антропометрические показатели по сравнению с обследованными 2-й группы: вес $103,1 \pm 1,79$ и $89,1 \pm 1,38$ кг; $p < 0,01$, ИМТ $36,6 \pm 0,51$ и $32,2 \pm 0,52$ кг/м^2 ; $p < 0,01$, ОТ $107,9 \pm 1,38$ и $95,9 \pm 1,01$ см; $p < 0,01$, ОТ/ОБ $0,87 \pm 0,05$ и $0,82 \pm 0,01$; $p < 0,05$ соответственно. При этом вес, ИМТ и ОТ были выше у больных со 2-3 степенями АГ, а наиболее низкие значения этих параметров отмечались у пациентов с 1-й степенью АГ ($p < 0,05$). Корреляционный анализ выявил только слабую взаимосвязь ($r=0,19$) между АДс и ИМТ ($p < 0,02$). Результаты лабораторного исследования также показали, что у больных 1-й группы по сравнению со 2-й были выше в крови значения глюкозы (соответственно $5,4 \pm 0,08$ и $5,1 \pm 0,06$ мм/л; $p < 0,05$), инсулина ($16,7 \pm 0,81$ и $11,6 \pm 0,58$ Ед/л; $p < 0,05$), холестерина ($5,7 \pm 0,08$ и $5,4 \pm 0,10$ мм/л; $p < 0,05$), триглицеридов ($1,6 \pm 0,08$ и $1,3 \pm 0,06$ мм/л; $p < 0,05$), а также индекса Нота ($4,2 \pm 0,21$ ед и $2,6 \pm 0,19$ ед; $p < 0,05$). Однако корреляционный анализ выявил только слабую взаимосвязь между уровнем АДс и триглицеридами ($r=0,19$; $p < 0,05$) у больных с алиментарно-конституциональным ожирением, хотя наиболее высокие значения биохимических параметров были отмечены у пациентов со 2-3 степенями АГ, которые имели и более выраженное ожирение.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что алиментарно-конституциональное ожирение в половине случаев сочетается с АГ и чем выраженнее ожирение, особенно абдоминальный тип, тем выше уровень АД. Метаболические нарушения у этих пациентов в большей степени зависят от тяжести ожирения, чем от степени АГ.

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ЯХОНТОВ Д. А., ДЕРИШЕВА Д. А.

НГМУ

Введение (цели/задачи):

Цель. Изучить характер поражения коронарного русла, содержание N-терминального фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) и альдостерона в плазме у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании ИБС с различной массой миокарда левого желудочка.

Материал и методы:

Обследовано 236 мужчин с АГ 1-2 степени и стенокардией I-III ФК без дилатации полостей желудочков и систолической дис-

функции. В 1-ю группу вошли 117 больных $53,1 \pm 0,6$ лет с нормальной массой миокарда левого желудочка (ИММЛЖ < 125 г/м^2 ; $M \pm m = 113,5 \pm 0,9$), во 2-ю группу - 119 больных $55,5 \pm 0,5$ лет с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) и ИММЛЖ > 125 г/м^2 ($M \pm m = 164,2 \pm 2,9$; $p < 0,005$). Всем больным выполнялась коронароангиография по Judkins. Концентрацию NT-proBNP определяли иммуноферментным методом с набором реагентов «NT-proBNP-ИФА-Бест» (Россия), концентрацию альдостерона – твердофазным иммуноферментным анализом с использованием тест-системы DRG (США).

Результаты:

У лиц с нормальным ИММЛЖ по сравнению с лицами с ГЛЖ чаще (10,3 vs 1,7%) встречались неизмененные коронарные сосуды. Гемодинамически значимые поражения коронарных сосудов встречались в 70,1% случаев в 1-й группе и в 94,1% во 2-й. В группе больных с ГЛЖ преобладали с гемодинамически значимые поражения трех и более артерий: (70,6% пациентов при 6,8% в 1-й группе). Хирургический уровень поражения ствола левой коронарной артерии имел место у 15,1% больных с ГЛЖ и лишь у 1,7% - с нормальным ИММЛЖ. Также у больных 2-й группы достоверно чаще поражались другие магистральные артерии. У больных с наличием ГЛЖ отмечена тенденция к повышению концентрации NT-proBNP ($9,3 \pm 2,9$ пг/мл) по сравнению с больными с нормальной массой миокарда левого желудочка ($5,6 \pm 1,7$ пг/мл). Содержание альдостерона в плазме у больных 2-й группы ($121,1 \pm 10,5$ пг/мл) было достоверно выше, чем у лиц с нормальным ИММЛЖ ($86,6 \pm 4,6$ пг/мл).

Заключение:

У больных АГ и стабильной ИБС, имеющих ГЛЖ, достоверно чаще встречаются гемодинамически значимые многососудистые поражения коронарного русла и чаще поражаются магистральные сосуды. Также увеличение ИММЛЖ ассоциируется с тенденцией к повышению концентрации NT-proBNP в плазме и достоверным повышением уровня альдостерона. Последнее может рассматриваться в качестве предиктора развития фиброзных изменений в миокарде и его более ранней дисфункции при данном варианте коморбидности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХСН

РЯБИХИН Е. А., МОЖЕЙКО М.Е., КАПУСТИНА Т.Е.

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн,
ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является основной этиологической причиной развития ХСН в РФ (88% случаев). В патогенезе АГ и ХСН с сохраненной систолической функцией (ХСН-ССФ) определенная роль отводится повышению артериальной жесткости. Цель исследования. Установить характеристики жесткости артериальной стенки у пациентов пожилого возраста, страдающих АГ, осложненной ХСН-ССФ, в зависимости от стадии сердечной недостаточности.

Материал и методы:

В исследование включено 93 пациента старше 60 лет с АГ и ХСН-ССФ. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от стадии ХСН (I ст., IIА и IIБ ст.). Группы были сопо-

ставимы по возрасту и полу. Оценка жесткости проводилась осциллометрическим методом с помощью прибора Тензио-Клиник типа TL1 с определением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и индекса аугментации по эластичным артериям (ИААо).

Результаты:

Длительность течения ХСН у пациентов со IIБ стадией была больше на 20 месяцев, чем у лиц с I и IIА ст. ($p < 0,05$). Достоверно пациенты различались по тесту 6-мин ходьбы ($p < 0,05$). При проведении эхокардиографии пациенты третьей группы имели больший индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) по сравнению с лицами первой и второй групп ($p < 0,05$) и худшие параметры соотношения трансмитральных потоков (Е/А) ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к увеличению ИММЛЖ и уменьшению Е/А по мере утяжеления ХСН. Достоверных различий в уровне систолического артериального давления (САД) и среднего артериального давления (АДср) у пациентов не получено ($p > 0,05$). Пульсовое артериальное давление (ПАД) было достоверно выше у пациентов III группы по сравнению с пациентами других групп. При оценке эластических свойств получены достоверно более низкие значения СРПВ в аорте у пациентов с I ст. ($10,9 \pm 2,26$ м/с) по сравнению с лицами, имеющими IIА ст. ($11,5 \pm 1,9$ м/с) и IIБ ст. ($12,2 \pm 2,4$ м/с) ($p < 0,05$). Средние значения СРПВ во второй группе достоверно отличались от параметров скорости в третьей группе ($p < 0,05$). Величина ИААо в аорте была минимальной у лиц первой ($30,3 \pm 8,4\%$) и второй групп ($29,3 \pm 7,8\%$) и достоверно отличалась лишь у пациентов со IIБ ст., составив $37,1 \pm 9,6\%$.

Заключение:

У лиц старших возрастных групп, страдающих АГ, осложненной ХСН-ССФ, по мере увеличения стадии и ФК ХСН, отмечались более выраженные изменения жесткости артериальной стенки, что проявлялось достоверным увеличением СРПВ. У пациентов со IIБ ст. ХСН отмечено максимальное увеличение ИААо.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Якунина Е. Н., Юрченко С. Г., Жилкина В. Ю.,
Бабкин А. П.

Воронежская государственная медицинская академия,
кафедра поликлинической терапии и ОВП

Введение (цели/задачи):

Поражение головного мозга как органа-мишени при АГ проявляется не только и нарушениями мозгового кровообращения, но и нарушениями когнитивных функций, к которым относятся память, гнозис, речь, праксис и интеллект. Цель. Изучить особенности изменений когнитивных функций у пациентов различного возраста и длительности артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Основой исследования послужила случайная выборка из 67 пациентов (средний возраст $64 \pm 1,3$ года), которые обращались к участковому терапевту по поводу артериальной гипертензии I-III ст. Женщин было 62 (92,5%) человека, 5 (7,5%) - мужчины. Всем обследуемым проводилось тестирование с помощью нейропсихологических тестов - краткой шкалы оценки психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE), пробы Шульте, тесты рисования часов (ТРЧ).

Результаты:

В ходе исследования оценивались показатели когнитивных расстройств в зависимости от длительности АГ, возраста и степени артериальной гипертензии. Больные были разделены на 2 группы - пациенты в возрасте свыше 60 лет (ср. возраст $68,4 \pm 0,8$ лет) - 46 человек) и 60 и менее лет (ср. возраст $57,3 \pm 0,3$ лет). У больных старшей возрастной группы длительность АГ составила $19,3 \pm 1,6$ лет, в возрасте менее 60 лет - $14,2 \pm 1,7$ лет, $p < 0,05$. Когнитивные расстройства были более выраженные в старшей возрастной группе, чем у больных моложе 60 лет - время выполнения пробы Шульте составило $66,1 \pm 2,9$ сек. и $57,6 \pm 2,3$ сек. соответственно ($p < 0,05$) при норме 25-30 сек. Корреляционный анализ выявил у больных старше 60 лет взаимосвязь длительности АГ и снижения когнитивных функций по тесту MMSE ($r = -0,38$, $p < 0,05$), ТРЧ ($r = -0,35$, $p < 0,05$) и увеличение времени выполнения пробы Шульте ($r = 0,45$, $p < 0,05$) и взаимосвязь увеличения когнитивного дефицита с возрастом больных по результатам MMSE ($r = -0,41$, $p < 0,05$). В подгруппе больных менее 60 лет когнитивные нарушения не были связаны с возрастом и длительностью заболевания. Взаимосвязи изменений когнитивных функций со степенью АГ в обеих группах больных также выявлено не было.

Заключение:

Проведенное нейропсихологическое тестирование больных артериальной гипертензией показало более выраженные проявления когнитивного дефицита у больных старшей возрастной группы, причем длительность заболевания АГ, но не степень АГ тесно коррелировала со степенью тяжести выявленных когнитивных расстройств.

КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ НА СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный
университет»

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние метаболического синдрома и синдрома obstructive апноэ на состояние эндотелиальной функции у больных АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 53 пациента с 3 и более признаками МС согласно рекомендациям ВНОК (2010). Обязательным критерием у больных МС было наличие АГ 1-2 степени. Оценка степени нарушения дыхания во сне проводилась с помощью аппарата для кардиореспираторного мониторинга SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). Пациенты были разделены на две группы: 1-ая - 23 больных с индексом апноэ-гипноэ (ИАГ) по данным КРМ более 30 событий в час, (что соответствует клинически значимому нарушению дыхания во сне) 2-ая - 30 больных с ИАГ менее 30 событий в час. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, полу, росту, офисным значениям АД. Пациенты группы 1 имели достоверно более высокие значения массы тела и окружности талии, что обусловлено возрастающей распространенностью СОАС с увеличением степени абдоминального ожирения. Функцию эндотелия исследовали методом потоковозависимой вазодила-

тации на ультразвуковом аппарате MyLab 90 (Esaote, Италия). Определяли индекс реактивности (ИР), показателю потоко-зависимой вазодилатации (ПЗВД). Кроме того, оценивали диаметр общей сонной артерии (ОСА) и толщину комплекса интима-медиа (КИМ). Результаты представлены в виде $M \pm SD$ при нормальном распределении; при асимметричном в виде Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты:

Пациенты группы 1 имели более высокие средние значения диаметра ОСА: $7,0 \pm 1,9$ мм, в группе 2 – $6,1 \pm 1,2$ мм соответственно ($p=0,01$), что обусловлено значительным увеличением окружности шеи у больных СОАС. У больных МС в сочетании с СОАС средние значения КИМ составили $1,02 \pm 0,21$ мм; у больных МС без клинических признаков обструктивного нарушения дыхания во сне, соответственно, $0,94 \pm 0,18$ мм ($p=0,01$). Сравнимые пациенты не отличались по значениям ИР: в группе 1 – 1,1 (1,0; 1,4); в группе 2 – $1,3 \pm 0,6$. В группе больных МС с признаками СОАС нарушение ПЗВД выявлено в 74% случаев, в то время как в группе сравнения – в 53%. Значения ПЗВД в 1 группе составили $6,6 \pm 8,1$ %, в группе 2 – $9,5$ (7,3; 12,2) % ($p=0,03$).

Заключение:

По данным потокозависимой вазодилатации сочетание метаболического синдрома и синдрома апноэ ухудшает функцию эндотелия у больных АГ по сравнению с пациентами без нарушений дыхания во сне.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Харьков Е. И., Давыдов Е. Л.

Красноярский государственный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Проанализировать рекомендации, которые участковые терапевты или кардиологи дают пациентам пожилого и старческого возрастов по лечению артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, и вопросы по анализу рекомендаций при АГ.

Результаты:

При оценке рекомендаций по поводу медикаментозного лечения АГ участкового терапевта или кардиолога пациенты указывали несколько видов рекомендаций. Наиболее часто указанной рекомендацией, которую давали врачи является - указание время приема медикаментов – 45,5%–75,6%, при этом такие объяснения достоверно чаще давали мужчинам старческого возраста (75,6%) по сравнению с мужчинами пожилого возраста (53,2%, $p=0,013$) и группы сравнения (45,5%, $p=0,004$), а также женщинами своего возраста (56,5%, $p=0,042$). По мнению 38,6%–58,1% пациентов врачи объясняют им, что делать при высоком АД, на связь с пищей ЛС при АГ врачи указывали 36,4%–43,3% пациентам различ-

ных возрастных и гендерных подгрупп. По мнению пациентов врачи редко предупреждают их о побочных эффектах ЛС при АГ 15,9%–35,6%, и устанавливают очередность приема медикаментов – 18,8%–38,1%, достоверно чаще эти рекомендации получают женщины пожилого возраста (38,1%), по сравнению с женщинами старческого возраста (22,6%, $p=0,009$) и группы сравнения (18,8%, $p=0,006$). Положительным фактором в отношении объема рекомендаций пациентам с АГ, что только от 4,4% до 29,7% пациентов различных возрастных и гендерных подгрупп отметили, что врачи вообще не давали никаких рекомендаций по поводу лечения АГ, при этом наиболее количество таких пациентов было отмечено среди мужчин и женщин группы сравнения (20,5% и 29,7% соответственно), при этом мужчины данной группы достоверно чаще не получали рекомендаций по сравнению с мужчинами старческого возраста (4,4%, $p=0,022$), а женщины группы сравнения по сравнению с женщинами пожилого возраста (15,7%, $p=0,022$). Кроме этого, по мнению, женщин старческого возраста (17,7%) они достоверно чаще не получают рекомендаций, чем мужчины своего возраста ($p=0,038$). Однако этот показатель в данной возрастной группе невысок и связан с тем, что ранее с этими пациентами были проведены образовательные занятия.

Заключение:

Основными рекомендациями, которые участковые терапевты или кардиологи дают пациентам – это указание время приема медикаментов и объяснение алгоритма их действий при повышенном АД. Большое количество пациентов группы сравнения не получали никаких рекомендаций по поводу лечения АГ.

МЕЖОРГАНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НА РАННЕЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Нанчикеева М. Л., Буланов Н. М., Козловская Л. В., Гилязова А. С.

ГБОУ ВПО ИвГМА,
ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М.Сеченова",

Введение (цели/задачи):

Изучить межорганные взаимоотношения у больных гипертонической болезнью (ГБ) на ранней стадии гипертонической нефропатии (ГНП).

Материал и методы:

Мы изучили поражение органов-мишеней у 259 ранее не леченных больных ГБ (м:ж=186:73), средний возраст 46 (30;53) лет. Для изучения ремоделирования миокарда и сосудов на ранней стадии (ГНП) в исследование не включали пациентов с протеинурией, СКФ < 60 мл/мин/1,73м² (по Кокрафту Голту) и гиперкреатинемией. Критериями исключения были также возраст > 65 лет, наличие ассоциированных клинических состояний и сахарного диабета. Маркером ремоделирования внутрипочечных артериол при ГНП считали увеличение внутрипочечного сосудистого сопротивления (ВПСС) - индекс резистентности междолевых почечных артерий $> 0,65$ ($\uparrow RI$) при доплерометрии внутрипочечного кровотока, проведенной у 224 больных ГБ. Для оценки межклеточных и клеточно-матриксных взаимоотношений в почке исследовали экскрецию с мочой биологических медиаторов: ингибитор активатора плазминогена 1 - (PAI-1, $n=53$), трансформирующий фактор роста $\beta 1$ (TGF- β , $n=70$), фактор роста эндотелиальных кле-

ток (VEG, $n=71$), коллаген IV типа (коллаген IV, $n=36$). При ЭХОКГ ($n=208$) оценивали типы ремоделирования миокарда (по A.Ganau). Ремоделирование крупных сосудов оценивали по величине комплекса интима-медиа общих сонных артерий (КИМ ОСА, $n=128$). Системную функцию эндотелия изучали в плечевой пробе (ЭЗВД, $n=71$).

Результаты:

Среди пациентов ЭАГ: МАУ была выявлена у большинства – 186 (72%), СКФр <90 мл/мин/1,73м² (незначительная гипоперфузия) – у 72 (28%), \uparrow RI – у 135 (60%). МАУ ассоциируется с увеличением частоты гипоперфузии (ОШ=2,2), наличие гипоперфузии – с увеличением ВПСС (ОШ=6,9). Уровни экскреции PAI-1, TGF- β 1, VEGF и коллагена IV, были выше среди больных ГБ с МАУ, чем без МАУ ($p<0,01$, везде). Кроме того, величина экскреции коллагена IV коррелировала с показателем RI ($r=0,73$, $p=0,01$) и СКФ ($R=-0,47$, $p<0,05$). Нами выявлена тесная связь между степенью гипертонического ремоделирования миокарда и признаками ГНП: МАУ ($N(n=180)=13,6$, $p=0,001$), RI ($N(n=166)=14,3$, $p=0,001$) и СКФ ($N(n=172)=13,3$, $p=0,001$). Установлена статистически значимая корреляция между толщиной задней стенки миокарда левого желудочка и PAI-1, VEGF, TGF- β 1, ($p<0,05$, везде). Формирование гипертонического ремоделирования миокарда сопровождалось увеличением экскреции коллагена IV ($p=0,009$). Величина КИМ ОСА была значимо выше среди пациентов с признаками ГНП: с МАУ ($Z=4,4$, $p=0,001$) и с \uparrow RI ($Z=3,5$, $p=0,001$). Установлена корреляция между КИМ ОСА и TGF- β 1 ($r=0,3$, $p<0,05$). Формирование ремоделирования миокарда и сосудов уже на ранней стадии ГНП подтверждается наличием корреляций между МАУ, RI, СКФ, ИММЛЖ и КИМ ОСА ($p<0,05$, везде). Изученные признаки ПОМ обратно коррелировали с показателем ЭЗВД ($p<0,05$, везде).

Заключение:

Пациенты с ранней стадией ГНП представляют собой группу риска не только прогрессирования дисфункции почек, но и дезадаптивного ремоделирования сердечно-сосудистой системы. Общим механизмом формирования рено-кардио-васкулярного синдрома на ранней стадии ГНП является дисфункция эндотелия, тесно ассоциированная с ангиофиброгенезом. Персистирующая ишемия и фиброгенез органов-мишеней лежат в основе развития органного континуума у больных с неконтролируемой АГ.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ

Акимова Е. В., Загородных Е. Ю., Гакова Е. И., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии»
СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи распространенности метаболического синдрома (МС) и стресса на рабочем месте у мужчин 25-64 лет г. Тюмени.

Материал и методы:

Эпидемиологическое исследование проводилось на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени (мужчин в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни). Отклик населения

составил 85,0%. Для проведения оценки стресса на рабочем месте в рамках протокола «МОНИКА-психосоциальная» использовалась анкета «Знание и отношение к своему здоровью». Вопросы анкеты сопровождалась перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Для оценки МС использованы критерии метаболического синдрома IDF (2005). Абдоминальное ожирение оценивалось по окружности талии > 94 см для мужчин европейской расы плюс 2 из следующих критериев: содержание ТГ $< 1,7$ ммоль/л, содержание ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л + гиполипидемическая терапия, АД $< 130/85$ мм рт. ст. или предшествующая антигипертензивная терапия, гликемия $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие СД типа 2.

Результаты:

Результаты исследования на мужской популяции показали, что у лиц с наличием и отсутствием метаболического синдрома в отношении категории «стресс на работе» не было получено значимых различий при ответах на вопросы по поводу изменения специальности, ответственности, значительных перемен на работе в течение последних 12-ти месяцев, а также отдыха после рабочего дня. В то же время, у лиц с наличием МС по критериям IDF было установлено снижение нагрузки на работе в течение последних 12-ти месяцев сравнительно с группой лиц без МС. Так, ответ «стал выполнять больше», достоверно чаще встречался в группе мужчин без МС (33,5% – 23,0%, $p<0,05$). 2,0% мужчин с наличием МС ответили, что им совсем не нравится их работа, что оказалось существенно больше сравнительно с минимальным количеством таких мужчин в группе без МС (0,4%, $p<0,05$). Значимые различия в популяции у лиц с наличием и отсутствием МС были выявлены в отношении ответственности на рабочем месте. Ответственность своей работы в течение последних 12-ти месяцев, как высокую, оценили 37,2% мужчин с наличием МС и 46,7% мужчин без МС ($p<0,05$).

Заключение:

Таким образом, в открытой мужской популяции г. Тюмени 25-64 лет у лиц с наличием метаболического синдрома сравнительно с группой лиц с отсутствием МС выявлено снижение высокой ответственности и нагрузки на рабочем месте, рост негативного отношения к своей работе.

МУЛЬТИЛОКУСНЫЕ АССОЦИИИ ГЕНОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тимашева Я. Р., Насибуллин Т. Р., Хусаинова Л. Н., Карамова И. М., Мустафина О. Е.

Институт биохимии и генетики УНЦ РАН,
Клиника Башкирского государственного медицинского университета,
Больница скорой медицинской помощи г. Уфы

Введение (цели/задачи):

Несмотря на обширные исследования в области этиопатогенеза эссенциальной гипертензии, или гипертонической болезни, причины ее возникновения остаются неясными. В настоящее время все большую распространенность получает гипотеза о том, что в развитии гипертензии ключевую роль играют процессы воспаления и дисфункции эндотелия. Наша цель состояла в исследовании молекулярно-генетических ос-

нов эссенциальной гипертензии, а именно проведение поиска ассоциаций с эссенциальной гипертензией генов-кандидатов, кодирующих белки-участники воспаления, дисфункции эндотелия и системы контроля артериального давления.

Материал и методы:

Нами были исследованы полиморфные локусы в генах IL1RN, LTA, TNF, IL1B, IL12B, IL10, IL6, NOS3 и AGT в группе из 480 человек (298 пациентов с эссенциальной гипертензией, 192 представителя контрольной группы), татар по этнической принадлежности, проживающих в Республике Башкортостан. Данные генотипирования, полученные методом ПЦР-ПДФ, были проанализированы с использованием алгоритма APSampler (различия считали значимыми при $P < 0.05$).

Результаты:

Наиболее выраженная ассоциация с эссенциальной гипертензией наблюдалась у носителей сочетания аллелей IL1B rs16944C, IL10 rs1800872A и IL6 rs1800796G ($P=0.0009$, OR=2.00, CI: 1.30–3.06). Носительство комбинации аллелей IL1B rs16944C и IL10 rs1800872A также было связано со значительным риском эссенциальной гипертензии ($P=0.001$, OR=1.97, CI: 1.29–3.01). Следует отметить, что ассоциации биаллельных и триаллельных сочетаний были более значимыми, чем те, что были найдены, когда эти локусы анализировались по отдельности.

Заключение:

Полученные нами данные позволяют предположить наличие связи между полиморфизмом генов цитокинов и эссенциальной гипертензией. Известно, что два цитокина из трех, для которых была найдена ассоциация с эссенциальной гипертензией, а именно, ИЛ-1 бета и ИЛ-6, обладают выраженным проатерогенным и провоспалительным действием. ИЛ-10 проявляет противовоспалительные свойства, но аллель rs1800872A ассоциирован с пониженной экспрессией гена IL10.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 36-45 ЛЕТ

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

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить взаимосвязи между изменениями в содержании эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и процессом перестройки сердечно-сосудистой системы у женщин 36–45 лет.

Материал и методы:

Обследовано 64 женщины (жен.) в позднем репродуктивном периоде, с артериальной гипертензией (АГ) 1 степени, не принимающие гипотензивную терапию. Всем пациенткам определяли уровень эстрадиола и ФСГ. В 1 группу (гр.) вошли 34 жен. с АГ, возраст $39,11 \pm 4,3$ лет, имеющие физиологический менструальный цикл и снижение уровня эстрадиола, повышение ФСГ. Вторая группа – 30 жен. с АГ 1 степени, возраст – $39,14 \pm 2,23$ лет, имеющие физиологический менструальный цикл и нормальный уровень эстрадиола и ФСГ. Гр. Сравнения – 20 здоровых женщины с приема врача-гинеколога, возраст – $38,45 \pm 4,12$ года с нормальным уровнем гормонов, не имеющие АГ. Дуплексное сканирование общей сонной артерии (ОСА) проводилось на ультразвуковом диагностическом

аппарате General Electric "LOGIQ P5 Expert" (США, 2010 г.), а также проведении эхокардиографии изучалось диастолическое наполнение левого желудочка (ЛЖ). Статистическая и обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.2.

Результаты:

При анализе диаметра ОСА в группах наблюдалось расширение среднего диаметра, в большей степени у пациенток с АГ и снижением эстрадиола. Скорость кровотока ОСА 1 и 2 гр. ниже в сравнении с контролем, преимущественно при гипозэстрогении. Эластические свойства сонной артерии снижались: с $41,3 \pm 10,8$ х Ю-3/кПа у жен. с АГ и нормальным уровнем эстрадиола до $36,4 \pm 10,8$ х Ю-3/кПа $p=0,034$ у пациенток с АГ с гипозэстрогенией. Индекс жесткости выше в сравнении с контролем как у пациенток АГ с эстрогенодефицитом, так и без него. Нарушение фазы активной релаксации при АГ независимо от уровня эстрадиола и ФСГ. Снижение скорости ранне-диастолического наполнения Е — от $0,82 \pm 0,11$ в контрольной группе до $0,68 \pm 0,09$ у пациенток с АГ и нормальным уровнем эстрадиола и до $0,66 \pm 0,81$ у 1 гр., а также интеграла пиковой скорости раннего наполнения ЛЖ, значения которого достоверно снижались по сравнению с контролем как у пациенток 2 гр., так и 1 гр. Интеграл скорости ранне-диастолического наполнения Е/общий интеграл трансмитрального потока – от $0,64 \pm 0,06$ в группе пациентов без АГ до $0,55 \pm 0,09$ при АГ с нормальным балансом гормонов и до $0,53 \pm 0,04$ в группе со снижением эстрадиола.

Заключение:

1. У женщин среднего возраста с повышением артериального давления 1 степени имеется расширение просвета ОСА и снижение скорости кровотока на фоне эстрогенодефицита, что свидетельствует о изменениях сосудистой стенки в сравнении с пациентами АГ, имеющих нормальный уровень эстрадиола.
2. У пациенток АГ со снижением эстрадиола в позднем репродуктивном периоде диастолическая дисфункция с нарушением фазы расслабления и увеличением жесткости миокарда выражена в большей степени, чем при сохраненном уровне эстрадиола.

НЕЛИПИДНЫЕ ЭФФЕКТЫ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ФЕНОФИБРАТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Батрак Г. А., Мясоедова С. Е., Келеш О. И.

ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России,
Городская клиническая больница №4, г. Иваново

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить влияние микронизированного фенофибрата на эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭВД) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с дислипидемией и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Наблюдали 63 больных СД 2 типа с дислипидемией и АГ 1–2 степени. 18 женщин и 12 мужчин 51–67 лет основной группы, с длительностью СД $8,6 \pm 5,4$ лет, принимали в течение 6 мес. микронизированный фенофибрат 145 мг в сутки. 29 женщин и 4 мужчины (группы сравнения) 45–67 лет, с длительностью СД $5,7 \pm 4,5$ лет, соблюдали только гиполлипидемическую диету. Определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ).

ЭЗВД оценивали в пробе с реактивной гиперемией (РГ). Проводилась комплексная антидиабетическая и антигипертензивная терапия. В основной группе и группе сравнения HbA1c - $6,8 \pm 0,9\%$ и $7,6 \pm 2,8\%$, АД - $136,0 \pm 15,0/81,5 \pm 5,6$ мм.рт.ст. и $137,0 \pm 15,1/84,1 \pm 8,1$ мм.рт.ст., соответственно. Исследовали уровень аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы ежемесячно - 3 месяца, затем через 6 мес.

Результаты:

На фоне терапии в основной группе ОХС снизился с $6,5 \pm 1,2$ ммоль/л до $4,9 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,001$), ТГ с $4,6 \pm 2,4$ ммоль/л до $2,0 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,001$), у 33,3% - целевые уровни ОХС. В группе сравнения: ОХС с $6,5 \pm 0,9$ ммоль/л до $6,0 \pm 1,1$ ммоль/л ($p = 0,13$), ТГ с $2,9 \pm 1,3$ ммоль/л до $2,4 \pm 1,6$ ммоль/л ($p = 0,29$). В основной группе в пробе с РГ прирост ПА увеличился с $5,5 \pm 4,4\%$ до $8,2 \pm 5,6\%$ ($p = 0,001$), в группе сравнения - снизился с $6,0 \pm 3,7\%$ до $5,3 \pm 3,8\%$ ($p = 0,02$). У 20 % основной группы ЭЗВД нормализовалась: с $8,0 \pm 2,4\%$ до $14,7 \pm 4,5\%$ ($p = 0,0001$). В группе сравнения нормализации ЭЗВД не выявлено ($\chi^2 = 4,107$, $p = 0,043$). Корреляционные связи прироста ПА с ОХС ($r = -0,2$), ТГ ($r = -0,1$), HbA1c ($r = -0,08$), возрастом ($r = -0,4$), длительностью СД ($r = -0,28$). Осложнений терапии не зарегистрировано.

Заключение:

Микронизированный фенофибрат в составе комплексной терапии при СД 2 типа с дислипидемией и АГ не только улучшает липидные показатели, но и положительно влияет на ЭЗВД. Слабая корреляционная связь прироста ПА в пробе с РГ с уровнем липидов на фоне терапии позволяет предположить влияние плейотропных эффектов фенофибрата в улучшении вазорегуляторной функции эндотелия.

НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Боева О. В., Сайфутдинов Р. И.

Оренбургская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Целью исследования была оценка нефропротективной эффективности включения статинов в комплекс лечения пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы:

Обследовано 60 пациентов обоего пола в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст $50,2 \pm 2,4$) сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией. Все пациенты были рандомизированы на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, выраженности артериальной гипертензии, уровню холестерина и характеру гипотензивной терапии. В группе наблюдения (30 человек) всем пациентам был назначен симвастатин в дозе 20-40 мг/сут. Через 6 месяцев лечения оценивались показатели липидного спектра, выраженность микроальбуминурии, скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты:

Уровень общего холестерина на момент начала лечения в контрольной группе составил $5,7 \pm 0,5$ ммоль/л, а в группе симвастатина $6,2 \pm 0,4$ ммоль/л. Уровень ХС-ЛПНП составил $3,0 \pm 0,4$ и $3,2 \pm 0,3$ ммоль/л соответственно в каждой из групп. Назначение симвастатина пациентам группы наблюдения

приводило к достоверному ($p < 0,02$) снижению уровней общего холестерина и ХС-ЛПНП соответственно до $5,1 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,3$ ммоль/л. Отмечена тенденция к более выраженному снижению содержания HbA1 ($7,9\%$) при назначении статинов по сравнению с контрольной группой ($5,1\%$). В группе симвастатина выраженность микроальбуминурии достоверно ($p < 0,05$) уменьшалась со $100,5 \pm 3,8$ до $72,6 \pm 4,2$ мг/л, тогда как в контрольной группе он не изменялся, составляя соответственно до и после лечения $118,5 \pm 7,5$ и $135,5 \pm 11,7$ мг/мл. Отмечено достоверное увеличение СКФ с $102,5 \pm 7,2$ до $124 \pm 6,2$ мл/мин/м² ($p < 0,03$) при назначении статинов, тогда как в контрольной группе не было достоверной динамики этого показателя ($98,5 \pm 8,1$ до и $93,4 \pm 7,6$ мл/мин/м² через 6 месяцев).

Заключение:

Включение симвастатина в комплекс лечения пациентов сахарным диабетом 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией приводит к улучшению показателей липидного и углеводного обменов, снижению выраженности нефропатии, улучшению функции почек.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и качества жизни у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ).

Материал и методы:

Обследовано 38 больных с НКАГ (25 женщин и 13 мужчин). Средний возраст составил $49,8 \pm 2,7$ лет. Критерии включения: 1) артериальная гипертензия (АГ) длительностью более 6 месяцев; 2) отсутствие достижения целевого уровня артериального давления (АД) на фоне двух- и трехкомпонентной антигипертензивной терапии; 3) наличие ТДР; 4) подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам проводилось измерение АД, тестирование с использованием шкал тревоги и депрессии HADS, самооценки депрессии Цунга, тревоги и тревожности Спилбергера-Ханина, сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), методики оценки качества жизни SF-36.

Результаты:

Исходно систолическое АД в среднем составило $164,7$ мм.рт.ст., диастолическое - $101,4$ мм.рт.ст. В результате тестирования по шкале HADS у 32 пациентов ($84,2\%$) выявлена клинически выраженная тревога/депрессия, у 6 пациентов ($15,8\%$) - субклинически выраженная тревога/депрессия. При анализе результатов по шкале самооценки депрессии Цунга - у 33 пациентов ($86,8\%$) - истинное депрессивное состояние, у 5 пациентов ($13,2\%$) - субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Анализ результатов опроса по шкале тревоги и тревожности Спилбергера-Ханина позволил диагностировать у 35 пациентов ($92,1\%$) высокую тревожность, у 3 пациентов ($7,9\%$)

– умеренную тревожность. Тестирование с использованием опросника СМОЛ показало наличие высоких значений шкал ипохондрии, депрессии, истерии, психастении. У пациентов с НКАГ и ТДР выявлен достаточно низкий уровень качества жизни по опроснику SF-36: средние баллы физического функционирования составили 41,7 балла; ролевого физического функционирования – 12,4 балла; боль – 26,5 балла; общего здоровья – 40,4 балла; жизнеспособность – 32,3 балла; социальное функционирование – 43,6 балла; ролевое эмоциональное функционирование – 34 балла; психическое здоровье – 33,2 балла.

Заключение:

1. У большинства пациентов с НКАГ имеют место клинически значимые ТДР. 2. При наличии НКАГ отмечаются значимые изменения психоэмоционального статуса с преобладанием ипохондрических, депрессивных, истероидных, психастенических типов личности. 3. У больных с НКАГ и ТДР значительно снижены показатели качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Назарова А. В., Назарова О. А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Суммарный риск сердечно-сосудистых осложнений при гипертонической болезни (ГБ) тесно взаимосвязан с характером поражения органов-мишеней. Происходящие на фоне ГБ расстройства микроциркуляции способствуют формированию и прогрессированию органной патологии. Цель исследования: оценить особенности функционирования системы микроциркуляции при ГБ II стадии с различными вариантами поражения органов-мишеней.

Материал и методы:

Обследованы 40 пациентов с ГБ II стадии в возрасте 31-60 лет (в среднем $47,5 \pm 1,3$ лет); из них 24 – с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) и 16 – с микроальбуминурией (МАУ). В контрольную группу вошли 30 практически здоровых лиц. Параметры микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Результаты:

При оценке интегральных показателей базального кровотока в микроциркуляторном русле (МЦР) у пациентов с ГБ выявлено снижение показателя микроциркуляции ($2,7 \pm 0,14$ перф.ед., в контроле – $3,38 \pm 0,14$ перф.ед., $p < 0,05$), свидетельствующее, вероятно, об ухудшении тканевой перфузии. Изменение вегетативной регуляции в виде повышения нейрогенного компонента тонуса микрососудов при артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с ГЛЖ проявлялось уменьшением амплитуды нейрогенных колебаний ($0,16 \pm 0,04$ перф.ед., в контроле – $0,21 \pm 0,02$ перф.ед., $p < 0,05$). Отмечено нарастание амплитуды респираторного ритма осцилляций кровотока ($0,05 \pm 0,01$ перф.ед. в контроле; $0,13 \pm 0,04$ перф.ед. при АГ с ГЛЖ, $p < 0,05$). Перераспределение спектральной мощности в пользу ритмов, характеризующих пассивную модуляцию кровотока, отразилось в снижении индекса эффективности микроциркуляции ($1,95 \pm 0,1$ у.е. в контроле; $1,52 \pm 0,12$ у.е. при ГБ, $p < 0,05$). ИЭМ при АГ с ГЛЖ составил $1,21 \pm 0,12$ у.е., при АГ с МАУ – $1,82 \pm 0,18$ у.е.

($p < 0,05$). Уровень внутрисосудистого сопротивления МЦР у пациентов с ГЛЖ превышал таковой при МАУ ($3,52 \pm 0,36\%$ и $2,91 \pm 0,29\%$, $p < 0,05$). По результатам окклюзионной пробы при АГ с ГЛЖ чаще определялся застойно-стазический (37%, при АГ с МАУ – 12%, $p < 0,05$), при МАУ – спастический гемодинамический тип микроциркуляции (38%, при АГ с ГЛЖ – 24%, $p < 0,05$). Эти изменения косвенно отражают явления вазоконстрикции и rareфикации в МЦР.

Заключение:

При ГБ II стадии выраженность микроциркуляторных расстройств нарастает на фоне развития ГЛЖ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Чумакова Е. А., Гапонова Н.И.

ГБОУ ВПО ИГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение (цели/задачи):

Снизить рефрактерность к терапии пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторных условиях на основе анализа психологических и социальных особенностей.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 300 пациентов с АГ. Средний возраст пациентов $72,14 \pm 4,0$ года, длительность АГ – от 4 до 36 лет. Проводилось психологическое анкетирование опросниками Спилберга-Ханина и Стреляу, выявление факторов риска, сопутствующих заболеваний, исследован ряд биохимических показателей, анализировалась клиническая картина, ЭКГ, параметры Эхо-КГ, результаты суточного мониторирования АД и по Холтеру, изучен характер медикаментозной терапии и оценена рефрактерность к терапии.

Результаты:

У пациентов с АГ подвижность нервных процессов высокая более чем в половине случаев (54,67%), нормальная – 43,33% и в 2% низкая, высокая ситуативная и личностная тревожность, 56% и 83% соответственно. Гиперхолестеринемия имела у 44%. В сопутствующих заболеваниях преобладают бронхолегочные – 66%. Имеет место острый инфаркт миокарда в анамнезе у 14%, инсульт – 17%. В 45% случаев пациенты не госпитализировались в связи с АГ, 34% имели стационарное лечение в связи с гипертоническим кризом 1-2 раза в год. В начале наблюдения кризовое течение выявлено у 78% пациентов. За полтора года наблюдения эта цифра снизилась до 63%. При первичном тестировании регулярно антигипертензивные препараты принимали 79% пациентов, к концу исследования – 100%. Рекомендации врача выполняли полностью 73%, частично 24%, не выполняли рекомендации 3% пациентов.

Заключение:

Среди пациентов с АГ преобладают личности, у которых возбуждение превалирует над торможением. У таких пациентов помимо упрощения схемы лечения антигипертензивными средствами необходимо добавление седативных и анксиолитических препаратов, что увеличивает достижение целевого АД и приверженность к лечению у пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ

Хоролец М. В., Геворкян Р.С.

МБУЗ «Городская поликлиника №42», г.Ростов-на-Дону

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) у беременных женщин.

Материал и методы:

В исследование включено 428 беременных женщин с 11-12 недели беременности, среднего возраста $23,6 \pm 2,34$ года, с периодом наблюдения до родов. Основную группу составили беременные женщины с повышенными цифрами артериального давления (АД). Диагноз АГ во время беременности ставится после двух регистраций систолического АД (САД) > 140 мм рт.ст. или диастолического (ДАД) > 90 мм.рт.ст. двух измерений через 4-6 часов (или АД выше 170 мм.рт.ст и/или ДАД выше 110 мм.рт.ст. при однократном измерении). Оценивались факторы риска: наследственный анамнез, индекс массы тела (ИМТ), курение, осложненный акушерско-гинекологический анамнез.

Результаты:

Среди всех беременных женщин сердечно-сосудистые заболевания были выявлены у 111 женщин (25,9%), АГ была диагностирована у 15 человек (3,5%). Средний возраст пациентов с АГ $28,6 \pm 1,87$ лет был достоверно выше, чем в группе без патологии $21,4 \pm 2,34$ года. Анализируя факторы риска у беременных с АГ выявлено отягощенный наследственный анамнез, увеличение ИМТ $31,8 \pm 2,44$ кг/м² по сравнению с контролем $27,4 \pm 1,71$ кг/м² ($p > 0,05$). Большинство беременных с АГ были повторнородящими 12 (80%) по сравнению с первородящими 3 (20%). Курило 8 (53%) женщин. Необходимо отметить, что 6 (40%) женщин имели сочетание двух факторов риска, три фактора и более было выявлено у 5 (33,3%) беременных. В группе беременных с АГ цифры САД составили $148,1 \pm 4,81$ мм.рт.ст., что выше группы контроля $108,3 \pm 3,88$ мм.рт.ст. ($p = 0,05$), достоверных различий ДАД $88,4 \pm 2,21$ мм.рт.ст. и $70,5 \pm 2,87$ мм.рт.ст. в соответствующих группах не получено. У 4 (26,6%) беременных с АГ отмечаются осложнения второй половины беременности – гестоз легкой и средней степени тяжести с повышением цифр АД до $164,47 \pm 5,76 / 86,7 \pm 3,72$ мм.рт.ст., все женщины имели более двух факторов риска.

Заключение:

Факторы риска сопутствующей экстрагенитальной патологии являются основой первичной профилактики перед планированием беременности. Сочетание нескольких факторов у пациентов с артериальной гипертензией является предиктором неблагоприятного развития осложнений во второй половине беременности.

ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСУДИСТУЮ ЖЕСТКОСТЬ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю., Коломейчук С. Н., Курбатова И. В.

Петрозаводский госуниверситет

Введение (цели/задачи):

Цель данного исследования: оценить влияние полиморфизмов генов CLOCK и ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) на показатели сосудистой жесткости у лиц без артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 105 пациентов без АГ (59 мужчин) в возрасте 28-49 лет. Выполнено: эхокардиоскопия, суточное мониторирование артериального давления (АД) (прибор ВРlab «МнСДП-3»). Оценивались: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и ее вариабельность за сутки (вСРПВ), максимальная скорость нарастания АД (dp/dt max), индекс артериальной жесткости (Arterial Stiffness Index (ASI)), показатели вариабельности АД, пульсовое давление (ПД). ДНК выделяли из 200 мкл венозной крови набором AxyPrep Blood Genomic DNA («Axygen», США). Генотипирование проводили по четырем полиморфным маркерам гена CLOCK: 3111TC (3'-нетранслируемая область гена), 862TC (экзон 9), 2121TG (экзон 20) и 257TG (промоторная область) и гену АПФ (аллельные варианты DD, ID, II). Статистическую обработку проводили в программе Statgraphics 2.1. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Выявлена корреляция между показателями вСРПВ, утренним подъемом диастолического АД и генетическим полиморфизмом 9 экзона гена CLOCK: у носителей CC-генотипа был выше утренний подъем диастолического АД ($r_s = 0,23$, $p = 0,048$) и вСРПВ ($r_s = 0,23$, $p = 0,046$). При оценке влияния полиморфизма промоторной области гена CLOCK выявлена положительная корреляция между «рисковым» генотипом-GG и ростом скорости подъема АД ($r_s = 0,25$, $p = 0,036$), и ПД ($r_s = 0,34$, $p = 0,029$). Выявлено влияние генетического полиморфизма 20 экзона гена CLOCK на показатель ASI ($r_s = 0,36$, $p = 0,017$) и вСРПВ ($r_s = 0,33$, $p = 0,0312$), данные показатели были выше у носителей генотипа GG. Достоверного влияния полиморфизма 3111TC и полиморфизма гена АПФ на показатели сосудистой жесткости выявлено не было.

Заключение:

Полиморфизм 9 экзона гена CLOCK коррелировал с вСРПВ и утренним подъемом АД, полиморфизм 20 экзона гена CLOCK коррелировал с вСРПВ и индексом ASI, полиморфизм промоторной части гена влияет на ПД и скорость подъема АД, достоверного влияния полиморфизмов 3111TC CLOCK и гена АПФ на показатели сосудистой жесткости не выявлено.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТЕЛМИСАРТАН У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хафизова Л. Ш., Хамидуллаева Г.А., Каримова

Б.Ш.,

Шакирова Н.Ш., Турсунова Н.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз

Введение (цели/задачи):

Изучение антигипертензивной и органопротективной эффективности 12-недельной монотерапии телмисартаном (Mirel®, Nikapharm, Узбекистан) у пациентов эссенциальной гипертензией.

Материал и методы:

В исследование включены 30 больных эссенциальной гипертензией (I-II степень артериальной гипертензии, ВНОК 2010),

в среднем возрасте 51.42 ± 10.92 лет. Артериальное давление (АД) измерялось сфигмоманометром по методу Короткова. Всем больным проведено эхокардиографическое исследование в М- и В-режимах. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле Devereux. Рассчитывался индексированный показатель ММЛЖ (ИММЛЖ) – отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) плечевой артерии оценивалась при помощи метода реактивной гиперемии по Selermajer. Толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии определялась ультразвуком высокого разрешения (7.5 МГц). Все пациенты находились на 12-недельной монотерапии телмисартаном, среднесуточная доза препарата составила 86.1 ± 48.9 мг.

Результаты:

12-недельная монотерапия телмисартаном показала высокую антигипертензивную эффективность с достижением целевого уровня АД у 77% больных, при этом отмечалось достоверное снижение систолического АД на $15.23 \pm 5.56\%$ и диастолического АД на $15.87 \pm 8.26\%$. Кардиопротективная эффективность препарата выражалась в достоверном снижении ММЛЖ и ИММЛЖ, характеризующие гипертрофию левого желудочка: ММЛЖ от 253.23 ± 59.84 г до 226.58 ± 57.57 г, $p=0.001$; ИММЛЖ от 125.13 ± 29.58 г/м² до 113.99 ± 28.55 г/м², $p=0.001$. На фоне терапии достоверно уменьшилась толщина КИМ общей сонной артерии (от 0.92 ± 0.25 мм до 0.87 ± 0.25 мм, $p=0.001$) и улучшилась ЭЗВД плечевой артерии ($\Delta D\%$ плечевой артерии увеличился с $6.56 \pm 3.65\%$ до $9.11 \pm 4.36\%$, $p=0.017$). Побочных эффектов препарата не отмечалось.

Заключение:

Результаты 12-недельной монотерапии телмисартаном показали высокую антигипертензивную эффективность препарата и возможность кардиопротекции, выражающаяся в достоверном регрессе гипертрофии левого желудочка, а также уменьшение толщины КИМ общей сонной артерии и улучшение эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии, что свидетельствует о выраженной вазопротективной эффективности телмисартана, при хорошей переносимости препарата.

ОЦЕНКА СИНДРОМА ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Шепель Р. Н.

Кафедра кардиологии БашГМУ

Введение (цели/задачи):

Острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности (ОДСН) следует расценивать, как самостоятельный синдром, который является следствием длительно текущей сердечно - сосудистой патологии. ОДСН проявляется усилением/ появлением одышки, отеков, слабости, чувства тревоги. Цель: изучение распространенности, этиологии, продолжительности стационарного лечения хронической сердечной недостаточности с синдромом острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) и сопутствующих заболеваний среди пациентов Республики Башкортостан (РБ), оценка уровня смертности и регоспитализации на 30,90,180,360 дни, анализ назначаемой терапии и тактики лечения.

Материал и методы:

В исследование было включено 286 пациентов (мужчины и женщины старше 18 лет с симптомами хронической застойной сердечной недостаточности любой этиологии). Пациенты имели не менее 2-х критериев для включения: одышка или положение ортопное, влажные хрипы, периферические отеки, увеличение пульсации яремных вен, рентгенологические признаки застоя в малом круге кровообращения, содержание в плазме BNP > 150 pg/ml или NT-proBNP > 450 pg/ml. У каждого пациента: проводили сбор данных о ХСН; оценивали демографические данные; учитывали наличие сопутствующей патологии; анализировали результаты Эхо-КГ и лабораторных методов исследования; оценивали эффективность медикаментозной терапии; проводили анализ количества дней госпитализации, контроль и исход госпитализации.

Результаты:

Среди населения РБ синдром ОДСН наиболее часто встречается у мужчин (средний возраст – $61 \pm 4,2$ год), которые имеют II Б степень по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко и III- IV функциональный класс ХСН по NYHA. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с ХСН и синдромом ОДСН наиболее часто встречались гипертоническая болезнь 3 стадии, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, сахарный диабет второго типа, хроническая obstructивная болезнь легких. Фракция выброса по данным ЭХО-КГ составила в среднем $37,6 \pm 3,6\%$. Данные общего анализа крови были в пределах нормы (при этом уровень гемоглобина ниже 110 г/л встречался у 5% пациентов). При оценке биохимического анализа крови определялся повышенный уровень креатинина. Комплексная терапия синдрома ОДСН в большинстве случаев проводилась с использованием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, β -адреноблокаторов, антагонистов альдостерона, диуретиков, антиагрегантов. На фоне проводимой терапии выживаемость больных в течение 360 дней наблюдения составила 92,0%.

Заключение:

Среди населения Республики Башкортостан синдром ОДСН наиболее часто встречается у мужчин старше 60 лет, которые имеют II Б степень по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко и III- IV функциональный класс ХСН по NYHA. Комплексная терапия больных с хронической сердечной недостаточностью с синдромом острой декомпенсации сердечной недостаточности в большинстве случаев проводится с использованием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, β -адреноблокаторов, антагонистов альдостерона, диуретиков, антиагрегантов.. На фоне проводимой терапии выживаемость больных в течение 360 дней наблюдения составляет 92,0%.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Хоролец Е. В., Хаишева Л. А., Шлык С. В., Бекетов П.А.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Введение (цели/задачи):

Изучить изменения уровня факторов ангиогенеза (эндотели-

ального фактора роста (VEGF) и эндостатина) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от наличия ассоциированных клинических состояний (АКС).

Материал и методы:

Обследовано 82 человека, в зависимости от наличия АКС, пациенты разделены на группы: с АГ (n=28); АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) (n=22); АГ и инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе (n=32). Все обследования проводились утром натощак. Оценивали значения VEGF и эндостатина методом количественного иммуноферментного сэндвич-анализа набором реактивов Quantikine «R&D Systems». Статистическая обработка материала Statistica версии 6.0.

Результаты:

Уровень VEGF среди больных АГ в сочетании с ИБС составил $192,98 \pm 30,78$ пг/мл, при этом выявлено достоверные различия VEGF у пациентов АГ с перенесенным ИМ ($242,15 \pm 33,30$ пг/мл) по сравнению с группой гипертоников ($142,15 \pm 16,89$ пг/мл) ($p < 0,05$). Получены максимальные значения эндостатина среди пациентов с АГ и ИМ в анамнезе $385,22 \pm 16,25$ нг/мл, которые достоверно отличались от уровня эндостатина в группе АГ ($287,05 \pm 23,06$ нг/мл) и АГ и ИБС ($239,20 \pm 21,77$ нг/мл) ($p < 0,05$). Наличие ассоциированных клинических состояний у больных с АГ увеличивают уровень факторов ангиогенеза, при этом ИМ в анамнезе отражает максимальные нарушения ангиогенеза.

Заключение:

Артериальная гипертензия приводит к активации процессов ангиогенеза, что проявляется повышением эндостатина. Одновременное повышение эндотелиального фактора роста и эндостатина свидетельствует о коронарной патологии у пациентов с артериальной гипертензией.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Сухонос В. А.

Сумская городская клиническая поликлиника №3

Введение (цели/задачи):

Прогностически неблагоприятными метаболическими факторами риска осложнений артериальной гипертензии (АГ) являются избыточная масса тела и ожирение (ОЖ). Около двух миллиардов жителей земли имеют повышенную массу тела. В механизмах прогрессирования АГ и ОЖ участвуют гиперинсулинемия, С-реактивный протеин (СРП), интерлейкин-6 (ИЛ-6). Цель. Оценить уровень факторов системного воспалительного ответа при АГ и ОЖ.

Материал и методы:

Обследовано 30 больных АГ II стадии 2 степени с ОЖ I и II степени, то есть с ИМТ от 30 до 39 кг/м². Группу контроля составили 20 лиц с ИМТ до 25 кг/м². Оценивали жалобы, данные анамнеза и общеклинических методов исследования, проводился тест с шестиминутной ходьбой, определяли суточную экскрецию альбумина с мочой (САУ), уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) натощак в крови, содержание в крови СРП, ИЛ-6, липидный спектр крови.

Результаты:

Медиана САУ в группе 2 приняла значение 37,50 мг/сут., достоверно превысив величину медианы САУ в группе контроля и группе 1 ($p < 0,05$). Медианы ИРИ, СРП и ИЛ-6 у больных АГ с ОЖ соответственно составили 24,25 мкМЕ/мл, 9,40 мг/л и 18,50 пг/мл и были достоверно выше значений аналогичных

показателей в контрольной группе и группе 1 ($p < 0,05$). Результаты подтвердили данные литературы о прогрессировании сосудистого ремоделирования и нарастании активации системного воспалительного ответа у больных АГ при увеличении массы тела. Статистически значимые корреляции у больных АГ с ОЖ - ИМТ с уровнями САД ($r=0,46$; $p=0,02$), ДАД ($r=0,52$; $p=0,01$) и САУ ($r=0,49$; $p=0,01$); корреляции содержания в крови СРП с САД ($r=0,54$; $p=0,01$) и САУ ($r=0,53$; $p=0,01$), а также корреляции уровня ИЛ-6 с САД, ДАД и САУ ($r=0,56$; $p=0,01$, $r=0,62$; $p=0,01$ и $r=0,55$; $p=0,01$), свидетельствовали об участии ожирения, гиперинсулинемии и факторов системного воспалительного ответа в механизмах прогрессирования АГ.

Заключение:

У больных АГ II стадии с нарастанием массы тела увеличиваются концентрации в крови СРП и ИЛ-6. У больных АГ с ОЖ статистически значимые корреляции ИМТ, СРП и ИЛ-6 с уровнями САД, ДАД и САУ свидетельствуют об участии ожирения и факторов системного воспалительного ответа в механизмах прогрессирования АГ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С РАЗЛИЧНОЙ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Бабкин А. П., Игнатова Е. В.

Воронежская государственная медицинская академия, Городская клиническая поликлиника №4

Введение (цели/задачи):

Цель: изучение сравнительной эффективности лечения артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом с различной вкусовой чувствительностью к поваренной соли.

Материал и методы:

Обследовано 33 больных СД 2-го типа (ср. возр. $51,1 \pm 0,91$ г) с аб-доминальным ожирением (ИМТср. $33,82 \pm 1,0$, ОТ- $104,2 \pm 8,2$ см). Двадцать два больных принимали однократно агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин (физиотенз) в суточной дозе 0,4 мг, 11 пациентов - нолипрел. Длительность антигипертензивной терапии составила 12 недель. Вкусовая чувствительность к поваренной соли (ПС) оценивалась по методике R. Henkin et al., 1963. Пациенты разделены на 2 группы - с нормальным и сниженным порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) - 0,16 % раствора NaCl и менее и высоким ПВЧПС - 0,32% и более. СМАД проводили на аппарате "CardioTens 01" (Meditech, Венгрия), с расчетом показателей: ср. значения систолического (САД), активного периода (САД_{ап}), пассивного периода (САД_{пп}) и диастолического АД (ДАД, ДАД_{ап}, ДАД_{пп}), СИ, абсолютные величины снижения АД при лечении.

Результаты:

Лечение физиотензом привело к существенному снижению САДср. - с $143,1 \pm 3,2$ мм рт. ст. до $133,29 \pm 3,7$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), САД_{ап} - с $146,64 \pm 3,6$ до $133,95 \pm 3,2$, ($p < 0,01$) и тенденции к снижению ДАД_{ап} $87,32 \pm 1,7$ и $83,38 \pm 2,3$ ($p > 0,05$). Лечение ноли-прелом было значительно более эффективным - САДср. снизилось с $155,0 \pm 5,7$ до $139,25 \pm 6,2$ ($p > 0,05$), САД_{ап} - с $161,0 \pm 6,0$ до $142,6 \pm 6,2$ ($p < 0,01$), САД_{пп} - с $147,7 \pm 5,9$ до $131,88 \pm 5,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАДср. с $88,5 \pm 2,5$ до $81,13 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). Не выявлено негативного влияния нолипрела и физиотенза на показатели жирового обмена и ИР. Обнаружено,

что физиотенз обладает умеренным гипотензивным эффектом вне зависимости от ПВЧ к NaCl - снижение САД составило $9,0 \pm 2,9$ мм рт. ст. при низком ПВЧПС и $9,1 \pm 4,1$ мм рт. ст. – при высоком ПВЧПС. Нолипрел оказывает более выраженный гипотензивный эффект у больных с низ-ким ПВЧПС, чем с высоким – САД ср. снизилось на $22,67 \pm 3,7$ и $14,5 \pm 1,5$ мм рт. ст. соответ-ственно ($p < 0,01$).

Заключение:

Моксонидин и особенно нолипрел обладают выраженным антигипертензив-ным действием, однако эффективность нолипрела в наибольшей степени проявляется у больных с низким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли, т.е обладающих высокой чувствительностью к NaCl, максонидин проявляет антигипертензивный эффект вне зависимости от ПВЧПС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ АПФ И SS-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С АГ

Бабкин А. П., Гладких В. В.

ВОРОНЕЖСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность терапии ингибитором АПФ лизиноприлом и β - адреноблокатором карведилолом у больных артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда с различной солечувствительностью артериального давления

Материал и методы:

Обследовано 39 пациентов (ср. возраст $59,6 \pm 1,5$ лет) с АГ 1-2 степени, перенесших 2-6 мес.назад инфаркт миокарда, из них 36 пациента перенесли Q-инфаркт, 8 человек имели сопутствующий сахарный диабет. Длительность АГ составила $8,5 \pm 1,8$ лет. Для лечения использовали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента лизиноприл (Лизинотон ®, Актавис, Исландия) в суточной дозе 10 - 20 мг и β адреноблокатор карведилол (таллитон®, Egis, Венгрия) в суточной дозе 12,5-25 мг. Оценка эффективности лечения АГ у всех больных проводилась с использованием СМАД на аппаратах АВРМ-04 (Венгрия). Определяли средние суточные величины систолического (САД ср.), диастолического (ДАД ср.) АД, индекс времени (ИВ) САД и ДАД, вариабельность САД, величины САД и ДАД в дневное и ночное время (САДд, ДАДд и САДн, ДАДн), суточный индекс (СИ). Порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) определяли по модифицированной методике R.Henkin(1984) путем нанесения раствора хлорида натрия в возрастающей концентрации от 0,02 до 2,54% на переднюю треть языка. За низкие значения ПВЧПС принимали концентрации р-ра NaCl менее 0,16%, за средний- 0,16%, за высокий- 0,32% и выше. Определяли суточную экскрецию ионов Na, K и Cl методом ионселективной потенциометрии. Солечувствительность АД оценивали по методике (M.H.Weinberger, 1996) . Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10% и более при переходе с диеты с повышенным содержанием соли (суточное потребление 15 г и более в сутки) на низкосолевою (менее 5 г NaCl). Эффективность соблюдения диеты определяли по суточной экскреции натрия.

Результаты:

ПВЧПС у 39 больных оказался повышенным - $0,4 \pm 0,04\%$ раствора NaCl Суточная экскреция Na^+ с мочой составила

$217,0 \pm 22,1$ ммоль, K^+ - $49,1 \pm 4,6$ ммоль и Cl^- - 232 ± 24 ммоль. Терапию лизинотоном получали 22 пациента, из них 13 были солечувствительные и 9 –солерезистентные. При лечении лизинотоном САД ср.снизилось с $147,7 \pm 3,0$ мм рт. ст. до $135 \pm 2,3$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАД ср.- с $83,7 \pm 1,8$ до $78,8 \pm 1,6$ ($p < 0,05$) мм рт. ст. Целевые значения АД достигнуты у 15 пациентов (68%). Величина снижения САД и ДАД составили для солерезистентных 10% и 7,5% соответственно, для солечувствительных- 7,8% и 5,9%. При лечении карведилолом у 17 пациентов САД ср. снизилась со $135,2 \pm 2,4$ мм рт ст. до $122,2 \pm 2,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАД ср.- с $80,1 \pm 1,8$ до $72,9 \pm 2,3$ ($p < 0,05$) мм рт. ст. Целевые значения АД достигнуты у 14 из 17 пациентов (82%). В группе солерезистентных пациентов (8 больных) ИВСАД снизился на 67% от исходного против 40,5% у солечувствительных (9 больных), ИВДАД - на 49% против 31% соответственно.

Заключение:

Терапия лизиноприлом и карведилолом в течение 12 недель приводит к достоверному снижению систолического и диастолического АД, при этом лечение артериальной гипертензии лизиноприлом наиболее эффективно у больных с солерезистентной артериальной гипертензией, а лечение карведилолом показало сопоставимые результаты снижения АД независимо от солечувствительности пациентов.

ПОДАГРА, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И УРИКЕМИЯ

Мытник Е. А., Михневич Э. А.

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Большинство пациентов с подагрой имеют различные ассоциированные клинические состояния, из которых особое прогностическое значение имеет артериальная гипертензия (АГ). Значение гиперурикемии (ГУЕ) как детерминанты АГ остаётся предметом интенсивных дискуссий. Цель: определить факторы, ассоциированные с формированием АГ при подагре; изучить связи между уровнем урикемии и параметрами АГ, определяющими её тяжесть и риск.

Материал и методы:

268 пациентов с подагрическим артритом, поступивших во 2 клинику г. Минска за период 2009-2011, заполнили классификационные критерии подагрического артрита 1977 года ACR. АГ присутствовала у 224 (83,6%)пациента. Все пациенты были разделены на группы по отношению к АГ: 1 группа (n=74 пациентов, 27,6%)- подагра развилась первой, АГ присоединилась не менее чем через 5 лет; 2 группа (n=73 пациента,27,2 %)- подагра и АГ появились приблизительно одновременно; 3 группа (n=74 пациента, 27,6%)- АГ первична по отношению к подагре, разница не менее 5 лет; 4 группа (n =44 пациента, 16,4%)- подагра без АГ (группа АГ-). Коморбидность составила: ИБС –91 (34%)пациентов, СД –46 (17,2%)пациентов, ХБП –145 (54,1%) пациентов, сосудистые катастрофы – 33 (12,3%) пациентов. Для сравнения с группой АГ- были выбраны 44 пациента из группы с первичной подагрой и сопутствующей АГ (группа АГ+), сравнимые по полу, возрасту и длительности заболевания . Сравнивались признаки подагры, факторы риска и тяжести АГ, а также коморбидность между группами и их связь с уровнем урикемии.

Результаты:

В группе АГ– наблюдалось значительно меньше случаев сахарного диабета, чем в группе АГ+ (OR-7,88; CI95%; 1,87

to 33,14, $p = 0,0069$). При сравнении различных параметров между двумя группами, количество случаев ИБС статистически значимо преобладало у пациентов с АГ (OR-6,95; CI95% 3,36-14,38; $p = 0,0057$). У пациентов в группе АГ+ отмечались случаи сосудистых катастроф, в то время как у пациентов АГ- не было зарегистрировано ни одного случая ни инфаркта миокарда, ни инфаркта мозга ($p < 0,05$). Признаки подагры не отличались между группами ($p > 0,05$). Не было найдено также различий в уровнях мочевого кислоты крови в группах (АГ- 576 ± 180 и АГ+ 537 ± 123 ммоль/л, $p > 0,05$). СКФ и уровень креатинина крови были схожими в обеих группах. Выявлена прямые статистически значимые корреляционные связи между ГУЕ и триглицеридами в общей группе ($r = 0,66$) и в каждой группе по отдельности (группа 4 - $r = 0,52$).

Заключение:

У подавляющего большинства пациентов с подагрой наблюдается АГ, лишь небольшое количество пациентов не имеет АГ -16,4 %. Уровень мочевого кислоты в крови у пациентов с подагрой в нашей популяции тесно связан с уровнем триглицеридов крови. Развитие АГ у пациентов с подагрой ассоциировалось с присутствием сахарного диабета, лишнего веса и ожирения, а также ИБС. Прямая роль мочевого кислоты в этом процессе не подтвердилась.

ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕНОКАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Демихова Н. В.

Сумский государственный университет

Введение (цели/задачи):

Факторы системного воспалительного ответа С-реактивный протеин (СРП) и интерлейкин-6 (ИЛ-6) принимают участие в механизмах прогрессирования хронического ренокардиального синдрома. Механизмы поражения органов-мишеней при данной коморбидной патологии недостаточно изучены. Цель. Оценить показатели системной воспалительной активности у больных с хроническим ренокардиальным синдромом.

Материал и методы:

Обследовано 64 больных с хроническим ренокардиальным синдромом: 1 гр. - 29 больных с артериальной гипертензией (АГ) при хроническом гломерулонефрите; 2 гр. - 35 больных с АГ при диабетической нефропатии. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Пациенты всех трёх групп были сопоставимы по полу и возрасту. Определяли суточную экскрецию альбумина с мочой (САУ), содержание в крови СРП, ИЛ-6, липидный спектр крови, скорость клубочковой фильтрации.

Результаты:

Медиана САУ в группе 1 имела значение 17,20 мг/сут., достоверно превышая величину медианы САУ в группе контроля ($p < 0,05$). Медианы СРП и ИЛ-6 у больных с АГ при хроническом гломерулонефрите составили 17,14 мкг/мл, 4,10 мг/л и 7,16 пг/мл ($p < 0,05$ по сравнению с контролем). Медиана САУ в группе 2 приняла значение 36,32 мг/сут., достоверно превысив величину медианы САУ в группе контроля и группе 1 ($p < 0,05$). Медианы СРП и ИЛ-6 у больных с АГ при диабетической нефропатии соответственно составили 23,87 мкг/мл, 8,76 мг/л и 17,32 пг/мл и были достоверно выше аналогичных показателей контроля и группы 1 ($p < 0,05$). Результаты подтвердили данные литературы об активации си-

стемного воспалительного ответа у больных при прогрессировании АГ. Статистически значимые корреляции у больных с хроническим ренокардиальным синдромом: содержания в крови СРП с САД ($r = 0,52$; $p = 0,01$) и САУ ($r = 0,51$; $p = 0,01$), уровня ИЛ-6 с САД, ДАД и САУ ($r = 0,54$; $p = 0,01$, $r = 0,61$; $p = 0,01$ и $r = 0,53$; $p = 0,01$), свидетельствуют об участии факторов системного воспалительного ответа в механизмах прогрессирования АГ.

Заключение:

У больных с хроническим ренокардиальным синдромом статистически значимые корреляции СРП и ИЛ-6 с уровнями САД, ДАД и САУ свидетельствуют об участии факторов системного воспалительного ответа в механизмах прогрессирования АГ.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ, КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матросова И. Б.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»

Введение (цели/задачи):

Установить корреляционные взаимосвязи среднесуточных значений центрального аортального давления с рядом показателей у больных метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Обследовано 67 человек (38 мужчин и 29 женщин), с тремя и более признаками МС (ВНОК, 2009). Обязательным условием было наличие АГ 1-2 степени. Средний возраст больных составил 49,2 лет; окружность талии $102,7 \pm 9,9$ см. Офисное САД – $148,8 \pm 11,7$ мм рт.ст., ДАД – $97,2 \pm 5,1$ мм рт.ст. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий оценивали методом амбулаторного мониторинга АД прибором VpLab технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Оценивали среднесуточные значения центрального аортального давления и сосудистой ригидности (САДао, ДАДао, ПАДао, Аіао). Эхокардиографическое исследование с определением толщины задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП), массы и индекса массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ, ИММЛЖ), анализ функции эндотелия с определением поток-зависимой вазодилатации (ПЗВД), индекса реактивности (ИРе), а также измерение толщины интима-медиа (ТИМ) проводили на приборе MyLab 90 (Esaote, Италия). Для определения корреляций применяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты:

Выявлена достоверная взаимосвязь между среднесуточными значениями САД в аорте и толщиной МЖП ($r = 0,44$; $p < 0,01$), ЗСЛЖ ($r = 0,24$; $p < 0,05$), ММЛЖ ($r = 0,37$; $p < 0,01$), ИММЛЖ ($r = 0,36$; $p < 0,01$). Показатель центрального ДАД по данным амбулаторного мониторинга коррелировал с ММЛЖ ($r = 0,28$; $p < 0,05$) и МЖП ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Была выявлена достоверная прямая взаимосвязь суточных значений ПАДао с МЖП ($r = 0,28$; $p < 0,05$), а центральный индекс аугментации Аіао коррелировал с ИММЛЖ ($r = 0,30$; $p < 0,05$). Выявлена достоверная взаимосвязь между снижением ПЗВД и возрастанием среднесуточных значений САД в аорте ($r = -0,25$; $p < 0,05$), Аіао ($r = -0,28$; $p < 0,05$). ТИМ достоверно возрастала при увеличении среднесуточных значений САД в аорте ($r = 0,34$; $p < 0,01$), ДАД в аорте ($r = 0,32$; $p < 0,01$), Аіао ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Заключение:

У пациентов с метаболическим синдромом суточные характеристики центральной гемодинамики коррелировали с показателями, характеризующими структуру миокарда ЛЖ, эндотелиальной функции и толщиной интима-медиа.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ 16-НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Гусаковская Л. И., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВПО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/задачи):

Оценить вазопротективный эффект α_1 , β -адреноблокатора карведилола у больных метаболическим синдромом (МС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени по результатам суточного мониторирования сосудистой ригидности.

Материал и методы:

В исследование включено 33 пациента с МС и АГ (средний возраст 49,9 лет). Рост больных составил $168,7 \pm 10,6$ см; масса тела $90,7 \pm 15,4$ кг; офисное САД – $148,8 \pm 11,7$ мм рт.ст., ДАД – $97,2 \pm 5,1$ мм рт.ст. Показатель ИМТ соответствовал критериям ожирения I степени ($31,9 \pm 4,7$ кг/м²); окружность талии составила $102,7 \pm 9,9$ см. Диагноз МС устанавливали в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями (2009). АГ диагностировали трехкратным измерением АД аускультативным методом (ВНОК, 2010). Артериальную жесткость оценивали методом амбулаторного мониторирования АД прибором VpLab технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Регистрировали суточные показатели, характеризующие центральную (аортальную) ригидность: центральный индекс аугментации $A_{1\alpha}$, скорость пульсовой волны в аорте PWV_{ao}. Среди показателей жесткости, характеризующих периферическое артериальное русло, анализировали периферический индекс аугментации A_{1x} , индекс ригидности ASI. Исследование проводили до лечения и на фоне 16-недельной фармакотерапии. Все пациенты получали карведилол в дозе $27,1 \pm 9,3$ мг/сут. При недостижении целевых значений АД добавляли нифедипин с контролируемым высвобождением $31,8 \pm 10,1$ мг/сут.

Результаты:

На фоне 16-недельной антигипертензивной терапии наблюдали достоверное уменьшение PWV_{ao} с $7,7$ (7,3; 8,0) до $7,3$ (6,8; 7,8) м/с ($p < 0,01$). Индекс аугментации не претерпевал изменений в артериях центрального и периферического участков артериального русла: $A_{1\alpha}$ на неделе 0 составил $20,2 \pm 11,5$, спустя 16 недель терапии – $19,4 \pm 14,3$ % ($p > 0,05$); A_{1x} – $-17,2 \pm 20,8$ и $-19,8 \pm 22,4$ % соответственно ($p > 0,05$). Отмечено достоверное снижение среднесуточных значений ASI с $165,1 \pm 30,4$ до $143,0$ (128,0; 151,0) мм рт.ст. ($p < 0,01$).

Заключение:

У больных МС в сочетании с АГ 1-2 степени 16-недельная фармакотерапия α_1 , β -адреноблокатором карведилолом сопровождалась высоко достоверным снижением центральной скорости пульсовой волны и периферического индекса ригидности. Карведилол не оказывал статистически значимого влияния на индекс аугментации в аорте и плечевой артерии.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Зайцева В. П., Нанчикеева М.Л., Полякова Т.В.

ГБОУ ВПО ИВГМА МЗ РФ,
ГБУЗВО «Городская больница №4»

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить частоту и выраженность острого повреждения почек (ОПП) среди пациентов с ассоциированными клиническими состояниями (АКС).

Материал и методы:

Нами было обследовано 14 пациентов, средний возраст – 66,7 [57;75] лет, поступивших в ОРИТ с 1 по 31 декабря 2012г. Согласно критериям ВНОК (2007г.) всем 14 пациентам был установлен диагноз ОИМ: у 10 (71%) – Q инфаркт миокарда (ИМ), у 4 (28%) – не QИМ. Среди обследованных 9 (64,2%) человек страдали гипертонической болезнью (ГБ), при этом 7 (78%) имели 1 ст. АГ. У всех пациентов с ИМ в течение 48 часов оценивали признаки ОПП по системе RIFLE (ADQI, 2002г), где R-это риск, I-повреждение, F-недостаточность, L-утрата функции, E-терминальная почечная недостаточность. Критериями ОПП считали в 1-е сутки ОИМ – снижение диуреза ($< 0,5$ мл/кг/ч в течение 6 часов), в последующие 48 часов – уменьшение СКФ (более чем на 25%) и/или прирост креатининемии ($\geq 26,4$ мкмоль/л). СКФ определяли расчетным методом (pСКФ) по формуле EPI. Для более полной характеристики нефропатии у всех пациентов мы оценивали признаки структурного повреждения почки, маркером которого считали микроальбуминурию (МАУ). МАУ определяли в утренней порции мочи полуколичественным методом (Micral-test, фирма «Рош Диагностика ГмбХ», ФРГ).

Результаты:

У всех 14 пациентов с ОИМ в отсутствие гиперкреатинемии выявлены признаки ОПП. Согласно критериям RIFLE у 4 (29%) больных с ОИМ установлен класс R ОПП, у остальных 10 (71%) – класс I. Ни у одного из пациентов не отмечено развития более выраженной почечной дисфункции, соответствующей классам F, L или E ОПП. У всех 14 пациентов с ОИМ была выявлена МАУ: у большинства пациентов – 12 (86%) ее уровень не превышал 50 мг/л, у 2 (14%) больных, имевших класса I ОПП, величина МАУ достигала 100 мг/л. Частота и выраженность поражения почек (оцененных по критериям RIFLE и наличию МАУ) существенно не различалась в подгруппах пациентов с ОИМ, имевших исходно повышенное или нормальное АД.

Заключение:

У всех обследованных нами пациентов с ОИМ выявлены признаки поражения почек, проявляющиеся развитием ОПП (классов R и I) и МАУ. Наличие у пациентов с ОИМ в анамнезе ГБ не оказало существенного влияния на частоту и выраженность нефропатии.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аскарров А. Р., Нелаев В. С., Шалаев С. В.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1»

Введение (цели/задачи):

Изучить частоту, степень артериальной гипертензии (АГ) и эффективность антигипертензивной терапии (АГТ) у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) и ишемической болезнью сердца (ИБС) (без клинических проявлений ОААНК, но имеющих в анамнезе инфаркт миокарда) в процессе проспективного наблюдения (12-15 мес.).

Материал и методы:

В исследование включены 70 больных ОААНК и 60 больных ИБС (контрольная группа, без клинических симптомов ОААНК) мужского пола в возрасте 45-70 лет (ср. возраст $57 \pm 7,0$ и $55 \pm 6,2$ года соответственно). У большинства больных ОААНК встречалась ишемическая болезнь сердца (ИБС; 73,0%), и АГ (85,0%). Среди больных контрольной группы АГ наблюдалась в 85% случаев. У больных ОААНК преобладала 2 стадия болезни (68,0%), реже – более тяжёлые формы (3 и 4 стадии – 21,0% vs. 11,0% соответственно). Изучались уровень артериального давления (АД) и достижение целевого АД у больных ОААНК и контрольной группы на фоне АГТ. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы SPSS Statistics v.19.

Результаты:

Установлена одинаково высокая частота АГ у больных ОААНК и контрольной группы (страдающие ИБС) – 85,0%. Уровень АД был достоверно выше при тяжёлых стадиях ОААНК (4-й и 3-й ст.), чем при 2-й стадии болезни: АД сист. – $153 \pm 21,3^*$ vs. $140 \pm 14,2$ vs. $132 \pm 7,3^*$ мм рт.ст.; АД диаст. – $91 \pm 7,4^*$ vs. $87 \pm 6,5$ vs. $81 \pm 3,4^*$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Обнаружено более тяжёлое течение АГ среди больных ОААНК, чем у больных контрольной группы: 1 степень АГ – 7,0% vs. 25,0%, 3 степень АГ – 62,0% vs. 45,0%. Все больные АГ получали антигипертензивную терапию: кардиоселективные бета-адреноблокаторы (57,0%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (53,0%), диуретики (26,0%), антагонисты кальция (17,0%) и сартаны (9,0%). К концу года наблюдения целевой уровень АД ($< 140/90$ мм рт.ст.) был достигнут в 2 раза чаще среди больных контрольной группы, чем у больных ОААНК: 17,0% и 32,0% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение:

Эффективность антигипертензивной терапии у больных ОААНК ниже, чем у больных ИБС, не имеющих клинический проявлений ОААНК. В связи с этим больные ОААНК имеют более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, чем больные ИБС (без клинических проявлений ОААНК).

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХБП У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

МАРКОВА А. В., ШВАРЦ Ю. Г.

САРАТОВСКИЙ ГМУ ИМ. В.И. РАЗУМОВСКОГО

Введение (цели/задачи):

Цель: анализ динамики прогрессирования ХБП в течение 12 месяцев в зависимости от индивидуальных исходных клинических и лабораторных характеристик у больных с АГ и СД 2 типа на фоне активной противодиабетической терапии под наблюдением эндокринолога.

Материал и методы:

Обследованы 122 больных с сочетанием АГ и СД 2 типа (30 мужчин, 92 женщины, средний возраст $60,6 \pm 7,56$ года). Пациенты получали соответствующее стабильное лечение

антигипертензивными препаратами, статинами и таблетированными сахароснижающими средствами. Длительность СД в среднем составила 4,6 лет, длительность АГ – 12 лет. 1 стадия хронической болезни почек (ХБП) наблюдалась у 54 (44,3%) человек, 2 – у 42 (34,4%), 3 – у 26 (21,3%). Проводилась оценка показателей, характеризующих работу почек.

Результаты:

Через 12 месяцев на фоне проводимой терапии оптимального артериального давления удалось достичь у 49 пациентов (40,2%). Было выявлено, что достижение оптимального артериального давления достоверно ($p = 0,09$) влияет на динамику уровня микроальбумина в моче. У пациентов, у кого оптимальный уровень АД был достигнут, уровень альбумина в моче снизился на 65,5%. У тех, у которых достичь оптимального уровня АД не удалось – на 48,1%. Стадия ХБП у четырнадцати пациентов (11,5%) изменилась в лучшую сторону, у двенадцати (9,8%) – в худшую, у остальных больных этот показатель остался на прежнем уровне. Среди пациентов с изначальной 1 стадией у 19,2% через год на фоне лечения стадия ХБП увеличилась. У пациентов со 2 и 3 стадией прогрессирование стадии ХБП отмечалось у 3,5% и 0% соответственно. На изменения стадий ХБП статистически значимо не влияли никакие исходные показатели. Улучшились количественные показатели скорости клубочковой фильтрации у небольшого числа пациентов. Было обнаружено, что существует достоверная зависимость между исходной стадией ХБП и динамикой уровня креатинина в моче ($p = 0,037$), соотношения альбумина к креатинину в моче ($p = 0,028$), креатинина сыворотки крови ($p = 0,026$), расчетного клиренса креатинина ($p = 0,0008$), липопротеидов высокой плотности ($p = 0,025$). Выяснилось, что пациенты, имеющие фибрилляцию предсердий, в среднем имели отрицательную динамику тех показателей, которые касались степени выраженности поражения почек. Так, например, показатель экскреции альбумина мочой увеличился на 321%, тогда как у пациентов без фибрилляции предсердий снизился на 53,54%. Соотношение микроальбумина к креатинину в моче также имело отрицательную динамику у пациентов с мерцательной аритмией по сравнению с пациентами без нее – увеличилось на 338% и снизилось на 6,9% соответственно. Наличие ожирение было достоверно ($p = 0,05$) связано с динамикой такого фактора риска прогрессирования ХБП как соотношение альбумина к креатинину в моче. У пациентов, не имеющих ожирение, данный показатель через 12 месяцев терапии снизился на 59,8%, тогда как у пациентов с ожирением – на 34%. Наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда существенно отразилось ($p = 0,03$) на динамике уровня креатинина в моче. У пациентов, перенесших инфаркт, уровень креатинина в моче снизился на 33,6%, у пациентов, не имеющих инфаркта миокарда в анамнезе, вырос на 5,4%.

Заключение:

У пациентов с артериальной гипертензией и СД 2 типа на фоне адекватно проводимой терапии отмечается достоверное негативное влияние на динамику факторов риска хронической болезни почек в течение года таких показателей как ожирение, фибрилляция предсердий, перенесенный инфаркт миокарда, при этом достижение оптимального артериального давления в ходе лечения, очевидно, препятствует быстрому прогрессированию ХБП.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Срождинова Н. З., Турсунова Н.Б., Курбанов Р.Д.

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

Изучить взаимосвязь вариантов геометрии левого желудочка (ГЛЖ) с ремоделированием сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

В исследование включены 209 больных мужчин с АГ и МС. Средний возраст больных составил 43,3±9,7 года. МС установлен согласно рекомендациям IDF, 2005г. Всем больным проведено эхокардиография с доплерографией в М- и В-режиме. ГЛЖ устанавливали при ИММЛЖ ≥125г/м². В группе больных с ГЛЖ по рекомендации А. Сапаи и соавт. (1992) различались концентрическая ГЛЖ и эксцентрическая ГЛЖ, где в качестве критерия применялась относительная толщина стенок (ОТС) миокарда. При ОТС больше 0,45 различалась концентрическая ГЛЖ, при ОТС меньше 0,45 – эксцентрическая ГЛЖ. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией. Толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) определяли методом дуплексного сканирования.

Результаты:

Среди обследованных больных ГЛЖ встречалась у 78,8% (n=150) случаев, 21,2% (n=59) больных не имели ГЛЖ ($\chi^2=77,1$, df=1, p=0,000). Среди больных с ГЛЖ эксцентрическая ГЛЖ встречалась в 74% случаев, эксцентрическая ГЛЖ – 26% случаев ($\chi^2=67,2$, df=1, p=0,000). В дальнейший анализ были включены больные с ГЛЖ и они были разделены на 2 группы: 1-группу составили больные с концентрической ГЛЖ (n=111), вторую – больные с эксцентрической ГЛЖ (n=39). Больные с концентрической ГЛЖ были старше (49,8±10,8лет против 42,6 ±2,5лет, p=0,0001) и имели более длительную АГ (6,3±4,6лет против 3,7 ±2,5лет, p=0,001) по сравнению с больными с эксцентрической ГЛЖ. По антропометрическим показателям (ИМТ, ОТ) группы были сопоставимы. Больные с концентрической ГЛЖ имели достоверно высокие значения АД. Так, САД составило 160,7±15,6 мм рт.ст. против 148,1±12,7 мм рт.ст., (p=0,00001), ДАД – 103,0±9,2 мм рт.ст. против 93,6±6,8 мм рт.ст. (p=0,0000). У больных с концентрической ГЛЖ отмечался достоверно высокий ИММЛЖ по сравнению с больными с эксцентрической ГЛЖ: 175,4±32,2г/м² против 151,6±28,1 г/м², p=0,0001. Состояние сократительной функции ЛЖ в обеих группах было нормальным и между собой группы не различались: 66,3±9,6% против 67,9±7,1%. Следует отметить, что у больных с концентрической ГЛЖ диастолическая дисфункция ЛЖ встречалась несколько чаще, по сравнению с больными эксцентрической ГЛЖ: 56,7% против 41,0% ($\chi^2=2,27$, df=1, p=0,13). Скорость раннего наполнения пик Е был достоверно ниже у больных 1-ой группы по сравнению со второй: 0,64±0,15м/с против 0,71±0,13м/с, p=0,015. Не смотря на отсутствие различий по уровню липидов между группами, больные с концентрической ГЛЖ имели более выраженную толщину КИМ ОСА по сравнению с больными с эксцентрической ГЛЖ: 1,03±0,24мм против 0,82±0,19мм, p=0,000002. Кроме того, у больных с концентрической ГЛЖ отмечалось нарушение ЭЗВД. Так, ΔD в 1-й группе составил 4,2±5,9%, а во 2-й – 6,6±6,3%, p=0,04.

Заключение:

ГЛЖ встречается с высокой частотой у больных АГ с МС. Концентрическая ГЛЖ ассоциируется с высокой АГ и сосудистым ремоделированием у больных АГ с МС.

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ

Каюмова М. М., Гафаров В. В.

Филиал ФГБУ «НИИ КАРДИОЛОГИИ»
СО РАМН "ТЮМЕНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**Введение (цели/задачи):**

Целью исследования явилось определение самооценки здоровья и отношения к профилактическим мероприятиям в мужской неорганизованной популяции 25-64 лет г. Тюмени.

Материал и методы:

В рамках кардиологического скрининга было проведено эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участника. Для изучения самооценки здоровья и отношения к профилактике использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты.

Результаты:

Анализ показал, что 42,8% мужчин указали, что они не совсем здоровы или больны. Доля лиц, считающих себя здоровыми, составила более 50%. Ответ «совершенно здоров» дали 2,4% респондента. 90,7% мужчин указали на недостаточную заботу о своем здоровье. В настоящем исследовании 97,5% населения отмечало большую вероятность заболеть серьезным заболеванием в течение ближайших 5-10 лет. Оптимистический настрой населения о возможностях профилактики серьезных заболеваний, если принять предупредительные меры, также оказался высоким (66,9% респондентов безусловно верили в эффективность предупредительных мер). По отношению к предупреждению или лечению сердечно-сосудистых заболеваний 54,1% мужчин не сомневалось, что современная медицина может предупредить большинство болезней сердца, а более 35% населения отмечало, что успех или неуспех предупреждения или лечения будет зависеть от того, какое это заболевание.

Заключение:

У мужчин 25-64 лет установлено положительное отношение к профилактическим проверкам здоровья, вместе с тем, более 40% мужчин 25-64 лет считают себя больными и практически каждый из них недостаточно заботится о своем здоровье.

СОПУТСТВУЮЩАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гальцова О. А., Романенко В.В.

БелМАПО

Введение (цели/задачи):

Оценить тяжесть артериальной гипертензии (АГ) у мужчин,

перенесших инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМнST) и роль АГ в развитии ремоделирования сердца.

Материал и методы:

Проводилось обследование 82 пациентов мужского пола, перенесших острый ИМнST. Наблюдение в среднем продолжалось в течении $21,41 \pm 1,62$ месяца. Средний возраст пациентов составлял $53,4 \pm 1,02$ года. 52(63,41%) пациентам было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), 30(36,58%) пациентов подверглись тромболитической терапии (ТЛТ). У каждого пациента собирали демографические, анамнестические данные. Всем пациентам проводилось стандартное фармакологическое лечение, соответствующее национальным рекомендациям. Проводилось ЭХО-КГ исследование. Исследование проводили после проведения различных методов реперфузии (в среднем на 5-7 сутки) и при повторной госпитализации.

Результаты:

АГ I степени наблюдалась у 2(3,85%) пациентов из группы ЧКВ. АГ II степени наблюдалась у 30(57,69%) пациентов из группы ЧКВ, 18(60%) пациентов из группы ТЛТ. АГ III степени наблюдалась у 12(23,08%) пациентов из группы ЧКВ, у 9(30%) пациентов из группы ТЛТ. Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу пациентов с АГ I степени составила (медиана - 10,5мм(интерквартильный размах от 10 до 12мм); у пациентов с АГ II степени – медиана 12,0 мм(интерквартильный размах от 10 до 15мм); у пациентов с АГ III степени – медиана 12,0 мм (интерквартильный размах от 1 до 14мм); у пациентов без АГ – медиана 11,0 мм(интерквартильный размах от 10 до 12 мм).

Заключение:

Наиболее часто у пациентов с ИМнST наблюдалась АГ II степени, практически одинаково в различных группах пациентов, подвергшихся различным методам реперфузии. У пациентов с АГ III степени наблюдались более высокие показатели толщины межжелудочковой перегородки в диастолу, по сравнению с пациентами с АГ I степени или без неё.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Масленникова О. М.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Введение (цели/задачи):

Известно, что артериальная гипертензия (АГ) обычно сопровождается изменением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) за счет повышения жесткости сосудистой стенки. В то же время состояние эластичности сосудов у беременных женщин с АГ изучено недостаточно. Цель: изучить показатели СРПВ по сосудам крупного и среднего калибра, характеризующие эластические свойства сосудистой стенки, у беременных женщин с АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 44 беременные женщины с АГ, диагностированной до двадцатой недели гестации. Срок беременности на момент обследования составил $17,3 \pm 4,5$ недели. В группу сравнения вошли 20 небеременных пациенток с АГ 1–2 степени без значимой сопутствующей патологии. Контрольная группа состояла из 35 здоровых небеременных женщин. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $29,7 \pm 4,4$ лет). Для исследования эластических свойств сосудов проводилось определение СРПВ с помощью сфигмо-

графической приставки аппаратно-программного комплекса «ПолиСпектр-12» (ООО «НейроСофт», г. Иваново). Для измерения СРПВ по сосудам эластического типа (СРПВэ) производилась синхронная запись сфигмограмм сонной и бедренной артерий (каротидно-фemorальный сегмент), для СРПВ по сосудам мышечного типа (СРПВм) – сонной и лучевой артерий (каротидно-радиальный сегмент). СРПВэ и СРПВм рассчитывалась как отношение расстояния между точками расположения датчиков ко времени прохождения пульсовой волны на соответствующем сегменте. Учитывалось также соотношение СРПВм/СРПВэ.

Результаты:

У беременных с АГ значения СРПВэ составили в среднем $6,5 \pm 1,2$ м/с, не отличались достоверно от контрольной группы ($7,1 \pm 1,1$ м/с, $p > 0,05$) и были значимо ниже, чем в группе сравнения ($7,7 \pm 1,1$ м/с, $p < 0,05$). Одновременно средняя величина показателя СРПВм, характеризующего тонус сосудов, у беременных с АГ ($7,1 \pm 1,1$ м/с) была достоверно ниже не только по сравнению с небеременными женщинами с АГ ($9,1 \pm 1,1$ м/с, $p < 0,01$), но и по сравнению с группой контроля ($8,0 \pm 0,8$ м/с, $p < 0,01$). Можно предположить, что в данном периоде беременности (во втором триместре) у обследованных пациенток происходили изменения гемодинамики, как и при физиологической беременности, связанные с сосудорасширяющим действием гормонов и вазодилатирующих факторов, с чем и было связано снижение СРПВм даже по сравнению с контрольной группой. Соотношение СРПВм/СРПВэ было самым высоким в группе небеременных женщин с АГ ($1,2 \pm 0,2$). В остальных группах обследованных оно достоверно не различалось (в основной группе – $1,1 \pm 0,3$, в контрольной – $1,1 \pm 0,2$).

Заключение:

Результаты проведенного исследования показали, что у беременных с АГ (по крайней мере, у беременных исследованного возраста) не выявляется изменений эластических свойств сосудов, и жесткость артерий крупного и среднего калибра не является определяющей в поддержании повышенного АД во время беременности. Все это может говорить об иных патогенетических механизмах гипертензии у беременных женщин.

СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Замяткина О. В., Лазарева Н. В., Давыдова М. В., Шарова В. Г., Жиляева Ю. А.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Цель: сравнительный анализ влияния некоторых антиагрегантных препаратов на функциональное состояние тромбоцитов у больных с артериальной гипертензией (АГ), осложненной дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП).

Материал и методы:

Обследовано 46 больных с АГ III ст. и церебральной ангиодистонией. Пациенты получали гипотензивные препараты, не обладающие антитромботическим действием, и Зилт или аспирин в суточной дозе 75 мг однократно в течение 3-х мес. Оценивали адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов фотометрическим методом по Born в модификации Захария Е.А. Рассчитывали суммирующий индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ, %), скорость агрегации (СА, ед. опт. пл./мин), индекс дезагрегации тромбоцитов (ИДТ, %), содержание

фактора Виллебранда. Контрольная группа – 30 здоровых лиц, сопоставимых с пациентами основной группы.

Результаты:

Через 3 мес. лечения функциональная активность тромбоцитов снижалась у всех больных. У пациентов, получавших терапию Зилтом, наиболее выраженным было снижение СИАТ при индукции адреналином ($p < 0,05$), у больных, лечившихся аспирином при индукции серотонином ($p < 0,05$). ИДТ через 3 мес. лечения повышался у больных обеих групп. Однако, у пациентов, принимавших Зилт, значительно, чем у пациентов, принимавших аспирин ($p < 0,01$). СА тромбоцитов достоверно снижалась до контрольных значений в обеих группах. Наблюдался некоторый регресс симптомов ДЭП: уменьшились эпизоды головокружения, шума в ушах.

Заключение:

Курсовой прием Зилта оказывает нормализующее действие на внутрисосудистую активацию тромбоцитов у больных с АГ III ст. с симптомами ДЭП.

СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И ИНДЕКС СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

Филиал ФГБУ «НИИ Кардиологии»
СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение взаимосвязей параметров стресса на рабочем месте и индекса социальных связей в открытой мужской популяции г. Тюмени 25-64 лет.

Материал и методы:

Исследование выполнено в рамках программы Всемирной организации здравоохранения «МОНИКА – психосоциальная» на репрезентативной выборке неорганизованного населения г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Индекс социальных связей (SNI) определялся по тесту Морсу, состоящему из 9 показателей социальных связей, по взаимодействию с которыми определялась степень активности респондента в социуме. Индекс социальных связей оценивался как низкий, средне-низкий, средне-высокий, высокий. Для анализа стресса на рабочем месте использовалась анкета ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью».

Результаты:

У лиц с высоким уровнем SNI существенно реже было установлено изменение специальности в течение последних 12-ти месяцев сравнительно с группами лиц с низким и средним SNI. 63,4 % мужчин с высоким уровнем SNI ответили, что им нравится их работа, что оказалось существенно больше сравнительно с количеством таких мужчин в группах с низким и средним SNI. Ответственность на работе в течение последних 12-ти месяцев понизилась достоверно реже у мужчин со средним и средне-высоким уровнями SNI сравнительно с группой лиц с низким уровнем SNI. Значимые различия в популяции у лиц с разными уровнями индекса социальных связей были выявлены в отношении ответственности на рабочем месте. Ответственность своей работы в течение последних 12-ти месяцев, как высокую, оценили 48,8% мужчин со средне-высоким уровнем SNI и 36,7 % мужчин с низким уровнем SNI ($p < 0,05$), как очень высокую – 12,3 % мужчин со средне-высоким уровнем

SNI и 5,4 % мужчин с низким уровнем SNI ($p < 0,05$), как незначительную – 6,7% мужчин со средне-высоким уровнем SNI и 18,4 % мужчин с низким уровнем SNI ($p < 0,001$).

Заключение:

Полученные нами данные свидетельствуют о важности дальнейшего изучения психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин трудоспособного возраста, а также о целесообразности профилактических мер, направленных на ослабление влияния психосоциальных факторов риска у населения нашей страны.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСНОВНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

БАДЕЙНИКОВА К. К., МАЗАЕВ А. П., МАМЕДОВ М. Н.

ФГБУ ГНИЦ Профилактической медицины
Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Оценка ранних маркеров атеросклероза у мужчин с артериальной гипертонией (АГ) и различным уровнем сердечно-сосудистого риска без клинических проявлений атеросклероза.

Материал и методы:

В исследование включены результаты обследования 150 мужчин от 40 до 55 лет без клинических признаков атеросклеротического поражения сосудов любой локализации. Критериями исключения являлись: ишемическая болезнь сердца, перенесенный мозговой инсульт, сахарный диабет, установленные заболевания периферических артерий. Пациентам проводилось анкетирование, измерение АД, антропометрических данных; определялись в крови натощак уровни глюкозы, фибриногена и липидный профиль. Расчет сердечно-сосудистого риска проводился с использованием электронной версии европейской шкалы SCORE. У 36 пациентов были проведены УЗДГ сосудов шеи с определением толщины комплекса интима-медиа и артерий нижних конечностей с определением плече-лодыжечного индекса, и мультиспиральная компьютерная томография коронарных сосудов с определением кальциевого индекса.

Результаты:

По результатам обследования и расчета суммарного сердечно-сосудистого риска у 65 (43%) мужчин сердечно-сосудистый риск оказался менее 5% (низкий риск), у 55 (37%) пациентов – 5-9% (высокий риск), и у 30-х (20%) человек – равный или более 10% (очень высокий риск). Уровень систолического АД выше 140 и/или диастолического АД выше 90 мм рт. ст. отмечался у всех пациентов групп высокого и очень высокого риска и у 24% пациентов из первой группы. Анализ дополнительных факторов риска у мужчин с различным уровнем сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE показал, что частота встречаемости гипергликемии, гиперурикемии, гипертриглицеридемии, повышенного уровня фибриногена крови и абдоминального ожирения оказалась выше в группе пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском. По результатам УЗДГ сонных артерий увеличение толщины комплекса интима-медиа имели 14 человек (64%) в группе низкого риска, в группе высокого риска – 4 человека (40%), а у 6 (60%) – определялись атеросклеротические бляшки, как и 4х (100%) пациентов из группы очень высокого риска. Нормальный плече-лодыжечный индекс ($> 0,90$) имели все пациенты

первых двух групп, и 50% пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском. Кальциевый индекс (КИ) при мульти-спиральной компьютерной томографии коронарных сосудов равный нулю (очень низкий кардиоваскулярный риск) определялся только у 14 (64%) пациентов первой группы, КИ (низкий риск) от 1 до 10 - у 4х (18%) пациентов первой и 7 человек (70%) второй групп, КИ от 11 до 100 (умеренный риск) – у 4х (18%) пациентов низкого риска и 2х (20%) пациентов высокого риска, и у 100% в группе очень высокого риска.

Заключение:

Таким образом, в когорте мужчин с АГ и различным уровнем сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE определяются дополнительные метаболические факторы риска. Более высокий уровень суммарного сердечно-сосудистого риска ассоциируется с увеличением субклинического поражения артериального русла, что требует адекватной тактики медикаментозной и немедикаментозной терапии.

УРОВЕНЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Черняев А. А., Демидов А. А.

ГБОУ ВПО Астраханская ГМА Минздрава РФ

Введение (цели/задачи):

Метаболический синдром является преобладающей патологией основного населения нашей планеты. Цель исследования: определить зависимость уровня эндогенной интоксикации у больных метаболическим синдромом от степени артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Обследовано 94 человека (76 мужчин, 18 женщин) в возрасте от 30 до 60 лет с метаболическим синдромом (диагноз установлен на основании Российских рекомендаций). Группу контроля составили 30 здоровых лиц (25 мужчин и 5 женщин). Для определения уровня СЖК использован колориметрический метод Dupcombe.

Результаты:

Установлено, что у 55 больных (58,5%) с 3-й степенью артериальной гипертензии (АГ) в возрасте 50-60 лет уровень СЖК 3,74 ммоль/л (контроль 0,57 ммоль/л, $p < 0,05$). У 27 больных с АГ 2-й степени (28,7%) средний уровень СЖК составил 2,82 ммоль/л (контроль 0,56 ммоль/л, $p < 0,05$). У 12 больных с 1-й степенью АГ (12,7%) уровень СЖК составил 0,90 ммоль/л, контроль 0,69 ммоль/л).

Заключение:

У больных метаболическим синдромом отмечается зависимость повышения уровня СЖК в крови от степени АГ и возраста больных.

УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДОВ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Биляченко И. Г., Шараева М. Л.

Национальный медуниверситет, Киев

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было определение взаимосвязи между профилем АД и особенностями липидного обмена жирных

кислот (ЖК) у больных артериальной гипертензией (АГ) с сопутствующим ожирением (О).

Материал и методы:

98 больными (54м + 44 ж, возраст $49,6 \pm 1,1$) с АГ II и ожирением (ИМТ $> 30,0$ кг / м²) (основная группа) и 20 больных АГ II без О (контрольная группа), ($p > 0,05$) проведено суточное мониторирование АД. Методом газожидкостной хроматографии состав и соотношение восьми ЖК ЛПНП (насыщенные, ненасыщенные, полиненасыщенные) были изучены у всех больных.

Результаты:

Выявлено нарушение суточного ритма АД у 73% больных АГ+О. Спектр ЖК выявил увеличение насыщенности комплексов в обеих группах. Отмечен рост насыщенных ЖК: пальмитиновой в 1,33 (основная группа) до 1,5 (контрольная) в сравнении со здоровыми лицами ($p < 0,05$). Уменьшение ненасыщенности ЖК сопровождалось отрицательной корреляцией с уровнями суточного АД ($r = - 0,3$, $p < 0,05$). В основной группе отмечено снижение линолевой ЖК в 1,5, арахидоновой - в 2 раза, в контрольной группе уровни этих ЖК были снижены в три раза ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми.

Заключение:

У больных АГ с ожирением и без выявлено дефицит ненасыщенных ЖК липидов крови, что является более весомым фактором прогрессирования заболевания

ФАКТОР ФОН ВИЛЛЕБРАНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хоролец Е. В., Хаишева Л. А., Шлык С. В., Бекетов П. А.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Введение (цели/задачи):

Изучить уровень фактора фон Виллебранда (vWF) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от наличия ассоциированных клинических состояний (АКС) и наличия поражения органов-мишеней.

Материал и методы:

В исследование включено 82 человека, все пациенты разделены на группы: с АГ 28 человек; АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) ($n=22$); АГ и инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе ($n=32$). Все обследования проводились утром натощак. Оценивали vWF в зависимости от поражения органов мишени: микроальбуминурии, толщины интима-медиа (ТИМ), гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Толщина интима медиа (ТИМ) оценивалась ATL APOGEE 800 PLUS (США). Активность фактора фон Виллебранда ($n=100$): в центрифугированной плазме определяли методом прямого количественного фермент-связанного иммуносорбентного химического анализа (Axis-Shield Diagnostic Limited, United Kingdom). Статистическая обработка материала Statistica версии 6.0.

Результаты:

Пациенты при наличии ассоциированных клинических состояний имели достоверно более высокие значения vWF (АГ и ИБС $140,82 \pm 14,8\%$), при наличии в анамнезе ИМ активность vWF была в 2 раза выше ($175,6 \pm 14,8\%$) по сравнению с пациентами с АГ ($89,5 \pm 11,7\%$). Выявлено увеличение vWF в зависимости от наличия микроальбуминурии ($165,16 \pm 9,81\%$) и увеличение ТИМ ($151,08 \pm 12,13\%$). У изучаемых пациентов

с АГ выявлена взаимосвязь между активностью vWF и наличием микроальбуминурии ($r = 0,462$, $p < 0,05$), ТИМ ($r = 0,473$, $p < 0,05$). Достоверных различий значений vWF от наличия ГЛЖ (125,91±16,17% и 143,11±12,92%) не получено. При наличии ассоциированных клинических состояний у пациентов с АГ выявлено, что степень корреляции, между пульсовым артериальным давлением и vWF становится более выраженной ($r = 0,713$, $p < 0,05$).

Заключение:

Фактор фон Виллебранда повышен при наличии АКС у пациентов с АГ и коррелирует с поражением органов-мишеней.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мясоедова С. Е., Повасарис Н. С.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия МЗ

Введение (цели/задачи):

Выявить факторы риска артериальной гипертензии (АГ) при ревматоидном артрите (РА) и установить значение изменений эластичности сосудистой стенки в ее развитии.

Материал и методы:

В течение 1 года наблюдались 60 больных РА молодого и среднего возраста (средний возраст 48,0 лет), преимущественно женщины. В начале наблюдения у них отсутствовали АГ, ассоциированных клинических состояний, сахарный диабет. Исследование исходно и через 1 год наблюдения включало клиническое измерение АД, оценку активности РА по стандартному индексу DAS 28; исследование в сыворотке крови креатинина, холестерина, триглицеридов, мочевой кислоты, С-реактивного белка, ревматоидного фактора; ЭКГ, эхо-КГ, регистрацию скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) с помощью сфигмографической приставки аппаратно-программного комплекса «Полиспектр-12» ОАО «Нейрософт» (Иваново) и расчет общего упругого сопротивления артериальной системы (ЕО, дин/см²). Диагноз АГ устанавливали по рекомендациям РМОАГ и ВНОК (2010). При статистической обработке результатов использовали непараметрические критерии Манна – Уитни, Вилкоксона, логистический регрессионный анализ.

Результаты:

Повышение АД впервые выявлено у 19 больных РА (31,7%), в том числе у 8 из них выявлена АГ 1 степени (систо-диастолическая АГ) и у 11 - высокое нормальное АД. Установлено, что риск повышения АД увеличивался в 3 и более раза при наличии следующих факторов: окружность талии (ОТ) более 80 см ($p = 0,015$), возраст 51–59 лет ($p = 0,001$), исходный уровень САД 120–129 ммрт.ст. ($p = 0,0002$), прием преднизолона ($p = 0,01$), системные проявления РА ($p = 0,03$). У пациентов с РА через 1 год наблюдения выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение СРПВ и ЕО, что ассоциировалось с возрастом ($p = 0,03$) и увеличением СРБ в сыворотке крови ($p = 0,03$). У пациентов с повышением АД по сравнению с больными, имеющими нормальное АД, отмечались более высокие уровни СРПВЭ ($p = 0,02$) и ЕЭ ($p = 0,02$). К началу исследования пациенты с последующим развитием АГ уже имели более высокий уровень ЕО по сравнению с остальными пациентами: ($p = 0,02$).

Заключение:

В развитии АГ при РА наряду с традиционными факторами риска имеет значение прием преднизолона и наличие системных проявлений РА. Возникновению АГ при РА сопутствует и предшествует повышение жесткости сосудистой стенки, которое ассоциируется с возрастом и выраженностью воспаления.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Захарчук Н. В., Невзорова В. А., Агафонова И. Г., Гончар Е. Ю.

ГБОУ ВПО Владивостокский государственный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценить мозговой кровоток у пациентов с АГ и изучить вазомоторную активность эндотелия церебральных сосудов при экспериментальной АГ

Материал и методы:

Методом транскраниальной доплерографии у пациентов с АГ оценена средняя скорость кровотока ($V_{ср.}$) и индекс резистентности (IR) в средней мозговой артерии (СМА). АГ у крыс моделировали введением per os N-нитро-L-аргинина, который является блокатором NO-синтазы, и в дозе 50 мг/кг/сут через 8 недель вызывает стойкое повышение АД, достигающее значений АГ III степени (систолическое АД - 182,13 мм рт.ст.; диастолическое АД - 111,9 мм рт.ст.). Изучая вазомоторную функцию церебральных сосудов у крыс, мы оценивали степень изменения диаметра СМА на томограммах, полученных методом МРТ, до и после введения вазодилаторов (ацетилхолина и нитроглицерина) и вазоконстрикторов (N-мометил-L-аргинина и норадреналина). За патологическую вазомоторную реакцию принимали изменение диаметра СМА менее 10 % от исходного

Результаты:

У пациентов с АГ I и II степени повышение АД не вызывало изменения $V_{ср.}$ и IR. При АГ III степени отмечено достоверное снижение $V_{ср.}$ до 49,7 см/с ($V_{ср.}$ в контроле 56,1 см/с; $p < 0,05$) и повышение IR до 0,56 усл.ед (IR в контроле 0,51 усл.ед.; $p < 0,05$), также установлена положительная прямая связь между уровнем АД и IR (коэффициент корреляции $r = +0,17$; $p < 0,05$), что говорит о повышении периферического сосудистого сопротивления. При экспериментальной АГ выявлено нарушение вазомоторной функции мозговых сосудов. Ацетилхолин и нитроглицерин вызывали увеличение диаметра СМА на 6,87% и 7,93% соответственно, что свидетельствует о недостаточной вазодилатации. N-мометил-L-аргинина и норадреналина не вызывали адекватной сосудосуживающей реакции, диаметр СМА уменьшался только на 1,58% и 3,17% соответственно

Заключение:

При АГ I и II степени включаются компенсаторные механизмы, нормализующие церебральный кровоток при повышении АД. При АГ III степени снижение скорости кровотока и увеличение сосудистого сопротивления свидетельствует о напряженности механизмов ауторегуляции мозгового кровотока. Подобные изменения, как показано на экспериментальной модели, могут быть вызваны дисфункцией эндотелия церебральных сосудов из-за недостаточной активности как вазодилаторного звена.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ДАВЫДОВ Е. Л.

ГОУ ВПО КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Выявить причины обращения к участковому терапевту или кардиологу по поводу артериальной гипертонии (АГ) пациентов пожилого и старческого возрастов.

Материал и методы:

Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше). Группы сравнения составили 108 больных (45–59 лет). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, блок вопросов по причинам обращения по поводу АГ.

Результаты:

При изучении причин обращения к участковому терапевту или кардиологу по поводу АГ пациенты называли несколько причин обращения. Наиболее частой причиной среди отмеченных пациентами является получение рекомендаций по лечению (от 54,5% до 75,8%), при этом наиболее часто поводом для обращения это служит у женщин старческого возраста (75,8%) – показатель в этой группе достоверно выше, чем у женщин группы сравнения (56,3%, $p=0,021$) и мужчин своего возраста (60,0%, $p=0,015$). Среди других причин наиболее часто пациенты с АГ обращаются с направлением на госпитализацию – 20,3%–41,0%, при этом достоверно чаще с такой проблемой обращаются женщины старческого возраста – 41,0% по сравнению с женщинами пожилого (26,1%, $p=0,045$) возраста и группы сравнения (20,3%, $p=0,014$). Также среди причин пациенты указывали такие причины как: измерение и контроль АД – 18,2%–35,6%, при этом с такой проблемой достоверно реже обращались мужчины пожилого (18,2%) по сравнению с мужчинами старческого (35,6%, $p=0,032$) возрастов и женщинами своего возраста (30,6%, $p=0,048$), а также измерение ЭКГ – 22,1%–35,1%, с этой проблемой мужчины пожилого возраста так реже обращаются (22,1%), чем женщины своего возраста (35,1%, $p=0,048$). Целенаправленно с целью изменения в проводимом лечении по поводу АГ обращается умеренное количество респондентов – 13,3%–25,0%, как и для проведения дополнительных исследований (Эхо-КГ, СМАД, биохимические исследования крови, УЗИ почек и т.д.) – 11,7%–20,3%. Получение больничного листа, санаторно-курортной карты, больничного листа на МСЭК является причиной обращения 6,5%–22,7% пациентов, при этом с данной причиной достоверно реже (6,5%) обращаются мужчины пожилого (6,5%) возраста по сравнению с группой сравнения (22,7%, $p=0,009$) и женщинами своего возраста (16,4%, $p=0,038$). Выписку рецептов для льготного отпуска как отдельную причину назвали 8,1%–16,8% пациентов, вероятно больные при оценке этой причины посчитали, что получение рекомендаций по лечению и изменения в проводимом лечении включают в себя и выписку рецептов на лекарственные средства.

Заключение:

Основными причинами обращения пациентов являются – получение рекомендаций по лечению и направление на госпита-

лизацию. Наибольшее количество причин для обращения по поводу АГ отметили пациенты старческого возраста.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ГОРБАЧЕВА С. А., БЕЛЯКОВА Н. А., МАЗУР Е. С.,
ЦВЕТКОВА И. Г., КУДИНА Е. А.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА МИНЗДРАВА РОССИИ,
г. ТВЕРЬ

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности гемодинамики у женщин, страдающих артериальной гипертонией (АГ) с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

Обследовано 110 больных (1-я группа, женщины, средний возраст 54,5 [53,4–55,6] лет) с АГ (давность заболевания 13,9 [12,0–15,8] лет) и СД 2 (10,3 [9,1–11,5] лет) и 71 пациентка (2-я группа, 52,7 [51,4–54,0] лет) с ГБ (10,6 [8,7–12,5] лет), находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Тверская ОКБ». Всем больным было проведено клиническое и инструментальные исследования. Последние включали в себя мониторинг артериального давления (АД) с определением систолического и диастолического АД (днём и ночью), оценку артериолярного кровотока в сосудах ногтевого валика методом ультразвуковой доплерографии на аппарате (Минимакс-Допплер-К) и эхокардиографию (ЭХО – КГ) линейным методом. Изучались общепринятые показатели: сердечный индекс (СИ, норма 2, 75–3,5 л/мин/м²), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС, норма 800 – 1500 дин*с/см-5); среднее гемодинамическое АД (СГД, норма 70–100 мм.рт.ст.). Для оценки кровотока измеряли и сравнивали линейные скоростные показатели артериолярного кровотока (V_s , V_d , V_m , см/с) в покое и на фоне ишемической пробы. Кроме этого рассчитывали индекс Пурсело (RI), отражающий сопротивление сосудов кожи. При статистической обработке достоверность полученных данных оценивали по критериям Стьюдента и Манна-Уитни с использованием средних значений и их 95% доверительных интервалов.

Результаты:

Группы были сопоставимы по среднему уровню САД и ДАД и по СГД. Однако средняя величина СИ у больных с АГ и СД 2 оказалась меньше, чем у больных с ГБ (2,41 [2,31–2,52] против 2,82 [2,69–2,96] л/мин/м²; $p<0,001$), а ОПСС соответственно больше (1860 [1766–1954] и 1604 [1517–1692] дин*с/см-5; $p<0,001$). Изучение периферической гемодинамики показало, что базальная систолическая скорость (V_s) у больных 1-й группы была на 1,23 [0,03–2,44] см/с меньше чем у больных с ГБ. Другие скоростные показатели достоверно не различались. Индекс RI в состоянии покоя был на 10% ниже у обследованных 1-й группы по сравнению со 2-й (0,62 [0,60–0,63] и 0,68 [0,66–0,71] ед; $p<0,001$). В пробе с реактивной гиперемией у больных ГБ прирост V_s и V_d был больше чем у пациенток с АГ и СД 2. Индекс Пурсело на фоне ишемической пробы снизился у обследованных 2-й группы (на 7%; $p<0,001$) и остался без изменений в 1-й.

Заключение:

Таким образом, у больных артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа ниже сердечный индекс и выше общее периферическое сопротивление, а сопротивление сосудов кожи ниже, чем у больных гипертонической болезнью.

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И НАЧАЛЬНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ЛАЗАРЕВА Н. В., АТЮНИНА И. В., ОЩЕПКОВА Е. В.,
РОГОЗА А. Н.

ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ, Отдел Регистров ССЗ,
Отдел Новых методов диагностики и лечения

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности церебральной реактивности (ЦР) у больных артериальной гипертензией (АГ) старших возрастных групп с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) и начальной ортостатической гипотензией.

Материал и методы:

Обследовано 30 больных АГ (21 ж, 9 м) I-III ст, среднего возраста 68 ± 5 лет. У всех больных после осмотра невролога диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст, у 2 - транзиторная ишемическая атака, у 1 - нарушение мозгового кровообращения более года назад. Больные получали антигипертензивную терапию, исключая прием препаратов в день исследования. АОП проводилась с непрерывным неинвазивным измерением САД и ДАД в пальцевой артерии ("Task Force Monitor", "CNSystems" Австрия). Критерием наличия НОГ являлось симптомы церебральной гипоперфузии, ассоциированные со снижением САД ≥ 40 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 20 мм рт.ст. в первые 5-15 секунд ортостаза (критерий Wieling W., 2006) и/или «незавершенная» депрессорная реакция АД (Рогоза и соавт., 2008). Мониторинг церебрального кровотока проводился в средней мозговой артерии (СМА) методом транскраниальной доплерографии (прибор Ангиодин 2К фирмы «БИОСС» (Россия)). ЦР оценивалась при выполнении гиперкапнической пробы (ГП) с 30-секундной задержкой дыхания. Определяли коэффициент реактивности по формуле: $Kr^* = Kr2/Kr1$, где $Kr1$ - средняя линейная скорость кровотока исходно, $Kr2$ - при проведении пробы ($N = 1,3-1,6$). Статистический анализ выполнен непараметрическим методом Манн-Уитни с использованием Statistica 6.0.

Результаты:

У 5 больных выявлена НОГ по критериям Wieling и у 4 по критерию «незавершенная» депрессорная реакция. У 7 из 9 (78%) больных с НОГ выявлена сниженная ЦР ($Kr < 1,3$). Вместе с тем, в группе «без НОГ» сниженная ЦР отмечалась реже только у 7 из 21 (33%) больных ($p = 0,05$). Кроме того у больных с НОГ зарегистрировано достоверное снижение Kr^* , по сравнению с больными без НОГ ($1,24 \pm 0,03$ vs $1,35 \pm 0,03$, $p = 0,044$).

Заключение:

Начальная ортостатическая гипотензия у больных артериальной гипертензией с цереброваскулярными заболеваниями сопряжена со снижением церебральной реактивности.

ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ И ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Куршубадзе Э.Э.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение (цели/задачи):

Среди механизмов развития артериальной гипертензии (АГ) особое внимание уделяется нарушению функции эндотелия. Цель: изучить связь эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и показателей функции левого желудочка (ЛЖ) при нефрогенной АГ.

Материал и методы:

В исследование были включены больные с нефрогенной АГ при хроническом гломерулонефрите ($n = 105$, 67 мужчин и 64 женщины), хроническом пиелонефрите ($n = 42$, 29 женщин и 13 мужчины). Критерии включения больных в исследование: АГ 2-3 степени; возраст до 60 лет; фракция выброса не менее 50. Всем больным выполнено эхокардиографическое исследование. Пробу с ЭЗВД проводили с 8.00 до 9.00 в состоянии пациентов натощак, используя ультразвук высокого разрешения (линейный датчик 7,5 мГц).

Результаты:

Обратная корреляционная зависимость между эндотелиальной дисфункцией в виде снижения вазодилаторного эффекта на диагностические пробы имеется между концентрической гипертрофией $r = -0,32$ ($p = 0,001$), ударным объемом $r = -0,32$ ($p = 0,02$), типом суточного АД non-dipper $r = -0,27$ ($p = 0,009$), степенью ночного снижения диастолического АД $r = -0,25$ ($p = 0,014$), а также систолическим индексом $r = -0,25$ ($p = 0,016$) показателями дилатации плечевой артерии при пробе с нитроглицерином $r = -0,24$ ($p = 0,017$), нормальной геометрией $r = -0,22$ ($p = 0,026$), типом изменения АД dipper $r = -0,22$ ($p = 0,032$), степенью ночного снижения систолического АД $r = -0,22$ ($p = 0,030$) и отношением скорости раннего и предсердного диастолического наполнения $r = -0,21$ ($p = 0,037$). Прямые корреляционные связи при этом имели место между степенью эндотелиальной дисфункции и степенью диастолической дисфункции $r = 0,37$ ($p = 0,00038$), относительной толщиной миокарда ЛЖ, $r = 0,28$ ($p = 0,008$), концентрическим ремоделированием, эксцентрической гипертрофией ($r = 0,25$ и $0,23$ соответственно, $p = 0,015$ и $p = 0,020$), ригидным типом диастолической дисфункции $r = 0,25$ ($p = 0,026$), нормальной геометрией ЛЖ $r = 0,21$ ($p = 0,036$), night-peaker изменениями суточного АД $r = 0,23$ ($p = 0,026$), систолической дисфункции миокарда $r = 0,21$ ($p = 0,036$) и ФПН $r = 0,21$ ($p = 0,037$).

Заключение:

Наличие эндотелиальной дисфункции при нефрогенной АГ представляет фактор наиболее часто сочетающийся с ремоделированием миокарда ЛЖ по концентрическому типу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Шодиев Б. Р., Шукурова С. М., Каримова Г. Н.,
Махмудов Х. Р., Мирзоева С. И.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Введение (цели/задачи):

Изучить эффективность и переносимость амлодипина у больных остеоартрозом (ОА) при лечении артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

В исследование было включено 35 женщин, страдающих ОА. Диагноз был установлен в соответствии с классификационными критериями Беневоленской Л. И. (1993) в возрасте от 50 до 68 лет, средний возраст равнялся 54 годам. Всем об-

следованным лицам проводились общеклинические исследования. АД клиническое (кл.) определяли как среднее трех измерений АД ручным сфигмоманометром в положении сидя после 5-минутного отдыха. АГ диагностировалась при величинах дневного систолического АД (САД) выше 140 мм.рт.ст. и диастолического АД (ДАД) выше 90 мм.рт.ст. (ВОЗ/МОАГ, 1999). Всем пациентам в качестве гипотензивной терапии назначался амлодипин в начальной дозе 5 мг/сут. Во время визитов больного (через 2,4 и 8 недель регулярного приема гипотензивных препаратов) измерялось АД кл., оценивалось состояние больного (наличие суставного синдрома) и регистрировались побочные явления.

Результаты:

При анализе эффективности терапии амлодипином АГ у больных с ОА следует отметить, что все пациенты указывали на достаточно высокую эффективность препарата по субъективным ощущениям и казуальным измерениям АД. У 20 больных (57,2%) больных целевой уровень АД был достигнут в течение 5-8 дней на фоне монотерапии – приема 5 мг препарата в сутки. У остальных 15 (42,8%) больных через 5-8 дней от начала приема амлодипина не был достигнут целевой уровень АД, что потребовало увеличения дозы до 10 мг/сут. Через 5-7 дней от момента увеличения дозы препарата при контроле эффективности проводимой терапии нормализация АД была отмечена у 15 (42,8%) пациентов, т.е. АД стабилизировалось через 10-15 дней от начала приема препарата. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата Амлодипин. Через 8 недель терапии субъективное улучшение самочувствия отметили все обследованные пациенты; сохранялась хорошая переносимость препарата: отсутствовали побочные эффекты. При казуальном измерении показатели АД находились в пределах целевых значений у 30 (85,7 %) больных, у 5 (14,3%) – регистрировалось высокое нормальное АД.

Заключение:

Таким образом, при наличии ОА и АГ Амлодипин может быть рекомендован как препарат выбора для лечения АГ у больных ОА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Бабкин А. П., Головки Т.В., Романова М.М.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Введение (цели/задачи):

Компенсаторная гиперинсулинемия у больных сахарным диабетом II способствует уменьшению экскреции натрия и воды из организма, увеличивает частоту развития артериальной гипертензии и снижает эффективность терапии. Цель - оценить клиническую эффективность комбинированной антигипертензивной терапии нолипрел А форте в зависимости от солечувствительности АД у больных диабетической нефропатией.

Материал и методы:

Обследованы 20 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с артериальной гипертензией. Ср. возраст пациентов составил 63,2±1,2 лет, длительность сахарного диабета 7,0±0,69 лет. Пациенты получали фиксированную комбинацию 2-х препаратов - периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг (Нолипрел А Форте, © Servier). При недостаточной клинической эффективности доза препарата удваивалась.

Лечение проводилось в течение 2-х месяцев. Всем больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате АВРМ – 04 (Венгрия) по общепринятой методике (Ж.Д. Кобалава, Ю.В.Котовская 1999). В динамике (до и через 2 месяца терапии) проводились биохимические исследования крови с определением уровня креатинина сыворотки крови, мочевой кислоты. Определяли микроальбуминурию количественным методом. Функциональное состояние почек оценивалось по показателям скорости клубочковой фильтрации формулам Кокрофта-Гаулта, MDRD. Солечувствительность АД оценивали по методике (Weinberger M.N., 1986). Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт. ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием соли (250 ммоль) в течение 5 дней на низкосольную (50 ммоль) диету. Офисное измерение АД проводили утром в последний день соблюдения диеты.

Результаты:

Через 2 месяца терапии нолипрелом среднесуточное систолическое АД (САД ср.) снизилось с 152,7±1,5 до 128,4±0,9 мм рт.ст. (p<0,001), ДАД ср. уменьшилось с 88,9±1,9 до 75,4±0,7 мм рт.ст. (p<0,001). МАУ уменьшилась с 25,7±0,64 мг/сут до 20,4±1,0 мг/сут (p<0,05). За период лечения нолипрелом А форте наблюдалось достоверное улучшение фильтрационной способности почек: по формуле Кокрофта-Гаулта на 12,0 ± 0,36 мл/мин, по формуле MDRD на 10,0 /1,73 м² ± 0,16 мл/мин, что свидетельствует о явном улучшении функционального состояния почек. Солечувствительными оказались 11 (55%) больных, сольрезистентными - 9 (45%). Терапия нолипрелом была более эффективна у сольчувствительных больных - , снижение САДср. при лечении нолипрелом А составило для сольчувствительных больных 27,8±0,7 мм рт. ст. против 18,3±0,4 мм рт. для сольрезистентных (p<0,001) ДАДср. уменьшилось на 13,7±1,5 мм рт. ст и 9,0±1,0 мм рт. ст., соответственно (p<0,05).

Заключение:

Нолипрел А форте является высокоэффективным препаратом, оказывающим выраженный антигипертензивный эффект и улучшающим функциональное состояние почек у больных с диабетической нефропатией. Более выраженная антигипертензивная эффективность выявлена у сольчувствительных пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ФЕЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Бабкин А. П., Гладких В. В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Введение (цели/задачи):

При выборе антигипертензивной терапии пациентам с инсультом в анамнезе следует учитывать и церебропротективные свойства препарата, в частности его влияние на регуляцию мозгового кровотока. Цель исследования. Изучить влияния блокатора кальциевых каналов фелодипина на показатели СМАД, психический статус и качество жизни больных АГ высокого риска с учетом солезависимости АД.

Материал и методы:

Обследовано 18 пациентов (ср. возраст 59,0±2,7 лет) с АГ 1-2 степени. Все пациенты перенесли документированный ишеми-

ческий инсульт в течение последних 2-х лет. Длительность АГ составила 13,4±1,9 лет. Для лечения использовали блокатор кальциевых каналов фелодипин (Фелодип, IVAX, Чешская Республика) в суточной дозе 5 - 10 мг. Для оценки эффективности лечения АГ всем больным проведено СМАД на аппарате ABPM (Meditech, Венгрия). Солечувствительность АД оценивали по методике (Weinberger M.H., 1996). Психический статус оценивался дважды с помощью стандартизованных шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и шкала депрессии (CES-D). За наличие расстройств тревожно-депрессивного спектра принимали сумму баллов по шкале CES-D 19 и более, по шкале HADS - 7 и более. Качество жизни (КЖ) оценивали до и после лечения по опроснику SF-36, V1 (Ware J.E., 1992).

Результаты:

Из 18 человек, получавших фелодипин, 10 пациентов оказались солерезистентными и 8- солечувствительными. Офисное САД снизилось со 151,6±3,2 до 136,6±3,2 мм рт.ст. ($p<0,01$), ДАД – с 88,3±2,2 до 80,6±1,9 ($p<0,01$). Целевое АД достигнуто у 16 (88%) из 18 пациентов. Лучшие результаты лечения отмечены в группе солечувствительных пациентов- снижение САД ср. составило 16,1±2,8 мм рт. ст., у солерезистентных - 9,6±1,9 мм рт.ст. ($p<0,05$), снижение ДАД ср. - 8,8±2,9 мм рт. ст. 5,7±1,5 мм рт.ст. соответственно ($p>0,05$). Лечение фелодипом привело к снижению степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств с 27,7±0,7 до 24,2±0,5 баллов ($p<0,01$) по шкале CES-D и с 9,5±0,4 до 7,9±0,6 баллов ($p<0,05$) по шкале HADS. Качество жизни пациентов достоверно улучшилось по шкалам жизненная сила (VT) с 49,9±1,7 53,1±1,2 ($p<0,05$), социальное функционирование (SF) 53,7±1,9 до 59,5±2,2 ($p<0,05$) и эмоционально-ролевое функционирование (RE) – с 42,5±2,0 до 50,6±2,3 ($p<0,05$)

Заключение:

Терапия фелодипином в течение 12 недель больных высокого риска приводит к достоверному снижению систолического и диастолического АД и наиболее эффективна в группе больных с солечувствительной артериальной гипертензией. Применение фелодипина у больных, перенесших ишемический инсульт сопровождается уменьшением выраженности тревожно-депрессивных расстройств и улучшением качества жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мусаев А. А., Алимбаев С.А., Арипов М.А.,
Бекбосынова М.С., Турапова М.Т.,
Гончаров А.Ю., Керимкулова Г.М.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Введение (цели/задачи):

Показать эффективность и оценить непосредственные и ближайшие результаты абляции почечных артерий на артериальное давление у больных с резистентными формами артериальной гипертензии

Материал и методы:

В исследование включено 20 больных с резистентной артериальной гипертензией. Средний возраст составил 53,5±5,5 лет, мужчины составили 73%. На фоне приема трех и более гипотензивных препаратов среднее дневное АД составило 179 ± 7,4 мм рт ст, среднее ночное АД составило 158 ± 8,7мм рт ст.

Длительность АД колебалась от 3 до 12 лет. Для подтверждения/исключения симптоматической артериальной гипертензии всем пациентам были выполнены общеклинические и инструментальные обследования: УЗИ, компьютерная томография (КТ) головного мозга надпочечников, КТ ангиография почечных артерий, а также лабораторные, включая определение гормонов. Из 10 больных 7 пациентам выполнена денервация почечных артерий (1 группа), остальные пациенты (6 больных) составили вторую группу. Группы не имели достоверных различий по возрасту и длительности АГ. Денервация почечных артерий проводилась с помощью управляемого гайда и станции Symplicity (Medtronic) с использованием ВЧ энергии.

Результаты:

Суточное мониторирование АД в первую неделю после абляции выявило: среднее дневное АД составило 168 ± 5,7мм рт ст, причем р – недостоверно по сравнению с дооперационным, среднее ночное АД также не имело достоверных различий и имело значение 153±6,8 мм рт. ст. Объем принимаемых препаратов изменениям не подвергался. Через 4 недели после выполнения абляции только у 3 пациентов среднее дневное АД имело статистически значимое снижение, а среднее ночное не имело достоверных сдвигов. К 8 неделе наблюдения еще у трех пациентов отмечено статистически значимое снижение среднего дневного и среднего ночного АД, что отразилось на объеме гипотензивной терапии. Также сохранился гипотензивный эффект среднего дневного АД пациента, у которого достоверное снижение было отмечено в первый месяц. У обследуемых второй группы результаты повторного суточного мониторирования АД не имели достоверной разницы. Какие-либо осложнения и нежелательные явления во время денервации и после нее не были выявлены.

Заключение:

Денервация почечных артерий у больных с резистентной артериальной гипертензией имеет сравнительно большую эффективность, чем консервативная комбинированная гипотензивная терапия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сокаева З. Т., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.,
Спиропулос Н. А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Введение (цели/задачи):

Цель: определить эффективность коррекции дислипидемии с использованием различных вариантов гиполипидемической терапии у мужчин и женщин с метаболическим синдромом (МС)

Материал и методы:

В исследование включены 172 больных с МС (81 мужчина и 91 женщина), которым назначен симвастатин (Зокор, MSD) 20 мг/сутки. Через 1 месяц терапии пациенты распределены в 3 группы: 1 группа (n=39, мужчин-10, женщин-19), достигшие целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ЦУ ЛПНП), которые продолжили прием симвастатина 20 мг/сутки; 2 группа пациентов (n=66, мужчин-32, женщин-34), не достигшие ЦУ ЛПНП, которым доза симвастатина была увеличена до 40 мг/сутки, 3 группа (n=77, мужчин- 39, женщин-38), не достигшие ЦУ ЛПНП, которым был назначен

симва-статин 20 мг+ эзетимиб 10 мг (Инеджи, MSD). Всем пациентам до и через 1,2,6 месяцев лечения определялись уровни общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ).

Результаты:

Исходно показатели ЛПНП были выше в группе женщин и составили 3,98 (2,95-4,36) ммоль/л против 3,41 (2,98-3,8) ммоль/л у мужчин ($p < 0,05$). На фоне лечения симвастатином 20 мг/сутки уровень ЛПНП снизился на 40,6% у мужчин и 43,7% у женщин, ЦУ ЛПНП был достигнут одинаково часто у мужчин и женщин соответственно в 12,3% и 20,9% случаев ($p = 0,3$). Применение симвастатина 40 мг/сутки сопровождалось снижением уровня ЛПНП на 47,9% у мужчин и на 54,1% у женщин и достижением ЦУ ЛПНП у 87,6% мужчин и 64,7% женщин ($p < 0,004$). В 3-й группе на фоне приема инеджи уровень ЛПНП снизился на 53,5% у мужчин и на 57,5% у женщин ($p < 0,05$), ЦУ ЛПНП чаще достигали женщины, чем мужчины (97,4% против 82,1%; $p < 0,05$).

Заключение:

1. У женщин с метаболическим синдромом исходно отмечался достоверно более высокий уровень ЛПНП, чем у мужчин. 2. Частота достижения ЦУ ЛПНП при использовании симвастатина 20 мг/сутки сопоставима у мужчин и женщин. 3 В группе, получавших симва-статин 40 мг/сутки, достижение ЦУ ЛПНП достоверно чаще отмечалось у мужчин, чем у женщин. 4 Прием инеджи у женщин обеспечивает достоверно большую частоту достижения ЦУ ЛПНП, чем у мужчин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Руденко Т. Н.

Сумский медицинский колледж

Введение (цели/задачи):

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в мире сегодня достигает более 40%. До 74% пациентов с ожирением имеют неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), и от 40% до 100% пациентов с НАСГ имеют ожирение, которое рассматривается как самостоятельный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Гиперинсулинемия при ожирении признана ведущим фактором в патогенезе НАСГ, приводит к высвобождению свободных жирных кислот, которые накапливаются в цитоплазме гепатоцитов, приводя к стеатозу. Цель: оценка эффективности урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в коррекции НАСГ у больных АГ с ожирением.

Материал и методы:

Обследовано 40 больных (23 мужчин и 17 женщин) в возрасте 28-75 лет АГ с ожирением. Диагноз НАСГ устанавливали с использованием общепринятых методов, в том числе ультразвукового исследования печени и биохимических проб крови. Основная группа, 20 больных, получала УДХК по 300 мг 1 раз в сутки в составе базисной терапии в течение 2 месяцев; контрольная - 20 больных, получали базисное лечение.

Результаты:

После проведенного лечения отмечено уменьшение выраженности цитолитического, мезенхимальные-воспалительного и холестатического синдромов. Биохимические показатели у большинства имели позитивную тенденцию, но более значительная положительная динамика отмечалась при приме-

нении препарата УДХК. В основной группе уменьшалось содержание холестерина и триглицеридов (на 34, 7% и 36, 2%, $p < 0,05$). При ультразвуковом исследовании до лечения у 52% с НАСГ имела место жировая инфильтрация I степени, в 20% случаев наблюдалась II степень и около 20% - III степень липидного перерождения печени. При повторном обследовании через 2 месяца после начала лечения у 60% больных основной группы отсутствовали ультразвуковые изменения поражения печени, у 35% больных отмечались незначительные изменения (I степень) и не отмечалось III степени жировой инфильтрации печени.

Заключение:

Применение УДХК у больных АГ с ожирением ускоряет нормализацию биохимических показателей функционального состояния печени и липидного обмена, уменьшает сонографические явления жировой инфильтрации печени. УДХК можно рекомендовать для коррекции проявлений НАСГ больным АГ с ожирением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ РАМИПРИЛА И ГИДРОХЛОРОТИАЗИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Мирсайдуллаев Мирзоулугбек Мирмахмудович,
Мирсайдуллаев Мирмахмуд Миршахидович

НАМАНГАНСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность и безопасность терапии артериальной гипертензии 2-3 степени с высоким риском сосудистых осложнений при назначении фиксированных комбинаций препарата рамиприл и гидрохлоротиазид в реальной клинической практике.

Материал и методы:

В исследование включено 42 пациентов с артериальной гипертензией 2 или 3 степени с высоким риском сосудистых осложнений не достигнувшие целевого уровня артериального давления на фоне предшествующей терапии. Пациенты течение 8 недель получали фиксированную комбинацию препаратов рамиприл и гидрохлоротиазид 2,5/12,5 мг либо 5/25 мг (Амприлан HL или HD, KRKA). Контрольные осмотры проводились исходно, через 4 недели и через 8 недель с момента назначения терапии. При недостаточном антигипертензивном эффекте предусматривалась возможность добавления амлодипина (Тенокс, KRKA). Параметры эффективности – достижение целевого уровня артериального давления (до 130/80 мм рт. ст.).

Результаты:

Полностью завершили исследование 40 пациента (95,2%). Через 8 недель – у 26 пациентов (65%) терапия была двухкомпонентной в виде фиксированной комбинации рамиприла и гидрохлоротиазида, у 14 пациентов (35%) – трехкомпонентная терапия – рамиприл, гидрохлоротиазид и амлодипин. Целевой уровень артериального давления был достигнут у 39 пациентов (97,5%), не достигнут у 1 пациента (2,5%). Из исследования выбыло 2 человек, из них 1 пациент в связи с нежелательными явлениями в виде сухого кашля, 1 пациент в связи с нарушениями протокола исследования. Как пациенты, так и врачи отметили хорошую эффективность и переносимость терапии.

Заключение:

Назначение препарата фиксированной комбинации препарата рамиприл и гидрохлоротиазид делает реальным достижение целевого уровня артериального давления у большинства пациентов и способствует снижению суммарного сердечно – сосудистого риска.

ЭФФЕКТЫ КУРСОВОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРА МЕКСИКОРА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ

САРАЕВ И. А., САРАЕВА Ю. В.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России,
ОБУЗ КГКБ СМП

Введение (цели/задачи):

Целью исследования стало изучение клинической эффективности парентеральной формы цитопротектора мексикора у больных на фоне традиционной гипотензивной терапии ингибиторами АПФ эналаприлом.

Материал и методы:

В исследовании включили 75 больных артериальной гипертонией (АГ) II ст., средней степени тяжести, в возрасте 45-59 лет. Все больные длительное время в качестве основной гипотензивной терапии получали эналаприл в дозе 10-20 мг в сутки. У отобранных для анализа пациентов во всех случаях,

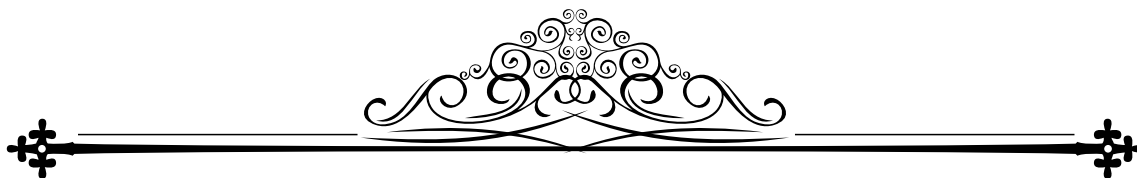
несмотря на достижение среднего уровня артериального давления (АД) не выше 140/90 мм.рт.ст., по данным суточного мониторирования (СМАД) отмечалось стойкое повышение АД ночью. После разделения на основную и контрольную подгруппы в первой выборке к терапии добавили мексикор в форме внутримышечных инъекций в дозе 400 мг 2 раза в сутки курсом 5 дней. Оценивали уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и изменения профиля СМАД.

Результаты:

Лечение парентеральной формой мексикора приводило к достоверному снижению содержания в крови первичных и вторичных продуктов ПОЛ, а также к нормализации суточного профиля АД. По данным СМАД – увеличению степени ночного снижения АД, индекса площади гипертензии, способствовало уменьшению индекса времени.

Заключение:

Таким образом, парентеральное применение цитопротектора мексикора (800 мг/сут) в течение 5 дней на фоне гипотензивной терапии эналаприлом приводит к снижению содержания в сыворотке крови больных АД первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов, что сопровождается нормализацией суточного профиля АД (увеличение степени ночного снижения артериального давления, снижение ночного диастолического давления, уменьшение его показателей «нагрузки давлением» - индекса времени, индекса площади гипертензии).



Каталог участников выставки



АстраЗенека



«АстраЗенека Россия»

Адрес: 125284, Россия, Москва, ул. Беговая, 3, стр. 1

Тел.: + 7 (495) 799-56-99

Факс: + 7 (495) 799-56-98

www.astrazeneca.ru

www.astrazeneca.com

«АстраЗенека» - глобальная инновационная биофармацевтическая компания, продажи которой в 2012 году составили около 28 миллиардов долларов США в год и осуществляются на территории более 100 стран.

Компания занимается исследованием и разработкой рецептурных лекарственных препаратов и является лидером в таких областях как кардиология, пульмонология, онкология, неврология и психиатрия, гастроэнтерология и др.

«АстраЗенека» входит в пятерку ведущих фармацевтических компаний мира. Ежегодно компания инвестирует более \$4 млрд. в научно-исследовательскую деятельность. Подразделения по R&D компании «АстраЗенека» расположены в 9 странах мира, в том числе и в России.

Россия является одним из ключевых рынков, приоритетных для деятельности компании «АстраЗенека». Компания имеет своих представителей в 68 городах России. Около 40 оригинальных препаратов компании зарегистрированы и разрешены к использованию на территории страны. Одна из ключевых задач «АстраЗенека Россия» – внести весомый вклад в формирование инновационной фармацевтической промышленности в России. В 2011 году компания объявила начале локализации производства в России, а также о запуске ряда проектов, направленных на поддержку локальных R&D.

Дополнительная информация: www.astrazeneca.com, www.astrazeneca.ru

Берингер Ингельхайм



Boehringer
Ingelheim

Компания Берингер Ингельхайм – семейная фармацевтическая компания, основанная в 1885 году в Ингельхайме (Германия), где до сих пор расположена штаб-квартира компании. В настоящий момент Берингер Ингельхайм – одна из 20 лидирующих мировых фармацевтических компаний.

Философия компании остается неизменной с момента ее основания и может быть сформулирована в одной фразе – «К созданию ценностей через инновации». Таким образом, приоритеты, которыми компания руководствуется в своей деятельности – создание и производство инновационных лекарственных препаратов для людей и животных.

Отличительные черты лекарств, создаваемых компанией – их безопасность и высокая эффективность.

Ключевой элемент корпоративной культуры компании Берингер Ингельхайм – приверженность идее социальной ответственности бизнеса. Участие в широком спектре социальных проектов во всем мире, реальная поддержка социально незащищенных групп населения – работа, которая ведется компанией на постоянной основе. В понятие социальной ответственности компания включает и такие аспекты, как забота о собственных сотрудниках и их семьях, а также создание равных возможностей для всех сотрудников глобальной компании.

Продажи компании в 2011 году составили около 13.2 миллиардов евро, 24% из которых были ре-инвестированы в крупнейший сегмент бизнеса компании – Научные исследования и Разработки новых лекарственных препаратов. Более подробную информацию о деятельности компании вы можете получить в интернете, посетив сайт www.boehringer-ingelheim.com или у сотрудника пресс-службы российского представительства.

Санофи



Штабквартира компании находится в Париже (Франция)
 Адрес: 125009, Россия, г. Москва, ул. Тверская, д. 22
 Тел.: +7 (495) 721-14-00
 Факс: +7 (495) 721-14-11
 Email: Reception.Russia@sanofi.com
 Webсайт: www.sanofiaventis.ru

Санофи – диверсифицированная компания, мировой лидер в области здравоохранения, в центре внимания которой – потребности пациентов. Санофи является лидером на развивающихся рынках и одной из ведущих фармацевтических компаний в Европе, мировым лидером в области производства вакцин для человека и в области ветеринарных препаратов. Группа представлена в 100 странах на пяти континентах и насчитывает около 110 000 сотрудников. Штабквартира компании находится в Париже.

Санофи присутствует в России с 1970 года. Компания предлагает обширный портфель оригинальных лекарственных средств, дженериков и безрецептурных препаратов в ключевых терапевтических областях – сахарный диабет, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания центральной нервной системы, внутренние болезни и тромбозы.

Одним из приоритетных направлений Санофи является производство вакцин. Санофи Пастер, подразделение вакцин Группы Санофи, – мировой лидер в производстве и разработке вакцин для человека. Обширный портфель вакцин компании обеспечивает профилактику 20 вирусных и бактериальных заболеваний. С 2008 года в России ведется совместное производство инактивированной вакцины против полиомиелита с ФГУП «ПИПВЭ» имени М.П. Чумакова РАМН, включенной в «Национальный календарь профилактических прививок».

В 2010 году Санофи приобрела в России современный завод по производству инсулинов, расположенный в Орловской области. Завод СанофиАвентис Восток является производственной площадкой компании Санофи в России для производства аналогов инсулина в высокотехнологичных шприцручках, а также человеческих инсулинов.

Зентива Фарма



ООО «Зентива Фарма» Чехия
 Адрес: 125009, Москва, ул. Тверская, дом 22, 5 этаж
 Тел.: +7 (495) 721-16-67/68
 Факс: +7 (495) 721-16-69
 Email: info@zentiva.ru
 Webсайт: www.zentiva.ru

Фармацевтическая компания «ZENTIVA» является одним из крупнейших производителей лекарственных препаратов в Центральной и Восточной Европе.

В портфеле продуктов компании ZENTIVA присутствуют известные российским врачам и пациентам препараты, такие как ЛОЗАП (лозартан), ЛОЗАП ПЛЮС (лозартан + гидрохлоротиазид), ТОРВАКАРД (аторвастатин), РЛЗУКАРД (розувастатин), СИМВАКАРД (симвастатин), К ОРОНАЛ (бисопролол) и др.

Применение препаратов компании ZENTIVA обеспечивает современное и качественное лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по доступным ценам.

Мы работаем для Вас и Ваших пациентов. Профессионализм, внимательное и ответственное отношение к делу - качества, отличающие наших сотрудников.

Сервье



Ведущая независимая фармацевтическая компания Вторая по величине французская фармацевтическая компания в мире Компания «Сервье» представлена в 140 странах на 5 континентах Оборот компании в 2011 году составил 3,9 млрд. евро 90% продаж компании осуществляется за пределами Франции Более 25% торгового оборота инвестируется в исследования и разработку новых препаратов 798 млн. упаковок было произведено в 2011 году

Вклад в экспорт Франции: 29% сальдо торгового баланса Франции в фармацевтическом секторе

В декабре 1995 года компания расширила свое влияние, присоединив EGIS, вторую по величине фармацевтическую компанию Венгрии Количество сотрудников в мире – 20 000 человек, из них 3 000 сотрудников занимаются научно-исследовательской деятельностью

Портфолио компании «Сервье» - 14 препаратов на российском рынке – сосредоточено на лечении в первую очередь хронических заболеваний. Большинство препаратов таблетированные.

Они предназначены для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая венозная недостаточность; сахарного диабета; нейropsychических расстройств – депрессий, болезни Паркинсона, нарушения памяти и внимания, а также для лечения остеопороза и респираторных заболеваний.

Распределение терапевтических классов в портфеле Сервье

51% - сердечно-сосудистые заболевания	4% - нейропсихиатрия
19% - хронические заболевания вен	1% - остеопороз
17% - респираторные заболевания	0,2% - онкологические заболевания
8% - сахарный диабет	

Кардиология:

Престариум А (периндоприл аргинин)
Престанс (периндоприл аргинин + амлодипин)
Арифон ретард (индапамид 1,5 мг)
Нолипрел А (периндоприл аргинин)
Нолипрел А форте (периндоприл аргинин + индапамид)
Нолипрел А Би-форте (периндоприл аргинин 10 мг + индапамид 2,5 мг)
Кораксан (ивабрадин)
Предуктал МВ (триметазидин 35 мг)
Эндокринология:
Диабетон МВ (гликлазид 60 мг)

Онкология:

Мюстофоран (фотемюстин)
Ревматология:
Бивалос (стронция ранелат)
Флебология:
Детралекс (микронизированная флавоноидная фракция)
Лор-патология:
Биопарокс (фузафунгин)
Эреспал (фенспирид)
Неврология и психиатрия:
Вальдоксан (агомелатин 25 мг)
Проноран (пирибедил 50 мг)

С целью развития представительской деятельности филиала компании «Сервье» в России, отвечая на потребности российского здравоохранения, в 2003 году исследовательская группа «Сервье» приняла решение о строительстве собственного фармацевтического завода «Сердикс» в Софьино, на юге Московской области.

В настоящее время «Сердикс» представляет собой современный завод, где все производственные процессы осуществляются на высокотехнологичном оборудовании и соответствуют стандартам «Надлежащей производственной практики» - GMP (Good Manufacturing Practice).

Основная задача завода «Сердикс» - достичь выдающихся промышленных результатов:

Производство всех препаратов компании «Сервье» в России

Развитие высокого уровня конкурентоспособности

Сохранение лидерства в соблюдении стандартов GMP

MSD

Фармацевтическая компания **MSD** является одним из мировых лидеров в области здравоохранения, ведущей научно-исследовательской компанией, направляющей огромные усилия на улучшение жизни людей. Проводя научные исследования, разрабатывая и создавая инновационные лекарственные препараты, компания способствует решению таких важнейших проблем как гепатит С, бесплодие, женское здоровье, аутоиммунные заболевания, вакцинация, онкология, заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, диабет. На территории России на сегодняшний день зарегистрировано уже более 70 препаратов, многие из которых вошли в списки жизненно важных лекарственных средств и являются лидерами продаж во всем мире.

Гедеон Рихтер

**ГЕДЕОН РИХТЕР**

ОАО «Гедеон Рихтер»

Адрес: 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д.8

Тел.: +7 (495) 987-15-55

Факс: +7 (495) 987-15-56

Email: centr@g-richter.ruWebсайт: www.g-richter.ru

Компания «**Гедеон Рихтер**» входит в число крупнейших производителей лекарственных препаратов в Центральной и Восточной Европе. Компания занимается производством и маркетингом готовых продуктов, активных субстанций и промежуточных соединений, а также исследовательской деятельностью в сфере фармацевтических препаратов.

Новартис Фарма



ООО «Новартис Фарма»

Адрес: 115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.

Тел.: +7 (495) 967-12-70,

Факс: +7 (495) 967-12-68.

Webсайт: www.novartis.comWebсайт: www.novartis.ru

Компания «**Новартис**» - один из признанных лидеров индустрии здравоохранения в мире и в России. Миссия компании - открывать, разрабатывать и успешно продвигать на рынке инновационные препараты, предназначенные для профилактики и лечения заболеваний, а также повышения качества жизни пациентов.

Штаб-квартира компании расположена в г. Базель, Швейцария.

«**Новартис**» придает важное значение партнерству с ведущими академическими и исследовательскими учреждениями в тех странах, в которых компания ведет свою деятельность. Одно из ключевых направлений сотрудничества в России – клинические испытания новых препаратов компании.

Забота о пациентах лежит в основе всей деятельности «**Новартиса**». Компания активно поддерживает программы, направленные на помощь пациентам по различным терапевтическим направлениям в крупных регионах России, в том числе образовательные программы для врачей и пациентов.

Стратегия «**Новартиса**» в России – стать надёжным партнёром государства в развитии российской фармацевтической промышленности и улучшении системы здравоохранения. В декабре 2010 года «**Новартис**» принял решение о строительстве производственного предприятия в Санкт-Петербурге для производства в том числе и ключевых препаратов «**Фармы**».

Pfizer



Здоровье – это самое ценное, что есть у человека, и решение проблем здравоохранения в условиях современного, постоянно меняющегося мира становится первоочередной задачей. Именно поэтому компания **Pfizer** направляет все свои усилия на то, чтобы развивать и совершенствовать систему медицинской помощи в мире, улучшать здоровье миллионов людей, обеспечивая их безопасными, эффективными инновационными лекарственными средствами.

Компания **Pfizer** была основана в 1849 году в Бруклине, сейчас головной офис компании находится также в Нью-Йорке. Начав со скромного предприятия по производству тонкой химии, **Pfizer** вырос в крупнейшую фармацевтическую компанию, лидера мирового фармацевтического рынка.

Сегодня нам принадлежит ведущий портфель инновационных препаратов для лечения и профилактики различных заболеваний. **Pfizer** занимает лидирующее положение в области разработки новых препаратов для лечения диабета, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Компания ежегодно инвестирует порядка 7,5 млрд долларов в научные исследования, направленные на создание новых эффективных лекарств. Компания работает более чем в 150 странах мира. Научно-исследовательские центры находятся в Великобритании (Сэндвич) и США (Гротон и Новая Англия, Ла Хойа, Сент-Луис, Ринат, Кембридж (Массачусетс)).

Чтобы успешно удовлетворять потребности пациентов и клиентов компании, а также отвечать по обязательствам перед акционерами, мы постоянно совершенствуем методы ведения бизнеса, следим за прозрачностью деятельности компании и обязательно учитываем мнения специалистов в области здравоохранения в процессе принятия управленческих решений. Мы твердо уверены в том, что обеспечить гарантированный доступ населения к новейшим лекарственным средствам и качественной медицине можно только путем организации совместной работы со всеми звеньями системы здравоохранения – от пациентов до врачей, от местных учреждений здравоохранения до международных правительственных и неправительственных организаций.

Только вместе мы сможем улучшить здоровье людей и сделать их жизнь счастливее.

Никомед



Nycomed: a Takeda Company

«**Никомед**» входит в группу компаний «**Такеда**» с сентября 2011 года. «**Такеда**» – основанная на исследованиях и разработках глобальная компания с основным фокусом на фармацевтике. Объединенная компания имеет активное коммерческое присутствие в терапевтических областях, таких как метаболические заболевания, гастроэнтерология, онкология, сердечнососудистые заболевания, заболевания центральной нервной системы, воспалительные заболевания и иммунные нарушения, респираторные заболевания и обезболивание.

Традиционно сильные позиции «**Такеда**» в Северной Америке, Японии и остальных странах Азии, теперь дополняются присутствием «**Никомед**» в Европе и на быстрорастущих развивающихся рынках. Объединенная компания присутствует на мировом рынке более, чем в 70 странах и занимает 12 место в мировом рейтинге в сегменте рецептурных препаратов, 14 строчку рейтинга компаний в странах БРИК и 18 строку – в европейском рейтинге.

Как крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, «**Такеда**» придерживается стремления к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины. Более подробную информацию о «**Такеда**» вы можете найти на сайте компании <http://www.takeda.com/>

STADA CIS



STADA CIS, Германия

Адрес: 119017, г. Москва, ул. Большая Ордынка, д. 44, стр. 4

Тел.: +7 (495) 797-31-10

Факс: +7 (495) 797-31-11

Email: marketing@stada.ru

Webсайт: www.stada.ru

STADA CIS – российский холдинг в составе международного концерна STADA AG, объединяющий ведущие отечественные и международные фармкомпании: НИЖФАРМ, МАКИЗ-ФАРМА, Grunenthal и Hemofarm. Все производства холдинга сертифицированы по GMP. На сегодняшний день объединенный продуктовый портфель **STADA CIS** включает более 150 наименований ЛС различных АТС-классов и форм выпуска как собственного производства, так и производимых на других площадках группы компаний **STADA**. Основные направления продуктового портфеля – препараты, использующиеся в кардиологии, гастроэнтерологии, дерматологии, гинекологии, урологии, ревматологии и педиатрии.

АКТАВИС



АКТАВИС

Адрес: 119017, г. Москва, ул. Б. Ордынка, д. 40, стр. 4

Тел.: +7 (495) 644-44-14

Факс: +7 (495) 644-44-24

Email: info@actavis.ru

Webсайт: www.actavis.com

Компания **АКТАВИС** – глобальная международная фармацевтическая компания, занимающая 3-е место в мире в производстве генерических препаратов. В портфеле компании насчитывается более 750 препаратов. **АКТАВИС** ведет собственную разработку лекарственных препаратов, включая инновационные в 18 научно-исследовательских центрах, расположенных в США, странах Европы и Азии. Производятся лекарства на 32 фармацевтических заводах по стандартам Доброкачественной Производственной Практики (GMP), в соответствии с требованиями Европейского Союза и Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарств США (FDA). **АКТАВИС** работает в 60 странах мира, в большей части которых занимает лидирующие позиции на фармацевтическом рынке. Международный головной офис компании расположен в Швейцарии в г. Цуг. **АКТАВИС** в России обеспечивает высококачественное лечение пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями по доступным ценам. Препараты ВАЛЗ (валсартан), ВАЛЗ Н (валсартан + гидрохлоротиазид), ЛОПИРЕЛ (клопидогрел), КОРДИНОРМ (бисопролол) завоевали высокое доверие и авторитет среди российских врачей и пациентов. Помимо сердечно-сосудистых препаратов компания АКТАВИС имеет широкий спектр безрецептурных и неврологических препаратов. Сотрудники компании АКТАВИС отличаются профессионализмом, внимательным и ответственным отношением к делу.

Берлин-Хеми/А.Менарини



БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

Компания **Берлин-Хеми/А.Менарини** является представителем лидирующего фармацевтического объединения Италии – Группы Менарини (Menarini Group) – на территории Германии и Восточной Европы, в частности, в России. Основными стратегическими целями Группы Менарини (Menarini Group) являются инновационные исследования и интернационализация рынка в области здравоохранения.

Фармацевтическая компания **Берлин-Хеми/А.Менарини** имеет безупречную репутацию надежного партнера как в разработке новых лекарственных препаратов, так и в предоставлении информации о современных научных достижениях.

Все препараты компании **Берлин-Хеми/А.Менарини** производятся в соответствии со строжайшими стандартами GMP.

В кардиологическую линейку продуктов компании входят препараты Небилет®, Зокардис®, Кардосал®, Леркамен®, Берлиприл®, Берлиприл® плюс, Моночинкве®, Моночинкве® ретард, Корвитол® для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Д-р Реддис Лабораторис ЛТД



«Д-р Реддис Лабораторис ЛТД», Индия

Адрес: 115035, Москва, Овчинниковская наб. д.20 стр.1

Тел.: +7 (495) 795-39-39

Факс: +7 (495) 795-39-08

Вебсайт: www.drreddys.ru

Фармацевтическая компания «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» - известнейший в мире производитель таких лекарственных препаратов как Кеторол®, Омес®, Найз®, Цетрин®, Ципролет® - основана в 1984 году в Индии. Деятельность «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» базируется на новаторском, инновационном подходе к рынку фармацевтических препаратов. Компания располагает собственными научно-исследовательскими центрами в Индии и США, где проводятся исследования в различных областях медицины, таких как онкология, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, воспалительные заболевания и бактериальные инфекции.

Менеджер: Очаковская Екатерина Юрьевна, ochakovskaya@drreddys.com

КРКА



Международная фармацевтическая компания **КРКА** входит в число ведущих производителей в мире, продукция **КРКА** представлена более чем в 70 стран, в том числе и в России.

Основное преимущество всей продукции компании **КРКА** – это высокое качество. Все препараты компании производятся с соблюдением строгих правил и требований, предъявляемых к производству лекарственных средств международными стандартами GMP. Ассортимент выпускаемых изделий включает рецептурные и безрецептурные препараты, ветеринарную продукцию, а также компания **КРКА** предоставляет услуги курортного лечения на территории Словении.

Более 40 лет компания **КРКА** поставляет свою продукцию в Россию. На настоящий момент **КРКА** имеет собственные производственные и дистрибьюторские центры на территории РФ, которые развивает в соответствии с требованиями времени. Из более чем 200 наименований высококачественных препаратов, на российском фармрынке зарегистрированы около 160 брендов в 220 формах. Причем более 75% продукции составляют рецептурные препараты для лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний населения. Компания **КРКА** направляет большие инвестиции в РФ, и наиболее крупным вложением стало открытие фармацевтического производственного предприятия ООО «КРКА-РУС» в 2003 году в г. Истра Московской области. Завод ООО «КРКА-РУС» является одним из самых современных заводов в России, обладающий производственной мощностью в 600 млн. таблеток и 240 млн. капсул в год, на котором воплощена современная концепция производства, отвечающая требованиям EU GMP и российским фармацевтическим стандартам. В январе 2011 на территории ООО «КРКА-РУС» началось строительство второй очереди современного фармацевтического завода.

Забываясь о здоровье, компания **КРКА** планирует и в дальнейшем укреплять свои позиции как одного из ведущих производителей дженериков на фармацевтическом рынке России.

Мед Инн



Общество с ограниченной ответственностью «Мед Инн»

Адрес: 111672, г. Москва, ул. Суздальская, дом 42

ИНН 7720689450 ОГРН 1107746510805

р/с 40702810900000008057 в КБ «Славянский Кредит» (ООО) в г.Москве

кор.счет N 3010181020000000788 БИК 044585788

Генеральный директор - Талов Андрей Викторович

КПП 772001001

Общество с ограниченной ответственностью «**Мед Инн**» специализируется на поставках и продвижении современного высокотехнологичного медицинского оборудования на территории России и стран СНГ. Основным направлением деятельности нашей компании является поставка в медицинские учреждения оборудования для функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы.

Фармацевтический завод ЭГИС



ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС»
 Адрес: 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8
 Тел.: +7 (495) 363-39-66
 Факс: +7 (495) 789-66-31
 e-mail: moscow@egis.ru
 Webсайт: <http://www.egis.ru>

ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» – один из ведущих фармацевтических производителей в Центральной и Восточной Европе со 100-летней историей и солидным именем. Свою научно-исследовательскую работу компания «ЭГИС» сконцентрировала на препаратах в области лечения сердечно-сосудистых заболеваний, психоневрологических заболеваний, заболеваний дыхательных путей, урогинекологических заболеваний. Ежегодно «ЭГИС» выпускает 2 800 т активных фармацевтических ингредиентов и промежуточных продуктов, а также 4 млрд нефасованных продуктов (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, таблетки, капсулы, инъекции, продукты животного и растительного происхождения).

Производство отвечает всем международным требованиям качества, включая требования Агентства по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств.

Кардиологическая программа компании «ЭГИС» в России представлена препаратами самых разных фармакологических групп, которые используются в современной кардиологии:

- АЛЬБАРЕЛ® (рилменидин)
- КОРДАФЛЕКС® (нифедипин)
- КАРДИЛОПИН® (амлодипин)
- НИТРОМИНТ® (нитроглицерин)
- РОЗУЛИП (розувастатин)
- ТАЛЛИТОН® (карведилол)
- ХАРТИЛ® (рамиприл)
- ЭГИЛОК® (метопролол)
- ЭГИТРОМБ (клопидогрел)

Фармстандарт



ОАО «Фармстандарт», Россия
 Адрес: 141700, Россия, Московская область, г. Долгопрудный, Лихачевский проезд, д. 5 б
 Тел.: +7 (495) 970-00-30
 Факс: +7 (495) 970-00-32
 e-mail: info@pharmstd.ru
 Webсайт: www.pharmstd.ru

«Фармстандарт» - это новый символ прогресса и качества в отечественной фармацевтической промышленности. Одним из приоритетных направлений в деятельности компании является разработка и производство современных препаратов для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Во врачебной практике уже успешно применяются такие препараты как Блоктран® (лозартан), являющийся наиболее изученным антигипертензивным препаратом из класса антагонистов рецепторов ангиотензина II, который доказанно снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них.

Нитроспрей® (спрей нитроглицерина) – более быстродействующая лекарственная форма нитроглицерина, обеспечивающая высокую скорость наступления эффекта и точность дозирования.

Липтонорм® (аторвастатин), один из самых эффективных и проверенных холестеринснижающих препаратов в группе статинов. Липтонорм® доказал свою клиническую эквивалентность оригинальному препарату. Результаты собственных исследований подтвердили высокую эффективность и безопасность Липтонорма® в реальной клинической практике.

«Фармстандарт» является эксклюзивным дистрибутором препарата Милдронат® компании «Гриндекс» на территории России. Милдронат® – оригинальный корректор метаболизма, обладающий церебропротективным и кардиопротективным действием, эффективность и безопасность которого доказана в многоцентровых международных исследованиях.

Актелион Фармасьютикалз



«Актелион Фармасьютикалз»

Адрес: 127055, г. Москва, ул. Новослободская 23, офис 750

Тел.: +7 (495) 258-35-94

Webсайт: www.actelion.com

«Актелион Фармасьютикалз» является биофармацевтической компанией, которая сфокусирована на создание и развитие инновационных методов лечения редких заболеваний, основана в декабре 1997 года, имеет штаб-квартиру в Базеле (Швейцария). В России Компания представлена с марта 2009 года.

Препарат Траклир (бозентан) – единственный в России двойной ингибитор рецепторов эндотелина, который показан для лечения ЛАГ - легочной артериальной гипертензии – редкого, но тяжелого быстро прогрессирующего инвалидизирующего заболевания. Без адекватной терапии средняя продолжительность жизни таких больных составляет 2,5 года, причем болеют чаще молодые, работоспособные люди.

Препарат Завеска зарегистрирован для лечения болезни Ниманна-Пика типа С.

«БАЙЕР»: Science For A Better Life



ЗАО «БАЙЕР», Германия

Фактический адрес: 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2;

Тел.: 8 (495) 231-12-00,

Факс: 8 (495) 231-12-02

Юридический адрес: 123022, Москва Б. Трехгорный пер., д.1, стр.1;

Тел.: 8 (495) 234-20-00

Webсайт: www.bayerhealthcare.ru

«БАЙЕР» – международный концерн со специализацией в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Как инновационная компания, «БАЙЕР» задает тенденции развития наукоемких областей. Продукты и услуги компании направлены на благо людей и улучшение качества жизни. Коммерческая деятельность группы построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. «БАЙЕР» придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании. В 2012 финансовом году численность сотрудников группы составила 110 500 человек, объем продаж – 39,8 млрд евро. Капитальные затраты составили 2 млрд евро, расходы на исследования и разработки – 3 млрд евро.

Более подробная информация доступна по адресу www.bayerhealthcare.ru.

Следите за нами на Facebook: <http://www.facebook.com/healthcare.bayer>

Lundbeck



Компания **Lundbeck** основана в 1915 г., Хансом Лундбеком в Копенгагене, как торговая компания - Н.Lundbeck&Co.

Первый собственный препарат был выпущен компанией Lundbeck в 1937 г. Исследования в области психиатрии и неврологии компания начала в 50-е годы, что привело к созданию в 1957 г. нейролептика хлорпротиксен (Труксал®), а в 1961 г. - антидепрессанта амитриптилин (Саротен®). Успех этих препаратов дал стимул дальнейшему развитию компании и в 60-е годы компания вышла на мировой рынок и открыла представительства в Европе и Америке.

С конца 50-х Lundbeck полностью сконцентрировался на разработке оригинальных препаратов для лечения ЦНС и вывела на рынок нейролептики Флюанксол® (флупентиксол, 1965 г.), Цисординол®/ Клопиксол® (зуклопентиксол, 1982 г.) в разных лекарственных формах, включая депо-инъекции, для длительной поддерживающей терапии шизофрении. Особое место в арсенале антипсихотической терапии занял Клопиксол-Акуфаз - единственная в мире инъекция для купирования острых психотических состояний, действующая до 3 суток.

Задавшись целью создавать эффективные препараты с низким количеством побочных эффектов, после 15-летних разработок, в 1989 г., компания вывела на рынок антидепрессант Ципрамил® (циталопрам). В 1996 г. компания **Lundbeck** зарегистрировала новый атипичный антипсихотик Сердолект® (сертиндол), а в 2002 г. антидепрессант нового поколения Ципралекс® (эсциталопрам).

Сегодня **Lundbeck** – это крупная инновационная компания, занимающаяся фундаментальными научными исследованиями и разработкой новых эффективных препаратов для лечения заболеваний ЦНС – депрессии, тревоги, шизофрении, бессонницы, эпилепсии, болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера и Гантингтона.

Укрепляя свои исследовательские позиции, компания **Лундбек** объединила две американские компании – Synaptic (Lundbeck Research U.S.) и Ovation Pharmaceuticals (с 2009 г. Lundbeck Inc.), ставших американскими подразделениями.

Лундбек известен в мире, а также и нашей стране как лидер и признанный эксперт, специализирующейся на разработке и производстве препаратов для лечения психических и неврологических заболеваний. И что очень важно компания имеет богатый опыт, как за рубежом, так и в России по созданию и внедрению обучающих программ для врачей, так как с 1997 г. на некоммерческой основе в Дании открыт и работает Институт **Лундбек (Lundbeck Institute)**.

Главной целью Институт **Лундбек** ставит проведение независимых обучающих программ для врачей, способствующих повышению их квалификации, качества оказываемой ими медицинской помощи и, в конечном счете, улучшению жизни людей, страдающих неврологическими и психическими заболеваниями.

История компании Lundbeck в России началась в 1997 г. с открытия представительства в Москве, когда официально были зарегистрированы препараты Ципрамил®, Флюансол® и Клопиксол®. В 2000 г. были зарегистрированы – Саротен® и ретардированная форма Саротен Ретард®, а также Труксал®. В 2005 г. был зарегистрирован высокоэффективный неседативный антипсихотический препарат Сердолект® с особым нейропсихофармакологическим профилем, предназначенный для длительного лечения шизофрении. Ключевым отличием действия Сердолекта® является возможность предотвращения катастрофического разрушения личности пациента патологическим процессом, существенное улучшение социальной, семейной и трудовой адаптации, приводящее к достижению более высокого уровня общего функционирования, а также снижение объема сопутствующей психотропной терапии, способствующее улучшению переносимости.

Настоящим событием для отечественного фармацевтического рынка и медицинской общественности стало появление в 2004 г. антидепрессанта нового поколения Ципралекс®.

Ципралекс® является наиболее селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС). Новый механизм действия, по мнению ведущих мировых экспертов, лежит в основе клинических преимуществ Ципралекса®, выражающихся в более быстром развитии антидепрессивного эффекта и увеличении количества ремиссий, а также большей безопасности. Препарат зарегистрирован в России для лечения депрессивных эпизодов любой степени тяжести; панических расстройств, социального тревожного расстройства (социальной фобии); генерализованного тревожного расстройства. Клинически доказана эффективность Ципралекса® в терапии депрессивных состояний при аффективных расстройствах различной степени тяжести, при этом препарат хорошо переносится и безопасно сочетается с другими препаратами. Использование Ципралекса® не исчерпывается психиатрической и неврологической практикой, поскольку потребность в применении антидепрессантов испытывают и врачи-интернисты (терапевты, гастроэнтерологи, кардиологи и другие), часто сталкивающиеся с депрессиями, осложняющими течение основного соматического заболевания. Большим преимуществом Ципралекса® является его прекрасная переносимость и практическое отсутствие межлекарственного взаимодействия, что особенно важно при комплексной терапии соматической и психической патологии. Неслучайно, в 2010 г. эксперты IMS Health назвали Ципралекс® самым выписываемым антидепрессантом в мире, лечение которым получили более 200 млн. пациентов с момента его регистрации.

Компания **Лундбек (Lundbeck)** осуществляет широкомасштабные исследовательские проекты, результатом которых явилась разработка новых препаратов. Так в 2012г. в России стал доступен новый атипичный антипсихотик – Сафрис (Азенапин) с мультирецепторным сбалансированным действием.

В 2013 г. компания **Lundbeck** зарегистрировала в Европе и в 2014 г. планирует регистрацию в России – Налмефен (Селинкро), который будет показан для контролируемого снижения употребления алкоголя и соответственно уменьшения его вреда для здоровья. Проведенные исследования Налмефена показали, что препарат позволяет пациентам с зависимостью от алкоголизма за 6 месяцев более чем в 2 раза снизить употребление алкоголя и дни тяжелого пьянства. Кроме этого, Налмефен отличает хороший профиль переносимости и удобство применения по необходимости (т.е. препарат, возможно, принимать не только каждый день длительное время, но и только в те дни, когда больной планирует употребить алкоголь, 1 таблетка один раз в сутки). Налмефен может успешно применяться не только наркологами и психиатрами, но и врачами другой специализации.

Миссией компании **Лундбек (Lundbeck)** является повышение качества жизни людей, страдающих психическими и неврологическими нарушениями. Это в полной мере относится и к российским пациентам, которые могут не только получить качественное лечение с помощью самых современных препаратов производства компании **Лундбек (ООО «ЛУНДБЕК РУС»)**, но и исчерпывающую информацию по любому продукту компании, обратившись в ее российское представительство.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		ГОНЧАРОВ А.Ю. 43	КИРИЧЕНКО М.В. 16
АБДУЛЛАЕВА Г.Ж. 9, 17	ГОРБАЧЕВА С. А. 40	КИРИЧЕНКО Н. В. 15	КОВАЛЕНКО Е. В. 9
АГАФОНОВА И. Г. 39	ГРИНЕВА Е. Н. 12	КОВАЛЬ С. Н. 11	КОВРИГИНА М. Н. 13
АКИМОВА Е. В. 10, 24	ГРОМНАЦКИЙ Н. И. 14	КОЗЛОВСКАЯ Л. В. 23	КОЛОМЕЙЧУК С. Н. 28
АКИМОВ А. М. 37	ГУСАКОВСКАЯ Л. И. 22, 33	КОРНЕВА В. А. 28	КОРЯГИНА Н. А. 25
АЛЕКСЕЕВА Т. С. 12	Д		КОРЯГИНА Н. В. 15
АЛИМБАЕВ С.А. 43	ДАВЫДОВА М. В. 36	КУДИНА Е.А. 40	КУЗНЕЦОВА Т. Ю. 28
АРИПОВ М.А. 43	ДАВЫДОВ Е. Л. 23, 40	КУЗНЕЦОВ В. А. 10, 24, 37	КУРБАНОВ Р.Д. 35
АСКАРОВ А. Р. 33	ДЕМИДОВ А. А. 38	КУРБАТОВА И. В. 28	КУРШУБАДЗЭ Э.Э. 41
АТЮНИНА И.В. 41	ДЕМИХОВА Н. В. 32	Л	
Б		ДЕРИШЕВА Д. А. 21	ЛАЗАРЕВА Н. В. 36, 41
БАБЕНКО А. Ю. 12	ДОНСКАЯ А.А. 19	ЛИЧИКАКИ В.А. 9	
БАБКИН А. П. . . 18, 22, 30, 31, 42	Е		ЛЯСНИКОВА М. Б. 20
БАДЕЙНИКОВА К. К. 37	ЕРЕГИН С. Я. 18	М	
БАТРАК Г. А. 25	Ж		МАЗАЕВ А. П. 37
БЕКБОСЫНОВА М.С. 43	ЖИЛКИНА В. Ю. 22	МАЗУР Е. С. 40	МАМЕДОВ М. Н. 13, 37
БЕКЕТОВ П.А. 29, 38	ЖИЛЯЕВА Ю. А. 36	МАРКОВА А. В. 16, 34	МАСЛЕННИКОВА О. М. 36
БЕЛЯКОВА Н. А. 20, 40	ЖУК Е. А. 15	МАТРОСОВА И. Б. 15, 32	МАХМУДОВ Х.Р. 41
БИЛЯЧЕНКО И. Г. 38	З		МЕЛЬНИКОВА Е. А. 15
БОЕВА О. В. 26	ЗАГОРОДНЫХ Е. Ю. 24	МЕЛЬЧИНСКАЯ Е. Н. 14	МИРЗОЕВА С.И. 41
БУЛАНОВ Н. М. 23	ЗАЙЦЕВА В. П. 33	МИРСАЙДУЛЛАЕВ М. М. 44	МИРСАЙДУЛЛАЕВ М. М. 44
БУЛЫЧЕВ Г. И. 14	ЗАМЯТКИНА О. В. 36	МИХНЕВИЧ Э. А. 31	МИХНЕВИЧ Э. А. 31
БУРЯК В. В. 13	ЗАХАРЧУК Н. В. 39	МОЖЕЙКО М. Е. 17, 18, 21	МОЖЕЙКО М. Е. 17, 18, 21
В		И	
ВАРХРАМЕЕВА Н. В. 12	ИГНАТОВА Е. В. 30	К	
ВАСИЛЕЦ Л. М. 25	КАПУСТИНА Т.Е. 17, 21		МОРОЗОВ В.Ф. 9
ВИГДОРЧИК А. В. 18	КАРАМОВА И. М. 24	МОРОЗОВА Е.А. 19	МОРОЗОВ С. Н. 19
ВИШНЯКОВА В. С. 13	КАРИМОВА Б.Ш. 17, 28	МУСАЕВ А. А. 43	МУСТАФИНА О. Е. 24
Г		КАРИМОВА Г.Н. 41	МЫСНИЧЕНКО О. В. 11
ГАКОВА Е. И. 10, 24	КАРПОВ Р.С. 9	МЫТНИК Е. А. 31	МЯСОЕДОВА С. Е. 15, 25, 39
ГАЛЬЦОВА О. А. 35	КАРСЕЛАДЗЕ Н. Д. 20		
ГАПОНОВА Н.И. 27	КАЮМОВА М. М. 35		
ГАРАНИН А. А. 10	КЕВОРКОВ А.Г. 17		
ГАРИНА И. А. 14, 19	КЕЛЕШ О. И. 25		
ГАРКУША Е. С. 12	КЕРИМКУЛОВА Г.М. 43		
ГАФАРОВ В. В. 24, 35, 37			
ГЕВОРКЯН Р.С. 28			
ГИЛЯЗОВА А. С. 23			
ГЛАДКИХ В. В. 30, 31, 42			
ГОЛОВКО Т.В. 42			
ГОНЧАР Е. Ю. 39			

Н		С		ХАРЬКОВ Е. И. 23
НАЗАРОВА А. В. 27	САЙФУТДИНОВ Р. И. 26	ХАФИЗОВА Л.Ш. 9, 17, 28	ХОРОЛЕЦ Е. В. 29, 38	ХОРОЛЕЦ М. В. 28
НАЗАРОВА О. А. 27	САРАЕВА Ю. В. 45	ХУСАИНОВА Л. Н. 24	ХЬЮЗ Дэвид Лин 18	
НАНЧИКЕЕВА М. Л. 23, 33	САРАЕВ И. А. 45			Ц
НАРЫКОВ А. А. 14	СЕМКЕ Г.В. 9			ЦВЕТКОВА И. Г. 40
НАСИБУЛЛИН Т. Р. 24	СЕРГАЦКАЯ Н. В. 22			Ч
НЕВЗОРОВА В. А. 39	СИТКОВА Е.С. 9			ЧЕРНЯЕВ А. А. 38
НЕЛАЕВ В. С. 33	СИТНИКОВ В. Ф. 20			ЧУГУНОВА Д. Н. 15
	СКИБИЦКАЯ С. В. 11			ЧУКАЕВА И. И. 20
О	СКИБИЦКИЙ А. В. 26			ЧУМАКОВА Е. А. 27
ОГАРКОВ М.Ю. 12	СКИБИЦКИЙ В.В. . . . 11, 12, 26, 43			
ОЛЕЙНИКОВ В. Э. 22, 33	СКРИПЧЕНКО А.Е. 12			Ш
ОРЛОВА Н. В. 20	СМАЗНОВ В. Ю. 37			ШАКИРОВА Н.Ш. 9, 17, 28
ОЩЕПКОВА Е.В. 41	СНЕГУРСКАЯ И. А. 11			ШАЛАЕВ С. В. 33
	СОКАЕВА З. Т. 43			ШАРАЕВА М. Л. 38
П	СОШНИКОВА Н. М. 14			ШАРОВА В. Г. 36
ПЕКАРСКИЙ С.Е. 9	СПИРОПУЛОС Н. А. 43			ШВАРЦ Ю. Г. 16, 34
ПЕТРИЦЕВА А. В. 25	СРОЖИДИНОВА Н. З. 9, 17, 35			ШЕПЕЛЬ Р. Н. 29
ПОВАСАРИС Н. С. 39	СУСЛИКОВА Н.О. 20			ШЛЫК С. В. 14, 19, 29, 38
ПОЛЯКОВА Т.В. 33	СУХОНОС В. А. 30			ШОДИЕВ Б. Р. 41
				ШУКУРОВА С.М. 41
Р	Т			Ю
РАЗУМОВСКИЙ И. В. 14, 19	ТИМАШЕВА Я. Р. 24			ЮРЧЕНКО С. Г. 22
РАЧКОВА С. А. 16	ТОГУЗОВА З.А. 13			ЮШКО К. А. 11
РИПП Е.Г. 9	ТУЕВ А. В. 25			
РИПП Т. М. 9	ТУРАПОВА М.Т. 43			Я
РОГОЗА А.Н. 41	ТУРСУНОВА Н.Б. 9, 28, 35			ЯКУНИНА Е. Н. 22
РОМАНЕНКО В.В. 35				ЯХОНТОВ Д. А. 21
РОМАНОВА М.М. 42	Ф			
РОМАНЧУК С.В. 16	ФАТЕНКОВА О. В. 10			
РУДЕНКО Т. Н. 44	ФЕНДРИКОВА А.В. . . 11, 12, 26, 43			
РЯБИХИН Е. А. 17, 21				
РЯБОВ А. Е. 10	Х			
	ХАИШЕВА Л. А. 14, 19, 29, 38			
	ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А. 9, 17, 28			

Для заметок