

Результаты:

Исследования показали, что по данным заключений ЭКГ, гипертрофия левого желудочка имела место в 82% случаев. При оценке заключений ЭХОКГ гипертрофия миокарда левого желудочка определялась в 97% случаев в анализируемой группе. Структура распределения типов геометрии сердца была следующей: нормальная геометрия ЛЖ – 5,0%, концентрическое ремоделирование (КР) ЛЖ – 3,3%, эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) ЛЖ – 58,3%, концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ – 33,4%. Мы проанализировали распространенность факторов неблагоприятного прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений в группах больных с различными типами ремоделирования сердца. Распространенность такого фактора неблагоприятного прогноза как стресс в анализируемой группе больных преобладала среди пациентов с КГ ЛЖ, избыточное употребление жирной пищи – у больных с ЭГ. Между типом ремоделирования левого желудочка и курением, избыточным употреблением соли и жирной пищи, как факторами неблагоприятного прогноза, была выявлена тесная взаимосвязь. Малоактивный образ жизни вели преимущественно пациенты с ЭГ ЛЖ. В анализируемой группе больных как при ЭГ, так и при КГ ЛЖ большинство пациентов имели избыточную массу тела (85% и 73,5%) соответственно. Оценка корреляционной зависимости подтвердила тесную связь гипертрофии ЛЖ с длительностью анамнеза РА, величиной индекса массы тела, скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка, что подтверждается достоверными величинами коэффициентов корреляции $r=0,72-0,98$. Проведенный анализ факторов риска показал, что больные анализируемых групп с КГ и ЭГ ЛЖ имеют наибольшее число и частоту встречаемости факторов неблагоприятного прогноза в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с больными, имеющими НГ ЛЖ.

Заключение:

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о прогностической ценности выявления различных вариантов ремоделирования сердца для определения риска сердечно-сосудистых осложнений у больных РА и АГ. Полученные данные обосновывают необходимость учета показателей структурно-функционального состояния сердца при оценке кардиоваскулярного риска в данной категории больных, а также коррекции модифицируемых факторов риска с целью профилактики и обратного развития патологических типов геометрии левого желудочка при АГ в сочетании с РА.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Раупова Ш. А., Махмудов Н. С., Усмонова Н. А.
Согдийский областной кардиологический центр,
г. Худжанд

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертония (АГ) – это самое распространенное заболевание всей сердечно-сосудистой системы, которое является фактором риска заболеваемости и смертности во всех развитых странах. По данным различных авторов терапия антигипертензивными препаратами намного снижает этот риск, но большинство больных с артериальной гипертензией часто не выполняют рекомендации врача и имеют плохую приверженность к лечению. Это связано с такими причинами как: 1) бессимптомность течения заболевания; 2) возникновение побочных эффектов при приеме гипотензивных препаратов; 3) низкий социальный уровень некоторых больных. Целью нашего исследо-

вания была оценка уровня знаний больных о своем заболевании и адекватность терапии больных с артериальной гипертензией, выявление возможных причин неадекватности мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы:

Проведен анамнестический анализ группы из 220 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении артериальной гипертонии Согдийского областного кардиологического центра по поводу артериальной гипертонии II - III степени, риск 3-4 в возрасте от 30 до 70 лет. У всех больных имелась артериальная гипертензия. Основное внимание было уделено факторам риска, вопросам лечения (препараты, следование советам врача) и профилактики (регулярности и правильности измерения артериального давления, образу жизни) артериальной гипертонии.

Результаты:

Средний возраст 220 отобранных для анализа больных составил 56,5 лет. Мужчин было 36%, женщин 64%. Средний уровень систолического АД составил 170,5 мм.рт.ст., диастолического - 105 мм.рт.ст. При оценке эффективности лечения больных с АГ выявлено, что все больные получали гипотензивные препараты. Анализ анамнестических данных показал, что только 55% больных регулярно принимали препараты, 38% - только при повышении АД, 7% - считали правильным курсовое лечение. При выборе лекарственных препаратов, снижающих АД, 72% больных с АГ лечились ингибиторами АПФ, 15% - бета-адреноблокаторами, 8% - антагонистами кальция, 5% - диуретиками. Подавляющее большинство пациентов (75%) в качестве лечения использовали монотерапию, остальные 25% - комбинированную. Для измерения АД больные в домашних условиях использовали различные типы аппаратов и имели аппарат дома только 65% больных. О правильности измерения АД в домашних условиях судить не представляется возможным. Только у 15% анализируемых отмечено, что больные измеряли АД 2-3 раза в сутки, 19% - 1 раз в сутки, остальные - один или 2 раза в неделю в основном при появлении головной боли. У 56% больных отмечалось превышение массы тела и только 17% опрошенных знали о повышении холестерина в крови. Большинство больных (83%) при поступлении в стационар не знали свой уровень холестерина и соответственно не получали лекарственные препараты, снижающие уровень липидов крови. 85% пациентов не курили, более 90% не употребляли алкоголь или употребляли изредка.

Заключение:

Анализ обследуемых больных показал, что большинство больных не получали должных врачебных рекомендаций по лечению артериальной гипертонии или же имели низкую приверженность к лечению. Зачастую врачи и пациенты недооценивали гиперлипидемию, как одного из основных факторов риска заболеваемости и смертности от ССЗ и не использовали гиполипидемические препараты в терапии АГ. У больных, регулярно измерявших АД, получавших комплексное лечение и ведущих здоровый образ жизни, были достигнуты положительные результаты.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПАРАМЕТРОВ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Алейникова Т. В.

Гомельский Государственный Медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Одной из наиболее актуальных проблем современной медици-

ны является совершенствование подходов к диагностике, лечению, профилактике артериальной гипертензии (АГ), включая поиск предикторов риска внезапной сердечной смерти. Существенную помощь в разрешении этой проблемы может оказать метод холтеровского мониторирования (ХМ), позволяющий оценить вариабельность и турбулентность сердечного ритма, которые являются независимыми предикторами риска внезапной смерти. Целью нашего исследования явилось проведение комплексной оценки временных показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) и параметров турбулентности сердечного ритма (TCP) у пациентов с артериальной гипертензией II степени в разных возрастных подгруппах.

Материал и методы:

Обследовано 214 пациентов (средний возраст $57,7 \pm 7,6$). Из них 121 женщина (56,5 %) и 93 мужчины (43,5 %). В программе ХМ оценивались временные (time domain) показатели BCP: SDNN (мс), SDNN-i (мс), SDANN-i (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%). У 173 (80,8 %) пациентов были зарегистрированы желудочковые нарушения ритма, позволяющие рассчитать и оценить параметры турбулентности. Оценивались параметры TO («onset»-начало» турбулентности, показатель, отражающий период тахикардии) и TS («slope» -»наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии). Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

В возрасте 35–39 лет зарегистрированы преимущественно нормальные и повышенные значения показателей BCP. В ответ на повышение уровня артериального давления (АД) у большинства зарегистрировано повышение SDNN и RMSSD, свидетельствующее о компенсаторном преобладании тонуса парасимпатической нервной системы. Снижение показателей имеет место преимущественно у женщин. У пациентов 40–49 лет зарегистрированы преимущественно нормальные значения показателей (SDNN - 70,8%; RMSSD - 54,2%; pNN50 - 75%). Повышение SDNN и RMSSD зарегистрировано в меньшем проценте случаев, что свидетельствует об уменьшении компенсаторного преобладания тонуса парасимпатической нервной системы при повышении уровня АД. В 50–59 лет нормальные значения показателей зарегистрированы у большинства пациентов (SDNN - 55,7%; RMSSD - 46,6%; pNN50 — 68,2%). Повышение показателей зарегистрировано преимущественно у женщин (компенсаторный механизм преобладания парасимпатических влияний в ответ на повышение уровня АД), снижение — преимущественно у мужчин. У пациентов 60–70 лет нормальные значения SDNN зарегистрированы в 60% случаев, RMSSD - 30,5%, pNN50 — 54,8%. Зарегистрированное повышение RMSSD в 61,1% свидетельствует о снижении концентрации сердечного ритма вследствие возрастного изменения реактивности вегетативной нервной системы. Повышение показателей имеет место преимущественно у женщин, снижение — у мужчин. Нормальные значения параметров TCP зарегистрированы у 52,8% пациентов всех возрастных подгрупп. С увеличением возраста пациентов отмечается повышение TO и снижение TS, таким образом, увеличивается количество пациентов, имеющих редукцию одного или тотальную редукцию параметров TCP. Проведен анализ корреляций показателей «time domain» анализа BCP и параметров TCP. Выявлены корреляции с высокой статистической значимостью между SDNN и ЦИ ($r = 0,531$; $p < 0,0001$); SDNN и TS ($r = 0,447$; $p < 0,0001$), RMSSD и TO ($r = 0,42$; $p < 0,0001$), RMSSD и TS ($r = 0,359$; $p < 0,0001$); pNN50 и TO ($r = 0,38$; $p < 0,0001$), pNN50 и TS ($r = 0,345$; $p < 0,0001$). Выявлена статистически значимая отрица-

тельная корреляция между параметром «time domain» анализа SDNN и возрастом пациента ($r = -0,2$; $p = 0,008$).

Заключение:

Большинство пациентов с АГ II степени имеют нормальные значения показателей вариабельности и турбулентности сердечного ритма. В молодом возрасте отмечается преимущественное повышение показателей вариабельности, свидетельствующее о компенсаторном преобладании тонуса парасимпатической нервной системы в ответ на повышение уровня АД. У мужчин старше 40 лет чаще отмечается преобладание тонуса симпатической нервной системы, что способствует более быстрому срыву компенсаторных возможностей и прогрессирующему повышению уровня АД.

КОМПЛЕКСНАЯ РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Исмаилова Г. Н.

АО Национальный научный центр хирургии

имени А.Н. Сызганова

Введение (цели/ задачи):

Появление новых методов диагностики и технологий, не является основанием для отказа от безопасной радионуклидной диагностики (РНД) в оценке функционального состояния почек, что подтверждается широким применением РНД в педиатрии и в антенатальной диагностике и мониторинге патологий почек плода. Известно, что патологии почек являются причиной или следствием различных форм артериальной гипертензии (АГ). Хотя в современные диагностические тесты позволяют быстро идентифицировать патологию и провести надлежащее лечение, но проблема прогнозирования эффективности лечения АГ сохраняет свою актуальность. Кроме того, представляет интерес тема персонализированных подходов в лечении АГ, которая должна основываться не только на дорогостоящих молекулярно-генетических исследованиях. Цель: Комплексная РНД заболеваний почек у больных АГ позволяет поставить точно диагноз и оценить эффективность проводимого лечения. Задача: Методами динамической сцинтиграфии почек (ДСП) и радиоиммунного анализа (РИА) активности и реактивности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) на фармакологические пробы определить и оценить эффективность лечения АГ.

Материал и методы:

ДСП выполнена на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе «Genesys Epic», ADAC Lab (США) с программным обеспечением «Pegasys». РИА наборами IMMUNOTECH (Прага) меченый I125, с активностью в пределах 0.074-0.37 Мбк и гамма-счетчиком Wizard-1470, «Wallac» для определения реактивности РААС на фармакологические пробы: активность ренина плазмы (АРП), концентрацию альдостерона плазмы (КАП) и ангиотензин-1. Функциональное состояние почек оценивались параметрами Tmax и T?, а также рассчитывались T? и AS, где T? — время (в мин.), отражающее удержание радиофармпрепарата (РФП) почкой и рассчитывалось по формуле: $T? = [Tmax - Ta]/60$ сек., где Ta — время (в сек.), прохождения болюса от места инъекции РФП до супраренальной области аорты, по кривой ренограммы, а также AS (average slope) — коэффициент наклона кривой выведения от точки максимального накопления РФП до точки равной ? от максимума. Комплексная РНД выполнена 23 (83±1.6%) пациентам, а также 36 (11.5±1.8%) больным только анализ активности и реактивности РААС на фармакологические пробы с гипотензивными препаратами, из них у 14 (60.9%) симптоматическая АГ и у 9 (39.1%) эссенциальная АГ.