

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

ЖУРАЕВ Б., ГУЛИЕВ Х.Т., АЛИКУЛОВ И.Т.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Раннее выявление факторов риска (ФР) гипертонической болезни (ГБ) позволяет наиболее объективно оценить риск развития осложнений.

Цель исследования. Оценить распространенность факторов риска у пациентов с гипертонической болезнью и церебральными нарушениями.

Материал и методы. Обследованы 50 больных с ГБ II стадии, находившихся на стационарном этапе обследования и лечения в возрасте от 40 до 72 лет (мужчин – 20, женщин – 30). Все больные получали комбинированную антигипертензивную терапию. Проводилось общеклиническое обследование и анкетирование по выявлению ФР. В зависимости от выраженности церебральных расстройств все пациенты были разделены на 2 группы: 1 составили 25 больных АГ без церебральных нарушений (возраст $55,5 \pm 2,8$ лет) и 2-ю – 25 больных (возраст $57,7 \pm 1,43$ лет) АГ с церебральными нарушениями. Среди больных 2 группы начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) были у 10 человек, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I стадии – у 10 человек, ДЭ II стадии – у 5 человек.

Результаты. У больных 1 группы уровень АД был: САД – $138,3 \pm 5,9$ мм рт.ст., ДАД – $89,3 \pm 4,1$ мм рт.ст.; избыточная масса тела и ожирение (ИМТ – $31,2 \pm 1,8$ кг/м²) выявлялась у 15 (60%), табакокурение – у 12 (48%), злоупотребление алкоголем – у 4 (16%), малоподвижный образ жизни – у 10 (40%), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (инсульт, инфаркт миокарда или артериальная гипертензия у ближайших родственников) – у 17 (68%), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина плазмы крови $5,66 \pm 0,2$ ммоль/л) – у 7 (28%) обследованных, сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 2 (8%). У больных 2 группы уровень АД был: САД – $149,3 \pm 3,2$ мм рт.ст., ДАД – $97,1 \pm 2,2$ мм рт.ст. В отличие от больных 1 группы выявлялось увеличение частоты избыточной массы тела и ожирения (ИМТ – $33,3 \pm 0,5$ кг/м²), которое регистрировалось – у 18 (72%), малоподвижного образа жизни – у 12 (48%), отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям (инсульт, инфаркт миокарда или артериальная гипертензия у ближайших родственников) – у 18 (72%), а также снижалась частота гиперхолестеринемии (уровень общего холестерина $5,48 \pm 0,5$ ммоль/л; $p < 0,001$) – у 5 (20%), курение табака – у 11 (44%), злоупотребление алкоголем – у 1 (4%). В этой группе у 7 (28%) больных выявлялся сахарный диабет (уровень глюкозы крови – $7,8 \pm 0,9$ ммоль/л) и нарушенная толерантность к глюкозе.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди больных ГБ как 1, так и 2 групп имели распространение модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, среди больных 2 группы – ожирение, сахарный диабет и нарушенная толерантность к глюкозе, а также отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям встречались чаще. Выявление факторов риска необходимо учитывать при проведении индивидуальных профилактических мероприятий, основная цель которых – предотвращение грозных осложнений ГБ и повышение качества жизни.

ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ВЫБОРКЕ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МОСКОВСКОЙ ЛИПИДНОЙ КЛИНИКИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ

ЗУБАРЕВА М.Ю., РОЖКОВА Т.А., АМЕЛЮШКИНА В.А., КАМИННАЯ В.И.

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Гиперлипидемия (ГЛП) и артериальная гипертензия (АГ) являются основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Среди лиц с диагнозом ГЛП существует большая группа больных с комбинированным нарушением липидного обмена: гиперхолестеринемия в сочетании с гипертриглицеридемией. Частота встречаемости комбинированной гиперлипидемии (КГЛП) у лиц с нарушениями липидного обмена может достигать 30–50%. Изучение частоты сочетания АГ и КГЛП как факторов риска ССЗ позволит проводить более адекватную оценку риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и коррекции терапии у пациентов данной категории.

Цель. Оценить частоту встречаемости АГ как дополнительного фактора риска ССЗ у пациентов с КГЛП (МКБ-10 E78.2) и сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы. Пациенты, проживающие преимущественно в г. Москве и Московской области, с ГЛП, направленные на консультацию липидолога в НМИЦ кардиологии МЗ РФ. Проведен ретроспективный статистический анализ данных амбулаторного приема по обращаемости пациентов с наличием ГЛП в 2010–2017 гг. Проведены стандартные клинико-биохимические и инструментальные обследования пациентов для диагностики фенотипа ГЛП. КГЛП определяли в данной выборке по уровню общего холестерина плазмы крови выше 260 мг/дл (6,7 ммоль/л) и уровня триглицеридов выше 200 мг/дл (2,3 ммоль/л). Таким образом, диагноз КГЛП был установлен у лиц с гиперлипидемией II б, III и V фенотипов. Возраст обследованных составил от 18 до 84 лет. В анализ были включены пациенты с ГЛП и различными сопутствующими заболеваниями вне обострения (n=1173).

Результаты. Указанным критериям КГЛП в группе лиц с ГЛП соответствовали 380 человек (32,4%) из них мужчин 44,5%. При этом наиболее часто диа-

гноз КГЛП был установлен у пациентов в возрастных группах 41–50 лет (25,5%) и 51–60 лет (34,5%). В группе лиц с КГЛП пациентов с сопутствующей АГ выявлено 70%, с ИБС – 38,4%, с атеросклерозом брахиоцефальных артерий разной степени выраженности – 41,1%. В качестве медикаментозной гиполлипидемической терапии пациенты принимали препараты из групп статинов (55,5%) и фибратов (13,7%). Гипотензивную терапию пациенты с КГЛП и АГ принимали в 89% случаев.

Заключение. У пациентов с КГЛП (E78.2) артериальная гипертензия является наиболее частым сопутствующим заболеванием, что значительно повышает риск ССО. Гиполипидемическую терапию с применением препаратов из группы статинов принимала, в среднем, только половина обратившихся в клинику пациентов с КГЛП. В то же время, лечение фибратами, являющимся патогенетическим для данной группы, получали лишь 13,7% пациентов. Следовательно, повышенный риск ССО у пациентов с КГЛП должен определять более активное назначение в амбулаторной практике комбинированной гиполлипидемической (статины и фибраты) и гипотензивной терапии с обязательным контролем безопасности и эффективности.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН: ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА ОТ СОСТОЯНИЯ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ИГУМНОВА О.А., АГАФОНОВА Т.Ю., БАЕВ В.М., ДУСАКОВА Р.Ш.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Миндзрва РФ, ООО «РадРост». Россия

Цель исследования. Поиск зависимости периферического кровотока от состояния автономной нервной системы (АНС) у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы. Тип исследования – одномоментный. Объект исследования – молодые (16–35 лет) женщины с ИАГ. Объем исследования – 210 женщин. Предмет исследования – структурно-функциональные параметры периферических сосудов и состояние АНС. Критерии включения: добровольцы женского пола в возрасте от 18 до 35 лет с ИАГ. Критерием ИАГ считали уровень систолического артериального давления 98 мм рт.ст. и ниже. Критерии исключения: синдромы Марфана, Элерса – Данло, несовершенный остеогенез, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Артериальное давление измеряли после 5-минутного отдыха двукратно на правом плече в положении сидя (предплечье на уровне сердца) с интервалом

в 3 минуты, регистрировался средний результат. Использовался автоматический осциллометрический тонометр A&D UA-777. Преобладание симпатического или парасимпатического отдела АНС в состоянии покоя определяли по вегетативному индексу Kérdő I. (ВИ). Положительные значения индекса, включая нулевые, трактовались как преобладание симпатического отдела АНС, отрицательные – парасимпатического отдела. В зависимости от преобладания симпатического и парасимпатического отделов АНС у женщин с ИАГ, сформированы две группы: 1 гр. – 60 человек с преобладанием активности симпатического отдела АНС (ВИ составил +14(6– +21) и 2 гр. – 150 человек с парасимпатикотонией (ВИ – 7(–14– –4). Ангиоскопия артерий (позвоночная артерия (ПзА); внутренняя сонная артерия (ВСА); плечевая артерия (ПлА); лучевая артерия (ЛуА); бедренная артерия (БА)) и вен (большая подкожная вена (БПВ); общая бедренная вена (ОБВ); задняя большеберцовая вена (ЗББВ); перфорантные вены голени Коккета (ПВК); нижняя полая вена (НПВ) выполняли в положении лежа после 15-ти минутного отдыха с помощью ультразвукового сканера SonoScape S6. Этические