

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 гипертония 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

вопросы: лица, допущенные к обследованию, дали письменное согласие; план и дизайн исследования одобрен этическим комитетом ПГМУ (протокол № 13 от 25.11.2015г.). Сравнительный анализ производили с использованием критерия Mann – Whitney U-test.

Результаты. У пациентов с преобладанием активности парасимпатического отдела АНС отмечена достоверно меньшая Ved 39,3 (35,8–54,3) см/с в правой ПЗА, чем при симпатикотонии 46,3 (40,2–56,6) см/с, $p=0,046$. Парасимпатикотония при ИАГ характеризуется большей Vmean в ПЛА 15,6 (7,8–19,0) см/с (при скорости 12,3 (6,9–16,9) см/с у симпатотоников), $p=0,014$, и большим Дсист. ПЛА 2,9 (2,7–3,2) мм, чем при симпатикотонии 2,6 (2,5–3,0) мм, $p=0,019$. При ваготонии зафиксирован до-

стоверно больший диаметр ЛуА и БА и увеличенный VTI в ЗББА. При ваготонии отмечены больший диаметр НПВ 27,2 (23,6–32,7) мм, чем при симпатикотонии 23,6 (21,2–27,9) мм ($p=0,001$), большая площадь просвета 231,2 (198,7–351,1) мм² (при симпатикотонии 216,0 (154,4–278,0) мм²), $p=0,022$; меньшая скорость кровотока 34,4 (29,8–46,7) см/с (при симпатикотонии 42,6 (32,3–51,2) см/с), $p=0,034$. При ваготонии также выявлена более низкая скорость кровотока в ОБВ 16,5 (16,1–18,2) см/с., при скорости в группе с преобладанием симпатической активности 19,5 (18,1–21,1) см/с, $p=0,030$.

Заключение. Особенности ремоделирования артерий и вен при ИАГ у женщин 18–35 лет с ИАГ зависят от состояния АНС.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИГУМНОВА О.А.¹, БАЕВ В.М.¹, АГАФОНОВА Т.Ю.¹, ДУСАКОВА Р.Ш.²

¹ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Миндзрва Рф; ²ООО «РадРост». Россия

Цель исследования. Анализ частоты болевого синдрома в ногах и его зависимость от нарушений венозного кровообращения нижних конечностей у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы. Тип исследования: одномоментный. Объект исследования: женщины с идиопатической артериальной гипотензией. Предмет исследования: болевой синдром в ногах и венозное кровообращение нижних конечностей. Объем исследования: 153 человека, из числа которых были сформированы две группы: тестовая группа с ИАГ (72 человека, САД – 97(92–98) мм рт.ст., ДАД – 65 (60–70) мм рт.ст. и контрольная группа с нормальным уровнем АД (37 человек, САД – 123 (121–125) мм рт.ст., ДАД – 79 (74–82) мм рт.ст. Низким САД считали уровень в диапазоне 61–98 мм рт.ст., низким ДАД считали уровень 59 мм рт.ст. и менее. Нормальное САД определяли как 120–129 мм рт.ст., нормальное ДАД оценивали как 80–84 мм рт.ст. Критерии включения в тестовую группу: добровольцы женского пола, возраст – от 18 до 35 лет, ИАГ. Критерии включения в контрольную группу: добровольцы женского пола, возраст – от 18 до 35 лет, нормальное артериальное давление. Критерии исключения для пациентов обеих групп: дисплазия соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса – Данло и несовершенного остеогенеза, 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 в любом сроке.

Артериальное давление измеряли после 5-минутного отдыха на правом плече в положении сидя, предплечье на столе. Использовали тонометр А&D UA-777 (Япония). Болевой синдром анализировали по данному опроснику, разработанного авторами на основе «Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен» и классификации СЕАР. Ангиосканирование общей бедренной вены (ОБВ) правой и левой нижних конечностей выполняли в покое (в положении лежа) и при ортостазе на цветном ультразвуковом сканере Sono Scape S 6. Оценивали наличие венозных рефлюксов и тонус вен по индексу ортостатической дилатации ОБВ. Статистический анализ выполнен в программе «Statistica 6.1». Все добровольцы дали письменное согласие на обследование.

Результаты. Исследование показало, что частота жалоб на боли в ногах у пациентов с ИАГ зависит от наличия двух маркеров ХЗВ (наличия венозных рефлюксов в ОБВ и/или сниженного тонуса ОБВ (индекс ортостатической дилатации более 50%). В тестовой группе при сниженном тонусе жалобы на боль в ногах при ходьбе предъявляли 78% женщин, что в 5 раз чаще, чем в контрольной группе (15%) при $p=0,0001$. Изучение зависимости частоты болевого синдрома в ногах при наличии низкого тонуса ОБВ выявило 68% пациентов, которые отмечали боль в ногах при ходьбе и длительном стоянии, в контрольной группе только 43% при $p=0,043$.

Заключение. ИАГ у молодых женщин ассоциируется с увеличением риска развития хронических заболеваний вен.