

АГ была зарегистрирована в 47 (74,6%) случаях, III степень – у 16 (25,3%) пациентов. Стаж АГ в среднем составил $14,2 \pm 2,9$ лет. Диагноз верифицирован согласно национальным клиническим рекомендациям. При обследовании у 21 больного была диагностирована хроническая сердечная недостаточность, у 8 – в анамнезе был инфаркт миокарда, у 12 пациентов диагностирован метаболический синдром. Всем пациентам в динамике проводилось полное клинико-инструментальное обследование (ЭКГ, доплероэхокардиография, офисное измерение АД и суточный мониторинг АД – СМАД). До начала и в конце лечения оценивались показатели углеводного, липидного обмена, а также уровень креатинина, калия, мочевой кислоты. В комплексную терапию был включен телмисартан в дозе 40 мг. Дозировка препарата подбиралась индивидуально и при необходимости титровалась до 80 мг/сутки. Период наблюдения составил 6 месяцев. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Microsoft Excel.

Результаты. После проведенного лечения отмечалось плавное снижение АД, и у подавляющего числа пациентов (84%) были достигнуты целевые показатели. К концу наблюдения целевые значения офисного АД были достигнуты у 68%

больных. Систолическое артериальное давление (САД) снизилось со $165 \pm 2,0$ до $130 \pm 1,0$ мм рт.ст и диастолическое артериальное давление (ДАД) со $102 \pm 1,2$ до $80 \pm 1,0$ мм рт.ст. По данным СМАД удалось достигнуть целевого уровня АД у 78% обследованных, что составило $135/80$ мм рт.ст. По оценке показателей СМАД отмечалось статистически значимое снижение как среднесуточного показателя САД – со $175 \pm 4,0$ до $130 \pm 2,0$ мм рт.ст и ДАД – со $110 \pm 4,0$ до $74 \pm 1,6$ мм рт.ст, так и в дневное/ночное время. За время исследования не было ни одного случая отмены препарата. Клинически значимых побочных эффектов, требующих отмены препарата, нами не выявлено. В процессе исследования не отмечено достоверных изменений показателей липидного, углеводного и электролитного обмена.

Заключение. Проведенное исследование показало, что применение телмисартана у пациентов АГ оказывает выраженный антигипертензивный эффект и имеет благоприятный профиль безопасности, тем самым улучшая качество жизни больного. Использование телмисартана позволяет рекомендовать его как препарат выбора при недостаточно эффективной предыдущей антигипертензивной терапии.

МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КОРОБКО И.Ю., НЕЧЕСОВА Т.А., ПАВЛОВА О.С.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель. Определить связь между показателями, характеризующими жесткость сосудистой стенки, и микроэлементарным составом волос у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследованы 115 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) I–III ст. (мужчин – 28, женщин – 87). Средний возраст составил $57,3 \pm 0,85$ лет. Оценка жесткости магистральных сосудов выполнялась при помощи аппланационной тонометрии «Sphygmocor». Изучались такие показатели, как скорость распространения пульсовой волны, центральное аортальное давление (ЦАД), центральное пульсовое давление (ЦПД), индекс аугментации. Анализ волос на определение макро- и микроэлементов проводился с помощью метода рентгенофлуоресцентного анализа. Данные представлены в виде среднего значения (M) \pm стандартное отклонение.

Результаты. В проведенном исследовании была проанализирована корреляционная связь между содержанием микро- и макроэлементов

в волосах и показателями жесткости сосудистой стенки. Было выявлено, что такие микроэлементы, как цинк, селен и хром в целом по группе имели достоверную корреляционную связь с показателями жесткости сосудистой стенки, такими как ЦАД ($r=0,29$; $r=0,29$; $r=0,26$ соответственно, $p<0,05$) и ЦПД ($r=0,30$; $r=0,29$; $r=0,26$ соответственно, $p<0,05$). С целью уточнения влияния этих микроэлементов на показатели сосудистой жесткости все обследуемые пациенты были разделены на две группы. В группу I вошли пациенты, у которых показатели жесткости сосудистой стенки не превышали нормальных значений. В группу II вошли пациенты, у которых показатели жесткости сосудистой стенки превышали нормальные значения, в частности для ЦАД >120 мм рт.ст., для ЦПД >50 мм рт.ст. Для цинка, селена и хрома выявлена достоверная разница по показателям ЦАД и ЦПД между I и II группами пациентов. Выявлено, что значения цинка и хрома у пациентов с ЦАД >120 мм рт.ст. были достоверно ниже, чем

у пациентов с ЦАД ≤ 120 мм рт.ст. Так, в I группе значения цинка составили $177,1 \pm 61,7$ мкг/г, хрома – $6,0 \pm 2,7$ мкг/г, а во II группе – $130,8 \pm 55,3$ мкг/г, $3,1 \pm 2,7$ мкг/г, соответственно ($p < 0,05$ между I и II группами). Уровни селена и хрома также были достоверно ниже у пациентов с ЦПД > 50 мм рт.ст., чем у с ЦПД ≤ 50 мм рт.ст. (уровень селена в I группе составил $0,7 \pm 0,4$ мкг/г, хрома – $4,0 \pm 3,1$ мкг/г, во II группе – $0,5 \pm 0,3$ мкг/г, $2,7 \pm 2,4$ мкг/г соответственно, $p < 0,05$ между I и II группами). Таким образом, у пациентов с повышением таких показателей, как ЦАД и ЦПД отмечаются более низкие уровни цинка, хрома и селена. Дополнительно был проведен корреляционный анализ групп пациентов с повышенными значениями уровней ЦАД и ЦПД, т.е. с уровнем ЦАД > 120 мм рт.ст. и

ЦПД > 50 мм рт.ст. Полученные данные показали, что только для цинка получены достоверные результаты при проведенном корреляционном анализе (для ЦАД $r = -0,21$, для ЦПД $r = -0,22$, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, микро- и макроэлементы могут принимать участие в формировании жесткости сосудистой стенки. По-видимому, цинк играет значимую роль в повышении сосудистой ригидности. Реализация участия цинка в повышении жесткости сосудистой стенки может осуществляться через матриксные металлопротеиназы, которые представляют собой семейство Zn- и Ca-зависимых эндопептидаз. Возможно, именно через матриксные металлопротеиназы реализуется связь такого микроэлемента, как цинк, с жесткостью сосудистой стенки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА ОТНОШЕНИЯ ТАЛИИ К РОСТУ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

КОЧУБЕЙ О.А., АЩЕУЛОВА Т.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков. Украина

Введение. Избыточный вес и ожирение являются распространенными патологическими состояниями у взрослого населения и связаны с другими хроническими заболеваниями, включая гипертоническую болезнь, сахарный диабет 2 типа и дислипидемию. Все эти заболевания являются ключевыми факторами модифицированного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Раннее выявление данных состояний поможет в управлении стратегией по контролю и лечению пациентов.

Цель. Изучение взаимосвязи индекса отношения талии к росту (WHtR) с параметрами липидного обмена у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследованы 73 больных гипертонической болезнью. Все пациенты прошли комплексное клиническое обследование, которое включало оценку жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование и дополнительные методы обследования: антропометрические параметры (индекс WHtR) и параметры липидного обмена. Статистический анализ данных проводили методами непараметрической статистики. Результаты представлены в виде Me (Q25-Q75), где Me – медиана (50-й процентиль), Q25 и Q75 – 25-й и 75-й процентиля соответственно (верхний и нижний квартили). Нулевую гипотезу отвергали при уровне достоверности ($p < 0,05$).

Результаты. Пациенты с гипертонической болезнью характеризовались повышенным уровнем общего холестерина $5,67$ ($4,96-7,11$) ммоль/л, три-

глицеридов $2,75$ ($2,56-3,01$) ммоль/л, липопротеидов низкой плотности $0,9$ ($0,83-1,35$) ммоль/л и снижением уровня липопротеидов высокой плотности $3,51$ ($2,77-4,54$) ммоль/л. Ожирение наблюдалось у 86% пациентов с гипертонической болезнью, выявленных с помощью индекса WHtR $\geq 0,5$, дислипидемия была обнаружена у 73% пациентов, выявленных по уровням общего холестерина. При проведении корреляционного анализа были обнаружены положительные взаимосвязи между индексом WHtR и уровнем общего холестерина ($R = 0,42$; $p < 0,05$) у пациентов с гипертонической болезнью.

Заключение. Гипертоническая болезнь сопровождается дислипидемией, характеризующейся повышенным уровнем общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и снижением уровня липопротеидов высокой плотности. Выявлены достоверные положительные корреляции между индексом WHtR и уровнем общего холестерина у пациентов с гипертонической болезнью, что является дополнительным подтверждением клинической значимости этого показателя и обосновывает необходимость скрининга пациентов с использованием индекса WHtR при выявлении ожирения, дислипидемии и сердечно-сосудистого риска.