

за сутки составило $141,3 \pm 8,8$ мм.рт.ст. Во второй группе $125,6 \pm 8,8$ мм.рт.ст. В третьей группе $124,5 \pm 4,6$ мм.рт.ст.; днем показатели САД в первой, второй и третьей группе составило $145,0 \pm 8,0$; $129 \pm 8,1$; $125 \pm 4,1$ мм.рт.ст. соответственно. Ночью САД в группах составило $131,0 \pm 8,0$; $116 \pm 8,1$; $111,6 \pm 5,0$ мм.рт.ст. соответственно. Динамика диастолического АД (ДАД) за сутки составила $81,2 \pm 6,1$; $76,2 \pm 5,1$; $74,4 \pm 2,0$ мм.рт.ст. соответственно. Динамика ДАД за день составила $83,2 \pm 6,1$; $79,2 \pm 5,0$; $78,1 \pm 1,9$ мм.рт.ст. соответственно. Динамика ДАД ночью составила $73,4 \pm 5,0$; $68,4 \pm 5,1$; $64,0 \pm 2,4$ мм.рт.ст. соответственно. Данные показатели говорят, что у пациентов 1 группы (ИБС+СОАС) наблюдалось повышение САД и ДАД (за сутки, день и ночь) по сравнению с пациентами 2 и 3 групп. Индекс времени в 1 группе за сутки, день и ночь составил $35,3 \pm 8,7\%$, $30,9 \pm 9\%$ и $46,6 \pm 8,3\%$; во второй группе – $30,2 \pm 6,7\%$, $28,9 \pm 7,8\%$ и $30,4 \pm 8,0\%$; в третьей группе – $26,8 \pm 10,7\%$, $26,0 \pm 11,4\%$ и $46,6 \pm 8,3\%$; Суточный индекс САД у пациентов первой группы составил $8,5 \pm 3,2\%$, во второй группе $9,1 \pm 3,2\%$, в третьей группе $12,7 \pm 2,4\%$. Это свидетельствует о том, что пациенты с СОАС и храпом являются нон-дипперами (недостаточное снижение САД ночью). Суточный индекс ДАД у пациентов первой группы составил $12 \pm 3,2\%$, во второй группе $13,6 \pm 3,1\%$, в третьей группе $17,9 \pm 2,6\%$. Что говорит о достаточном снижении ДАД ночью во всех группах пациентов.

Заключение:

1. У пациентов первой группы (ИБС+СОАС) наблюдалось повышение средних значений САД и ДАД (за сутки, день и ночь) по сравнению с пациентами второй (ИБС+первичный храп) и третьей (ИБС без СОАС и первичного храпа) групп. 2. Пациенты с ИБС и СОАС являлись нон-дипперами (недостаточное снижение САД ночью). 3. У пациентов с ИБС, СОАС и первичным храпом наблюдалось повышение индексов времени как днем, так и ночью по сравнению с пациентами с ИБС без СОАС и первичного храпа.

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ходжакулиев Б. Г., Оразкычев О. А.

Государственный медицинский университет Туркменистана

Введение (цели/ задачи):

Изучение особенностей применения антигипертензивных препаратов (АГП) больными артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторной практике и ее соответствия современным рекомендациям остается одной из актуальных проблем современной кардиологии. Цель настоящей работы – исследование рационального использования и структуры АГП в амбулаторных условиях.

Материал и методы:

С помощью специально разработанных анкет для фармакоэпидемиологических исследований АГ проведен опрос 140 больных артериальной гипертензией I и II степени, с риском сердечно-сосудистых заболеваний 3–4 степени, обратившихся за стационарной помощью в кардиологическое отделение, которым был показан постоянный прием АГП до поступления в стационар. Средний возраст больных $57,63$ лет, из них

50 мужчин, 90 женщин. Сопутствующие заболевания: у 117 (83,6%) больных диагностирован ИБС – стенокардия напряжения разных функциональных классов, 21 (15%) больных перенесли инфаркт миокарда, 6 (4,3%) инсульт, у 95 (67,9%) больных диагностирована сердечная недостаточность II–IV функциональных классов по NYHA. Сахарный диабет выявлен у 26 (18,6%) больных.

Результаты:

В результате опроса выявлено, что 13 (9,3%) больных до поступления в стационар в течение последнего месяца практически не принимали АГП, 84 (60%) больных принимали их только по потребностям и только 43 (30,7%) принимали АГП постоянно, строго по назначению семейного врача. Комбинированную терапию получали 69 (49,2%) больных, в том числе комбинацию 3-х или более препаратов 22 (15,7%) больных. Основными препаратами в структуре назначений АГП, как при монотерапии, так и при комбинированной терапии, явились ингибиторы АПФ (68,6% опрошенных больных), антагонисты кальция – 37,8%, бета-блокаторы – 27,9%, диуретики – 14,3%, блокаторы рецепторов ангиотензина – 5,7%. 2,1 % больных принимал спазмолитики. Анализ структуры препаратов внутри класса ингибиторов АПФ показал, что основу составляют 4 препарата: эналаприл – 50%, лизиноприл – 32,9%, каптоприл – 12,7%, периндоприл – 4,2%. Структура назначения бета-блокаторов: бисопролол – 51,3%, атенолол – 43,2%, остальные 5,4%. Из антагонистов кальция самым часто используемым препаратом оказался амлодипин (92,1%), доля всех остальных антагонистов кальция не более 7,9%. Структура диуретиков: гидрохлоротиазид – 68,4%, индапамид – 15,8%, фуросемид, торесемид и верошпирон, каждый по 5,2%. Блокаторов рецепторов ангиотензина составляли лозартан (62,5%) и валсартан (37,5%). Из спазмолитиков применяли дибазол и папаверин. Комбинацию ингибиторов АПФ с антагонистами кальция применяли 33 (23,%) больных, бета-блокаторов с антагонистами кальция – 27 (19,3%), ингибиторов АПФ с диуретиками 17 (12,1%), бета-блокаторов с диуретиками – 10 (7,1%), антагонистов кальция с блокаторами рецепторов ангиотензина – 4 (2,8%), блокаторов рецепторов ангиотензина с диуретиками 2 (1,4%) больных. 57 (40,7%) принимали фиксированную комбинацию разных препаратов.

Заключение:

Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает необходимость дальнейшего усовершенствования рационального использования АГП и улучшения приверженности больных АГ к их постоянному приему в амбулаторной практике.

АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Одинцов В. О., Шкет А. П., Шумовцев В. В., Островский Ю. П.

ГУ РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Идиопатическая и приобретенная недостаточность аортального клапана (АК), сопровождающая обструктивную ГКМП, является проблемой, которой в последние два десятилетия в литературе практически не уделяется внимания. Цель ис-