

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., Оразклычев 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 течении 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-ех 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., Шумовец 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-

следования. Оценить клиническую и гемодинамическую значимость сопутствующей недостаточности АК у пациентов с обструктивной ГКМП на основании длительного послеоперационного наблюдения.

#### **Материал и методы:**

В исследование включен 81 пациент, оперированный в период с декабря 2007 г. по декабрь 2015 г. (56,8% мужчин, средний возраст  $50,1 \pm 14,1$  лет). Трансаортальная миосептэктомия (МСЭ) выполнялась в 91,4% наблюдений. Средний период отдаленного наблюдения  $42,0 \pm 26,6$  месяцев (min. 4, max. 101).

#### **Результаты:**

Исходно у 28,4% (n=23) неоперированных пациентов по данным ЭхоКГ регистрировалось наличие недостаточности АК легкой (1+) степени, а у 7,4% (n=6) – умеренной. Выраженная АР (3+) наблюдалась у 1 пациента, случаев тяжелой АР (4+) не было. Из числа пациентов, не имевших до операции АР (n=51), у 31,4% (n=16) после операции на момент выписки уже регистрировалась АР 1+, ещё у одного – 2+ ст. Прогрессирование легкой послеоперационной АР до умеренной в отдаленном периоде отмечено у 7,8% (n=4). У 43,5% из числа имевших до операции легкую АР в отдаленном периоде наблюдалось прогрессирование до умеренной. Показатель свободы от АР снизился в 2,5 раза: от исходного 63% в предоперационном периоде до 41,9% при выписке из стационара, и далее до 24,6% при отдаленном обследовании. В отдаленном периоде в 3,7 раза чаще регистрировалась умеренная недостаточность АК, в 1,5 раза чаще – легкая. Исходные КДО и КСО левого желудочка (ЛЖ) были достоверно тем больше, чем больше степень недостаточности АК ( $p=0,005$  и  $p=0,021$ ). Для оценки влияния АР на изменения основных эхо-параметров ЛЖ в отдаленном периоде пациенты когорты были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 42 пациента с динамическим прогрессированием АР на 1-2 ст. от исходного значения; группу 2 составили 35 пациентов, у которых АР после операции не появлялась либо не наблюдалось усугубления АР, имевшейся исходно. Из анализа по разным причинам исключены 4 пациента. При внутригрупповом анализе в группе 1 не выявлено различия в объемных показателях ЛЖ до и после операции. Выявлено достоверное увеличение КСР в обеих группах ( $p=0,02$  и  $p=0,004$ ) в отдаленном периоде. В группе 2 КДО в отдаленном периоде становился парадоксально несколько меньше исходного ( $p=0,019$ ). При межгрупповом сравнении эхо-параметров ЛЖ в отдаленном периоде не обнаружено достоверной разницы в объемно-размерных показателях. Анализ подгруппы пациентов (n=7), которым выполнялось изолированное протезирование МК (без трансаортальной МСЭ) выявил 100% свободу от появления АР в раннем послеоперационном периоде, а в отдаленном лишь у 2 пациентов из 7 отмечено увеличение АР на 1 степень. В отдаленном периоде гемодинамически значимая АР отмечена только у 2 пациентов. Обе оперированы повторно в разные сроки, аортальный клапан подвергся протезированию механическим протезом. В остальных наблюдениях недостаточность АК была асимптомной. 2 госпитальных и 5 отдаленных летальных исходов не были связаны с патологией АК. Кумулятивная 1- и 7-летняя выживаемость составили 96,3% и 87,9% соответственно.

#### **Заключение:**

АР регистрируется у каждого третьего (35,8%) неоперированного пациента с обструктивной ГКМП. Также АР часто раз-

вивается после хирургической коррекции: показатель свободы от АР в отдаленном периоде в 2,5 раза ниже исходного. Как правило, это напрямую связано с проведением МСЭ. Напротив, после изолированного протезирования МК практически не наблюдается появления АР. Чаще всего недостаточность АК протекает бессимптомно. В отдаленном периоде объемно-размерные показатели ЛЖ при прогрессировании АР достоверно не отличались от таковых при стабильном течении.

### **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ**

Михайлив Л. М., Швед Н. И., Мартынюк Л. П., Гурский В. Т., Припхан И. Б.

*Тернопольский государственный медицинский университет*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Самым распространенным коморбидным состоянием у пациентов с подагрой является артериальная гипертензия (АГ), частота выявления которой колеблется от 36 % до 41 %, а при наличии метаболического синдрома может достигать 72% . Трудности диагностического поиска на ранних стадиях заболевания приводят к несвоевременному назначению адекватной медикаментозной терапии и, тем самым, ухудшается прогноз течения заболевания. Целью работы была оптимизация медикаментозной терапии у больных подагрой в сочетании с артериальной гипертензией путем дифференцированного использования в комплексном лечении аллопуринола, аторвастатина и лозартана.

#### **Материал и методы:**

Обследовано 96 больных подагрой в возрасте от 47 до 63 лет ( $52 \pm 1,4$  года), у 50 (52,8 %) пациентов диагностирована сопутствующая артериальная гипертензия. Группу контроля составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам проведено общепринятое клиничко - лабораторное и инструментальное обследование, а также липидограмму крови. Для оценки проявлений суставного синдрома использованы клиничко - функциональные тесты, УЗИ опорно - двигательного аппарата. Все исследования проводили до начала лечения, а также - через 2, 4, 8 недель и через 6 месяцев. Все пациенты с подагрой были распределены на четыре группы в зависимости от применяемых медикаментозных программ лечения. Пациенты I группы (28 человек) получали аллопуринол, доза которого подбиралась индивидуально, зависела от уровня мочевой кислоты крови и составляла в среднем ( $346 \pm 53$ ) мг в сутки. Больные второй группы (26 пациентов) получали аллопуринол и аторвастатин в дозе 20 мг в сутки. Пациенты третьей группы (30 больных) получали аллопуринол и лозартан по 100 мг в сутки. Пациенты четвертой группы (28 человек) принимали аллопуринол, аторвастатин и лозартан у вышеприведенных дозах.

#### **Результаты:**

Полученные результаты и их обсуждение. Уровень общего холестерина крови у больных подагрой был достоверно выше у лиц пожилого возраста независимо от наличия АГ и пола. Уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у мужчин разных возрастных групп без сопутствующей АГ также был достоверно выше ( $4,12 \pm 0,08$  и  $3,18 \pm 0,12$  ммоль / л), чем