

фрагментов, материалом для генотипирования являлась цельная венозная кровь. Суточное мониторирование (СМ) АД было выполнено у всех обследуемых с использованием портативного регистратора артериального давления «WatchBP03» в начале и через год исследования. Всем пациентам назначали валсартан в дозе 80 или 160 мг один раз в сутки. В течение года регулярно принимали препарат 42 человека (82,4%) в среднесуточной дозе $141,5 \pm 33,7$ мг.

Результаты:

Антигипертензивная эффективность проводимого лечения валсартаном через год проанализирована у 42 пациентов (26 мужчин и 19 женщин), средний возраст их составил $51,4 \pm 8,6$ год. Из сопутствующих факторов риска в изучаемой группе наиболее распространенными являлись отягощенная наследственность по АГ (85,7%), абдоминальное ожирение и гиперхолестеринемия (по 64,3%), избыточная масса тела (54,8%), низкая физическая активность (47,6%) и высокий порог вкусовой солевой чувствительности (40,5%), косвенно свидетельствующей о высоком потреблении поваренной соли. Распределение генотипов и аллелей полиморфизма I/D гена ACE у пациентов соответствовало теоретически ожидаемому равновесию Харди-Вайнберга: II, ID и DD генотипы выявлены у 10, 21 и 11 человек, I и D аллели – 41 и 43, соответственно. Среднесуточные дозы валсартана значительно не отличались и были сопоставимы у пациентов в двух группах с наличием I – $146,3 \pm 30,1$ мг и D аллелей – $139,5 \pm 34,9$ мг. Сравнительный анализ полученного гемодинамического эффекта в указанных группах через год лечения валсартаном не показал различий по уровню клинического АД, но выявил значимые отличия по суточному профилю АД. У пациентов с наличием I аллеля полиморфизма I/D гена ACE наблюдалось достоверное снижение средних величин систолического (САД)/диастолического (ДАД) и индекса времени гипертензии за сутки, день и ночь. У носителей D аллеля в отличие от I аллеля полиморфизма I/D гена ACE не наблюдалось значимой динамики уровня АД в ночное время – средних величин ДАД за ночь и индекса времени гипертензии САД/ДАД ночью.

Заключение:

Выводы: наличие мутантного D аллеля в сравнении с I аллелем полиморфизма I/D гена ACE у пациентов с эссенциальной АГ ассоциировано с менее значимым антигипертензивным эффектом при длительном лечении валсартаном в ночное время суток.

АТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: ВОЗРАСТНО-ГЕНДЕРНЫЕ И КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Округин С. А., Гарганеева А. А., Кужелева Е. А., Борель К. Н.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: Изучить возрастно-гендерные и клинико-анамнестические особенности больных с атипичными клиническими формами (АКФ) острого инфаркта миокарда (ОИМ), зарегистрированных в городе Томске в 2013 году.

Материал и методы:

Исследование основано на данных программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», которая действует в городе с 1984 года. Эпидемиология ОИМ изучается среди населения старше 20 лет. Изучено 836 случаев заболевания ОИМ (за исключением эпизодов гибели больных на догоспитальном этапе), АКФ ОИМ выявлены у 184 (22%) больных. В структуре АКФ ОИМ удельный вес астматического варианта составил 32,6% (60 больных), коллаптоидного – 31,5% (58 больных), абдоминального – 13,6% (25), аритмического – 7,6% (14), периферического – 5,4% (10), безболевого – 4,9% (9) и церебрального – 4,3% (8 больных).

Результаты:

Уровень заболеваемости АКФ ОИМ в 2013 году составил 0,42 случая на 1000 жителей, и был значительно выше, чем в 1984 году (первый год работы Регистра) – 0,15 на 1000 жителей ($p < 0,0001$). Больше всего мужчин было выявлено в группе больных с абдоминальной формой ОИМ (62,5%), женщин – с церебральной (75%). Во всех анализируемых группах преобладали лица старше 60 лет. В группе больных с церебральным вариантом больше всего было лиц, перенесших ранее ОИМ (50%). Сахарный диабет чаще всего регистрировался среди лиц с безболевым КФ (55,6%). Диагностика АКФ ОИМ была низкой. После первого врачебного осмотра ОИМ лучше всего распознавался при безболевым (55,5%) АКФ. В 39,5% случаев эпизоды развития ОИМ с АКФ регистрировались у пациентов, находящихся на лечении в непрофильных стационарах (терапевтических, хирургических и т.д.) по поводу гастроэнтерологической, эндокринной и другой патологии. Среди больных с абдоминальной АКФ отмечено 12% таких случаев, что оказалось существенно меньше ($p < 0,05$) чем в группах с астматическим (56,6%), коллаптоидным (34,5%), аритмическим (71,4%) и церебральным (62,5%) вариантами. Не было зарегистрировано эпизодов развития АКФ ОИМ в непрофильных стационарах среди пациентов с периферическим и безболевым вариантами. Во всех случаях течение ОИМ было осложненным, причем как в целом, так и в отдельных клинических группах, более чем в 80% осложнения заболевания проявлялись в виде сочетания кардиогенного шока, острой левожелудочковой недостаточности и различных нарушений сердечного ритма и проводимости. Летальность при АКФ ОИМ была высокой, а в группе с аритмической и церебральными формами она достигала 100%.

Заключение:

Все лица с АКФ ОИМ были представлены возрастным контингентом тяжелым в клиническом, анамнестическом и прогностическом плане. Неудовлетворительная диагностика АКФ ОИМ способствовала частой госпитализации таких больных в непрофильные стационары и высокой летальности в данной группе больных. С учетом того, что общей тенденцией изменения возрастной структуры населения России, является неуклонный рост доли лиц старших возрастных групп, частота встречаемости атипичных КФ ОИМ будет постоянно возрастать. Этот факт необходимо учитывать при подготовке врачей, которые в силу своих профессиональных обязанностей, могут принимать участие в диагностике и лечении АКФ ОИМ.