

ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ВЗАИМОСВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИКурникова А. А.¹, Шукшина Л. М.², Шукшин Д. В.²¹ГАУЗ ГКБ №3 г.Оренбурга, ²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ**Введение (цели/ задачи):**

Изучить взаимосвязь возрастного андрогенного дефицита (ВАД) с наличием сердечно – сосудистых осложнений у мужчин с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы:

В исследование включены 100 мужчин с СД 2, в возрасте 50+/-10 лет, которые были разделены на 2 группы: без признаков возрастного андрогенного дефицита и с таковым. Обследованные были интервьюированы по опроснику МИЭФ («Международный индекс эректильной дисфункции»), AMS (симптомы стареющих мужчин), ADAM (андрогенный дефицит стареющих мужчин). Всем пациентам, помимо сбора соматического и сексуального анамнеза, определяли в сыворотке крови уровень общего тестостерона, эстрадиола, глобулина связывающего половые стероиды (ГСПС), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактин, тиреотропного гормона (ТТГ), а также липидный спектр крови, гликемический профиль, уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1C), мочевой кислоты, простатспецифического антигена (ПСА), выполнялся общий анализ крови, вычислялся индекс массы тела (ИМТ), измерялась окружность талии (ОТ). Применялись инструментальные методы исследования – эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты:

Распространенность ВАД среди больных сахарным диабетом составила 59±0,8%. При изучении липидного профиля больных СД типа 2 с ВАД и без него, были выявлены статистически значимые различия в уровнях холестерина (медиана составила 6,7 ммоль/л и 5,3 ммоль/л, соответственно, $p=0,00000004$), триглицеридов (медиана составила 2,5 ммоль/л и 1,9 ммоль/л, соответственно, $p=0,00004$), ЛПНП (медиана составила 2,2 ммоль/л и 2,1 ммоль/л, соответственно, $p=0,046$), ЛПВП (медиана составила 1,0 ммоль/л и 1,8 ммоль/л, соответственно, $p=0,00000007$ ммоль/л). Микроальбуминурия была диагностирована у пациентов с ВАД в 59,3%, а у мужчин без ВАД в 41,9%. Артериальная гипертензия у пациентов с ВАД имела место значительно чаще, чем у больных без ВАД (медиана составила 96,6% и 65,9%, соответственно, $p=0,0004$). При проведении ЭКГ в обеих группах наличие ишемии миокарда выявлялось практически одинаково часто. Однако при проведении суточного мониторирования ЭКГ наличие ишемии миокарда у больных с ВАД выявлено значимо чаще, чем у пациентов без такового (47,1% и 27,7%). Диастолическая дисфункция (ДД) встречалась в 2 раза чаще, чем у пациентов без гипогонадизма.

Заключение:

Распространенность ВАД у мужчин с СД 2 типа высока и составляет 59%. Для этой группы пациентов характерна большая частота артериальной гипертензии, гиперлипидемии. Частота безболевого ишемии миокарда в группе пациентов с ВАД

достоверно выше, чем в группе пациентов без такового. Низкий уровень тестостерона можно рассматривать, как фактор, негативно влияющий на состояние сердечно – сосудистой системы у мужчин с СД2.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ НА ТРЕДМИЛЕ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 70 ЛЕТ И СТАРШЕ

Чернова О. В., Козлов С. Г., Матвеева М. А., Алексеева И. А.

ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Выбор оптимального протокола пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле у пациентов в возрасте 70 лет и старше

Материал и методы:

В исследование включено 20 больных обоего пола, в том числе 11 женщин и 9 мужчин, в возрасте 70 лет и старше (в среднем 76±4 лет). В исследование не включали пациентов с ишемической болезнью сердца, фибрилляцией предсердий, гипертрофической и дилатационной кардиомиопатией, клапанными пороками сердца, неконтролируемой артериальной гипертензией, острым нарушением мозгового кровообращения, тяжёлыми заболеваниями костно-мышечной и суставной систем. Всем больным с интервалом в один день проводили две пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле с использованием модифицированного протокола Bruce и протокола Naughton с непрерывно возрастающей нагрузкой (Naughton ramp протокола). Критерием прекращения проб являлось достижение субмаксимальной возрастной частоты сердечных сокращений (ЧСС). Толерантность к физической нагрузке оценивали в метаболических эквивалентах (МЕТ). Для сравнения степени достигнутого утомления при повторных тестированиях одного и того же пациента использовали модифицированную шкалу Борга.

Результаты:

Средняя продолжительность нагрузки при использовании модифицированного протокола Bruce равнялась 2,3±0,7 мин, ЧСС в покое – 75±5 уд/мин, максимальная достигнутая ЧСС – 125±3 уд/мин, максимальное систолическое АД (АДсист.) – 173±7 мм рт. ст., максимальное потребление кислорода – 3,5±0,6 МЕТ. Нагрузку по шкале Борг считали умеренной и тяжёлой 10% и 90% пациентов, соответственно. Средняя продолжительность нагрузки при использовании Naughton ramp протокола равнялась 10,6±2 мин, что было достоверно больше ($p < 0,001$), чем при использовании модифицированного протокола Bruce. ЧСС в покое – 74±4 уд/мин, максимальная достигнутая ЧСС составила 127±5 уд/мин, максимальное АДсист. – 168±8 мм рт. ст., что не отличалось от соответствующих показателей при использовании модифицированного протокола Bruce. Максимальное потребление кислорода равнялось 6,1±1,1 МЕТ и было больше ($p < 0,001$), чем при использовании модифицированного протокола Bruce. Нагрузку по шкале Борг считали лёгкой и умеренной 55% и 45% пациентов, соответственно.

Заключение:

Использование у пациентов в возрасте 70 лет и старше протокола Naughton с непрерывно возрастающей нагрузкой (Naughton ramp протокола) является более предпочтительным, чем использование модифицированного протокола Bruce, так как гораздо чаще позволяет достигнуть оптимального времени продолжительности нагрузки (8-12 минут).

ВЫСОКАЯ МЕЖВИЗИТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ – ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Троицкая Е. А., Котовская Ю. В., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов

Введение (цели/ задачи):

Межвизитная вариабельность артериального давления (АД) ассоциирована с риском сердечно-сосудистых осложнений в разных группах пациентов. Однако механизмы межвизитной вариабельности АД до сих пор до конца не определены. Цель исследования: изучить межвизитную вариабельность АД у пациентов с контролируемой артериальной гипертензией (АГ): неосложненной и осложненной стабильной ИБС или хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со сниженной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы:

В ретроспективный анализ включены 3 группы пациентов с контролируемой АГ. В первую группу – 52 пациента с неосложненной АГ (20 мужчин, средний возраст 58,9±9,0 лет), достигших целевого АД на фоне комбинации блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и амлодипина. Во вторую группу – 40 пациентов со стабильной ИБС (28 мужчин, средний возраст 69,2±5,9 лет). Третья группа включала в себя 100 пациентов с ХСН со сниженной ФВ (80 мужчин, средний возраст 64,4±9,3, средняя ФВ 32,3±4,3%). Пациенты во второй и третьей группах получали стабильную терапию согласно рекомендациям. АД измеряли валидированным осциллометрическим прибором. Межвизитную вариабельность АД рассчитывали как SD средних значений АД для 5-7-ми последовательных визитов на протяжении 8-18 месяцев неизменной терапии. Статистический анализ проведен с использованием пакета программ Statistica 8, статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты:

Уровень АД при первой оценке в группе 1 составлял 126,4±7,6/76,7±7,2 мм рт.ст., в группе 2 - 125,5±7,5/75,2±8,8 мм рт.ст., в группе 3 - 127,6±15,1/77,9±8,3 мм рт.ст. На последнем визите цифры АД в группах также были сопоставимы: 123,7±9,7/76,8±6,7 мм рт.ст.; 124,2±13,4/72±8,5 мм рт.ст. и 123,6±13,6/74,8±8,9 мм рт.ст. соответственно. Несмотря на стабильный уровень АД, его межвизитная вариабельность во всех группах варьировала в широком диапазоне: соответственно 1,8-16,8 мм рт.ст., 0,7-23,3 мм рт.ст. и 2,3-20,0 мм рт.ст. для систолического АД и 1,0-11,4 мм рт.ст., 0-17,9 мм рт.ст. и 1,5-13,1 систолического АД на последнем визите, были выявлены достоверные различия в его вариабельности. Так вариабельность САД в первой группе составила 7,2±3,6

мм рт.ст., во второй - 7,8±6,6 мм рт.ст., в третьей - 10,2±3,8 мм рт.ст.; вариабельность ДАД - 4,8±2,7 мм рт.ст. vs 7,0±4,4 мм рт.ст. и 7,3±2,2 мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$ для всех различий). Не выявлено значимых корреляций межвизитной вариабельности АД ни в одной из групп. Не обнаружены предикторы повышения вариабельности АД.

Заключение:

Среди пациентов с неосложненной и осложненной (стабильная ИБС, ХСН с низкой ФВ) контролируемой АГ наиболее высокий уровень межвизитной вариабельности АД характерен для пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса. Таким образом, межвизитная вариабельность АД может являться маркером тяжести сердечно-сосудистой патологии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Рожкова Т. А., Зубарева М. Ю.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ отдел проблем атеросклероза

Введение (цели/ задачи):

Выявление пациентов с семейной гиперхолестеринемией (СГХС) в обычной клинической практике является важной задачей первичной профилактики сердечно-сосудистых событий. Встречаемость этого заболевания в популяции достаточно высока 0,2-0,5%. Основными критериями диагноза СГХС являются клинико-биохимические показатели и анамнестические данные. В диагностических шкалах учитывают уровни общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) крови, наличие ксантом (кожных и сухожильных), данные анамнеза о наличии ранней ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярного или периферического поражения сосудов у пациента или родственников 1 степени родства.

Материал и методы:

Пациенты в возрасте от 18 до 84 лет с разными типами нарушений липидного обмена были консультированы по обращаемости в лаборатории клинической липидологии РКНПК МЗ РФ за период 2010 - 2015гг ($n = 770$). При этом больных в возрасте ≤ 20 лет было консультировано 30 чел. (2%), в возрасте 21 - 40 лет – 198 чел. (27,5%), и в возрасте старше 40 лет – 542 чел. (70,5%). Все пациенты обращались с ранее установленным нарушением обмена липидов и были обследованы по схеме: определение уровней ХС, ТГ и ХСЛПНП; клинический осмотр для выявления ксантом (кожные и сухожильные), ксантелазм и липоидной дуги роговицы; сбор данных семейного анамнеза. Диагноз СГХС (достоверный, возможный, сомнительный) устанавливали после подсчета баллов в соответствии с голландской диагностической шкалой DLCN (определенный, вероятный и возможный: более 8 баллов, 6-8 баллов и менее 6 баллов, соответственно).

Результаты:

Разные виды ксантомных проявлений были у трети пациентов из 770 пациентов. Уровень ХС более 10 ммоль/л при уровне ТГ менее 4,5 ммоль/л имели 8% и, при дополнительном наличии ксантом – 3% из всех обследованных пациентов. Уровень ХС более 7,8 ммоль/л при уровне ТГ менее 4,5 ммоль/л имели 12% больных с гиперлипидемией (ГЛП) и 8%