

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 $58,9 \pm 9,0$ 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 $69,2 \pm 5,9$ лет). Третья группа включала в себя 100 пациентов с ХСН со сниженной ФВ (80 мужчин, средний возраст $64,4 \pm 9,3$, средняя ФВ $32,3 \pm 4,3\%$). 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 $126,4 \pm 7,6/76,7 \pm 7,2$ мм рт.ст., в группе 2 – $125,5 \pm 7,5/75,2 \pm 8,8$ мм рт.ст., в группе 3 – $127,6 \pm 15,1/77,9 \pm 8,3$ мм рт.ст. На последнем визите цифры АД в группах также были сопоставимы: $123,7 \pm 9,7/76,8 \pm 6,7$ мм рт.ст.; $124,2 \pm 13,4/72 \pm 8,5$ мм рт.ст. и $123,6 \pm 13,6/74,8 \pm 8,9$ 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 $7,2 \pm 3,6$

мм рт.ст., во второй – $7,8 \pm 6,6$ мм рт.ст., в третьей – $10,2 \pm 3,8$ мм рт.ст.; вариабельность ДАД – $4,8 \pm 2,7$ мм рт.ст. vs $7,0 \pm 4,4$ мм рт.ст. и $7,3 \pm 2,2$ 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%