

Заключение:

Таким образом, у пациентов с АГ как в сочетании с предиабетом, так и в сочетании с СД 2 типа значения КДР, толщины стенок ЛЖ в диастолу, ММ и ИММЛЖ значимо не отличались. Кроме того, в обеих группах больных преобладающим вариантом ремоделирования ЛЖ оказалась концентрическая ГЛЖ, диагностированная у 80% пациентов с предиабетом и у 76,4% - с СД 2 типа. Нарушения диастолической функции миокарда ЛЖ диагностировались у всех пациентов обеих групп. Следовательно, у пациентов с АГ даже на ранних стадиях процесса формирования нарушений углеводного обмена, в частности при наличии предиабета, выявляются значимые негативные изменения структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ, сопоставимые с таковыми у больных с АГ и СД 2 типа.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЭПИЗОДАМИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В АНАМНЕЗЕ

Митрушкин Д. И., Мирошниченко Е. П., Корытько И. Н., Драненко Н. Ю.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Материал и методы:

40 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эпизодами дестабилизации течения в виде острого коронарного синдрома в анамнезе (давность последнего эпизода ОКС не менее 12 месяцев) с выявленным атеросклерозом коронарных артерий (перекрытие более 50 % просвета сосуда) с помощью коронарографии стабильными на момент забора крови. Контрольная группа включала 20 лиц, не имевших ангиографических признаков коронарного атеросклероза. В контрольную группу также не включались лица, страдающие какой-либо патологией, способной повлиять на показатели состояния системы инсулиноподобного фактора роста.

Результаты:

У больных ИБС с эпизодами дестабилизации в анамнезе инсулиноподобный фактор роста-I (ИФР-I) $138,2 \pm 9,1$ нг/мл, экспрессия ИФР-1 рецептора (ИФР-1Р) на CD14+ клетках, $38,5 \pm 2,7$ %, С-реактивный белок (СРБ) $30,7 \pm 1,6$ мг/мл. В контроле ИФР-I $140,9 \pm 6,1$ нг/мл и ИФР-1Р $28,0 \pm 3,6$ % на CD14+ клетках, СРБ $17,8 \pm 0,6$ мг/мл соответственно. Уровень ИФР-I достоверно не отличался в группах. Тогда как экспрессия ИФР-1Р и уровень СРБ были достоверно выше у пациентов ИБС с эпизодами дестабилизации течения в виде острого коронарного синдрома в анамнезе по сравнению с контролем.

Заключение:

У больных со склонностью к нестабильному течению ИБС активность системы ИФР снижена. В пользу этого говорит отсутствие повышения уровня циркулирующего ИФР-I в условиях, когда имеет место повреждающий фактор в виде коронарного атеросклероза. О недостаточности ответа системы ИФР на атерогенное повреждение свидетельствует наличие значительного повышения экспрессии ИФР-1Р.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Махкамова Н. У., Хамидуллаева Г. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Выявление особенностей суточного профиля артериального давления в зависимости от полиморфизма гена АПФ у больных с цереброваскулярными заболеваниями.

Материал и методы:

Обследовано 91 больной эссенциальной гипертензией (ЭГ) I-III степени (ЕОК/ЕОГ 2013) с наличием цереброваскулярных заболеваний, в возрасте от 32 до 74 лет (средний возраст $52,5 \pm 9,2$ лет). Длительность АГ - $9,2 \pm 7,5$ лет. Клинически у 34,3% выявлена гипертоническая энцефалопатия (ГЭ) I стадии, у 48,1% ГЭ II стадии и у 17,6% ГЭ с ТИА. Суточный профиль АД оценивали с помощью компьютерной системы («TONOPORT V-General Electric» Германия). АД регистрировалось каждые 15 минут днем и каждые 30 минут ночью. Анализировались средние значения АД днем, ночью и за сутки в целом, показатели вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время суток, степени ночного снижения (СНС) АД, индекс нагрузки АД. Произведено генотипирование 150 образцов цельной крови в лаборатории молекулярно-генетических исследований АГ РСЦК. Всех обследованных больных в зависимости от носительства ID генотипа гена АПФ разделили на 3 группы: 1 я группа - II, 2 я группа - ID и 3 я группа - DD носители. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ STATISTICA 6 и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты:

Среди больных АГ с ЦВЗ нами выявлено статистически значимое преобладание лиц с ID генотипом (65,9%) против генотипов II (18,7%) и DD (15,4%) – (ОШ 3,75; 95%ДИ 2,03-6,92; $p=0,00003$) гена ACE. Доминирование какой-либо аллели не установлено (ОШ 1,14; 95%ДИ 0,76-1,72; $p=0,60$). Анализ распределения по степени АГ среди носителей генотипов показал преобладание высоких степеней АГ среди больных с DD генотипом. По данным СМАД среднедневные и средненочные значения САД и ДАД превышали нормативные показатели. Статистически значимые показатели средне дневного САД наблюдались между 1 и 3 й, 2й и 3й группами. Максимальные значения вариабельности САД наблюдались в группе с DD генотипом в дневные часы $15,3 \pm 3,2$ мм.рт.ст. (при норме 11,7 мм.рт.ст.). В ночные часы также в группе D аллеля наблюдалось статистически значимое повышение вариабельности САД и ДАД. Индекс нагрузки (ИН) САД и ДАД были высокие как в дневное, так и в ночное время, особенно у пациентов с DD носительством. Среди больных ЦВЗ статистически значимо чаще встречались «non-dippers» (60-65,9%; ОШ 3,75; 95%ДИ 2,03-6,92; $p=0,0000$), чем «dippers» (13-14,3%), «over-

dippers» (6-6,6%) и «night-peakers» (11-12,1%). При анализе этого показателя по генотипам выявили преобладание «non-dippers» во всех группах: II (58,8%), ID (66,7%) и DD (71,5).

Заключение:

Носительство ID и DD генотипов гена АПФ достоверно ассоциируется с высокой степенью АД, среди больных АГ с ЦВЗ. Для пациентов с ЦВЗ характерно ассоциация носительства DD генотипа гена АПФ с выраженными нарушениями суточного профиля АД: высокой вариабельностью АД, недостаточным ночным снижением АД или его ночным повышением.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бейлина Н. И., Газизов Р. М.

ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

С возрастом увеличивается удельный вес заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертонической болезни (ГБ). На клинику и течение ГБ влияют много факторов, одними из которых являются механизмы старения. Пациенты пожилого (60-74 года) и старческого возраста (75-80 лет), как правило, имеют коморбидную патологию, принимают несколько медицинских препаратов. Цель: изучить особенности гипертонической болезни у лиц старше 60 лет

Материал и методы:

В исследование включены 38 пациентов, в том числе 20 женщин, средний возраст 76 ± 5 лет. Всем пациентам проводилось исследование в сыворотке крови холестерина, глюкозы, ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КС), суточное мониторирование АД (СМАД). Состояния гипертонии определялось при АД $>140/90$ днем, АД $>125/75$ ночью; гипотонии – АД $<101/61$ днем и АД $<86/47$ ночью. Критическими значениями для вариабельности ритма АД считались: для систолического АД (САД) более 15 днем и ночью, диастолического АД (ДАД) – более 14 днем, более 12 ночью. Гиперхолестеринемия – общий холестерин более $5,18$ ммоль/л; гипергликемия – более $6,2$ ммоль/л

Результаты:

Все пациенты длительно страдали ГБ (23 ± 5 лет), имели средние величины АД в дневное время: САД- 180 ± 26 , ДАД- 105 ± 10 ; в ночное время: САД- 135 ± 10 , ДАД- 80 ± 5 . Отмечается увеличение пульсового давления (более 60 мм рт. ст.) у 74% пациентов – изолированная систолическая гипертония. В течение суток по данным СМАД у 71% пациентов наблюдались как состояния гипертонии, так и гипотонии. Показатели вариабельности АД у этих пациентов: днем для САД – 30 ± 3 , для ДАД – 16 ± 1 ; ночью для САД – 18 ± 2 , для ДАД – 14 ± 1 . По суточному ритму АД выделено 42% non-dipper. В исследуемой группе пациентов кроме ГБ имелись иные заболевания и состояния, влияющие на прогноз пациентов с ГБ: ишемическая болезнь сердца – 37%, цереброваскулярная болезнь – 32%, СД 2 – 42%, гипергликемия – 38%, гиперхолестеринемия – 51%, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) – 89% пациентов.

Заключение:

Лица пожилого и старческого возраста имеют длительный стаж болезни (23 ± 5 лет). Преобладает изолированная систо-

лическая гипертония (74%). Отмечается выраженная суточная вариабельность АД (71%). Выявляются сопутствующие заболевания – ишемическая болезнь сердца – 37%, цереброваскулярная болезнь – 32%, СД 2 – 42%. Отмечается наличие гипергликемии в 38% случаев, гиперхолестеринемия у 51% пациентов. Ремоделирование сердца в виде ГЛЖ зафиксированы у 89% пациентов

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ

Курбанов Н. А., Абдуллаев Т. А., Цой И. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Цель: Изучение особенностей клинико-функционального состояния больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) с наличием и отсутствием патологических изменений на ЭКГ.

Материал и методы:

Обследовано 274 пациента с ДКМП в возрасте от 17 до 61 лет (в среднем $42,9 \pm 1,1$ лет). Помимо клинического осмотра всем больным проводили ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), ЭхоКГ, 6-ти минутный прогулочный тест с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA. Все больные были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 47 пациентов, у которых на ЭКГ регистрировалась блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ). У пациентов 2-й группы (44 человека) на ЭКГ был выявлен псевдо-Q зубец. 3-ю группу составили 124 пациента, для которых характерным явилось снижение амплитуды зубца R, глубокий зубец S в правых грудных, и высокий зубец R в левых грудных отведениях. У остальных пациентов (IV гр.) на ЭКГ была выявлена полная блокада правый ножки пучка Гиса ($n=16$) или одной из ножек пучка Гиса (44 пациентов), которые были исключены из данного исследования.

Результаты:

Сравниваемые группы, как по возрасту, так и по давности болезни не различались. Исходный ФК СН в I и II группе был достоверно выше, чем в III гр. ($3,5 \pm 0,1$ и $3,3 \pm 0,1$ против $3,1 \pm 0,1$; $p < 0,01$). При оценке клинического состояния больных установлено, что длина проходимой дистанции за время ТШХ, в III гр. была достоверно больше (232 ± 9 м), чем в I и II группах соответственно (196 ± 12 м и 202 ± 11 м $p < 0,01$). Ряд показателей, свидетельствующих о наличии правожелудочковой СН, таких как асцит, периферические отеки достоверно чаще встречались в группе с блокадой ЛНПГ и псевдодолговыми изменениями на ЭКГ. Анализ параметров внутрисердечной гемодинамики показал увеличение линейных размеров левых отделов сердца у пациентов I и II гр: повышение показателей КДР – на 9,2% и 3,2% (оба $p < 0,01$), КСР – на 12,5% и 5,1% ($p < 0,01$), при этом ФВЛЖ был ниже на 12,1% и 16% (оба $p < 0,01$) в I и II группе соответственно. Анализ нарушений проводимости по данным ХМЭКГ, показал, что АВ блокада I ст. достоверно чаще встречалась в I и II группе (32% и 39% против 12%; $p < 0,01$) соответственно. Следует отметить, что по мере прогрессирования СН в I гр. из 15 больных с АВ-блокадой I степени в 4 случаях нарушение АВ-проводимости усугубилось до III степени, что потребовало в дальнейшем имплантации