

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  $76 \pm 5$  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 ( $23 \pm 5$  лет), имели средние величины АД в дневное время: САД-  $180 \pm 26$ , ДАД-  $105 \pm 10$ ; в ночное время: САД-  $135 \pm 10$ , ДАД-  $80 \pm 5$ . 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 –  $30 \pm 3$ , для ДАД –  $16 \pm 1$ ; ночью для САД –  $18 \pm 2$ , для ДАД –  $14 \pm 1$ . 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 ( $23 \pm 5$  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 ( $232 \pm 9$  м), чем в I и II группах соответственно ( $196 \pm 12$  м и  $202 \pm 11$  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 псевдодолновыми 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

электрокардиостимулятора, при отсутствии подобного рода динамика в других группах. Анализ по частоте встречаемости нарушений ритма сердца показал, что желудочковые аритмии высоких градаций (парная и пробежки ЖТ) достоверно чаще встречались в I и II группе, составив 68% и 77% против 28,9% ( $p < 0,01$ ). Вместе с тем отмечено превалирование количества больных с фибрилляцией предсердий в III группе ( $p > 0,05$ ).

#### **Заключение:**

Таким образом, у больных ДКМП с блокадой ЛНПГ и с наличием на ЭКГ псевдо-Q зубца наблюдаются более выраженные деструктивные изменения в миокарде, о чем свидетельствует низкая сократительная способность миокарда, превалирование наличия высоких градаций желудочковых аритмий и нарушение атрио-вентрикулярной проводимости, а также более высокая частота регистрации признаков правожелудочковой недостаточности сравнительно с больными без присутствия этих изменений.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА I/D ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА**

Вонс Л. З., Мартинюк Л. П.

*Тернопольский государственный медицинский университет, асп., д.м.н., проф. кафедры внутренней медицины №3.ТГМУ им. И.Я. Горбачевского*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Целью нашей работы было определить связь полиморфизма I/D гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) с особенностями течения и лечения артериальной гипертензии у больных с диабетической нефропатией.

#### **Материал и методы:**

Нами было обследовано 50 пациентов с СД 2-го типа, диабетической нефропатией (ДН) I-V стадии и хронической болезнью почек I-V стадии. Диагноз устанавливали согласно принятой II Национальным съездом нефрологов в 2005 году классификации болезней мочевой системы, используя общие клинические методы обследования. Стадию ХБП определяли по СКФ, определенной по формуле CKD-EPI, стадию ДН - согласно классификации Mogensen С. Е. в 1983 году. Для определения полиморфизма I/D гена АПФ использовали NeoPrep100 DNA Magnet Blood набор для выделения ДНК из цельной крови объемом 10 мкл/выход 100 мкл ДНК на магниточувствительном сорбенте, специальный набор реагентов для идентификации полиморфизма ins/del (ID) гена АПФ методом ПЦР с использованием молекулярных маркеров, набор реагентов для проведения электрофореза в агарозном геле (исследование проводилось в лаборатории NEOGEN г. Киев). Данные обработаны статистически с использованием критериев Стюдента. Показатели представлены в виде средних значений с их средними погрешностями ( $M \pm m$ ). Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от генотипа. В 1 группу генотип I/I вошло 12 человек (24%), во 2 группу генотип I/D вошли 25 человек (50%), 3 группу генотип D/D составило 13 человек (26%). Среди обследованных пациентов было 62% мужчин и 38% женщин. Средний возраст составил

$60,7 \pm 1,0$  лет, средняя продолжительность сахарного диабета  $15,4 \pm 1,1$  лет, средняя продолжительность диабетической нефропатии  $4,7 \pm 0,6$  лет.

#### **Результаты:**

Анализ исследования показал, что показатели АД отличаются во всех 3-х группах. В исследуемых с генотипом I/I систолическое давление  $158,8 \pm 5,7$  мм.рт.ст., а диастолическое  $91,6 \pm 2,7$  мм.рт.ст., у лиц с генотипом I/D  $167,4 \pm 4,1$  на  $93,4 \pm 2,1$  мм.рт.ст., в исследуемых 3 группы с генотипом D/D  $173,1 \pm 6,0$  и  $100,3 \pm 3,5$  мм.рт.ст. Длительность СД была самая большая в 1-ой группе ( $19,7 \pm 2,1$  лет), а во 2-ой и 3-й примерно одинаковой ( $14,3 \pm 1,7$  лет и  $13,7 \pm 1,8$  лет), продолжительность ДН наименьшая во 2-ой группе ( $4,3 \pm 0,8$  лет). СКФ самая большая в 1-ой группе ( $50,0 \pm 12,7$  мл/мин/1.73м<sup>2</sup>), в этой группе количество пациентов с ХБП V стадии составило 42% (5 человек), во 2-ой группе 52% (13 человек) и в 3-й группе 46% (6 человек). Лечение артериальной гипертензии: монотерапия 1 группа - 5 человек (42%), 2 группа - 3 человека (12%), 3 группа - 1 человек (8%); использовали 2 препарата: 1 группа - 4 (33%), 2 группа - 10 (40%), 3 группа - 4 (30%), назначали 3 препарата и более: 1 группа - 3 (25%), 2 группа - 12 (48%), 3 группа - 8 (62%).

#### **Заключение:**

Исходя из результатов исследования мы пришли к выводу: У пациентов с генотипом I/I самые низкие показатели АД, позже развивается такое осложнение как ДН, терминальную почечную недостаточность диагностирована у 5 человек (42%). Для лечения артериальной гипертензии у 42% пациентов использовали монотерапию. У пациентов с генотипом D/D высокие показатели АД, количество лиц с ХБП V - 6 человек (46%) и низкая СКФ по CKD - EPI  $21,6 \pm 6,7$  мл/мин/1.73м<sup>2</sup>. Лечение артериальной гипертензии - только у 8% пациентов использовали монотерапию, а 3 и более препаратов использовали в 62% больных. Пациенты с генотипом I/D по многим параметрам занимали промежуточное место. Учитывая выше перечисленное, можно советовать определение полиморфизма I/D гена АПФ для прогнозирования течения артериальной гипертензии и адекватного лечения пациентов с диабетической нефропатией.

### **ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Бабкин А. П.<sup>1</sup> Гладких В. В.<sup>2</sup>, Зуйкова А. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Воронежский медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,  
<sup>2</sup>Воронежский диагностический центр

#### **Введение (цели/ задачи):**

Изучить возможность использования оценки солечувствительности АД для оптимизации антигипертензивной терапии у больных с осложненной АГ.

#### **Материал и методы:**

Обследовано 66 пациента (20 мужчины и 46 женщин, ср. возраст  $57,7 \pm 1,0$  лет) артериальной гипертензией и перенесшие (от 1 до 7 лет назад) ишемический инсульт. Длительность АГ  $9,9 \pm 0,9$  лет. Пациенты были рандомизированы на 3 группы по 22 человека, сопоставимые по возрасту, полу,