

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 болезни мочевой системы, используя общие клинические методы обследования. Стадию ХБП определяли по СКФ, определенной по формуле СКД-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 СКД - 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,

длительности заболевания. Пациенты 1-й группы в течение 3 мес. получали лизиноприл (10-20 мг в сутки), 2-й - филодипин (5-10 мг), 3-й - комбинацию эналаприла 20 мг и 12,5 мг гипотиозида. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Солечувствительность АД оценивали по методике Weinberger M.N., 1986. Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт. ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием (250 ммоль) соли на низкосолевою (50 ммоль). Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

#### Результаты:

Сольчувствительный (СЧ) характер АД выявлен у 33 (50%) больных, сольрезистентный (СР) – у 33 (50%) Длительность АГ у СЧ больных составила 9,5±1,5 лет, у СР- 10,2±1,3 лет,  $p > 0,05$ . ИМТ у СЧ больных оказался больше, чем у СР- 30,8±0,7 и 26,6±1,0,  $p < 0,05$ . Суточная экскреция Na у СЧ больных составила 229,3±15,2 ммоль против 188,1±11,2 ммоль у СР ( $p < 0,05$ ), что указывает на более высокое потребление пищевого натрия. В первой группе через 3 месяца терапии САД ср. снизилось с 144,3±1,4 до 128,8±1,9 мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ), ДАД ср.- с 85,0±1,5 до 76,6±1,6 ( $p < 0,01$ ). У СР САД ср. и ДАД ср. снизилось достоверно более значительно, чем у больных СЧ – 17,6±1,9 против 11,6±1,7 ( $p < 0,05$ ) и 9,1±1,1 и 5,4±1,0 мм рт.ст. соответственно ( $p < 0,05$ ). Во 2-й группе САД ср. уменьшилось с 143,1±2,1 до 130,5±2,4 мм рт. ст. ( $p < 0,01$ ), ДАД ср. с 81,7±1,5 до 74,3±1,8 мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), при этом абсолютное снижение АД у СЧ больных было более значительно, чем у СР – САД ср. снизилось на 16,1±2,8 и 9,6±1,9 мм рт.ст.,  $p < 0,05$ , ДАД ср. – с 8,8±1,9 и 5,7±1,5,  $p < 0,05$ . В группе больных, получавших комбинированную терапию отмечено самое значительное снижение АД- САД ср уменьшилось с 146,6±3,4 до 128,8±3,0,  $p < 0,05$  и ДАД ср – с 82,7±2,4 до 71,2±2,0 мм рт.ст.,  $p < 0,05$ . У СЧ больных САД ср. снизилось более значительно, чем у больных СР - на 22,7±3,7 против 13,9±3,1 мм рт.ст.,  $p < 0,05$ , ДАД ср. – на 13,9±1,8 против 7,2±1,6 мм рт. ст.  $p < 0,05$ .

#### Заключение:

1. Исследованные антигипертензивных препаратов показали различную эффективность в зависимости от реакции АД на солевую нагрузку- лизиноприл показал наибольшую эффективность у сольрезистентных больных, филодипин и комбинация эналаприла и гипотиозида обладают более выраженной антигипертензивной эффективностью у сольчувствительных больных. 2. Оценка солечувствительности АД может быть использована для оптимизации выбора индивидуальной антигипертензивной терапии

### ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПРОЦЕССАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Авезов Д. К., Нуритдинов Н. А.

Ташкентская медицинская академия

#### Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимосвязь между процессами постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и уровнем альдо-

стерона у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

#### Материал и методы:

Обследованы 86 больных ХСН. Средний возраст больных составил 53,8±4,1 лет. Все больные были с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и давность ИМ составил 3,6±1,2 года. Уровень плазменной концентрации альдостерона (Ал) определялся иммуноферментным методом.

#### Результаты:

Анализ полученных данных эхокардиографии с оценкой процессов ремоделирования ЛЖ выявил, что у больных с ХСН I ФК у 67% был выявлен концентрический тип ремоделирования, у 28 % концентрическая гипертрофия ЛЖ, у больных со II ФК ХСН у 42 % больных встречалась концентрическая гипертрофия ЛЖ и у 58% больных преобладал эксцентрический тип ремоделирования. У больных с III ФК ХСН преобладал эксцентрический тип ремоделирования - у 78%) больных. Анализ показателей нейрогуморального статуса у 86 больных ХСН показал, что у больных перенесших ИМ, осложненной ХСН отмечается активация нейрогуморальных факторов. У больных ХСН I ФК уровень альдостерон превышал показатели контрольной группы на 9,8% ( $P > 0,05$ ). У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания альдостерона на 36,8% ( $P < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. В группе больных с ФК III увеличение содержания альдостерона составляло 66,3% ( $P < 0,001$ ). Соответственно уровень альдостерона увеличивался в 1,3 раза при ФК II и в 1,6 раза при III ФК ХСН. В ходе анализа полученных результатов обнаружена достоверная отрицательная корреляционная связь средней силы между ФВ и Ал ( $r = -0,31$  - I ФК,  $r = -0,26$  при II ФК,  $r = -0,35$  при III ФК), а также положительная корреляционная связь средней силы между Ал и объемными параметрами ЛЖ - КДО, КСО и Ал (I ФК -  $r = 0,24$  и  $r = 0,29$ , при II ФК  $r = 0,34$  и  $r = 0,29$ , при III ФК  $r = 0,18$  и  $r = 0,29$  соответственно).

#### Заключение:

Таким образом, у больных ХСН процессы ремоделирования ЛЖ коррелируют с уровнем альдостерона.

### ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Мартиросян Л. А., Сергиенко И. В., Аншелес А. А., Сергиенко В. Б.

ФГБУ РК НПК МЗ РФ, Москва

#### Введение (цели/ задачи):

Цель: Оценка особенностей перфузии миокарда по данным ОЭКТ с применением 99mTc-МИБИ (4,2-метоксиизобутилизонитрила) в сочетании с нагрузочной пробой у больных с уровнем общего холестерина (ХС)  $\geq 7.5$  ммоль/л и/или уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП)  $\geq 4.9$  ммоль/л (высокого риска развития атеросклероза), но без явных клинических проявлений.

#### Материал и методы:

В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрасте от 28-70 лет с уровнем общего холестерина выше 7,5 ммоль/л и/или уровнем холестерина липопротеидов низкой