

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 гипотиазид. 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:

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

Заключение:

1. Исследования 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 гипотиазид обладают более выраженной антигипертензивной эффективностью у солечувствительных 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 $53,8 \pm 4,1$ лет. Все больные были с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и давность ИМ составил $3,6 \pm 1,2$ 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

Мартирисян 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