

контролируется. Проведенный скрининг показал, что только у 69 (22,7%) и 109 (35,9%) отмечаются целевые значения САД и ДАД соответственно. По сравнению с САД показатели контролируемого ДАД были значительно выше среди мужчин – 16,9 и 11,9%. Был выявлен статистически значимый разрыв между показателями самооценки и результатами СИ среди женщин для САД и ДАД – 41,5 и 32,1% соответственно. Возрастной анализ показал, что разрыв между самооценкой и скрининговыми показателями САД и ДАД отмечался только в возрастной группе 50–64 лет, 26,4% САД и 18,5% ДАД соответственно. Анализ данных по признаку место жительства показал, что разрыв между самооценкой и СИ по показателю АД наблюдается только среди городского населения. Анализ групп по образовательному уровню выявил разрыв между самооценкой и СИ – по показателю САД у больных со средним образованием (22,6%) и среди студентов (18,9%), при этом для ДАД – только у пациентов со средним (17,0%) образованием. Выявлена статистически достоверная разница значений САД (41,5%) и ДАД (26,7%) и самооценки среди респондентов с ожирением. У курящих респондентов отмечен разрыв на 4,4% по показателю САД. Чрезмерное употребление алкоголя и пищевой соли не являлось достоверным предиктором разрыва между показателями самооценки и скринингового исследования АД.

Заключение:

Фактически более чем у половины взрослого населения Армении обнаруживается неконтролируемая АГ, и почти половина из них не знают о наличии у себя высокого АД. Очевиден значимый разрыв между показателями самооценки и зарегистрированными случаями неконтролируемой АГ. В то же время показатели ДАД были значительно выше, чем САД. Важно, что 39% осведомленных лиц к тому же не получали регулярное АГЛ.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Мелконян А. А., Устян Ц. Д., Зелвеян П. А.

Центр превентивной кардиологии, г. Ереван, Армения

Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования явилось изучение влияния депрессивных расстройств на структурные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 120 больных (87 мужчины) в возрасте от 29 до 62 лет с впервые выявленной или нелеченной АГ 1-й и 2-й степени по классификации ESH/ESC. Наличие и выраженность депрессии у всех пациентов были оценены по опроснику Гамильтона (Hospital Anxiety Depression Scale – HADS). Суммарный показатель в пределах 8–10 баллов считали субклинической тревогой/депрессией, более 10 баллов – клинически выраженной тревогой/депрессией. У всех исследуемых проводилось эхокардиографическое исследование сердца в секторальном режиме («Sonos 5500», «Hewlett Packard»). Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) определя-

лась по формуле Devereux R., et al. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Критериями гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) считали для мужчин >125 г/м², для женщин – >110 г/м². Для сбора и анализа данных использовалась статистическая программа «SPSS v17.0» (SPSS Inc.) Для оценки межгрупповых различий (M±m) применяли параметрический непарный t-критерий Стьюдента. Для определения линейной связи количественных признаков применялся коэффициент корреляции Пирсона. При сравнении частоты неблагоприятных изменений применяли точный тест Фишера. Достоверными считали различия при p<0,05.

Результаты:

Больные АГ были разделены на две группы: I группа – 34 больных с клинически выраженным депрессивным синдромом и группа II – 86 больных – без. Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, длительности АГ, индексу массы тела, клиническим значениям систолического и диастолического АД. У больных с клинически выраженным депрессивным синдромом выявлялись достоверно более высокий ИММЛЖ (p<0,05), а также высокая встречаемость ГЛЖ (70 и 51% случаев соответственно, p<0,05). В группе I были выявлены достоверные взаимосвязи между выраженностью депрессивных расстройств и толщиной межжелудочковой перегородки, задней стенки ЛЖ, независимо от степени выраженности АГ.

Заключение:

Выявлена достоверная взаимосвязь между выраженностью депрессии и структурными изменениями миокарда левого желудочка у больных с АГ независимо от ее выраженности. Очевидно, длительное психоэмоциональное напряжение является аддитивной причиной в ремоделировании ЛЖ у больных с АГ.

АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛЬДОНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Тер-Григорян В. Р.¹, Кочарян Л. Л.², Саргсян А. Ш.², Акопян З. Н.³, Мелконян А. А.³, Зелвеян П. А.³

¹ Медицинский центр «Наири»

² Медицинский центр «Сурб Григор Лусаворич»

³ Центр превентивной кардиологии, Ереван, Армения

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – оценить предполагаемую антиишемическую эффективность мельдония у больных со стабильной стенокардией напряжения и сахарным диабетом II типа.

Материал и методы:

В исследование включены 50 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II, III функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов и сахарным диабетом II типа, которые рандомизированы на две группы: I группа (25 пациентов), получавшая стандартное лечение ишемической болезни сердца (ИБС) (β-адреноблокаторы, Са2+ антагонисты, АПФ-ингибиторы, нитраты, статины, антикоагулянты) плюс мельдоний (Милдронат®, АО «Гриндекс») в дозе 500 мг/день в/в инъекции (10 дней) и внутрь 1000 мг/день в

течение 12 недель, и контрольная группа (II группа, 25 пациентов), получавшая только стандартное лечение ИБС. С помощью тредмил-теста («X-Scribe», «Mortara Instrument Inc», США) по модифицированному протоколу Брюса оценивалась толерантность к физической нагрузке и анализировались следующие параметры: общая продолжительность нагрузки (ОПН), метаболический эквивалент (MET), продолжительность нагрузки до появления ST депрессии и степень ST депрессии, продолжительность нагрузки до появления стенокардии. Всем пациентам выполняли радионуклидную равновесную томографию, ^{99m}Tc -пирофосфатом. Сцинтиграфические исследования были выполнены на томографической двудетекторной SPECT гамма-камере («MEDISO», Венгрия) и оценивались перфузия миокарда, очаги гипермирующего и спящего миокарда. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы «SPSS v17.0» (SPSS Inc.) Для оценки межгрупповых различий применяли параметрический непарный t-критерий Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Результаты представлены в виде $M \pm m$.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту и половому составу, индексу массы тела, функциональному классу стабильной стенокардии, гликемическому контролю и клиническим значениям систолического и диастолического артериального давления. В I группе больных, получавших стандартное лечение ИБС и метаболическую 12-недельную терапию мельдонием, выявлено достоверное улучшение толерантности к физической нагрузке: ОПН достоверно возрастало на фоне терапии мельдонием от $453,4 \pm 71,0$ сек до $687,8 \pm 70,8$ сек ($p < 0,03$), в группе больных, получавших только стандартное лечение ИБС, ОПН достоверно не изменилось – $458,1 \pm 80,2$ сек и $476,2 \pm 51,5$ сек ($p < 0,85$) соответственно. MET также достоверно возрастало на фоне терапии мельдонием от $3,6 \pm 0,6$ до $5,7 \pm 0,5$ ($p < 0,02$), в группе больных, получавших только стандартное лечение ИБС, ОПН достоверно не изменилось – $3,7 \pm 0,7$ и $3,9 \pm 0,7$ ($p < 0,78$) соответственно.

При оценке перфузии миокарда на фоне лечения у больных, получавших метаболическое лечение мельдонием, отмечалось статистически значимое улучшение. Динамика показателей, характеризующих выраженность перфузионных дефектов во время нагрузки, достоверно снизилась в I группе больных (от $763,7 \pm 162,4$ до $365,5 \pm 102,5$; $p < 0,05$), что не отмечено в группе больных, получавших только стандартное лечение ИБС ($776,9 \pm 114,4$ и $572,9 \pm 60,2$; $p = 0,14$). Выявлено также статистически значимое улучшение перфузии миокарда во время покоя на фоне терапии мельдонием. Отмечалось достоверное снижение перфузионных дефектов в I группе больных (от $496,2 \pm 81,1$ до $247,7 \pm 49,9$; $p < 0,02$), что не отмечено в группе больных, получавших только стандартное лечение ИБС ($448,9 \pm 84,3$ и $364,4 \pm 52,1$; $p = 0,41$).

Заключение:

Метаболическая терапия Милдронатом® у больных стабильной стенокардией и сахарным диабетом II типа имеет выраженную антиишемическую эффективность, так как отмечается достоверное улучшение толерантности к физической нагрузке и перфузии миокарда.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛОЗАРТАНА В МОНОТЕРАПИИ И С КОМБИНАЦИЕЙ С ГИДРОХЛОРОТИАЗИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Зелвеян П. А., Мелконян А. А., Гарибян Н. С., Устян Ц. Д.,
Акопян З. Н.

Центр превентивной кардиологии, Ереван, Армения

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности антигипертензивной терапии лозартаном и комбинацией с гидрохлортиазидом (ГХТЗ) – комбинированным препаратом фиксированной дозировки (КФД), у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы:

Исследование перспективное, открытое, наблюдательное, длительностью 12 недель. В соответствии с критериями включения и исключения пациентам был назначен лозартан в монотерапии или с комбинацией ГХТЗ (Лориста®, Лориста Н®, Лориста НД®, «АО КРКА, д.д., Ново место», Словения). Монотерапию или КФД больным, ранее не получавшим антигипертензивное лечение или с неконтролируемым артериальным давлением (АД), назначали в зависимости от степени АГ и сердечно-сосудистого риска. На последовательных визитах оценивались показатели систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), переносимость препарата и его безопасность. Целевые уровни показателей АД были оценены в соответствии с руководством ESH/ESC 2013.

Результаты:

В исследование было включено 70 пациентов (средний возраст $57,6 \pm 9,97$ лет) – из них 35 (50%) мужчины. Тридцать шесть (51,4%) больных имели АГ I степени. Из включенных в исследовательскую группу 61,4% ($n=43$) ранее не получали антигипертензивную терапию. Основное количество пациентов было отнесено к группе высокого или очень высокого риска, поскольку помимо АГ имели дополнительные факторы риска: курение – 34% ($n=24$), дислипидемия – 86% ($n=60$), дисгликемия – 13% ($n=9$) и гиперурикемия – 7% ($n=5$). Показатели САД и ДАД для общей группы были $157,6 \pm 9,9$ и $96,7 \pm 5,3$ мм рт.ст. соответственно, без отличия между полами. У нелеченных больных среднее значение САД и ДАД $151,8/95,46$, а у больных, что особенно озадачивает получающих антигипертензивное лечение, но имеющих неконтролируемое АД, – $166,8$ и $98,7$ мм рт.ст. соответственно. При первом визите пациентам, учитывая степень сердечно-сосудистого риска, была назначена монотерапия лозартаном – 64% ($n=45$) больным и КФД лозартан/ГХТЗ – 36% ($n=25$). В конце исследования лозартан принимали 33% больных ($n=23$), в то время как КФД лозартан/ГХТЗ назначались 77% ($n=47$) больных. В конце исследования на фоне назначенной антигипертензивной терапии среднее значение САД/ДАД снизилось на $17,1/12,9$ мм рт.ст. в группе нелеченных пациентов ($n=43$) и от исходного уровня $166,8/98,7$ мм рт.ст. – на $28,2/14,1$ мм рт.ст. в группе предварительно леченных пациентов ($n=27$). В обеих группах отмечалось статистически достоверное снижение артериального давления ($p < 0,0001$). Целевые уровни АД были достигнуты в 88,4% случаев в группе нелеченных пациентов и у 66,7% пациентов группы предварительно леченных. Уровни общего