

отношением шансов (ОШ) и 95% доверительным интервалом (ДИ). Критическим уровнем статистической значимости принимали 0,05. Все статистические процедуры выполнены с помощью программы SPSS, версия 22 (IBM Corp., США).

Результаты:

В общей выборке распространенность АГ составила 72,6%, осведомленность – 91,2%, лекарственная преимущество – 77,7%, контроль АД – 51,6%. Рост риска распространенности АГ отмечается при увеличении Социально-географического (ОШ 1,18; 95% ДИ 1,12-1,24), Демографического (ОШ 1,2; 95% ДИ 1,12-1,27), Производственно-экологического (ОШ 1,05; 95% ДИ 1,00-1,09) индексов. Увеличение осведомленности о наличии АГ отмечается при росте Социально-географического индекса (ОШ 1,15; 95% ДИ 1,04-1,28), снижение осведомленности наблюдается при увеличении Экономического индекса (ОШ 0,83; 95% ДИ 0,71-0,97). Рост лекарственной преимущества ассоциируется при увеличении Демографического индекса (ОШ 1,17; 95% ДИ 1,04-1,30), снижение лекарственной преимущества при увеличении наблюдается при увеличении Экономического индекса (ОШ 0,86; 95% ДИ 0,75-1,00). Улучшение контроля АД отмечается при росте Социально-географического индекса (ОШ 1,19; 95% ДИ 1,11-1,28).

Заключение:

нашего исследования подтверждают связь региональных условий проживания с распространенностью АГ, осведомленность населения о наличии АГ, применении лекарственной терапии и контролем уровня АД.

СКОРОСТЬ СТАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

САВИЧЕВА А.А., БЕРНС С.А., ИСАЙКИНА О.Ю.
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучение показателей, ассоциированных со скоростью старения у пациентов молодого и среднего возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

У мужчин молодого и среднего возраста (от 30 до 55 лет) с АГ 1–2 степени, с отсутствием гемодинамически значимого атеросклероза сосудистых бассейнов проводился: сбор анамнеза, антропометрические измерения. По методу Горелкина А.Г. и Пинхасова Б.Б. по формуле для мужчин определен коэффициент скорости старения (КССм) = (ОТ × МТ) : (ОБ × Р2 × (17,2 + 0,31 × РЛм + 0,0012 × РЛ2м)), где РЛ — разница лет между хронологическим возрастом и возрастом оптимальной физической формы (для мужчин он наступает в 21 год), ОТ — окружность талии, МТ — масса тела, ОБ — окружность бедер. Затем на его основании был рассчитан биологический возраст (БВ). Оценивались показатели липидного спектра, сосудистой функции (толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА) при проведении ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий), проба Целермайера, суточное мониторирование АД (СМАД). При проведении объемной сфигмографии оценивались сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (САВИ) и лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). По фотоплетизмографии (ФПГ) оценивался индекс жесткости (SI), индекс отражения (RI).

Результаты:

Всего было обследовано 104 пациента, у которых подтвердилась АГ. Из них у 30 человек (1 группа) отмечалась замедленная

скорость старения (КСС < 0,95), у 18 (2 группа) — нормальная (0,95 < КСС < 1,05) и у 56 человек (3 группа) (КСС > 1,05) — ускоренная. Медиана хронологического возраста пациентов 1 группы составила 52 ± 5,69 лет, для пациентов 2 группы — 48 ± 4,68 лет и для пациентов 3 группы — 46 ± 8,23 лет. Отмечена статистически значимая разница между тремя группами (p = 0,006) и между 1 и 3 группой (p = 0,006). У пациентов 1 группы медиана БВ составила 45 ± 5,58 лет, у пациентов из 2 группы — 47,5 ± 4,54 лет и 3 группы — 49 ± 9,65 лет. Отмечена статистически значимая разница между тремя группами (p = 0,017) и между 1 и 3 группой (p = 0,023). По данным ФПГ медиана показателя SI у пациентов из 1 группы составила 8 ± 0,953 м/сек, из 2 группы — 7,65 ± 0,708 м/сек из 3 группы — 7,6 ± 0,687 м/сек. Отмечена статистически значимая разница между 1 и 3 группой (p = 0,038). По данным липидного спектра медиана показателя липопротеины высокой плотности (ЛПВП) в 1 группе составила 1,31 ± 0,405 ммоль/л, во 2 группе — 1,29 ± 0,217 ммоль/л и в 3 группе — 1,13 ± 0,266 ммоль/л. Отмечена статистически значимая разница между 1 и 3 группой (p = 0,006). Медиана показателя липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП) в 1 группе составила 0,44 ± 0,184 ммоль/л, во 2 группе — 0,57 ± 0,241 ммоль/л и в 3 группе — 0,69 ± 0,296 ммоль/л. Отмечена статистически значимая разница между 1 и 3 группой (p < 0,001). Медиана показателя триглицеридов в 1 группе составила 0,965 ± 0,404 ммоль/л, во 2 группе — 1,28 ± 0,524 ммоль/л и в 3 группе — 1,55 ± 1,57 ммоль/л. Отмечена статистически значимая разница между 1 и 3 группой (p < 0,001) и между группами 1 и 2 (p = 0,021). Медиана показателя высокочувствительного С-реактивного белка в 1 группе составила 0,695 ± 3 мг/л, во 2 группе — 1,31 ± 1,54 мг/л и в 3 группе — 1,39 ± 2,1 мг/л. Отмечена статистически значимая разница между 1 и 3 группой (p = 0,03). По результатам СМАД такие показатели как систолическое АД (за сутки, днем, ночью) и диастолическое АД (за сутки, днем), а также ЛПИ, САВИ, ТИМ ОСА, проба Целермайера, RI, общий холестерин, липопротеины низкой плотности у пациентов всех трех групп достоверно не различались между собой.

Заключение:

Изучение возможных ассоциаций скорости старения пациентов молодого и среднего возраста с АГ с параметрами эндотелиальной функции могут способствовать уточнению понимания процессов раннего сосудистого старения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

КОВАЛЬЧУК П.Н.¹, КОВАЛЬЧУК Л.С.¹, ШАХЛАН Л.П.²

¹УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», г. Гомель, Республика Беларусь;

²УЗ «ГОМЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Проанализировать особенности антигипертензивной терапии в амбулаторной практике и оценить ее соответствие современным международным рекомендациям.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ 350 медицинских амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на базе УЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 8». Среди 350 пациентов рассматриваемой группы было 203 (58%) женщин, мужчин — 147 (42%). Средний возраст пациентов 63 года. Распределение по стадиям и степени риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составило: АГ 3 стадии риск 4 — 4,5%, АГ 2 стадии риск 4 — 38%, АГ 2 стадии риск 3 — 40,2%, АГ 2 ста-

дии риск 2 – 7,2%, АГ 1 стадии риск 3 – 7,4%, АГ 1 стадии риск 2 – 2,7%. Наиболее часто встречаемым фактором риска ССЗ у обследуемых было абдоминальное ожирение, наблюдаемое у 273 (78%). Дислипидемия наблюдалась у 155 (44,3%), а гиперурикемия – у 78 (22,3%) пациентов. У 90 (25,7%) пациентов наблюдалось снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл в минуту. Гипертрофия левого желудочка по данным электрокардиографии и эхокардиографии выявлялась у 280 (80%) пациентов. Сопутствующие заболевания: у 84 пациентов (24%) был перенесенный инфаркт миокарда, у 48 (13,7%) инсульт, фибрилляция предсердий – 63 (18%) пациентов, 97 (27,7%) страдали сахарным диабетом. Хроническая сердечная недостаточность II-IV функциональных классов по NYHA определялась у 179 (51,14%) пациентов. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программах «Microsoft Office Excel 2013» и «Statistica 10.0».

Результаты:

Анализ карт амбулаторных пациентов показал, что монотерапия назначалась 52 (14,86%) пациентам, а двухкомпонентная терапия в фиксированных комбинациях – 175 (50,0%) пациентам и терапия, состоящая из трех или более антигипертензивных препаратов (АГП) – 123 (35,14%) пациентам. Комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (иАПФ) с блокаторами кальциевых каналов (БКК) использовались у 80 (22,86%) пациентов, иАПФ с диуретиками у 61 (17,43%), иАПФ с бета-адреноблокаторами (БАБ) – 59 (16,86%), БАБ с БКК – 49 (14,0%). Остальные комбинации назначались реже. Эпизодов гипотонии на данной терапии не наблюдалось. В структуре назначений антигипертензивной терапии (АГТ) как при комбинированной терапии, так и при монотерапии основными препаратами являлись иАПФ, которые назначались – 91% случаев, БКК – 46,86%, БАБ – 38,86%, диуретики – 18,44% и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА II) в 8,5% случаев. Анализ структуры препаратов внутри класса иАПФ определил, что чаще назначаются Периндоприл (39,1%), Лизиноприл (35,5%), Эналаприл (10,6%), реже Рамиприл (9,8%) и Каптоприл (5,0%). Из числа БКК лидером оказался Амлодипин (92,56%), доля остальных БКК – не более 7,44% случаев. Самым назначаемым диуретиком был Индапамид (78,85%), Гидрохлортиазид (12,42%), доля остальных составила 8,73%. Из группы БРА II в основном назначался Лозартан (80,45%), реже – Валсартан (11,27%), остальные составили 8,28% случаев. Для коррекции сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска чаще использовались статины – 51,91%, ацетилсалициловая кислота – 35,1%, Клопидогрел – 12,99%. У 172 (49,11%) пациентов, получавших комбинированную АГТ через 3-6 месяцев от начала лечения отмечено достижение целевого уровня артериального давления.

Заключение:

Таким образом, использование фиксированных комбинаций разных групп АГП в одной таблетке способствует достижению целевых уровней АД, что является безопасным и хорошо переносится пациентами без риска эпизодов гипотонии. Однако статистическое исследование в данной группе пациентов установило недостаточную эффективность АГТ, которая связана не только с низкой приверженностью пациентов при контроле АД, но и с коморбидностью, что подтверждается результатами многоцентровых исследований. Проведенное исследование позволяет нам составить «портрет» пациента с АГ, работе с которыми необходимо уделять пристальное внимание с целью дальнейшего усовершенствования рационального использования АГТ и улучшения комплаентности пациентов АГ к их постоянному приёму в амбулаторной практике.

ТИПЫ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ РЕАКЦИИ НА МОДЕЛИРОВАННУЮ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ НАГРУЗКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ ИЛИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ТРЕГУБОВА Д.В., Скибицкий В.В.,
Фендрикова А.В., Гаркуша Е.С.
ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» Минздрава России,
г. Краснодар, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Одним из факторов риска, способствующих прогрессированию артериальной гипертонии (АГ) и развитию кардиоваскулярных осложнений, является длительный психоэмоциональный стресс, который часто сопровождается подъемом артериального давления (АД) и увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС). Стресс может оказывать влияние не только на состояние сердечно-сосудистой системы, но и способствовать увеличению массы тела и развитию ожирения, в том числе за счет формирования расстройств пищевого поведения. Однако индивидуальные гемодинамические реакции на психоэмоциональный стресс у лиц с ожирением малоизучены. Цель. Оценить особенности гипертензивной реакции на моделированную психоэмоциональную нагрузку у больных АГ и различной степенью ожирения или избыточной массой тела.

Материал и методы:

В исследование включены 92 пациента (22 пациента с избыточной массой тела, 25 – с ожирением I степени, 24 – с ожирением II степени и 21 – с ожирением III степени) с неконтролируемой АГ. Всем пациентам проводилось измерение офисного АД, суточное мониторирование АД, определение суточного профиля АД, ментальные пробы для проведения моделированной психоэмоциональной нагрузки (МПН) (математический счет по Э. Крепелину, поиск чисел по таблице К.К. Платонова, тест с публичным чтением незнакомого текста в условиях дефицита времени при заинтересованности больного (фактор мотивации), с порицающими замечаниями). В ответ на МПН регистрировались 3 типа реакции систолического АД (САД): 1 тип – повышение его на 5-19 мм рт. ст., 2 тип – на 20-39 мм рт.ст и 3 тип – на 40 мм рт. ст. и более. У части пациентов зафиксировано уменьшение САД от 1 до 20 мм рт. ст. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы StatTech v. 4.7.1 (разработчик – ООО «Статтех», Российская Федерация). считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

При проведении пробы с МПН были выявлены особенности гемодинамической реакции в зависимости от массы тела пациентов. У больных с избыточной массой тела чаще всего (86,3%) развивался 1 тип реакции и реже 2 тип (10%), а у 3,7% наблюдалось снижение САД в среднем на 5,6 мм рт. ст. Среди пациентов с ожирением I степени в большинстве случаев (65,5%) регистрировался 1 тип повышения САД, 2 тип реакции – у 30,5%; снижение САД наблюдалось у 4% в среднем на 5,2 мм рт. ст. У пациентов со II и III степенями ожирения, по сравнению с другими категориями обследованных, статистически значимо ($p=0,002$) чаще регистрировались более выраженные гипертензивные реакции, и в частности, II тип – в 75,4% и 72% случаев, в то время как I тип имел место у 20,8% и 20,5% больных соответственно. В 7,5% случаев ожирения III степени зафиксирован подъем САД более чем на 40 мм рт. ст. (3 тип реакции). Реакция диастолического АД и ЧСС в ответ на МПН была сопоставимой во всех группах пациентов, что проявлялось увеличением их показателей в среднем на 12,5% и 5,3% соответственно.