

(СССУ), общую операцию — имплантация искусственного водителя ритма, общее сопутствующее заболевание — артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. Пароксизмальная форма ФП была выявлена у $n = 11$ пациентов. В зависимости от наличия пароксизмальной формы ФП все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты с пароксизмальной формой ФП ($n = 11$, 46 %), 2-я группа — пациенты, не имеющие ФП ($n = 13$, 54 %).

По результатам 24-часового холтеровского мониторирования были выявлены желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Желудочковые экстрасистолы были найдены у $n = 15$ пациентов, наджелудочковые экстрасистолы у $n = 21$ пациента.

Таблица 1 — Количественное и процентное соотношение желудочковых и наджелудочковых экстрасистол у пациентов 1-й и 2-й группы

Группа	Количество пациентов с желудочковыми экстрасистолами	Желудочковые экстрасистолы		Количество пациентов с наджелудочковыми экстрасистолами	Наджелудочковые экстрасистолы	
		Число	Процент		Число	Процент
1-я группа	6	1535	5,34 %	10	26087	63,12 %
2-я группа	9	27199	94,66 %	11	15241	36,88 %

Исходя из полученных результатов, мы можем заключить, что количество пациентов 2-й группы с желудочковыми экстрасистолами в 1,5 раза больше, чем пациентов 1-й группы и в 17,7 раза больше количеств желудочковых экстрасистол. Так же у пациентов 1-й и 2-й групп с наджелудочковыми экстрасистолами практически при равном их количестве, видно, что количество наджелудочковых экстрасистол у пациентов 1-й группы в 1,7 раза больше.

Выводы

Таким образом, по результатам исследования установлено, что пароксизмальная форма фибрилляции предсердий является важной патологией, влияющая на работу сердечно-сосудистой системы. У пациентов с пароксизмальной формой ФП при одинаковом основном диагнозе, сопутствующем заболевании и операции по сравнению с пациентами не имеющим ФП в 1,7 раза чаще встречаются наджелудочковые экстрасистолы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Науменко, Е. П. Сравнительный анализ показателей углеводного обмена, функции эндотелия сосудов, липидного спектра у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа / Е. П. Науменко, И. Э. Адзериho // *Здравоохранение*. — 2018. — № 2. — С. 5–12.
2. Regression of left ventricular mass by antihypertensive treatment / R. H. Fagard [et al.] // *A meta-analysis of randomized comparative studies. Hypertension*. — 2009. — Vol. 54. — P. 1084–1091.

УДК 616.12-008.331.1-08:612.141

ПРИОРИТЕТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИКСИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ В ЭФФЕКТИВНОМ КОНТРОЛЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кузьменкова В. В., Семченко А. И.

Научный руководитель: ассистент *Н. Н. Багинская*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Повышенное артериальное давление (АД) — это ведущий фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, которое вносит максимальный вклад в структуру преждевременной смертности населения во всем мире и в Республике Беларусь (РБ) [1].

Распространенность повышенного АД, классифицируемое как артериальная гипертензия (АГ) при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт. ст., в РБ, согласно исследованию STEPS под эгидой ВОЗ, составляет практически 45 % трудоспособного населения [2]. Результаты многочисленных рандомизированных клинических исследований доказали, что снижение АД до целевых значений позволяет уменьшить риск развития инфаркта миокарда (ИМ) на 20–25 %, инсульта на 35–40 % и СН на 50 % [3]. Поэтому, адекватный контроль АД, особенно у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, признан в качестве одной из наиболее эффективных стратегий, в том числе с экономической точки зрения. [4]. В реальной клинической практике актуальной проблемой лечения пациентов с АГ является несоблюдение пациентами режима приема антигипертензивных лекарственных средств (ЛС). Приоритетное использование в антигипертензивном лечении фиксированных комбинаций продиктовано и рядом других несомненных преимуществ последних: снижением риска применения нерациональной комбинации ЛС; возможностью выбора оптимального и безопасного режима дозирования ЛС; аддитивным влиянием компонентов при недостаточном эффекте одного из них; уменьшением частоты, ослаблением нежелательных реакций за счет уменьшения дозы одного/ всех компонентов и нивелированием нежелательного эффекта в результате влияния другого. Одной из новых концепций, предложенной в руководстве 2018 г. Европейского кардиологического общества и Европейского общества по гипертензии по лечению АГ, является «стратегия комбинированной терапии в целях улучшения контроля АД». Ее ключевыми положениями являются следующие: 1. Предпочтительно использовать комбинацию двух препаратов для начала терапии у большинства лиц с гипертензией; 2. Комбинированное лечение в виде сочетания двух препаратов в одной таблетке предпочтительно для большинства пациентов 3. Облегченные алгоритмы медикаментозного лечения с предпочтительным использованием ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или блокатора ренин-ангиотензиновой системы в комбинации с антагонистом кальция и (или) тиазидным, тиазидоподобным диуретиком, является ключевой лечебной стратегией для большинства пациентов, с использованием β -блокаторов для специфических показаний [5].

Цель

Оценка эффективности фиксированной тройной комбинации периндоприл/индапамид/ амлодипин («Трипликсам», Франция) в коррекции повышенного АД у пациентов с неконтролируемой АГ, несмотря на прием антигипертензивных ЛС, в том числе их комбинаций.

Материал и методы исследования

В обследование было включено 20 пациентов с АГ в возрасте 30–61 лет (9 мужчин и 11 женщин, средний возраст $46,4 \pm 5,8$ года), находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в январе — феврале 2018 г. Средняя длительность АГ составляла $4,5 \pm 1,9$ года. Критериями включения являлись пациенты с неконтролируемой АГ, несмотря на прием антигипертензивных ЛС, в том числе их двойных и тройных комбинаций. В обследование не включались пациенты с симптоматической АГ, перенесшие ИМ или инсульт давностью менее 6 месяцев, нестабильной стенокардией, ХСН III–IV функционального класса, ХБП IV–V стадии. Лечение одним антигипертензивным ЛС амбулаторно получало 4 пациента (лизиноприл – 1, рамиприл – 1, лозартан – 1, бисопролол – 1). Комбинацию из двух ЛС амбулаторно получало 12 пациентов (эналаприл + метопролол – 6, лизиноприл + бисопролол – 2, рамиприл + бисопролол – 4), из трех ЛС – 4 пациента (метопролол + лизиноприл + гидрохлортиазид – 1, рамиприл + бисопролол + индапафон – 3). Фиксированные формы в амбулаторном лечении обсле-

двух пациентов не применялись. Всем пациентам при поступлении назначали препарат Трипликсам в четырех различных комбинациях: 5/1,25/5 мг; 5/1,25/10 мг; 10/2,5/5 мг; 10/2,5/10 мг с индивидуальным подбором дозы в зависимости от клинической ситуации, степени АГ и в соответствии с инструкцией по применению. У каждого пациента строго регистрировался уровень АД и динамика контроля АД.

Результаты исследования и их обсуждение

При включении в обследование 14 (70 %) пациентов имели II ст. АГ, 4 (20 %) — III ст. и 2 (10 %) I ст. АГ. Амбулаторно антигипертензивное лечение в виде монотерапии получали 20 % пациентов, в виде двойной нефиксированной комбинации — 60 %, в виде тройной нефиксированной комбинации — 20 %. После перевода пациентов на Трипликсам отмечалось эффективное снижение АД, начиная с 3-х суток приема. К 10-м суткам лечения Трипликсамом 90 % пациентов достигли уровня АД $\leq 140/90$ мм рт. ст. Двум пациентам с АГ III ст., получающих Трипликсам в дозе 10/2,5/10 мг, для эффективного снижения АД потребовалось дополнительное назначение моксонидина в суточной дозе 0,4 мг.

Выводы

Перевод пациентов с неконтролируемой АГ на тройную фиксированную комбинацию периндоприл/индапамид/амлодипин («Трипликсам», Франция) приводит к выраженному гипотензивному эффекту у 90 % пациентов уже на 10-е сутки лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации российского кардиологического общества, национального общества практической кардиологии, российского общества профилактики неинфекционных заболеваний // Кардиоваскулярная профилактика. — 2017. — С. 71–79.
2. Реферат Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь // STEPS. — 2016. — 247 с.
3. Reappraisal of European guidelines on hypertension managements / G. Mancia [et al.] // European Society of Hypertension. — 2009. — Vol. 27. — P. 2121–2158.
4. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С. А. Бойцов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2014. — № 13(4). — С. 4–14.
5. Руководство 2018 года Европейского кардиологического общества и Европейского общества по гипертонии по лечению артериальной гипертонии.

УДК 616.126.42-007.44:576.524

ПРОФИЛЬ МОЛЕКУЛ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Лаврущик С. Ю., Коваленя П. А.

Научный руководитель: Ю. Я. Шелкович

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Синдром пролапса митрального клапана (ПМК) является одним из наиболее часто встречающихся кардиологических проявлений наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ). Распространенность его в популяции согласно данным различных авторов составляет от 2 до 15 % [2]. Считается, что ПМК является ведущей причиной изолированной митральной недостаточности, требующей хирургического вмешательства. Кроме того, согласно литературным данным, у лиц с ПМК чаще встречаются