

периндоприл - 9,6%, рамиприл - 4,3%, все остальные - 1,3%. Структура назначения бета-блокаторов: атенолол - 36,5%, бисопролол - 31,8%, пропранолол - 16,5%, метопролол - 8,2%, небиволол - 4,0% и карведилол - 1,5%, остальные - 1,5%. Из антагонистов кальция самым часто назначаемым препаратом оказался амлодипин (38,3%), второе место занимает нифедипин, включая его ретард формы (36,1%), а на третьем месте оказался верапамил, включая SR формы (22,4%), на четвертом дилтеазем (1,6%), доля всех остальных антагонистов кальция составила не более 1,6%. Структура диуретиков: гидрохлоротиазид - 36,0%, фуросемид - 29,2%, спиронолактон - 18,8%, индапамид - 13,8%, торасемид - 1,3%, ацетазоламид - 0,9%. Основную долю блокаторов рецепторов ангиотензина составляли лозартан (84,8%), валсартан (8,8%), кандесартан (3,4%), все остальные - 3,0%. Из препаратов центрального действия в основном применялись клофеллин (87,3%), метилдофа - 6,5%, моксонидин - 5,0%, все остальные - 1,2%. Из патентованных препаратов часто назначались энап, эднит, медоприл, диритон, пренесса, лориста, конкор, нормадипин и индап. Лишь 72,2% респондентов стремятся снизить АД до 140/90 мм рт. ст., а остальные ограничиваются снижением АД до «рабочего» уровня. В начале лечения монотерапию с подбором эффективных доз предпочитают 34,3% врачей. 41,9% опрошенных врачей считают, что более приемлемым является произвольное комбинирование АГП, 51,7% предпочитают фиксированные комбинации, а остальные предпочитают низко дозовую комбинацию. Среди комбинаций 38,6% составляет комбинация ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина с диуретиками, 22,0% - бета-блокаторов с антагонистами кальция, 21,9% - бета-блокаторов с диуретиками, 17,5% - ингибиторов АПФ с антагонистами кальция. Из фиксированных комбинаций 44,9% назначений приходится на комбинацию ингибиторов АПФ и диуретиков, 19,3% составляет комбинация блокаторов рецепторов ангиотензина и диуретиков, 35,8% - антагонистов кальция с другими антигипертензивными. Часто назначались энап-Н, амадей-АТ, лориста-Н, медоприл-плюс, ко-пренесса, ко-диритон и экватор.

Заключение:

Таким образом, использование АГП семейными врачами, в целом, соответствует современным рекомендациям. Однако обращает на себя внимание частое применение семейными врачами некоторых «устаревших» препаратов короткого действия, таких как нифедипин, фуросемид, клофеллин, пропранолол. Это подтверждает необходимость дальнейшего усовершенствования рационального использования АГП семейными врачами в амбулаторной практике.

ХЕМИРИН СЫВОРОТКИ КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Иванченко С.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Введение (цели/ задачи):

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, прогноз течения которой определяется наличием и степенью тяжести поражения органов-мишеней, а также сопутствующей коморбидной патологией. К традиционным маркерам поражения почек у больных ГБ относят наличие микро- и макроаль-

буминурии в качестве как предвестника прогрессирования почечной патологии, так и независимого фактора сердечно-сосудистого риска. Формирование гипертензивной нефропатии и, как следствие, почечной недостаточности считается отличительной особенностью злокачественного течения артериальной гипертензии (АГ), однако может наблюдаться при мягкой и умеренной формах, что обуславливает актуальность поиска и глубокого изучения возможных биомаркеров острого и хронического почечного повреждения с целью мониторинга ранних стадий поражения почек и улучшения прогнозирования клинического течения заболевания у больных данной когорты. Хемерин - сравнительно недавно открытый адипоцитокин, который характеризуется плейотропностью эффектов и в том числе рассматривается как один из потенциальных маркеров почечного воспалительного ремоделирования. Возможная роль воспалительных цитокинов и среди них хемерина в патогенезе некоторых нефропатий, в частности диабетической и гипертензивной ранее изучалась в ряде экспериментов на животных. В то же время число клинических исследований не столь велико. Цель исследования: изучить наличие взаимосвязи между уровнем хемерина сыворотки крови, скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и наличием микроальбуминурии (МАУ) у больных ГБ в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы:

Обследовано 82 больных ГБ в возрасте 60 (55; 66) лет (в том числе 26 пациентов с избыточным весом и 39 лиц с ожирением). Проанализировано содержание креатинина и мочевины сыворотки крови, наличие микроальбуминурии (МАУ) в утреннем анализе мочи, рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) для лиц европеоидной расы. Сывороточный уровень хемерина определялся иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Human Chemerin ELISA Kit (Kono Biotech Co., Ltd., КНР). В зависимости от уровня СКФ пациенты разделены на 3 группы: 1-я группа (42 больных) - СКФ 90-60 мл/мин/1,73м²; 2-я группа (37 больных) - СКФ 60-30 мл/мин/1,73м²; 3-я группа (3 больных) - СКФ более 90 мл/мин/1,73м². Статистическая обработка проводилась с использованием критериев Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Количественные признаки описывались медианой (Me), значениями верхнего (UQ) и нижнего (LQ) квартилей выборки.

Результаты:

Согласно полученным данным 3,7% (3 пациента) из количества обследованных имели СКФ выше 90 мл/мин/1,73м². При проведении межгруппового анализа выявлено статистически значимо более высокое содержание хемерина сыворотки крови у пациентов с более низким уровнем СКФ: 6,28 (5,55; 7,73) нг/мл по сравнению с 1-й группой 4,7 (4,24; 5,86) нг/мл ($p = 0,03$), при этом по ИМТ данные группы достоверно не отличались: 31,2 (26,05; 36,8) кг/м² и 30,5 (25,2; 34,5) кг/м² соответственно ($p = 0,58$). Проведение корреляционного анализа показало наличие отрицательной корреляционной связи между СКФ и сывороточным содержанием хемерина ($r = -0,33$, $p < 0,05$) в обеих группах. Статистически значимые различия между группами выявлено в процентном соотношении больных с наличием МАУ в утреннем анализе мочи, что составило 19% (8 особ) в 1-й группе и 48% (18 особ) во 2-й группе ($p = 0,04$), однако корреляционной связи между содержанием хемерина сыворотки крови и наличием МАУ обнаружено не было.

Заключение:

Снижение скорости клубочковой фильтрации у больных гипертензивной болезнью сопровождалось статистически значимым

повышением уровня хемерина сыворотки крови независимо от индекса массы тела, что подтверждалось наличием негативной корреляционной связи между скоростью клубочковой фильтрации и сывороточной концентрацией хемерина. Таким образом, полученные данные свидетельствуют в пользу возможной роли хемерина в качестве биомаркера и патогенетического фактора при нарушениях функции почек, что обуславливает целесообразность проведения дальнейших исследований в этом направлении.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – НЕФРЭКТОМИЯ У БОЛЬНОЙ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ОККЛЮЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, НЕФРОСКЛЕРОЗА

Андреева А.В., Фомина В.А., Глазкова Е.А.,
Фомина Н.А., Мараховская И.Л., Пушкарева С.Ю.,
Солдатов Е.С., Агафонова В.С.
ГБУ РО ОККД, г. Рязань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить результаты хирургического лечения – нефрэктомии у больной нефрогенной артериальной гипертензией на фоне односторонней окклюзии почечной артерии, нефросклероза.

Материал и методы:

Пациентка Х., 1952 года рождения с диагнозом: симптоматическая артериальная гипертензия на фоне окклюзии правой почечной артерии, нефросклероза справа. ХСН IIА ст, IIФК. Сахарный диабет 2 типа. Анамнез заболевания: С 40 лет – артериальная гипертензия, лечилась нерегулярно. С 2014 г – сахарный диабет 2 типа. Последние 2 года цифры АД постоянно высокие, максимальное АД 300/160 мм рт ст, привычное АД 200/100 – 240/130 мм рт ст. Поступила по экстренным показаниям с АД 300/160 мм рт ст, выраженной головной болью, головокружением, тяжестью в области сердца, умеренной одышкой. В анамнезе сахарный диабет, ЖКБ. При поступлении состояние средней тяжести. Гипертеник. ЧДД 18-20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС 82 вмин, правильный ритм. АД 300/160 мм рт ст. Пастозность стоп. Общий анализ крови и мочи б/о, креатинин 120 мкмоль/л, СКФ 41мл/мин, холестерин 5,59 ммоль/л, ЛПНП 3,12 ммоль/л. На ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. Увеличение ЛЖ с умеренными изменениями в миокарде. УЗИ сердца: Дилатация предсердий. Гипертрофия ЛЖ с нарушением систолической и диастолической функции. Атеросклероз аорты. УЗИ почек – уменьшение правой почки. КТ почек: Левая почка обычной формы и размеров. Коровое и мозговое вещество дифференцируются. ЧЛС не расширена, без дефектов наполнения. Правая почка уменьшена в размере: 6,3 x 2,7 x 3,1 см, паренхима истончена, корковое и мозговое вещество не дифференцируются. ЧЛС не расширена. Дуплексное сканирование почечных артерий: окклюзия правой ПА от устья, левая ПА без особенностей. В/в урография: Функция левой почки сохранена, справа контрастирование отсутствует. Проводилось лечение: нифедипин-ретард 80 мг/сут, биспролол 2,5мг/сут, моксонидин 0,6/сут, аторис 20 мг/сут, доксозазин 12 мг/сут. АД оставалось высоким: 200-240/100-110 мм рт ст. Больная направлена в урологическое отделение, где проведено хирургическое лечение – нефрэктомия справа.

Результаты:

В послеоперационном периоде отмечена положительная клиническая динамика, снижение АД до 160/90 мм рт ст, отменен прием доксозазина, снижена доза нифедипин-ретард до 60 мг/сут.

Заключение:

Проведение нефрэктомии привело к значительному клиническому улучшению и снижению АД у больной резистентной нефрогенной гипертензией.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Халимназарова Р.Т., Баимбетов А.К.Р.,
Якупова И.А., Онгарбаев К.О.
Научный центр хирургии им А.Н Сызганова,
г. Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту наличия артериальной гипертензии у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы:

В отделении рентгенхирургии интервенционной кардиологии и артимологии за 2016г были изучены истории болезни 161 пациента с различными видами ФП на фоне Артериальной гипертензии. Пациенты были разделены на следующие группы: по возрасту (40-50л, 51-60л, 61-и старше), по форме ФП (пароксизмальная форма, персистирующая и длительноперсистирующая форма) по стадиям АГ (II ст, III ст, III ст с осложнениями-ФР4). Из 161 пациента с ФП, с АГ выявлено 128 пациентов, что составляет 79,5% от общего. Пациентам проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ, Холтеровское мониторирование АД, ЭХОКГ-для определения выраженности гипертрофии левого желудочка. 40-50 лет-10 человек, 51-60 лет- 50 человек, 60 лет и старше-68 человек; АГ IIст ФР3- 10 человек, АГ III ст ФК3 - 50 человек, АГ IIIст ФК4 - 68 человек, Пароксизмальная форма ФП- 8 человек, Персистирующая Форма ФП- 42 человека, Длительно персистирующая форма ФП - 78 человек

Результаты:

По данным мониторинга отмечается взаимосвязь того, что при прогрессировании АГ увеличивается гипертрофия ЛЖ, повышается частота длительно персистирующей формы ФП.

Заключение:

Артериальная гипертензия, осложненная фибрилляцией предсердий, увеличивается с возрастом, приводит к многочисленным осложнениям и высокому уровню смертности. Лечение Артериальной гипертензии может изменить микроструктуру миокарда, тем самым снизить частоту тромбоэмболических осложнений, предупредить развитие ФП. Специфическая фармакотерапия играет важнейшую роль в первичной и вторичной профилактике ФП и ее осложнений.

PACEMAKER ELECTRODE-INDUCED THROMBOSIS OR VEGETATIONS: DIFFICULTIES OF ECHOCARDIOGRAPHIC DIAGNOSTICS

TSOKOLOV A.V., NASTAEVA M. V.
FEDERAL STATE AGENCY «1409 CLINICAL HOSPITAL OF
THE BALTIC SEA FLEET», SEVEROMORSK, RUSSIA

Введение (цели/ задачи):

Pulmonary artery thromboembolism (PATE) is one of the most severe complications of pacing treatment of patients with rhythm and cardiac conduction disorders. References witness that in 15% cases the apical pacing is accompanied by the development of PATE, which usually has the latent form. The situation is complicated with the additional fact that thrombosis is possible on an electrode as well. Moreover, the formation of vegetation on pacemaker electrodes is possible. That is