

%, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринная АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитома надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) у 9,8%, синдром Иценко- Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаиновая АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%. Заключение. Таким образом, при всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широко

использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ («ГБ»). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80 - 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшить количество церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Иванова Е. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Проведенные исследования установили, что пациенты с атеросклерозом подвержены более высокому риску потери костной массы, что частично объясняется особенностями кальцификации атеросклеротической бляшки. Цель: определение особенностей метаболизма костной ткани у пациентов с ишемической болезнью сердца и ожирением. Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов с ИБС, в том числе - 79 лиц с сопутствующим ожирением (основная группа). В группу сравнения вошло 19 больных ИБС и нормальной массой тела. Средний возраст больных составил $52,4 \pm 1,44$ и $51,8 \pm 1,94$ лет; длительность анамнеза - $4,9 \pm 1,2$ и $4,4 \pm 1,6$ лет соответственно. Гендерные соотношения выявили преобладание лиц женского пола: 54,8% и 52,9%. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле Кетле. Средний ИМТ составлял $31,87 \pm 0,26\%$ - в основной группе и $23,8 \pm 0,24\%$ - в группе сравнения. Показатели контроля были получены при обследовании 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Состояние обмена костной ткани оценивали по содержанию хондроитинсульфатов сыворотки крови и уроновых кислот суточной мочи. Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) оценивали при проведении рентгенабсорбциометрии поясничного отдела позвоночника). Статистический анализ проводился с использованием пакета «Statistica10.0»

Результаты. В основной группе повышенную массу тела имело 24 пациента, ожирение 1 ст -31 и 2 ст. -24. Проведенное денситометрическое исследование у пациентов основной группы позволило выявить остеопению в 28,5% случаев. В группе сравнения указанные изменения регистрировались у 54% пациентов, при этом у 18,4% из них установлен остеопороз ($p < 0,05$). Наши данные подтверждают результаты других исследований, что избыточная масса тела и начальные проявления ожирения препятствуют формированию остеопороза. Уровни хондроитинсульфатов $0,11 (0,08; 1,16)$ г/л и уроновых кислот $7,5 (6,5; 9,5)$ мг/сут основной группы были достоверно ниже группы сравнения $0,13 (0,18; 7,75)$ г/л, $8,05 (6,5; 9,65)$ мг/сут, однако превышали значения референтных норм и достоверно отличались от показателей группы контроля $0,07 (0,07; 0,11)$ г/л, $4,8 (3,75; 5,5)$ мг/сут, ($p < 0,05$). Заключение: Избыточная масса тела и начальные стадии ожирения у пациентов с ИБС оказывают протективный эффект на состояние минеральной плотности костной ткани, несколько замедляя процессы ее снижения. Исследуемые биохимические показатели МПКТ позволяют говорить о «запуске» резорбтивных процессов в костной ткани с последующим развитием вторичного остеопороза.

ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА СЕРДЦА ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ.

Иванченко С.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина.

В настоящее время циркадный индекс (ЦИ) сердца, как отношение среднедневной к средненочной частоте сердечных сокращений (ЧСС), является одним из стандартных компонентов финальных протоколов результатов холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМ ЭКГ). По данным Макарова Л.Н. у здоровых лиц значение ЦИ сердца не имеет существенных различий по полу и возрасту и составляет от 1,24 до 1,44. Снижение ЦИ менее 1,2 отмечается при заболеваниях, связанных с вегетативной «денервацией» сердца и ассоциируется с неблагоприятным прогнозом и высоким риском внезапной смерти у больных из группы риска. Цель: оценить особенности циркадного ритма сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от наличия и степени ожирения. Материалы и методы: 82 пациентам с ГБ (из них 34 мужчины и 48 женщин) в возрасте от 38 до 76 лет выполнялось холтеровское мониторирование на диагностическом комплексе sdm 23 «икс-техно» в течение 24 часов. Больные были распределены на 4 группы: 1-я – изолированная ГБ ($n=17$); 2-я – ГБ с

избыточной массой тела ($n=26$); 3-я – ГБ и ожирение I ст. ($n=16$); 4-я – ГБ и ожирение II-III ст. ($n=23$). Статистический анализ данных проведен с использованием компьютерного пакета прикладных программ statistica 6.1 for windows (statsoftinc., США). Количественные признаки описаны медианой (me), значениями верхнего (uq) и нижнего (lq) квартилей выборки. Результаты и обсуждение. Наиболее неблагоприятное значение ЦИ сердца выявлено у больных с ГБ и ожирением I ст.: $1,09 (1,0; 1,17)$, что статистически значимо ниже чем в группах с изолированной ГБ: $1,19 (1,12; 1,27)$; избыточной массой тела: $1,16 (1,1; 1,23)$ и ожирением II-III ст.: $1,15 (1,09; 1,21)$, $p < 0,05$. При этом, в процентном соотношении, группа с ожирением I ст. характеризовалась снижением ЦИ сердца ниже 1,2 у 100% больных ГБ, что достоверно выше чем у пациентов с изолированной ГБ (64%), избыточной массой тела (69%), у пациентов с высокими степенями ожирения (83%), $p < 0,05$. Проведение анализа по гендерному признаку, возрастным группам, длительности анамнеза ГБ у пациентов данной когорты не выявило статистически значимых различий.