



**РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО**

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

Российское кардиологическое общество в год борьбы
с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

22–25 сентября 2015 г.

Москва



www.scardio.ru

Синдром инсулинорезистентности (ИР) ассоциируют с наличием ожирения, чаще андроидного типа, что обуславливает развитие гемодинамических и метаболических нарушений у этой категории пациентов («метаболический синдром»). Однако ИР распространена и у больных артериальной гипертензией (АГ) с нормальной массой тела. При этом частота регистрации ИР у этого контингента больных остается неуточненным.

Цель: сравнительная оценка распространенности синдрома инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 226 больных с артериальной гипертензией 1-2 ст. (гипертонической болезнью I-II ст), из них – 95 человек (1 гр.) с нормальной массой тела (ИМТ = 18,5 – 24,9 кг/м²) и 131 человек (2 гр.) – с ожирением (ИМТ = 30,45 – 42,65 кг/м²) без значимой сопутствующей патологии в возрасте 30-50 лет, отобранных методом случайной выборки на амбулаторном приеме. Среди больных 2 группы I степень ожирения была у 44% (58 чел.), II степень – у 36% (47 чел.), и III степень – у 20% (26 чел.). Андроидный тип ожирения определялся у 72% пациентов (94 чел.), гиноидный – у 28% (37 чел.). Всем пациентам исследовали уровень глюкозы (G) крови натощак и после нагрузки (тест толерантности к глюкозе), инсулин натощак с целью определения показателя ИР – коэффициента QUICKI. При QUICKI < 0,32 диагностировали ИР.

Результаты: у больных АГ с нормальной массой тела частота регистрации синдрома ИР составила 36% (34 чел.). У больных АГ с ожирением в целом по группе ИР отмечалась в 78% (102 чел.). При этом у больных АГ с I степенью ожирения ИР была зарегистрирована в 65% (38 чел.), II степенью – 77% (36 чел.),

III степенью – 92% (24 чел.). При андроидном типе ожирения частота регистрации ИР составила 62% (58 чел.), при гиноидном – 38% (14 чел.).

Выводы: синдром инсулинорезистентности распространен среди больных артериальной гипертензией. В группе обследованных пациентов с нормальной массой тела он был определен в 36% случаев. У больных АГ с ожирением частота регистрации ИР зависела от степени ожирения и его типа. Так, при III степени ожирения ИР у больных с АГ встречалась в 92% случаев. При андроидном типе ожирения этот синдром определялся в 62%.

0315

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ильченко И. А., Колесникова Е. В., Бобронникова Л. Р., Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет,
ГУ «Национальный институт терапии им.Л.Т. Малой АМНУ», Харьков, Украина

Цель: определить влияние эстрогенов и абдоминального ожирения на уровень иммунновоспалительных цитокинов и метаболические факторы у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в перименопаузе.

Материалы и методы: Обследовано 49 женщин в перименопаузе (средний возраст 43,6±1,8 года) с АГ 1-2 степени и абдоминальным ожирением. Оценивались уровни цитокинов: фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкины (IL) 1-бета (IL-1β), IL-4; гликемия, липидограмма, инсулинорезистентность (ИР) по индексу HOMA, уровень эстрогенов. Контрольная группа – 12 здоровых женщин аналогичного возраста.

Результаты: В зависимости от уровня эстрогенов было выделено 2 группы: 1-я – 26 пациенток без существенных нарушений уровня эстрогенов; 2-я группа – 23 пациентки с дефицитом эстрогенов. У пациенток 1-й группы абдоминальное ожирение (индекс массы тела (ИМТ) – 32,4±0,63 кг/м²; окружность талии (ОТ) – 95,6±1,8 см, отношение окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) – 0,94±0,06) сочетались с изо-

лированной гипертриглицеридемией ($3,12 \pm 0,58$ ммоль/л; контроль $1,02 \pm 0,04$ ммоль/л; ($p < 0,05$)). Во 2-й группе признаки абдоминального ожирения (ИМТ – $33,6 \pm 0,52$ кг/м²; ОТ – $96,8 \pm 1,5$ см, ОТ/ОБ – $0,96 \pm 0,08$) сочетались с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией (соответственно: $6,28 \pm 0,32$ ммоль/л; контроль $4,04 \pm 0,6$ ммоль/л; ($p < 0,05$)) и $4,18 \pm 0,76$ ммоль/л; контроль $1,02 \pm 0,04$ ммоль/л; ($p < 0,05$)), увеличением ИР (НОМА – $5,62 \pm 0,38$; контроль $2,64 \pm 0,11$; ($p < 0,05$)). Уровни цитокинов прогрессивно повышались по мере снижения уровня эстрогенов, достоверно отличались у пациенток 2 группы (соответственно в 1 и 2 группах): ФНО-α – $56,4 \pm 4,2$ пг/мл; $69,7 \pm 4,5$ пг/мл; контроль $49,8 \pm 3,7$ пг/мл ($p < 0,05$); IL-1β – $37,5 \pm 3,2$ пг/мл; $45,3 \pm 4,4$ пг/мл; контроль $28,6 \pm 2,2$ пг/мл ($p < 0,05$); IL-4 – $51,5 \pm 4,3$ пг/мл; $62,9 \pm 4,4$ пг/мл; контроль $43,1 \pm 3,2$ пг/мл ($p < 0,05$).

Выводы: У женщин с АГ в перименопаузе именно гормональный статус, в частности дефицит эстрогенов, а не абдоминальное ожирение является доминирующим фактором прогрессирования метаболических нарушений и повышения провоспалительных цитокинов, что необходимо учитывать для профилактики кардиоваскулярных осложнений.

0316

ВЛИЯНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ И МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ильченко И. А., Колесникова Е. В., Бобронникова Л. Р., Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет,
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой АМНУ», Харьков, Украина

Цель: оценить влияние пульсового артериального давления (ПАД), степени митральной регургитации (МР) на ремоделирование левых отделов сердца (ЛОС) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и безболевого ишемией миокарда (ББИМ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Материалы и методы: Обследовано 52 больных, из них 28 женщин, с АГ 2 степени, ББИМ и субкомпенсированным СД-2 (HbA1c – $7,4 \pm 0,6\%$), возраст – $54,3 \pm 2,6$ года; длительность АГ – $6,8 \pm 1,2$ года, длительность СД-2 – $4,8 \pm 0,6$ года; индекс массы тела – $28,2 \pm 1,6$ кг/м². Оценивались данные суточного мониторирования артериального давления (СМАД), электрокардиограммы (СЭКГ), коронароангиографии (КВГ), эхокардиографии (ЭхоКГ).

В зависимости от величины ПАД были выделены 3 группы: 1-я: (18 больных) ПАД до 45 мм рт ст; 2-я группа (19 больных) ПАД от 45 до 65 мм рт ст; 3-я группа (15 больных) ПАД более 65 мм рт ст.

Результаты: При ПАД до 45 мм рт ст характеристики потока МР не изменялись, сократительная способность миокарда не нарушалась, структурно-функциональные изменения ЛОС были минимальными. При ПАД от 45 до 65 мм рт ст отмечались признаки снижения сократительной способности левого предсердия, структурно-функциональные изменения ЛОС носили компенсаторный характер. При ПАД более 65 мм рт ст отмечались достоверные изменения МР, что свидетельствовало о систолической дисфункции левого желудочка, определялись признаки систолической и диастолической дилатации ЛОС.

Выводы: ПАД является самостоятельным маркером неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. При АГ и ББИМ у больных с СД-2 уровень ПАД влияет на степень МР и ремоделирование ЛОС: ПАД до 45 мм рт ст не сопровождается увеличением МР и нарушением сократительной способности миокарда; при ПАД от 45 до 65 мм рт ст снижается сократительная способность левого предсердия, происходят структурно-функциональные изменения ЛОС имеющие компенсаторный характер; при ПАД выше 65 мм рт ст увеличивается степень МР и развивается систолическая и диастолическая дилатация ЛОС. Выявленные изменения необходимо учитывать при проведении лечения данной категории больных.