

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и с АГ в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС и АГ), мужчин и женщин, в возрасте 21-55 (средний возраст $48,2 \pm 0,7$), проживающих на территории ЯНАО. Пациенты были разделены на 2 группы по 50 человек: в первую группу вошли пациенты, страдающие АГ мужчин - 38%, женщин - 62%, во вторую – больные с АГ и ХИБС 36% мужчин и 64% женщин. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, степени и стадии АГ. У всех больных ХИБС определен II ФК (функциональный класс) СН (стенокардии напряжения). Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА) на экстракраниальном уровне и исследовались биохимические показатели крови: общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛОНП), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ), индекс атерогенности (ИА).

Результаты. По данным ДС БЦА у пациентов страдающих АГ отношение КИМ ОСА с обеих сторон составило $1,0 \pm 0,02$ мм, у больных страдающих ХИБС и АГ значение КИМ с обеих сторон составило $1,2 \pm 0,02$ мм ($p < 0,001$). Анализ липидного профиля первой группы

не выявил дислиппротеинемии: уровень ОХС составил $5,0 \pm 0,14$ ммоль/л; ЛПНП $2,8 \pm 0,11$ ммоль/л; ЛПВП $1,2 \pm 0,06$ ммоль/л; ТГ $1,2 \pm 0,08$ ммоль/л; ЛПОНП $0,5 \pm 0,04$ ммоль/л; ИА = $3,5 \pm 0,21$ ед. Оценивая параметры липидного обмена второй группы, выявлено, что уровень ОХС, ЛПНП и ИА достоверно превышают рекомендуемые значения для данной категории пациентов. Так уровень ОХС составил $6,0 \pm 0,16$ ммоль/л ($p < 0,001$); ЛПНП $3,4 \pm 0,14$ ммоль/л ($p = 0,002$); ИА = $4,3 \pm 0,19$ ед. ($p = 0,006$); ЛПВП $1,2 \pm 0,06$ ммоль/л; ТГ $1,2 \pm 0,07$ ммоль/л; ЛПОНП $0,6 \pm 0,03$ ммоль/л. Установлена корреляционная связь между ОХС, ЛПНП, ИА и значением КИМ ($r = 0,440$; $p < 0,001$; $r = 0,291$; $p = 0,003$ и $r = 0,293$; $p = 0,003$ соответственно).

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что наиболее увеличенный КИМ, в группе пациентов страдающих ХИБС и АГ, сопровождался дислиппротеинемией, атерогенность которой характеризовалась достоверно повышенным содержанием таких атерогенных липопротеинов как ОХС и ЛПНП на фоне оптимального уровня ЛПВП. В группе пациентов, страдающих АГ, изменений в липидограмме не выявлено, но КИМ ОСА утолщен, возможно такая ситуация обусловлена воздействием повышенного артериального давления на сосудистую стенку.

ДИСЛИПИДЕМИЯ, ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И КУРЕНИЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Гапонова О.Г., Чернышов В.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины № 1 и клинической фармакологии; Государственное учреждение «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Пациенты с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) представляют собой группу риска развития органических заболеваний сердечно-сосудистой системы. НЦД страдают лица молодого и среднего возраста (15-40 лет), что значительно снижает их трудоспособность и качество жизни. Одним из факторов риска возникновения НЦД являются нарушения липидного обмена – дислиппротеидемия (ДЛП).

Цель работы: выявить существование вероятной взаимосвязи между показателями липидного обмена, курением, наличием избыточной массы тела (МТ) и показателями суточного профиля мониторинга артериального давления (АД) при НЦД по гипертензивному типу.

Материалы и методы: обследовано 67 пациентов с НЦД по гипертензивному типу. Больным проводили опрос по поводу табакокурения, измерение антропометрических показателей (рост, масса тела, объем талии (ОТ)) и расчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кеттле. В сыворотке крови определяли концентрацию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). Содержание холестерина (ХС) в составе липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле W.T.Friedewald.

Результаты: табакокурение отмечали 27 (40,3 %) респондентов. По данным антропометрических измерений, избыточная МТ выявлена у 44 (65,7 %) пациен-

тов. В целом по группе обследованных пациентов с НЦД по гипертензивному типу и ДЛП уровни ОХС ($5,59 \pm 0,14$ ммоль/л) и ХС ЛПНП ($3,87 \pm 0,15$ ммоль/л) положительно коррелировали со средним суточным диастолическим АД (ДАД ср(сут)) ($83,5 \pm 1,7$ мм рт.ст.) ($p = 0,409$ и $p = 0,404$ соответственно; $p < 0,05$). Более сильная корреляционная связь наблюдалась между уровнями ОХС, ХС ЛПНП и величиной среднего дневного диастолического АД (ДАД ср(день)) ($85,6 \pm 1,6$ мм рт.ст.) ($p = 0,419$ и $p = 0,423$ соответственно; $p < 0,05$). В подгруппе курящих с НЦД ($n = 27$ (40,3%)) по сравнению с некурящими, наблюдалось достоверное снижение сывороточного содержания ХС ЛПВП на 10,5% ($1,02 \pm 0,14$ против $1,14 \pm 0,07$ ммоль/л; $p < 0,05$), а также повышение концентрации ТГ на 25,2% ($1,59 \pm 0,57$ против $1,27 \pm 0,32$ ммоль/л; $p < 0,05$) и ХС ЛПОНП на 24,6% ($0,71 \pm 0,25$ против $0,57 \pm 0,14$ ммоль/л). Уровень ХС ЛПВП умел обратную зависимость от ежедневного количества сигарет и стажа курения. Гипертензивные реакции в течение суток среди курящих с НЦД зависели от ежедневного количества выкуренных сигарет и проявлялись повышением уровня систолического АД (САД) на фоне возрастания частоты сердечных сокращений. Прослеживалась зависимость показателей суточного профиля АД от антропометрических данных. Так, от ОТ зависели ДАД ср(сут) ($p = 0,489$; $p < 0,05$) и ДАД ср(день) ($p = 0,474$; $p < 0,05$), от ИМТ – САД ср(сут) ($p = 0,583$; $p < 0,05$) и САД ср(день) ($p = 0,599$; $p < 0,05$) соответствен-

но. Учитывая зависимость уровня липидов крови от ОТ и ИМТ, можно предположить, что изменения суточного профиля АД на фоне избыточной МТ опосредованы метаболическими нарушениями.

Выводы: у пациентов с НЦД по гипертензивному

типу дислипидемия на фоне избыточной массы тела способствует повышению ДАД в течение суток. На суточные колебания САД в большей степени влияют частота сердечных сокращений и суточное количество выкуренных сигарет.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гаранин А.А., Рябов А.Е., Фатенкова О.В.

Клиника Самарского государственного медицинского университета, г. Самара, Россия

Цель работы. Изучить биомеханику большого круга кровообращения (БКК) у мужчин и женщин разных возрастных групп.

Материал и методы. В исследование включено 120 практически здоровых человек без клинических признаков атеросклероза и сахарного диабета. Обследуемые распределены по четырем группам (по 30 человек): группа 1 – женщины со средним возрастом 20 лет, группа 2 – женщины со средним возрастом 50 лет, группы 3 и 4 – мужчины с аналогичным делением по возрасту. Всем испытуемым регистрировали рео-вазограммы (РВГ) верхней и нижней конечности. В процессе компьютерной обработки изучались следующие параметры биомеханики сосудистого русла БКК: длительность, средняя скорость, ускорение и мощность, работа. С этой целью разработана оригинальная фазовая структура реограмм, согласно которой сосудистый цикл БКК состоит из фаз эластического компонента оттока (ЭКО), мышечного компонента оттока (МКО) и капиллярно-венозного оттока (КВО), составляющих период систолы (оттока из БКК). Период притока (диастолы БКК) включает фазы: метаболическую (МБ), распространения пульсовой волны (РПВ) быстрого и медленного притока (БП и МП). Статистический анализ проводился с использованием критерия Вилкоксона, при помощи программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Исследование РВГ верхней конечности показало увеличение длительности фаз в группе 3 по сравнению с группой 1 в фазы ЭКО, МКО и КВО на 133% ($p=0,0003$), 83% ($p=0,016$) и 50% ($p=0,035$) соответственно и с группой 4 в фазы ЭКО и МКО на 133% ($p=0,025$) и 37% ($p=0,027$) соответственно. Длительность МБ фазы в группе 3, напротив – снизилась в сравнении с группами 1 и 4 на 67%

($p=0,0003$) и 133% ($p=0,011$) соответственно. Подобная тенденция сохранилась при анализе скоростных показателей: среднее ускорение в группе 3 возросло в фазу МКО на 49% в сравнении с группами 1 ($p=0,04$) и 4 ($p=0,035$). Кроме того, в 1 группе наблюдалось увеличение данного показателя при сопоставлении результатов с группой 2 в фазы РПВ, БП, МП и ЭКО на 24% ($p=0,017$), 37% ($p=0,035$), 50% ($p=0,025$) и 90% ($p=0,011$) соответственно. Значительные изменения касались работы БКК: в группе 3 отмечено увеличение данного показателя в фазу ЭКО в сравнении с группами 1 и 4 на 39% ($p=0,023$) и 157% ($p=0,012$) соответственно и в фазу КВО в сравнении с группой 1 на 31% ($p=0,047$). Кроме того, наблюдалось увеличение указанного параметра биомеханики в группе 1 по сравнению с группой 2 в фазы РПВ, МП и ЭКО на 50% ($p=0,049$), 59% ($p=0,049$) и 51% ($p=0,017$) соответственно.

Параметры биомеханики по данным РВГ нижней конечности имели динамику принципиально схожую с показателями РВГ верхней конечности, что подтверждает общность процессов происходящих в различных отделах сосудистого русла БКК. Однако эти изменения были менее выражены.

Выводы. Указанные изменения свидетельствуют о повышении пропульсивной активности сосудистого русла БКК у молодых мужчин, в сравнении с женщинами аналогичного возраста, что обусловлено половыми различиями в тоне симпато-адреналовой системы и вазотропными эффектами женских половых гормонов. С возрастом эти различия несколько уменьшаются в связи со снижением влияния эстрогенов в перименопаузальном периоде у женщин и уменьшением агрессивного воздействия андрогенов на сосудистую стенку у мужчин.

ДИНАМИКА ВРЕМЕННЫХ ПОТЕРЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗА 27- ЛЕТНИЙ ПЕРИОД В ТОМСКЕ

Гарганеева А.А., Округин С.А., Борель К.Н., Базилевич И.А.

Отделение амбулаторной и профилактической кардиологии ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г. Томск, Россия

Цель исследования: Изучить и проанализировать характер и уровень временных затрат определяющих длительность догоспитального этапа (ДЭ) острого инфаркта миокарда (ОИМ) и периодов его составляющих в Томске за 1984 и 2010 гг.; выявить факторы, влияющие на их продолжительность и наметить возможные меры по сокращению временных потерь на данном этапе.

Материал и методы: Базой для проведения настоящего исследования послужили данные эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», выполняемой в Томске с 1984 года. Эпидемиология ОИМ изучалась среди постоянного населения города в возрасте старше 20 лет. Под ДЭ подразумевался интервал времени от момента развития заболевания до госпитализации больного в стацио-