

ванных, считающих себя здоровыми, выделена подгруппа пациентов с высоким нормальным АД (САД и ДАД соответственно до 140/90 мм рт. ст.)

У всех обследованных оценивались кроме общеклинических, показатели ЭХОКГ, СМАД, проводилось исследование индексов периферического сопротивления (Pourcelot-Ri и Gosling-Pi), комплекса интима-медиа (КИМ) по общим сонным (ОСА), внутренним сонным (ВСА) артериям методом ультразвуковой доплерографии. Общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) рассчитывали общепринятым методом по формуле Франка-Пуазейля. Статистическую обработку результатов осуществляли при помощи пакета программ Microsoft Excel.

#### **Результаты и обсуждение**

При анализе показателей АД и эхокардиографических характеристик выявлено значительное увеличение ( $p < 0,01$ ) пульсового давления и толщины межжелудочковой перегородки, особенно в группе больных с АГ-2. В этом контингенте установлены признаки диастолической дисфункции левого желудочка и увеличение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) ( $p < 0,05$ ). В группе больных АГ-2 обнаружено утолщение КИМ ( $p < 0,01$ ) в сравнении с показателями здоровых лиц. При сравнительной оценке изучаемого показателя в группе больных АГ-1 и АГ-2 выявлено значительное превалирование комплекса интима-медиа у лиц с АГ-2 ( $p < 0,05$ ). В этой же группе лиц выявлено увеличение внутрисосудового диаметра ОСА и ВСА ( $p < 0,01$ ).

При анализе индексов периферического сопротивления (Pourcelot-Ri и Gosling-Pi) по ОСА наблюдалось повышение Ri у всех больных АГ ( $p < 0,05$ ) и тенденция к повышению Ri в группе лиц с высоким нормальным АД. По ВСА - достоверное повышение Ri и Ri в группе больных АГ-2 ( $p < 0,05$ ) и тенденция к повышению Ri в группе лиц с АГ1.

При корреляционном анализе установлена прямая зависимость между уровнем среднего АД и диаметром экстракраниальных сосудов ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,01$ ), ОПСС ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ) и индексами периферического сосудистого сопротивления (Pi и Ri) ( $r = 0,61$  и  $r = 0,53$  соответственно,  $p < 0,01$ ), что предполагает развитие сосудистого ремоделирования и умеренное уменьшение растяжимости сосудов по мере увеличения уровня среднего АД.

Таким образом, стойкое хроническое повышение артериального давления приводит к гипертрофии гладкомышечных элементов меди с развитием сосудистого ремоделирования брахиоцефальных артерий.

#### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ И ФАКТОРЫ НА НЕЕ ВЛИЯЮЩИЕ**

Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.

*ГОУ ВПО Саратовский Государственный медицинский университет Росздрава  
Саратов, Россия*

Приверженность к лечению пациентов с хроническими заболеваниями остается низкой. Более 50% пациентов не выполняют врачебные рекомендации, несмотря на то, что есть убедительные данные о влиянии комплайенса на выживаемость пациента. Цель данного исследования - изучение факторов, влияющих на приверженность пациента к длительному приему медикаментов после выписки из кардиологического стационара.

**Материалы и методы:** проводился опрос пациентов, находящихся на госпитальном лечении в отделении кардиологи Клинической больницы медицинского университета и согласившихся участвовать в исследовании. Контрольные звонки выполнялись через 6 месяцев после выписки пациента из стационара. Пациентов спрашивали о продолжении терапии, назначенной в стационаре, о побочных эффектах принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, об изменении самочувствия за прошедшее время. С помощью однофакторного анализа определялась возможная связь между описанными характеристиками.

**Результаты:** В опросе согласились принять участие 150 пациентов (87% из тех, кому было предложено заполнить опросник). 46% – мужчины, остальные женщины. Возраст колебался от 21 года до 82 лет. Средний возраст – 66 лет. Через 6 месяцев 22% заявили, что прием медикаментов прекратили. На приверженность к лечению достоверно влиял пол (чаще продолжали терапию женщины 90% vs 68%,  $p < 0,05$ ). Отмечалась тенденция ( $p = 0,10$ ) в отношении возраста пациентов и порядка их поступления в стационар: больные не достигшие пенсионного возраста (85% vs 69%) и пациенты поступившие по экстренным показаниям (85% vs 68%) чаще продолжали лечение. Отличия ( $p < 0,05$ ) были отмечены по сопутствующей патологии: пациенты, поступившие с нестабильной стенокардией чаще продолжали назначенную терапию после выписки из стационара (93% vs 61%), а пациенты поступившие по причине нарастания симптомов сердечной недостаточности (13% vs 36%) и для лечения артериальной гипертензии (5% vs 36%) наоборот имели более низкую приверженность к терапии. Изменения в состоянии здоровья пациентов (в виде повторных госпитализаций, гипертонических кризов и нестабильной стенокардии) за прошедшие 6 месяцев чаще отмечались среди пациентов продолжавших следовать рекоменда-

циям на момент опроса (43% vs 9% ( $p < 0,05$ )). Изменения в личной жизни произошли в приблизительно равном проценте случаев среди пациентов продолжающих, и не продолжающих лечение (5% vs 0%). Опыт пациента в отношении побочных эффектов не влиял на приверженность к лечению. Пациенты, отметившие улучшение своего самочувствия продолжали свое лечение достоверно чаще (100% vs 31% ( $p < 0,05$ ))

**Заключение:** Пациенты, поступавшие в стационар в экстренном порядке, имеют более высокую приверженность к лечению, чем поступавшие в плановом порядке. Пациенты, отмечающие улучшение самочувствия чаще продолжают терапию. Пациенты, отмечающие существенное ухудшение здоровья также чаще продолжают, или возобновляют регулярное лечение, чем пациенты, не отмечавшие таких изменений.

### ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ В ТЕРАПИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Шаклеин А.В., Трусов В.В., Аксенов К.В.  
ГОУ ВПО «ИГМА», МУЗ МСЧ «Ижмаиш»  
Ижевск, Россия

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является одним из наиболее распространенных природно-очаговых зоонозов, с острым началом и течением, высокой лихорадкой, тяжелой интоксикацией, характеризующийся полиорганной недостаточностью, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек. Оптимизация терапевтических мероприятий при острой почечной недостаточности у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом остается одной из актуальных задач современной медицины. В последние годы в клиническую практику внедряются новые методы эфферентной терапии, такие как гемодиализация. Гемодиализация – это аппаратная комбинация гемодиализа и гемодиализа, осуществляющая и конвективный и диффузный поток – процесс, максимизирующий удаление воды и растворенных в ней продуктов белкового метаболизма, гидрофобных средномолекулярных и низкомолекулярных соединений, среди которых множество высокотоксичных ксенобиотиков, обуславливающих высокий уровень эндогенной интоксикации у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

**Цель:** оценка эффективности гемодиализации (ГДФ) в лечении острой почечной недостаточности (ОПН) у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС).

**Материалы и методы:** 65 больным (59 мужчин и 6 женщин, средний возраст -  $32,3 \pm 2,7$

года) с ГЛПС и явлениями ОПН проводилась гемодиализация. Процедуры выполнялись на аппаратах 4008S («Fresenius», Германия) с дополнительной опцией «on-line», в режиме постдиализации с использованием биосовместимых высокопоточных гемодиализаторов «F60S». Средняя скорость кровотока составила 250-300 мл/мин, средняя продолжительность 5 часов. Процедура выполнялась в бикарбонатном режиме. Чистая ультрафильтрация (при волюметрическом контроле) достигала  $2,4 \pm 0,3$  л/процедуру, принимая во внимание, что общее количество ультрафильтрата, за процедуру ГДФ составило от 17 до 23 литров.

**Полученные результаты:** после проведения первой процедуры: ГДФ значительно улучшилось общее состояние пациентов, уменьшался болевой синдром, появлялся или возрастал диурез. При анализе ультразвуковой картины почек до и после ГДФ отмечено уменьшение толщины паренхимы почек ( $p < 0,01$ ), возрастание пиковой систолической ( $p < 0,05$ ), конечной диастолической ( $p < 0,01$ ) и объемной скорости кровотока ( $161,7 \pm 8,6 - 211,3 \pm 9,2$  мл/мин;  $p < 0,01$ ). Снижался индекс резистентности почечных артерий ( $0,92 \pm 0,01 - 0,72 \pm 0,02$ ;  $p < 0,01$ ). Проведение ГДФ сопровождалось коррекцией электролитного баланса крови, а также нормализацией теста на в2-микроглобулин в крови ( $9,4 \pm 1,2 - 3,3 \pm 0,5$  мг/л;  $p < 0,01$ ) и моче ( $p < 0,01$ ). Отмечена положительная динамика показателей микроциркуляторной гемодинамики, преимущественно за счет коррекции периваскулярных ( $p < 0,01$ ) и интраваскулярных изменений ( $p < 0,01$ ).

**Заключение:** процедура гемодиализации показана для скорейшего разрешения острой почечной недостаточности у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

### КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Эльбаева А.Д.  
Кабардино-Балкарский государственный  
университет  
Нальчик, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу самых распространенных в мире неинфекционных заболеваний и связана с высокой вероятностью осложнений, служащих причиной преждевременной инвалидности и смертности. Значительная часть больных АГ страдают одновременно и сахарным диабетом, развитию которого может способствовать высокий уровень артериального давления (АД) при эссенциальной АГ, приводящий к нарушению инсулиновой регуляции с последующей гипергликемией. При сочетании АГ и сахарного диабета риск сердечно-сосудистых осложнений повышается в 2-3 раза. Поэтому **актуальной** научной и практиче-