



## ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Шапова Н.Н, Омеляненко М.Г., Томилова И.К., Пахрова О.А.

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней, ИвГМА, г. Иваново

**Актуальность.** Психоэмоциональный стресс способствует развитию и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и гипертонической болезни. Одной из точек приложения воздействия стресса на сердечно-сосудистую систему, как в последнее время предполагают, является нарушение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД). При артериальной гипертензии эндотелиальная дисфункция является одним из проявлений заболевания и может иметь неблагоприятное прогностическое значение, а необходимость ее коррекции рассматривается как одна из задач лечения. Вполне возможно, что именно через потенцирование эндотелиальной дисфункции и происходит реализация патогенного влияния хронического стресса на развитие сердечно-сосудистой патологии. Однако данные литературы о воздействии стресса на показатели эндотелиальной функции являются достаточно противоречивыми, что свидетельствует о необходимости проведения более углубленных работ по изучению этой проблемы.

**Цель работы.** Оценить взаимосвязь особенности психоэмоционального статуса и эндотелиальной дисфункции у больных гипертонической болезнью.

**Материалы и методы.** На базе кардиоревматологического отделения ОГУЗ «Ивановская ОКБ» 44 больным гипертонической болезнью II стадии были проведены анкетирование, антропометрия и общее клиническое обследование. Анкетирование проводилось с помощью опросника Ридера по определению уровня стресса и психоэмоционального напряжения, опросника HADS по определению наличия тревожно-депрессивных состояний. Для оценки функционального состояния эндотелия выполнялось определение суммарной концентрации нитрит- и нитрат-ионов (NOx), количества циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови (ДЭ), проба с реактивной гиперемией (D.S.Celestaajer и соавт.).

**Результаты.** В группе наблюдения оказалось 26 женщин и 18 мужчин, средний возраст обследуемых составил 52,9±4,9 лет. Психоэмоциональный статус обследуемых характеризовался наличием тревожно-депрессивного синдрома (ТДС) у 25% пациентов, при этом высокий уровень стресса наблюдался у 20,5% опрошенных, средний и низкий - у 45,5% и 34% соответственно. Клинически выраженные формы HADS-тревоги встречались у 13,6% респондентов, субклинические - в 25% случаев. Клинически выраженные формы HADS-депрессии выявлены у 15,6% пациентов, субклинические - у 22,7%. Положительная проба с реактивной гиперемией, свидетельствующая о нарушении ЭЗВД, выявлена у 56,8% обследованных. NOx в группе наблюдения в целом была значимо ниже по сравнению с группой контроля (192,3±20,6 мкмоль/л и 244,8±62,3 мкмоль/л соответственно; p<0,05). ДЭ у больных с ГБ оказалось значимо выше по сравнению с группой контроля (6,6±2,5 кл/100мкл и 3,2±1,1 кл/100мкл

соответственно; p<0,05). У больных с ТДС выявлено снижение уровня NOx (185,3±21,63 мкмоль/л) и повышение ДЭ до 7,6±2,9 кл/100мкл (с контролем достоверны различия всех показателей; p<0,05). У лиц с клиническими формами HADS-тревоги уровень NOx, количество ДЭ значимо различалось по сравнению с нормой в группе наблюдения (175,3±17,8 мкмоль/л и 196,5±21,6 мкмоль/л соответственно, 9,0±1,4 кл/100мкл и 5,52±2,1 кл/100мкл соответственно; p<0,05). Дисфункция эндотелия наблюдалась у лиц с более высоким уровнем стресса, тревоги и депрессии. Пациенты без нарушений ЭЗВД имели более низкие показатели стресса, депрессии и тревоги, (p<0,05). Нарушения ЭЗВД наблюдались у всех больных с клиническими формами HADS-депрессии и HADS-тревоги, что значимо различалось по сравнению с нормой HADS-депрессии и HADS-тревоги в группе наблюдения, где нарушения ЭЗВД встречались в 35,7% и 37,7% случаев соответственно (p<0,05).

**Выводы.** Наличие у больных ГБ клинических форм ТДС, HADS-депрессии и HADS-тревоги, высокого уровня стресса ассоциировано с нарушениями ЭЗВД, снижением уровня NOx и повышением ДЭ. Выявленная взаимосвязь нарушений психоэмоционального статуса и эндотелиальной дисфункции требует не только психоэмоциональной коррекции, но и терапевтического воздействия на эндотелиальную дисфункцию.

## 327. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Щербакова А.Г.

Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань, Россия.

Крупные эпидемиологические исследования среди общей популяции убедительно продемонстрировали, что гипертрофия левого желудочка является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, своеобразным маркером повышенной летальности. В формировании гипертрофии левого желудочка принимают участие «традиционные» и «нетрадиционные» факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (связанные со снижением функции почек).

**Цель исследования.** Изучение формирования ремоделирования левого желудочка у пациентов хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии на стадиях хронической болезни почек.

**Материал и методы.** Обследовано 50 больных хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии, 25 пациентов с артериальной гипертонией, возникшей на 5 стадии хронической болезни почек.. Средний возраст пациентов находился в пределах 47±5,90 лет (М/Ж= 39/36). 1 группу составили 25 пациентов 1-2 стадий хронической болезни почек, 2 группу – 25 человек 3-4 стадий хронической болезни почек, 3 группу – 25 пациентов с 5 стадией хронической болезни почек. В группу контроля вошли 30 здоровых пациентов. Исследованы креатинин, мочевины сыворотки крови. Всем больным проводилась эхокардиоскопия.

**Результаты и их обсуждение.** Артериальное давление больных 1 группы составило 120,8±2,4/77,5±1,6 мм рт ст. 1 группа характеризуется показателями