

тяжести акне (10-25 комедонов на одной половине лица), 10-20 папулопустул (воспалительные элементы, клинические проявления папул гистологически являющиеся пустулами). Согласно оценочной таблицы степени тяжести различных типов акне Американской Академии Дерматологии группа исследуемых относилась также к группе средней тяжести течения болезни. В качестве средств для традиционной терапии и как составляющие комбинированной терапии использовались: косметические чистки; диета; третиноин (айрол, локацид); антибиотики (далацин-Т, зинерит); бензол пероксид (окси, бензакне); азелаиновая кислота (скинорен); антигистаминные средства (фенкарол, тавегил, диазолин, кетотифен); иммуностимулирующие препараты (левамизол, метилурацил); витамины (группы В, аскорбиновая кислота, А, Е, фолиевая и никотиновые кислоты); аутогемотерапия; ультрафиолетовое облучение; седативные средства (новопассит, персен, валериана); психомоторные средства (нозепам, тизерцин).

Для контроля состояния различных сфер деятельности и систем здоровых людей и больных акне исследовались гормональная сфера, вегетативная сфера, система крови, состояние кожи – показатель упруго-эластичных свойств кожи и психическая сфера. Многостороннее исследование предполагало определение концентрации опиоидных пептидов лей-энкефалинов и бета-энкефалинов в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Контроль состояния психологической сферы осуществлялся: по методике Айзенка (экстра-, интраверсия, нейротизм); по опроснику Тейлора – шкала личностной тревожности с использованием теста Спилберга-шкала реактивной тревожности.

У больных измерялось систолическое и диастолическое давление, частота пульса и состояние крови по показателям количества лейкоцитов, эозинофилы (в поле зрения), СОЭ (мм/час). Результаты обследования см. в табл. 3

Таблица 4

Используемые методы лечения и группы наружных средств у группы больных, принимавших общепринятые методы терапии

Методы лечения	Клинико-морфологические формы	
	Комедоновые	Папуло-пустулезные
Косметические чистки	+	+
Диета	+	+
Медикаментозное лечение:		
- третиноин (айрол, локацид)	+	+
- антибиотики (далацин – Т, зинерит)	-	+
- бензоил пероксид (ОКСИ, бензакне)	-	+
- азелаиновая кислота (скинорен)	+	+
Психотерапия	+	+
Физиотерапия	-	+

Объективно выявленные психологические дисфункции проявлялись различными патологическими состояниями. В частности, у некоторых больных имело место проявление депрессивных состояний: подавленное настроение, пессимизм. Часть больных страдала неврозом навязчивых состояний: постоянная тревога, волнение. Отдельные пациенты испытывали приступы агрессивности и раздражительности. Неврастения (синдром раздражительной слабости) проявилась быстрой утомляемостью, апатией, снижением интереса ко всем происходящим событиям. Таким образом, при исследовании психологического статуса больных акне выявлено повышение эмоциональной нестабильности – увеличение значения показателей невротизма, ситуативной и личностной тревожности. Это говорит о явном негативном влиянии заболевания на психоэмоциональную сферу больного.

При анализе табл. 3 обращает на себя внимание наличие выраженных сдвигов в психоэмоциональной сфере и системе крови за счет наличия у больных симптомов очередного обострения болезни. Терапию по общепринятым методикам принимали 40 человек, находящихся на амбулаторном лечении. В таблице 4 приведен перечень препаратов и способов традиционных методов лечения, примененных к больным с различными клинико-морфологическими формами.

Из табл. 4 видно, что использование препаратов и методов терапии происходило согласно этиопатогенетическим принципам. Помимо наружных средств, применялись антигистаминные средства (фенкарол, тавегил, диазолин, кетотифен), иммуностимулирующие препараты (левамизол, метилурацил). Использовались витамины (группы В, аскорбиновая кислота, А, Е, фолиевая и никотиновая кислоты) Некоторым пациентам проводилась аутогемотерапия, группа больных получала ультрафиолетовое облу-

чение. Выявленные при исследовании психологического статуса изменения послужили основами для включения в комплекс общепринятых лечебных мероприятий седативных (новопассита, персена, валерианы) и психомоторных средств (нозепам, тизерцин), оказывающих влияние на гипоталамус и лимбическую систему. Лечение, как правило, приводило к уменьшению невротических явлений, имеющихся у всех больных, устраняло наличие косметических дефектов, уменьшения или исчезновения сыпи, устраняло зуд кожи, чувство жжения.

Выводы. Состояние функций разного биологического качества у больных акне (психо-эмоциональной сферы, вегетативной, эндокринной сфер, системы крови, состояние упруго-эластических показателей дермы) характеризуется увеличением показателей интроверсии, нейротизма, личностной и ситуационной тревожности, снижением показателей упруго-диссипативных свойств дермы, увеличением показателей СОЭ, лейкоцитов. Лечение способствует быстрой нормализации показателей психо-эмоциональной сферы: уменьшению уровней ситуационной и личностной тревожности и смягчению устойчивых показателей личности.

Литература

1. Скрипкин Ю. и др. // Вестн дермат.– 1994.– № 2.– С. 3.
2. Фержетек О. Косметика и дерматология.– М: Медицина, 1990.
3. Шахмеев И.Я. и др. // Вестн дермат.– 1999.– № 1.– С. 19–22.
4. Bojar R.A. et al. // J Antimicrob Chemother.– 1994.– Vol. 34.– P.321–330.
5. Jansen J.J. et al. // Dermatol Ther.– 1998.– № 6.– P.7–17.
6. Plewig G. et al. Acne and Rosacea. 3rd edition Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 2000.

УДК: 616.12-008. 331.1: 616.155.191-021.3: 577.27

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

М.А. СТЕПЧЕНКО*

Истинная полицитемия (ИП) является системным заболеванием крови, однако, по характеру и частоте осложнений – это, также, сердечно-сосудистая патология [1]. В связи с интенсификацией патогенетической терапии больных ИП и существенным увеличением продолжительности их жизни, артериальная гипертензия (АГ) и ИБС во многом определяют прогноз данной категории больных, поэтому изучение механизмов развития сердечно-сосудистой патологии при ИП приобретает большое практическое значение. Клинические симптомы ИП условно можно разделить на обусловленные увеличением массы циркулирующих эритроцитов (МЦЭ), то есть плеторой; и вызванные пролиферацией гранулоцитов и тромбоцитов – так называемые миелоэритроцитарные симптомы. Увеличение МЦЭ и показателя гематокрита приводит к повышению вязкости крови, замедлению тока крови, стазам крови на уровне микроциркуляции, повышению периферического сопротивления [2, 3]. Формирование протромботических условий при АГ обусловлено изменением реологических свойств крови и адгезивных свойств эндотелия [4, 5].

В настоящее время широко обсуждается вопрос о роли эндотелиальной дисфункции (ЭД) в патогенезе сердечно-сосудистой патологии. Доказано, что увеличение вазоконстрикторных простагландин и свободных радикалов вызывает уменьшение активности NO. Однако еще остается множество вопросов о роли оксида азота, механизмах его влияния на формирование и течение артериальной гипертензии [6, 7]. Последствия ЭД при АГ существенны не только с точки зрения повышения сосудистого тонуса. Эндотелию принадлежит важная роль как в поддержании и нарастании АГ, так и развитии поражения органов-мишеней, являющегося важным этапом развития единого сердечно-сосудистого континуума [8]. Эндотелий является одно-

* ГОУ ВПО «Курский ГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Кафедра внутренних болезней №1

временно мишенью и медиатором сердечно-сосудистых болезней, изменения его функций наблюдают уже на ранних стадиях заболевания [9]. Использование диагностических тестов, позволяющих выявлять ранние изменения сосудов, дает возможность выделить пациентов с высоким риском прогрессирования сосудистых заболеваний и осуществлять мониторинг терапии. С этой точки зрения особый интерес представляет изучение функционального состояния эндотелия у больных АГ на фоне ИП.

Цель работы – изучение показателей эндотелиальной функции у больных АГ, ассоциированной с ИП.

Материалы и методы. Обследовано 77 больных ИП, из них 35 мужчин и 42 женщины в возрасте 39-64 лет (средний возраст 52,4±1,44 года). Средняя продолжительность ИП составила 9,26±3,21 года. У 22 больных с АГ II ст. диагностирована I стадия ИП, у 43 пациентов – II стадия, из них у 23 человек имела место миелоидная метаплазия селезенки (Wassermann L.R., Jilbert A.M., 1966г.). Длительность АГ колебалась от 6 месяцев до 12 лет. У 65 пациентов имела место АГ II степени, у 12 больных I ст. АГ на фоне начальной стадии ИП. АГ оценивали по классификации ВОЗ/МОГ (1999 г.). Группу сравнения составили 34 больных эссенциальной АГ I-II степени без сопутствующей патологии. Группа контроля была представлена 30 здоровыми донорами.

Из исследования были исключены пациенты с обострением ИП, другими формами симптоматической АГ, ИБС, сахарным диабетом, ХСН выше II ф.к. по NYHA, воспалительные заболевания любой локализации. Базисная терапия больных ИП включала комбинацию средств циторедуктивной терапии (гидроксимочевина) с кровопусканиями, а также дезагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота). Состояние эндотелиальной функции оценивали по уровню циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов (ЦЭК), содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (Amersham Pharmacia Biotech). Величину эндотелийзависимой вазодилатации определяли в пробе с реактивной гиперемией по методу Ивановой О.В. с соавт. (1998). Биохимические и функциональные методы исследования велись по общепринятым методикам. Данные подвергнуты статистической обработке по прикладным программам Microsoft Excel и Statistica 5,0 for Windows.

Таблица 1

Содержание циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов у больных АГ в сочетании с ИП

Группы обследованных	N	Показатель/ЦЭК (клеток/100 мкл)
Контроль	30	3,4±0,5
Больные АГ I-II ст.	34	6,6±0,7*
Больные АГ I ст. на фоне I ст. ИП	12	8,2±0,5* ^{1,2}
Больные АГ II ст. на фоне I ст. ИП	22	10,6±0,9* ¹⁻³
Больные АГ II ст. на фоне IIА ст. ИП	20	12,6±1,1* ¹⁻⁴
Больные АГ II ст. на фоне IIБ ст. ИП	23	14,8±1,5* ¹⁻⁵

Примечание: здесь и во всех последующих таблицах звездочкой * отмечены достоверные различия средних арифметических ($p < 0,05$), цифры рядом со звездочкой – по отношению к показателям какой группы эти различия достоверны

Результаты. В качестве одного из диагностических тестов, характеризующих состояние эндотелия сосудистой стенки, рассматривается определение количества циркулирующих десквамированных эндотелиальных клеток в крови (ЦЭК). Установлено повышение их содержания с нарастанием тяжести эндотелиальной дисфункции при различной патологии [10]. Представляло интерес изучение содержания ЦЭК у больных АГ, обусловленной ИП. У больных АГ, обусловленной ИП, выявлено нарастание эндотелиоцитемии параллельно тяжести ИП (табл. 1). Концентрация ЦЭК в сыворотке крови пациентов АГ I ст., ассоциированной с I ст. ИП, была на 58,6% выше в сравнении с контролем и на 20% превышала величину в группе сравнения. Наиболее высокое содержание ЦЭК было у больных АГ на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки (14,8±2,5 кл/мкл, $p < 0,05$). Содержание ЦЭК у больных этой группы было в 1,2 раза выше по сравнению с больными АГ на фоне IIА ст. ИП и на 44,6% ($p < 0,05$) превышало этот показатель у лиц с АГ II ст., ассоциированной с начальной стадией ИП. Выявлено достоверное нарастание эндотелиоцитемии у больных АГ с ростом длительности ИП. Более высокий уровень ЦЭК (24,8±1,2 кл/мкл,

$p < 0,01$) был у больных АГ с ИП >7 лет. Исследования показали повышенное содержание ЦЭК, являющихся одним из маркеров повреждения сосудистой стенки у больных АГ, обусловленной ИП, увеличивающееся с тяжестью и длительностью течения ИП.

В качестве маркера эндотелиальной функции при сердечно-сосудистой патологии рассматривается уровень эндотелиальных пептидов в плазме крови. Эндотелиальные пептиды – эндотелины (ЭТ) являются одними из наиболее мощных вазоактивных веществ. Эндотелин оказывает вазоконстрикторное действие и влияет на метаболические процессы. Большое значение придается способности эндотелина контролировать эндотелийнезависимую вазоконстрикцию при нарушении механических свойств эндотелия [2, 15]. Эндотелин потенцирует процессы роста и дифференцировки тканей. Есть доказательства его участия в процессах оксидантного стресса и апоптоза [11, 12]. В этой связи оценка содержания эндотелина в плазме крови может иметь важное практическое значение при выделении групп высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ, ассоциированной с ИП. Установлено достоверно более высокое содержание ЭТ-1 у больных АГ, обусловленной ИП (10,5±0,8 нг/л, $p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой и больными эссенциальной АГ (4,36±0,5 нг/л и 8,42±1,3 нг/л соответственно). При этом выявлено увеличение уровня ЭТ-1 параллельно тяжести ИП (табл. 2). В группе больных АГ II ст. на фоне I ст. ИП уровень ЭТ-1 был ниже, чем в стадии прогрессирования заболевания (при IIА ст. ИП). Максимум ЭТ-1 (19,9±0,7 нг/л, $p < 0,05$) определен у больных АГ II ст. на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки. Установлен рост уровня ЭТ-1 у больных АГ параллельно длительности течения ИП. Наибольшая концентрация ЭТ-1 была в группе больных АГ с анамнезом ИП >7 лет (22,4±1,2 нг/л, $p < 0,01$).

Таблица 2

Содержание ЭТ-1 у больных АГ на фоне ИП

Группы обследованных	n	Содержание ЭТ-1 (нг/л)
Контроль	30	4,36±0,58
Больные АГ I-II ст.	34	8,42±1,3*
Больные АГ I ст. на фоне I ст. ИП	12	10,5±0,8* ^{1,2}
Больные АГ II ст. на фоне I ст. ИП	22	12,8±1,2* ¹⁻³
Больные АГ II ст. на фоне IIА ст. ИП	30	16,8±1,6* ¹⁻⁴
Больные АГ II ст. на фоне IIБ ст. ИП	33	19,9±0,7* ¹⁻⁵

При длительном воздействии повреждающих факторов, таких, как воспаление, гемодинамическая нагрузка происходит постепенное истощение и извращение компенсаторной «дилатирующей» способности эндотелия, и «ответом» эндотелиальных клеток на обычные стимулы становится продукция вазоконстрикторных медиаторов, в т.ч. эндотелина-1, гиперпродукция которого обуславливает развитие вазоконстрикции и пролиферации, вызывающих прогрессирование эндотелиальной дисфункции, что имеет место у больных при сочетании АГ и ИП. Наряду с лабораторными тестами наиболее распространенным методом оценки эндотелиальной функции является изучение сосудодвигательной реакции плечевой артерии с использованием ультразвука [13]. При оценке вазорегулирующей функции эндотелия степень ЭЗВД у больных АГ II ст. на фоне ИП была достоверно ниже показателей контроля, группы сравнения и величины ЭЗВД у больных АГ I ст., ассоциированной с начальной стадией ИП, данные показатели соответственно составили 2,6±1,3%, 10,5±2,3%, 5,4±1,7% и 4,2±1,2%. У пациентов АГ II ст. на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки относительное расширение плечевой артерии было наименьшим (1,9±1,3%, $p < 0,05$) в сравнении с величиной ЭЗВД в других группах. При изучении вазорегулирующей функции эндотелия у больных АГ с различной длительностью ИП, наименьшее значение ЭЗВД установлено у больных АГ с анамнезом ИП более 7 лет (1,6±2,3%, $p < 0,01$).

По данным литературы [14], нормальной реакцией плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией считается вазодилаторный ответ более 10%. Вазодилатация менее 10%, а также парадоксальная вазоконстрикция свидетельствуют о нарушении сосудодвигательной функции эндотелия. ЭЗВД более 10% была зарегистрирована только у 3 (3,9%) больных АГ, обусловленной ИП. У 56 (72,7%) больных с сочетанной патологией диаметр плечевой артерии во время реактивной гиперемии увеличивался

менее, чем на 10%, что свидетельствует о наличии у больных этой группы сосудодвигательной дисфункции. Следует отметить, что у 16 (20,8%) обследованных пациентов АГ на фоне ИП, имевших ЭЗВД менее 10%, наблюдалась парадоксальная вазоконстрикция, а у 2 (2,6 %) человек диаметр плечевой артерии во время реактивной гиперемии не изменялся. Таким образом, у больных АГ, обусловленной ИП, преобладала недостаточная вазодилатация. Отметим прогрессирование нарушений вазорегулирующей функции эндотелия сосудистого русла у больных АГ с увеличением длительности течения ИП. Определение зависимости между величиной ЭЗВД и лабораторными маркерами эндотелиальной функции сосудов – ЭТ-1 и ЦЭК у больных АГ на фоне ИП установило прямую корреляционную связь между уровнем ЭТ-1, ЦЭК ($r = 0,79$, $p < 0,01$) и обратной зависимости между этими показателями и ЭЗВД ($r = -0,8$, $p < 0,01$; $r = -0,57$, $p < 0,01$).

Проведенные исследования показали наличие эндотелиальной дисфункции у больных АГ, ассоциированной с ИП, характеризующейся нарушением вазорегулирующей функции эндотелия, гиперпродукцией ЭТ-1, ростом уровня эндотелиоцитемии. Данные изменения прогрессируют с тяжестью и длительностью ИП.

Литература

1. А.И. Мартынов и др. Сердечно-сосудистая патология при истинной полицитемии. – М: ГЭОТАР- МЕД. 2004. – С. 71.
2. Е.В. Шляхто и др. // Тер. архив. – 2004. – № 6. – С. 51–58.
3. P. Venegoni, G. Cyprus. // Heart. Inst. – 1994. – №3. – Р. 198.
4. Клиническая онкогематология / Под ред. М.А.Волковой. – М.: Медицина, 2001. – С.272–290.
5. H. Shimokawa. // J. Atheroscl. Thromb. – 1998. – №4. – Р. 118.
6. Сидоренко Б.А., Затеищikov Д.А. // Кремлевская медицина. – 1999. – № 2. – С. 18–24.
7. Карпов А.Ю. // Серд. недостат. – 2005. – Т. 1(3). – С. 22–24.
8. Ajmani R.S. // Clin. Hemorheol. Microcirc. – 1997. – Vol.17(6). – С. 397–420.
9. Beauchamp Ph. et al. // Circulation. – 1999. – № 5. – Р. 541.
10. Hills Y. et al. // Am. Heart. J. – 2002. – Vol.143. – Р. 235.
11. Балковская Л.Б. // Медицина сегодня и завтра. – 1999. – №1. – С. 31–39.
12. Бабак О., Тончий И. // Укр. тер. ж. – 2004. – № 4. – С. 10.
13. Celermajer D.S. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 1994. – Vol.24. – Р. 1468–1474.
14. Затеищikова А.А., Затеищikov Д.А. // Кардиол. – 1998. – № 9. – С. 68–90.

УДК: 616.12-008. 331.1: 616.155.191-021.3: 577.27

НАЧАЛЬНЫЕ СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ

Е.В. ГАЛИЦКАЯ*, В.Ю. ГРИГОРЬЕВ*, В.Р. ГРИЦЕНТЕР**

Ежегодно в нашей стране умирает от артериальной гипертензии (АГ) и её осложнений более полумиллиона человек [4]. Одна из причин такого положения состоит в неоправданно поверхностном отношении, как больных, так и некоторых врачей к пограничной и так называемой мягкой АГ [3, 5]. В силу своей распространенности она обуславливает развитие более половины мозговых катастроф [1, 4, 6]. При обсуждении аспектов проблемы начальных стадий АГ в молодом возрасте к факторам риска её возникновения относят, прежде всего, длительные физические и психоэмоциональные перегрузки, а также наличие хронических заболеваний, которые ведут к стойкому вегетативному дисбалансу и нарушению механизмов регуляции системного артериального давления. В этом плане особого внимания заслуживает хронический болевой синдром в спине, существование которого связывают, как правило, с остеохондрозом позвоночника. Являясь одним из наиболее распространенных заболеваний, остеохондроз позвоночника поражает преимущественно лиц молодого возраста (30–55 лет), возникает чаще у мужчин, отличается рецидиви-

рующим и стойким течением даже при современном лечении. Одновременно имеется большое число клинических наблюдений, говорящих о негативном влиянии хронического болевого синдрома при патологии позвоночника на вегетативный статус организма и течение висцеральной патологии [2]. Логично предположить, что длительное сохранение в таких случаях вегетативной дисфункции может постепенно привести к нейроэндокринному дисбалансу и повысить вероятность дебюта АГ. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствуют данные о патогенетической роли хронического болевого синдрома в спине в формировании клинических особенностей начальных стадий АГ, которые могли бы стать теоретической основой для разработки методических рекомендаций по её первичной и вторичной профилактике.

Цель исследования – изучение клинко-функциональных особенностей начальных стадий артериальной гипертензии у молодых мужчин с хроническим болевым синдромом в спине.

Материал и методы исследования. Материалом для настоящего исследования, послужили данные, полученные при комплексном, динамическом наблюдении (стационарном и амбулаторном) за 128 молодыми мужчинами с установленным диагнозом гипертонической болезни I стадии. Из них в основную группу вошли 92 человека (средний возраст $28,5 \pm 3,2$ лет) у которых наряду с АГ в ходе обследования были выявлены признаки остеохондроза позвоночника. В группу сравнения были включены 36 человек (средний возраст $26,7 \pm 2,7$ лет) у которых АГ не сочеталась с патологией позвоночника. Контрольную группу составили 17 практически здоровых мужчин (средний возраст $23,8 \pm 1,3$ лет). Все обследованные были сотрудниками силовых подразделений, профессиональная деятельность которых связана с систематическим психоэмоциональным и физическим перенапряжением, а также воздействием неблагоприятных факторов среды. В работе применен комплекс методов исследования, предусмотренных стандартами обследования больных с гипертонической болезнью и остеохондрозом позвоночника, а также необходимых для исключения патологии внутренних органов, которая могла бы обусловить у пациентов гипертонический синдром. Данные обрабатывали статистически с использованием t -критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Результаты. У большинства обследованных мужчин основной группы (86 чел. – 93,4%) хронические боли в спине были невертеброгенного происхождения, так как убедительных рентгенологических признаков дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника у них не выявлено. Установлено, что приоритетными в генезе болевого синдрома были миофасциальный и миотонический синдромы, значительно меньше – радикулопатия, а также дисфункция позвонков. Частота этих синдромов и их сочетаний в проекции каждого отдела позвоночника была различной: шейный – 28%, грудной – 30%, поясничный – 28%, пояснично-крестцовый – 43%. На этом фоне частота хронического болевого синдрома, одновременно существующего в проекции различных отделов позвоночника была представлена иными соотношениями: шейный + грудной + поясничный + пояснично-крестцовый – 28% случаев; шейный + грудной + пояснично-крестцовый – 15%; грудной + поясничный + пояснично-крестцовый – 17%; пояснично-крестцовый – 14%. Длительность верифицированной артериальной гипертензии у всех обследованных была сопоставимой ($3,8 \pm 1,6$ лет). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в основной группе мужчин был зарегистрированы, как правило, достоверно чаще чем в группе сравнения: ЭКГ и ЭхоКГ-признаки гипертрофии левого желудочка (13% и 5,6% случаев соответственно); изменения на глазном дне в виде ангиопатии сетчатки (19,6% и 11,1% соответственно); эпизодическое повышение (120–135 ммоль/л) сывороточного креатинина только у 5 пациентов основной группы (5,4% случаев). При проведении суточного мониторирования артериального давления у мужчин с хроническим болевым синдромом выявлены достоверно более высокие значения индексов времени повышенной нагрузки в организме систолическим и диастолическим давлением, как днем, так и ночью. О нарушении вегетативной регуляции артериального давления у данной категории лиц говорило соотношение его уровней в дневное и ночное время. Установлено преобладание среди них лиц с недостаточным снижением артериального давления (non dipper) в ночное время (21,7% и 13,9% соответственно), а также имевших повышение артериального давления (night dipper) в это время суток

* Саратов, 410028, ул. Б. Затонская, 3. Поликлиника Управления Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по Саратовской обл.
Саратов, 410010, ул. Артиллерийская, 2. ГОУ ВПО Саратовский военно-медицинский институт, телефон (8452) 69-22-95; факс (8452) 26-36-76