

Заключение. Таким образом, терапия аторвастатином в дополнение к стандартной терапии ХСН у больных ДКМП в течение 6 месяцев ассоциировалась с улучшением клинического состояния, функции сердца и повышением толерантности к физическим нагрузкам при уменьшении размеров сердца и значимом увеличении сократительной способности ЛЖ. Указанные изменения ассоциировались со снижением уровней СРБ и холестерина, однако чрезмерного снижения холестерина (Хс-ЛПНП ниже 1,3 ммоль/л) не зафиксировано ни у одного пациента. При этом лечение аторвастатином было безопасным – не вызывало побочных эффектов и не повлекло прекращения лечения.

Литература

1. Cleland, J.G. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis / J.G. Cleland, K. Swedberg, F. Follath [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol.24, № 5. – P. 442-463.

ПЛЕОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Н. П. КЕЧЕДЖИЕВА, В. Ю. МАРЕЕВ,
А. В. СЫЧЕВ, Д. Н. ФИЛАТОВ, О. Ю. НАРУСОВ

Ключевые слова: дилатационная кардиомиопатия, клиника, функциональный класс, статины

2. Gissi-Hf Investigators. Effect of rosuvastatin in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial // Lancet. – 2008.
3. Horwich, T. Statin therapy is associated with improved survival in ischemic and non-ischemic heart failure / T. Horwich, W.R. MacLellan, G. Fonarow // J.Am.Coll.Cardiol. – 2004. – Vol.43, № 4. – P. 642–648.
4. Node, K. Short-term statin therapy improves cardiac function and symptoms in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy / K. Node, M. Fujita, M. Kitakaze [et al.] // Circulation. – 2003. – Vol. 108. – P. 839–843.
5. Solar, S. Atorvastatin improves left ventricular systolic function and serum markers of inflammation in nonischemic heart failure / S. Solar, M.Q. Mir, S. Lerakis, N. Tandon, B.V. Khan // J. Am. Coll. Cardiol. – 2006. – Vol.47. – P. 332–337.

ATORVASTATIN PLEIOTROPIC EFFECT IN PATIENTS WITH DILATED CARDIOMYOPATHY

KECHEDZHIEVA N. P., MAREYEV V. YU.,
SYCHOV A. V., FILATOV D. N., NARUSOV O. YU.

Key words: dilated cardiomyopathy, clinical state, functional class, left ventricular ejection fraction, statins

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.142.2. 616.12-008.341:07

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

О. И. Ждамарова, Л. Н. Елисеева, Аль-Кухали Нассер Али Саллех
Кубанский государственный медицинский университет

Гипертоническая болезнь (ГБ) как потенциально устранимый фактор риска наиболее тяжелых и инвалидизирующих осложнений сердечно-сосудистых заболеваний привлекает внимание в аспекте изучения особенностей развития и возможности коррекции. Наименее изучены гендерные проблемы ГБ [2,5], а также первичное и опосредованное изменение почечного кровотока [1], особенно в венозном отделе, что и явилось целью нашего исследования.

Материал и методы. Обследовано 56 женщин (Ж) и 83 мужчины (М) с нормальным АД (38,22±10,1 года – контрольная группа), а также 56 Ж и 172 М с впервые выявленной или нелеченной систематической ГБ I-II. В ис-

следование включали только тех больных ГБ, которые в течение 2-3 недель до его начала не принимали антигипертензивных препаратов длительного действия и/или в предшествующие 48 часов препаратов даже короткого действия, или вообще не принимали никакой терапии.

Ультразвуковое исследование магистральных сосудов почек осуществлялось многочастотным датчиком конвексного формата на ультразвуковом сканере «PHILIPS» HD-11 XE в В-режиме, импульсно-волновом и цветовом доплеровском картировании. При задержке дыхания на неполном выдохе оценивали индекс резистентности (RI) в артериях, максимальную ($V_{\text{ven}}^{\text{max}}$) и минимальную ($V_{\text{ven}}^{\text{min}}$) венозную скорости кровотока и разницу между ними (dV_{ven}) [Патент на изобретение № 2373856 от 27.11.2009]. Учитывали гендерные особенности изменений всех параметров. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. Некоторые исследователи ранее обнаружили слабую корреляцию нарушений артериального кровотока в почках с возрастом [3], но венозный кровоток при этом не изучали.

У обследованных нами пациентов с нормальным АД гендерные различия в почечном кровотоке касались максимальной скорости в магистральной почечной артерии (ПА) при однозначных RI в ПА ($p>0,05$) и отсутствии корреляции с возрастом ($r = 0,15$). Наруше-

Ждамарова Ольга Ильинична, аспирант кафедры факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета, врач поликлиники № 1 МЧС Управления ФСБ России по Краснодарскому краю, тел.: 89280448072, (861) 2528047; e-mail: Oijdamar@mail.ru

Елисеева Людмила Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета, тел.: 89184375925; e-mail: Yeliseyeva@mail.ru

Аль-Кухали Нассер Али Саллех, аспирант кафедры факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета, тел.: (861) 2683691

ние оттока в почечной вене (ПВ) при нормальном АД выявлялось чаще слева как у Ж (16 % случаев против 5,4 % справа и 5,4 % с обеих сторон), так и у М (соответственно 18 %, 2,4 %, и 3,6 %).

При I стадии ГБ у Ж отмечались достоверно более высокие показатели максимальной скорости в магистральной ПА (соответственно справа $82,57 \pm 1,32$ см/с и слева $80,8 \pm 1,39$ см/с, против $77,7 \pm 1,12$ см/с и $76,78 \pm 1,14$ см/с. у М) и более низкая минимальная скорость в магистральных ПВ. В группе пациентов со II стадией ГБ различия в максимальной скорости в артериях между М и Ж стираются, но показатели RI в ПА у Ж достоверно выше (справа RI = 0,647, слева 0,650, у М – 0,624 и 0,632 соответственно), что ассоциировано с нарушением венозного оттока (у Ж dV_{ven} справа 20,76 см/с, слева 22,27 см/с, против 18,13 см/с и 19,93 см/с у М; $p < 0,005$). Наличие ожирения достоверно повышает RI в артериальном кровотоке как у М, так и у Ж, а положительная корреляция между частотой нарушений почечного кровотока и возрастом при ГБ увеличивается в 2 раза ($r = 0,34$).

Изолированные нарушения венозного оттока в одной почке встречались у М и Ж в равных возрастных группах с одинаковой частотой. Двустороннее нарушение венозного оттока у Ж определено в 1,8–1,7 раза чаще, чем у М в возрастных группах 40–49 лет и 50–59 лет и сочеталось с более высокими значениями RI в почечных артериях. Другие авторы также обнаруживали, что у женщин индексы резистентности в ПА выше, чем у мужчин, но почечный венозный кровоток при этом не исследовался, и причина данного явления не нашла своего объяснения [4].

При ожирении (ИМТ ≥ 30) у М в 2,5 раза чаще выявляется нарушение оттока по правой ПВ, а у Ж наряду с более частым (в 1,8 раза) нарушением оттока по правой ПВ определяется в 2,3 раза чаще двустороннее нарушение оттока в сравнении с лицами того же пола при нормальной массе тела.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

О. И. ЖДАМАРОВА, Л. Н. ЕЛИСЕЕВА,
АЛЬ-КУХАЛИ НАССЕР АЛИ САЛЛЕХ

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальный и венозный почечный кровоток, возрастно-половые особенности

Заключение. Таким образом, более значительные гендерные различия почечного кровотока появляются после 40 лет, а также у больных гипертонической болезнью с ожирением. При этом у женщин, в отличие от мужчин, чаще выявляется двустороннее нарушение венозного оттока из почек, что сопровождается и более высокими индексами резистентности в артериях почек. Данный факт, вероятно, может влиять на реализацию антигипертензивного эффекта отдельных медикаментозных средств.

Литература

1. Нанчикеева, М.Л. Эндотелиальная дисфункция и ремоделирование внутрисосудов как основа формирования гипертонической нефропатии / М.Л. Нанчикеева, Л.В. Козловская, В.В. Фомин, В.В. Рамеев, М.Н. Буланов // Ультразвук. и функц. диагн. – 2009. – № 5. – С. 84–94.
2. Чазова, И.Е. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в пери- и постменопаузе: консенсус российских кардиологов и гинекологов / И.Е. Чазова, В.П. Сметник, В.Е. Балан [и др.] // Системные гипертензии. Consilium medicum. – 2008. – Т. 10, № 6. – С. 5–16.
3. Kaiser, C. Age dependency of intrarenal resistance index (RI) in healthy adults and patients with fatty liver disease / C. Kaiser, M. Gotzberger, N. Landauer, C. Dieterle [et al.] // Eur. J. Med. Res. – 2007. – Vol. 12, № 5. – P. 191–195.
4. Rivolta, R. Variability of renal echo-Doppler measurements in healthy adults / R. Rivolta, L. Cardinale, A. Lovaria, F.Q. Di Palo // J. Nephrol. – 2000. – Vol. 13, № 2. – P. 110–115.
5. Stramba-Badiale, M. Gender-specific prescription for cardiovascular diseases? / M. Stramba-Badiale, S.G. Priori // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26, № 16. – P. 1571–1572.

AGE AND SEX RELATED FEATURES OF ARTERIAL AND VENOUS RENAL BLOOD FLOW IN ESSENTIAL HYPERTENSION

ZHDAMAROVA O. I., YELISEYEVA L. N., AL-
QUHALI NASSER ALI SALEH

Key words: essential hypertension, arterial and venous renal blood flow, age-sex features

© Н. В. Агранович, С. А. Кнышова, 2011
УДК 616.61-002.3:575.74

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Н. В. Агранович, С. А. Кнышова

Ставропольская государственная медицинская академия

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: 89624430450

Кнышова Светлана Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: 89054256003; e-mail: knyshova_s@mail.ru

Хотя старость – не болезнь и не диагноз, не вызывает сомнения, что в ходе старения организма происходит накопление патологических изменений практически во всех органах и системах. С возрастом увеличивается как частота заболеваний, в частности, почек, так и растет смертность от них [4,5]. По данным зарубежных и отечественных нефрологов, наиболее