

## СТРУКТУРА, КАЧЕСТВО СНА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Устян Ц. Д., Матевосян А. К., Зелвеян П. А.

Центр превентивной кардиологии. Ереван, Армения

### Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования явилось изучение влияния структуры и качества сна на структурные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и артериальной гипертонией (АГ).

### Материал и методы:

В исследование включены 140 больных (средний возраст  $46,0 \pm 1,0$  лет, 111м и 29ж) мягкой и умеренной формами АГ. Все пациенты проходили ночное полисомнографическое исследование (EMBLA N7000, Somnologica v.4.0, EMBLA System, Inc.) и были разделены на две группы: I группа – 86 больных (средний возраст  $46,4 \pm 1,2$  лет, 69м и 17ж) с АГ и СОАС и группа II – 54 больных (средний возраст  $45,3 \pm 1,7$  лет, 42м и 12ж) только с АГ. Эхокардиографическое исследование сердца проводилось в секторальном режиме («Sonos 5500», «Hewlett Packard»), структурно-морфометрические показатели оценивались по методу Teinholz. Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) определялась по формуле Devereux R., et al. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Критериями гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) считали для мужчин  $>125$  г/м<sup>2</sup>, для женщин –  $>110$  г/м<sup>2</sup>. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы «SPSS v17.0» (SPSS Inc.) Для оценки межгрупповых различий ( $M \pm m$ ) применяли параметрический непарный t-критерий Стьюдента. Для определения линейной связи количественных признаков применялся коэффициент корреляции Пирсона. При сравнении частоты неблагоприятных изменений применяли точный тест Фишера, для выяснения относительной значимости ряд показателей в плане развития структурных изменений ЛЖ – метод многофакторного регрессионного анализа. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, длительности АГ, индексу массы тела, клиническим значениям систолического и диастолического АД. У больных с выраженными нарушениями структуры сна выявлялись достоверно более высокий ИММЛЖ ( $p < 0,01$ ), а также высокая встречаемость ГЛЖ (87 и 48% случаев соответственно,  $p < 0,05$ ). В группе I во время сна статистически достоверные взаимосвязи были выявлены между индексом пробуждения и ИММЛЖ ( $p < 0,05$ ). В группе больных с АГ и СОАС показатели толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ – отрицательные корреляционные взаимосвязи были выявлены между продолжительностью REM фазы сна и положительные – между пропорцией S1 и S2 стадии сна. Проведенный многофакторный регрессионный анализ позволил выделить предсказательную ценность не только показателей, характеризующих структуру сна, но и качество сна в отношении структурных изменений миокарда ЛЖ. Множественный коэффициент корреляции при включении в уравнение ре-

грессии показателей REM и NREM фаз сна составил  $R=0,39$  ( $R^2=0,16$ ,  $p < 0,05$ ), а при добавлении в уравнение регрессии «индекса пробуждения» множественный коэффициент корреляции возрастал до  $R=0,44$  ( $R^2=0,21$ ,  $p < 0,02$ ).

### Заключение:

У больных с СОАС и АГ качество сна достоверно взаимосвязано со структурными изменениями миокарда ЛЖ. Очевидно, что нарушение структуры сна (нарушение пропорции REM, NREM и медленноволновой фазы сна) потенцирует симпатотонический эффект микро- и макропробуждений и имеет аддитивное влияние на ремоделирование миокарда ЛЖ.

## РАЗРЫВ МЕЖДУ РЕЗУЛЬТАТАМИ САМООЦЕНКИ И СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АРМЕНИИ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Зелвеян П. А.<sup>1</sup>, Подосян Г. А.<sup>1</sup>, Дгерян Л. Г.<sup>2</sup>, Андреасян Д. М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Центр превентивной кардиологии

<sup>2</sup>Ереванский Государственный медицинский университет им. М. Гераци

<sup>3</sup>Национальный институт здравоохранения им С.Х. Авдалбекяна, Ереван, Армения

### Введение (цели/задачи):

Цель данного исследования – оценка разрыва между результатами самооценки и скринингового исследования (СИ) населения Армении с неконтролируемой артериальной гипертонией (АГ).

### Материал и методы:

В рамках программы «Оценка деятельности системы здравоохранения» во всех 10 областях Армении и в г. Ереване проведено одномоментное, выборочное обследование домашних хозяйств. Была использована многоступенчатая, стратифицированная, случайная кластерная, репрезентативная выборка. Объем выборки включал 1600 респондентов в возрасте от 15 лет и старше, 39 респондентов были исключены из окончательного анализа из-за отсутствия необходимых зарегистрированных данных и всего 1561 человек включен в данное исследование (степень отклика составила 97,6%). Стандартизированный опросник был заполнен обученными врачами во время индивидуального собеседования. В опросник были включены демографические данные, возраст, место жительства, уровень образования, вопросы, касающиеся условий жизни и факторов риска. Антропометрическое исследование включало измерение массы тела, роста, окружности талии и бедер, инструментальное – определение артериального давления (АД). Наличие АГ определялось при наличии систолического и диастолического АД (САД/ДАД)  $\geq 140/90$  мм рт.ст. или наличии антигипертензивного лечения (АГЛ).

### Результаты:

Согласно результатам исследования, 495 участников (31,7%) обследуемой группы отметили, что у них был поставлен диагноз АГ, причем 313 (63,2%) пациентов принимали АГЛ. По данным самооценки об эффективности своего АГЛ 236 участников (77,6%) считали, что у них АГЛ привело к снижению АД до целевых уровней, 5 пациентов (4,9%) затруднились с ответом и только 53 (17,4%) респондента заявили, что несмотря на медикаментозное АГЛ у них уровень АД не

контролируется. Проведенный скрининг показал, что только у 69 (22,7%) и 109 (35,9%) отмечаются целевые значения САД и ДАД соответственно. По сравнению с САД показатели контролируемого ДАД были значительно выше среди мужчин – 16,9 и 11,9%. Был выявлен статистически значимый разрыв между показателями самооценки и результатами СИ среди женщин для САД и ДАД – 41,5 и 32,1% соответственно. Возрастной анализ показал, что разрыв между самооценкой и скрининговыми показателями САД и ДАД отмечался только в возрастной группе 50–64 лет, 26,4% САД и 18,5% ДАД соответственно. Анализ данных по признаку место жительства показал, что разрыв между самооценкой и СИ по показателю АД наблюдается только среди городского населения. Анализ групп по образовательному уровню выявил разрыв между самооценкой и СИ – по показателю САД у больных со средним образованием (22,6%) и среди студентов (18,9%), при этом для ДАД – только у пациентов со средним (17,0%) образованием. Выявлена статистически достоверная разница значений САД (41,5%) и ДАД (26,7%) и самооценки среди респондентов с ожирением. У курящих респондентов отмечен разрыв на 4,4% по показателю САД. Чрезмерное употребление алкоголя и пищевой соли не являлось достоверным предиктором разрыва между показателями самооценки и скринингового исследования АД.

#### **Заключение:**

Фактически более чем у половины взрослого населения Армении обнаруживается неконтролируемая АГ, и почти половина из них не знают о наличии у себя высокого АД. Очевиден значимый разрыв между показателями самооценки и зарегистрированными случаями неконтролируемой АГ. В то же время показатели ДАД были значительно выше, чем САД. Важно, что 39% осведомленных лиц к тому же не получали регулярное АГЛ.

### **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Мелконян А. А., Устян Ц. Д., Зелвеян П. А.

*Центр превентивной кардиологии, г. Ереван, Армения*

#### **Введение (цели/задачи):**

Целью данного исследования явилось изучение влияния депрессивных расстройств на структурные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с артериальной гипертонией (АГ).

#### **Материал и методы:**

В исследование были включены 120 больных (87 мужчины) в возрасте от 29 до 62 лет с впервые выявленной или нелеченной АГ 1-й и 2-й степени по классификации ESH/ESC. Наличие и выраженность депрессии у всех пациентов были оценены по опроснику Гамильтона (Hospital Anxiety Depression Scale – HADS). Суммарный показатель в пределах 8–10 баллов считали субклинической тревогой/депрессией, более 10 баллов – клинически выраженной тревогой/депрессией. У всех исследуемых проводилось эхокардиографическое исследование сердца в секторальном режиме («Sonos 5500», «Hewlett Packard»). Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) определя-

лась по формуле Devereux R., et al. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Критериями гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) считали для мужчин >125 г/м<sup>2</sup>, для женщин – >110 г/м<sup>2</sup>. Для сбора и анализа данных использовалась статистическая программа «SPSS v17.0» (SPSS Inc.) Для оценки межгрупповых различий (M±m) применяли параметрический непарный t-критерий Стьюдента. Для определения линейной связи количественных признаков применялся коэффициент корреляции Пирсона. При сравнении частоты неблагоприятных изменений применяли точный тест Фишера. Достоверными считали различия при p<0,05.

#### **Результаты:**

Больные АГ были разделены на две группы: I группа – 34 больных с клинически выраженным депрессивным синдромом и группа II – 86 больных – без. Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, длительности АГ, индексу массы тела, клиническим значениям систолического и диастолического АД. У больных с клинически выраженным депрессивным синдромом выявлялись достоверно более высокий ИММЛЖ (p<0,05), а также высокая встречаемость ГЛЖ (70 и 51% случаев соответственно, p<0,05). В группе I были выявлены достоверные взаимосвязи между выраженностью депрессивных расстройств и толщиной межжелудочковой перегородки, задней стенки ЛЖ, независимо от степени выраженности АГ.

#### **Заключение:**

Выявлена достоверная взаимосвязь между выраженностью депрессии и структурными изменениями миокарда левого желудочка у больных с АГ независимо от ее выраженности. Очевидно, длительное психоэмоциональное напряжение является аддитивной причиной в ремоделировании ЛЖ у больных с АГ.

### **АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛЬДОНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Тер-Григорян В. Р.<sup>1</sup>, Кочарян Л. Л.<sup>2</sup>, Саргсян А. Ш.<sup>2</sup>, Акопян З. Н.<sup>3</sup>, Мелконян А. А.<sup>3</sup>, Зелвеян П. А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Медицинский центр «Наири»

<sup>2</sup> Медицинский центр «Сурб Григор Лусаворич»

<sup>3</sup> Центр превентивной кардиологии, Ереван, Армения

#### **Введение (цели/задачи):**

Цель исследования – оценить предполагаемую антиишемическую эффективность мельдония у больных со стабильной стенокардией напряжения и сахарным диабетом II типа.

#### **Материал и методы:**

В исследование включены 50 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II, III функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов и сахарным диабетом II типа, которые рандомизированы на две группы: I группа (25 пациентов), получавшая стандартное лечение ишемической болезни сердца (ИБС) (β-адреноблокаторы, Са2+ антагонисты, АПФ-ингибиторы, нитраты, статины, антикоагулянты) плюс мельдоний (Милдронат®, АО «Гриндекс») в дозе 500 мг/день в/в инъекции (10 дней) и внутрь 1000 мг/день в