

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Чазов Е.И.** Академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГУ РК НПК Росмедтехнологий
Оганов Р.Г. Академик РАМН, директор ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:

- Чазова И.Е.** Профессор, руководитель отдела системных гипертензий ФГУ РК НПК Росмедтехнологий
Бойцов С.А. Профессор, первый заместитель генерального директора ФГУ РК НПК Росмедтехнологий

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

- Наконечников С. Н.** Ученый секретарь ФГУ РК НПК Росмедтехнологий

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Арутюнов Г.П. (Москва) | Мычка В.Б. (Москва) |
| Архипов М.В. (Екатеринбург) | Никитин Ю.П. (Новосибирск) |
| Волкова Э.Г. (Челябинск) | Недогода С.В. (Волгоград) |
| Галявич А.С. (Казань) | Небиеридзе Д.В. (Москва) |
| Гринштейн Ю.И. (Красноярск) | Остроумова О.Д. (Москва) |
| Довгалецкий П.Я. (Саратов) | Ощепкова Е.В. (Москва) |
| Скворцова В.И. (Москва) | Подзолков В.И. (Москва) |
| Шестакова М.В. (Москва) | Поздняков Ю.М. (Жуковский) |
| Кательницкая Л.И. (Ростов-на-Дону) | Рогоза А.Н. (Москва) |
| Калинина А.М. (Москва) | Суслина З.А. (Москва) |
| Карпов Р.С. (Томск) | Терещенко С.Н. (Москва) |
| Карпов Ю.А. (Москва) | Чихладзе Н.М. (Москва) |
| Лопатин Ю.М. (Волгоград) | Шахиджанова С.В. (Москва) |
| Мартынов А.И. (Москва) | Шальнова С.А. (Москва) |
| Мартынюк Т.В. (Москва) | Перепеч Н.Б. (С.-Петербург) |
| Медведева И.В. (Тюмень) | |

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР
МЕРК ШАРП и ДОУМ



MSD

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

АСТРА ЗЕНЕКА
БЕРЛИН-ХЕМИ
БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ ФАРМА
НИКОМЕД
НОВАРТИС
САНОФИ-АВЕНТИС
СЕРВЬЕ
ШЕРИНГ-БАЙЕР

AstraZeneca 

 Boehringer
Ingelheim


 NOVARTIS

 **SERVIER**

 **БЕРЛИН-ХЕМИ**
МЕНАРИНИ

 **NYCOMED**

 **sanofi aventis**

 Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

СПОНСОРЫ

АКТАВИС

ЭЙЭНДИ

БРИСТОЛЬ-МАЙЕРС

СКВИББ

ВЕРВАГ ФАРМА

ГМБХ И КО.КГ

ГЕДЕОН РИХТЕР А.О

ЗЕНТИВА

КРКА

НТФ «ПОЛИСАН»

ОМРОН

ПЛИВА

ХРВАТСКА Д.О.О.

ПФАЙЗЕР ИНТЕРНЕЙШНЛ

СОЛВЕЙ ФАРМА

ТЕВА

ФАРМСТАНДАРТ

Ф.ХОФФМАНН-ЛЯ РОШ

ХЕМОФАРМ

ШВАРЦ ФАРМА

ЭББОТ

ЭГИС

МЕРК СЕРОНО С.А.

ВАЙНМАНН

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

МЕДИА МЕДИКА

дого возраста с АГ были достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,4 \pm 0,03$ против $0,38 \pm 0,05$ мм, $p=0,05$).

Заключение:

При анализе показателей эластичности аорты (СПВ и растяжимость) и ТИМ ОСА в группе подростков и лиц молодого возраста с АГ и группе контроля, наиболее информативными на наш взгляд, явились СПВ аорты и ТИМ ОСА. Их средние значения хотя и не превышали приводимых в литературе пороговых значений, указывающих на значимое поражение сосудистой стенки, но были достоверно выше в группе подростков и лиц молодого возраста с АГ по сравнению с контрольной группой, что может свидетельствовать о начальном нарушении эластических свойств уже на ранних стадиях развития заболевания.

5.30. ИЗМЕНЕНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Шарипов Р.А., Люсов В.А., Евсиков Е.М., Обруч В.С., Червякова Г.А., Машукова Ю.М.

РГМУ, каф. госпитальной терапии

Введение:

оценка характера и частоты сердечно-сосудистых, почечных поражений и дисфункций у больных хронической артериальной гипертензией различной тяжести в зависимости от наличия и нарушений глюкозотолерантности и сахарного диабета II типа.

Материалы и методы:

исследовано 49 больных в возрасте от 18 до 78 лет (в среднем $44,3 \pm 4,3$) с хронической артериальной гипертензией (АГ) I-II степени без нарушений толерантности к глюкозе (НТГ) – I группа (20 чел.), 2 группа (7 чел.) – с АГ и НТГ, 3 группа (22 чел.) – с АГ и СД II типа. Всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД – монитор МДП-НС-02) с расчетом среднего уровня систолического и диастолического АД в дневное и ночное время, вариабельности систолического и диастолического АД и степень ночного снижения систолического и диастолического АД.

Результаты:

Больных 1 группы характеризовал повышено-нормальный средний уровень АД в сутки с увеличением его вариабельности и оптимальным ночным его снижением. Напротив, больных 3 группы отмечались более высокие цифры АД, увеличение вариабельности, повышение ночного АД и недостаточность степени ночного снижения. Эти изменения отмечались уже во 2-й группе больных АГ с НТГ.

Заключение:

При сочетании АГ с НТГ, АГ с СД II типа суточный профиль АД характеризуется более высокими цифрами, нарушением суточного ритма в виде недостаточной степени его

снижения и повышением в ночное время по сравнению с лицами, у которых отсутствовали НТГ и СД II типа, что свидетельствует о дополнительной нагрузке на органы-мишени, что необходимо учитывать при терапевтическом воздействии.

5.31. НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СРЕДСТВ МОБИЛЬНОЙ СВЯЗИ

Шварц В.А., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Струнина А.Н., Дурнова Н.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

Введение:

Достижение и поддержание целевого уровня артериального давления (АД) требует динамического врачебного наблюдения, регулярного контроля соблюдения режима приема назначенных лекарственных препаратов, выполнения пациентом рекомендаций по коррекции факторов риска. Лечение артериальной гипертензии (АГ) должно сопровождаться дополнительными мероприятиями, поддерживающими активное участие пациентов в процессе лечения и улучшающими их приверженность. Цель – разработка технологии амбулаторного наблюдения за больными АГ на основе компьютерной системы с использованием мобильной телефонной связи.

Материалы и методы:

Для разработки алгоритмов амбулаторного наблюдения за больными АГ в первичном звене использованы положения Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению АГ 2004 г. (НР).

Результаты:

Разработана технология амбулаторного наблюдения за больными АГ в первичном звене с использованием компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи – система мобильного мониторинга за больными АГ (СММАГ). Принцип ее работы построен на постоянном обмене информацией между пациентом и врачом с помощью SMS стандартного вида. СММАГ позволяет контролировать АД пациентов, основные факторы риска – количество выкуриваемых сигарет, вес. Врач имеет возможность контролировать динамику состояния пациента «on-line», оценивать историю лекарственной терапии, и приглашать пациентов, не достигших целевого АД, на визит с помощью SMS-уведомлений для коррекции лечения. Протоколы динамического наблюдения, внедренные в СММАГ, позволяют наглядно оценивать и оперативно контролировать ход лечебно-диагностического процесса.

Заключение:

Разработанная технология первичной медицинской помощи больным АГ с использованием мобильной телефонной связи предоставляет пациентам пожизненное динамическое наблюдение, врачу дает возможность следить за большим количеством больных АГ без дополнительных посещений ими поликлиники, обеспечивает

взаимодействие врача и пациента в ходе лечебного процесса на доказательной основе НР, поддерживая активное участие пациентов в процессе лечения.

5.32. ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ

ЩЕРБАКОВА Л.А., КРЮКОВ Н.Н., ЖУК Т.А., СОРОКИНА Ю.А.
НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара
ОАО "РЖД"

Введение(цели/задачи):

оценка роли клинико-гемодинамических параметров на структуру общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы:

обследовано 136 пациента мужского пола в возрасте 25 – 67 лет (в среднем 48,4 лет). Из них с ГБ без признаков атеросклероза ОСА – 36 человек (1 группа), с атеросклерозом ОСА без ГБ 36 человек (2 группа), с ГБ и атеросклерозом ОСА 34 человек (3 группа). Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин. Структурное состояние ОСА оценивали по результатам дуплексного сканирования ОСА с измерением толщины комплекса «интима-медия» (ТКИМ). О типе суточного профиля (СП) артериального давления (АД) судили по данным суточного мониторирования АД.

Результаты:

При проведении корреляционного анализа в 1 группе обследованных выявлена умеренная отрицательная связь между степенью ночного снижения (СНС) систолического АД и ТКИМ ОСА ($r=-0,49$, $p<0,05$), СНС диастолического АД (ДАД) и ТКИМ ОСА ($r=-0,47$, $p<0,05$). В 3 группе больных выявлена слабая обратная корреляционная зависимость между СНС ДАД и ТКИМ ОСА ($r=-0,32$, $p<0,05$). Кроме того, нами установлена статистически значимая взаимосвязь ТКИМ СА и возраст больных ($r=0,69$), ТКИМ ОСА и уровень триглицеридов ($r=0,46$), ТКИМ ОСА и уровень холестерина крови ($r=0,31$), ТКИМ ОСА и степень АГ ($r=0,40$), ТКИМ ОСА и длительность АГ ($r=0,30$). Для изучения влияния клинико-гемодинамических параметров на значение ТКИМ ОСА пациентов 3 группы с помощью многофакторного регрессионного анализа нами построена следующая математическая модель. $Y=0,34-0,015*(X1)+0,017*(X2)+0,2*(X3)+0,01*(X4)$ Для прогнозирования показателя Y - ТКИМ (мм) достаточно подставить в последнее уравнение значения показателей X1 - СНС ДАД (%), X2 - длительность течения АГ (год), X3 - триглицериды крови (ммоль/л) и X4 - возраста больных (год).

Заключение:

Структурные изменения, выявленные при дуплексном сканировании ОСА больных с АГ и атеросклерозом ОСА наиболее достоверно взаимосвязаны с возрастом, длительностью АГ, уровнем холестерина крови, уровнем триглицеридов крови и СНС ДАД, что можно рассматривать в качестве верификационных предикторов каротидного атеросклероза.

5.33. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРАМИ ЛИНЕЙНОГО КРОВОТОКА ОБЩИХ И ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ШОРИКОВ Е.И., ШОРИКОВА Д.В.

БУКОВИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (БГМУ)

Введение:

При гипертонической болезни (ГБ) имеет место изменение системной гемодинамики, что может быть причиной нарушения кровоснабжения различных органов, в то же время регуляция мозгового кровотока происходит автономно. Поэтому актуальной проблемой остается вопрос взаимодействия между параметрами, от которых зависит кровоснабжение головного мозга и уровнем артериального давления. Задачей нашей работы было установить взаимосвязь между параметрами линейного кровотока общих и внутренних артерий (ОСА, ВСА) и уровнем офисного систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД).

Материалы и методы:

Было обследовано 56 больных артериальной гипертензией (АГ). Диагноз ГБ выставлялся на основе рекомендаций Европейского общества гипертензии и кардиологии. Измерение максимальной, средней, пиковой систолической и конечно-диастолической скоростей линейного кровотока сонных артерий проводили в режиме доплера по методике Лелюк В.Г. на ультразвуковом сканере "EnVisor HD" (Philips, USA). Для обработки результатов использовали пакет Statistica for Windows версии 6.0, корреляционная связь между показателями оценивалась по Спирмену. При $p<0,05$ показатели считались статистически достоверными.

Результаты:

Установлена взаимосвязь между офисным САД и максимальной скоростью кровотока в левой ($r=0,27$, $p=0,09$) и правой ($r=0,30$, $p=0,06$) ОСА, средней скоростью кровотока ОСА ($r=0,29$, $p=0,06$) с обеих сторон, средней скоростью кровотока ВСА справа ($r=0,30$, $p=0,01$) и слева ($r=0,25$, $p=0,04$), а также пиковой систолической скоростью кровотока в ОСА ($r=0,30$, $p=0,06$ справа, $r=0,25$, $p=0,08$ слева). Корреляция между офисным ДАД и максимальной скоростью кровотока в ОСА составила $r=0,50$, $p=0,001$ справа, $r=0,35$, $p=0,028$ слева, ДАД и средней скоростью кровотока ОСА $r=0,33$, $p=0,036$ справа, $r=0,30$, $p=0,051$ слева, и ВСА, соответственно, $r=0,27$, $p=0,09$ та $r=0,25$, $p=0,1$, ДАД и конечно-диастолической скоростью кровотока в ОСА справа $r=0,55$, $p<0,001$, слева $r=0,32$, $p=0,045$.

Заключение:

Таким образом, хотя регуляция мозгового кровотока является системой автономной, параметры линейного кровотока в сонных артериях достоверно зависят от уровня офисного АД, что необходимо учитывать при назначении антигипертензивной терапии, чтобы избежать синдрома обкрадывания головного мозга.