

4. Чукаева И.И. и др. Оценка маркёров воспаления и эндотелиальной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией на фоне достижения целевого уровня артериального давления. *Клин. лаб. диагностика*, 2018; 6: 337–340.
5. Спирякина Я.Г. и др. Возможности фиксированной комбинации амлодипина / лизиноприла / розувастатина в улучшении приверженности современной терапии пациентов с артериальной гипертензией. *Мед. алфавит*, 2018; 12: 25–30.

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-257-258

## Содержание интерлейкина-6 у мужчин с артериальной гипертензией с умеренным и высоким кардиоваскулярным риском

А.И. Хачирова

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Введение.** Важную роль в эффективности терапии артериальной гипертензии играют выбор гипотензивного препарата и приверженность пациентов к терапии. Выбор тактики гипотензивной терапии определяется сердечно-сосудистым риском. Основные группы гипотензивных препаратов обладают выраженным эффектом и протективными свойствами, что позволяет снизить риск поражения органов-мишеней [1, 2]. Доказано, что уровень систолического артериального давления выше 140 мм рт. ст. и диастолического артериального давления выше 90 мм рт. ст. приводят к поражению органов мишеней, в том числе сосудов и сердца, а также увеличивают риск сердечно-сосудистых событий. Тенденцией здравоохранения является снижение целевых значений артериального давления до 130/80 мм рт. ст. Проведенные клинические исследования свидетельствуют об улучшении прогноза при достижении этих значений [3]. Наряду с традиционными модифицированными факторами риска выделяют гендерные различия в патогенезе артериальной гипертензии, особенностях распространенности факторов риска в мужской и женской популяциях, а также в приверженности к терапии. В патогенезе воздействия факторов риска на развитие сердечно-сосудистой патологии важную роль играют воспалительные процессы. Кардиоваскулярный риск также зависит от сопутствующих нарушений углеводного обмена и ожирения, влияющих на внутрисосудистое воспаление [4]. Выраженность воспаления влияет на сердечно-сосудистые риски. В то же время контроль над факторами риска и лекарственная терапия в значительной степени могут улучшить прогноз заболеваний, что также отражается в снижении выраженности внутрисосудистого воспаления. Выявлено, что достижение целевых значений АД сопровождается снижением жесткости сосудистой стенки и уменьшением выраженности внутрисосудистого воспаления [5].

**Цель:** оценить содержание ИЛ-6 у мужчин с артериальной гипертензией с умеренным и высоким кардиоваскулярным риском.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 мужчин с артериальной гипертензией. Были сформированы две группы: 1-я группа – 30 мужчин с артериальной гипертензией с умеренным кардиоваскулярным риском, и 2-я группа – 30 мужчин с артериальной гипертензией с высоким кардиоваскулярным риском. Контрольная группа – 15 мужчин, 45–62 лет, не страдающих хроническими заболеваниями, артериальной гипертензией. У больных проведены сбор анамнеза, изучение кардиоваскулярного риска, общий осмотр, биохимический анализ крови, ЭКГ, эхокардиография. Содержание ИЛ-6 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, использовали коммерческий набор фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Проведена статистическая обработка полученных материалов исследования с применением непараметрического теста Манна – Уитни. Значения  $p < 0,05$  считались статистически значимыми. Перед включением в исследование пациентами было подписано добровольное информированное согласие. Исследование одобрено этическим комитетом РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

**Результаты.** В группе умеренного кардиоваскулярного риска содержание ИЛ-6 составило 1,55 [0,75; 2,68] пг/мл (медиана [нижняя квартиль; верхняя квартиль]), в группе высокого кардиоваскулярного риска – 1,16 [0,48; 2,41] пг/мл, в контрольной группе – 1,02 [0,00; 9,83] пг/мл, статистически значимых различий в группах не обнаружено. Корреляционный анализ выявил, что у мужчин с умеренным кардиоваскулярным риском содержание ИЛ-6 положительно коррелирует с толщиной комплекса «интима-медиа» сонной артерии ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Выявленная взаимосвязь уровня ИЛ-6 с толщиной комплекса «интима-медиа» сонной артерии может свидетельствовать о роли

ИЛ-6 в развитии поражения стенок сосудов у больных с артериальной гипертензией. Полученные результаты могут быть использованы для оценки прогноза развития заболевания, а также для оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий.

### Литература

1. Спирыкина Я.Г. и др. Возможности фиксированной комбинации амлодипина / лизиноприла / розувастатина в улучшении приверженности современной терапии пациентов с артериальной гипертензией. *Мед. алфавит*, 2018; 12 (349): 25–30.
2. Сторожаков Г.И. и др. Поликлиническая терапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 701 с.
3. Чукаева И.И. и др. Гендерные отличия жесткости стенок артерий у больных артериальной гипертензией и высоким суммарным сердечно-сосудистым риском. *Вестн. соврем. клин. медицины*, 2014; 3: 35–38.
4. Орлова Н.В. и др. Изучение взаимосвязи уровней острофазных белков и нарушений липидного обмена у больных ИБС с поражением коронарных артерий. *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика*, 2008; 6 (S1): 271.
5. Чукаева И.И. и др. Оценка маркеров воспаления и эндотелиальной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией на фоне достижения целевого уровня артериального давления. *Клин. лаб. диагностика*, 2018; 6: 337–340.

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-258-261

## Артериальная гипертензия, уровень артериального давления и риск фибрилляции предсердий у жителей Сибири

М.Ю. Шапкина, А.Н. Рябиков, А.В. Титаренко, Е.М. Авдеева,  
Е.В. Маздорова, Л.В. Щербакова, С.К. Малютина

*НИИ терапии и профилактической медицины — филиал ФГБНУ ФИЦ ИЦиГ СО РАН,  
г. Новосибирск, Россия*

**Введение.** Фибрилляция предсердий (ФП) — распространенное нарушение сердечного ритма. Распространенность ФП во всем мире увеличивается, и ожидается, что в ближайшие десятилетия она перерастет в эпидемию по мере старения населения [2, 4]. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), эта аритмия остается одной из основных причин развития мозгового инсульта, прогрессирования сердечной недостаточности, значительного ухудшения качества жизни и преждевременной смерти [1–3]. Одним из наиболее распространенных факторов риска ФП является артериальная гипертензия (АГ). По данным Фремингемского исследования (FHS), АГ у лиц с ФП встречается на 14 % чаще других факторов риска, а риск развития ФП для лиц с гипертензией был в 1,5 раза выше для мужчин и 1,4 раза выше для женщин [5]. В более поздних исследованиях продемонстрирована связь с ФП именно с пульсовым давлением [6]. Однако в консорциуме CHARGE-AF было показано, что систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление являются отдельными прогностическими факторами риска ФП [7]. Учитывая существующие половые и возрастные особенности в эпидемиологии ССЗ, а также в частоте АГ, очевидно, что ассоциация АГ и ФП является специфичной для женщин и для

мужчин [8–11]. Распространенность ФП у мужчин почти вдвое выше, чем у женщин [9], в то время как риск неблагоприятных исходов ФП выше у женщин [8, 10]. Кроме того, 50-летний анализ FHS показал, что несмотря на снижение частоты тяжелой степени АГ и увеличение частоты лечения, популяционный риск ФП не снизился и гипотензивная терапия слабо влияла на риск ФП, связанный с АГ [9].

**Цель:** изучение вклада АГ и уровня артериального давления в 13-летний риск развития ФП в сибирской популяционной выборке 45–69 лет (Новосибирск) по данным когортного исследования.

**Материал и методы.** Изучаемая популяция: случайная выборка мужчин и женщин, жителей Новосибирска, обследованная в рамках международного проекта HAPIEE впервые в 2003–2005 гг. ( $n = 9360$ , 45–69 лет) и дважды повторно (2006–2008 и 2015–2018 гг.), в том числе с оценкой ФП. Дизайн настоящей работы: когортное исследование. Период наблюдения когорты (с 01.01.2003 по 31.01.2018) составил в среднем 13,0 года (стандартное отклонение (SD) = 1,00) для мужчин и 13,1 года (SD = 0,96) для женщин. Конечной точкой считали развитие «нового случая» ФП (впервые зарегистрированного после даты базового обследования и до 31.01.2018, у лиц без исходной ФП и без предшествующих ССЗ).