

Полученные результаты исследования позволяют утверждать, что при применении фиксированной комбинации амлодипина и периндоприла отмечается более выраженное снижение вариабельности АД, чем в группе с применением других комбинаций антигипертензивных препаратов.

**Выводы.** Применение фиксированной комбинации амлодипина и периндоприла обеспечивает более выраженное снижение вариабельности АД, по сравнению с другими комбинациями. У больных с АГ 3 степени снижение уровня АД было значительно выше, чем у больных с АГ 2 степени.

## **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Крутова М.С.**

Научный руководитель: Ефремова О.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский  
университет

Кардиоваскулярные осложнения (КВО) у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН), в том числе у больных, находящихся на лечении с замещением функции почек (ЛЗФП), встречаются очень часто и весьма вариабельны. Эта проблема вызывает большой интерес, поскольку именно КВО оказывают существенное влияние на прогноз продолжительности жизни пациентов этой группы.

В многоцентровых исследованиях, посвященных изучению различных аспектов сердечно-сосудистой патологии при ХПН, показано, что КВО являются ведущей причиной смерти у пациентов с хроническим заболеванием почек независимо от стадии заболевания.

Так, по данным Европейской ассоциации диализа и трансплантации и Почечного реестра США, КВО являются наиболее частыми причинами смерти больных с ХПН как до начала заместительной почечной терапии, так и в ходе диализного лечения и после трансплантации почек составляют 30–52% всех случаев общей летальности. Уровень кардиальной летальности у лиц с ХПН в 5–20 раз выше, чем в общей популяции. В структуре общей летальности больных, находящихся на ЛЗФП, инфаркты миокарда составляют 7–15 %, внезапная кардиальная смерть — 12–27% и застойная сердечная недостаточность — 3–5%. При этом к началу ЛЗФП только 15% пациентов имеют нормальную структуру и функцию левого желудочка (по данным эхокардиографии), а 40% пациентов уже имеют признаки ИБС. Ясно, что манифестация сердечно-сосудистой патологии восходит к периоду задолго до развития почечной недостаточности и потребности в диализе или трансплантации.

Учитывая вышеизложенное, почечную недостаточность рассматривают в качестве «васкулопатического состояния», которое под влиянием

различных патогенетических механизмов вначале формируется как функциональное расстройство, затем трансформируется в органическую сердечно-сосудистую патологию. Таким образом, всех пациентов с хроническим заболеванием почек следует рассматривать как входящих в группу "наивысшего риска" сердечно-сосудистой патологии.

К настоящему времени установлен целый ряд факторов различной природы, способствующих возникновению и прогрессированию сердечно-сосудистой патологии при хронической почечной недостаточности. В основе закономерного и ускоренного формирования сердечно-сосудистой патологии при ХПН лежит её многофакторность с одновременным воздействием у одного и того же больного нескольких факторов, степень выраженности которых в значительной мере зависит от стадии ХПН.

Смерть, связанная с сердечно-сосудистой патологией, более вероятна, чем развитие терминальной почечной недостаточности у пациентов с хроническим заболеванием почек. Непрямые свидетельства указывают, что у большинства этих лиц не развивается терминальная почечная недостаточность, они с большей вероятностью погибают до ее развития. Как следует из предшествующего обсуждения, наиболее вероятная причина смерти - сердечно-сосудистая.

Поэтому важно разработать междисциплинарные программы выявления и коррекции традиционных факторов риска, особое внимание уделяя взаимосвязи между сердечно-сосудистой системой и заболеванием почек. Необходимо нацелить врачей, специалистов смежных специальностей для обеспечения выявления и распознавания среди пациентов с хроническим заболеванием почек лиц с высоким риском сердечно-сосудистых катастроф в будущем независимо от диагноза. Скоординированная система ведения больных необходима для своевременного распознавания и коррекции факторов риска КВО в этой популяции.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Давыдова А.А., Щербаченко Д.С.**

Научный руководитель: доц., к.м.н. Пономаренко Т.Н.

Белгородский государственный национальный исследовательский  
университет

**Актуальность:** Вирусный гепатит Е (HEV, ВГЕ) – энтерально распространяющаяся инфекция с фекально-оральным механизмом и водным путем передачи. Гепатит Е, как эндемическое заболевание, широко распространен на территории ряда стран Азии, Африки, а также в Мексике. В странах Европы (в том числе и в России) и Северной Америки заболевание носит спорадический характер и чаще регистрируется у лиц, вернувшихся из эндемических регионов. По данным голландских исследователей на долю