

Клиническая медицина

УДК [616.12-008.331.1+616.153.922+616.831-005]-07

ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

О. В. Нилова*, кандидат медицинских наук,
С. В. Колбасников, доктор медицинских наук

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

РЕЗЮМЕ *Цель* – установить особенности циркадного ритма артериального давления у больных артериальной гипертензией с гиперхолестеринемией в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности.

Материал и методы. На базе областной клинической больницы г. Твери обследовано 84 больных (средний возраст – $50,6 \pm 0,6$ года) с АГ длительностью $15,3 \pm 0,8$ года. На момент исследования все пациенты получали плановую гипотензивную терапию, однако гиполипидемические препараты не принимали. В 1-ю группу вошли 46 больных, у которых церебральные расстройства отсутствовали; во 2-ю – 22 человека с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга (НП НКМ); 3-ю – 16 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I и II стадий. Проанализирован суточный профиль артериального давления и показатели липидного обмена.

Результаты. У больных АГ без признаков сосудисто-мозговой недостаточности при умеренно повышенном уровне общего холестерина имеется повышение содержания ТГ. При НП НКМ выявлялся высокий уровень общего холестерина плазмы крови при увеличении доли ТГ и ЛПНП. У пациентов с ДЭ I и II стадии выявлен высокий уровень общего холестерина и статистически значимое увеличение уровня ТГ, ЛПНП до высоких значений. У больных с НП НКМ по сравнению с пациентами без церебральных расстройств была статистически значимо увеличена скорость утреннего подъема САД и ДАД. У пациентов с ДЭ I и II стадии, в отличие от пациентов без сосудисто-мозговой недостаточности, статистически значимо увеличивались ночные значения САД, вариабельность дневных значений САД, индекс времени САД, а также скорость утреннего подъема САД и ДАД была статистически значимо выше, чем у пациентов 1-й и 2-й групп. Наибольшее число «нондипперов» зарегистрировано среди больных АГ без сосудисто-мозговой недостаточности, а «найтпикеров» – среди больных с НП НКМ. При нарастании тяжести церебральных расстройств отмечался статистически значимый рост числа «овердипперов».

Выводы. При прогрессировании сосудисто-мозговой недостаточности увеличиваются среднедневные и средненочные САД и ДАД, вариабельность АД, скорость утреннего подъема САД и ДАД, число «найтпикеров» и «овердипперов».

Ключевые слова: артериальная гипертензия, дисциркуляторная энцефалопатия, гиперхолестеринемия, суточный профиль артериального давления.

* Ответственный за переписку (corresponding author): tevirp69@mail.ru

В настоящее время в России в структуре причин общей смертности доля сердечно-сосудистых заболеваний составляет 55% [1, 2, 13], причём артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором, определяющим прогноз заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний [3, 5, 7, 15, 16].

Неблагоприятный прогноз у больных АГ в связи с высокой вероятностью развития сосудистых катастроф определяется повышенной среднесу-

точной вариабельностью АД [12, 20, 21]. Многочисленные исследования показали, что недостаточное ночное снижение АД [6–8, 14, 19, 21] и изменение суточного ритма АД [7, 18, 23] коррелирует с увеличением частоты поражения органов-мишеней. Сохранение высокого уровня АД в ночное время [22, 23], его нестабильность и повышенная вариабельность в течение суток [6, 17, 19] и эпизоды гипотензии [4, 11, 12, 14, 16, 19] являются предпосылками для развития церебраль-

ной недостаточности, снижения интеллектуально-мнестических функций.

До настоящего времени не потерял актуальности вопрос о том, в какой мере АГ усугубляет сопутствующие липидные нарушения, в частности гиперхолестеринемия, и наоборот, о том, как уровень холестерина влияет на характер течения АГ. Поэтому у больных АГ, особенно при сочетании с гиперхолестеринемией, необходимо детально изучить показатели СМАД в зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности.

Цель работы – изучить циркадный ритм АД у больных АГ с гиперхолестеринемией в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное обследование 84 больных АГ (44 мужчины и 40 женщин, средний возраст – $50,6 \pm 0,6$ года), которые проходили лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Твери. Длительность АГ составила $15,3 \pm 0,8$ года. По социальному статусу пациенты разделились на служащих – 76 (58,4%), пенсионеров – 18 (13,8%), работников промышленных предприятий и сельского хозяйства – 36 (27,6%).

Критериями исключения являлись: симптоматический характер АГ, наличие признаков сердечной недостаточности, эндокринные, инфекционные, психические заболевания. На момент исследования все больные получали плановую гипотензивную терапию (блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) соответственно тяжести заболевания, однако гиполипидемические препараты не принимали.

Оценка значений общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) для диагностики дислипидемии проводилась в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена [9]. Уровень общего холестерина в сыворотке крови определяли энзиматическим колориметрическим методом с использованием набора реагентов «Холестерин ФС «ДДС»» («Диакон-ДС», Россия). Исследование уровня холестерина проводили дважды и брали средние показатели двух анализов. Если разница между двумя первыми анализами составляла более 0,8 ммоль/л, выполняли третий. Гиперхолестеринемия диагностировали у больных с умеренно повышенным и высоким уровнем общего холестерина плазмы крови.

В зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили 46 больных, у которых церебральные расстройства отсутствовали; 2-ю – 22 человека с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга (НП НКМ); 3-ю – 16 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I и II стадий. Диагностика сосудистых поражений головного мозга строилась с учетом не только субъективных ощущений, но и совокупности психопатологических и неврологических нарушений. Для этого была использована градация цереброваскулярных нарушений при АГ [4, 10, 11], а также классификация форм хронической сосудисто-мозговой недостаточности [4], которая обычно дебютирует начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга. Эта форма диагностировалась в том случае, когда у больных АГ выявлялись в любом сочетании (2 и более) такие субъективные жалобы, как головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти и работоспособности, которые беспокоили их постоянно или часто (еженедельно) в течение длительного периода (не менее 3 последних месяцев) и проходили после отдыха. У пациентов с НП НКМ не было указаний в анамнезе на перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения, в статусе отсутствовали объективные симптомы неврологического дефицита. В I стадии ДЭ у больных преобладали субъективные расстройства, которые не проходили после отдыха и носили постоянный характер. В неврологическом статусе отмечались «микросимптомы» поражения головного мозга (асимметрия носогубных складок, легкая девиация языка, анизорефлексия). При прогрессировании сосудистого церебрального процесса (II и III стадия ДЭ) имелся нервно-психический дефект в виде различных клинических синдромов: вестибуломозжечкового (головокружение, пошатывание при ходьбе), псевдобульбарного (нечеткость речи), экстрапирамидного (дрожание головы, пальцев рук, замедленность движений), сосудистой деменции (значительное нарушение памяти, интеллекта, эмоциональной сферы). Для достоверной верификации клинических проявлений церебральных циркуляторных нарушений использовалась консультация невролога.

По данным суточного мониторирования АД (СМАД) рассчитывались следующие показатели: среднее дневное систолическое АД (САД_д, мм рт. ст.), среднее ночное диастолическое АД (ДАД_д, мм рт. ст.), ночное САД (САД_н, мм рт. ст.), ночное ДАД (ДАД_н, мм рт. ст.). Кроме

того, определялась вариабельность САД и ДАД в дневное (VarСАД_д, VarДАД_д, мм рт. ст.) и ночное (VarСАД_н, VarДАД_н, мм рт. ст.) время, степень ночного снижения САД и ДАД (СНС САД и СНС ДАД, %), скорость утреннего подъема САД, ДАД (СУП САД, СУП ДАД, мм рт. ст./ч), а также индексы времени САД, ДАД (ИВ САД, ИВ ДАД, %), индексы площади приведенные САД и ДАД (ИПП САД, ИПП ДАД). Условной градацией нормы для дневного времени считается 140 / 90, а для ночного – 120 / 80 мм рт. ст. Повышенной считалась вариабельность САД, превышающая 15 мм рт. ст. днем и/или 15 мм рт. ст. ночью, ДАД – соответственно 14 и 12 мм рт. ст. [5]. Скорость утреннего подъема АД рассчитывалась в период между 4 и 10 часами утра. На основании оценки суточного индекса (СИ) выделялись типы суточных кривых АД: *dippers* – больные с достаточным ночным снижением АД (СИ от 10 до 20%), *non-dippers* – больные с недостаточным ночным снижением АД (СИ от 0 до 10%), *over-dippers* – больные с чрезмерным ночным снижением АД (СИ более 22%), *night-peakers* – больные, у которых в ночное время АД выше, чем днём (СИ менее 0%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-й группе больных средний уровень ЛПНП и ЛПВП соответствовал оптимальному значению

($2,97 \pm 0,07$ и $1,61 \pm 0,17$ ммоль/л) при некотором повышении содержания ТГ ($1,96 \pm 0,07$ ммоль/л). Во 2-й группе средний уровень ЛПНП ($3,79 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,05$) был повышенным, а ЛПВП ($1,73 \pm 0,3$ ммоль/л) – оптимальным, а величина фракции ТГ была существенно больше ($2,7 \pm 1,15$ ммоль/л, $p < 0,05$). В 3-й группе средний уровень ЛПНП ($4,3 \pm 0,14$ ммоль/л, $p < 0,05$) соответствовал высокому, а ЛПВП ($2,2 \pm 0,7$ ммоль/л) – оптимальному значению, а уровень ТГ составил $3,4 \pm 1,16$ ммоль/л ($p < 0,05$). Средний показатель общего холестерина у больных АГ без церебральных нарушений был умеренно повышенным ($5,8 \pm 0,1$ ммоль/л), у больных АГ с НП НКМ и ДЭ – высоким ($7,5 \pm 0,2$ и $8,5 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$).

При изучении СМАД в зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности (табл. 1) обнаружено, что у больных АГ с гиперхолестеринемией без признаков церебральных расстройств и с НП НКМ имелась преимущественно систолическая АГ в течение суток, а показатели, характеризующие гипертоническую нагрузку и вариабельность АД, соответствовали нормальным значениям. Однако у больных с НП НКМ, по сравнению с пациентами без церебральных расстройств, скорости утреннего подъема САД и ДАД была статистически значимо выше

Таблица 1. Показатели суточного мониторинга артериального давления у больных артериальной гипертензией с гиперхолестеринемией в зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности, М ± m

Показатель СМАД	Пациенты без церебральных расстройств (n = 46)	НП НКМ (n = 22)	ДЭ I и II стадий (n = 16)
САД _д , мм рт. ст.	141,0 ± 0,4	140,3 ± 0,3	142,0 ± 0,2
САД _н , мм рт. ст.	124,6 ± 0,4	125,3 ± 0,1	132,6 ± 0,1***
ДАД _д , мм рт. ст.	81,2 ± 0,6	83,0 ± 0,6	83,5 ± 0,8
ДАД _н , мм рт. ст.	71,6 ± 0,2	73,0 ± 0,8	74,4 ± 0,9
VAR САД _д , мм рт. ст.	14,2 ± 0,7	14,8 ± 0,6	16,4 ± 1,7***
VAR САД _н , мм рт. ст.	10,9 ± 0,5	11,4 ± 0,3	14,5 ± 0,4
VAR ДАД _д , мм рт. ст.	9,2 ± 0,3	9,3 ± 0,2	9,1 ± 0,2
VAR ДАД _н , мм рт. ст.	8,6 ± 0,3	9,0 ± 0,2	9,1 ± 0,2
ИВ САД, %	42,2 ± 1,4	48,2 ± 1,4	50,4 ± 2,8***
ИВ ДАД, %	24,4 ± 0,2	26,9 ± 0,2	25,6 ± 2,6
ИПП САД	8,7 ± 0,7	9,2 ± 0,8	9,3 ± 0,6
ИПП ДАД	2,2 ± 0,2	2,4 ± 0,2	2,0 ± 0,6
СУП САД, мм рт. ст./ч	12,0 ± 0,4	17,2 ± 0,5'	23,0 ± 0,3***
СУП ДАД, мм рт. ст./ч	13,2 ± 0,3	16,5 ± 0,3'	19,0 ± 0,3***

Примечание: различия статистически значимы ($p < 0,05$, ANOVA) между показателями: * – лиц без признаков сосудисто-мозговой недостаточности и лиц с НП НКМ, ** – лиц с НП НКМ и лиц с ДЭ I и II стадий, *** – лиц без признаков сосудисто-мозговой недостаточности и лиц с ДЭ I и II стадий.

Таблица 2. Структура суточного профиля артериального давления у больных артериальной гипертензией с гиперхолестеринемией в зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности

Суточный профиль АД	Пациенты без церебральных расстройств (n = 46)		НП НКМ (n = 22)		ДЭ I и II стадии (n = 16)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Dipper	20	43,5	2	9,0	4	25,0
Non-dipper	20	43,5	7	31,9	5	31,2
Night-peaker	4	8,7	10	45,4*	3	18,8
Over-dipper	2	4,3	3	13,7*	4	25,0***

Примечание: различия статистически значимы ($p < 0,05$, χ^2) между показателями: * – лиц без признаков сосудисто-мозговой недостаточности и лиц с НПНКМ, ** – лиц с НПНКМ и лиц с ДЭ I и II стадии, *** – лиц без признаков сосудисто-мозговой недостаточности и лиц с ДЭ I и II стадии.

($p < 0,05$). У пациентов с ДЭ I и II стадии выявлена систолическая АГ I степени в течение суток. В отличие от пациентов без признаков сосудисто-мозговой недостаточности, у них также отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение САД_н, ВАР САД_д и ИВ САД. В этой группе СУП САД и ДАД была статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем у больных АГ без признаков сосудисто-мозговой недостаточности и с НП НКМ.

При анализе суточного профиля АД у больных АГ с гиперхолестеринемией в зависимости от выраженности церебральных расстройств (табл. 2) оказалось, что наиболее часто «нондипперы» выявлялись среди больных АГ без признаков сосудисто-мозговой недостаточности. При нарастании тяжести сосудисто-мозговой недостаточности отмечался статистически значимый рост (χ^2 , $p = 0,026$) числа «овердипперов». Наибольшая частота «найтпикеров» наблюдалась среди больных АГ с НПНКМ.

ВЫВОДЫ

1. У больных АГ без признаков сосудисто-мозговой недостаточности при умеренно повышенном уровне общего холестерина плазмы крови увеличивается размер фракции ТГ. При нарастании тяжести сосудисто-мозговой недостаточности выявляется высокий уровень общего холестерина плазмы крови, ТГ и ЛПНП, то есть прогрессируют нарушения липидного профиля.
2. У больных АГ с гиперхолестеринемией при нарастании тяжести сосудисто-мозговой недостаточности имеется повышение гипертонической нагрузки на органы-мишени, а также изменение суточного ритма АД в виде превышения ночных показателей АД над дневными и рост скорости утреннего подъема АД, что является предиктором развития сердечно-сосудистых катастроф. Структура суточного профиля АД у больных АГ неоднородна и характеризуется увеличением количества «найтпикеров» и «овердипперов» в зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонова, Л. В. Первичная профилактика острого нарушения мозгового кровообращения: роль современных методов диагностики / Л. В. Агафонова, Н. В. Заикина // Российский медико-биологический вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2010. – № 4. – С. 123–127.
2. Агафонова, Л. В. Результаты ранней диагностики артериальной гипертонии как меры первичной профилактики острого нарушения мозгового кровообращения / Л. В. Агафонова, Н. В. Заикина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2009. – № 1. – С. 96–98.
3. Бойцов, С. А. Сосуды как плацдарм и мишень артериальной гипертонии / С. А. Бойцов // Consilium Medicum. – 2006. – Т. 1, № 3. – С. 2–9.
4. Гераськина, Л. А. Гипертоническая энцефалопатия, ремоделирование сердца и хроническая сердечная недостаточность / Л. А. Гераськина, В. В. Малинин, А. В. Фоякин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5. – С. 22–27.
5. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Рекомендации Всероссийского медицинского общества по артериальной гипертонии и всероссийского научного общества кардиологов (третий пересмотр) / В. И. Подзолков [и др.]. – М.: Силиция Полиграф, 2008. – 32 с. – (Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № 6, прил. 2.)
6. Зелвян, П. А. Суточный ритм артериального давления и состояние органов-мишеней у больных с мягкой и умеренной формами гипертонической болезни / П. А. Зелвян // Терапевт. архив. – 2001. – № 2. – С. 33–38.

7. Машин, В. В. Факторы и маркеры риска развития различных подтипов ишемического инсульта / В. В. Машин, Д. В. Грищук, М. А. Альберт // Ульяновский медико-биологический журн. – 2013. – № 1. – С. 8–14.
8. Микроальбуминурия: диагностическое, клиническое и прогностическое значение (часть первая) / Д. В. Преображенский [и др.] // Российский кардиологический журн. – 2005. – № 3. – С. 79–86.
9. Национальные рекомендации по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза / В. В. Кухарчук [и др.]. – М. : Силитера Полиграф, 2007. – 50 с. (Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 6, № 6, прил. 3).
10. Нилова, О. В. Выраженность циркуляторных расстройств в бассейне общих сонных артерий у больных артериальной гипертензией в зависимости от уровня общего холестерина плазмы крови / О. В. Нилова, С. В. Колбасников // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии. – М., 2009. – С. 18–20.
11. Нилова, О. В. Когнитивные нарушения у больных артериальной гипертензией в зависимости от уровня общего холестерина плазмы крови / О. В. Нилова, С. В. Колбасников // Кардионеврология : матер. конгр. – М., 2008. – С. 36–38.
12. О преобладающем влиянии средовых факторов на вариабельность и суточный ритм артериального давления у больных артериальной гипертонией / А. П. Шарандак [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – № 1. – С. 18–24.
13. Оганов, Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиология. – 2007. – № 1. – С. 4–7.
14. Остроумова, О. Когнитивные нарушения при артериальной гипертонии и возможности их коррекции / О. Остроумова, К. Резникова // Врач. – 2011. – № 4. – С. 33–38.
15. Факторы риска артериальной гипертензии и психологическая готовность больных на проведение профилактики / С. В. Колбасников, О. В. Нилова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 2. – С. 21–23.
16. Association of Ambulatory Blood Pressure With Ischemic Brain Injury / G. L. Schwartz [et al.] // Hypertension. – 2007. – Vol. 49. – P. 1228–1234.
17. Ben-Dov, I. Z. Why Choose Serum Cystatin C Levels over Serum Creatinine Levels as a Serologic Marker of Kidney Function? / I. Z. Ben-Dov // Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 149. – P. 284.
18. Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension / J. A. Straessen [et al.] // JAMA. – 2000. – Vol. 282(6). – P. 539–546.
19. Prognostic significance of 24-h ambulatory blood pressure characteristics for cardiovascular morbidity in a population of elderly men / K. Bjorklund [et al.] // J. Hypertens. – 2004. – Vol. 22. – P. 1691–1697.
20. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension / D. L. Clement [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2003. – P. 2407–2415.
21. Risk of cardiovascular events among women with high normal blood pressure or blood pressure progression: prospective cohort study / D. Conen [et al.] // BMJ. – 2007. – P. 432–433.
22. Singh-Manoux, A. High blood pressure was associated with cognitive function in middle-age in the Whitehall II study / A. Singh-Manoux, M. Marmot // J. Clin. Epidemiol. – 2005. – Vol. 58. – P. 1308–1315.
23. Yamamoto, Y. The relationship between 24-hour blood pressure readings, subcortical ischemic lesions and vascular dementia / Y. Yamamoto, I. Akiguchi, K. Oiwa // Cerebrovasc. Dis. – 2005. – Vol. 19. – P. 302–308.

CIRCADIAN RHYTHM OF ARTERIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPERCHOLESTEROLEMIA IN DEPENDENCE ON VASCULAR CEREBRAL INSUFFICIENCY MANIFESTATION

O. V. Nilova, S. V. Kolbasnikov

ABSTRACT

Objective – to define the peculiarities of circadian rhythm of arterial pressure in patients with arterial hypertension and hypercholesterolemia in dependence on vascular cerebral insufficiency manifestation.

Material and methods. 84 patients (average age $50,6 \pm 0,6$ years) with arterial hypertension (the disease duration – $15,3 \pm 0,8$ years) were examined in Tver regional hospital. At that time all patients were administered planned hypotensive therapy but did not take hypolipidemic preparations. 46 patients without cerebral disorders were enrolled into 1 group, 22 persons with initial signs of cerebral blood supply insufficiency composed 2 group, 16 patients with discirculatory encephalopathy of I and II stages were enrolled into 3 group. Daily profile of arterial pressure and lipid metabolism indices were analyzed.

Results. The rise of triglyceride fraction at moderately heightened total cholesterol level was found in patients with arterial hypertension without vascular cerebral insufficiency signs. High level of blood plasma total cholesterol along with the increase of triglyceride and lipoproteins of low density was revealed in patients with initial signs of cerebral blood supply insufficiency. High level of total cholesterol and statistically significant increase of triglyceride and lipoproteins of low density level to high parameters was detected in patients with discirculatory encephalopathy of I and II stages. Morning rise speed of systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure was statistically significant in patients with initial signs of cerebral blood supply insufficiency in comparison with the patients without cerebral disorders. The rises of night indices of systolic arterial pressure, variability of daily indi-

ces of systolic arterial pressure, systolic arterial pressure time index were statistically significant in patients with discirculatory encephalopathy of I and II stages in contrast to the patients without vascular cerebral insufficiency; morning rise speed of systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure was statistically significant in third group in comparison with patients of first and second groups. The most number of “nondippers” was registered in patients with arterial hypertension without vascular cerebral insufficiency; that of “nightpeakers” – among patients with initial signs of cerebral blood supply insufficiency. Statistically significant growth of “overdippers” number was marked while cerebral disorders severity increase.

Conclusions. Average day and night systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure, arterial pressure variability, morning rise speed of systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure, number of “nightpeakers” and “overdipp” increased in vascular cerebral insufficiency progress.

Key words: arterial hypertension, discirculatory encephalopathy, hypercholesterolemia, daily profile of arterial pressure.