



РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

XVIII Всероссийский конгресс
**«Артериальная гипертензия 2022:
диагностика и лечение в пандемию
COVID-19»**

**16-17 марта 2022 года
онлайн-трансляция**

ISBN 978-5-6044347-7-2



9 785604 434772

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

массы сердца у спортсменов с повышенным уровнем АД. Спортсмены I группы характеризовались достоверно более высокими значениями внутримиеокардиального напряжения, отражающего постнагрузку на сердце – $134,24 \pm 4,2$; у спортсменов II группы этот показатель составил $116,51 \pm 2,82$. Данные отличия могут свидетельствовать о ранних признаках патологического ремоделирования миокарда у спортсменов с гипертонической формой перенапряжения ССС. Тестирование на гребном тренажере проводилось двукратно, каждая из нагрузочных проб состояла из 3-х серий, имитирующих стартовый разгон, 10 максимальных гребков и удержание 55% максимальной мощности. Проводилось сопоставление показателей двойного произведения (ДП) до нагрузочного тестирования, на фоне I и II нагрузок, а также динамика показателей мощности в первом и втором нагрузочных тестах. На фоне нагрузочного тестирования более высокие показатели ДП определялись у спортсменов с высоким нормальным и повышенным АД, что говорит о менее экономичном функционировании ССС и худшей адаптации к скоростно-силовым нагрузкам у спортсменов с данной формой перенапряжения. Кроме того, у большинства спортсменов I группы (81,25%) отмечалось снижение мощности нагрузок во второй серии тестирования, у спортсменов контрольной группы снижение мощности во второй серии нагрузок отмечено только у 16,13%.

Заключение:

Полученные данные позволили сформулировать особенности морфо-функционального статуса спортсменов с повышенным уровнем артериального давления, результаты которого свидетельствуют о менее экономичной сердечной деятельности, преимущественно на фоне физической нагрузки, а также о возможных факторах риска развития патологического ремоделирования миокарда левого желудочка.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бейлина Н. И.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Существует тесная взаимосвязь гипертонической болезни (ГБ) и когнитивных нарушений. ГБ является фактором риска и прогрессирования когнитивных нарушений. Последние ухудшают комплаенс и контроль над ГБ. Цель: выявить распространенность когнитивных нарушений у пациентов с ГБ старше 60 лет, особенности ее течения на фоне когнитивных нарушений.

Материал и методы:

В исследовании участвовали пациенты: 1 гр. – пожилого возраста – 23 жен., средний возраст $71 \pm 0,66$ год; 10 муж., средний возраст $69,9 \pm 1,21$ год; 2 гр. – старческого возраста – 60 жен., средний возраст $81,73 \pm 0,46$ год; 27 муж., средний возраст $82,41 \pm 0,73$ года; Проведены: опрос, осмотр, измерение артериального давления (АД), тестирование по шкале оценки психического статуса (MMSE), гериатрической шкале депрессии. Статистическая обработка – критерии Пирсона с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, Стьюдента (достоверная разница при $p < 0,05$).

Результаты:

Среди пожилых ГБ выявлена у 18 жен. (78,3%) и у всех муж. (100%). У пациентов с ГБ преддементные когнитивные на-

рушения определены у 38,9% жен. и у 40% муж., деменция легкой степени – у 11,1% жен., деменция умеренная – у 16,7% жен. и 20% муж., тяжелая деменция – у 5,6% жен. ГБ сочеталась с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – у 69,6% жен. и 80% муж.; сахарным диабетом (СД) – 4,3% жен. и 30% муж.; анемией – у 39,1% жен. и 100% мужчин. Клиника хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечена у 50% жен. и у 40% муж. Среди пациентов с ГБ и когнитивными нарушениями вероятная депрессия была у 44,4% жен. у 30% муж. Контроль над АД был достигнут у 38,9% жен. и у 20% муж. У пациентов 2 гр. ГБ была у 54 жен. (90%) и у 23 муж. (85,2%). У пациентов с ГБ выявлены преддементные когнитивные нарушения – у 33,3% жен. и у 34,8% муж., деменция легкой степени – у 16,7% жен. и у 21,7% муж., деменция умеренная – у 24,1% жен. и у 13% муж., тяжелая деменция – у 3,7% жен. ГБ сочеталась с другими ССЗ – 71,7% жен. и 91,3% муж.; с СД – у 21,7% жен. и 13% муж.; анемией – у 15% жен. и 85,2% муж. Клиника ХСН отмечена у 33,3% жен. и у 43,5% муж. Среди пациентов с ГБ и когнитивными нарушениями вероятная депрессия выявлялась у 66,7% жен. и у 78,3% муж. Контроль над АД был достигнут у 42,6% жен. и у 39,1% муж. Статистически значимых различий по частоте ГБ, когнитивных нарушений, депрессии в группах между мужчинами и женщинами и среди женщин обеих групп по этим параметрам нет ($p > 0,05$). Депрессия в старческом возрасте чаще, чем среди пожилых ($p < 0,05$).

Заключение:

ГБ и когнитивные нарушения среди гериатрических пациентов широко распространены. Особенности ГБ в сочетании с когнитивными нарушениями является сопутствующее ИБС, ХСН, СД, анемия, низкий контроль над АД, часто определяемая депрессия.

КОМОРБИДНОСТЬ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID-19

ЕРМЕКБАЕВА А.У., КАМИЛОВА У.К., ХАМРАЕВ А.А.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, Г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности коморбидных состояний у реконвалесцентов COVID-19 и течения постковидного периода.

Материал и методы:

Были анализированы коморбидность и динамика течения постковидного периода у 220 больных перенесших COVID-19. Средний возраст пациентов составлял $54,6 \pm 11,4$ лет. Из них мужчины составляли 107 (48,6%) и женщины – 113 (51,4%).

Результаты:

Анализ полученных данных показал, что 121 (55%) пациентов имели артериальную гипертензию (АГ), у 1/3 пациентов 74 (33,6%) было ожирение, 39 (17,7%) пациентов имел ишемическую болезнь сердца (ИБС) и у 26 (11,8%) пациентов наблюдалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Несколько реже встречались такие заболевания, как хроническая болезнь почек (ХБП), фибрилляция предсердий (ФП), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). В постгоспитальном периоде многие пациенты продолжали предъявлять различные жалобы. Через 3 мес. наблюдения хотя бы 1 симптом сохранялся у 36,6% пациентов, а через 6 мес. наблюдения – у 25,7%. Самыми частыми симптомами, которые сохранялись у пациентов до

3-го и 6-го мес., были слабость – 70 (31,8%) и 51 (24,1%), а также одышка – 63 (28,6%) и 38 (17,9%). Эти симптомы наблюдались у каждого третьего пациента через 3 мес. и у каждого пятого через 6 мес. Обращало на себя внимание, что в первые 3 мес. многие пациенты – 40 (18,1%) предъявляли жалобы на подъемы артериального давления на фоне ранее эффективной антигипертензивной терапии, а также сердцебиение 26 (11,6%). Среди пациентов с вновь возникшими заболеваниями через 3 и 4–6 мес. наблюдения преобладали пациенты с АГ, которая составила 5 (2,3%) и 6 (2,8%) в структуре “новых” заболеваний.

Заключение:

У реконвалесцентов COVID-19 из сердечно-сосудистых заболеваний наиболее часто встречалась АГ.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Аляви Б.А.^{1,2}, Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Узоков Ж.К.¹, Далимова Д.А.³, Тошев Б.Б.¹, Азизов Ш.И.², Бабаев М.А.¹

¹ГУ «РСНПМЦИТИМР», г. Ташкент, Узбекистан,

²ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан,

³ЦПТ, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность и безопасность комплексного подхода к эндоваскулярному лечению и реабилитации пациентов коронарной болезнью сердца (КБС) с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

У пациентов КБС стенокардией напряжения (СС) III функционального класса (ФК) (I группа, 20) и СС IV ФК (II группа, 20) с МС до и после стенирования коронарных артерий (СКА) изучали жизнеспособность миокарда (стресс-ЭХОКГ, МСКТ), холестерин (ХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность АЛТ и АСТ, общий билирубин (ОБ), полиморфизм гена 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272, проводили УЗИ печени, ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления (АД). На фоне терапии (аспирин, клопидогрел, статины, бета-блокаторы, валсартан) пациентам проводили кардиореабилитацию (по индивидуально подобранным программам). Сартан назначали в дозе 80–160 мг в течение 6 месяцев. АД систолическое и диастолическое (САД и ДАД) измеряли в положении сидя, трижды, с интервалом 1–3 мин, на обеих руках. За 30 минут перед измерением исключали прием пищи, курение, физическое напряжение и воздействие холода, перед измерением пациент спокойно сидел в расслабленном состоянии и измерение начинали через 5 минут после отдыха в вышеуказанном положении и анализировали среднее значение АД.

Результаты:

Снижение АД на фоне приема сартана начало проявляться с применения средней дозы (80 мг/сут) и гипотензивный эффект его усиливался по мере увеличения дозы, с сохранением нормальных значений. Уже через месяц среднее САД составило $140,2 \pm 6,3$ мм рт.ст. при исходном среднем значении $168,4 \pm 8,3$ мм рт.ст. и среднего ДАД – $83,7 \pm 6,6$ мм рт.ст. при исходном среднем значении ДАД – $91,5 \pm 9,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Применение сартана в течение 3–х месяцев лечения приводило к снижению среднего САД до

$135 \pm 8,4$ мм рт.ст. ($-33,4$ мм рт.ст.), а среднего ДАД до $82,0 \pm 7,5$ мм рт.ст. ($-9,5$ мм рт.ст.) ($p < 0,05$). АД уменьшалось с приема средних терапевтических доз (80 мг/сут) сартана. Целевой среднесуточный уровень АД был достигнут у большинства больных (80%). Целевое АД при назначении сартана в дозе 80 мг наблюдалось через 26 дней, в дозе 160 мг – через 20 дней. К концу наблюдения индекс массы миокарда левого желудочка уменьшился на 10–12%. Не наблюдали негативного влияния на уровень глюкозы, и липидов, активность ферментов, содержание билирубина. Амбулаторное мониторирование АД показало эффективное снижение среднесуточных значений САД и ДАД как при утреннем, так и при вечернем однократном приеме 160 мг препарата. Время приема валсартана не влияло на стабильность его антигипертензивного действия. Препарат хорошо переносился больными. Побочные реакции в виде головных болей были отмечены на первом месяце лечения у 1 больного, которые не требовали отмены препарата и самостоятельно исчезли. Все пациенты имели высокую приверженность к лечению. Это можно объяснить удобным режимом лечения – один раз в сутки. Исходные показатели липидов у больных КБС с МС и АГ составили (I и II группы соответственно): ОХС – 6,6 и 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,2 и 3,6; ХСЛПВП – 1,2 и 1,1; ТГ – 2,3 и 2,5 ммоль/л. После лечения содержание липидов (I и II группы соответственно): ОХС – 5,0 и 4,8; ХСЛПНП – 2,36 и 2,3; ХСЛПВП – 1,27 и 1,18; ТГ – 1,61 и 1,55 ммоль/л. Благоприятное действие статинов и антиагрегантов на изученные показатели указывает об их влиянии на патогенетические звенья КБС, что особенно важно при лечении больных с сопутствующими МС и АГ. Проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, добиться хорошей эффективности, исключающей развитие осложнений и резистентности к препаратам. Установлены эффективность, безопасность и целесообразность ранних физических тренировок (ФТ), продолжительностью до 4 мес. Оценка жизнеспособности миокарда, индивидуальный подбор доз препаратов, ФТ повысили эффективность и безопасность лечения и реабилитации пациентов.

Заключение:

Комплексный подход к лечению и реабилитации больных КБС с МС и АГ с учетом функционального состояния и жизнеспособности миокарда, фармакогенетических особенностей препаратов, индивидуального подбора ФТ повышает эффективность реваскуляризации, предупреждает развитие резистентности к антиагрегантам и осложнений. Сартан оказал выраженное гипотензивное влияние при лечении больных АГ с МС и может быть рекомендован для лечения и реабилитации этой категории пациентов.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВО-АРТЕРИАЛЬНОГО СОПРЯЖЕНИЯ И ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Квасова О.Г., Сялямова Л.И., Коренкова К.Н.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить корреляционные связи между показателями левожелудочково-артериального сопряжения (ЛЖАС) и параме-