

dippers» (6-6,6%) и «night-peakers» (11-12,1%). При анализе этого показателя по генотипам выявили преобладание «pop-dippers» во всех группах: II (58,8%), ID (66,7%) и DD (71,5).

**Заключение:**

Носительство ID и DD генотипов гена АПФ достоверно ассоциируется с высокой степенью АД, среди больных АГ с ЦВЗ. Для пациентов с ЦВЗ характерно ассоциация носительства DD генотипа гена АПФ с выраженными нарушениями суточного профиля АД: высокой вариабельностью АД, недостаточным ночным снижением АД или его ночным повышением.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Бейлина Н. И., Газизов Р. М.

*ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия*

**Введение (цели/ задачи):**

С возрастом увеличивается удельный вес заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертонической болезни (ГБ). На клинику и течение ГБ влияют много факторов, одними из которых являются механизмы старения. Пациенты пожилого (60-74 года) и старческого возраста (75-80 лет), как правило, имеют коморбидную патологию, принимают несколько медицинских препаратов. Цель: изучить особенности гипертонической болезни у лиц старше 60 лет

**Материал и методы:**

В исследование включены 38 пациентов, в том числе 20 женщин, средний возраст 76±5 лет. Всем пациентам проводилось исследование в сыворотке крови холестерина, глюкозы, ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КС), суточное мониторирование АД (СМАД) Состояния гипертонии определялось при АД>140/90 днем, АД>125/75 ночью; гипотонии – АД<101/61 днем и АД<86/47 ночью. Критическими значениями для вариабельности ритма АД считались: для систолического АД (САД) более 15 днем и ночью, диастолического АД (ДАД) - более 14 днем, более 12 ночью. Гиперхолестеринемия – общий холестерин более 5,18 ммоль/л; гипергликемия – более 6.2 ммоль/л

**Результаты:**

Все пациенты длительно страдали ГБ (23±5 лет), имели средние величины АД в дневное время: САД- 180±26, ДАД- 105±10; в ночное время: САД- 135±10, ДАД- 80±5. Отмечается увеличение пульсового давления (более 60 мм рт. ст.) у 74% пациентов – изолированная систолическая гипертония. В течение суток по данным СМАД у 71% пациентов наблюдались как состояния гипертонии, так и гипотонии. Показатели вариабельности АД у этих пациентов: днем для САД -30±3, для ДАД -16±1; ночью для САД -18±2, для ДАД- 14±1. По суточному ритму АД выделено 42% pop-dipper. В исследуемой группе пациентов кроме ГБ имелись иные заболевания и состояния, влияющие на прогноз пациентов с ГБ: ишемическая болезнь сердца – 37%, цереброваскулярная болезнь – 32%, СД 2 – 42%, гипергликемия – 38%, гиперхолестеринемия – 51%, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) – 89% пациентов.

**Заключение:**

Лица пожилого и старческого возраста имеют длительный стаж болезни (23±5 лет). Преобладает изолированная систо-

лическая гипертония (74%). Отмечается выраженная суточная вариабельность АД (71%). Выявляются сопутствующие заболевания – ишемическая болезнь сердца – 37%, цереброваскулярная болезнь – 32%, СД 2 – 42%. Отмечается наличие гипергликемия в 38% случаев, гиперхолестеринемия у 51% пациентов. Ремоделирование сердца в виде ГЛЖ зафиксированы у 89% пациентов

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ**

Курбанов Н. А., Абдуллаев Т. А., Цой И. А.

**Республиканский специализированный центр кардиологии**

**Введение (цели/ задачи):**

Цель: Изучение особенностей клинико-функционального состояния больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) с наличием и отсутствием патологических изменений на ЭКГ.

**Материал и методы:**

Обследовано 274 пациента с ДКМП в возрасте от 17 до 61 лет (в среднем 42,9±1,1 лет). Помимо клинического осмотра всем больным проводили ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), ЭхоКГ, 6-ти минутный прогулочный тест с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA. Все больные были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 47 пациентов, у которых на ЭКГ регистрировалась блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ). У пациентов 2-й группы (44 человека) на ЭКГ был выявлен псевдо-Q зубец. 3-ю группу составили 124 пациента, для которых характерным явилось снижение амплитуды зубца R, глубокий зубец S в правых грудных, и высокий зубец R в левых грудных отведениях. У остальных пациентов (IV гр.) на ЭКГ была выявлена полная блокада правый ножки пучка Гиса (n=16) или одной из ножек пучка Гиса (44 пациентов), которые были исключены из данного исследования.

**Результаты:**

Сравниваемые группы, как по возрасту, так и по давности болезни не различались. Исходный ФК СН в I и II группе был достоверно выше, чем в III гр. (3,5±0,1 и 3,3±0,1 против 3,1±0,1; p<0,01). При оценке клинического состояния больных установлено, что длина проходимой дистанции за время ТШХ, в III гр. была достоверно больше (232±9м), чем в I и II группах соответственно (196±12м и 202±11м p<0,01). Ряд показателей, свидетельствующих о наличии правожелудочковой СН, таких как асцит, периферические отеки достоверно чаще встречались в группе с блокадой ЛНПГ и псевдодолновыми изменениями на ЭКГ. Анализ параметров внутрисердечной гемодинамики показал увеличение линейных размеры левых отделов сердца у пациентов I и II гр: повышение показателей КДР – на 9,2% и 3,2% (оба p<0,01), КСР – на 12,5% и 5,1% (p<0,01), при этом ФВЛЖ был ниже на 12,1% и 16% (оба p<0,01) в I и II группе соответственно. Анализ нарушений проводимости по данным ХМЭКГ, показал, что AV блокада I ст. достоверно чаще встречалась в I и II группе (32% и 39% против 12%; p<0,01) соответственно. Следует отметить, что по мере прогрессирования СН в I гр. из 15 больных с AV- блокадой I степени в 4 случаях нарушение AV-проводимости усугубились до III степени, что потребовало в дальнейшем имплантации