Профилактика развития кардиальной патологии у бывших спортсменов, страдающих артериальной гипертензией в среднем возрасте.

клинический ординатор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии СПбГПМУ
Аржаева А.Г.
д.м.н., профессор кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского Университета, профессор кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины СПбГПМУ
Бондарев С.А.

Актуальность

- Физическая активность не менее 4 часов в неделю является основой немедикаментозной профилактики и немедикаментозного лечения артериальной гипертензии (Европейские рекомендации по лечению и профилактике АГ 2018 г.)
- Между тем лицам с АГ не рекомендованы значительные физические нагрузки по причине высокого риска развития нарушений ритма сердца (Российские национальные рекомендации по лечению и профилактике АГ, 2019 г.)
- Таким образом, вопрос о профилактической или провоцирующей роли в развитии аритмий сердца высокой двигательной активности у пациентов с артериальной гипертензией остается дискутабельным.

Материалы и методы исследования

Лица мужского пола в возрасте 53.33±10.16 лет с диагнозами “Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия (АГ) 2 и 3 степени (2018г)», разделенные на 2 группы.

Группа 1,
лица с двигательной активностью 5.21±3.55 часов в неделю в возрасте 5-35 лет.

Группа 2,
лица малоподвижного образа жизни в возрасте 5 - 35 лет

Методы

- В ходе исследования были выполнены:

осмотр,
анамнез,
клинические и биохимические анализы крови,
электрокардиография покоя,
электрокардиография по Холтеру,
эхокардиография (ЭхоКГ),
коронароангиография (КГ).

Результаты исследования.

Согласно ЭхоКГ-данным

Группа 1	**Группа 2**
Индекс массы миокарда	
125.1±50.84 г/м2,	103.9±28.80 г/м2 ($p<0.05$),
Толщина межжелудочковой перегородки	
13.8±3.9,	12.0±2.03 ($p<0.05$);
Индекс левого предсердия	
26±1.06мл/м2	21.5±8.38 мл/м2 ($p<0.05$).

Показатели диастолической дисфункции в обеих группах в норме.

Показатели липидограммы

Группа 1	**Группа 2**
общий холестерин 4.7± 1.23 ммоль/л (p>0.05),	5.0±1.03 ммоль/л
липопротеиды очень низкой плотности 0.7±0.39 ммоль/л (p>0.05),	0.6±0.27 ммоль/л
липопротеиды низкой плотности 2.7±1.09 ммоль/л (p>0.05),	3.0±0.88 ммоль/л
липопротеиды высокой плотности 1.3±0.37 ммоль/л (p>0.05)	1.3±0.32 ммоль/л
коэффициент атерогенности 3.01±1.43 (p>0.05)	3.01±1.02 .

При коронароангиографии гемодинамически значимые стенозы (78.57 ±5.56%)

Группа 1: **Группа 2:**

в области огибающей артерии (p>0.05)

33.34% 25.0%,

в правой коронарной артерии

33.4% 33.4%

Нарушения ритма сердца

Постоянная форма фибрилляции предсердий наблюдалась чаще в группе 2 ($p<0.05$):

Группа 1:	**Группа 2:**
1,96%	6,0%

Частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) также преобладает в группе 2 ($p<0.05$):

0%	1,96%

Обсуждение.

*У пациентов обеих групп имелись ЭхоКГ признаки ремоделирования, более выраженные в группе 1, что может быть связано с сочетанием страдания АГ и ранее переносимыми интенсивными спортивными нагрузками.

*В группе 1 увеличение размеров левого предсердия сопровождалось более частой регистрацией ФП.

Полученные данные согласуются с официальной позицией ECS 2017.

*ЖЭ в группе 1 отмечалась значимо реже, что вероятно обусловлено более высокой адаптацией к нагрузкам и преходящей гипоксии ранее тренированных лиц.

*В обеих группах выявлено повышение уровня липопротеидов низкой плотности, поражение коронарного русла, но статистически значимых различий нет, что свидетельствует о нивелировании антиатеросклеротического эффекта при прекращении интенсивных и регулярных тренировок.

Выводы:

Бывшие спортсмены, страдающие АГ, требуют регулярного наблюдения кардиолога с целью профилактики развития ФП и коронарного атеросклероза.

Спасибо за внимание!