

# ВЛИЯНИЕ СРАР-ТЕРАПИИ НА ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

*Каминская Т.В.<sup>1</sup>, Авраменко Т.В.<sup>2</sup>, Чечик Н.М.<sup>1</sup>*

*Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр»  
Управления делами Президента РБ<sup>1</sup>, Белорусская медицинская академия  
последипломного образования<sup>2</sup>*

Состояние сердечно-сосудистой системы в значительной степени определяется нормальным сном с автономной регуляцией сердечной деятельности во время различных фаз сна. Артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений снижаются во время медленноволновой фазы сна, в то время как в период фазы сна с быстрыми движениями глазных яблок (REM-фаза сна) АД сильно варьирует и приближается к уровню во время бодрствования. Нарушения качества сна и расстройства дыхания во сне связаны с механизмами, способствующими развитию АГ или увеличению степени ее тяжести. Высокую распространенность неконтролируемой АГ можно объяснить многообразием факторов резистентности к проводимой терапии. Одним из них является сочетание АГ и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), который составляет до 30% от общего количества пациентов с резистентной к терапии АГ. В исследовании Wisconsin Sleep Cohort Study была обнаружена линейная зависимость между показателями суточного мониторинга АД и индексом дыхательных расстройств (индекс апноэ-гипопноэ), независимо от сопутствующих факторов риска, таких как индекс массы тела, возраст, курение. У лиц даже с незначительными нарушениями дыхания во время сна (при индексе апноэ-гипопноэ 0,1–4,9) риск развития АГ был на 42 % выше, чем при индексе апноэ-гипопноэ, равном нулю. Также было отмечено, что СОАС может негативно влиять на профиль АД. Наличие СОАС более характерно для пациентов с недостаточным снижением (non-dipper) и подъемами (night-peaker) АД в ночное время. Такие нарушения циркадного ритма АД связаны с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений независимо от дневного уровня АД. Перемежающая гипоксия, гиперкапния и повторяющиеся микропробуждения приводят к хроническому нарушению автономной регуляции сердечно-сосудистой системы, нарушению барорефлекторного контроля, увеличению прессорного ответа хеморефлексов на гипоксию, повышению симпатической активности, а также к развитию оксидативного стресса и тканевой гипоксии. Одним из признанных методов лечения СОАС является СРАР-терапия (Continuous Positive Airway Pressure), одна из разновидностей неинвазивной вспомогательной вентиляции легких посредством создания постоянного положительного давления в дыхательных путях.

**Цель:** оценить эффективность СРАР-терапии в лечении резистентной АГ у пожилых пациентов.

**Материал и методы:** Обследованы 112 пожилых пациента с резистентной АГ (отсутствие эффекта комбинированной антигипертензивной терапии) с использованием суточного мониторинга АД и полисомнографии. Из них 74 женщины и 38 мужчин. Для лучшей переносимости СРАР-терапии осуществлен тщательный подбор давления воздуха под контролем полисомнографической аппаратуры. Всем пациентам с выявленной средней и тяжелой степенью СОАС была предложена СРАР и/или auto-СРАР-терапия.

**Результаты:** из 112 человек 94 (84%) согласились на проведение пробной СРАР-терапии. Из них СОАС тяжелой степени (индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) 30 и более) был диагностирован у 48, в том числе у 12 с хронической ночной гипоксемией (средненочная сатурация ниже 90%), со средней степенью тяжести (ИАГ-15-29) – у 34, из них у 8 – с хронической ночной гипоксемией, и у 4 – с легкой степенью СОАС (ИАГ-5-14). Отсутствовали признаки СОАС только у 8 пациентов (8,5%). Всем согласившимся на пробную СРАР-терапию после полисомнографического исследования для подбора и оценки эффективности СРАР-терапии было проведено от 2 до 14 сеансов. Нормализация дыхания (ИАГ менее 5 в час, в среднем 0,8) на фоне терапии была отмечена у 54 человек (у 22 с СОАС тяжелой степени; у 26 – среднетяжелой и у 4 – легкой степени). У 5 – тяжелая степень была переведена в легкую (ИАГ в среднем 6,4 в час) и в 2 случаях – только в среднюю (ИАГ уменьшен со 114 до 17 и с 83 до 21 в час). 8 человек, не имевших клинических проявлений СОАС, не отметили положительных субъективных ощущений. Остальные отмечали улучшение утреннего пробуждения, уменьшение дневной сонливости, повышение работоспособности днем. 16 пациентов (менее 20% от количества нуждающихся) перешли на долгосрочную СРАР-терапию. При анализе результатов лечения была выявлена 84% приверженность лечению, высокая эффективность нормализации дыхания (ИАГ от 0 до 3,2, средняя – 0,9). На фоне долгосрочной СРАР-терапии у 6 была выявлена нормализация сатурации и у 3 – повышения уровня SPO<sub>2</sub> с 79–82% до 88–89%. У 10 из 16 пациентов на фоне длительной СРАР-терапии отмечена нормализация АД, в том числе ночных и утренних цифр без дополнительного изменения схем гипотензивного лечения.

**Выводы:** СРАР-терапия является высокоэффективным методом лечения СОАС тяжелой и средней степени тяжести, улучшает качество жизни пожилых пациентов с АГ (повышение освежающего эффекта ночного сна, исчезновение утренних головных болей, эмоционально-когнитивных нарушений, дневной сонливости, увеличение дневной активности), улучшение суточного профиля АД.