

Гусла С. Н.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ МОДЕЛЯХ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Хурса Р. В.

Кафедра поликлинической терапии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Индивидуальная модель гемодинамики (ИМГ), представляющая собой линейную регрессию систолического артериального давления (САД) по пульсовому давлению, позволяет выделить разные типы взаимодействия сердца и сосудов в процессе продвижения крови по угловому коэффициенту регрессии a : гармонический (H) и два дисфункциональных – диастолический (D) отражающий «гипертрофированную» роль сократительной силы миокарда при недостаточном участии «периферического сердца», и систолический (S), указывающий на преобладающую роль «периферического сердца». По совокупному учету обоих коэффициентов регрессии (a и Q) выделяются классы данных типов при артериальной гипотензии – H1, D1, S1, при нормотензии – H2, D2, S2 и H0, при артериальной гипертензии (АГ) – H3, D3, S3. Разные модели кровообращения предполагают дифференцированный подход к лечению, который пока не разработан.

Цель: исследовать традиционные параметры суточного мониторирования АД (СМАД) в зависимости от ИМГ у амбулаторных пациентов с АГ и хроническими формами ИБС (ХИБС) на фоне лечения.

Материалы и методы. СМАД проведено у 25 мужчин и 26 женщин (средний возраст $48,5 \pm 1,7$ лет) с АГ 1-3 ст., риск 2-4 и ХИБС при стандартной амбулаторной терапии. У каждого пациента по величинам АД получены ИМГ за дневной, ночной и суточный периоды: коэффициенты a (показатель типа) и Q (давление в области исчезновения пульсации); определен гемодинамический класс; проведены анализ медицинской документации и статистическая обработка стандартных показателей СМАД в зависимости от ИМГ.

Результаты и их обсуждение. АГ имели 37 чел., ХИБС, включая ее сочетание с АГ – 26 чел. Различные нарушения ритма были у 11 человек, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе – у 8 человек, сахарный диабет 2 типа у 7 человек. Целевое АД (135/85 мм рт.ст. для дневного периода), несмотря на проводимую комплексную терапию, было достигнуто только у 45,1%. ИМГ были представлены следующими классами: H2 (оптимум нормы) – 25,5% (13 чел), H0 (скрытая АГ) – 15,7% (8), H3 – 45,1% (23), D2 – 1,9% (1), D3 – 9,8% (5), S3 – 1,9% (1). Лица классов H0, H3 и D3 достоверно отличались от оптимума нормы (H2) за каждый из периодов наблюдения более высокими показателями нагрузки давлением (индексы времени, площади, измерений – ИВ, ИП, ИИ) по САД и ДАД, высокой вариабельностью АД ($p < 0,05$). Эти данные подтверждают неэффективность гипотензивной терапии у них. Между собой «гипертензивные» классы D3 и H3 также имели различия, хотя САД, ДАД и индексы нагрузки давлением у них были сопоставимы ($p > 0,05$). Лица класса D3 имели более высокие индекс «нагрузки» гипотензией по САД ночью и вариабельность САД за сутки ($p < 0,05$), нарушения суточного индекса (чаще типа «овердиппер»), что является прогностически неблагоприятными признаками. У пациентов класса D3 чаще отмечены аритмии; 3 пациента из 5 имели инвалидность 3-й группы. Таким образом, в клиническом аспекте класс D3 выглядит не только хуже, чем H2, но и чем H3.

Выводы. При СМАД у пациентов с АГ и ХИБС определены разные гемодинамические классы и типы. Оптимум нормы (H2) имели только 25,5% группы; из патологических классов самым частым был H3 (гипертензивная гармоническая гемодинамика) – 45,1%, H0 – 15,7% (скрытая гипертензия) и D3 – 9,8% (диастолический гипертензивный класс). ИМГ таких классов подтверждают недостаточную эффективность терапии и указывают на необходимость дифференцированных подходов к лечению АГ в зависимости от ИМГ ввиду разности организации кровообращения при гармоническом и дисфункциональных типах кровообращения.