

Выводы. Наиболее существенным фактором, определяющим фенотип ХСН у пациентов с ишемической этиологией, является перенесенный ИМ, характерный для пациентов ХСНнФВ. Биохимические параметры, характеризующие системную воспалительную активность несколько более выражены в группе ХСНсФВ. Преобладание женщин, старческий возраст, повышенные цифры АД - наиболее характерны для пациентов ХСНсФВ.

ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЫШЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ

Хурса Р.В.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь

Повышенная артериальная жесткость (АЖ) – доказанный фактор сердечно-сосудистого риска, поэтому ведется поиск информативных индексов ее оценки при суточном мониторинге артериального давления (СМАД). Нами разработан метод определения гемодинамического фенотипа (ГФ) пациента по ряду величин его артериального давления (АД) путем количественного анализа связей параметров АД (КАСПАД) в линейной регрессии систолического давления (САД) по пульсовому давлению. По индивидуальным значениям углового коэффициента регрессии определяется ГФ пациента – гармонический (Н) или один из дисфункциональных, указывающих на нарушение оптимального соотношения сердечного и периферического компонентов гемодинамики: диастолический – D (преобладание сердечного компонента, предполагающее повышенную АЖ) или систолический – S (преобладание периферического компонента, очень редкий фенотип).

Цель. Исследовать АЖ с помощью расчетных «сосудистых» показателей СМАД в зависимости от ГФ у нормотензивных молодых людей и пациентов с артериальной гипертензией (АГ) до начала антигипертензивной фармакотерапии.

Материалы и методы. Амбулаторно обследованы 126 практически здоровых лиц возраста 22 (21-24) лет (группа 1) и 49 пациентов с впервые установленной АГ возраста 30 (26-38) лет до начала лечения (группа 2): проведены СМАД регистраторами BPLab (РФ) с определением ГФ методом КАСПАД, анализом традиционных параметров и расчетных индексов АЖ: RWTT (время распространения отраженной волны), SAI (систолический индекс сердечного цикла), dP/dt max (максимальная скорость нарастания АД), AASI (амбулаторный индекс артериальной жесткости, вычисляемый по угловому коэффициенту регрессии диастолического давления (ДАД) по САД).

Результаты. В группе 1 лиц с ГФ-Н было больше, чем в группе 2 (76,2 и 59,2% соответственно), а с ГФ-D, соответственно, меньше – 12,7 и 26,5%, $p < 0,05$. В группе 1 лица с ГФ-D по сравнению с ГФ-Н имели более высокую АЖ, что выражалось значимо ($p < 0,05$) более низкими показателями RWTT – 121,0 [110,0-131,5] и 127,5 [121,0-137,0] соответственно, dPdt – 550,0 [502,0-724,0] и 685,5 [593,0-784,5] соответственно, увеличением SAI – $49,9 \pm 1,07$ и $47,5 \pm 0,37$ ($p < 0,05$). В группе 2 значимых различий между ГФ-D и ГФ-Н по этим показателям не было. Такие результаты согласуются с полученными нами ранее данными, что в группе 1 скорость пульсовой волны (общепризнанный показатель АЖ) при ГФ-D была значимо больше, чем при ГФ-Н и не отличалась от СПВ у пациентов группы 2 (различий этого показателя между ГФ-D и ГФ-Н в группе 2 не было).

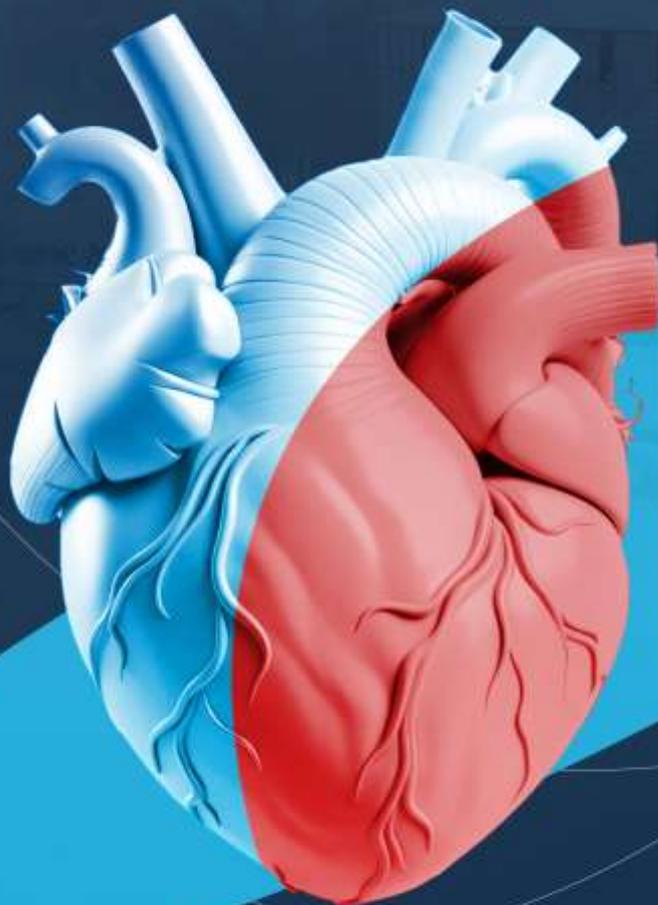
Величина AASI не выходила за пределы 0,5 (принятой нормы для молодых людей) и не различалась между группами 1 и 2 (0,3 [0,2-0,4] и 0,3 [0,2-0,5] соответственно, $p > 0,05$), и между ГФ-Н и ГФ-D. Этот индекс, согласно зарубежным литературным данным, имеет связь не только с АЖ, но и с САД, хроническим воспалением, сердечно-сосудистыми событиями, доклиническими поражением органов-мишеней, почечными исходами и др. Однако, сильная зависимость AASI от

вариабельности АД, корреляции между САД и ДАД, возраста пациента и отсутствие изменчивости после лечения ставят под сомнение его однозначную трактовку как индекса именно АЖ. В нашем исследовании у лиц обеих групп с ГФ-Н корреляция между САД и ДАД была незначима: $r = 0,39$ [0,16-0,51] (в группе 1 – 0,33 [0,04-0,42], в группе 2 – 0,49 [0,24-0,58]), что делает использование ААСИ при данном фенотипе некорректным. У лиц с дисфункциональными ГФ корреляция между САД и ДАД была значимая и сильная ($r = 0,77$ [0,68-0,85], без различий в группах 1 и 2), что может указывать на вмешательство регуляторных систем более высокого уровня. Поэтому мы полагаем, что ААСИ является не столько показателем АЖ, сколько признаком регуляторной дисфункции.

Заключение. Современные возможности статистического анализа и моделирования получаемых при СМАД параметров открывают новые перспективы оценки сосудистого компонента кровообращения. Выявленные различия гемодинамических параметров, в т.ч. расчетных индексов АЖ и корреляции между САД и ДАД у лиц с разными ГФ, не только подтверждают «анормальный» характер дисфункциональных фенотипов, но и позволяют рассматривать КАСПАД как простой метод дифференциации регуляторных различий кровообращения по индивидуальным рядам АД.

Кардиологический форум «Практическая кардиология:
достижения и перспективы»

07-08 февраля
2025 года



МАТЕРИАЛЫ

IX ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА «НИЖЕГОРОДСКАЯ ЗИМА»
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

7/8 ФЕВРАЛЯ
2025 ГОДА

Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД,
ПРОСПЕКТ ГАГАРИНА, 27,
ГК «ОКА»