

Продолжительность курса лечения составляет 7 - 10 процедур ежедневно или через день. Повторный курс лазеротерапии проводится через 4 - 6 недель. В дальнейшем лечебные и профилактические курсы проводятся: ближайший курс через 3 месяца и последующие курсы лечения с интервалом в 6 месяцев.

По результатам контрольного холтеровского мониторирования у пациентов была выявлена высокая антиишемическая и антиангинальная эффективность лазерной терапии. Количество экстрасистол было снижено на 50 -75 %.

Выводы. Лечебно-реабилитационная программа с использованием низкоинтенсивной лазерной терапии от аппарата «УзорМед-Б-2К» результативно воздействует на устранение патологических нарушений в сердечно – сосудистой системе, способствует повышению в 1,5 раза эффективности терапии, предупреждению рецидивирования заболеваний, повышает качество жизни у 98% больных. Применение низкоинтенсивной лазеротерапии является фактором, расширяющим возможности лечения и реабилитации пациентов с нарушениями ритма сердца.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП В ПАРАМЕТРАХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хурса Р.В., Месникова И.Л.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Беларусь

Нами разработан метод определения гемодинамического фенотипа по ряду величин артериального давления (АД) пациента путем линейной регрессии систолического давления по пульсовому давлению. По полученным индивидуальным значениям регрессионных коэффициентов определяются 3 фенотипа – гармонический (Н) и два дисфункциональных (диастолический – D, с «гипертрофированной» ролью сердца в продвижении крови, систолический – S, с преобладанием периферической составляющей кровотока), а также 10 гемодинамических классов, дифференцирующих нормо-, гипо- или гипертензивное кровообращение в каждом фенотипе: гипертензивные гармонический (Н3), дисфункциональные диастолический (D3) и систолический (S3) классы; гипотензивные гармонический (Н1) или дисфункциональные классы (D1, S1); нормотензивные гармонический (Н2), дисфункциональные (D2, S2) и пограничный между нормо-и гипертензией класс (Н0).

Цель. Определить клиническое значение гемодинамических фенотипов и классов у амбулаторных пациентов с АГ, в т.ч. с наиболее распространенной коморбидностью.

Материалы и методы. Обследованы 175 пациентов возраста 60,1 (52,1-71,0) лет с верифицированной АГ 1-3 ст., риск 2-4, в т.ч. в сочетании с хроническими формами ИБС (у 41,7%) при длительной (≥ 3 -х лет) терапии основными группами лекарственных средств (ЛС). У каждого пациента при самостоятельных домашних измерениях получены 20-25 величин АД за 2-4 нед., по которым проведена регрессия с определением фенотипа и класса, изучены клинические данные, фармакотерапия и качество жизни (КЖ) по опроснику RAND-36 в зависимости от фенотипа и класса.

Результаты. В группе преобладали гипертензивные классы Н3 и D3 (37,1 и 34,3% соответственно), D2 был у 12,0%, S3 – у 0,6%, Н0 – у 11,4%, Н2 (оптимум нормы) – только у 4,6%, хотя целевое АД (АДцел) достигнуто у 44,0% пациентов. Пациенты обоих фенотипов получали сопоставимую антигипертензивную терапию (АГТ): 58,1% –комбинированную, 42,3% – монотерапию (чаще всего, ингибиторами АПФ). Лица с фенотипом D значимо реже достигали АДцел

(31,2–45,2% в зависимости от использованных ЛС), чем с фенотипом Н (47,7–68,5%), имели более высокую степень АГ, (2,0 [1,0–2,0] и 2,0 [2,0–3,0] соответственно, $p=0,002$), а также имели значимо худшее КЖ, в первую очередь, в физической сфере ($p<0,05$), особенно при недостижении АДцел. При интенсификации АГТ, начиная с двух ЛС, КЖ пациентов с фенотипом D еще более снижалось относительно лиц данного фенотипа на монотерапии – по интегральному физическому компоненту ($p=0,013$), общему уровню КЖ ($p=0,029$) и по отдельным шкалам психоэмоционального и социального компонентов КЖ. У пациентов с фенотипом Н значимых различий КЖ при использовании одного и нескольких ЛС не было. Нами предложено оценивать эффективность АГТ комплексно, как достижение АДцел при общем уровне КЖ ≥ 60 баллов (эта граница «приемлемого» общего уровня КЖ при достигнутом АДцел определена ROC-анализом). Среди пациентов с фенотипом Н такой желаемый комплексный эффект лечения достигался чаще, чем с фенотипом D: 70,3 и 45,7% соответственно, $p=0,035$ (значимых различий по демографическим и клиническим характеристикам у пациентов не было). Установлено дифференцирование влияние ЛС на комплексный эффект АГТ, прежде всего, за счет их влияния на КЖ: у пациентов с фенотипом Н к желаемому эффекту АГТ реже приводило назначение ИАПФ, чем применение других групп ЛС ($p<0,05$), а у пациентов с фенотипом D – амлодипина, чем использование других ЛС ($p<0,05$). Следовательно, назначение этих групп ЛС с учетом фенотипа пациента должно дополняться немедикаментозными методами коррекции КЖ, прежде всего, физическими и психотерапевтическими, а в АГТ предпочтительны фиксированные комбинации ЛС, особенно при фенотипе D.

Заключение. Учет гемодинамического фенотипа позволяет индивидуализировать подходы к лечебной тактике у пациентов с АГ.

**Кардиологический форум «Практическая кардиология:
достижения и перспективы»**

**02-03
Февраля
2024
года**



Материалы
VIII Всероссийской научно-практической конференции
Российского кардиологического общества
«Нижегородская зима» с международным участием

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

2-3 февраля 2024 года

г. Нижний Новгород, проспект Гагарина, 27, ГК «ОКА»