

(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 дифференцированное 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.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП В ПАРАМЕТРАХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛЮДЕЙ

Хурса Р.В., Еремина Н.М.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Беларусь

Нами предложен метод определения гемодинамического фенотипа по индивидуальным значениям коэффициентов линейной регрессии систолического (САД) и диастолического (ДАД) давлений по пульсовому давлению в ряду величин АД пациента. Угловым коэффициентом определяет фенотип – гармонический (Н) или один из дисфункциональных, указывающих на нарушение оптимума соотношений сердечного и периферического компонентов кровообращения: диастолический (D – преобладание сердечного) и систолический (S – преобладание периферического), а оба коэффициента совокупно – гемодинамический класс, характеризующий нормо-, гипо- или гипертензивное состояние при каждом фенотипе. Создана номограмма (диагностическая карта), позволяющая выделить 10 гемодинамических классов: гипертензивные гармонического (Н3) или дисфункциональных фенотипов (D3, S3); гипотензивные гармонического (Н1) или дисфункциональных фенотипов (D1, S1); нормотензивные гармонического фенотипа (Н2), дисфункциональных диастолического (D2) или систолического (S2) и класс Н0 – пограничный между нормо- и гипертензией.

Цель. Определить клиническое значение дисфункциональных гемодинамических фенотипов и «гипертензивных» классов Н3 и Н0 у молодых нормотензивных людей.

Материалы и методы. Обследованы 126 практически здоровых людей возраста 22 (21-24) лет – группа 1, и 49 пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени, риск 1-3 возраста 30 (26-38) лет до начала лечения – группа сравнения (2). Исследовались эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД), скорость пульсовой волны (СПВ), суточное мониторирование АД – СМАД (BPLab, Россия) с анализом традиционных и расчетных «сосудистых» индексов, определялся гемодинамический фенотип/класс каждого пациента.

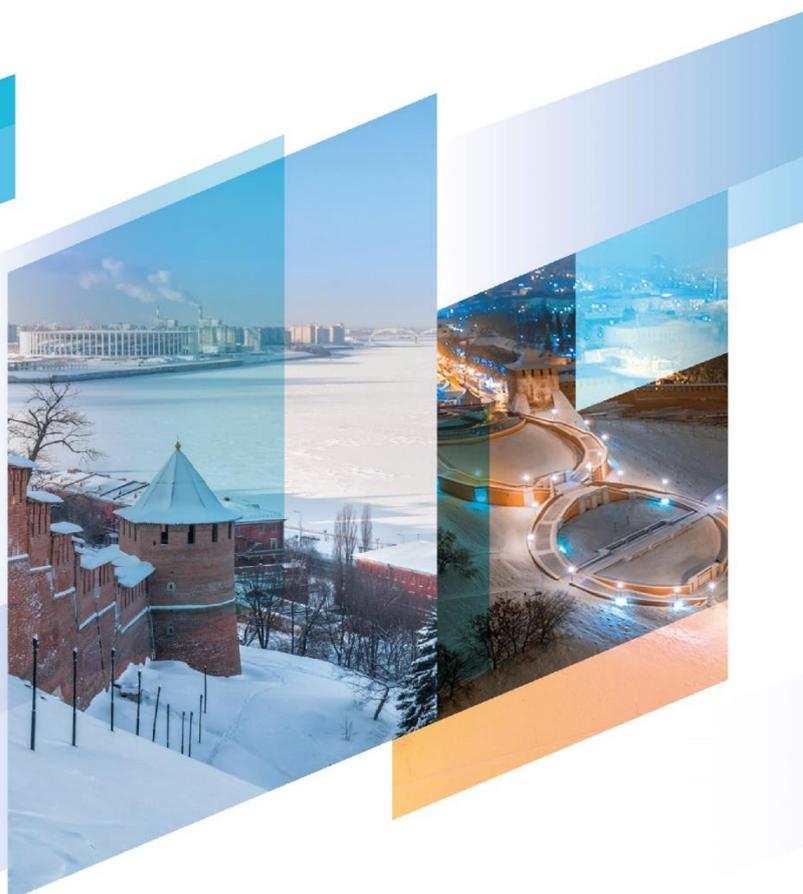
Результаты. В группе 1 оптимальное гармоническое кровообращение – класс Н2 – имели только 58,7% лиц, у остальных были патологические фенотипы и классы: D – 10,3% (в т.ч. D3 – 1,6%); S2 – 6,3%, гармонические гипертензивный класс Н3 – 10,3% и пограничный с ним Н0 – 13,5%. В группе 2 превалировал гипертензивный гармонический класс Н3 (67,3%), фенотип D был у 18,3% (из них 16,2% – D3), S – у 6,0%.

В группе 1 лица фенотипа D (классы D1–D3 совокупно) значительно отличались ($p < 0,05$) от лиц оптимального класса Н2 более высокими показателями ДАД, ЧСС, вариабельности САД, утреннего подъема ДАД, суточного индекса САД/ДАД (особенно, *overdipper* ДАД – у 63,2% против 36,9% у фенотипа Н), а также индексами PTT2, Ssys, dP/dt_{max} , которые указывали на повышенную сосудистую жесткость. Лица с фенотипом S тоже отличались от класса Н2 ($p < 0,05$) – повышенным значением «нормированного» индекса dP/dt^* и сниженным – показателя ригидности артерий AASI, что указывает на хорошую эластичность сосудов и, возможно, склонность их к спазмированию. По ряду показателей СМАД, не выходящих за пределы нормы, лица фенотипов D и S уже не отличались от группы 2 ($p > 0,05$), тогда как класс Н2 отличался значительно, $p < 0,05$. Лица классов Н0 и Н3 тоже отличались от Н2 ($p < 0,05$) повышенной величиной и вариабельностью САД/ДАД, индексами «нагрузки давлением» частотой нарушений суточного индекса и др., и не отличались от пациентов с АГ. СПВ в группе 1 у лиц с фенотипом D была больше, чем с Н: 9,6 (8,7–13,0) м/с и 8,1 (7,0–9,5) м/с соответственно ($p = 0,02$), и не отличалась от СПВ в группе 2: 11,0 (3,1–13,9) м/с, $p > 0,05$ (с фенотипом Н отличия от группы 2 были значимы). Нарушения ЭЗВД разной степени при фенотипе D отмечены чаще, чем при Н (62,5 и 21,6% соответственно, $p < 0,001$) и сопоставимо с группой 2 (84,5%, $p > 0,05$).

Заключение. Дисфункциональные фенотипы (особенно D) и гипертензивные классы гармонического фенотипа (Н0 и Н3) у нормотензивных людей отражают клинически латентные состояния, при которых организация кровообращения подобна таковой у лиц с верифицированной АГ, что указывает на необходимость медицинского наблюдения за данной категорией лиц и проведения первичной профилактики 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»