

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ И НЕОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Хашиева Ф.М.¹, Демкина А.Е.¹, Крылова Н.С.¹, Ковалевская Е.А.², Потешкина Н.Г.¹

¹ – ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Москва

² – ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Малое число исследований посвящено изучению суточного профиля АД у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП). Актуальным представляется исследование особенностей АД в зависимости от наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ) при ГКМП.

Цель: Сравнить показатели суточного профиля АД у больных с обструктивной и необструктивной формой ГКМП.

Методы исследования: обследовано 12 пациентов ГКМП в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени после отмены сердечно-сосудистых препаратов. I группу составили 5 человек (2 мужчин) с необструктивной формой ГКМП, средний возраст - $57,9 \pm 16,9$ лет; II группу – 7 человек (4 мужчин) с обструктивной ГКМП, средний возраст - $56,6 \pm 6,5$ лет. Диагноз ГКМП устанавливался согласно рекомендациям американской кардиологической ассоциации ACCF/АНА (2011 г.). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой ригидности артерий и показателей центрального АД в аорте (прибор МнСДП-2 ВРLab с технологией Vasotens).

Полученные результаты: Не было выявлено достоверных различий между больными I и II группы по уровню максимального систолического АД (САД) ($165,6 \pm 11,2$ против $171,6 \pm 15,7$ мм рт.ст.; $p=0,53$), максимального диастолического АД ($102,0 \pm 10,9$ против $106,9 \pm 20,4$ мм рт.ст.; $p=0,99$), минимального САД ($99,0 \pm 8,6$ против $104,0 \pm 12,2$; $p=0,52$), минимального ДАД ($45,4 \pm 10,0$ против $57,4 \pm 10,6$; $p=0,15$), среднего САД в дневное время ($128,4 \pm 16,7$ против $134,3 \pm 13,9$; $p=0,43$), среднего ДАД в дневное время ($73,2 \pm 8,0$ против $81,3 \pm 10,0$; $p=0,27$), индекса времени САД и ДАД днем ($p=0,43$ и $p=0,27$ соответственно). Существенные различия были выявлены по показателям СМАД в ночное время: среднее САД ночью ($111,2 \pm 6,3$ против $134,6 \pm 18,9$ мм рт.ст.; $p=0,005$), индекс времени САД ночью ($6,8 \pm 9,5$ против $54,4 \pm 40,5$; $p=0,03$) и вариабельность САД ночью ($9,2 \pm 2,0$ против $14,7 \pm 7,0$; $p=0,04$) у больных II группы оказались выше. По степени ночного снижения АД статистически значимых отличий между группами не выявлено, однако суточный профиль АД у больных I группы был более благоприятным с большим количеством «дипперов» ($40,0\%$ против $13,3\%$; $p=0,53$), меньшим - «нон-дипперов» ($20,0\%$ против $42,9\%$; $p=0,4$) и отсутствием «найт-пикеров» (0% против $28,6\%$, $p=0,27$). Амбулаторный индекс ригидности сосудов (ААСИ) у больных II группы превышал аналогичный показатель I группы ($0,3 \pm 0,3$ против $0,57 \pm 0,15$; $p=0,03$). Выявлена корреляционная связь между наличием обструкции выносящего тракта ЛЖ и средним САД ночью ($r=0,79$; $p=0,002$), индексом времени САД ночью ($r=0,66$; $p=0,02$), вариабельностью САД ночью ($r=0,62$; $p=0,03$), а также ААСИ ($r=0,66$; $p=0,02$).

Выводы: наличие обструкции выносящего тракта ЛЖ ассоциировано с более высокими показателями систолического АД в ночное время и повышенным уровнем жесткости сосудов.