**Хоменко Ждана Анатоліївна. Порушення гемодинаміки, обміну ліпідів, оксиду азоту у хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім ожирінням та їх фармакологічна і дієтична корекція: дисертація канд. мед. наук: 14.01.11 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Хоменко Ж.А. Порушення гемодинаміки, обміну ліпідів, оксиду азоту у хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім ожирінням та їх фармакологічна і дієтична корекція. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, 2003.На основі вивчення показників добового моніторування артеріального тиску, ехокардіографії, мікроциркуляції, обміну азоту оксиду, жирних кислот, ейкозаноїдів, ліпідів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) із супутнім ожирінням виявлено особливості гемодинаміки, вмісту сироваткових ліпідів, спектру жирних кислот мембран еритроцитів і функції ендотелію. Встановлено кореляційні зв‘язки між гуморальними змінами та порушеннями гемодинаміки в цій групі хворих. Проаналізована ефективність медикаментозного лікування еналаприлом або гуанфацином в комбінації з гіпокалорійною дієтотерапією у хворих на ГХ із супутнім ожирінням. Доведена ефективність застосування еналаприлу в комбінації з дієтотерапією у відношенні впливу на функцію ендотелію, стан мікроциркуляції, метаболізм арахідонової кислоти і жирнокислотний спектр ліпідів еритроцитарних мембран. Встановлено ефективність застосування гуанфацину в комбінації з дієтотерапією у хворих на ГХ із супутнім ожирінням з метою корекції гіпертригліцеридемії та покращанню мікроциркуляції. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. На основі вивчення показників добового моніторування АТ, ЕхоКГ, мікроциркуляції, обміну ліпідів, ЖК, ейкозаноїдів та NO у хворих на ГХ із супутнім ожирінням виявлено особливості гемодинаміки та ліпідно-гуморального обміну й обґрунтовано вибір тактики лікування цих пацієнтів із застосуванням медикаментозних засобів та дієтотерапії.
2. У хворих на ГХ із супутнім ожирінням та гіпертригліцеридемією на відміну від хворих на ГХ з нормальною масою тіла без гіпертригліцеридемії спостерігається включення в ліпіди еритроцитарних мембран пальмітоолеїнової ЖК та достовірне збільшення сумарного вмісту поліненасичених ЖК в 1,43 рази за рахунок зростання відносної кількості ейкозатриєнової ЖК в 2,08 разів та арахідонової ЖК в 1,56 разів.
3. Гіпертригліцеридемія у хворих на ГХ із супутнім ожирінням на відміну від хворих на ГХ з нормальною масою тіла супроводжується порушеннями функціонального стану судинної стінки, про що свідчить збільшення сироваткових рівнів дієнових кон‘югатів в 1,62 рази, тромбоксану В2 і лейкотриєну С4 відповідно в 2,46 та 2,37 разів, а також їхнього метаболічного попередника – арахідонової ЖК в 2,43 рази на фоні зниженого вмісту NO2– в 1,31 раза.
4. При вивченні ліпідного спектру сироватки крові та метаболітів NO у хворих на ГХ з супутнім ожирінням встановлено наявність прямого кореляційного зв‘язку середньої сили між вмістом сироваткових ТГ і рівнем систолічного АТ: r = +0,514 (Р<0,05), арахідонової ЖК і рівнями систолічного та діастолічного АТ: r = +0,549 і r = +0,556 (Р<0,001) та зворотнього між вмістом NO2– і систолічним АТ: r = –0,559 (Р<0,001).
5. Зміни ліпідно-гуморальних показників у хворих на ГХ із супутнім ожирінням корелюють з порушеннями мікроциркуляції та гемодинаміки. Це проявляється збільшеними судинним і внутрішньосудинним кон‘юнктивальними індексами, зростанням середньодобової варіабельності систолічного АТ, більш високим рівнем нічного діастолічного АТ із збільшенням індексів часу та площі гіпертензії нічного діастолічного АТ порівняно з відповідними показниками у хворих на ГХ з нормальною масою тіла.
6. Поєднання ГХ з ожирінням супроводжується збільшенням кінцево-діастолічного об‘єму та кінцево-систолічного об‘єму ЛШ із зростанням частоти ексцентричної гіпертрофії ЛШ в 2,6 раза та зменшенням концентричної гіпертрофії ЛШ в 2,3 раза порівняно з хворими на ГХ без ожиріння.
7. Лікування еналаприлу малеатом з включенням в лікувальну схему дієти з модифікованим жирнокислотним складом через 12 тижнів приводить до зниження індексу маси тіла на 4,39% та досягненню стійкого гіпотензивного ефекту у 72,2% хворих на ГХ із супутнім ожирінням. При цій терапії виявлена тенденція до зменшення КДО, достовірне зменшення КСО, редукція маси міокарда ЛШ та збільшення його фракції викиду. Застосування еналаприлу без корекції раціону знижує АТ до цільового рівня у 52,6% пацієнтів і не супроводжується достовірними змінами КДО, КСО, фракції викиду і маси міокарда ЛШ.
8. У хворих на ГХ із супутнім ожирінням еналаприлу малеат в комбінації з дієтотерапією приводить до позитивної динаміки мікроциркуляторних і метаболічних змін, про що свідчать зниження внутрішньосудинного кон‘юнктивального індексу на 32,1%, зростання сироваткового вмісту NO2– на 46,3%, позитивні зміни спектра ЖК ліпідів еритроцитарних мембран, неферментативного окислення та ферментативного метаболізму арахідонової ЖК із зниженням вмісту тромбоксану В2 на 39,6% та лейкотриєну С4 на 38,6%.
9. Комбінація гуанфацину та дієти з модифікованим жирнокислотним складом через 12 тижнів приводить до зниження індексу маси тіла на 4,21%, вмісту сироваткових ТГ на 20,8%, внутрішньосудинного кон‘юнктивального індексу на 38,2% та зумовлює гіпотензивного ефект у 69,2% хворих на ГХ із супутнім ожирінням. Застосування гуанфацину без корекції дієтичного раціону викликало гіпотензивний ефект лише у 54,5% хворих, незначне зниження внутрішньосудинного кон‘юнктивального індексу (на 20,1%) та недостовірні зміни індексу маси тіла та сироваткових ТГ.
 |

 |