**Мелещик Лариса Володимирівна. Внутрішньосерцева гемодинаміка та діастолічна функція лівого шлуночка у пацієнтів з початковими стадіями артеріальної гіпертензії : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Дніпропетровська держ. медична академія. — Д., 2007. — 140арк. — Бібліогр.: арк. 120-140.**

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

|  |
| --- |
| **Мелещик Л.В. Внутрішньосерцева гемодинаміка та діастолічна функція лівого шлуночка у пацієнтів з початковими стадіями артеріальної гіпертензії.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, ДУ «Інститут гастроентерології АМН України», Дніпропетровськ, 2007.Дисертація присвячена вивченнюособливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки та стану діастолічної функції лівого шлуночка у пацієнтів з високим нормальним рівнем артеріального тиску та розробці підходів до диференційованого застосування антигіпертензивних засобів при передгіпертензії.В роботі вперше вивчені структурно-геометричні показники і внутрішньосерцева гемодинаміка у пацієнтів з високим нормальним артеріальним тиском за допомогою ехокардіографічного обстеження за стандартною методикою та тканинного допплерівського дослідження. Встановлено, що при наявності високих нормальних цифр артеріального тиску у пацієнтів у порівнянні з особами, які мають нормальні цифри артеріального тиску, є зміни показників внутрішньосерцевої гемодинаміки (наявність гіпертрофії лівого шлуночка, несприятливих типів ремоделювання лівого шлуночка) та порушення стану діастолічної функції лівого шлуночка. Встановлено, що у пацієнтів з передгіпертензією збільшення індексу маси міокарда та товщини стінок лівого шлуночка залежить від підвищення переважно систолічного артеріального тиску, а підвищення діастолічного артеріального тиску більш асоціюється з характером ремоделювання лівого шлуночка.Встановлено, що частота виявлення діастолічної дисфункції лівого шлуночка у пацієнтів з передгіпертензією збільшується відповідно збільшенню ступеня гіпертрофії і має взаємозв’язок з геометричним ремоделюванням лівого шлуночка.Визначені категорії пацієнтів з високим нормальним артеріальним тиском, які потребують проведення медикаментозної антигіпертензивної терапії. Розроблені підходи до диференційованого застосування антигіпертензивних засобів при передгіпертензії.Доведена ефективність раннього застосування блокатора рецепторів до ангіотензину ІІ (лозартану) та бета-адреноблокатору (бісопрололу) по відношенню до регресу гіпертрофії та поліпшенню стану діастолічної функції лівого шлуночка у пацієнтів з передгіпертензією. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Наявність високих нормальних цифр АТ (передгіпертензії) – 130-139 мм рт.ст. систолічний та 85-89 мм рт.ст. діастолічний – призводить до змін показників внутрішньосерцевої гемодинаміки та стану діастолічної функції ЛШ. ГЛШ при передгіпертензії зустрічається у 45% випадків (помірна ГЛШ в 37%, значна ГЛШ – 8%). Ознаки порушення продольної глобальної діастолічної функції ЛШ виявлено у 69% пацієнтів, причому у 11% має місце більш важке порушення – псевдонормалізація діастолічної функції ЛШ.2. Збільшення ІММЛШ у пацієнтів з високим нормальним АТ залежить від підвищення переважно систолічного АТ, на що вказує наявність тісного позитивного кореляційного зв’язку між ІММЛШ і значенням систолічного АТ (r=+0,63; р<0,01). Підвищення діастолічного АТ більш асоціюється з характером ремоделювання ЛШ: при діастолічному АТ у межах 85-89 мм рт.ст. переважає концентрична ГЛШ.3. Найбільш несприятливими типами ремоделювання ЛШ у пацієнтів з високим нормальним АТ слід вважати концентричну та ексцентричну ГЛШ, а також концентричне ремоделювання ЛШ, про що свідчить більша частота виявлення та найбільш суттєві порушення діастолічної функції ЛШ. Так, при нормальній геометрії ЛШ порушення діастолічного наповнення ЛШ зустрічається у 40%, з концентричною ГЛШ – у 84%, з ексцентричною ГЛШ та концентричним ремоделюванням ЛШ відповідно 90 та 100% пацієнтів мають ті чи інші ознаки порушення діастолічної функції ЛШ.4. У пацієнтів з передгіпертензією процеси розслаблення ЛШ залежать від ЧСС, причому у хворих із значною ГЛШ цей зв’язок більш тісний, ніж у пацієнтів з помірною та нормальною ММЛШ.5. При наявності у пацієнтів з високим нормальним АТ 2 та більше факторів ризику розвитку АГ та серцево-судинних ускладнень, а також ГЛШ та порушень діастолічної функції ЛШ, на фоні немедикаментозних заходів доцільно призначати антигіпертензивну терапію.6. Монотерапія лозартаном у дозі 25-50 мг на добу у пацієнтів з передгіпертензією сприяє нормалізації систолічного та діастолічного АТ, не викликає побічних ефектів та призводить до регресу ГЛШ і поліпшенню діастолічної функції ЛШ. Зменшення індексу ММЛШ відбувається в основному за рахунок зменшення товщини МШП і задньої стінки ЛШ (відповідно p<0,05 порівняно з показниками до лікування), має місце тенденція до збільшення ФВ. Поліпшення діастолічної функції ЛШ проявляється у збільшенні трансмітрального потоку, в основному за рахунок максимальної швидкості раннього діастолічного наповнення (Е та Em), зменшення швидкості пізнього діастолічного наповнення (А та Am) і часу ізоволюмічного розслаблення (IVRT).7. Регресія ГЛШ на тлі довготривалого прийому бісопрололу відбувається переважно за рахунок зменшення товщини МШП (порівняно з вихідними значеннями р<0,001), а товщина задньої стінки ЛШ не змінюється. Достовірного погіршення насосної функції ЛШ (за даними ФВ) не відбувається, однак, має місце зменшення ФВ у межах нормальних значень. В цілому в підгрупі при лікуванні бісопрололом відбувається незначне погіршення трансмітрального кровообігу у межах нормальних значень, однак діастолічна функція ЛШ поліпшується (у вигляді співвідношення Е/А>1,0 та збільшення співвідношення Еm/Am) в основному за рахунок зменшення швидкості пізнього діастолічного наповнення (А та Аm), достовірно зменшується час ізоволюмічного розслаблення (IVRT). У пацієнтів з передгіпертензією на фоні прийому бісопрололу 5 мг на добу відбувається нормалізація АТ та відсутні побічні ефекти. |

 |