**Златогорська Жанна Михайлвна. Показники добового моніторування артеріального тиску і їх зв'язок з ремоделюванням серця при гіпертонічній хворобі в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи. : Дис... канд. наук: 14.01.11 - 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Златогорська Ж.М.** Показники добового моніторування артеріального тиску і їх зв'язок з ремоделюванням серця при гіпертонічній хворобі в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності14.01.11 - Кардіологія. – Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска АМН України, Київ, 2006.  Дисертацію присвячено встановленню закономірностей змін показників добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ), особливостей взаємозв’язку із перебудовою структур і функцій серця, оцінюванню їх клінічного значення та змін під впливом лікування в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи (ЛНК) з гіпертонічною хворобою (ГХ). Обстежено 253 учасників ЛНК, із них 165 – з ГХ, 88 – здорових і 62 хворих на ГХ, що не зазнали впливу іонізувального опромінення. В роботі вперше визначено закономірності й фактори, що впливають на зміни показників ДМАТ, особливості взаємодії між встановленими змінами та ремоделюванням лівого шлуночка серця, толерантністю до фізичного навантаження в учасників ЛНК з ГХ, що зазнали впливу іонізувального опромінення в діапазоні малих доз. Виділено показники ДМАТ, які можуть бути предикторами перебудови структур і функцій серця, порушення толерантності до фізичного навантаження, маркерами тяжкості перебігу ГХ. Отримано нові дані, які розкривають вплив негативних спогадів про події Чорнобильської катастрофи на порушення добового профілю АТ. Показано, що адекватне лікування сприяло досягненню цільового рівня середнього добового, денного й нічного АТ, нормалізації його варіабельності, величини ранкового підвищення і відновленню двохфазного добового профілю АТ, зменшенню індексу маси міокарда. | |
| |  | | --- | | У дисертації на підставі комплексного стандартизованого дослідження із застосуванням добового моніторування АТ, ехо- і допплеркардіографії, навантажувальних тестів представлено нове вирішення наукової задачі, яка полягає у визначенні закономірностей змін показників ДМАТ, факторів, що їх обумовлюють, особливостей взаємодії показників ДМАТ з перебудовою структур і функцій ЛШ серця, можливостей їх відновлення і спрямована на підвищення ефективності діагностики та лікування гіпертонічної хвороби в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи.  1.На відміну від хворих на ГХ, які не зазнали дії іонізувального опромінення, для учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи при співставимих змінах середнього добового, денного й нічного систолічного та діастолічного АТ, індексу часу гіпертензії закономірними були значне підвищення середніх значень варіабельності систолічного АТ за добу – 1,2 мм рт. ст. і ніч – 1,1 мм рт. ст. і варіабельності діастолічного АТ в нічний час – 1,0 мм рт. ст. (P<0,05) та зростання частоти випадків з підвищеною варіабельністю систолічного АТ за добу – 18,1 % і ніч – 16,5 % та діастолічного АТ в нічний час – 14,3 % (P<0,05), недостатнім нічним зниженням АТ на 18,5 % (P<0,05).  2. Більш істотні зміни показників ДМАТ встановлено у хворих на ГХ, які тривало працювали у режимі експедиційної вахти в 1986 р. на ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи і мали високий інтегральний бал негативних спогадів про ці події. Переконливий кореляційний зв'язок між змінами добового АТ з безпосереднім зовнішнім опроміненням у діапазоні до 25 сЗв не простежувався. При поєднанні іонізувального опромінення у діапазоні доз 25-60 сЗв з обтяженою спадковістю, надлишковою масою тіла, віком старше 50 років, гіперхолестеринемією зростала частота порушень варіабельності систолічного АТ за добу на 35,7 % і ніч – 38,8 % та діастолічного АТ в нічний час – 33,8 % (P<0,05) і «non-dipper» добового профілю АТ на 38 % (P<0,05).  3. Показники середнього добового, нічного й денного САТ і ДАТ, ІЧ АТ в учасників ЛНК з ГХ були достовірно вищими при наявності порушень сну щодо даних, коли їх не було. Зміни якості нічного сну сприяли формуванню добового профілю АТ «non-dipper». Вони здебільшого асоціювалися з високим інтегральним балом негативних спогадів про події Чорнобильської катастрофи й обумовлювали додатковий негативний вплив на перебіг гіпертонічної хвороби.  4. За даними зіставлення показників ДМАТ і ремоделювання ЛШ серця доведено, що при підвищенні середнього добового САТ на 10 мм рт. ст. ГЛШ серця реєстрували при більшій тривалості ГХ і наявності факторів ризику. Збільшення середнього добового АТ на 25 мм рт. ст. супроводжувалося достовірним збільшенням товщини задньої стінки ЛШ на 2,5 мм і міжшлуночкової перетинки - 2,9 мм, маси міокарда – 114,6 г та індексу маси міокарда ЛШ серця – 53,6 г/м2 (P<0,05). Встановлено прямий кореляційний зв'язок між систолічним і діастолічним АТ, індексом часу гіпертензії за добу, день, ніч, варіабельністю систолічного та діастолічного АТ, величиною та швидкістю ранкового підвищення систолічного АТ і товщиною задньої стінки і МШП та масою міокарда ЛШ серця.  5. Встановлено більш високий рівень середніх значень АТ при діастолічній дисфункції ЛШ, ніж за умов її збереження. Доведено обернений кореляційний зв'язок між середнім добовим, денним і нічним систолічним і діастолічним АТ, індексом часу гіпертензії, варіабельністю систолічного АТ за добу й нічний час, величиною ранкового підвищення систолічного та пульсового АТ та відношенням максимальних швидкостей раннього й пізньогодіастолічного наповнення і прямий - із часом ізоволюметричного розслаблення. Більш виражені зміни показників діастолічної функції відбувалися при пульсовому АТ >65 мм рт. ст., індексі часу гіпертензії вище 50 %, варіабельності систолічного АТ >15,5/14,8 мм рт. ст. день/ніч і діастолічного АТ >13,3/11,3 мм рт. ст. день/ніч. Добовий профіль «non-dipper» у хворих з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка серця зустрічався у 2 рази частіше, ніж у хворих з нормальною діастолічною функцією.  6. Зміни показників ДМАТ поєднувалися зі зменшенням толерантності до фізичного навантаження. Встановлено обернений кореляційний зв'язок середніх значень САТ і ДАТ, індексу часу гіпертензії за добу, в денний і нічний час, варіабельності САТ за добу та в нічний час з пороговим навантаженням і загальним об’ємом виконаної роботи та прямий - з відношенням подвійного множення до порогового навантаження. При підвищенні варіабельності, добовому профілю «non-dipper» порогова потужність зменшувалася на 19,7 Вт і 11,7 Вт, загальний об’єм виконаної роботи - 12,6 кДж і 10 кДж, тривалість навантаження - 1,5 хв. і 1,3 хв., ефективність його енергетичного забезпечення - 0,46 ум. од. і 0,29 ум. од. (P<0,05).  7. При динамічному спостереженні встановлено, що адекватне лікування сприяло не тільки досягненню цільового рівня АТ, а й нормалізації його варіабельності, величини ранкового підвищення, відновленню двохфазного добового профілю АТ. Ці зміни асоціювалися зі зменшенням ІММ на 17,9 г/м2(P<0,05). За умов достатньої прихильності до тривалого лікування на відзнаку від хворих, які не приймали антигіпертензивних препаратів, не зареєстровано випадків розвитку серцевої недостатності і кардіоваскулярних ускладнень. | |