**Гулкевич Оксана Володимирівна. Дисциркуляторна гіпертензивна енцефалопатія: особливості добового ритму артеріального тиску, церебральної та центральної гемодинаміки : дис... канд. мед. наук: 14.01.15 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 197арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 178-197**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Гулкевич О.В. Дисциркуляторна гіпертензивна енцефалопатія: особливості добового ритму артеріального тиску, церебральної та центральної гемодинаміки. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.15 – нервові хвороби. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, 2006.  На основі комплексного дослідження вивчено особливості церебральної гемодинаміки, структурні зміни головного мозку залежно від добового ритму артеріального тиску у хворих на ДГЕ І та ІІ стадій. Встановлено, що порушення добового профілю артеріального тиску асоціюються з структурними змінами головного мозку та порушенням мозкового кровоплину. Вивчено особливості центральної гемодинаміки та ремоделювання міокарду у хворих на ДГЕ І та ІІ стадій. Досліджено взаємозв’язок між структурними ураженнями головного мозку (за даними магнітнорезонансної томографії) та структурно-функціональним станом міокарду. Оцінена ефективність антигіпертензивних препаратів: блокаторів бета-адренорецепторів бетаксололу і карведілолу та інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту спірапрілу та фозинопрілу для корекції виявлених порушень церебральної гемодинаміки у обстежених хворих. | |
| |  | | --- | | 1. В дисертації на основі результатів комплексного клініко-інструментального обстеження представлено теоретичне узагальнення особливостей церебральної гемодинаміки та структурних змін головного мозку у хворих на дисциркуляторну гіпертензивну енцефалопатію залежно від добового ритму артеріального тиску, встановлений взаємозв’язок між цими параметрами, показана можливість корекції виявлених порушень антигіпертензивними препаратами, що в цілому дає нове рішення актуальної проблеми клінічної медицини – профілактики гострих порушень мозкового кровообігу.   У хворих з дисциркуляторною гіпертензивною енцефалопатією зміни центральної гемодинаміки характеризуються підвищенням артеріального тиску (як офісного, так і середнього за добу, денний та нічний періоди) та збільшенням загального периферичного судинного опору, причому хворим з більш важкою стадією захворювання притаманні вищий артеріальний тиск та більший периферичний судинний опір.  У 86% обстежених з дисциркуляторною гіпертензивною енцефалопатією виявляли ремоделювання лівого шлуночка: концентричне ремоделювання у 34%, ексцентричну гіпертрофію лівого шлуночка – у 19% та концентричну гіпертрофію лівого шлуночка – у 33%, яке асоціюється із змінами судинного опору та швидкостями кровоплину по інтракраніальним артеріям, що важливо для поліпшення діагностики цереброваскулярних порушень у цієї категорії хворих.  За результатами проведеного добового моніторування артеріального тиску у 63,6% хворих з дисциркуляторною гіпертензивною енцефалопатією І та ІІ стадій виявлені порушення циркадного ритму артеріального тиску, серед яких у 60% – недостатнє зниження артеріального тиску у нічний період, у 3,6% – його надмірне зниження, що підвищує ризик розвитку інсульту та інфаркту міокарда у цих хворих.  Порушення добового профілю артеріального тиску у хворих з дисциркуляторною гіпертензивною енцефалопатією асоціюється з макроструктурними змінами головного мозку (за даними магнітнорезонансної томографії головного мозку): недостатнє зниження артеріального тиску (як систолічного так і діастолічного) в нічні години та значна його варіабельність у цей період сприяють формуванню множинних вогнищ ураження головного мозку.  У пацієнтів з дисциркуляторою гіпертензивною енцефалопатією І та ІІ стадій має місце ремоделювання загальної та внутрішньої сонних артерій, яке полягає у збільшенні їх діаметру, потовщенні комплексу інтіма-медіа, збільшенні відносної товщини стінки загальної сонної артерії, зменшенні їх еластичності та підвищенні резистивності. Ці зміни пов’язані не тільки з абсолютними показниками артеріального тиску, але й з тривалістю його підвищення протягом доби.  Для хворих на дисциркуляторну гіпертензивну енцефалопатію І та ІІ стадій характерним є зменшення мозкового кровоплину, як в екстра- так і в інтракраніальних артеріях та гіпоперфузія головного мозку (за даними мультиспіральної комп’ютерної томографії), яке прямо залежить від рівня діастолічного артеріального тиску у нічний період та від рівня систолічного артеріального тиску у будь-який період доби.  Макроструктурні зміни головного мозку у хворих на дисциркуляторну гіпертензивну енцефалопатію прямо та достовірно пов’язані із структурними змінами сонних артерій та міокарда, особливо з індексом маси міокарда лівого шлуночка (r=0,76; p<0,01). У хворих з множинним ураженням головного мозку переважає концентрична гіпертрофія лівого шлуночка, що важливо для оптимізації лікувальної тактики цереброваскулярних порушень у цієї категорії хворих.  Антигіпертензивна терапія бета-адреноблокаторами (бетаксололом та карведілолом) та інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (спірапрілом та фозінопрілом) ефективно знижує артеріальний тиск, не впливаючи на кровоплин по сонним артеріям та нормалізуючи кровоплин по середній мозковій артерії, зменшує опір мозкових судин, що дозволяє рекомендувати ці препарати для первинної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу та сповільнення прогресування захворювання. | |