**Янкевич Олександр Олександрович. Клінічні, метаболічні та гемодинамічні особливості різних структурно- функціональних типів гіпертензивного серця: дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 2005**

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

|  |
| --- |
| Янкевич О.О. „Клінічні, метаболічні та гемодинамічні особливості різних структурно-функціональних типів гіпертензивного серця”. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11. – кардіологія. – Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2004 р.Дисертація присвячена оптимізації діагностики гіпертензивного серця та удосконаленню оцінки розладу регуляції кровообігу при артеріальній гіпертензії, з урахуванням наявності метаболічного синдрому.В роботі продемонстровано, що пацієнтів з концентричною гіпертрофією забезпечення кровообігу відбувається на фоні високого рівня АТ, втім, параметри гемодинаміки суттєво не відрізняються від відповідних показників у пацієнтів з нормальною геометрією ЛШ. У хворих з ексцентричною гіпертрофією ЛШ спостерігається збільшення кінцеводіастолічної внутрішньоміокардіальної напруги та ударного об’єму, а у пацієнтів з концентричним ремоделюванням ЛШ – високий загальний периферичний судинний опір.Компоненти метаболічного синдрому, зокрема, абдомінальне ожиріння та гіперінсулінемія суттєво впливають на ремоделювання міокарду лівого шлуночка при артеріальній гіпертензії.Доведено перспективність застосування аналізу змін показників варіабельності серцевого ритму в ортостатичній пробі як скринінг-тесту для виявлення осіб з несприятливим профілем ризику (наявність гіпертрофії лівого шлуночка, метаболічного синдрому, стабільно високого артеріального тиску та недостатнього його зниження вночі за даними добовому моніторуванні) при артеріальній гіпертензії. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У пацієнтів з АГ хронічне гемодинамічне перевантаження поряд із змінами добового профілю артеріального тиску та комплексом метаболічних порушень залучається до структурно-функціональної перебудови міокарда, а особливості їх взаємодії впливають на розвиток певних варіантів геометричного ремоделювання лівого шлуночка та клінічний перебіг захворювання.
2. Наявність особливостей гемодинаміки при різних варіантах ремоделювання ЛШ дозволяє розглядати останні в якості інтегральних характеристик довгострокової регуляції кровообігу при АГ. У пацієнтів з концентричною гіпертрофією забезпечення кровообігу відбувається на фоні високого рівня АТ, втім, параметри гемодинаміки суттєво не відрізняються від відповідних показників у пацієнтів з нормальною геометрією ЛШ. У хворих з ексцентричною гіпертрофією ЛШ спостерігається збільшення кінцеводіастолічної внутрішньоміокардіальної напруги та ударного об’єму, а у пацієнтів з концентричним ремоделюванням ЛШ – високий загальний периферичний судинний опір.
3. Інсулінорезістентність та гіперінсулінемія у хворих на АГ асоціюється з більшими величинами маси міокарду ЛШ, але існування такого зв’язку значною мірою опосередкується наявністю у пацієнтів супутнього ожиріння. На відміну від традиційної індексації маси міокарду ЛШ за площею поверхні тіла, індексація за показником зросту у 2,7 ступені дозволяє враховувати внесок ожиріння та факторів, що з ним пов’язані, у формування гіпертрофії ЛШ.
4. Вміст інсуліну в плазмі крові натще та на 120-й хвилині ПТТГ позитивно корелює з відносною товщиною стінок ЛШ (r=0,27 та r=0,30, p<0,05) в загальній виборці хворих на АГ, а збільшення концентрації цього гормону асоціюється насамперед з наявністю концентричних варіантів геометричного ремоделювання лівого шлуночка (концентрична гіпертрофія ЛШ та концентричне ремоделювання ЛШ), що свідчить про здатність інсуліну стимулювати проліферативну відповідь з боку кардіоміоцитів.
5. Середні значення АТ за окремі періоди добового моніторування сильніше за клінічний АТ корелюють з масою міокарду ЛШ та її індексованими величинами у хворих на АГ. Крім того, порушення добового профілю АТ, у вигляді недостатнього зниження АТ вночі, здатне ідентифікувати групу пацієнтів з несприятливим профілем ризику, до якої входять особи старшого віку, з більшими тривалістю АГ та величиною ММЛШ.
6. АГ у пацієнтів з МС характеризується високими значеннями пульсового АТ при добовому моніторуванні. До того ж, з високим пульсовим АТ та наявністю ожиріння, гіперінсулінемії і дисліпідемії пов’язано виявлення у пацієнтів з АГ жіночої статі підвищеної, але не більшої за норму, концентрації кортизолу в плазмі крові натще.
7. Недостатній приріст і зниження ЧСС та індексу симпатовагального балансу LF/HF при ортостатичному тестуванні асоціюються з комплексом прогностично несприятливих станів – гіпертрофією ЛШ, метаболічним синдромом, стабільно високим АТ при добовому моніторуванні, недостатнім зниженням АТ вночі.
 |

 |