**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. | |