**Максим'юк Лідія Георгіївна. Прогностичне диференційне значення гомоцистеїну при артеріальних гіпертензіях різного генезу: дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / АМН України; Івано-Франківська держ. медична академія. - Івано-Франківськ, 2005.**

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

|  |
| --- |
| Максим’юк Л.Г. Прогностичне диференційне значення гомоцистеїну при артеріальних гіпертензіях різного генезу.- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Івано-Франківська державна медична академія, Івано-Франківськ, 2004.Дисертація присвячена вивченню нового етіопатогенетичного фактора розвитку та прогресування патології серцево-судинної системи – гомоцистеїну, рівень якого в сироватці крові був визначений за допомогою імуноферментного аналізу, в динаміці проведення стрес-тестів у співставленні з показниками центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки і функціонального стану міокарда у пацієнтів з ізольованими та поєднаними формами ренопаренхіматозної АГ, ГХ та ІХС і практично здорових осіб. Проведена оцінка стрес-ехокардіографічних показників в віковому та статевому розподілі, встановлена взаємозалежність гемодинамічних показників та стану коронарного кровообігу у даної категорії пацієнтів. Досліджено скоротливу здатність міокарда чотирьох камер серця з оцінкою регіонарної фракції викиду в 12 сегментах у пацієнтів з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією та стабільною стенокардією І-ІІІ функціональних класів. Встановлено вплив терапії атенололом та MgB6 на динаміку рівня гомоцистеїну в сироватці крові, гемодинамічних показників та функціонального стану міокарда в процесі проведення парних стрес-тестів у пацієнтів з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення і вирішення науково-практичної задачі, яке полягає у вивченні ролі нового етіопатогенетичного фактора розвитку та прогресування різних форм АГ та ІХС - гомоцистеїну, концентрація якого пов’язана з показниками центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки та функціональним станом міокарда, особливостей реагування даних показників на фізичне навантаження за умови проведення стрес-ехокардіографії у пацієнтів з ізольованими та поєднаними формами ренопаренхіматозної АГ, ГХ та ІХС, позитивного впливу поєднаного застосування атенололу та Mагне-B6 на показники гомоцистеїну та параметри роботи серця.1. За даними стрес-ехокардіографії зареєстровані статеві та вікові відмінності показників гемодинаміки. У пацієнтів жіночої статі адекватна підтримка хвилинного об’єму серця під впливом фізичного навантаження досягається за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень, тоді як у чоловіків – за рахунок зростання об’ємних показників лівого шлуночка. В віковому розподілі констатовано зростання діастолічного артеріального тиску, зменшення фракції викиду при фізичному навантаженні у пацієнтів старших 46 років, що вказує на обмеження систолічного резерву в даній віковій групі.
2. До проведення навантажувальних тестів значення систолічного та діастолічного артеріального тиску у пацієнтів з різним станом коронарного резерву не відрізняються між собою. Після велоергометрії констатоване достовірне підвищення систолічного артеріального тиску на 29,90% у пацієнтів зі збереженим коронарним резервом та на 32,19% з обмеженим коронарним резервом, а також діастолічного артеріального тиску на 15,86% у хворих з обмеженим коронарним резервом, що вказує на необхідність своєчасної корекції стану коронарного кровообігу для стабілізації артеріального тиску.
3. Показники рівня гомоцистеїну в сироватці крові та функціональні показники роботи серця спокою у хворих на ренопаренхіматозну артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця практично не відрізняються між собою. При проведенні велоергометрії рівень гомоцистеїну у пацієнтів з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією достовірно знижується, що вказує на активне включення його в біохімічні процеси в клітинах структур серця та судин, проте це не асоціюється з відмінностями функціональних показників у пацієнтів з ІХС та АГ.
4. У пацієнтів із зниженим вихідним рівнем гомоцистеїну в сироватці крові фізичне навантаження супроводжується незначним його зростанням (на 3,33%), при нормальному вихідному рівні гомоцистеїну в плазмі крові констатовано тенденцію до зменшення його концентрації (на 24,40%), а у пацієнтів з гіпергомоцистеїнемією зареєстровано достовірне зниження концентрації гомоцистеїну в сироватці крові на 49,98%, що свідчить про різну ступінь включення його в метаболічні процеси в клітинах міокарда при активації роботи серця під впливом навантажувальних тестів.
5. При аналізі показників регіонарної скоротливості різних камер серця у хворих на ішемічну хворобу серця встановлено, що зменшення показників загальної та регіонарної фракції викиду всіх відділів серця прогресує зі зростанням функціонального класу стенокардії, особливо в базальних відділах правого та лівого шлуночків, що може бути пов’язане з переважним ураженням правої коронарної артерії.
6. Аналіз даних регіонарної скоротливості у пацієнтів з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця вказує на те, що, в першу чергу, уражується міокард лівого шлуночка, на другому місці – міокард правого шлуночка, особливо в сегментах, що утворюють передсердно-шлуночкову перетинку. Відхилення в діяльності правого передсердя виявляються в сегментах, що межують зі структурами провідної системи серця. Найменші за частотою та інтенсивністю зміни виявляються порушення діяльності лівого передсердя у даної категорії обстежених пацієнтів.
7. Призначення атенололу в дозі 50 мг на добу та Mагне-B6 згідно рекомендованої схеми позитивно впливає на показники функціонального стану міокарда та рівень гомоцистеїну крові у хворих на ренопаренхіматозну артеріальну гіпертензію, а також покращує адаптивне включення функціонального резерву серця під час проведення велоергометрії та зменшує ступінь зниження концентрації гомоцистеїну в сироватці крові, що вказує на зменшення інтенсивності перебігу патологічних процесів при ренопаренхіматозній артеріальній гіпертензії під впливом проведеної терапії.
 |

 |