**Шпак Сергій Васильович. Діагностика і визначення способу корекції судинних уражень за даними сонографії черевного відділу аорти у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Одеський держ. медичний ун-т. — О., 2007. — 149арк. : іл. — Бібліогр.: арк. 124-149.**

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

|  |
| --- |
| Шпак С.В. Діагностика і визначення способу корекції судинних уражень за даними сонографії черевного відділу аорти у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, Інститут гастроентерології АМН України,Дніпропетровськ, 2007.Дисертаційна робота присвячена розробці алгоритму діагностики і тактики диференційованої медикаментозної корекції судинних уражень у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію. Досліджено взаємозв’язок сонографічної картини уражень черевного відділу аорти з характером кардіологічної патології, лабораторними маркерами дисліпідемічного та імуно-запального синдромів. В результаті виділено такі сонографічні типи ураження стінки аорти: I – відсутність ураження; II – незначні зміни; непродуктивні ураження при відсутності і наявності гіперхолестеринемії (відповідно III і IV типи); V – продуктивні зміни стінки аорти. Кінцевим результатом дослідження є створення практичних рекомендацій щодо диференційованої судинної корекції з використанням -3-поліненасичених жирних кислот і аторвастатину. Згідно з цими рекомендаціями, пацієнти I групи судинної корекції не потребують, II групи – лише при наявності кардіоваскулярної патології. У пацієнтів III, IV і V груп доцільно призначати -3-поліненасичені жирні кислоти при перевищенні вікової норми товщини стінки черевної аорти на 0,5 стандартного відхилення. Статинова терапія доцільна у пацієнтів IV групи, а у осіб V сонографічної групи її ефективність потребує подальшого вивчення. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі вирішено актуальне наукове завдання сучасної кардіології – детально вивчено сонографічну картину ураження черевного відділу аорти і досліджено її взаємозв’язок з лабораторними маркерами дисліпідемічного та імуно-запального синдромів у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію, що дозволило виділити сонографічні типи ураження судинної стінки з важливим клініко-патогенетичним значенням, а також розробити практичні рекомендації щодо диференційованої судинної терапії з використанням -3-поліненасичених жирних кислот і аторвастатину.1. Сонографічно визначені товщина, ехощільність та еластичність стінки черевної аорти нами оцінювались за абсолютними значеннями і стандартними, тобто сигмальними, відхиленнями від вікових норм (варіабельними компонентами). Розрахований на основі цих показників індекс сумарного ураження аорти переважає вік, рівень холестеринемії і градації “коронарного ризику” за шкалою SCORE за силою взаємозв’язку з наявністю ішемічної хвороби серця і/або артеріальної гіпертензії. Варіабельний компонент ураження дозволяє оцінювати виразність індивідуальних особливостей судинних змін при кардіоваскулярній патології.
2. Рівні загального холестерину крові, холестерину ліпопротеїдів низької, дуже низької густини і коефіцієнт атерогенності тісно корелювали між собою, з віком і виразністю потовщення, ущільнення і ригідності стінки черевної аорти (P<0,001). При відсутності ураження аорти у 78,1% обстежених осіб рівень холестеринемії не перевищував 4,0 ммоль/л. На тлі рівня холестерину ліпопротеїдів високої густини понад 1,0 ммоль/л нами виявлена здатність черевної аорти до пасивного розширення з віком, можливо, внаслідок менш інтенсивного перебігу процесів фіброзування судинної стінки.
3. Встановлено потовщення стінки аорти при наявності таких лабораторних маркерів імуно-запального синдрому: абсолютний лімфоцитоз (вміст лімфоцитів 2,5х109/л; Р<0,002), вміст В-лімфоцитів 0,23х109/л (Р<0,013), Т-лімфоцитів 1,35х109/л (Р<0,013) і О-лімфоцитів 0,85-1,0х109/л (Р<0,006), а також при відношенні вмісту альбумінів до –глобулінів крові <2,65, особливо <2,40 (Р<0,0001). Ущільнення стінки аорти нами встановлено на тлі високої активності аланінової трансамінази – понад 0,45 ммоль/л, особливо при гіпертрансаміназемії (Р<0,0008), при наявності циркулюючих імунних комплексів середньої дисперсності (Р<0,006) і рівні імуноглобулінів класу G 10г/л (Р<0,009). Менш тісно з ущільненням корелювали рівні сіалових кислот і малих лімфоцитів крові. Отримані дані дозволяють проводити лабораторний моніторинг активності факторів ущільнення і потовщення судинної стінки.
4. Ураження черевної аорти класифіковано таким чином: відсутність (індекс сумарного ураження <0%), незначні зміни (в межах 0-36%), непродуктивні ураження при відсутності і наявності гіперхолестеринемії, а також продуктивні зміни (варіабельний компонент товщини 2 сигми). Зазначені типи ураження тісно пов’язані з наявністю і характером кардіологічної патології. Непродуктивне ураження на тлі гіперхолестеринемії було більш виразним, а продуктивне ураження більшої виразності набувало при нормальному рівні холестеринемії.
5. При переважанні ехощільності над товщиною стінки аорти (понад 1 сигму за значенням різниці варіабельних компонентів цих показників) наявність ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії пов’язана з дією не встановлених нами факторів ущільнення судинної стінки, при синхронному ущільненні й потовщенні – з дією гіперхолестеринемії, а при переважанні товщини над ехощільністю понад 1 сигму – з дією імуно-запальних факторів.
6. Призначення медикаментозних засобів було пов’язане зі змінами окремих властивостей, а не важкості ураження черевної аорти. При застосуванні -3-поліненасичених жирних кислот виявлено достовірне зменшення товщини при вихідному значенні її варіабельного компоненту 0,5 сигми (Р<0,036), а також ущільнення стінки аорти (Р<0,026). При застосуванні аторвастатину виявлено лише майже достовірне ущільнення судинної стінки (Р<0,071).
7. Нами запропоновані практичні рекомендації щодо диференційованої корекції судинних уражень у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію, які доповнюють показання до застосування -3-поліненасичених жирних кислот – більш доцільно при перевищенні вікової норми товщини стінки аорти на 0,5 сигми та відсутності значущого ущільнення (1,0 сигму від верхньої межі вікової норми). Статинова терапія доцільна при гіперхолестеринемії, а у осіб з продуктивним ураженням стінки аорти потребує уточнення.
8. У 61,5% обстежених нами пацієнтів, які потребували судинної терапії, є доцільним диференційоване застосування аторвастатину і препаратів -3-поліненасичених жирних кислот за розробленими нами рекомендаціями, у 24,6% – лікування можливе, решта 13,9% пацієнтів потребували застосування інших засобів – на тлі нормального рівня холестеринемії і прискореного ущільнення з віком стінки черевної аорти, що значно переважало її потовщення.
 |

 |