**Надер М Х Абу Шихаб. Варіабельність артеріального тиску та особливості ремоделювання міокарду лівого шлуночка у хворих з гіпертонічною хворобою : Дис... канд. наук: 14.01.11 - 2006.**

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

|  |
| --- |
| **Надер М.Х. Абу Шихаб. Варіабельність артеріального тиску та особливості ремоделювання міокарду лівого шлуночка у хворих з гіпертонічною хворобою.**– Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, Іститут гастроентерології АМН України, Дніпропетровськ, 2006.Дисертація присвячена вивченню варіабельності артеріального тиску (АТ), пошуку взаємозв’язків з ремоделюванням лівого шлуночка і фармакологічної корекції цих порушень у хворих на гіпертонічну хворобу.В роботі вперше визначено, що у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії та нормальною варіабельністю зв’язок з рівнем підвищення АТ відсутній, а при підвищенні варіабельності до граничного рівня АТ зростає вночі та в ранковий період. Визначено, що зростання індексу маси міокарда лівого шлуночка найбільш виразне при граничній варібельності АТ. Встановлено, що для процеса ремоделювання особливе значення має рівень АТ, час та площина його підвищення особливо в ранній ранковий час. Визначена висока кореляційна залежність між індексом маси міокарда та швидкістю раннього підйому систолічного АТ у пацієнтів з концентричним ремоделюванням, індексом маси міокарда лівого шлуночка та швидкістю утрішнього підйому діастолічного АТ при ексцентрічній гіпертрофії лівого шлуночка.Встановлено, що у хворих на артеріальну гіпертензію II стадії з нормальною варіабельністю АТ перевагу має концентричне ремоделювання, у пацієнтів з граничною варібельністю визначено перевагу концентричної гіпертрофії лівого шлуночка, а при високій варіабельності спостерігається переважно ексцентричний та концентричний тип гіпертрофії.Доведена ефективність застосування кандесартана по відношенню до адекватного зниження варіабельності АТ та зменшення гіпертрофії лівого шлуночка. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У обстежених хворих на гіпертонічну хворобу II стадії спостерігався різний характер підвищення варіабельності АТ. Найбільше частіше зустрічалися пацієнти з підвищеною варіабельністю АТ (53,3%) і пацієнти з граничним рівнем варіабельності АТ (35,6%). Нормальна варіабельність АТ спостерігалося лише в 11,1% випадків.
2. У пацієнтів із граничним рівнем варіабельності АТ підвищення варіабельності відбувалося за рахунок коливань систолічного АТ вдень і вночі та діастолічного АТ уночі. А в групі хворих з високою варіабельністю збільшення варіабельності АТ відбувалося в основному за рахунок систолічного та діастолічного АТ в усі часові періоди.
3. Ранній ранковий період характеризується найбільшим підвищенням варіабельності АТ в усіх групах пацієнтів. Навіть у пацієнтів з нормальною варіабельністю АТ в ранні ранкові години спостерігалося підвищення варіабельності АТ, причому ступінь підйому більший ніж у здорових осіб.
4. На розвиток ГЛШ і характер його ремоделювання впливають не тільки рівень АТ, але й інтегральні показники, що відбивають ступінь навантаження, яке припадає на міокард у зв'язку з тривалістю і ступенем підвищення АТ.
5. Збільшенню ІММЛШ у хворих з КРЛШ сприяє як рівень систолічного АТ в ранкові часи, так і середній за ніч систолічний АТ, а при сформованої КГЛШ має значення підвищення систолічного АТ в усі часові інтервали доби.
6. Встановлено, що для процесу ремоделювання ГЛШ особливе значення має рівень АТ, час і площа його підвищення особливо в ранні ранкові години. Виявлено високу кореляційну залежність між ІММЛШ і швидкістю ранкового підйому систолічного АТ у підгрупі концентричного ремоделювання (r=0,89, p=0,0004), ІММЛШ і швидкістю ранкового підйому діастолічного АТ при ЕГЛШ (r=0,34, p=0,04); при КГЛШ вплив швидкості ранкового підйому на ІММЛШ не встановлено.

У пацієнтів з граничною варіабельністю АТ найбільше часто зустрічається КГЛШ, що спостерігалася в 56,3% хворих. А у пацієнтів з високою варіабельністю АТ хворих з КГЛШ (41,7%) менше за рахунок збільшення співвідношення на користь ЕГЛШ.Аналіз кореляційних зв'язків ІММЛШ, відносної товщини стінок ЛШ та варіабельності АТ показав, що в процесі ремоделювання ЛШ у хворих II стадії АГ особливе значення має граничний рівень варіабельності АТ переважно в нічний період та ранні ранкові години.Блокатор рецепторів ангиотензина II кандесартан володіє вираженим антигіпертензивним ефектом. Встановлено, що він знижує не тільки рівень АТ, але і варіабельність, індекси часу і площі АТ, і приводить до регресу ГЛШ. |

 |