**Даценко Олена Георгіївна. Частота серцевих скорочень, клініко-гемодинамічні характеристики та результати медикаментозної корекції артеріальної гіпертензії: дис... кадн. мед. наук: 14.01.11 / АМН України; Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска. - К., 2004**

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

|  |
| --- |
| **Даценко Е.Г. Частота серцевих скорочень, клініко-гемодинамічні характеристики та результати медикаментозної корекції артеріальної гіпертензії.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска, АМН України, Київ, 2004.Дисертація присвячена вивченню проблеми впливу частоти серцевих скорочень (ЧСС) на клініко-гемодинамічні характеристики та результати медикаментозної корекції артеріальної гіпертензії (АГ) еналаприла малеатом (10 мг/доб) і гідрохлортіазидом (25 мг/доб). В результаті проведених комплексних досліджень встановлено більш високий ступінь кореляції середньої добової ЧСС із «офісним» і середнім добовим АТ, ніж «офісної» ЧСС.Достовірно визначено зв'язок середньої добової ЧСС із факторами ризику АГ, а також клініко-гемодинамічними характеристиками захворювання. Науково обґрунтована можливість прогнозування вірогідності нормалізації АТ при стандартній двокомпонентній антигіпертензивній терапії з урахуванням факторів ризику і середньої добової ЧСС. Вірогідность нормалізації АТ при стандартній двокомпонентній антигіпертензивній терапії еналаприла малеатом (10 мг/доб) і гідрохлортіазидом (25 мг/доб) визначається факторами, що зазначені в порядку убування значимості: рівнем АТ (ступенем АГ), середньою добовою ЧСС, типом симпато-вагального балансу і типом геометрії ЛШ.Стандартна двокомпонентна антигіпертензивна терапія еналаприла малеатом (10 мг/доб.) і гідрохлортіазидом (25 мг/доб) показана пацієнтам з імовірністю нормалізації АТ більш 70%. Трикомпонентна антигіпертензивна терапія еналаприла малеатом (10 мг/доб), гідрохлортіазидом (25 мг/доб) і верапамілом (240 мг/доб) показана пацієнтам з імовірністю нормалізації АТ менш ніж 70% при використанні стандартної двокомпонентної антигіпертензивної терапії. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення результатів вивчення впливу частоти серцевих скорочень на клініко-гемодинамічні характеристики та результати медикаментозної корекції артеріальної гіпертензії еналаприла малеатом (10 мг/доб) і гідрохлортіазидом (25 мг/доб) та обгрунтовано підхіди до оптимізації антигіпертензивної терапії.2.Середня добова частота серцевих скорочень у більшому ступені корелює з «офісним» (r=0,87) і середнім добовим артеріальним тиском (r=0,74), ніж «офісна» частота серцевих скорочень (відповідно r=0,2, p<0,05; r=0,11, p<0,05).3.Cредня добова частота серцевих скорочень асоційована (p<0,05) з факторами ризику артеріальної гіпертензії: віком >40 років, чоловічою статтю, рівнем АТ>140/90 мм.рт.ст., гіпертрофією лівого шлуночка і симпатикотонією (LF/HF>1,9).4. Середня добова частота серцевих скорочень співвідноситься з такими клініко-гемодинамічними характеристиками АГ як: тривалість захворювання, «офісний», середні добовий, денний і нічний артеріальний тиск, показники варіабельності артеріального тиску, індексу часу, значення товщини задньої стінки лівого шлуночка, товщини міжшлункової перетинки, індекса маси міокарда лівого шлуночка, дольові вклади діапазонів дуже низьких та низьких частот, відношення симпатовагального баланса найменші в діапазоні 52-60 уд/хв., найбільші в діапазоні 81-100 уд/хв. і проміжні в діапазоні 61-80 уд/хв.; значення добового індексу, кінцевих сістолічного і діастолічного об’ємів, загальної потужності спектра, складаючих його доменів та дольового вкладу діапазона високих частот найбільші в діапазоні 52-60 уд/хв., найменші в діапазоні 81-100 уд/хв. і проміжні в діапазоні 61-80 уд/хв.5. Двокомпонентна антигіпертензивна терапія еналаприла малеатом (10 мг/доб) і гідрохлортіазидом (25 мг/доб) дозволяє досягти хороших результатів зниження артеріального тиску у 97% хворих із частотою серцевих скорочень 52-60 уд/хв. і 72% хворих із частотою серцевих скорочень 61-80 уд/хв.; задовільних результатів - у 3% хворих із частотою серцевих скорочень 52-60 уд/хв., 28% хворих із частотою серцевих скорочень 61-80 уд/хв. і 75% хворих із частотою серцевих скорочень 81-100 уд/хв.; незадовільних результатів - у 25% хворих із частотою серцевих скорочень 81-100 уд/хв.6. Для математичного прогнозуваняя вірогіднорсті нормалізації артеріального тиску при двокомпонентній антигіпертензивній терапії еналаприла малеатом (10 мг/доб) і гідрохлортіазидом (25 мг/доб) слід використовувати слідуючі фактори ризику, що наведені у порядку зменшення їх значимості: ступінь артеріальної гіпертензії, cредняя добова частота серцевих скорочень, тип симпато-вагального балансу і тип геометрії лівого шлуночка.7. Трикомпонентна антигіпертензивна терапія еналаприла малеатом (10 мг/доб), гідрохлортіазидом (25 мг/доб) і верапамілом (240 мг/доб), має більш високу клінічну ефективність (нормалізація АТ у 59% хворих, p<0,05) у порівнянні з двокомпонентною антигіпертензивною терапією еналаприла малеатом (20 мг/доб) і гідрохлортіазидом (50 мг/доб) (нормалізація у 40% хворих, p<0,05) у хворих з задовільними і незадовільними результатами зниження артеріального тиску при стандартній двокомпонентній антигіпертензивній терапії. |

 |