

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

ანა გოკიელი

არტერიული წნევის სადღეღამისო პროფილი, გულის და აორტის
სტრუქტურულ-ფუნქციური მდგომარეობა და მათი ურთიერთკავშირი
იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მქონე ხანდაზმულ და მოხუცებულ
ავადმყოფებში

14.00.16 _ პათოლოგიური ფიზიოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის
მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაციის

ავტორეფერატი

თბილისი

2006 წელი

ნაშრომი შესრულებულია თერაპიის ეროვნულ ცენტრში

(თერაპიის ს/კ ინსტიტუტში)

სამეცნიერო ხელმძღვანელი – დიმიტრი ცისკარიშვილი,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: მანანა კიკნაძე,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი
(14.00.06.)

თეიმურაზ პეტრიაშვილი,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი
(14.00.16.)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის “-----“ ----- სთ-ზე
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო
საბჭოს m 14. 16 №6 სხდომაზე (0177, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი №33).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო
სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (0160, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას
გამზირი №29).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის “-----“ -----

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, დოცენტი

ნ. ბეჟიტაშვილი

ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

თემის აქტუალობა არტერიული ჰიპერტენზია კვლავ რჩება თანამედროვე თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემად. ცნობილია, რომ არტერიული ჰიპერტენზია არის არა მხოლოდ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ერთ-ერთი ძირითადი რისკის ფაქტორი, არამედ ის აღიარებულია ყველაზე გავრცელებულ ქრონიკულ დაავადებად მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში. არტერიული ჰიპერტენზია მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხზე. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი 65-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 30% და მეტია. ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემებით, ხანშიშესულებში არტერიული ჰიპერტენზიის სიხშირე აღწევს 50%-ს და 2/3 შემთხვევაში ეს არის იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია. თუ გავითვალისწინებთ, რომ მსოფლიოში აღინიშნება ხანდაზმულ ადამიანთა რიცხვის ზრდის ტენდენცია, ცხადი გახდება, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია განვითარებული ქვეყნების ერთ-ერთი ძირითადი სამედიცინო, მით უფრო გერიატრიული პრობლემაა.

იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიასთან ჯერ კიდევ ახლო წარსულში იყო უფრო მშვიდი დამოკიდებულება, ვიდრე სისტოლურ-დიასტოლურ ჰიპერტენზიასთან. არტერიული წნევის მატების სიმძიმეს ტრადიციულად უკავშირებდნენ დიასტოლური წნევის მომატებას. მნიშვნელოვანწილად ეს დაკავშირებული იყო მოსაზრებასთან, რომ ჰიპერტენზიის პათოგენეზში, ძირითადად, მონაწილეობს სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობის მომატება. პერიფერიული წინააღმდეგობის ყველაზე ინფორმატიულ მაჩვენებლად დიასტოლური წნევა ითვლებოდა. აქედან გამომდინარე, ჩამოყალიბდა აზრი, რომ დიასტოლური წნევა მნიშვნელოვანი ფაქტორია არტერიული ჰიპერტენზიის პროგნოზირებისთვის. რაც შეეხება სისტოლურ წნევას, ის განიხილებოდა, როგორც ასაკთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური პროცესი, ადაპტაციური მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფდა სამიზნე ორგანოებში სისხლის მიმოქცევის ადეკვატურობას. ასეთი მიდგომა აისახებოდა სისტოლური წნევის ნორმალური მაჩვენებლის გამოთვლის ერთ-ერთ ძველ რეკომენდაციაში: 100 + ასაკი.

სისტოლური წნევის სიდიდე ასაკთან ერთად მატულობს. ის 5-წლიდან 20-წლამდე მატულობს, 20-დან 40 წლამდე სტაბილურია, ხოლო შემდეგ კვლავ იწყებს მატებას. დიასტოლურ წნევას ახასიათებს განსხვავებული ასაკობრივი დინამიკა – ის ახალგაზრდა ასაკში შედარებით მაღალი ტემპით მატულობს, სტაბილიზდება 50-წლიდან 60 წლის ასაკში და შემდეგ მატებას აღარ განიცდის.

1999 წლის კლასიფიკაციაში (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ტერმინის ქვეშ იგულისხმება სისტოლური წნევა ≥ 140 და დიასტოლური წნევა ≤ 90 მმ ვწ. სვ..

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია, ჰიპერტენზიის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ფორმაა ხანდაზმულებში. 65-89 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია აღენიშნება ჰიპერტენზიით დაავადებულთა დაახლოებით 2/3-ს. ორმაგი ბრმა პლაცებო კონტროლირებული გამოკვლევის პროგრამით *SHEP* და *SYST-EURO* პროგრამათა მონაცემებით, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის სიხშირე 60-69 წლის ასაკში 6% იყო, 70-79 წლის ასაკში 80%, 18-25 წლის ასაკში 18-25%-ია. ფრემინჰემის მონაცემებით, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის წილი მოხუცებულებში დაავადებულთ არტერიული ჰიპერტენზიით შეადგენს 65-70%, *NHANES III* -ის მონაცემებით 45-54 ასაკის პირებში დაავადებულთ არტერიული ჰიპერტენზიით იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია შეადგენს 24%-ს, 55-64 ასაკის პირებში _ 47%-ს, 65-74 ასაკის პირებში _ 66%-ს და 75-ზე უფროს ასაკში 73%-ს. სხვადასხვა მონაცემების საფუძველზე, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის გავრცელება ასაკთან ერთად იზრდება (მისი სიხშირე მატულობს, არა მარტო სამუალო ასაკიდან ხანშიშესულ ასაკში გადასვლისას, არამედ მოხუცებულობის ასაკშიც). დასავლურ პოპულაციებში ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია განსაკუთრებით გამოხატულია ქალებში 50 წლის ზემოთ. გარდა ამისა, ფრემინჰემის გამოკვლევებმა აჩვენეს, რომ ჭარბი წონა არის იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის განვითარების ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორი. ასევე დამახასიათებელია, მისი განვითარება შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა შორის. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის გავრცელება დამოკიდებულია არამარტო ასაკზე და სქესზე, არამედ რასაზეც.

ფრემინჰემის გამოკვლევის მონაცემებით, მამაკაცებში 65 წლის ზემოთ ინსულტის განვითარებამ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს შეადგინა 2,6, დიასტოლური არტერიული ჰიპერტენზიის დროს 0,7, ხოლო კომბინირებული არტერიული ჰიპერტენზიის დროს 1,9. *MRFIT*-ის მონაცემებით, რომელიც იკვლევდა ინსულტის განვითარების რისკს, აღმოჩნდა რომ მომატებული სისტოლური წნევის დროს, ინსულტის განვითარების რისკი 2-ჯერ აღემატებოდა მომატებულ დიასტოლური წნევის დროს განვითარებულ ინსულტის რისკს (8,3% და 4,4% შესაბამისად), სისტოლური წნევის დომინირება ინსულტის განვითარების პროგნოზში იყო დასაბუთებული სხვა მსხვილ კვლევებშიც. *MRFIT* მონაცემების საფუძველზე, გამოვლენილია კავშირი სისტოლური წნევის დონეს და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის განვითარებას შორის, უფრო მკვეთრი, ვიდრე დიასტოლური წნევის დონესთან.

45 წელზე დაბალ ასაკში დიასტოლური წნევა უფრო მჭიდროდაა დაკავშირებული გულის იშემიური დაავადების განვითარებასთან, ხოლო 45 წელზე უფროს ასაკში, დიასტოლური წნევა ხდება ნაკლებად მნიშვნელოვანი, 60 წლის შემდეგ კი სისტოლური წნევა არის გულის იშემიური დაავადების განვითარების უფრო მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი, ვიდრე დიასტოლური წნევა. 65-94 წლის ავადმყოფებში 180 მმ ვწყ. სვ.-ზე მაღალი სისტოლური წნევით გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკი 3-4-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ავადმყოფებში 120 მმ ვწყ. სვ. დაბალი სისტოლური წნევით. *Keys A* და *თანაავტ. (1980)* 20 წლიანი პროსპექტული კვლევის შედეგად აჩვენეს, რომ გულის იშემიური დაავადების განვითარებაში პროგნოზული მნიშვნელობა გააჩნია სისტოლური წნევის დონეს, ხოლო დიასტოლური წნევას დამოუკიდებელი მნიშვნელობა არ გააჩნია.

მიუხედავად ხანშიშესულებში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მნიშვნელოვანი გავრცელების, ჰიპერტენზიის ეს ფორმა კარგა ხანს არ იყო გამოკვლეული და ინტერესი მისდამი მხოლოდ ბოლო ათწლეულებში გაიზარდა.

სადღეისოდ, მთელს მსოფლიოში აღინიშნება ხანშიშესული პაციენტების რაოდენობის ზრდა. 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების რიცხვი ყველა განვითარებულ ქვეყნებში იზრდება, მაგ. აშშ-ში იგი 30 მილიონს აღემატება (მოსახლეობის 12,5 %). შესაბამისად, მოსალოდნელია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის გავრცელების მატება, რაც მეტყველებს ჰიპერტენზიის ამ ფორმის შესწავლის აქტუალობაზე.

კვლევის მიზანი და ამოცანები ჩვენი კვლევის მიზანი იყო 60-დან 89-წლამდე იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირთა გულის და აორტის სტრუქტურულ-ფუნქციური მდგომარეობის კომპლექსური შესწავლა და მათი შესაძლო ურთიერთკავშირის დადგენა.

კვლევის ამოცანები:

- არტერიული წნევის 24-საათიანი ამბულატორული მონიტორირების საშუალებით იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირთა გამოვლენა;
- არტერიული წნევის განსხვავებული სადღეღამისო პროფილის მქონე პაციენტების ჯგუფების დადგენა;
- იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის რისკ-ფაქტორების (ასაკი, მემკვიდრული ფაქტორები, თამბაქოს მოხმარება, ჭარბი წონა) გამოვლენა.
- იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირთა გულის სტრუქტურულ-ფუნქციური მდგომარეობის ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა და მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის და რემოდელირების გეომეტრიული ტიპის დადგენა.
- იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირთა ეკგ მონიტორინგის ჰოლტერის წესით ჩატარება და მიღებული შედეგების ანალიზი;
- იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირთა ცხოვრების ხარისხის შესწავლა ტესტირების საფუძველზე.

ნაშრომის მეცნიერული სიახლე

1. კომპლექსურადაა შესწავლილი და დადგენილია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირთა არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების პარამეტრები და გამოვლენილია მათი კავშირი გულის სტრუქტურულ-ფუნქციურ მდგომარეობასთან.
2. გამოვლენილია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში არტერიული წნევის ღამით არასაკმარისი კლების (*Non-Dipper*) და ღამის ჰიპერტენზიის (*Night-Perker*) კავშირი მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიასთან, მარცხენა პარკუჭის და აორტის რემოდელირებასთან. ნაჩვენებია, რომ *Non-Dipper* და *Night-Perker* ტიპის არტერიული წნევის სადღეღამისო ცვალებადობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში, კერძოდ, გულის და აორტის გართულებების განვითარებაში.
3. არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების და 24 საათიანი ეკგ მონიტორირების ჰოლტერის წესით ერთდროულად გამოყენების საშუალებით

შესწავლილია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში გულის რითმის ცვლილებები და ნაჩვენებია მათი კავშირი არტერიული წნევის სადღეღამისო ცვლილებებთან, კერძოდ სისტოლური წნევის და პულსური წნევის მატებასთან.

4. შესწავლილია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირთა ცხოვრების ხარისხი.

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება

1. არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების მონაცემების ანალიზი იძლევა მედიკამენტური თერაპიის ადეკვატურად ჩატარების, ჩატარებული თერაპიის ეფექტურობის განსაზღვრის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გართულებების პროგნოზირების და მათი პროფილაქტიკის საშუალებას.
2. არტერიული წნევის ღამით არასაკმარისი კლების და ღამის ჰიპერტენზიის კავშირი მარცხენა პარკუჭის და აორტის რემოდელირებასთან, ასევე გადატანილ ინსულტთან საშუალებას იძლევა ღამით არტერიული წნევის არასაკმარისი კლება (*Non-Dipper*) და ღამის ჰიპერტენზია (*Night-Peaker*) იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში განხილულ იქნას, როგორც სამიზნე ორგანოების დაზიანების და გულ-სისხლძარღვთა გართულებების განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორი. აქედან გამომდინარე, არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების ჩატარება სასურველია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ ყველა ავადმყოფში.

ნაშრომის აპრობაცია ნაშრომის აპრობაცია ჩატარდა თერაპიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს სხდომაზე 2006 წლის 19 მაისს.

დისერტაციის სტრუქტურა და მოცულობა ნაშრომი შესრულებულია ქართულ ენაზე. სადისერტაციო მასალა მოიცავს შემდეგ ნაწილებს: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, კვლევის შედეგები და მათი განხილვა, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები, ბიბლიოგრაფია (201 ავტორი). სადისერტაციო ნაშრომი მოიცავს ნაბეჭდ 115 გვერდს, ცხრილებს და დიაგრამებს.

კვლევის მასალა და მეთოდები

კვლევაში ჩართული იყო თერაპიის ეროვნულ ცენტრში ამბულატორული მომართვით გატარებული 60-დან 89-წლამდე ასაკის იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებული 77 პაციენტი (საშუალო ასაკი $69,8 \pm 1,9$ წელი), როგორც მამაკაცები ასევე ქალები. არტერიული ჰიპერტენზიის ხანგრძლიობა იყო 2-დან 20-მდე წლამდე. შესაბამისი ასაკის 19 პირი დაავადებული სისტოლურ-დიასტოლური ჰიპერტენზიით შეადგენდა საკონტროლო ჯგუფს.

პაციენტების კლინიკურ-ინსტრუმენტული კვლევა ითვალისწინებდა ოჯახური ანამნეზისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორების დადგენას: ასაკი, მემკვიდრული ფაქტორები, არტერიული ჰიპერტენზიის ხარისხი, თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის მიღება, ჭარბი წონა (სხეულის მასის ინდექსირებას (BMI) ვახდენდით შემდეგი ფორმულით: წონა/სიმაღლე^2 – კეტლეს ინდექსი, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და მისი ტიპები, ცხოვრების ხარისხის დადგენა (ტესტირების საფუძველზე).

გულის ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევისას ისაზღვრებოდა: პარკუჭშუათა ძგიდის და მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სისქე, მარცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური ზომა, აორტის ზომა სისტოლაში და დიასტოლაში. ხდებოდა მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქციის, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის, კედლების ფარდობითი სისქის, აორტის ჭიმვადობის და სიხისტის დადგენა. აგრეთვე, მარცხენა პარკუჭის გეომეტრიული ტიპები განისაზღვრა *A. Ganau*-ს კლასიფიკაციის შესაბამისად: კონცენტრული რემოდელირება (*CR*), კონცენტრული ჰიპერტროფია (*CH*), ექსცენტრული ჰიპერტროფია (*EH*), ნორმალური გეომეტრია (*NG*).

არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირება ტარდებოდა უნგრული ფირმა *Meditech*-ის პორტატული აპარატით *ABMP-02/0*. არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირება მიმდინარეობდა თავისუფალ სამომრავო რეჟიმში, მედიკამენტური მკურნალობის გარეშე. მონიტორირების შედეგების ანალიზი მოიცავდა შემდეგი სტანდარტული პარამეტრების: სადღეღამისო, დღის და ღამის სისტოლური, დიასტოლური და საშუალო არტერიული წნევის, პულსური წნევის, გულის შეკუმშვათა საშუალო, მაქსიმალური და მინიმალური მნიშვნელობების; არტერიული წნევის დროის ინდექსის; არტერიული წნევის ვარიაბელობის; სადღეღამისო ინდექსის (ნორმა $_{10-20\%}$ (*Dipper*)-ნორმალური კლება ღამით ; $_{10\%}$ -ზე ნაკლები (*Non-Dipper*) _არასაკმარისი კლება ღამით, $_{0\%}$ -ზე ნაკლები (*Night-Peaker*) _ ღამის ჰიპერტენზია; $_{20\%}$ -ზე მეტი (*Over-Dipper*) _ ნორმაზე მეტი კლება ღამის საათებში) შეფასებას. აგრეთვე ვსაზღვრავდით, არტერიული წნევის დილის მატებას (4.00-დან 10.00-მდე პერიოდში) და არტერიული წნევის დილის მატების სიჩქარეს.

ავადმყოფებს უტარდებოდათ ეკგ მონიტორინგი ჰოლტერის წესით I სტანდარტულ და V5 მოდიფიცირებულ განხრებში, თავისუფალ სამომრავო რეჟიმში (უნგრულ-ამერიკული ფირმა *ARGUS*-ის აპარატით და გრძელდებოდა საშუალოდ 22 საათის განმავლობაში). ორივე აპარატი უკეთდებოდა ერთდროულად და ხდებოდა დაკვირვება ეკგ-ზე წნევის ცვალებადობის (აწევის) პერიოდში. გარდა ამისა ხდებოდა შემდეგი მონაცემების დადგენა: რითმის სინუსურობა, ST_სეგმენტის შეფასება, გულის რიტმის და გამტარებლობის დარღვევის აღმოჩენა.

ცხოვრების ხარისხის მდგომარეობის შეფასების მიზნით ყველა პაციენტს ჩაუტარდა ტესტირება *Сидоров, Соловьев, Новикова*-ს მიერ შემუშავებული კითხვარით “ცხოვრების ხარისხის შეფასების ფსიქოსომატურ ავადმყოფებში”. კითხვარი შედგებოდა 3 ბლოკისგან. I ბლოკი ახდენდა სომატური მდგომარეობის შეფასებას, II ბლოკი _ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის, ხოლო III _ სოციალური ფუნქციონირების. თითოეულ ბლოკში იყო 16 კითხვა 4 სავარაუდო პასუხით. ყოველი პასუხი ფასდებოდა 0-3 ქულამდე, ხოლო შემდეგ ჯამდებოდა სამივე ბლოკის მაჩვენებლები.

გამოკვლევის შედეგების დაგროვება ხდებოდა *Excell-2003* სტატისტიკური პროგრამების ბაზაში და დამუშავდა *SPSS-11.5* პროგრამების სტატისტიკური პაკეტების გამოყენებით. მონაცემები წარმოდგენილია $M \pm m$ სახით. რაოდენობრივი უწყვეტი სიდიდეების შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა სტიუდენტის t კრიტერიუმი, ფიშერის F კრიტერიუმი დისპერსიების შედარებისთვის. განსხვავებები სარწმუნოდ ითვლებოდა, როდესაც $p < 0,05$. გამოითვლებოდა კორელაციის r კოეფიციენტი. გამოკვლევის შედეგების დაფიქსირების წარმოსადგენად ხდებოდა ცხრილების და დიაგრამების სახით.

კვლევის შედეგები და მათი განხილვა

ჩატარებული კვლევის შედეგად შესწავლილ კონტიგენტში (77 ავადმყოფი) იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია აღენიშნებოდა 33 მამაკაცს (საშუალო ასაკი $70,8 \pm 1,3$ წელი) და 44 ქალს (საშუალო ასაკი $68,1 \pm 0,9$ წელი), საკონტროლო ჯგუფში სისტოლურ_დიასტოლური ჰიპერტენზია აღენიშნებოდა 19 ავადმყოფს – 11 მამაკაცი (საშუალო ასაკი $69 \pm 5,5$ წელი) და 8 ქალი (საშუალო ასაკი $67 \pm 0,8$ წელი). იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის საშუალო ხანგრძლივობა იყო $8,9 \pm 0,8$ წელი, ხოლო სისტოლურ_დიასტოლური ჰიპერტენზიის საშუალო ხანგრძლივობა $4,6 \pm 0,4$ წელი. სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მნიშვნელობა ძირითად ჯგუფში იყო $30,9 \pm 1,3$ კგ/მ², ხოლო საკონტროლო ჯგუფში – $26,9 \pm 1,2$ კგ/მ². თამბაქოს მწეველი იყო 33,8% (26 ავადმყ.), ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 26,3% (5 ავადმყ.). I ხარისხის ჰიპერტენზია ძირითად ჯგუფში დიაგნოსტირებული იყო 20,8% შემთხვევაში (16 ავადმყ.), საკონტროლო ჯგუფში კი – 15,8%-ს (3 ავადმყ.). II ხარისხის ჰიპერტენზია ძირითად ჯგუფში – 44,2% შემთხვევაში (34 ავადმყ.), ხოლო საკონტროლო ჯგუფში – 31,6%-ს (6 ავადმყ.). III ხარისხის ჰიპერტენზია ძირითად ჯგუფში – 35,1% შემთხვევაში (27 ავადმყ.), ხოლო საკონტროლო ჯგუფში – 52,6%-ს (10 ავადმყ.). ძირითად ჯგუფში მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია 72,7%-ს (56 ავადმყ.) აღენიშნებოდა, საკონტროლო ჯგუფში კი 63,2%-ს (12 ავადმყ.), მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია 59,7%-ს (46 ავადმყ.) აღენიშნებოდა, საკონტროლო ჯგუფში კი 57,9%-ს (11 ავადმყ.), გადატანილი ინსულტი 16,9%-ს (13 ავადმყ.) აღენიშნებოდა, საკონტროლო ჯგუფში კი მსგავსი გართულება არ შეგვხვედრია, დიაბეტი ჰქონდა 28,6%-ს (22 ავადმყ.), საკონტროლო ჯგუფში კი 15,7%-ს (3 ავადმყ.). ძირითად ჯგუფში *D* იყო 7,8% (6 ავადმყ.), *ND* – 57,1% (44 ავადმყ.), *NP* – 35,1% (24 ავადმყ.) *OD* – 3,9% (3 ავადმყ.). საკონტროლო ჯგუფში *D* იყო –5,3% (1 ავადმყ.), *ND* – 89,5% (17 ავადმყ.), *NP* ამ ჯგუფში არ აღინიშნებოდა, ხოლო *OD* – 5,3% (1 ავადმყ.). *CH* აღენიშნა საკვლევი ჯგუფის ავადმყოფთა 45,5% (35 ავადმყ.), *EH* – 31,2% (24 ავადმყ.), *CR* – 9,1% (7 ავადმყ.) და *NG* – 14,3% (11 ავადმყ.). საკონტროლო ჯგუფში *CH* აღენიშნა 63,2% (12 ავადმყ.), *EH* – 21,1% (1 ავადმყ.), *CR* – 5,3% (1 ავადმყ.) და *NG* – 10,5% (2 ავადმყ.). საკვლევი ჯგუფში ყველა ავადმყოფს ჰქონდა სინუსური რიტმი, AV გამტარებლობის დარღვევა არ აღენიშნებოდა არცერთ ავადმყოფს, *ST* სეგმენტის დეპრესია ჰქონდა ავადმყოფთა 27,3%-ს (21 ავადმყ.), წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია ჰქონდა 38,9% (30 ავადმყ.) აქედან წინაგულოვანი გარბენი იყო შემთხვევათ 3,9%-ს (3 ავადმყ.), პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია ჰქონდა 65,8%-ს (50 ავადმყ.). (დიგრამა №1)

როგორც ცხრილიდან №1 ჩანს, ძირითად ჯგუფში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით განსხვავება სარწმუნო იყო საშუალო სადღეღამისო – სისტოლური ($p < 0,01$), დიასტოლური ($p < 0,002$), პულსური ($p < 0,01$), და საშუალო არტერიული ($p < 0,002$) წნევის; მაქსიმალური სადღეღამისო – სისტოლური ($p < 0,01$), დიასტოლური ($p < 0,002$), პულსური ($p < 0,01$) და საშუალო ($p < 0,02$) არტერიული წნევის; მინიმალური სადღეღამისო – სისტოლური ($p < 0,02$), დიასტოლური ($p < 0,002$), პულსური ($p < 0,002$) და საშუალო არტერიული ($p < 0,002$) წნევის; სისტოლური ($p < 0,01$) და პულსური წნევის ($p < 0,02$) სადღეღამისო ვარიაბელობის; სისტოლური ($p < 0,002$), დიასტოლური ($p < 0,002$) და საშუალო არტერიული ($p < 0,002$) წნევის სადღეღამისო დროის ინდექსის, მარჯვენა პარკუჭის ($p < 0,002$), მარცხენა წინაგულის ($p < 0,01$), მარჯვენა წინაგულის ($p < 0,002$),

მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის ($p < 0,002$), აორტის ჭიმვადობის ($p < 0,002$) და სიხისტის ($p < 0,01$) მხრივ.

კორელაციური ანალიზის თანახმად ამ ჯგუფში: ასაკი უარყოფით კორელაციურ კავშირშია სადღეღამისო – მინიმალურ ($rI = -0,49$ $p < 0,01$) და საშუალო ($rI = -0,49$ $p < 0,01$) დიასტოლური წნევასთან. სხეულის მასის ინდექსი კორელირებდა აორტის ჭიმვადობასთან ($rI = 0,31$ $p < 0,01$). ჰიპერტენზიის ხანგრძლივობა კორელირებდა სადღეღამისო – მაქსიმალურ ($rI = -0,59$ $p < 0,01$), მინიმალურ ($rI = 0,59$ $p < 0,01$) და საშუალო ($rI = 0,55$ $p < 0,01$) პულსურ წნევასთან; აორტის ჭიმვადობასთან ($rI = 0,24$ $p < 0,01$), აორტის სიხისტესთან ($rI = 0,38$ $p < 0,01$), მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასასთან ($rI = 0,59$ $p < 0,01$) და მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსთან ($rI = 0,62$ $p < 0,01$). აორტის სიხისტე კორელირებდა სადღეღამისო – მაქსიმალურ ($rI = 0,83$ $p < 0,01$), მინიმალურ ($rI = 0,72$ $p < 0,01$) საშუალო ($rI = 0,72$ $p < 0,01$) პულსურ წნევასთან, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასასთან ($rI = 0,24$ $p < 0,01$), მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსთან ($rI = 0,27$ $p < 0,01$) და უარყოფით კორელაციურ კავშირში იყო სადღეღამისო მაქსიმალურ დიასტოლურ წნევასთან ($rII = -0,29$ $p < 0,01$).

არტერიული წნევის სადღეღამისო პროფილის მხრივ საკვლევ ჯგუფში ღამის ჰიპერტენზია (NP) აღინიშნებოდა 35,1%-ში, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში სადღეღამისო პროფილის ეს ფორმა საერთოდ არ გვხვდებოდა, რაც თანხვედბა *Ж. Д. Кобалава*-ს მონაცემებს, სადაც ნათქვამია, რომ *Non-Dipper* და *Night-peaker* განსაკუთრებით დამახასიათებელია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიისთვის. გადატანილი ინსულტის შემთხვევები ძირითად ჯგუფში 3,1-ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. ეს მონაცემები ნაწილობრივ თანხვედბა *MRFIT*-ის გამოკვლევებს, რომელიც იკვლევდა ინსულტის განვითარების რისკს. სადაც აღმოჩნდა, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს ინსულტის განვითარების რისკი 2-ჯერ აღემატებოდა სისტოლურ-დიასტოლურ ჰიპერტენზიას 8,3% და 4,4% შესაბამისად (სისტოლური წნევის დომინირება ინსულტის განვითარების პროგნოზში იყო დასაბუთებული სხვა მნიშვნელოვან კვლევებშიც). საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, აღინიშნებოდა მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის და მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის მაღალი ციფრები, რაც თანხვედბა *Rowlands D.B.*, და თანავტ. მონაცემებს, სადაც აღნიშნულია, რომ საშუალო 24 საათიანი სისტოლური წნევის მომატება უფრო სწრაფად იწვევს მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის გაზრდას, ვიდრე საშუალო 24-საათიანი დიასტოლური წნევის მატება ან არარეგულარული სისტოლური და დიასტოლური წნევის მომატება. 24 საათიანი საშუალო სისტოლური წნევის მატება 10 მმ ვწყ. სვ.-ით იწვევს მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის გაზრდას 20 გ/მ²-ზე. სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მნიშვნელობა იყო $30,9 \pm 1,3$ კგ/მ², ხოლო საკონტროლო ჯგუფში – $27,4 \pm 0,5$ კგ/მ², რაც ემთხვევა ფრემინჰემის გამოკვლევებს, რომლებმაც აჩვენეს, რომ ჭარბი წონა არის იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის განვითარების ერთ-ერთი რისკფაქტორი. ჩვენს მიერ მიღებულ შედეგებს, სისტოლური წნევის მაღალ ვარიაბელობას, დროის ინდექსს, აორტის ჭიმვადობის შემცირებას, ხოლო სიხისტის მატებას აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის შედარებით რთული კლინიკური მიმდინარეობის პროგნოზირებისათვის ხანშიშესულ და მოხუცებულ ავადმყოფებში.

ასაკის მიხედვით პაციენტები დაყავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი – 60-74 წლის ხანდაზმული პაციენტები და II ჯგუფი – 75-89 წლის მოხუცებული პაციენტები.

I ხარისხის ჰიპერტენზია აღინიშნებოდა მხოლოდ I ჯგუფში (I-29,6% _ 16 ავადმყ.), ხოლო II (I-37% _ 20 ავადმყ.; II-60,9% _ 14 ავადმყ.) და III (I-33,3% _ 18 ავადმყ.; II-39,1% _ 9 ავადმყ.) ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონეთა პროცენტული წილი უპირატესად აღინიშნებოდა მოხუცებულ ავადმყოფებში. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება სადღეღამისო პროფილის ტიპის გადანაწილებაში: *D* (I-5,6% _ 3 ავადმყ.; II-13% _ 3 ავადმყ.) და *NP* (I-22,2% _ 12 ავადმყ.; II-52,2% _ 12 ავადმყ.) 2,3-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით, ხოლო *ND* 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით (I-72,2% _ 39 ავადმყ.; II-21,7% _ 5 ავადმყ.) გვხვდებოდა I ჯგუფში II-თან შედარებით. ასაკის მატებასთან ერთად აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის (I-66,7% _ 36 ავადმყ.; II-78,3% _ 18 ავადმყ.), მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქციის (I-48,1% _ 26 ავადმყ.; II-86,9% _ 20 ავადმყ.), წინაგულოვანი (I-37% _ 20; II-56,5% _ 13 ავადმყ.) და პარკუჭოვანი (I-63% _ 34 ავადმყ.; II-69,6% _ 16 ავადმყ.) ექსტრასისტოლიის, გადატანილი ინსულტის (I-18,5% _ 10; II-47,8% _ 11 ავადმყ.) სიხშირის მატება, ხოლო ST სეგმენტის დეპრესია (I-27,8% _ 15 ავადმყ.; II-26,1% _ 6 ავადმყ.) თითქმის თანაბარი სიხშირით გვხვდებოდა ორივე ჯგუფში. *NG* 2,7-ჯერ მეტი სიხშირით (I-9,3% _ 5 ავადმყ.; II-26% _ 6 ავადმყ.), *CR* 13,7-ჯერ მეტი სიხშირით (I-1,9% _ 1 ავადმყ.; II-26,1% _ 5 ავადმყ.), გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. *CH* (I-44,4% _ 24 ავადმყ.; II-47,8% _ 11 ავადმყ.) თითქმის თანაბარი სიხშირით გვხვდებოდა ორივე ჯგუფში, *EH* (I-44,4% _ 24 ავადმყ.) კი მხოლოდ I ჯგუფში აღინიშნებოდა. (დიაგრამა №2).

როგორც ცხრილი №2-დან ჩანს, სადღეღამისო საშუალო ($p < 0,01$), მაქსიმალური ($p < 0,002$) და მინიმალური ($p < 0,05$) სისტოლური წნევა, სადღეღამისო მაქსიმალური პულსური წნევა ($p < 0,02$); სისტოლური ($p < 0,05$) და პულსური ($p < 0,002$) წნევის ვარიაბელობა, მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი ($p < 0,002$), აორტის ჭიმვადობა ($p < 0,01$) და სიხისტე ($p < 0,01$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ჯგუფებში.

კორელაციური ანალიზის თანახმად: ასაკი კორელირებდა ჰიპერტენზიის ხანგრძლიობასთან ($r_{II} = 0,71$ $p < 0,01$), აორტის ჭიმვადობასთან ($r_I = 0,51$ $p < 0,01$; $r_{II} = 0,50$ $p < 0,01$), აორტის სიხისტესთან ($r_{II} = 0,58$ $p < 0,01$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასასთან ($r_I = 0,60$ $p < 0,01$; $r_{II} = 0,71$ $p < 0,01$), უარყოფით კორელაციურ კავშირში იყო სადღეღამისო მაქსიმალურ ($r_{II} = -0,56$ $p < 0,05$; $r_{II} = -0,49$ $p < 0,01$), მინიმალურ ($r_{II} = -0,58$ $p < 0,01$; $r_{II} = -0,41$ $p < 0,01$) და საშუალო ($r_{II} = -0,51$ $p < 0,01$; $r_{II} = -0,50$ $p < 0,01$) დიასტოლურ წნევასთან.

ხანდაზმულობიდან მოხუცებულ ასაკში გადასვლასთან ერთად აღინიშნა აორტის ჭიმვადობის შემცირება და აორტის სიხისტის მატება რაც ეთანხმება *Mulrow C.D.* და თანავეტ., რომ სწორედ სისტოლური წნევა არის რისკ-ფაქტორი, რომელიც ძლიერდება ასაკთან ერთად და ერთ-ერთი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს აორტის ჭიმვადობის დაქვეითებას, არის ასაკი. აგრეთვე, აღინიშნა ჰიპერტენზიის ხარისხის ზრდა, *ND*-ების და *NP*-ების სიხშირის მატება, რაც თანხვდება ბელგიურ პოპულაციურ კვლევას, რომელშიც გამოვლინდა, რომ *Non-Dipper*-ების ალბათობა ასაკთან ერთად იზრდება 2,8-ჯერ 30-დან 60 წლამდე, და 5,7-ჯერ 60-დან 80 წლამდე. ჩვენი კვლევის შედეგები მოწმობს მოხუცებულ ასაკობრივ ჯგუფში ჰიპერტენზიის ამ ფორმის შედარებით რთულ მიმდინარეობაზე.

სქესის მიხედვით პაციენტები დაყავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი _ მდედრობითი სქესის პაციენტები და II ჯგუფი _ მამრობითი სქესის პაციენტები.

D და (I-11,3% _ 5 ავადმე.; II-3% _ 1 ავადმე.) *ND* (I-65,9% _ 29 ავადმე.; II-45,5% _ 15 ავადმე.) უპირატესად გამოვლინდა ქალებში, ხოლო *NP2*-ჯერ მეტი სიხშირით (I-22,7% _ 10 ავადმე.; II-42,4% _ 14 ავადმე.) გვხვდებოდა მამაკაცებში, ქალებთან შედარებით. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (I-68,1% _ 30 ავადმე.; II-78,7% _ 26 ავადმე.) შედარებით მაღალი სიხშირით გამოვლინდა მამაკაცებში. *NG 2*-ჯერ მეტი სიხშირით, აღინიშნებოდა ქალებში მამაკაცებთან შედარებით (I-18,1% _ 8 ავადმე.; II-9% _ 3 ავადმე.). *EH* (I-29,5% _ 13 ავადმე.; II-33,3% _ 11 ავადმე.), *CH* (I-43,1% _ 19 ავადმე.; II-48,4% _ 16 ავადმე.) და *CR* (I-9% _ 4 ავადმე.; II-9% _ 3 ავადმე.) თითქმის თანაბარი სიხშირით გვგვხვდებოდა ორივე ჯგუფში. *ST* სეგმენტის დეპრესია 4,2-ჯერ მეტი სიხშირით (I-11,4% _ 5 ავადმე.; II-48,5% _ 16 ავადმე.), ხოლო გადატანილი ინსულტი (I-2,5% _ 11 ავადმე.; II-6,1% _ 2 ავადმე.) 2,4-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა ქალებში მამაკაცებთან შედარებით. (დიაგრამა №3).

როგორც ცხრილი №3-დან ჩანს, სადღეღამისო _ საშუალო ($p < 0,02$) და მინიმალური ($p < 0,05$) პულსური წნევა; პულსური წნევის სადღეღამისო ვარიაბელობა ($p < 0,05$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p < 0,01$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ინდექსი ($p < 0,02$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ჯგუფებში.

მონაცემთა დაჯგუფებამ სქესის მიხედვით გვაჩვენა იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის გავრცელების უპირატესობა ქალებში, რაც ემთხვევა *Stamler J*, და თანაავტ. მონაცემებს, რომლებიც ჩატარდა დასავლურ პოპულაციებში, სადაც აღნიშნულია, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია განსაკუთრებით გამოხატულია ქალებში 50 წლის ზემოთ. ჩვენ კვლევაში, ასევე, გამოვლინდა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის არსებობის შედარებით მაღალი სიხშირე მამაკაცებში, რაც თანხვდება *Сидоренко Б.А.* და თანავტ. მონაცემებს, რომ ერთნაირი დონის არტერიული წნევის ფონზე მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია უფრო ხშირად აღინიშნებათ მამაკაცებს ქალებთან შედარებით. მამაკაცებში ღამის ჰიპერტენზია (*NP*) 2-ჯერ მაღალი სიხშირით გამოვლენა, რაც ნაწილობრივ ემთხვევა *Stamler J* და თანავტ. მონაცემებს, რომლებმაც გამოავლინეს მნიშვნელოვანი განსხვავება სქესთა შორის სადღეღამისო რითმის სახეობის მიხედვით: მამაკაცებში ქალებთან შედარებით 2-ჯერ უფრო ხშირად აღინიშნა ღამის ჰიპერტენზია (*Night-peacker* 17% vs 8%).

არსებული მონაცემების საფუძველზე შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ მამაკაცებში, ქალებთან შედარებით, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია მიმდინარეობს უფრო რთული კლინიკური სურათით.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის არსებობის ხანგრძლივობის მიხედვით პაციენტები დავყავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი _ პაციენტები იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით 10 წელზე ნაკლები ხანგრძლივობით და II ჯგუფი _ პაციენტები იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით 10 წელზე მეტი ხანგრძლივობით.

I ხარისხის ჰიპერტენზია 3-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში, II ჯგუფთან შედარებით (I-31,5% _ 12 ავადმე.; II-10,2% _ 4 ავადმე.), ხოლო II (I-39,4% _ 15 ავადმე.; II-48,7% _ 19 ავადმე.) და III (I-28,9% _ 11 ავადმე.; II-41% _ 16 ავადმე.) ხარისხის ჰიპერტენზია შედარებით მაღალი სიხშირით გამოვლინდა II ჯგუფში, I-თან შედარებით. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება სადღეღამისო პროფილის ტიპების პროცენტულ რაოდენობაში: *D* (I-15,7% _ 6 ავადმე.) მხოლოდ I ჯგუფში აღინიშნებოდა, ხოლო *ND* (I-50% _ 19 ავადმე.; II-64,1% _ 25 ავადმე.) და *NP* (I-26,3% _ 10 ავადმე.; II-35,8% _ 14 ავადმე.) მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (I-47,4% _ 18 ავადმეოფი; II-80% _ 20 ავადმე.) უპირატესად გამოვლინდა II

ჯგუფში, ხოლო მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია თითქმის თანაბარი სიხშირით აღინიშნებოდა ორივე ჯგუფში (I-81,6% _ 31 ავადმყ.; II-84% _ 21 ავადმყ.). *NG* (I-29% _ 11 ავადმყ.; II-20% _ 5 ავადმყ.) შედარებით მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში, ხოლო *CR* (I-18,4% _ 7 ავადმყ.) მხოლოდ I ჯგუფში აღინიშნებოდა. *CH* (I-26,3% _ 10 ავადმყ.; II-48% _ 12 ავადმყ.) და *EH* (I-26,3% _ 10 ავადმყ.; II-32% _ 8 ავადმყ.) უპირატესად II ჯგუფში აღინიშნებოდა. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის არსებობის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად აღინიშნა პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიის (I-52,6% _ 20 ავადმყ.; II-76,9% _ 30 ავადმყ.), წინაგულოვანი ექსტრასისტოლიის (I-36,8% _ 14 ავადმყ.; II-48,7% _ 19 ავადმყ.), *ST* სეგმენტის დეპრესიის (I-18,4% _ 7 ავადმყ.; II-35,8% _ 14 ავადმყ.) და გადატანილი ინსულტის (I-13,1% _ 5 ავადმყ.; II-20,5% _ 8 ავადმყ.) სიხშირის მატება (დიაგრამა №4).

როგორც ცხრილი №4-დან ჩანს, სადღეღამისო _ საშუალო ($p<0,02$), მაქსიმალური ($p<0,01$) და მინიმალური ($p<0,02$) სისტოლური წნევა, სადღეღამისო _ საშუალო ($p<0,01$), მაქსიმალური ($p<0,002$) და მინიმალური ($p<0,002$) პულსური წნევა, მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p<0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი ($p<0,002$), აორტის ჭიმვადობა ($p<0,01$) და აორტის სიხისტე ($p<0,002$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ჯგუფებში.

კორელაციური ანალიზის თანახმად: ჰიპერტენზიის ხანგრძლივობა კორელირებდა სადღეღამისო _ მაქსიმალურ ($r_{II}=0,50$ $p<0,01$), მინიმალურ ($r_{II}=0,50$ $p<0,01$) და საშუალო ($r_{II}=0,58$ $p<0,01$) სისტოლური წნევასთან; მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასასთან ($r_{I}=0,70$ $p<0,01$; $r_{II}=0,80$ $p<0,01$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსთან ($r_{I}=0,68$ $p<0,01$; $r_{II}=0,58$ $p<0,01$), აორტის ჭიმვადობასთან ($r_{II}=0,50$ $p<0,01$) და აორტის სიხისტესთან ($r_{I}=0,49$ $p<0,01$).

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის არსებობის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის, მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსის გაზრდა, ასევე მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის სიხშირის მატება, რაც ეთანხმება *Сидоренко Б.А.* და თანაავტ. მონაცემებს, სადაც აღნიშნულია მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის კავშირი არტერიული ჰიპერტენზიის სიმძიმესა (მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია ვლინდება მსუბუქი არტერიული ჰიპერტენზიის 20% და მძიმე არტერიული ჰიპერტენზიის 50%-ში) და ხანგრძლივობასთან. ასევე, აღინიშნა სისტოლური წნევის, აორტის სიხისტის ციფრების მატება, *CH*-ის, *EH*-ის, *ND*-ების, გადატანილი ინსულტის, *ST* სეგმენტის დეპრესიის სიხშირის მატება, რის შედეგადაც შესაძლებელია გაკეთდეს დასკვნა იმის თაობაზე, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის არსებობის ხანგრძლივობის ზრდა უარყოფითად მოქმედებს გულსა და სხვა სამიზნე ორგანოებზე და აუარესებს მათ კლინიკურ სურათს.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის მიხედვით პაციენტები დაყავით 3 ჯგუფად: I ჯგუფი _ I ხარისხის ჰიპერტენზია, II ჯგუფი _ II ხარისხის ჰიპერტენზია და III ჯგუფი _ III ხარისხის ჰიპერტენზია.

გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება სადღეღამისო პროფილის ტიპის გადანაწილებაში: *D*-ები 2,6-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში II-თან შედარებით (I-31,2% _ 5 ავადმყ.; II-11,7% _ 1 ავადმყ.), ხოლო III ჯგუფში საერთოდ არ გამოვლინდა. *ND*-ები 1,2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I-თან შედარებით (I- 50% _ 9 ავადმყ.; II-61,8% _ 21 ავადმყ.), ხოლო III ჯგუფში 51,8%-ში (13 ავადმყ.) აღინიშნებოდა. *NP*-ები 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა III ჯგუფში I-თან შედარებით

(I-18,7% _ 3 ავადმე.; III-48,1% _ 13 ავადმე.), ხოლო II ჯგუფში 26,4%-ში (5 ავადმე.) აღინიშნებოდა. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია 9-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა III ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით (I-5,3% _ 3 ავადმე.; III-48,2% _ 27 ავადმე.), ხოლო II ჯგუფში 46,4%-ში (26 ავადმე.) აღინიშნებოდა. აღინიშნა *NG*-ის გამოვლენის სიხშირის კლება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის მატებასთან ერთად (I-25% _ 4 ავადმე.; II-17,6% _ 6 ავადმე.; III_3,7% _ 1 ავადმე.), ხოლო *CH*-ის შემთხვევაში, პირიქით, გამოვლინდა, ანუ აღინიშნა *CH*-ის გამოვლენის სიხშირის მატება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის მატებასთან ერთად (I_6,3% _ 1 ავადმე.; II-47,1% _ 16 ავადმე.; III-66,7% _ 18 ავადმე.). *EH2,3*-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში III ჯგუფთან შედარებით (I-68,8% _ 11 ავადმე.; III-29,6% _ 8 ავადმე.), ხოლო II ჯგუფში უფრო ნაკლები სიხშირით აღინიშნებოდა (II_14,7% _ 5 ავადმე.). *CR* მხოლოდ II ჯგუფში გამოვლინდა (II_20,6% _ 7 ავადმე.). იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის მატებასთან ერთად აღინიშნა წინაგულოვანი ექსტრასისტოლიის (I-37,5% _ 6 ავადმე.; II-44,1% _ 15 ავადმე.; III-44,4% _ 12 ავადმე.), პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიის (I-56,2% _ 9 ავადმე.; II-58,8% _ 20 ავადმე.; III-77,7% _ 21 ავადმე.) და *ST* სეგმენტის დეპრესიის (I-12,5% _ 2 ავადმე.; II-26,5% _ 9 ავადმე.; III-37% _ 10 ავადმე.) გამოვლენის სიხშირის ზრდა, გადატანილი ინსულტი კი 2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა III ჯგუფში, ვიდრე II-ში (II-14,7% _ 5 ავადმე.; III-29,6% _ 8 ავადმე.), ხოლო I ჯგუფში საერთოდ არ აღინიშნებოდა. (დიაგრამა №5).

როგორც ცხრილი №5-დან ჩანს, სისტოლური ($p < 0,02$), დიასტოლური ($p < 0,01$), პულსური ($p < 0,05$) და საშუალო არტერიული ($p < 0,002$) წნევის სადღეღამისო ვარიაბელობა, სისტოლური წნევის დილის მატება ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p < 0,02$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ხარისხის ჯგუფებში. სადღეღამისო ვარიაბელობა სისტოლური წნევის ($p < 0,002$), დროის ინდექსი საშუალო არტერიული წნევის ($p < 0,002$), სისტოლური წნევის დილის მატება ($p < 0,002$), სისტოლური წნევის დილის მატების სიჩქარე ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p < 0,02$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი ($p < 0,01$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა II და III ჯგუფებში. სადღეღამისო ვარიაბელობა _ სისტოლური ($p < 0,002$) და პულსური წნევის ($p < 0,002$), სისტოლური წნევის დროის ინდექსი ($p < 0,01$), სისტოლური წნევის დილის მატება ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი ($p < 0,002$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და III ჯგუფებში. აორტის ჰიმვადობა სარწმუნოდ განსხვავდებოდა ჰიპერტენზიის I-II ხარისხის ($p < 0,02$), I-III ხარისხის ($p < 0,002$), II-III ხარისხის ($p < 0,002$) ჯგუფებში, ხოლო აორტის სიხისტე _ I-III ხარისხის ($p < 0,002$) და II-III ხარისხის ($p < 0,002$) ჯგუფებში.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის ზრდასთან ერთად აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, *CH*-ის, *NP*-ების, ინსულტების, *ST* სეგმენტის დეპრესიის, ექსტრასისტოლური არითმიების სიხშირის მატება, ასევე მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის, მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსის, აორტის სიხისტის ციფრების მატება, ხოლო აორტის ჰიმვადობის შემცირება. მიღებული შედეგები საშუალებას გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის მატება უარყოფით ზეგავლენას ახდენს გულის სტრუქტურულ-ფუნქციურ მდგომარეობაზე და აღრმავებს აორტის ორგანულ ცვლილებებს.

სადღეღამისო პროფილის მიხედვით ავადმყოფები დავყავით 3 ჯგუფად: I ჯგუფი *D* პაციენტები, II ჯგუფი *ND* და III ჯგუფი *NP* პაციენტები.

გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის გადანაწილებაში: I ხარისხის ჰიპერტენზია 7-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა *D* ჯგუფში *NP* ჯგუფთან შედარებით (*D*-83,3% _ 5 ავადმე.; *NP*-12,5% _ 3 ავადმე.), ხოლო *ND*-ებში 18,1%-ში (3 ავადმე.) გამოვლინდა. II ხარისხის ჰიპერტენზია 3-ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა *ND* ჯგუფში *D*-თან შედარებით (*D*-16,5% _ 1 ავადმე.; *ND*-47,7% _ 21 ავადმე.), ხოლო *NP* ჯგუფში 37,5%-ში (9 ავადმე.) გამოვლინდა. III ხარისხის ჰიპერტენზია 2-ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა *NP* ჯგუფში ვიდრე *ND*-ში (*ND*-31,8% _ 14 ავადმე.; *NP*-54,2% _ 13 ავადმეოფი), ხოლო *D* ჯგუფში საერთოდ არ გამოვლინდა. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის (*D*-33,3% _ 2 ავადმე.; *ND*-86,4% _ 38 ავადმე.; *NP*-66,7% _ 16 ავადმე.), მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქციის (*D*-16,7% _ 1 ავადმეოფი; *ND*-50% _ 22 ავადმე.; *NP*-83,3% _ 20 ავადმე.), *CH*-ის (*D*-16,7% _ 1 ავადმე.; *ND*-54,6% _ 24 ავადმე.; *NP*-41,7% _ 10 ავადმე.) და *EH*-ის (*D*-16,7% _ 1 ავადმე.; *ND*-31,8% _ 14 ავადმე.; *NP*-37,5% _ 9 ავადმე.) მქონეთა პროცენტული წილი მაღალია *ND* და *NP* ჯგუფებში, *D* ჯგუფთან შედარებით. *CR* 10-ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნება *D* ჯგუფში, ვიდრე *ND*-ში (*D*-66,7% _ 4 ავადმე.; *ND*-6,8% _ 3 ავადმე.), ხოლო *NP* ჯგუფში საერთოდ არ გვხვდებოდა. *NG* 3-ჯერ მეტი სიხშირით არის *NP* ჯგუფში ვიდრე *ND*-ში (*ND*- 6,8% _ 3 ავადმე.; *NP*-20,8% _ 5 ავადმე.), ხოლო *D* ჯგუფში საერთოდ არ გვხვდებოდა. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია 1,2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა *NP* ჯგუფში ვიდრე *D*-ში (*D*-83,4% _ 5 ავადმე.; *NP*-99,9% _ 17 ავადმე.). *ST* სეგმენტის დეპრესია (*D*-16,6% _ 1 ავადმე.; *ND*-25% _ 11 ავადმე.; *NP*-41,6% _ 10 ავადმე.) და გადატანილი ინსულტი (*ND*-25% _ 6 ავადმე.; *NP*-15,9% _ 7 ავადმე.) მეტი სიხშირით გვხვდებოდა *NP* და *ND* ჯგუფში, ხოლო გადატანილი ინსულტი *D* ჯგუფში საერთოდ არ გამოვლინდა. (დიაგრამა №6).

როგორც ცხრილი №6-დან ჩანს: სადღეღამისო _ საშუალო ($p < 0,002$) და მინიმალური ($p < 0,02$) სისტოლური წნევა, სადღეღამისო_მაქსიმალური ($p < 0,002$) და მინიმალური ($p < 0,05$) პულსური წნევა; სისტოლური ($p < 0,02$) და პულსური წნევის ($p < 0,05$) სადღეღამისო ვარიაბელობა, სისტოლური წნევის დილის მატება ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა ($p < 0,002$), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი ($p < 0,002$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *D* და *ND* პაციენტის ჯგუფებში. პულსური წნევის ($p < 0,01$) სადღეღამისო ვარიაბელობა; სისტოლური წნევის ($p < 0,01$) დროის ინდექსი, სისტოლური წნევის დილის მატება ($p < 0,01$); აორტის სიხისტე ($p < 0,05$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *ND* და *NP* პაციენტის ჯგუფებში. საშუალო სადღეღამისო _ პულსური წნევა ($p < 0,01$); სისტოლური წნევის დილის მატების სიჩქარე ($p < 0,05$), სისტოლური წნევის დილის მატება ($p < 0,01$), აორტის სიხისტე ($p < 0,002$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *D* და *NP* პაციენტის ჯგუფებში.

ND და *NP* ჯგუფებში გამოვლინდა წნევის, მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის და მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსის მაღალი ციფრები, ვიდრე *D* ჯგუფში, რაც თანხვდება *P. Verdecchia* და თანაავტ. კვლევის შედეგებს არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირებში, სადაც აღნიშნულია, რომ *D*-ებში მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი იყო სარწმუნოდ დაბალი (83,5 გ/მ²), ვიდრე *ND*-ებში (98,3 გ/მ²), ასევე, *L. Sihim* და თანაავტ.-ები აღნიშნავენ, რომ პირებში წნევის არაადეკვატური დაწევით ღამის საათებში მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა იყო სარწმუნოდ მაღალი საწინააღმდეგო ჯგუფთან შედარებით. *NP* ჯგუფში აღინიშნა სარწმუნოდ მაღალი დილის მატების სიჩქარე რაც ემთხვევა *Кобалава Ж.Д.*, და თანაავტ.-ებს სადაც ნათქვამია, რომ ავადმყოფებში ღამის ჰიპერტენზიით, დამახასიათებელია

არტერიული წნევის ზრდის მაღალი სიჩქარე. აორტის ჭიმვადობა უფრო მცირეა, ხოლო სიხისტე უფრო მაღალი, რემოდელირების შედარებით არასასურველი ფორმები, როგორცაა *CH* და *EH*; მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია და გადატანილი ინსულტი მაღალი სიხშირით გამოვლინდა *ND*, *NP* ჯგუფებში *D*-თან შედარებით, რაც თანხვდება *H. Yeho-Shin* და თანაავტ. შედეგებს, სადც აღნიშნულია, რომ არტერიული წნევის არასაკმარისი კლება ღამის საათებში ასოცირდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის უფრო ხშირ და გამოხატულ განვითარებასთან, მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქციასთან, რეზისტენტული სისხლძარღვების სტრუქტურულ ცვლილებებთან და ინსულტის განვითარების მაღალ სიხშირესთან (24% 3%-ის წინააღმდეგ არტერიული წნევის ადეკვატური კლების დროს), ასევე თანხვდება *E.O'Brien*-ის კვლევის მონაცემებს, სადაც ჩანს, რომ როგორც გულ-სისხლძარღვთა, ასევე ცერებრალური დარღვევების სიხშირე მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე პირებში არტერიული წნევის ღამით არასაკმარისი კლებით (სი<10%), ინსულტის სიხშირე *Non-Dipper*-ებში იყო 24%, ხოლო *Dipper*-ებში 3%.

შესწავლილ კონტიგენტში მიღებული შედეგები მოწმობს, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია სისტოლურ-დიასტოლურ ჰიპერტენზიასთან შედარებით მიმდინარეობს არტერიული წნევის ღამით არასაკმარისი კლების სადღეღამისო პროფილის სიჭარბით (*ND*, *NP*), რის ფონზეც აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის სარწმუნოდ მკვეთრი დაქვეითება.

სადღეღამისო საშუალო პულსური წნევის მიხედვით პაციენტები დავყავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი – პაციენტები 60 მმ ვწ. სვ. –ზე ნაკლები პულსური წნევით II ჯგუფი – პაციენტები 60 მმ ვწ. სვ. –ზე მეტი პულსური წნევით.

I (I-28,5% _ 8 ავადმყ.; II-16,3% _ 8 ავადმყ.) და II (I-60,7% _ 17 ავადმყ.; II-34,6% _ 17 ავადმყ.) ხარისხის ჰიპერტენზია 2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში, II ჯგუფთან შედარებით, ხოლო III ხარისხის ჰიპერტენზია 4,5-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში, I ჯგუფთან შედარებით (I-10,7% _ 3 ავადმყ.; II-48,9% _ 24 ავადმყ.). *D* 3-ჯერ მეტი სიხშირით (I-3,5%; II-10,2%), ხოლო *NP* 1,6-ჯერ მეტი სიხშირით (I-21,4%; II-34,6%) გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით, *ND* კი 1,5-ჯერ მეტი სიხშირით (I-75%; II-48,9%) გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით. *NG* 1,4-ჯერ მეტი სიხშირით (I-17,8%; II-12,2%), ხოლო *CR* 2,4-ჯერ მეტი სიხშირით (I-14,8%; II-6,1%) გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (I-51,7%; II-79,5%), მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია (I-51%; II-75%), *CH*-ია (I-39,2%; II-48,9%), *EH*-ია (I-28,5%; II-32,6%), პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია (I-38,7%; II-63,2%), წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია (I-28,5%; II-51%) მაღალი სიხშირით გვხვდებოდა მომატებული პულსური წნევის ჯგუფში. *ST* სეგმენტის დეპრესია 3,4-ჯერ (I-10,7%; II-36,7%), ხოლო გადატანილი ინსულტი (I-3,5; II-24,4%) 7-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. (დიაგრამა №7).

როგორც ცხრილი №7-დან ჩანს, საშუალო სადღეღამისო – სისტოლური ($p<0,002$), დიასტოლური ($p<0,01$) და პულსური ($p<0,002$) წნევა, მაქსიმალური სადღეღამისო – სისტოლური ($p<0,002$), დიასტოლური ($p<0,01$) და პულსური ($p<0,002$) წნევა, მინიმალური სადღეღამისო – სისტოლური ($p<0,002$), დიასტოლური ($p<0,01$) და ($p<0,002$) პულსური წნევა; სისტოლური ($p<0,05$) და პულსური წნევის ($p<0,01$) სადღეღამისო ვარიაბელობა; მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასა ($p<0,002$), მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის

ინდექსი ($p < 0,002$) და აორტის ჭიმვადობა ($p < 0,002$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ჯგუფებში.

კორელაციური ანალიზის თანახმად: პულსური წნევა კორელირებდა ასაკთან ($rI = 0,47$ $p < 0,01$), ჰიპერტენზიის ხანგრძლიობასთან ($rI = 0,50$ $p < 0,01$; $rII = 0,83$ $p < 0,01$), პარკუჭთაშუა ძგიდესთან ($rI = 0,52$ $p < 0,01$; $rII = 0,69$ $p < 0,01$), მარცხენა პარკუჭის უკანა კედელთან ($rI = 0,52$ $p < 0,01$; $rII = 0,62$ $p < 0,01$), კედლების ფარდობით სისქესთან ($rI = 0,66$ $p < 0,01$; $rII = 0,87$ $p < 0,01$), აორტის სიხისტესთან ($rI = 0,68$ $p < 0,01$; $rII = 0,73$ $p < 0,01$), სადღეღამისო მაქსიმალურ სისტოლური წნევასთან ($rI = 0,69$ $p < 0,01$; $rII = 0,91$ $p < 0,01$) და სადღეღამისო სისტოლური წნევის ($rI = 0,60$ $p < 0,01$; $rII = 0,62$ $p < 0,01$) ვარიაბელობასთან.

მაღალი პულსური წნევის ჯგუფში იყო ST სეგმენტის დეპრესიის და გადატანილი ინსულტის სიხშირის უპირატესი მატება. პულსური წნევის ზრდასთან ერთად აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის სიხშირის მატება, რაც თანხვედბა *E. B. Ощепкова* და თანავტ. კვლევის მონაცემებს, რომელიც ჩატარდა 70 ჰიპერტონიკზე და სადაც მომატებული პულსური წნევის ფონზე მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია იყო 59%-ში, ხოლო ნორმალური პულსური წნევის დროს – 32%-ში. მაღალი პულსური წნევის ჯგუფში, აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის სარწმუნო მატება, მათი კორელაცია სისტოლურ და პულსურ წნევასთან, რაც ეთანხმება *E. B. Ощепкова* და თანავტ. კვლევის მონაცემებს, სადაც მაღალი პულსური წნევის ჯგუფში აღინიშნებოდა სარწმუნოდ მაღალი მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასა, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსი და ეს უკანასკნელი კორელირებდა პულსური წნევასთან ($r = 0,46$ $p < 0,01$), ასევე თანხვედბოდა *R. Khanar*-ის და თანავტ. მონაცემებს, სადაც მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასა იყო კორელაციურ კავშირში როგორც სისტოლური ($r = 0,36$ $p < 0,01$), ისე პულსურ ($r = 0,46$ $p < 0,01$) წნევასთან. მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების მხრივ *CH*-ის და *EH*-ის სიხშირე ჭარბობდა მაღალი პულსური წნევის ჯგუფში, რაც ნაწილობრივ ეთანხმება *E. B. Ощепкова* და თანავტ. კვლევის მონაცემებს, სადაც მომატებული პულსური წნევის ფონზე მარცხენა პარკუჭის რემოდელირება იყო 88%-ში, ხოლო ნორმალური პულსური წნევის ფონზე – 64%-ში. რაც შეეხება აორტის რემოდელირების ერთ-ერთ მაჩვენებელს, მის სიხისტეს, ის სარწმუნოდ მაღალი იყო მომატებული პულსური წნევის ჯგუფში და აღინიშნებოდა მისი კორელაცია სადღეღამისო მაქსიმალურ, მინიმალურ და საშუალო პულსური წნევასთან. ეს ეთანხმება *G. Mitchell*-ს და თანავტ., რომლებმაც დაადგინეს კავშირი პულსური წნევის დონესა და აორტის სიხისტეს შორის და რომ აორტის სიხისტე არის ძირეული დეტერმინანტი პულსური წნევის მატებისა.

ჩვენი კვლევიდან ჩანს, რომ პულსური წნევა ასოცირდება აორტის რემოდელირებასთან, ის მომატებული მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის და მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის სიხშირის მატების გამომხატველია. მაღალი პულსური წნევა ახდენს “ზეწოლას” მიოკარდიუმზე და აორტაზე, რაც აისახება ST სეგმენტის დეპრესიის, გადატანილი ინსულტის და ექსტრასისტოლური არითმიების გამოვლენის გახშირებაში. აქედან გამომდინარე ჩვენ შეგვიძლია აღვნიშნოთ პულსური წნევის არსებითი როლი იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის კლინიკურ პროგნოზირებაში და მის ფორმირებაში.

სისტოლური წნევის ვარიაბელობის მიხედვით პაციენტები დაყავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი სისტოლური წნევის ნორმალური ვარიაბელობის მქონე პაციენტები და II ჯგუფი მომატებული სისტოლური წნევის ვარიაბელობის მქონე პაციენტები.

I ხარისხის ჰიპერტენზია 2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შეარებით (I-34,6% _ 9 ავადმე.; II-13,7% _ 7 ავადმე.). II ხარისხის ჰიპერტენზია თითქმის თანაბარი სიხშირით გვხვდებოდა ორივე ჯგუფში (I-42,3% _ 11 ავადმე.; II-45% _ 23 ავადმე.), ხოლო III ხარისხის ჰიპერტენზია 2-ჯერ მეტი სიხშირით (I-23% _ 6 ავადმე.; II-41,1% _ 21 ავადმე.) გვხვდებოდა II ჯგუფში, I ჯგუფთან შეარებით. *NP* 1,4-ჯერ მეტი სიხშირით (I-38,5% _ 10 ავადმე.; II-27,5% _ 14 ავადმე.), ხოლო *ND* 1,1-ჯერ მეტი სიხშირით (I-61,5% _ 16 ავადმე.; II-54,9% 28 _ ავადმე.) გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით. *D* (I-11,8% _ 6 ავადმე.) მხოლოდ I ჯგუფში აღინიშნა. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (I-46,1% _ 12 ავადმე.; II-84,3% _ 43 ავადმე.) და მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია (I-88,5% _ 23 ავადმე.; II-45,1% _ 23 ავადმე.) 2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. *NG* 1,6-ჯერ მეტი სიხშირით (I-19,2% _ 5 ავადმე.; II-11,8% _ 6 ავადმე.), ხოლო *CR* 1,4 -ჯერ მეტი სიხშირით (I-11,5% _ 3 ავადმე.; II-7,8% _ 4 ავადმე.) გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით. *CH* 1,2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით (I-38,5% _ 10 ავადმე.; II-49% _ 25 ავადმე.), ხოლო *EH* თანაბარი სიხშირით აღინიშნებოდა ორივე ჯგუფში (I-30,8% _ 8 ავადმე.; II-31,4% _ 16 ავადმე.). პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია (I-57,7% _ 15 ავადმე.; II-68,6% _ 35 ავადმე.), წინაგილოვანი ექსტრასისტოლია (I-38,6% _ 10 ავადმე.; II-45,1% _ 23 ავადმე.) და ST სეგმენტის დეპრესია (I-19,2% _ 5 ავადმე.; II-31,4% _ 16 ავადმე.) შედარებით მაღალი სიხშირით გამოვლინდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. გადატანილი ინსულტი 3-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა (I-7,6% _ 5 ავადმე.; II-21,6% _ 8 ავადმე.) მომატებული ვარიაბელობის ჯგუფში. (დიაგრამა №8).

როგორც ცხრილი №8-დან ჩანს, სადღეღამისო _ საშუალო ($p<0,01$), მაქსიმალური ($p<0,01$) და მინიმალური ($p<0,05$) სისტოლური წნევა, პულსური ($p<0,02$); სისტოლური ($p<0,002$) და საშუალო არტერიული ($p<0,002$) წნევის სადღეღამისო ვარიაბელობა, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასა ($p<0,002$) და მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსი ($p<0,02$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ჯგუფებში.

კორელაციური ანალიზის თანახმად: ვარიაბელობა კორელირებდა ასაკთან ($rI=0,61$ $p<0,01$; $rII=0,50$ $p<0,01$), პარკუჭთაშუა ძგიდესთან ($rII=0,62$ $p<0,01$), მარცხენა პარკუჭის უკანა კედელთან ($rII=0,50$ $p<0,01$), აორტის ჭიმვადობასთან ($rII=0,50$ $p<0,01$), აორტის სიხისტესთან ($rII=0,95$ $p<0,01$), სადღეღამისო მაქსიმალურ სისტოლური წნევასთან ($rI=0,70$ $p<0,01$; $rII=0,68$ $p<0,01$), სადღეღამისო _ მინიმალურ ($rII=0,77$ $p<0,01$) და საშუალო ($rII=0,52$ $p<0,01$) პულსური წნევასთან და უარყოფით კორელაციურ კავშირში იყო სადღეღამისო მინიმალურ დიასტოლურ წნევასთან ($rI=0,66$ $p<0,05$; $rII=0,49$ $p<0,01$).

მომატებული სისტოლური წნევის ვარიაბელობასთან ერთად აღინიშნა ექსტრასისტოლური არითმიის სიხშირის გაზრდა, რემოდელირების არაკეთილსაიმედო ფორმის (*CH*) გახშირება, მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის და მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსის მატება, გადატანილი ინსულტის მაღალი სიხშირე, რაც თანხვედბა *A.B Барсуков* და თანაავტ. მონაცემებს, რომელთა მიხედვით, არტერიული წნევის მაღალი ვარიაბელობის ფონზე მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასა არის სარწმუნოდ მაღალი და ინსულტი გვხვდება მაღალი სიხშირით ნორმალურ ვარიაბელობასთან შედარებით. მომატებული ვარიაბელობის ფონზე აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამოვლენის სიხშირის მატება (მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია 2-ჯერ მაღალი სიხშირით გვხვდებოდა მომატებული ვარიაბელობის ჯგუფში), რაც თანხვედბა *E.Ощепкова* და თანაავტ., *Б.Хапаев* და თანაავტ., *A.Fratolla* და

თანაავტ., *G.Thompson* და თანაავტ., *P.Meredith* და თანაავტ., *L. Prisant* და თანაავტ. მონაცემებს, სადაც აღნიშნულია, რომ არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე პირთა უმრავლესობისთვის დამახასიათებელია მაღალი ვარიაბელობა, რომლის ფონზეც უფრო ხშირად ვითარდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია. მომატებული სისტოლური წნევის ვარიაბელობის კორელაცია პარკუჭშუათა ძგიდესთან და მარცხენა პარკუჭის უკანა კედელთან თანხვდება *B.П. Носов* და თანავტ. კვლევის შედეგს იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირებში, სადაც სისტოლური წნევის მომატებული ვარიაბელობა კორელირებდა პარკუჭთაშუა ძგიდესთან ($r=0,31$ $p<0,01$) და მარცხენა პარკუჭის უკანა კედელთან ($r_{II} =0,31$ $p<0,01$). შეგვიძლია აღვნიშნოთ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს სისტოლური წნევის მომატებული ვარიაბელობის როლი მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების ფორმირებაში.

ამგვარად, ჩვენ შეგვიძლია მივიჩნიოთ, რომ ორგანული დაზიანებები იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს დამოკიდებულია, არამარტო არტერიული წნევის დონეზე, ასევე განისაზღვრება სისტოლური წნევის ვარიაბელობით და მას შეიძლება მივანიჭოთ გარკვეული მნიშვნელობა ჰიპერტენზიის ამ ფორმის კლინიკურ პროგნოზირებაში და მის ფორმირებაში.

მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების გეომეტრიული ტიპის მიხედვით პაციენტები დაყავით 4 ჯგუფად: I ჯგუფი – პაციენტები *NG*-ით, II ჯგუფი – პაციენტები *CH*-ით, III ჯგუფი – პაციენტები *EH*-ით და IV ჯგუფი – პაციენტები *CR*-ით.

I ხარისხის ჰიპერტენზია *NG*-ის ჯგუფში 12,5–ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა *CH*-ის ჯგუფთან შედარებით (I-36,4% – 4 ავადმე.; II-2,9% – 1 ავადმე.), ხოლო *EH*-ის ჯგუფში ყველაზე მაღალი სიხშირით გვხვდებოდა (III-45,8% – 11 ავადმე.), *CR*-ის ჯგუფში კი საერთოდ არ აღინიშნებოდა. II ხარისხის ჰიპერტენზია *NG*-ის ჯგუფში 1,19–ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა *CH*-ის ჯგუფთან შედარებით (I-54,5% – 6 ავადმე.; II-45,7% – 16 ავადმე.), ხოლო *CR* -ის ჯგუფში ყველაზე მაღალი სიხშირით (IV-100% – 7 ავადმე.), *EH*-ის ჯგუფში კი ყველაზე დაბალი სიხშირით (III-20,8% – 5 ავადმე.) გვხვდებოდა. III ხარისხის ჰიპერტენზია *EH*-ის ჯგუფში 3,6–ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა *NG*-ის ჯგუფთან შედარებით (I-9,1% – 1 ავადმე.; III-33,3% – 8 ავადმე.), ხოლო *CH*-ის ჯგუფში ყველაზე მაღალი სიხშირით გვხვდებოდა (51,4% – 18 ავადმე.), *CR*-ის ჯგუფში კი საერთოდ არ აღინიშნებოდა. გადატანილი ინსულტი *EH* –ის ჯგუფში 1,16–ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა *CR* –ის ჯგუფთან შედარებით (III-16,7% – 3 ავადმე.; IV-14,3% – 1 ავადმე.), ხოლო *CH*-ის ჯგუფში გვხვდებოდა ყველაზე მაღალ პროცენტში (II-22,9% – 8 ავადმე.), *NG*-ის ჯგუფში კი საერთოდ არ გვხვდებოდა. ST სეგმენტის დეპრესია *CH*-ის, *EH* –ის და *CR* ჯგუფებში (II-31,4% – 11 ავადმე.; III-29,2% – 7 ავადმე.; IV-28,5% – 2 ავადმე.) თითქმის თანაბარი სიხშირით აღინიშნებოდა, ხოლო *NG*-ის ჯგუფში ამ ჯგუფებთან შედარებით დაბალი სიხშირით გვხვდებოდა (I-9,1% – 1 ავადმე.). (დიაგრამა 19).

როგორც ცხრილი №9-დან ჩანს, სადღეღამისო _საშუალო ($p<0,02$) და მაქსიმალური ($p<0,002$) სისტოლური წნევა; სადღეღამისო _საშუალო ($p<0,002$) და მაქსიმალური ($p<0,002$) პულსური წნევა, სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *NG* და *CH* პაციენტთა ჯგუფებში. სადღეღამისო _საშუალო ($p<0,01$), მაქსიმალური ($p<0,002$) და მინიმალური ($p<0,02$) სისტოლური წნევა; სადღეღამისო _საშუალო ($p<0,002$) და მაქსიმალური ($p<0,02$) პულსური წნევა სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *CH* და *EH* პაციენტთა ჯგუფებში. საშუალო სადღეღამისო _სისტოლური ($p<0,002$) და პულსური ($p<0,002$) წნევა, მაქსიმალური სადღეღამისო _სისტოლური და ($p<0,002$), პულსური ($p<0,002$) წნევა სარწმუნოდ

განსხვავდებოდა *CH* და *CR* პაციენტთა ჯგუფებში. აორტის ჭიმვადობა სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *NG* და *CH* ($p<0,01$), *NG* და *EH* ($p<0,01$), *CH* და *CR* ($p<0,02$) პაციენტთა ჯგუფებში. აორტის სიხისტე სარწმუნოდ განსხვავდებოდა *NG* და *CR* ($p<0,02$), *CH* და *CR* ($p<0,002$) პაციენტთა ჯგუფებში.

როგორც ჩანს, მარცხენა პარკუჭის გეომეტრიის ცვლილება ახდენს ინსულტების სიხშირის მატებას, განსაკუთრებით *CH*-ის და *EH*-ია, რაც თანხვედბა *Marko R. Di Tullio* და თანავტ. კვლევის შედეგებს, რომლის მიხედვითაც ინსულტის რისკი *CH*-ის შემთხვევაში არის 3,5, *EH*-ის შემთხვევაში – 2,4, ხოლო *CR*-ის შემთხვევაში – 1,7. ასევე *Г. Семке*-ს კვლევის შედეგში რომელიც ჩატარდა 156 ჰიპერტენზიულ პირებში *CH*-ით, *EH*-ით და *NG*-ით ლაკუნარული ინფარქტი ნანახი იქნა 31%, 19%, და 6% შემთხვევაში შესაბამისად. ამდენად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ *CH* და *EH* წარმოადგენს ინსულტის განვითარების მარკერს იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირებში.

მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის არსებობის მიხედვით პაციენტები დაყავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი – პაციენტები მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გარეშე და II პაციენტები მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით.

გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის გადანაწილებაში: I ხარისხის ჰიპერტენზია 11,6-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით (I-61,9% – 13 ავადმყ.; II-5,3% – 3 ავადმყ.). II ხარისხის ჰიპერტენზია (I-33,3% – 7 ავადმყოფი; II-46,4% – 26 ავადმყ.) 1,3-ჯერ მეტი სიხშირით, ხოლო III ხარისხის ჰიპერტენზია (I-4,7% – 1 ავადმყ.; II-48,2% – 27 ავადმყ.) 10,2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. *D* 13,5-ჯერ მეტი სიხშირით (I-23% – 5 ავადმყ.; II-1,7% – 1 ავადმყ.), გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით. *ND* 2-ჯერ მეტი სიხშირით (I-33,3% – 7 ავადმყ.; II-66% – 37 ავადმყ.), ხოლო *NP* 1,12-ჯერ მეტი სიხშირით (I-28,6% – 68 ავადმყ.; II-32,1% – 18 ავადმყ.) გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. *NG* 11,9-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა I ჯგუფში II ჯგუფთან შედარებით (I-42,9% – 9 ავადმყ.; II-3,6% – 2 ავადმყ.). *CH* აღინიშნა მხოლოდ II ჯგუფში (II-64,3% – 35 ავადმყ.), ხოლო *CR* აღინიშნებოდა მხოლოდ I ჯგუფში (I-33,3% – 7 ავადმყ.). *EH* 1,4-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით (I-23,8% – 5 ავადმყ.; II-33,9% – 19 ავადმყ.). პარკუჭოვანი (I-61,9% – 13 ავადმყ.; II-84% – 37 ავადმყ.) და წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია (I-38,1% – 8 ავადმყ.; II-54,5% – 25 ავადმყ.) 1,5-ჯერ მეტი სიხშირით აღინიშნებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. *ST* სეგმენტის დეპრესია (I-14,3% – 3 ავადმყ.; II-32,2% – 18 ავადმყ.) და გადატანილი ინსულტი (I-9,5 – 2 ავადმყ.; II-19,6% – 11 ავადმყ.), 2-ჯერ მეტი სიხშირით გვხვდებოდა II ჯგუფში I ჯგუფთან შედარებით. (დიაგრამა №10).

როგორც ცხრილი №10-დან ჩანს, საშუალო სადღეღამისო – სისტოლური ($p<0,002$) და პულსური წნევა ($p<0,05$), მაქსიმალური სადღეღამისო – სისტოლური ($p<0,002$) და პულსური წნევა ($p<0,02$), მინიმალური სადღეღამისო – სისტოლური ($p<0,002$) და პულსური წნევა ($p<0,05$), აორტის ჭიმვადობა ($p<0,01$), აორტის სიხისტე ($p<0,01$) სარწმუნოდ განსხვავდებოდა I და II ჯგუფებში.

კორელაციური ანალიზის თანახმად: მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასა კორელირებდა სხეულის მასის ინდექსთან ($r=0,60$ $p<0,01$; $rI=0,97$ $p<0,01$), ჰიპერტენზიის ხანგრძლიობასთან ($rI=0,79$ $p<0,01$), აორტის ჭიმვადობასთან ($r=0,57$ $p<0,01$; $rI=0,97$ $p<0,01$). მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსი კორელირებდა სხეულის მასის

ინდექსთან ($\bar{x}=0,89$ $p<0,01$; $\bar{x}I=0,90$ $p<0,01$), ჰიპერტენზიის ხანგრძლივობასთან ($\bar{x}=0,71$ $p<0,01$; $\bar{x}I=0,71$ $p<0,01$) და აორტის ჭიმვადობასთან ($\bar{x}I=0,57$ $p<0,01$).

ამგვარად, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფიის ზრდასთან ერთად, აღინიშნება თავის ტვინის ინსულტის სიხშირის მატება, რაც თანხვედბა *G. Selvella* და თანავტ. კვლევის შედეგებს, სადაც მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფია სარწმუნოდ მეტი სიხშირით გამოვლინდა პირებში ასიმპტომური ტვინის დაზიანებით, ვიდრე მის გარეშე (48% და 83% $p<0,001$ შესაბამისად). შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს დაგვეხმარება ინსულტის განვითარების მაღალი რისკის პირების გამოვლენაში. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფიასთან ერთად აღინიშნა რემოდელირების არაკეთილსაიმედო ფორმების გამოვლენა, რაც გამოიხატა *CH* და *EH* გახშირებით (როგორც ავლნიშნეთ ინსულტის განვითარების რისკ-ფაქტორები), ხოლო ნორმალური გეომეტრიის იშვიათი გამოვლენით. ასევე, ღრმავდება აორტის რემოდელირების მახასიათებლების ჭიმვადობის დაქვეითება და სიხისტის მატება, ექსტრასისტოლური არითმიის სიხშირის ზრდა, ღამის ჰიპერტენზიის (ND, NP) რაოდენობის პროცენტული მატება, რაც თანხვედბა *Кисляк О.А.*, და თანაავტორების მონაცემებს, სადაც აღნიშნულია, რომ ღამის ჰიპერტენზია შეიძლება იყოს მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფიის განვითარების რისკ-ფაქტორი.

ცხოვრების ხარისხის მიხედვით პაციენტები დაყვავით 2 ჯგუფად: I ჯგუფი – მდებრობითი სქესის პაციენტები, II ჯგუფი – მამრობითი სქესის პაციენტები.

კვლევის შედეგად არ გამოვლინდა, რაიმე სარწმუნო კორელაციური დამოკიდებულება ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლებს ჰიპერტენზიის ხარისხს, სისტოლური წნევის და არტერიული ჰიპერტენზიის ხანგრძლივობას შორის.

გამოვლინდა სარწმუნო კორელაციური კავშირი ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლებსა და გადატანილი ინსულტის რაოდენობას შორის ($p<0,01$). ჩვენი მონაცემები ნაწილობრივ თანხვედბა *SHEP*-ის მონაცემებს, სადაც დადგინდა კორელაციური დამოკიდებულება დეპრესიულობის დონესა და ინსულტის განვითარების სიხშირეს შორის 60 წელზე ასაკოვან პირებში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით.

როგორც ცხრილი №11 ჩანს, კითხვარის მიხედვით ამ ქალების უმრავლესობამ მიიღო დამაკმაყოფილებელი და არადამაკმაყოფილებელი მაჩვენებლები, ხოლო მამაკაცები ძირითადად კარგ და დამაკმაყოფილებელ ჯგუფებში მოხვდნენ. უკიდურესად არადამაკმაყოფილებელი – ცხოვრების ხარისხის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი მხოლოდ ქალებმა მიიღეს.

გამოვლინდა სარწმუნო კორელაციური კავშირი ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლებს და სქესს შორის. ჩვენი მონაცემები თანხვედბა *SHEP*-ის მონაცემებს, სადაც აღნიშნულია, რომ მამაკაცებს აქვთ უფრო მაღალი შემეცნებითი ფუნქცია და დეპრესიულობის უფრო დაბალი დონე ვიდრე ქალებს იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს. მიღებული შედეგები, ასევე, თანხვედბა *SHEP*-ის და *Syst-Euro*-ს მონაცემებს, სადაც აღნიშნულია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანშიშესულ პირებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების და სიკვდილიანობის მაღალი რისკის შესახებ ცხოვრების ხარისხის განსაკუთრებით დაბალი დეპრესიულობის მაჩვენებლის შემთხვევაში და ამ მაჩვენებლის განსაკუთრებით დიდი დამოკიდებულება აღინიშნება ქალებში.

პაციენტები დაჯგუფდა ცხოვრების ხარისხის კატეგორიის მიხედვით. სომატური მდგომარეობის მაღალი შეფასების მაჩვენებელი შესწავლილ კონტიგენტში, აღინიშნებოდა

გამოკითხულთა 5,26% (4 ავადმყ.), კარგი _ 11,84% (9 ავადმყ.), დამაკმაყოფილებელი _ 39,47% (30 ავადმყ.), არადამაკმაყოფილებელი _ 43,42% (33 ავადმყ.), უკიდურესად არადამაკმაყოფილებელი ამ ჯგუფში არ მიუღიათ; ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მაღალი შეფასების მაჩვენებელი 60-89 ასკობრივ ჯგუფში, აღენიშნებოდა გამოკითხულთა 3,94% (3 ავადმყ.), კარგი _ 19,73% (15 ავადმყ.), დამაკმაყოფილებელი _ 38,15% (29 ავადმყ.), არადამაკმაყოფილებელი _ 36,84% (28 ავადმყ.), უკიდურესად არადამაკმაყოფილებელი _ 2,63% (2 ავადმყ.); სოციალური ფუნქციის მაღალი შეფასების მაჩვენებელი 60-89 ასკობრივ ჯგუფში არ მიუღიათ, კარგი _ 7,89% (6 ავადმყ.), დამაკმაყოფილებელი _ 27,63% (21 ავადმყ.), არადამაკმაყოფილებელი _ 43,42% (33 ავადმყ.), უკიდურესად არადამაკმაყოფილებელი _ 7,89% (6 ავადმყ.). (დიაგრამა№11).

მონაცემთა დაჯგუფებამ ცხოვრების ხარისხის კატეგორიის მიხედვით დაგვანახა, რომ სომატური, ფსიქოლოგიური, სოციალური კომპონენტის მაჩვენებელი ამ ასაკობრივ ჯგუფში არადამაკმაყოფილებელია.

ჩვენმა კვლევამ დაგვანახა, რომ ხანშიშესულებში და მოხუცებულებში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულთა სომატური, ფსიქოლოგიური, სოციალური მდგომარეობა არის დაბალი. სქესის მიხედვით _ ცხოვრების ხარისხი მამაკაცებში უფრო მაღალი აღმოჩნდა, ვიდრე ქალებში, რაც მოწმობს ცხოვრების ხარისხის დონის დამოკიდებულებას სქესთან. ეს მიანიშნებს ამ ასაკობრივ ჯგუფებში დაავადების შედარებით რთულ მიმდინარეობაზე, ფსიქოლოგიური ადაპტაციის დარღვევაზე ხანდაზმულ და მოხუცებულ ავადმყოფებში.

დასკვნები

1. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია სისტოლურ-დიასტოლურ ჰიპერტენზიასთან შედარებით მიმდინარეობს ღამის ჰიპერტენზიის (*Night-Perker* ტიპი) სადელტამისო პროფილის სიჭარბით, რაც გამოიხატება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში მაღალი პულსური წნევით, სისტოლური წნევის მაღალი ვარიაბელობით, აორტის ჰიმვადობის შემცირებით, ხოლო სიხისტის მატებით.

2. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში არტერიული წნევის არასაკმარისი კლება ღამის საათებში (*Non-Dipper*) და ღამის ჰიპერტენზიის (*Night-Perker*) გამოვლენის მაღალი სიხშირე, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხის მატება უარყოფით ზეგავლენას ახდენს გულის სტრუქტურულ-ფუნქციურ მდგომარეობაზე, რაც აისახება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების არასასურველი ფორმების (*CH, EH*), ექსტრასისტოლური არითმიების პროცენტული წილის ზრდაში. ყოველივე ეს დამოკიდებულია არამარტო სისტოლური წნევის დონეზე და არტერიული წნევის სადელტამისო პროფილზე, აგრეთვე, განისაზღვრება სისტოლური წნევის ვარიაბელობით და პულსური წნევის მატებით.

3. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში მაღალი პულსური წნევა იწვევს აორტის ჰიმვადობის დაქვეითებას, აორტის სიხისტის მატებას, მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების, *ST* სეგმენტის დეპრესიის, ინსულტის, ექსტრასისტოლური არითმიის გამოვლენის სიხშირის მატებას და

ასოცირდება მომატებული მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასასთან და მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსთან.

4. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირებში, ხანდაზმულობიდან მოხუცებულ ასაკში გადასვლასთან დაკავშირებით, მატულობს გულის და აორტის რემოდელირების სიხშირე და სიმძიმე. ეს დაკავშირებულია როგორც, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ხანგრძლივობის და ხარისხის მატებასთან, ისე, სადღეღამისო პროფილის პროგნოზულად არასასურველი ფორმის, ღამის ჰიპერტენზიის (*Night-Peaker*) გამოვლენის სიხშირის ზრდასთან; შესაბამისად, მოხუცებულობის ასაკში მატულობს ექსტრასისტოლური არითმიების და გადატანილი ინსულტის გამოვლენის სიხშირე. ღამის ჰიპერტენზიის (*Night-Peaker*) გარდა, ამ უკანასკნელის განვითარების მექანიზმში მონაწილეობს: მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების არაკეთილსაიმედო ფორმები (*CH, EH*), სისტოლური წნევის მომატებული ვარიაბელობა და პულსური წნევა.

5. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ ავადმყოფებში გამოვლინდა დაბალი სომატური, ფსიქოლოგიური, სოციალური მაჩვენებლები. გამოკვლეული კონტიგენტის სქესის მიხედვით დაჯგუფებამ გამოავლინა, რომ ცხოვრების ხარისხი მამაკაცებში უფრო მაღალია ვიდრე ქალებში, ხოლო იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის კლინიკური მიმდინარეობა მამაკაცებში (მიუხედავად მაღალი ცხოვრების ხარისხისა), ქალებთან შედარებით არის უფრო მძიმე, რაც გამოიხატება მამაკაცებში ღამის ჰიპერტენზიის (*Night-Peaker*) და მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამოვლენის მაღალი სიხშირით, ვიდრე ქალებში.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ ადამიანებში არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების გამოყენების მიზანშეწონილობა აიხსნება არტერიული წნევის არასაკმარისი შემცირებით ღამის საათებში (*ND*) და ღამის ჰიპერტენზიის (*NP*) ხშირი განვითარებით, რომლებიც კავშირშია გულის და აორტის სტრუქტურულ-ფუნქციურ ცვლილებებთან და არის მათი რემოდელირების მნიშვნელოვანი ფაქტორი.

2. არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების მონაცემების ანალიზი დაეხმარება პრაქტიკოს ექიმს მედიკამენტური თერაპიის ადეკვატურად შერჩევასა და ჩატარებაში, ჩატარებული თერაპიის ეფექტურობის განსაზღვრაში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულებების პროგნოზირებასა და მოსალოდნელი გართულებების პროფილაქტიკაში.

3. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ხანდაზმულ და მოხუცებულ პირებში არტერიული წნევის სადღეღამისო მონიტორირების და 24 საათიანი ეკგ მონიტორირების ჰოლტერის მეთოდის ერთდროული გამოყენება ხელს უწყობს მუნჯი იშემიის და ექსტრასისტოლური არითმიის დროულ და სწორ დიაგნოსტიკას.

4. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია საჭიროებს მიზანმიმართული მკურნალობას, რაც ხელს შეუწყობს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და იმ გართულებების თავიდან აცილებას, რომელსაც იწვევს არტერიული ჰიპერტენზიის ეს ფორმა.

ცხრილები და დიაგრამები იხ. 21-28 გვერდზე.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები:

1. დ.ცისკარიშვილი, გ.ლომთათიძე, ქ.ჩაგუნავა, თ.შავდათუაშვილი, ა.გოკიელი. არტერიული წნევის სადღეღამისო პროფილი და ზოგიერთი სამიზნე ორგანოს მდგომარეობა ზომიერი არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე პირებში. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე 2004, ¹¹(17), გვ.24-28.
2. D.Tsiskarishvili, T.Shavdatuashvili, K.Chagunava A.Gokieli. G.Lomtadze State of Heart, Carotid Arteries and Endothelial Function in Subjects with Moderate Hypertension and Different Types of Twenty Four Hour Blood Pressure Profile. Materials of 27th World Congress of Internal Medicine. Granada 2004. September 26th – October 1st. Abstract Issue: 469.
3. А. Гокиели, Д. Цискаришвили. Изучение качества жизни у больных с изолированной систолической артериальной гипертонией. Georgian Medical News, 2005, № 3, с.47-51.
4. დ.ცისკარიშვილი, გ.ლომთათიძე, თ.შავდათუაშვილი, ქ.ჩაგუნავა ა.გოკიელი. არტერიული წნევის *Non-Dipper* პროფილი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჰიპერტენზიული რემოდელირება I-II ხარისხის არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე მამაკაცებში. საერთაშორისო კონფერენციის “იშვიათი შემთხვევებიდან გლობალურ საკითხებამდე” მასალები. თბილისი, 10-11 ოქტომბერი, 2005. თეზისების კრებული გვ.133-134.
5. ა. გოკიელი. პულსური წნევის გავლენა გულის და აორტის სტრუქტურულ-ფუნქციურ მდგომარეობაზე იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით დაავადებულ ავადმყოფებში. კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა 2006, ¹², გვ.27-29

cxrili №1 arteriuli wnevis monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevis Sedegebi ZiriTadi da sakontrolo jgufis pacientebSi

Таблица № 1 Мониторинг артериального давления и эхокардиографические исследования у пациентов основных и контрольной групп.

| | | Основная гр ძირითადი ჯგუფი | Контрольная гр საკონტროლო ჯგუფი | P< |
|---|--|-------------------------------|------------------------------------|-------|
| | | I гр (n-77) | II гр (n-19) | |
| maqsimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 180,4±4,2 | 170±2,4 | 0,01 |
| | diast. wnev. mm vwy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 89,7±0,8 | 105,4±1,5 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 93,5±2,1 | 70±3,9 | 0,002 |
| | saS. art. wnev. mmvwy.sv. Ср.арт.Давл., мм рт.ст. | 121,2±2,5 | 128,5±1,6 | 0,02 |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 143,7±3,1 | 122±2,1 | 0,01 |
| | diast. wnev. mm vwy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 69,1±0,9 | 83,9±1,6 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 69,9±2,0 | 57,2±2,1 | 0,01 |
| | saS. art. wnev. mmvwy.sv. Ср.арт.Давл., мм рт.ст. | 92,5±1,1 | 104,4±2,3 | 0,002 |

| | | | | |
|--|--|-----------|------------|-------|
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 118,1±2,7 | 110,4±1,6 | 0,02 |
| | diast. wnev. mm vwy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 52,5±0,9 | 62,6±2,7 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 49,1±1,6 | 33,3±2,1 | 0,002 |
| | saS. art. wnev. mmvwy.sv. Ср.арт.Давл., мм рт.ст. | 74,3±1 | 81,7±2,8 | 0,002 |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 17±0,4 | 15,3±0,5 | 0,05 |
| | diast. wnev. mm vwy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 10,2±0,3 | 11,6±0,5 | |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 15,9±2,2 | 10,9±0,5 | 0,02 |
| | saS. art. wnev. mmvwy.sv. Ср.арт.Давл., мм рт.ст. | 11,7±0,4 | 12,8±0,4 | |
| sadReRamiso drois indeqsi Суточный временный индекс | sist. wnev. % Сист.Давл., % | 57±3,1 | 39,3±5,5 | 0,002 |
| | diast. wnev. % Диаст.Давл., % | 8,3±1,4 | 32,8±6,3 | 0,002 |
| | saS. art. wnev. % Ср.арт.Давл., % | 25,8±2,8 | 46,7±6,5 | 0,002 |
| sist. wnevis. dilis mateba Утр. под. сист. давл. | | 19,8±1,1 | 31,3±3,5 | 0,01 |
| sist. wnevis dilis matebis siCqare Скоро. утр. под. сист. давл | | 10,3±1,2 | 16,7±1 | 0,002 |
| marxena parkuWi, sm Лев. Желуд., см | | 4,6±0,06 | 4,7±0,05 | |
| marjvena parkuWi, sm Прав. Желуд., см | | 3,5±0,04 | 3,1±0,04 | 0,002 |
| marxena winaguli, sm Лев. Предсер., см | | 3,6±0,04 | 3,4±0,09 | 0,01 |
| marjvena winaguli, sm Прав. Предсер., см | | 4,5±0,5 | 3,3±0,1 | 0,002 |
| parkuWТаSua Zgidis sisqe, sm Талш. межжелуд. перегар. см | | 1,2±0,01 | 1±0,03 | |
| marxena parkuWis ukana kedelis sisqe, sm Талш.задная. стенк. левого желудоч. см | | 1,2±0,01 | 1,1±0,02 | |
| gandevnis fraqcia, % Фракция выброса, % | | 56,5±7,0 | 58,2±0,5 | |
| marxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 245,7±6,2 | 230,5±10,1 | 0,002 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 142,2±3,2 | 135,2±4,8 | 0,002 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 3,3±0,1 | 4,5±0,2 | 0,002 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 5,2±0,2 | 4,6±0,2 | 0,01 |

cxrili №2 arteriuli wnevis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevvbis Sedegebi xandazmul da moxucebul jgufebSi

Таблица №2 Итоги исследования артериального давления, мониторинга электрокардиограммы и эхокардиографии у пациентов пожилого и старческого возраста.

| | | asaki Возрасть | | p< |
|---|--|-----------------------|-------------|-------|
| | | I гр.(n-54) | II гр(n-23) | |
| maq̄simaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 172,8±3,1 | 189,8±3,3 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 90±3 | 94±1,8 | 0,02 |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 132,6±2 | 141,8±2,8 | 0,01 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 69,6±2,8 | 70,6±1,5 | |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 107,5±2,1 | 111,7±2,1 | 0,05 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 48,3±2,2 | 51,1±1,7 | |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 16,1±0,4 | 18,5±1 | 0,05 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 12,7±0,4 | 23,5±7,1 | 0,002 |
| marcxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 208,1±8,3 | 251,7±7,4 | 0,002 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 128,9±4,1 | 147,8±4 | 0,002 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 3,4±0,1 | 3,0±0,3 | 0,01 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 4±0,3 | 5,3±0,2 | 0,01 |

cxrili №3 arteriuli wnevis monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevevbis Sedegebi xandazmul da moxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenziis dros sqesis mixedviT

Таблица №3 Итоги исследования артериального давления, мониторинга электрокардиограммы и эхокардиографии у больных пожилого и старческого возраста с изолированной систолической гипертензии в зависимости от половых признаков.

| | | sqesi Поль | | p< |
|---|--|-------------------|-------------|-------|
| | | I гр.(n-44) | II гр(n-33) | |
| maq̄simaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 172,5±2,8 | 172,3±1,9 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 92,3±2,3 | 89,2±1,7 | |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 138,7±2,3 | 133,4±1,7 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 69,8±2,2 | 63,8±1,4 | 0,02 |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 110,5±1,9 | 105,7±2 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 49,1±1,8 | 44,6±1,3 | 0,05 |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 16,6±0,6 | 16,8±0,5 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 13,4±1,8 | 20,9±5 | 0,002 |
| marcxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 228,2±6 | 258,7±9,4 | 0,01 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 138±3,4 | 146,9±5,1 | 0,02 |

cxrili №4 arteriuli wnevis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevebis Sedegebi xandazmul da moxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenziis xangrZlivobis mixeviT

Таблица №4 Итоги исследования артериального давления, ЭКГ мониторинга и эхокардиографии у больных пожилого

старческого возраста в соответствии с продолжительностью изолированной систолической гипертензией.

| | | xangZlivoba Продолжительность | | p< |
|---|---|-------------------------------|---------------|-------|
| | | I гр. (n-38) | II гр. (n-39) | |
| maqsimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 170,6±2,9 | 189,5±3,9 | 0,01 |
| | diast. wnev. mm vvy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 86,2±1,2 | 85,2±1 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 86,1±1,6 | 100,7±3,6 | 0,002 |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 133,5±1,8 | 144,5±3 | 0,002 |
| | diast. wnev. mm vvy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 69,1±1,5 | 69±1,1 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 64,3±1,4 | 75,3±3,6 | 0,01 |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 106,6±2 | 114,1±2,4 | 0,02 |
| | diast. wnev. mm vvy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 52,6±1,5 | 52,4±1 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 43,6±1 | 54,4±2,8 | 0,002 |
| marxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 202±5,7 | 274,4±7,3 | 0,002 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 123,6±3,2 | 160,3±3,7 | 0,002 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 3,0±0,2 | 3,31±0,2 | 0,01 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 4,5±0,2 | 5,9±0,3 | 0,002 |

cxrili №5 arteriuli wnevisis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlebebis Sedegebi xandazmul da toxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenziis xarixsis mixedviT

Таблица №5 Итоги исследования артериального давления, ЭКГ мониторинга и эхокардиографии у больных пожилого и старческого возраста по степени изолированной систолической гипертензии

| | | Nhipretenziis xarixsi Степен гипертензий | | | p< |
|---|---|---|---------------|----------------|---------------------------------------|
| | | I гр. (n-16) | II гр. (n-34) | III гр. (n-27) | |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 13,8±0,7 | 16,2±0,5 | 19,5±0,8 | I-II-0,02; I-III-0,002; II-III-0,002 |
| | diast. wnev. mm vvy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 8,7±0,6 | 10,6±0,2 | 10,5±0,9 | I-II-0,01 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 20,7±4,8 | 10,4±0,4 | 13,2±0,5 | I-II-0,05; I-III-0,002 |
| | saS. art. wnev mmvvy.sv. Ср.арт.Давл., мм рт.ст. | 9,4±0,6 | 12±0,4 | 12,8±0,9 | I-II-0,002; I-III-0,01 |
| Суточный временный индекс | sist. wnev. % Сист.Давл., % | 47,1±6,7 | 51,4±4,1 | 72,7±5,3 | I-III-0,01; II-III-0,002 |
| | diast. wnev. % Диаст.Давл., % | 10±4,4 | 5,6±1,6 | 11,3±2,4 | II-III-0,05 |
| | saS. art. wnev. % Ср.арт.Давл., % | 23,5±6,3 | 16,5±2,7 | 41,8±5,6 | I-III-0,05; II-III-0,002 |
| sist. wnevis. dilis mateba Утр. под. сист. давл. | | 23,1±3,6 | 40,3±2,7 | 59,8±3,8 | I-II-0,002; I-III-0,002; II-III-0,002 |
| sist. wnevis dilis matebis siCqare Скоро. утр. под. сист. давл | | 21,5±5,7 | 15,5±1 | 24±2,1 | II-III-0,002 |
| marxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 127,9±14,5 | 224,5±0,01 | 253,4±9,6 | I-II-0,02; I-III-0,002; II-III-0,02; |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 119,1±7,7 | 133,7±4,7 | 152,3±4,8 | I-III-0,002; II-III-0,01 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 4,3±0,4 | 3,8±0,2 | 2,1±0,3 | I-II-0,02 I-III-0,002; II-III-0,002 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 4,1±0,4 | 4,3±0,2 | 7±0,3 | I-III-0,002; II-III-0,002 |

cxrili №6 arteriuli wnevis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevevbis Sedegebi xandazmul da moxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenzis dros arteriuli wnevis sadReRamiso profilis mixedviT.

Таблица №6 Итоги исследования артериального давления, ЭКГ мониторинга и эхокардиографии у больных пожилого и старческого возраста с изолированной систолической гипертензии, по суточному профилю артериального давления.

| | | sadReRamiso profili Суточный профиль | | | p< |
|---|--|---|---------------|----------------|-------------------------|
| | | I гр .(n-6) | II гр .(n-44) | III гр .(n-24) | |
| maqsimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 173,5±2,7 | 173,4±3,5 | 178±4,2 | I-II-0,05 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 85,6±3,5 | 96,5±3,4 | 90±2,9 | |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 129,5±2,2 | 143,6±3,1 | 136±2,5 | I-II-0,002 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 68,4±4,5 | 71,2±3,3 | 86,6±2,2 | I-III-0,01 |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 107,5±1,5 | 113,9±2,1 | 107,8±2,8 | I-II-0,02 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 51±3,7 | 54,7±1 | 50,9±1,4 | II-III-0,05 |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 17,5±0,4 | 15,9±0,5 | 17,5±0,9 | I-II-0,02 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 60,4±22,3 | 12,7±0,5 | 11,1±0,3 | I-II-0,05; II-III-0,01 |
| sist. wnevis. dilis mateba Утр. под. сист. давл. | | 35,5±4,8 | 47,5±3,8 | 41±3 | I-II-0,002 |
| sist. wnevis dilis matebis siCqare Скоро. утр. под. сист. давл | | 12,2±3,5 | 16,9±1,1 | 28,2±3,7 | I-III-0,05; II-III-0,01 |
| marxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 224±29,5 | 248±8,1 | 230±10,3 | I-II-0,002 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 128,7±15,4 | 148,5±4,1 | 138,5±5,1 | I-II-0,002 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 4,5±0,8 | 3,4±0,1 | 2,9±0,3 | I-III-0,002 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 4,0±0,5 | 5,4±0,3 | 5,1±0,3 | I-II-0,05 |

cxrili №7 arteriuli wnevis monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevevbis Sedegebi xandazmul da moxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenziis sadReRamiso saSualo pulsuri wnevis mixedviT

Таблица №7 Итоги исследования артериального давления и эхокардиографии у больных изолированной гипертензией,

пожилого и старческого возраста на основе среднего суточного пульсового давления.

| | | P pulsuri wneva Пульсовое давление | | p< |
|---|---|------------------------------------|--------------|-------|
| | | I гр (n-28) | II гр (n-49) | |
| maqsimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 162,7±2,6 | 181,4±3,5 | 0,002 |
| | diast. wnev. mm vwy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 87,1±0,8 | 84,9±0,9 | 0,01 |
| | puls. wnev. mm vwy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 82,7±1 | 99,7±3,4 | 0,002 |
| | sist. wnev. mm vwy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 129,8±1,2 | 144,3±3,1 | 0,002 |
| | diast. wnev. mm vwy.sv. Диаст.Давл., мм рт.ст. | 72,9±1,1 | 66,9±1,1 | 0,01 |

| | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-------|
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 56,7±0,9 | 77,4±3,3 | 0,002 |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист. Давл., мм рт.ст. | 103,7±1,3 | 114,2±2,1 | 0,002 |
| | diast. wnev. mm vvy.sv. Диаст. Давл., мм рт.ст. | 56±1 | 50,5±1 | 0,01 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 38,9±0,6 | 55±2,6 | 0,002 |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист. Давл., мм рт.ст. | 14,6±0,6 | 18,1±0,5 | 0,05 |
| | diast. wnev. mm vvy.sv. Диаст. Давл., мм рт.ст. | 9,3±0,5 | 10,7±0,2 | |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 12,1±3,9 | 18,1±0,5 | 0,01 |
| marcxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 224,5±9 | 248,7±8,1 | 0,002 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 132,7±4,5 | 148,5±4,1 | 0,002 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 3,2±0,2 | 3,5±0,1 | |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 3,8±0,1 | 6,2±0,3 | 0,002 |

cxrili №8 arteriuli wnevis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvelevbis Sedegebi xandazmul da toxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenziis dros sistoluri wnevis variabelobis mixedviT

Таблица №8 Итоги исследования артериального давления, ЭКГ мониторинга и эхокардиографии по вариабельности систолического давления у больных пожилого и старческого возраста.

| | | ვარიანობა Variability | | p< |
|---|---|-----------------------|---------------|-------|
| | | I гр. (n-26) | II гр. (n-51) | |
| maqsimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист. Давл., мм рт.ст. | 166,7±2,8 | 178,6±3,2 | 0,01 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 90,7±2,2 | 95±3,1 | |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист. Давл., мм рт.ст. | 135,9±2,1 | 140,7±2,9 | 0,01 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 66,8±2,1 | 71,5±2,9 | |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист. Давл., мм рт.ст. | 120,8±2,1 | 110,2±2,2 | 0,05 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 59,5±2,2 | 48,9±2,2 | 0,02 |
| sadReRamiso variabeloba Суточная вариабельность | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист. Давл., мм рт.ст. | 13,5±0,2 | 18,5±0,5 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс. Давл., мм рт.ст. | 10,3±0,4 | 18,8±3,2 | 0,02 |
| marcxena parkuWis miokard. masa, gr Масса миокар. лев. Желуд., гр | | 220,5±8,2 | 247,9±8,1 | 0,002 |
| marc. parkuW. miokard. masis indeq., gr/m Инд. масс. миокар. лев. Желуд., гр | | 131,1±3,7 | 147,3±4,3 | 0,02 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 3,4±0,2 | 3,3±0,2 | |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 5,3±0,3 | 5,1±0,3 | |

cxrili №9 arteriuli wnevis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvelevbis Sedegebi izolirebuli sistoluri hipertenziit xandazmul da toxucebul avadmyofebSi marcxena parkuWis remodelirebis mixedviT

Таблица №9 Итоги исследования артериального давления, ЭКГ мониторинга и эхокардиографии по данным ремоделирования левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с изолированной систолической гипертонией.

marcxena parkuWis remodelireba
Ремоделирование левого желудочка

p<

| | | I .NG (n-11) | II .CH (n-35) | III EH (n-24) | IV CR (n-7) | |
|---|--|-----------------|------------------|------------------|----------------|---------------------------------------|
| maqşimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 164,6±4,5 | 184,1±4,1 | 166,5±3,3 | 170,4±1,6 | I-II-0,002; II-III-0,002; II-IV-0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 84,5±3 | 101,2±4 | 90±2,4 | 81,4±0,6 | I-II-0,002; II-III-0,02; II-IV-0,002 |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 133,1±4,2 | 146,4±3,6 | 134,3±2,8 | 128,2±1,8 | I-II-0,02; II-III-0,01; II-IV-0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 63,7±2,5 | 78±3,7 | 63,4±2,2 | 61,4±2,3 | I-II-0,002; II-III-0,002; II-IV-0,002 |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 107,4±4,4 | 115,2±2,2 | 106,1±3,4 | 106,2±1,5 | II-III-0,02 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 46±2,4 | 54,6±3 | 44,2±2,1 | 43,2±1 | I-II-0,05; II-III-0,01 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 4,3±0,4 | 3±0,2 | 3±0,2 | 4,6±0,6 | I-II-0,01; I-III-0,01; II-IV-0,02 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 4,6±0,4 | 5,6±0,3 | 5,3±0,4 | 3,5±0,08 | I-IV-0,02; II-IV-0,002 |

cxrili №10 arteriuli wnevis, ekg monitorirebis da eqokardiografiuli gamokvlevevbis Sedegebi xandazmul da moxucebul avadmyofebSi izolirebuli sistoluri hipertenziis dros marxena parkuWis hipertrofiis arsebobis mixedviT

Таблица №10 Итоги исследования артериального давления, ЭКГ мониторинга и эхокардиографии при наличии гипертрофии левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с изолированной систолической гипертензией.

| | | Mmarxena parkuWis hipertrofia Гипертрофия левого желудочка | | p< |
|---|--|---|-----------|-------|
| | | I (n-21) | II (n-56) | |
| maqşimaluri sadReRamiso Макс.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 170,9±3 | 180±3,1 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 87,2±2,7 | 95,9±2,7 | 0,02 |
| saSualo sadReRamiso Среднесуточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 134,4±3,3 | 150,8±2,5 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 64,9±2,2 | 71,8±2,6 | 0,05 |
| minimaluri sadReRamiso Мин.суточное | sist. wnev. mm vvy.sv. Сист.Давл., мм рт.ст. | 108,2±3,6 | 121,2±1,8 | 0,002 |
| | puls. wnev. mm vvy.sv. Пульс.Давл., мм рт.ст. | 45,1±1,7 | 50,6±2,1 | 0,05 |
| aortis Wimvadoba Растяжимость аорты | | 4±0,3 | 3±0,1 | 0,01 |
| aortis sixiste Жесткость аорты | | 4,8±0,3 | 5,4±0,2 | 0,01 |

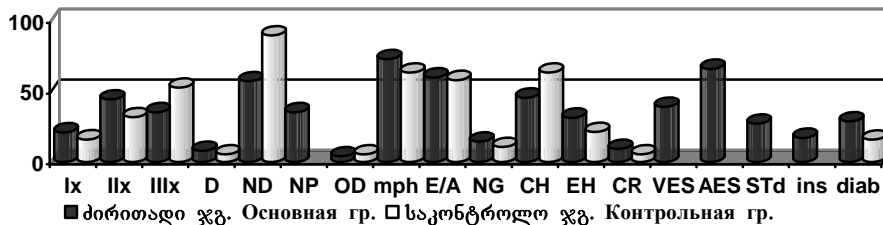
cxrili №11 cxovrebis xarixsis Seswavlis Sedegebi izolirebuli sistoluri hipertenziit Sepyrobil pacientebSi sqesis mixedviT

Таблица №11 Итоги изучения качества жизни у пациентов страдающих изолированной систолической гипертензией по половому признаку.

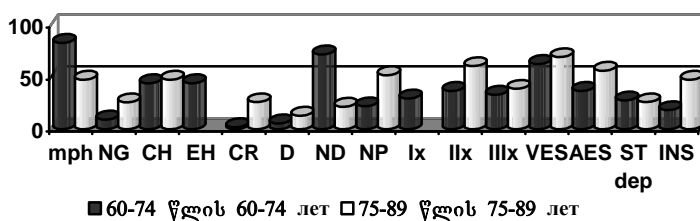
| cxovrebis xarixsis Sefaseba Оценка качество жизни | I | II |
|---|--------------------------|------------------------------|
| | qalebi Женщины (n=44) | matakasebi Мужчины (n=33) |
| maRali Высокий 97-144 (qula; балла) | 2,2% (1) | 6% (2) |
| kargi Хороший 87-96 (qula; балла) | 9% (4) | 33,3% (11) |
| damakmayofilebeli Удовлетворительный 44-86 (qula; балла) | 43% (19) | 39,3% (13) |
| aradamakmayofilebeli Неудовлетворительный 26-43 (qula; балла) | 38,6% (17) | 21,2% (7) |

| | | |
|---|----------|--|
| ukiduresad aradamahtaoyoflebeli Крайне неудовлетворительный 0-25 (qula; балла) | 6,8% (3) | |
|---|----------|--|

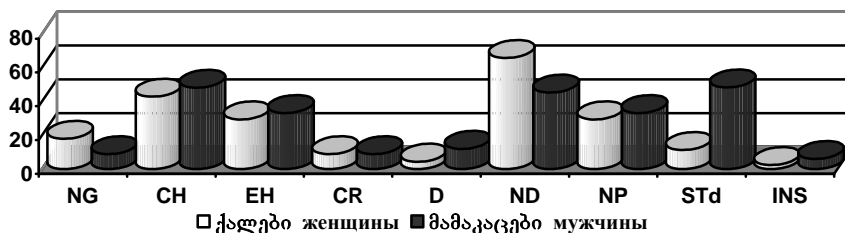
დიაგრამა №1 Диаграма №1



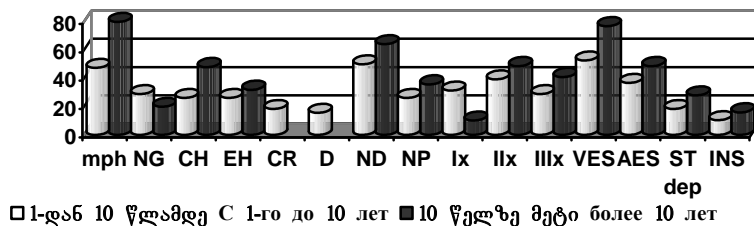
დიაგრამა №2. Диаграма №2



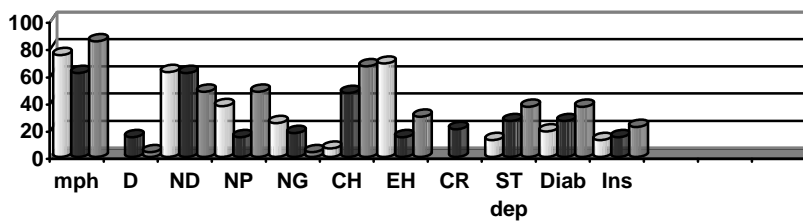
დიაგრამა №3 Диаграма №3



დიაგრამა №4 Диаграма №4

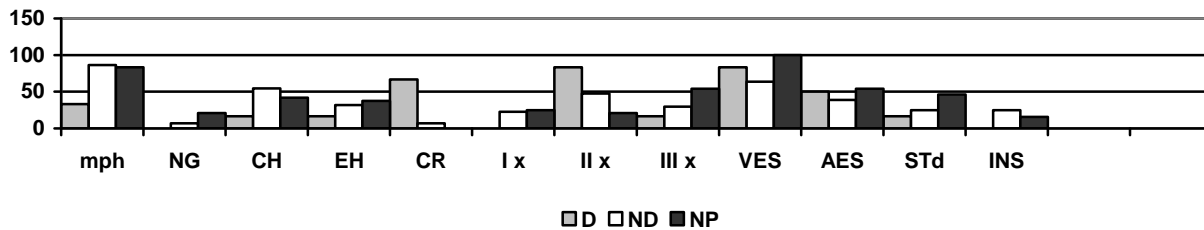


დიაგრამა №5 Диаграма №5

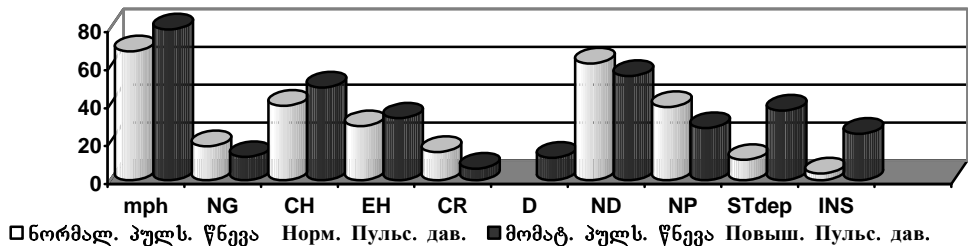


□ I ხარ.ჰიპ. Гиперт. I степ. ■ II ხარ.ჰიპ. Гиперт. II степ. ▤ III ხარ.ჰიპ. Гиперт. III степ.

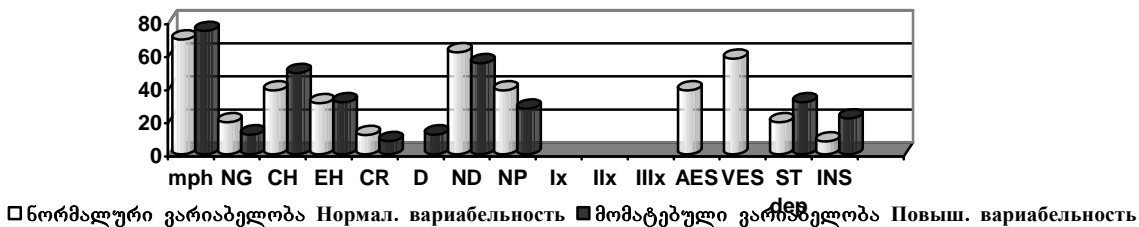
დიაგრამა №6 Диаграма №6



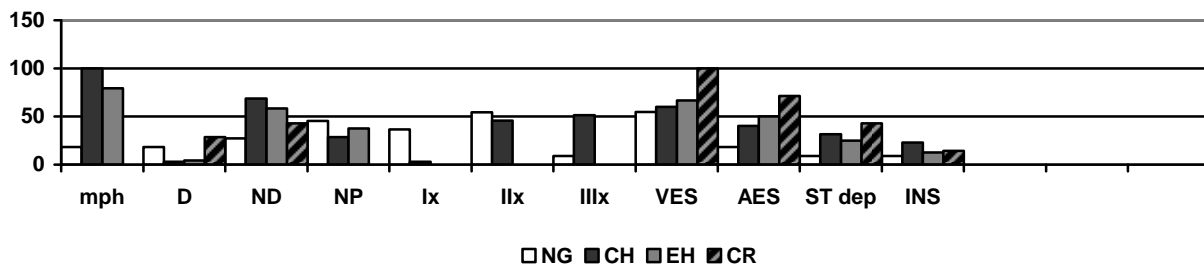
დიაგრამა №7 Диаграма №7



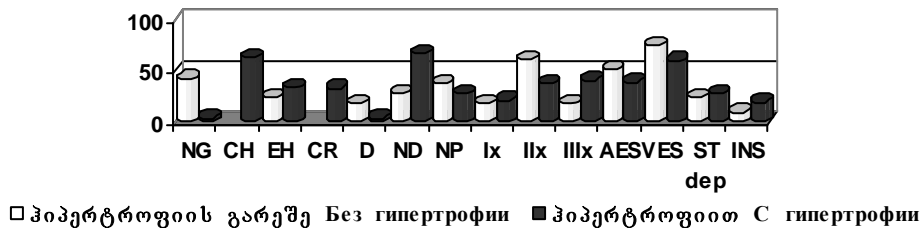
დიაგრამა №8 Диаграма №8



დიაგრამა №9 Диаграма №9



დიაგრამა №10 Диаграма №10



დიაგრამა №11 Диаграма №11

