**Ільницька Лариса Андроніївна. Систолічна та діастолічна дисфункція лівого шлуночка у хворих на ІХС у поєднанні з аортальним стенозом: дисертація канд. мед. наук: 14.01.11 / АМН України; Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска. - К., 2003**

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

|  |
| --- |
| **Ільницька Л.А. Систолічна та діастолічна дисфункція лівого шлуночка у хворих на ІХС у поєднанні з аортальним стенозом. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. Інститут кардіології ім.акад. М.Д.Стражеска, АМН України, Київ, 2003.Дисертація присвячена вивченню систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка у хворих з поєднаною патологією – ІХС та супутнім дегенеративним аортальним стенозом та можливостей її медикаментозної корекції.Проведено оцінку та співставлення результатів систолічної та діастолічної функції ЛШ, центральної гемодинаміки у хворих на ІХС із супутнім АС залежно від ФК пацієнтів та величини трансаортального градієнта тиску. Доведено, що наявність супутнього аортального стенозу у хворих на ІХС обумовлює більшу частоту діастолічної дисфункції.Проведено дослідження залежності розвитку дегенеративного аортального стенозу від порушень ліпідного обміну та імунних змін.Обгрунтовано доцільність використання інгібітора АПФ еналаприлу у даної категорії хворих. Встановлено, що ступінь супутнього дегенеративного аортального стенозу та характер діастолічного трансмітрального кровотоку є критеріями для вибору дози препарату. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. На підставі вивчення функції лівого шлуночка у хворих на ІХС встановлено, що супутній аортальний стеноз обумовлює більшу вираженість діастолічної дисфункції у пацієнтів ІІІ ФК. Ступінь супутнього аортального стенозу та тип діастолічного трансмітрального кровотоку є критеріями для прогнозування ефективності різних доз еналаприлу малеату, і таким чином, диференційованого підходу до лікування.2. У хворих на ІХС І, ІІ ФК аортальний стеноз І, ІІ ступеня не впливає на формування варіанту дисфункції ЛШ. Для пацієнтів І ФК притаманний виключно “гіпертрофічний” тип діастолічної дисфункції при збереженій скоротливій здатності ЛШ, при ІІ ФК відмічається прогресуюча діастолічна дисфункція (поява псевдонормального, рестриктивного типів ДТМК), ступінь якої не залежить від наявності аортального стенозу.3. У хворих на ІХС ІІІ ФК супутній аортальний стеноз призводить до збільшення вираженості діастолічної дисфункції, зростання питомої ваги рестриктивного типу наповнення, у той час як при ізольованій ІХС переважає систолічна дисфункція ЛШ.4. Не встановлено залежності розвитку дегенеративного аортального стенозу від дисліпопротеїдемії. Виявлено зв’язок наявності та ступеня аортального стенозу зі змінами показників клітинного і гуморального імунітету (Т– та В-лімфоцити, ЦІК, імуноглобуліни А, М, G), що свідчить про значення хронічного запалення у розвитку дегенеративних змін аортального клапана.5. Еналаприлу малеат призводить до покращання клінічного стану, сумарного індексу якості життя, зменшення ФК хворих на ІХС із супутнім АС І, ІІ ступеня. Ефект залежить від ступеня АС, функціонального стану ЛШ та дози препарату.6. У хворих на ІХС із супутнім АС еналаприлу малеат найбільш ефективний при наявності вихідної систолічної та ”гіпертрофічного” варіанту діастолічної дисфункції ЛШ.7. Оптимальні позитивні зміни показників кардіогемодинаміки у хворих на ІХС із супутнім АС І та ІІ ступеня відмічаються при застосуванні еналаприлу малеату в дозі 5 та 10 мг/д, на відміну від хворих на ізольовану ІХС, у яких максимальний гемодинамічний ефект був досягнутий при застосуванні 20 мг/д еналаприлу малеату. 8. Застосування еналаприлу малеату обмежене у хворих на ІХС із супутнім АС ІІІ ступеня. У даних пацієнтів з вихідним “гіпертрофічним” типом ДТМК доцільне використання препарату в дозі 5 мг/д. |

 |