**Вербовська Ольга Степанівна. Механізми розвитку серцевої недостатності у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит та їх медикоментозна корекція: дисертація канд. мед. наук: 14.01.02 / Івано-Франківська держ. медична академія. - Івано-Франківськ, 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Вербовська О.С. Механізми розвитку серцевої недостатності у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит та їх медикаментозна корекція. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби.  Івано-Франківська державна медична академія; Івано-Франківськ, 2003  У дисертації систематизовано погляди щодо визначальних факторів виникнення і патогенетичних механізмів розвитку серцевої недостатності у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит.  Подано характеристику особливостей клінічних проявів серцевої недостатності на ранніх стадіях у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит. Досліджено зміни діастолічної та систолічної функції шлуночків серця, стан внутрішньосерцевої і периферичної гемодинаміки. Проведено аналіз вираженості дисфункції правого та лівого шлуночків серця в залежності від кількості рідини в перикарді. Встановлено взаємозв’язок вираженості порушень діастолічної та систолічної функції шлуночків серця з параметрами центрального венозного тиску та систолічного тиску в легеневій артерії. Виділено діагностичні, диференційні критерії синдрому серцевої недостатності у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит.  Встановлено значний кардіопротекторний ефект тривалого застосування ірбесартану, метопрололу, верапамілу. Запропоновано диференційований підхід до лікування різних варіантів хронічного ексудативно-адгезивного перикардиту, подано режими дозування ірбесартану, метопрололу, верапамілу. | |
| |  | | --- | | 1.У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми, яка полягає у встановленні особливостей розвитку серцевої недостатності при хронічному ексудативно-адгезивному перикардиті, розробці нових діагностичних критеріїв і обґрунтуванні диференційованого застосування антагоністів рецепторів до ангіотензину-ІІ, бетаадреноблокаторів і антагоністів кальцію у цієї групи хворих, що дозволяє підвищити якість діагностики та ефективність лікування таких хворих.   1. Вперше встановлено, що одним із основних синдромів при хронічному ексудативно-адгезивному перикардиті є синдром серцевої недостатності, провідними ознаками якого є задишка (100 %), серцебиття (93%), загальна слабкість (64,5%), синусова тахікардія (83,3%), набухання шийних вен (39,1%), що є підтвердженням розвитку серцевої недостатності вже на ранніх стадіях захворювання. Вираженість цього синдрому є прямопропорційна ступеню накопичення ексудату чи розвитку адгезивних процесів. Правий та лівий шлуночок уражаються з однаковою частотою. 2. Переважаючим варіантом серцевої недостатності для лівого шлуночка є варіант із збереженою систолічною функцією (82%) у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит, при якому фракція викиду не знижена, але є порушення ритму та провідності. Найбільш чутливою і специфічною ознакою діастолічної дисфункції лівого шлуночка серця є вкорочення періоду ізоволюмічного розслаблення трансмітрального діастолічного потоку. Передчасне відкриття мітрального клапану зумовлене зростанням переднавантаження на ліве передсердя, внаслідок збільшення градієнту тисків між передсердям та шлуночком Збільшення переднавантаження лівого передсердя “урівноважує” знижену податливість листків перикарду, наслідком чого є часткова псевдонормалізація трансмітрального діастолічного потоку. 3. Діастолічна дисфункція правого шлуночка є взаємозалежною і формується паралельно із розвитком діастолічної дисфункції лівого шлуночка. Вкорочення часу ізоволюмічного розслаблення правого шлуночка наступає в більш пізніх стадіях. Асинхронізм в порушенні першої фази діастоли шлуночків серця пояснюється тим, що взаємний вплив шлуночків підсилюється при зростанні тиску в порожнині перикарду. У хворих із значною кількістю рідини в перикарді переважає рестриктивний тип порушення діастолічного наповнення серця. 4. Систолічний варіант серцевої недостатності має місце у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит . Він може проявлятись як зниженою фракцією викиду лівого шлуночка, так і наявністю синдрому порушень ритму та провідності у хворих із збереженою фракцією викиду. Вказані прояви обумовлені наявністю супровідного міокардиту (міоперикардиту). 5. Застосування антагоніста рецепторів першого типу до ангіотензину ІІ (ірбесартану) вже на ранніх стадіях сприяє корекції серцевої недостатності у хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит. Він найбільш вагомо покращує показники діастолічної функції лівого та правого шлуночків серця, попереджує прогресування систолічної дисфункції серця (підвищує фракцію викиду лівого шлуночка на 10,5%), знижує рівень центрального венозного тиску на 22%, попереджує прогресування гіпертензії в малому колі кровообігу (знижує систолічний тиск в легеневій артерії на 29,4%); є безпечним і зручним для прийому. 6. Додаткове призначення до базової терапії хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит кардіоселективного бета-адреноблокатора метопрололу призводить до покращення показників діастолічного наповнення серця через три тижні від початку лікування, не впливаючи на показники систолічної функції лівого шлуночка. Діастолічна функція правого шлуночка серця під впливом метопрололу покращувалась швидше і більш вагомо, ніж лівого шлуночка. Систолічна функція обидвох шлуночків серця відновлювалась тільки через шість місяців застосування метопрололу. У підтримуючій дозі він посилює дію базової терапії щодо стримування гіпертензії малого кола кровообігу (знижує систолічний тиск в легеневій артерії на 18,42%). 7. Антагоніст кальцію верапаміл в комплексному лікуванні хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит здійснює менш виражений вплив на гемодинамічну структуру діастоли лівого і правого шлуночків, суттєво не впливає на систолічну функцію серця, але водночас посилює дію базової терапії щодо стримування гіпертензії малого кола кровообігу (вагомо і стійко знижує систолічний тиск в легеневій артерії на 22,47%). 8. Перевагу ірбесартану слід надавати для лікування хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит при вираженій систолічній та діастолічній дисфункції обидвох шлуночків (бівентрикулярній), що супроводжується значною легеневою гіпертензією і високим рівнем центрального венозного тиску. Метопролол слід призначати при діастолічній дисфункції обидвох шлуночків із перевагою порушень наповнення правого, а також при збереженій або незначно зниженій систолічній функції обидвох шлуночків та стійкій тахікардії. Верапамілу слід надавати перевагу у лікуванні хворих на хронічний ексудативно-адгезивний перикардит з ізольованою діастолічною дисфункцією правого шлуночка серця, збереженою чи пожвавленою систолічною функцією обидвох шлуночків, легеневою гіпертензією і підвищеним рівнем центрального венозного тиску. | |