**Рудік Ірина Валеріївна. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка та серцева недостатність у хворих на гіпертонічну хворобу, їх лікування метопрололом, еналаприлом і спіронолактоном: дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Запорізький держ. медичний ун-т. - Запоріжжя, 2004**

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

|  |
| --- |
| Рудік І.В. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка та серцева недостатність у хворих на гіпертонічну хворобу, їх лікування метопрололом, еналаприлом і спіронолактоном. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, 2004.Дисертація присвячена вивченню діастолічної функції ЛШ та перебігу СН із збереженою систолічною функцією міокарда у хворих на ГХ з метою підвищення ефективності лікування. Докладно досліджений стан внутрішньосерцевої гемодинаміки та діастолічної функції ЛШ у хворих на ГХ та СН із збереженою систолічною функцією міокарда ЛШ. Отримані дані свідчать про існуючу залежність між тяжкістю декомпенсації, геометричним ремоделюванням і діастолічною дисфункцією ЛШ, а саме: зміна типів геометричного ремоделювання (від концентричної гіпертрофії до ексцентричної гіпертрофії) і діастолічної дисфункції ЛШ (від гіпертрофічного через псевдонормальний до рестриктивного) супроводжується зростанням ФК СН. Проведений аналіз рівня Ал в плазмі крові встановив, що вміст цього гормону у хворих на ГХ і ДСН вірогідно збільшується із зростанням ФК, корелює з ММЛШ і параметрами спектра трансмітрального діастолічного потоку. Результати порівняльної оцінки ефективності комплексу еналаприл+метопролол та еналаприл + метопролол + спіронолактон демонструють перевагу останнього в лікуванні хворих на ГХ з безсимптомною діастолічною дисфункцією міокарда ЛШ за ІІ типом та хворих на ГХ і СН зі збереженою систолічною функцією ЛШ. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове рішення наукової задачі вивчення діастолічної функції лівого шлуночка і перебігу серцевої недостатності із збереженою систолічною функцією міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу, що дозволило оптимізувати лікувальну тактику.
2. У хворих на гіпертонічну хворобу без серцевої недостатності діастолічна дисфункція лівого шлуночка представлена «гіпертрофічним» (81,0 %) і «псевдонормальним» типом (19,0 %). Ступінь тяжкості діастолічної дисфункції лівого шлуночка залежить від геометричного ремоделювання лівого шлуночка: при «гіпертрофічному» профілі наповнення переважало концентричне ремоделювання (46,0 %) і концентрична гіпертрофія (36,0 %), а при «псевдонормальному» у всіх (100 %) випадках мала місце концентрична гіпертрофія.
3. У хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену серцевою недостатністю, визначається діастолічна дисфункція лівого шлуночка за «гіпертрофічним» типом у 29,0 %, «псевдонормальним» - 43,0 % і «рестриктивним» - 28,0 %. Тяжкість декомпенсації залежить від типу геометричного ремоделювання і діастоличної дисфункції лівого шлуночка: відбувається збільшення функціонального класу серцевої недостатності при зміні типів геометричного ремоделювання (концентрична гіпертрофія ексцентрична гіпертрофія) і діастолічної дисфункції лівого шлуночка (гіпертрофічний псевдонормальний рестриктивний).
4. У хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену серцевою недостатністю, наявні більш виражені порушення діастолічного наповнення лівого шлуночка, ніж у хворих на гіпертонічну хворобу при відсутності маніфестної серцевої недостатності, що проявляється подовженням інтервалів IVRT, IVRT/RR, Тас, Тас/RR, зростанням ТЗЛК при «гіпертрофічному» типі діастолічної дисфункції лівого шлуночка; зменшенням А, АІ, збільшенням Е/А, ЕІ/АІ, скороченням IVRT, IVRT/RR, Тdeс, Тdeс/RR і зростанням ТЗЛК при «псевдонормальному» типі.
5. Комбінації еналаприл + метопролол і еналаприл + метопролол + спіроно- лактон у хворих на гіпертонічну хворобу без серцевої недостатності однаково ефективно знижують артеріальний тиск, ТЗЛК, внутрішньоміокардіальне напруження, викликають регресію гіпертрофії лівого шлуночка при тривалому, не менше 6 місяців, прийомі. Додаткове введення спіронолактону у схему гіпотензивної терапії супроводжувалося поліпшенням профілю діастолічного наповнення лівого шлуночка за рахунок зменшення жорсткості міокарда при «псевдонормальному» типі діастолічної дисфункції лівого шлуночка у вигляді збільшення піка А на 5,8 %, АІ -на 5,9 %, зменшення Е/А на 4,8 %, подовження Тdec на 4,7 %, Тdec/RR - на 5,2 %, зниження ТЗЛК на 2,7 %.
6. Застосування впродовж 6 місяців схеми еналаприл + метопролол + спіронолактон у хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену серцевою недостатністю, сприяє більш істотному зниженню САТ на 5,0 %, ТЗЛК на 4,9 %, ІММЛШ на 6,6 %, зменшенню ЛП на 6,0 %, кінцево-систолічного індексу на 15,9 %, збільшенню ФВ на 10,9 %, а також поліпшенню діастолічної функції лівого шлуночка у вигляді скорочення Тdec на 5,1 %, Тdec/RR на 4,4 %, зростання Е/А на 8,7 % при «гіпертрофічному» типі діастолічної дисфункції лівого шлуночка; подовження Тdec на 4,4 % і на 9,0 %, Тdec/RR на 3,9 % і на 10,3 %, зниження Е/А на 12,2 % і на 10,6 %, при «псевдонормальному» та «рестриктивному» типі діастолічної дисфункції лівого шлуночка відповідно, ніж використання схеми еналаприл+метопролол.
7. У хворих на гіпертонічну хворобу і серцеву недостатність вміст альдостерону в плазмі крові перевищує його концентрацію у пацієнтів без серцевої недостатності і вірогідно зростає із збільшенням функціонального класу, а також корелює з ТЗЛК (r = + 0,57, р < 0,05), кінцево-діастолічним розміром (r = + 0,54, р < 0,05), кінцево-систолічним розміром (r = + 0,76, р < 0,05), ІММЛШ (r = + 0,50, р < 0,05), Е/А (r = + 0,87, р < 0,05), IVRT (r = - 0,57, р < 0,05), Tdeс ( r = - 0,69, р < 0,05).
 |

 |