**Гольдіс Ігор Володимирович. Особливості структури та функції лівого шлуночка серця у хворих на цукровий діабет 2 типу із діабетичною нефропатією та шляхи їх корекції : Дис... канд. наук: 14.01.02 - 2009.**

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

|  |
| --- |
| **Гольдіc І.В. Особливості порушень структури та функції лівого шлуночка серця у хворих на цукровий діабет 2 типу із діабетичною нефропатією і шляхи їх корекції. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби. – Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Донецьк, 2008.Дисертацію присвячено проблемі поліпшення діагностики та прогнозування порушень структури і функції лівого шлуночка серця, а також діабетичного ураження нирок у хворих на цукровий діабет 2 типу і їх корекція під впливом тривалої монотерапії еналапрілом, лосартаном або ділтіаземом. При проспективному спостереженні за 92 хворими на цукровий діабет 2 типу із діабетичною нефропатією вперше встановлено особливості гіпертрофії лівого шлуночка серця та її геометричні варіанти. Вперше показано, що при концентричній гіпертрофії лівого шлуночка, на відміну від ексцентричної, суттєво підвищується систолічний міокардіальний стрес. Вперше на підставі факторних ознак з використанням методу побудови множинних регресійних моделей, встановлені найбільш значущі фактори ризику розвитку гіпертрофії лівого шлуночка. Встановлено здатність тривалої не менше 6 місяців монотерапії еналапрілом, лосартаном або ділтіаземом поліпшувати діастолічну функцію лівого шлуночка і знижувати частоту мікроальбумінурії та протеїнурії. При цьому встановлена відносно однакова рено- і кардіопротекторна ефективність цих трьох класів препаратів. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації проведено теоретичне узагальнення й досягнуте нове рішення наукового завдання – встановлені особливості ГЛШ серця й визначені критерії прогнозування її розвитку у хворих на ЦД 2 типу із ДН; обґрунтовані підходи до корекції ГЛШ і до зниження важкості ДН.1. ГЛШ виявлена в 73 (79,3 %) з 92 хворих на ЦД 2 типу із ДН. В 53 (72,6 %) випадках вона носила помірний характер і в 20 (27,4 %) була вираженою. При цьому чітко превалював концентричний варіант ГЛШ, що мав місце в 58 (63,0%) осіб; ексцентрична ГЛШ спостерігалася значно рідше – в 15 (16,3 %) хворих і, тільки в 16 (17,4%) пацієнтів була нормальна геометрія ЛШ.2. Встановлені патогенетичні механізми розвитку різних геометричних варіантів ГЛШ. Перевантаження тиском ЛШ з'явилося провідним фактором у розвитку концентричної ГЛШ. У той же час, розвиток ексцентричної ГЛШ був обумовлений переважно перевантаженням ЛШ об’ємом. При концентричному варіанті ГЛШ, на відміну від ексцентричного, мало місце істотне підвищення систолічного міокардіального стресу, що свідчить про неадекватний характер ГЛШ.3. На підставі факторних ознак з використанням методу побудови множинних регресійних моделей встановлені найбільш значущі незалежні фактори ризику розвитку ГЛШ, якими виявилися ступінь АГ, тривалість ЦД і жіноча стать. Розроблено математичну модель прогнозування розвитку ГЛШ, чутливість якої склала 78 %, специфічність – 84,6 %.4. Діастолічна дисфункція ЛШ мала місце в 87 (94,6 %) з 92 хворих на ЦД 2 типу із ДН. В 61 (70,1 %) випадку вона була представлена порушенням розслаблення, в 24 (27,6 %) хворих псевдонормальним варіантом і в 2 (2,3 %) – рестриктивним варіантом. Встановлено прямі кореляційні зв'язки розвитку діастолічної дисфункції ЛШ із ступенем ГЛШ та її концентричним варіантом.5. Тривала (6 місяців) монотерапія ІАПФ – еналапрілом, АРАII – лосартаном і БКК – ділтіаземом-ретард показала їх близьку ренопротектну (істотне зменшення числа хворих із МАУ й тенденції до зменшення числа хворих із протеїнурією) і кардіопротектну (значуще зниженням систолічного АТ, ЗПОС, зменшення товщини стінок і ІММЛШ, регрес ГЛШ і поліпшення його геометрії) ефективність, а також істотне поліпшення діастолічної функції. |

 |