**Шкурат Ірина Анатоліївна. Клінічна оцінка магістрального периферичного кровотоку, структурних змін судинної стінки та потікзалежної вазодилатації у хворих з хронічною серцевою недостатністю та систолічною дисфункцією лівого шлуночка : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / АМН України; Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска". — К., 2007. — 144арк. — Бібліогр.: арк. 123-144**

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

|  |
| --- |
| **Шкурат І.А.** **Клінічна оцінка магістрального периферичного кровотоку, структурних змін судинної стінки та потікзалежної вазодилатації у хворих з хронічною серцевою недостатністю та систолічною дисфункцією лівого шлуночка.**– Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Національний науковий центр “Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска” АМН України, Київ, 2007.В дисертації на основі дослідження МПК, структурних змін судинної стінки, стану ПЗВД у співставленні з показниками клінічного стану, гемодинаміки, виживаності та ефективності фармакотерапії встановлена діагностична та прогностична значущість оцінки стану МПК, структурних змін поверхневої стегнової артерії та ПЗВД у хворих з ХСН та СДЛШ.Доведено, що у хворих з ХСН та СД ЛШ спостерігаються вірогідне зниження швидкісних параметрів кровотоку та підвищення судинного опору в артеріях стопи та гомілки, а також вірогідне зниження ПЗВД плечової артерії. Крім того, у хворих з ХСН, зумовленою ІХС виявлено вірогідне збільшення ТС та ІВТС ПСА. Зазначені зміни знаходяться у прямому зв’язку з клініко-функціонального станом хворих. Встановлені наступні критерії незадовільного прогнозу (12-місячного виживання) хворих: Vps в ЗВГА<36 см/с, Ved в ЗВГА<6 см/с, RI в ТАС>0,84 умов.од., ТС ПСА0,9 мм, ІВТС ПСА0,15 умов.од., ІВТС ПСА0,16 умов.од. у хворих з ХСН, обумовленою ІХС, ПЗВД6,8%. Результати дослідження тривалого лікування хворих з ХСН та СД ЛШ карведилолом дозволяють розглядати показники МПК та ПЗВД у ряду маркерів ефективності терапії. |

 |
|

|  |
| --- |
| На основі дослідження параметрів магістрального периферичного кровотоку, стану потікзалежної вазодилатації та структурних змін крупних магістральних артерій (поверхнева стегнова артерія) у співставленні з показниками клінічного стану, системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки, виживаності хворих, а також динаміки МПК та ПЗВД на тлі фармакотерапії пацієнтів з хронічною систолічною серцевою недостатністю, встановлена діагностична та прогностична значущість оцінки стану МПК, ПЗВД та структурних змін ПСА у зазначеної категорії хворих.1. У хворих з гемодинамічно стабільною ХСН та СД ЛШ, які знаходяться на підтримуючій терапії діуретиком та інгібітором АПФ, спостерігається вірогідне зниження пікової систолічної та кінцевої діастолічної швидкостей кровотоку та підвищення судинного опору в артеріях стопи та гомілки. Для хворих з ХСН та СД ЛШ також є характерним вірогідне зниження потікзалежної вазодилатації плечової артерії.2. Вираженість зазначених порушень з боку магістрального периферичного кровотоку та вазодилататорної функції ендотелію зростає по мірі погіршення клініко-функціонального стану хворих (зростання ФК, зменшення дистанції 6-хвилинної ходи), а також при неішемічному (ДКМП) походженні ХСН. Потікнезалежна вазодилатація у досліджуваних групах вірогідно не розрізняється. Вираженість порушень з боку МПК у хворих з ХСН та СД ЛШ є більшою при наявності більших значень ЧСС (>91 уд. за хвилину) та більш низьких величин систолічного АТ (<110 мм рт. ст.).3. У хворих з ХСН, зумовленою ІХС, та СД ЛШ виявляються структурні зміни поверхневої стегнової артерії у вигляді вірогідного збільшення товщини стінки та індексу відносної товщини стінки поверхневої стегнової артерії. По мірі зростання тяжкості СН зазначені ознаки судинного ремоделювання судин прогресують. На відміну від хворих з коронарогенним походженням ХСН, пацієнти з ДКМП характеризуються відсутністю різниці товщини судинної стінки у порівнянні з групою контролю.4. Інформативними предикторами незадовільного виживання впродовж 12 місяців хворих з ХСН та СД ЛШ є низькі значення пікової систолічної та кінцевої діастолічної швидкостей кровотоку в задній великогомілковій артерії, вищій судинний опір в тильній артерії стопи. 12-місячна виживаність хворих з ХСН та СД ЛШ є гіршою у пацієнтів з низькими значеннями приросту діаметра плечової артерії в фазу реактивної гіперемії. Предиктором гіршого виживання протягом року є також значна товщина стінки та високі значення індексу відносної товщини стінки поверхневої стегнової артерії.5. Тривале лікування карведилолом хворих з ХСН (ФВ ЛШ40%) супроводжується зменшенням функціонального класу за NYHA, достовірним (на 22,7%) збільшенням дистанції 6-хвилинної ходи, достовірним збільшенням кровотоку в плечовій артерії, а також в магістральних артеріях стопи та гомілки поряд з вірогідним зменшенням судинного опору в зазначених артеріях.6. 12-тижневий прийом карведилолу асоціюється із вірогідним збільшенням потікзалежної вазодилатації плечової артерії в фазу реактивної гіперемії. Отримані результати можуть свідчити про корегуючий вплив карведилолу на судинну ланку патогенезу ХСН (порушення магістрального периферичного кровотоку, ендотеліальна дисфункція). |

 |