**Спаська Ганна Олександрівна. Зміни морфофункціонального стану шлуночків серця у хворих на ішемічну хворобу серця з початковою серцевою недостатністю та можливості їх медикаментозної кореції : Дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2003. — 180 арк. : рис. — Бібліогр.: арк.121-161**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **СПАСЬКА Г.О. Зміни морфофункціонального стану шлуночків серця у хворих на ішемічну хворобу серця з початковою серцевою недостатністю та можливості їх медикаментозної корекції. - РУКОПИС.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11. - кардіологія - Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ, 2003.  Дисертація присвячена вивченню змін морфофункціонального стану шлуночків серця у хворих на ішемічну хворобу серця з початковою серцевою недостатністю І та ІІ функціональних класів NYHA та можливостей їх медикаментозної корекціі.  Вперше проведена комплексна оцінка систолічної та діастолічної функції лівого та правого шлуночків серця за даними допплерехокардіографічного дослідження у хворих з початковою серцевою недостатністю коронарогенного генезу з фракцією викиду лівого шлуночка більше 40%, оцінено взаємозв’язок функціональних станів шлуночків серця та їх залежність від функціонального класу серцевої недостатності, розроблені критерії ранньої діагностики систолічної дисфункції лівого та правого шлуночків серця у хворих з початковою серценвою недостатністю за даними характеристик кровотоку в аорті та у вихідному тракті правого шлуночка, оцінено вплив лікування цих хворих з застосуванням бета-блокаторів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, сечогінних препаратів та такої ж терапії з включенням препарату кардіопротекторної дії мілдронату на клінічні ознаки серцевої недостатності та функціональний стан шлуночків серця. | |
| |  | | --- | | У дисертації виконано теоретичне узагальнення та набуло подальшого розвитку вирішення наукової задачі удосконалення ранньої діагностики СН та лікування хворих на ІХС з СН І та ІІ функціональних класів NYHA на основі вивчення змін структурно – функціонального стану шлуночків серця.  1. Для хворих з СН І і ІІ функціональних класів NYHA коронарогенного генезу з ФВ ЛШ більше 40% характерна діастолічна дисфункція ЛШ переважно за гіпертрофічним (релаксаційним) типом (у 96,4% хворих з СН І функціонального класу та у 93,1% хворих з СН ІІ функціонального класу NYHA), яка у хворих з ІІ функціональним класом, на відміну від хворих з І функціональним класом NYHA, супроводжується дилатацією ЛП та більш вираженою його гіперфункцією. Діастолічна дисфункція ЛШ у 44,5% хворих з СН І функціонального класу NYHA та у 60,3% хворих з СН ІІ функціонального класу NYHA супроводжується порушенням діастолічного наповнення ПШ за гіпертрофічним типом.  2. У хворих з початковою СН при незмінній ФВ ЛШ мають місце порушення параметрів кровотоку в аорті зі зниженням пікової його швидкості та змінами часових характеристик, а також зміни кровотоку у легеневій артерії зі зменшенням часу прискорення потоку та зменшенням інтегралу його лінійної швидкості, які виражені в більшому ступені у пацієнтів з СН ІІ функціонального класу NYHA і відображають наявність початкової систолічної дисфункції ЛШ і ПШ.  3. При поєднанні діастолічної дисфункції ЛШ і ПШ у хворих на ІХС з початковою СН поряд з більш вираженими змінами параметрів транстрикуспідального кровотоку, ніж у хворих з ізольованою діастолічною дисфункцією ЛШ, мають місце більш виражені зміни систолічної функції ПШ і гіперфункція ЛП при більш високій пасивній жорсткості міокарда ЛШ за даними показника КДТ/КДО.  4. Характерні для хворих на ІХС з початковою СН і ФВ ЛШ більше 40% ознаки діастолічної та початкової систолічної дисфункції ПШ, за даними кореляційного аналізу, пов’язані зі змінами параметрів кровотоку у систолу ЛП (r=0,39), підвищеною жорсткістю камери ЛШ (r=0,37) та його КДТ (r=0,39).  5. Традиційне лікування хворих на ІХС з початковою СН і ФВ ЛШ більше 40% капотеном в дозі 50±5,2 мг на добу, атенололом в дозі 85,0±6,1 мг на добу та гіпотіазидом в дозі 15,4±3,1 мг на добу впродовж 60,7±0,7 діб чинить позитивний симптоматичний ефект, що не супроводжується суттєвими змінами показників систолічної і діастолічної функції шлуночків серця.  6. Застосування препарату з кардіопротекторною дією мілдронату в дозі 750 мг на добу впродовж 61,6±0,9 діб у комплексному лікуванні хворих на ІХС з СН І та ІІ функціональних класів NYHA чинить не тільки позитивний симптоматичний ефект, але й сприяє покращенню діастолічного наповнення ПШ. При порівнянні з традиційним лікуванням лікування з застосуванням мілдронату сприяє зменшенню частоти виявлення загальної слабості на 8,2% (р < 0,05), задишки на 22,1% (р < 0,05) та головного болю і запаморочення на 25,5% (р < 0,01), сприяє покращенню діастолічного наповнення ЛШ. | |