**Афанасюк Оксана Іванівна. Роль ремоделювання серця і вегетативного статусу у розвитку хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з цукровим діабетом II типу і методи удосконаленого лікування : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Івано-Франківський держ. медичний ун-т. - Івано-Франківськ, 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Афанасюк О.І. Роль ремоделювання серця і вегетативного статусу у розвитку хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з цукровим діабетом II типу і методи удосконаленого лікування. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України. – Івано-Франківськ, 2006.  Дисертація присвячена підвищенню ефективності лікування ХСН у хворих на ІХС в поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу, шляхом диференційованного використання комплексної терапії з триметазидином і ловастатином з урахуванням особливостей ремоделювання, функціонального стану та вегетативної регуляції серця.  У хворих на ІХС в поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу ХСН І та ІІ-А стадії ІІ-ІІІ ФК формується за умов збереженої систолічної функції із значною гіпертрофією лівого шлуночка, збільшення міокардіального стресу із порушенням діастолічної функції, переважно за гіпертрофічним типом, значного зниження загальної варіабельності серцевого ритму, підвищення тонусу симпатичної та парасимпатичної нервової системи, напруги регуляторних систем і зниження спектральних показників. Терапія еналаприлом і небівололом призводила до зменшення ФК ХСН, проявів діастолічної дисфункції, значного антиангінального, антиаритмічного ефектів, покращення структурно-функціональних показників і тим самим зменшувала дезадаптивне та інтерстиціальне ремоделювання лівого шлуночка. Терапія еналаприлом, небівололом і триметазидином мала достовірно кращий антиангінальний, антиаритмічний ефекти, покращувала внутрішньосерцеву гемодинаміку і діастолічну функцію. Терапія еналаприлом, небівололом і ловастатином мала достовірно кращий антиангінальний, гіполіпідемічний ефекти і зменшувала прояви діастолічної дисфункції. | |
| |  | | --- | | У дисертації проведене узагальнення клініко-інструментального предикторів розвитку ХСН у хворих на ІХС у поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу, виявлені особливості ремоделювання, порушень ритму серця, ішемії міокарда та стану вегетативної регуляції серцевого ритму, обґрунтування методів комплексного лікування.   1. У хворих на ІХС в поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу, ускладнених ХСН, визначались більш виражена гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, значне порушення піддатливості стінок, збільшення міокардіального стресу (р<0,05) у порівнянні з пацієнтами без цукрового діабету. Порушення діастолічної функції визначалось у 4,4 рази частіше, ніж у хворих без цукрового діабету. При гіпертрофічному типі діастолічного трансмітрального кровотоку визначалось достовірне зменшення активної релаксації та збільшення вкладу пізнього передсердного наповнення лівого шлуночка і підвищення жорсткісних характеристик міокарда (р<0,05), в порівнянні з хворими контрольної групи. 2. У хворих на ІХС в поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу, ускладнених ХСН, переважали дезадаптивні типи ремоделювання серця (ексцентрична і концентрична гіпертрофії лівого шлуночка), відсоток яких збільшувався по мірі прогресування ХСН, при тривалості цукрового діабету 5 років і більше та у хворих з постінфарктним кардіосклерозом. 3. У хворих на ІХС в поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу, ускладнених ХСН в порівнянні з пацієнтами без цукрового діабету спостерігались достовірно частіше ригідність серцевого ритму та вегетативна нейропатія серця, збільшення кількості порушень серцевого ритму у вигляді надшлуночкових та парних і групових шлуночкових екстрасистол, пароксизмів фібриляції передсердь. 4. У хворих на ІХС в поєднані з цукровим діабетом ІІ типу, ускладнених ХСН, відмічалось зниження загальної варіабельності серцевого ритму, підвищення тонусу як симпатичної, так і парасимпатичної нервової системи, зниження барорефлекторної регуляції та підвищення напруження регуляторних систем (р<0,05). Для хворих на цукровий діабет з постінфарктним кардіосклерозом характерні зниження загальної варіабельності серцевого ритму, значне напруження регуляторних систем, зниження парасимпатичної та значне підвищення симпатичної активності. 5. Встановлено, що чинниками, які сприяли виникненню ХСН у групі хворих на ІХС в поєднанні з цукровим діабетом ІІ типу, є: збільшення індексу кінцевого діастолічного розміру, відсотку вкладу лівого передсердя у наповнення лівого шлуночка, кінцевого діастолічного тиску, тривалості цукрового діабету і зменшення фракції викиду та швидкості раннього діастолічного наповнення. 6. Доведено, що терапія еналаприлом і небівололом призвела до вираженого антиангінального, антиаритмічного ефектів, зменшення діабетичної дисліпідемії за рахунок зниження рівня тригліцеридів, частоти серцевих скорочень і ригідності серцевого ритму, покращення внутрішньосерцевої геодинаміки і діастолічної функції, сповільнення процесів ремоделювання лівого шлуночка, підвищення загальної варіабельності серцевого ритму та зменшення проявів вегетативної нейропатії серця (р<0,05). 7. Комбінована терапія еналаприлом, небівололом і триметазидином у порівнянні з лікуванням лише еналаприлом і небівололом сприяла достовірно кращому антиангінальному ефекту, покращенню структурно-геометричних параметрів серця, діастолічної функції, антиаритмічного ефекту та підвищенню загальної варіабельності серцевого ритму (р<0,05). 8. Лікування еналаприлом, небівололом і ловастатином у порівнянні з терапією лише еналаприлом і небівололом мало найкращий гіполіпідемічний ефект, значну антиангінальну і антиаритмічну дії, покращувало діастолічну функцію і загальну варіабельність серцевого ритму (р<0,05). | |