**Кульбачук Олександр Сергійович. Особливості ендотелійзалежних порушень антикоагулянтної ланки системи гемостазу та можливості їх корекції при застосуванні периндоприлу в комплексній терапії хворих на стенокардію напруги : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Запорізька медична академія післядипломної освіти. — Запоріжжя, 2006. — 138арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 118-138.**

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

|  |
| --- |
| **Кульбачук О.С. Особливості ендотелійзалежних порушень антикоагулянтної ланки системи гемостазу та можливості їх корекції при застосуванні периндоприлу в комплексній терапії хворих на стенокардію напруги.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11-кардіологія. – Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського,м. Сімферополь, 2006.Дисертація присвячена проблемі ендотеліальної дисфункції у хворих на стенокардію напруги, а саме, вивченню стану судинорухової, антикоагулянтної і фібринолізрегулюючої функцій ендотелію та зв’язків між ними, а також оцінці можливостей їх корекції при застосуванні периндоприлу в поєднанні з базисними ліками у даної групи хворих.На підставі вивчення показників судинорухової функції ендотелію, споживання та інактивації ендотелійзалежних факторів антикоагулянтної ланки системи гемостазу та фібринолізу під час виконання венооклюзивного тесту в пробах до та після обраного лікування, було встановлено, що порушення судинорухової, антикоагулянтної та фібринолізрегулюючої функцій ендотелію виникають на початкових етапах стенокардії напруги та прогресують з її розвитком, а застосування периндоприлу в добовій дозі 8 мг на добу протягом 30 діб в поєднані з базисними ліками сприяє вірогідному покращенню вказаних функцій ендотелію у хворих на стенокардію напруги II та III функціонального класу, на відміну від тих досліджуваних осіб, які периндоприл не отримували та не мали вірогідних змін досліджуваних параметрів. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі встановлені особливості судинорухової, антикоагулянтної та фібринолізрегулюючої функцій ендотелію у хворих на стенокардію напруги II та III функціонального класу та досліджений вплив периндоприлу на динаміку функцій ендотелію, що є актуальною проблемою кардіології.* 1. У хворих на стенокардію напруги II та III ф.кл. є вірогідні порушення судинорухової функції ендотелію у порівнянні зі здоровими особами, що проявлялось зменшенням приросту діаметру плечової артерії у пробі з потокозалежною реактивною дилатацією на 53,09 % та 90,93 %, а також зменшенням коефіцієнту чутливості ендотелію до напруги зсуву на 22,22 % та 35,8 %, відповідно, при цьому ступінь порушення ендотелійзалежної регуляції судинного тонусу вірогідно збільшувався від II до III ф.кл. стенокардії.
	2. Порушення антикоагулянтної функції ендотелію у хворих на стенокардію напруги II та III ф.кл. носять вірогідний характер відносно здорових осіб, що підтверджується зменшенням споживання ендотелійзалежних антикоагулянтів АТ III та протеїну С під час венооклюзивного тесту (споживання АТ III у здорових осіб - 12,1±3,8 %, при стенокардії II ф.кл - 3,1±2,1 %, при стенокардії III ф.кл. - 0,3±1,6 %; споживання протеїну С - 17,2 ±0,56 % , 6,2±0,34 %, та 2,0±0,36 % відповідно), при цьому різниця в споживанні цих факторів була вірогідною поміж II та III ф.кл. стенокардії.
	3. Ендотелійзалежний фібринолітичний потенціал у хворих на стенокардію напруги з наростанням її важкості істотно знижується і проявляється під час венооклюзивного тесту зменшенням інактивації ендотеліального інгібітору тканинного активатора плазміногену (інактивація ІТАП-1 у здорових осіб - 3,4 ±0,14 AU/ml, при стенокардії II ф.кл - 0,1 ±0,19 AU/ml, при стенокардії III ф.кл. – (-2,3±0,15) AU/ml) та зменшенням споживання плазміногену (споживання плазміногену у здорових осіб - 12,0 ±0,31 %, при стенокардії II ф.кл - 4,2±0,32 %, при стенокардії III ф.кл. –(-0,5 ±0,29) %) порівняно зі здоровими особами.
	4. Судинорухова, антикоагулянтна та фібринолізрегулююча функції ендотелію пов’язані між собою, і їх порушення прогресують з наростанням важкості стенокардії напруги одночасно, що було підтверджено в досліджені виявленням між різними показниками цих функцій ендотелію вірогідних кореляційних зв’язків високого ( +rК-Прс2 = 0,70; -rК-PAI1 = 0,72; -rПрС-PAI1,2,3=0,72; 0,71; 0,71; +rPAI-Пл1,2,3=0,74; 0,75; 0,72, p<0,01) та середнього ступеню (+rК-Прс1,3 = 0,65; 0,68; -rК-PAI2,3 = 0,69; 0,67; rК-AT1,2,3 = 0,45; 0,51; 0,47; +rПрС-АТ1,2,3 = 0,47; 0,41; 0,39;-rАТ-PAI1,2,3 = 0,45; 0,41; 0,4, p<0,01).
	5. Лікування периндоприлом в поєднанні з базисною терапією приводить до вірогідного покращення у хворих на стенокардію напруги II та III функціонального класу показників судинорухової функції ендотелію, а саме приросту діаметру плечової артерії (з 5,2±0,23 % до 10,3±0,42 % у хворих з II функціональним класом та з 1,02±0,35 % до 7,2±0,33 % у хворих з III функціональним класом стенокардії) і коефіцієнту чутливості ендотелію до напруги зсуву (на 15,2 % та 24,6 % відповідно) в пробі з потокозалежною реактивною гіперемією плечової артерії, на відміну від пацієнтів, які отримували тільки базисну терапію.
	6. Застосування периндоприлу у поєднанні з базисною терапією у хворих на стенокардію напруги II та III функціонального класу супроводжувалось вірогідним покращенням показників антикоагулянтної та фібринолізрегулюючої функцій ендотелію, а саме зростанням споживання антитромбіну III ( при стенокардії II ф.кл. з 3,1±1,1 % до 8,6±1,3 %, при стенокардії III ф.кл. з0,2±0,5 % до 4,2±1,1 %) та протеїну С ( при стенокардії II ф.кл. з 6,3±0,44 % до 12,6±0,81 %, при стенокардії III ф.кл. з 2,0±0,46 % до 7,7±0,71 %) у відповідь на гіперкоагуляцію, викликану венооклюзивним тестом, а також збільшенням інактивації ендотеліального інгібітору тканинного активатора плазміногену ( при стенокардії II ф.кл. з 0,6±0,34 % до 23,6±0,21 %, при стенокардії III ф.кл. з -12,4±0,39 % до 13,9±0,26 %) та зростанням споживання плазміногену ( при стенокардії II ф.кл. з 4,0±0,32 % до 9,1±0,37 %, при стенокардії III ф.кл. з -0,4±0,14 % до 3,9±0,26 %), на відміну від хворих, які отримували тільки базисну терапію.
 |

 |