

## ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПІД ВПЛИВОМ МЕКСИКОРУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кириченко Н.М.; Ігнатенко Н.А., Гученко І.П., студ. 2-го курсу  
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

В умовах збільшеного гемодинамічного навантаження при гіпертонічній хворобі (ГХ) відбувається ремоделювання серця, початком якого є діастолічна дисфункція лівого шлуночка (ДФЛШ). Результатом декомпенсації міокарду стає виникнення хронічної серцевої недостатності, що суттєво впливає на тривалість і якість життя хворих на ГХ.

**Мета дослідження:** вивчити вплив на ДФЛШ цитопротектору Мексикору у хворих на ГХ.

**Матеріали і методи:** хворі на ГХ II стадії, 2 ступеню, 2 і 3 ступеню ризику були поділені на дві групи: I група (n=23) пацієнти, що в якості антигіпертензивної терапії приймали інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту в поєднанні з тiazидовим діуретиком або індапамідом і II група (n=19) хворі, що у комплексі з вище зазначеним лікуванням отримували Мексикор по 0,1 г три рази на день впродовж 2 місяців. Мексикор має антиоксидантну дію за рахунок зменшення вільно радикальної деградації ендо- та екзогенного оксиду азоту, що зменшує наслідки окислювального стресу та сприяє переходу гібернуючого міокарду в активний стан.

Доплерехокардіографію проводили на апараті Xario SSA-660 ("Toshiba", Японія, 2008) датчиком 2,5 МГц за стандартною методикою на початку терапії, через 2 місяці від початку лікування та через 2 місяці по закінченню прийому Мексикору. Визначали наступні показники ДФ ЛШ: час ізовольомічного розслаблення (IVRT), пікові швидкості трансмітрального потоку ( $V_E$  і  $V_A$ ) та їх співвідношення (E/A), кінцевий діастолічний тиск (КДТ). Хворі були репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

**Результати:** показники ДФ ЛШ на початку лікування: відмічалось збільшення IVRT до  $(0,104 \pm 0,005)$  с у I і до  $(0,105 \pm 0,0048)$  с у II групах у порівнянні з показником здорових, зменшення співвідношення E/A зареєстровано у хворих обох груп до  $(0,86 \pm 0,35)$  та до  $(1,87 \pm 0,38)$ , відповідно у I і II, ніж у здорових, значення КДТ було підвищено до  $(24,8 \pm 1,27)$  мм рт.ст. у хворих I і до  $(25,2 \pm 1,30)$  мм рт. ст. у пацієнтів II групи у порівнянні зі здоровими, що є наслідком гальмування релаксації ЛШ в діастолу.

Через 2 місяці від початку лікування показники ДФ ЛШ у хворих I групи покращилися, але вірогідно не відрізнялись від таких до лікування. У пацієнтів II групи IVRT зменшилось на 20,4% (до  $0,084 \pm 0,004$  с) ( $p < 0,05$ ), спостерігалось вірогідне зниження піку  $V_A$  на 8,6%, збільшення піку  $V_E$  на 9,6%, співвідношення E/A – 20,5%, КДТ знизився на 31,8% (до  $17,29 \pm 0,84$  мм рт. ст.) ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з відповідними показниками I групи.

Після відміни Мексикору на фоні прийому традиційної терапії IVRT, значення піків E і A, співвідношення E/A зберігалось на досягнутому рівні, тоді як у хворих I групи за період спостереження вірогідних змін показників ДФ ЛШ не спостерігалось. Досягненні на 2 місяці лікування розбіжності між досліджуваними показниками у хворих I і II груп зберігалися і на 4 місяці від початку лікування.

**Висновки:** включення до комплексного лікування ГХ цитопротектору Мексикору призводить до більш вираженої позитивної динаміки показників діастолічної дисфункції ЛШ.