**Турубарова-Леунова Наталія Анатоліївна. Особливості стану гемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда і нестабільну стенокардію при проведенні стрес-тестів та під впливом медикаментозних засобів: Дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Буковинська держ. медична академія. - Чернівці, 2002. - 229арк. - Бібліогр.: арк. 184-229**

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

|  |
| --- |
| Турубарова-Леунова Н.А. Особливості стану гемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда і нестабільну стенокардію при проведенні стрес-тестів та під впливом медикаментозних засобів. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 - кардіологія. – Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска АМН України, Київ, 2002.Використано клініко-діагностичний комплекс (стрес-ехокардіографія, черезстравохідна електрокардіостимуляція, велоергометрія) у 257 пацієнтів, яким на догоспітальному етапі був встановлений діагноз гострої коронарної недостатності з метою визначення особливостей стану гемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда і нестабільну стенокардію при проведенні навантажувального антиортостатичного стрес-тесту в залежності від глибини пошкодження серцевого м’язу, типу гемодинаміки, та об’єктивізувати вплив медикаментозних засобів для покращання перебігу захворювання.Об’єктивізовані зміни функціонального стану міокарда, коронарного резерву, прояви ремоделювання та визначені детермінанти перебігу захворювання в залежності від типу гемодинаміки. Проведено порівняльний аналіз антикоагулянтів, антагоністів кальцію, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, блокаторів ангіотензинових рецепторів з оцінкою їх впливу на функціональний стан лівого шлуночка. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Використання клініко-інтрументального діагностичного комплексу (навантажувального антиортостатичного стрес-тесту на фоні ехокардіографії, черезстравохідної електрокардіостимуляції, велоергометрії) обумовлює диференційований підхід до виявлення хворих на гострий інфаркт міокарда та нестабільну стенокардію з розвитком ранньої серцевої недостатності відповідно до особливостей ремоделювання лівого шлуночка, спрямованості гемодинамічних змін та з об’єктивізацією призначення лікарських засобів, що вирішує актуальну задачу сучасної кардіології.
2. В залежності від глибини пошкодження серцевого м’язу вже з перших днів розвитку гострого інфаркту міокарда максимальні об’ємні показники та мінімальні показники скоротливості спостерігаються у хворих з трансмуральним та великовогнищевим інфарктом міокарда, в співставленні з дрібновогнищевим інфарктом міокарда, як в стані спокою, так і після антиортостатичного навантаження.
3. В залежності від спрямованості змін фракції викиду на фоні проведення антиортостатичного навантаження було встановлено, що в групі з позитивними змінами фракції викиду (І тип гемодинаміки) в більшості хворих (80%) реєструється дрібновогнищевий інфаркт міокарда; в групі з відсутніми змінами фракції викиду (ІІ тип гемодинаміки) – зустрічаються однаково часто хворі з дрібновогнищевим (49%) та великовогнищевим інфарктом міокарда (45%), і значно менше з трансмуральним (6%); в групі з негативними змінами динаміки фракції викиду (ІІІ тип гемодинаміки) – навпаки, в більшості хворих діагностується трансмуральний інфаркт міокарда (51,5%), частіше спостерігаються супутня артеріальна гіпертензія (54%), порушення ритму (59%), редукція коронарного резерву.
4. Спостерігається залежність між типом гемодинаміки та типом геометрії лівого шлуночка. У 94% хворих з І типом гемодинаміки реєструється нормальна геометрія лівого шлуночка, яка зберігається за умов антиортостатичного навантаження. При ІІ та ІІІ типах гемодинаміки нормальна геометрія в стані спокою виявляється, відповідно, в 73% та 69% хворих, зростає кількість хворих з ексцентричною гіпертрофією, особливо після антиортостатичного навантаження, відповідно, з 23% до 58% та з 24% до 76% хворих.
5. Призначення надропарину кальцію хворим на гострі коронарні синдроми, на відміну від гепарину, збільшує до 16% кількість хворих з І типом гемодинаміки та покращує коронарний резерв за рахунок підвищення порогової стимуляції при проведенні черезстравохідної електрокардіостимуляції на 5,2% і зменшує сумарну депресію сегмента ST після припинення стимуляції на 27%.
6. На фоні лікування дилтіаземом пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та нестабільною стенокардією збільшується кількість хворих з І типом гемодинаміки від 12% до 64%, а при призначенні амлодипіну - кількість хворих з ІІ типом гемодинаміки від 41% до 91%, на відміну від верапамілу гідрохлорида. Після прийому дилтіазему кількість хворих з нормальною геометрією лівого шлуночка збільшується від 55% до 91% та від 34% до 81% після прийому амлодипіну.
7. Призначення еналаприлу малеата та ірбезартану, на відміну від базисної терапії, попереджає розвиток дилятації та покращує систолічну функцію ЛШ в стані спокою у хворих на гострий інфаркт міокарда. Призначення еналаприлу малеата сприяє збільшенню хворих з І типом гемодинаміки до 9 % та з ІІ типом втричі.
 |

 |