**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. | |