**Запорожець Олег Борисович. Раннє ремоделювання лівого шлуночка (феномен експансії) при гострому інфаркті міокарда: клінічне значення, вплив на внутрішньосерцеву гемодинаміку, медикаментозна корекція : Дис... канд. наук: 14.01.11 – 2003**

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

|  |
| --- |
| **Запорожець О.Б. Раннє ремоделювання лівого шлуночка (феномен експансії) при гострому інфаркті міокарда: клінічне значення, вплив на внутрішньосерцеву гемодинаміку, медикаментозна корекція. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – Кардіологія. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2002.Дисертація присвячена вивченню клінічного значення феномена експансії зони інфарціювання лівого шлуночка при гострому інфаркті міокарда, динаміки його формування, впливу на систолічну і діастолічну функцію лівого шлуночка, ефективності медикаментозної корекції за допомогою препаратів, інгібіруючих систему А ІІ та оптимізації лікування цієї категорії хворих. Обстежено 145 хворих. Показано доцільність раннього з першої доби гострого інфаркта міокарда призначення еналаприла і лосартана у складі комплексної терапії цього захворювання у хворих з раннім ремоделюванням лівого шлуночка, що сприяє попередженню гострої лівошлуночкової недостатності, зворотньому розвитку експансії і покращенню систолічної функції лівого шлуночка. Доведено, що дані ефекти більш виражені у лосартана, ніж у еналаприла. Обгрунтовано, що більш пізнє призначення еналаприла (з четвертої доби) у порівнянні з його раннім призначенням справляє значно менший ефект і не здатно викликати зворотній розвиток експансії. Результати роботи впроваджено в практику кардіологічних відділень Центральної клінічної лікарні м. Києва. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі - визначення клінічного значення експансії зони інфарціювання, її впливу на функціональний стан міокарда і можливостей медикаментозної корекції за допомогою препаратів інгібіруючих систему А ІІ з метою оптимізації лікування цієї категорії хворих. Це наукове питання вирішене шляхом використання доплер ЕхоКГ дослідження у динаміці гострого періоду ГІМ.1. Частота експансії зони інфарціювання серед хворих ГІМ з ГЛШН не більше ІІ класу по T. Killip i J. Kimball, які поступили у перші 12 годин, складає 44,7%. Цей феномен частіше (в 84,2%) розвивається при більш великих розповсюджених передніх ГІМ із залученням верхівки і бокової стінки ЛШ, ніж при задніх і обмежених передньо-перетинкових ГІМ. Його виникнення не залежить від статі, віку, наявності артеріальної гіпертензії, цукрового діабету і гіпертрофії ЛШ.2. Експансії зони інфарціювання значно погіршує перебіг ГІМ, сприяючи збільшенню схильності до розвитку ГЛШН її важкості і стійкості збереження, ектопічних шлуночкових аритмій, включаючи потенційно фатальні, АВ блокад ІІ-ІІІ ст., а також зростання частоти рецидивів ГІМ, що призводить до збільшення госпітальної летальності.3. Експансія зони інфарціювання у 100% випадків формується під час першої доби ГІМ, збільшується за величиною до 4-5 доби (на 25,0% вище вихідної) і в 73,5% є прообразом гострої аневризми ЛШ. У 26,5% хворих вона має зворотній характер, зникаючи після 10-12 доби від початку захворювання.4. Експансія зони ГІМ асоціюється із прогресивним збільшенням КДІ ЛШ у перші 10-12 діб ГІМ, яке зберігається до кінця гострого періоду захворювання і супроводжується стійким зниженням скоротливої здатності міокарда ЛШ за даними кінцево-систолічного індекса скоротливості. При цьому, дилятація ЛШ має, певною мірою, компенсаторне значення, сприяючи збільшенню початково зниженого ударного викиду до 10-12 доби.5. Хворі ГІМ з експансією зони інфарціювання відрізняються від хворих без такої негативною динамікою діастолічої дисфункції ЛШ до 4-5 доби захворювання з формуванням в 26,3% порушення наповнення за рестриктивним типом, що асоціюється із збільшення КДТ ЛШ.6. Раннє, з 1-их діб, призначення хворим з ГІМ з експансією зони інфарціювання еналаприла і лосартана у складі комплексної терапії, у порівнянні з загальноприйнятим лікуванням, сприяє зворотньому розвитку експансії і запобігає розвитку прогресуючої дилятації ЛШ і його гострої аневризми. Це супроводжується покращенням систолічного спорожнення, скоротливості і діастолічного наповнення ЛШ і його гемодинамічним розвантаженням, що сприяє зменшенню частоти і важкості ГЛШН у ранні терміни ГІМ і застійної серцевої недостатності на час виписки.7. При призначенні, з першої доби ГІМ, лосартан справляє більш виражений, у порівнянні з еналаприлом, коригуючий вплив на раннє ремоделювання ЛШ і його систолічну і діастолічну дисфункцію, яка проявляється, головним чином, до 4-5 доби ГІМ і збільшується до кінця його гострого періоду.8. Включення еналаприла до комплексної терапії хворих на ГІМ з екпансією зони інфарціювання у відносно пізні терміни (з 4-ої доби) значно поступається за клінічною і гемодинамичною ефективністю дії ранньому призначенню цього препарату і не здатне викликати зворотній розвиток експансії. |

 |