**Вишнивецький Іван Іванович. Порушення ритму серця у вагітних: характеристика, прогнозування, лікування : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. - Сімф., 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Вишнивецький І.І. Порушення ритму серця у вагітних: характеристика, прогнозування, лікування. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Сімферополь, 2006.  Дисертація присвячена проблемі підвищення якості діагностики, прогнозування і лікування порушень ритму серця у вагітних. Автором на підставі 24-годинного моніторування електрокардіограми встановлено якісні та кількісні характеристики порушень ритму серця у вагітних, що зверталися по кардіологічну допомогу. Встановлено фактори ризику виникнення порушень ритму серця у вагітних: наявність їх до вагітності, наявність серцевої недостатності та синдрому вегетативної дисфункції, збільшення розміру лівого передсердя. На підставі результатів багатофакторного логістичного регресійного аналізу встановлено фактори прогнозування розвитку серцево-судинних ускладнень у вагітних з порушеннями ритму серця: наявність зміненої геометрії лівого шлуночка, його фракція викиду менше 50 %, наявність пароксизмів реципрокних надшлуночкових тахікардій. Розроблено шкалу бальної оцінки ризику серцево-судинних ускладнень у вагітних з аритміями. Визначено ефективність використання різних режимів корекції порушень ритму серця у вагітних. Розроблено і обґрунтовано програму корекції порушень ритму серця у вагітних в II-III триместрах гестації. | |
| |  | | --- | | У дисертації проведене теоретичне узагальнення і досягнуте рішення наукової задачі – у вагітних з порушеннями ритму серця при проспективному спостереженні визначено особливості і встановлено фактори ризику виникнення порушень ритму серця, розроблено критерії прогнозування розвитку серцево-судинних ускладнень, обґрунтовано вибір оптимальної лікувальної тактики.  1. У 74,7 % вагітних, що звертаються по кардіологічну допомогу, виявлено різні порушення ритму серця, які представлені переважно надшлуночковою та шлуночковою екстрасистолією, а також синусовою тахікардією (у 61,7 %, 66,9 % і 23,5 % пацієнток відповідно). У 15,7 % вагітних виявлено різні реципрокні тахікардії (атріовентрикулярну вузлову, атріовентрикулярну за участю додаткових шляхів проведення, передсердну, шлуночкову). У 60,0% вагітних установлений зв’язок порушень ритму серця з передіснуючими захворюваннями серця, у 17,4% – із синдромом вегетативної дисфункції, в інших вагітних значущого зв’язку із супутньою патологією не встановлено.  2. Виявлено особливості, що можуть сприяти розвиткові порушень ритму серця у вагітних: збільшення розмірів камер і товщини стінок серця, збільшення маси міокарда лівого шлуночка, переважання симпатичного тонусу, висока частота синдрому вегетативної дисфункції, високі рівні ситуативної й особистісної тривожності.  3. Встановлено фактори ризику розвитку порушень ритму серця у вагітних: наявність порушень ритму серця до вагітності, серцевої недостатності і синдрому вегетативної дисфункції, а також збільшення індексу розміру лівого передсердя.  4. За даними проспективного спостереження, факторами ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (виникнення порушень системної гемодинаміки, розвитку або збільшення симптомів серцевої недостатності) у вагітних з порушеннями ритму серця з’явилися: наявність зміненої геометрії лівого шлуночка, його фракція вигнання менше, ніж 50 % і наявність стійких пароксизмів реципрокних надшлуночкових тахікардій.  5. Ефективність корекції порушень ритму серця при гестації за допомогою ізольованого застосування немедикаментозних заходів склала 13,0 %, метопрололу разом з немедикаментозними заходами – 74,0 %, етацизіну разом з немедикаментозними заходами – 78,1 %.  6. Встановлено фактори, що підвищують імовірність ефективного лікування порушень ритму серця у вагітних: для ізольованого застосування немедикаментозних заходів – наявність нормальної геометрії лівого шлуночка, відсутність пролапсу мітрального клапана, а також кількість поліморфних шлуночкових екстрасистол менше 1000 на добу; для застосування метопрололу – наявність ознак симпатичної гіперактивності, пролапсу мітрального клапана і тиреотоксикозу, кількість поліморфних шлуночкових екстрасистол менше 7000 на добу; для застосування етацизіну – відсутність гіперсимпатикотонії та наявність пароксизмів реципрокних надшлуночкових і шлуночкових тахікардій. | |