**Ягенський Андрій Володимирович. Постійна форма миготливої аритмії при серцевій недостатності: поширеність, клініко-гемодинамічні детермінанти, кореція частоти серцевих скорочень: дисертація д-ра мед. наук: 14.01.11 / Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 2003.**

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

|  |
| --- |
| Ягенський А.В. Постійна форма миготливої аритмії при серцевій недостатності: поширеність, клініко-гемодинамічні детермінанти, корекція частоти серцевих скорочень. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2003.Дисертація присвячена проблемі постійної миготливої аритмії (ПостМА) у хворих з серцевою недостатністю (СН). Дослідження, проведене серед 976 пацієнтів з СН різної етіології, продемонструвало зв'язок наявності ПостМА з окремими клініко-гемодинамічними показниками, насамперед з віком та розмірами передсердь. Було встановлено, що ПостМА асоціюється з підвищеним ризиком кардіальної смерті та пришвидшенням процесів ремоделювання лівого шлуночка. Були встановлені особливості діастолічного наповнення ЛШ, кровотоку у внутрішній сонній артерії при СН різної етіології з синусовим ритмом та з ПостМА, визначені оптимальні шляхи корекції частоти серцевих скорочень в спокої та при навантаженні. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. На підставі обстеження 976 хворих з серцевою недостатністю в дисертації наведено нове вирішення наукової проблеми, визначена поширеність, клініко-гемодинамічні детермінанти та предиктори постійної форми миготливої аритмії при серцевій недостатності різної етіології, визначена оптимальна тактика корекції частоти серцевих скорочень.
2. Поширеність ПостМА істотно відрізняється при СН різної етіології - найчастіше вона виявляється при ДКМП та вадах серця з ураженням мітрального клапана, найрідше - при ГКМП. Разом з тим, наявність ПостМА визначається не причиною СН, а її гемодинамічними наслідками, перш за все розмірами передсердь, а також віком.
3. За результатами проспективного спостереження незалежними предикторами виникнення ПостМА у хворих з СН виявились лише вік та функціональний клас СН. Пароксизмальна форма миготливої аритмії передує постійній лише у хворих з ревматичними вадами, незалежним чинником, що сприяє трансформації пароксизмальної форми в постійну, крім наявності ревматичної вади, виявився вищий функціональний клас СН.
4. Наявність ПостМА асоціюється із зростанням ризику кардіальної смерті у хворих з СН, однак її негативна прогностична роль у хворих з ревматичними вадами серця не є самостійною, а визначається комплексом взаємних впливів різних клініко-гемодинамічних параметрів, тоді як при СН, не обумовленій вадами, постійна форма миготливої аритмії виявилась незалежним предиктором кардіальної смерті.
5. ПостМА супроводжується більш швидкими темпами приросту розмірів лівих відділів серця у порівнянні з синусовим ритмом, в той час як різниці в динаміці інших параметрів не було виявлено. Основним чинником, який визначає приріст об’єму лівого шлуночка при ПостМА, є висока ЧСС.
6. Важливу роль у діастолічному наповненні лівого шлуночка відіграє активне розслаблення з формуванням присмоктуючого ефекту. Цей ефект зберігається при порушенні розслаблення та зменшується при рестриктивному варіанті діастолічної дисфункції.
7. Вивчення діастолічної функції лівого шлуночка у хворих з ПостМА можливе за допомогою оцінки розподілу швидкостей трансмітрального потоку. Методика дозволяє з великим ступенем точності визначити варіант діастолічної дисфункції у цієї категорії хворих. Динаміка швидкості діастолічного потоку в лівому шлуночку на глибині 3 см від мітрального клапана та час спаду швидкості на рівні його стулок є інформативними маркерами діастолічної дисфункції у хворих з ПостМА.
8. Кровоток у внутрішній сонній артерії при СН тривалий час підтримується на достатньому рівні і мало залежить від стану центральної гемодинаміки. Проте, при важкій СН відбувається як істотне зниження кровотоку, так і більша залежність його від параметрів центральної гемодинаміки внаслідок порушення механізмів авторегуляції.
9. Зниження кровотоку у внутрішній сонній артерії протягом одного серцевого циклу, яке спостерігається при ПостМА, певною мірою компенсується зростанням ЧСС. Механізм авторегуляції та діастолічний потік у внутрішній сонній артерії забезпечують стабільність кровотоку у більшості хворих з ПостМА, незважаючи на притаманні для цього порушення ритму коливання ЧСС та серцевого викиду.
10. Монотерапія дігоксином забезпечує контроль частоти серцевих скорочень при ПостМА лише в спокої, при фізичних навантаженнях цей контроль втрачається. Комбіноване застосування дігоксину з метопрололом, верапамілом чи дилтіаземом дозволяє контролювати ЧСС при ПостМА як в спокої, так і при навантаженнях, але покращення толерантності до навантаження досягається лише при комбінації дігоксину з метопрололом
 |

 |