**Руденко Юлія Володимирівна. Порушення перфузії міокарда після первинних коронарних втручань у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST. : Дис... канд. наук: 14.01.11 - 2009.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Руденко Ю.В. Порушення перфузії міокарда після первинних коронарних втручань у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST. –**Рукопис.  *Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2009.*  Дисертація присвячена вдосконаленню діагностики порушення перфузії міокарда після первинних коронарних втручань у хворих на гострий інфаркт миокарда з елевацією сегмента ST. За даними обстеження 154 хворих на гострий інфаркт миокарда з елевацією сегмента ST у 40,9% з них після первинного коронарного втручання встановлене порушення перфузії міокарда в зоні інфаркту, яке асоціювалось з уповільненням епікардіального кровотока, збільшенням частоти дистальної мікроемболізації, погіршенням поздовжньої функції міокарда лівого шлуночка та гіршими клінічними наслідками захворювання.  Оптимальна перфузія міокарда після первинних коронарних втручань сприяє збільшенню фракції викиду лівого шлуночка та зменшенню кінцеводіастолічного та кінцевосистолічного індексів лівого шлуночка, починаючи з 7-ої–10-ої доби захворювання.  Наявність ангіографічних ознак дистальної мікроемболізації після первинних коронарних втручань асоціюється з гіршими ангіографічними результатами втручань. Спонтанна реканалізація інфаркт-залежної артерії є предиктором досягнення реперфузії міокарда.  Максимальне залишкове відхилення сегмента ST у одному відведенні через 30 хвилин після первинних коронарних втручань є неінвазивним маркером реперфузії міокарда у хворих на гострий інфаркт миокарда з елевацією сегмента ST. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі представлене нове рішення актуального наукового завдання – удосконалення діагностики порушень перфузії міокарда після первинних коронарних втручань у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST з‘ясування її впливу на систолічну функцію лівого шлуночка та визначення інформативних неінвазивних показників реперфузії міокарда.   1. Епікардіальна реперфузія після первинних коронарних втручань у хворих на гострий ІМ з елевацією сегмента ST не супроводжується реперфузією міокарда, за даними ангіографії, у 40,9% випадків, навіть за умови оптимальної прохідності інфаркт-залежної артерії (ступеня TIMI 3) у 32,8% випадків. 2. Для пацієнтів з ангіографічними ознаками порушення МП характерні більший, ніж при реперфузії, час ішемії (на 28,1%), менша частота ангіографічного успіху первинного коронарного втручання за критеріями TIMI, уповільнення швидкості епікардіального кровотока, за даними ангіографії (на 48,4%), та підвищення частоти дистальної мікроемболізації (на 67,5%). 3. Відсутність реперфузії міокарда за даними ангіографії після первинних коронарних втручань спричиняє підвищення частоти гострої лівошлуночкової недостатності в 2,6 разу, рівня госпітальної летальності – до 12,7% (проти 2,2%), смертності до кінця 1 року – до 15,5% (проти 3,8%) та частоти тяжких серцево-судинних подій до кінця 1 року – в 2,5 разу порівняно з хворими з адекватною міокардіальною перфузією. 4. Досягнення реперфузії міокарда після первинних коронарних втручань не тільки сприяє зменшенню кінцево-діастолічного індексу лівого шлуночка (на 12,3%) та підвищенню його систолічної функції (на 14,3%) к 21-ої добі ІМ, а й запобігає пізній дилатації порожнини лівого шлуночка, яка розвивається до кінця 1 року у хворих з раннім порушенням міокардіальної перфузії. 5. Порушення міокардіальної перфузії після первинних коронарних втручань асоціюється з більш вираженим, ніж у хворих з реперфузією міокарда, зниженням скоротливої функції лівого шлуночка у поздовжньому напрямку, за даними імпульсної тканинної допплерехокардіографії, на 2-гу–3-тю добу ІМ при порівнянній глобальній систолічній функції лівого шлуночка та з уповільненням її відновлення впродовж гострого періоду захворювання. 6. Дистальну мікроемболізацію після первинних коронарних втручань визначають у 30,5% хворих на гострий ІМ. Вона асоціюється з уповільненням епікардіального кровотока, за даними ангіографії (на 45,6%), збільшенням частоти порушень міокардіальної перфузії у 2,3 разу, розвитком аневризми лівого шлуночка в 4 рази, проте не впливає на рівень госпітальної летальності. 7. Спонтанна реканалізація інфаркт-залежної артерії з антеградним кровотоком ступеня TIMI 2 у хворих на гострий ІМ сприяє підвищенню частоти досягнення реперфузії міокарда на 25,8%, у тому числі за рахунок зменшення частоти дистальної мікроемболізації на 53,7%, і асоціюється зі зниженням рівня госпітальної летальності та частоти гострої лівошлуночкової недостатності. 8. Інформативним раннім маркером міокардіальної реперфузії у хворих на гострий ІМ через 30 хвилин після первинного коронарного вручання є максимальне залишкове відхилення сегмента ST у одному відведенні 0,2 мВ (чутливість – 70,5%, специфічність – 72,9%). | |