**Поленова Наталія Сергіївна. Характеристика структурно-функціонального стану апарату мітрального клапану у хворих з постінфарктним кардіосклерозом. : Дис... канд. наук: 14.01.11 - 2007.**

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

|  |
| --- |
| **Поленова Н.С. Характеристика структурно-функціонального стану апарату мітрального клапану у хворих з постінфарктним кардіосклерозом. –**Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Національний науковий центр „Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска” АМН України, Київ, 2007.Дисертацію присвячено дослідженню структурно-функціонального стану апарату МК при МР у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, їх асоціацію з процесами ремоделювання ЛШ, розвитком порушень внутрішньосерцевої гемодинаміки і формуванням СН.Дисертація базується на комплексному дослідженні 120 хворих з постінфарктним кардіосклерозом, у яких на підставі дослідження трансторакальної ехокардіографії та доплерографії вивчено структурні зміни апарату МК, частоту розвитку та ступінь МР. У роботі представлена комплексна оцінка порушень систолічної і діастолічної функції ЛШ та змін геометрії лівих відділів серця при різному ступені МР у хворих з постінфарктним кардіосклерозом. Проведена оцінка функціонального стану серця у хворих з постінфарктним кардіосклерозом при різному ступені МР. На підставі даних встановлено, що МР є предиктором розвитку ускладнень та несприятливого прогнозу у пацієнтів після гострого ІМ. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації представлено нове рішення науково-практичної задачікардіології – визначено значення діагностики змін апарату МК і оцінки ступеня МР для структурно-функціональної перебудови ЛШ і ЛП у хворих з постінфарктним кардіосклерозом на основі показників комплексної трансторакальної ехокардіографії та доплерографії.1. У хворих з постінфарктним кардіосклерозом за даними трансторакальної ехокардіографії структурні зміни апарату МК виявлені у 55*%* випадків у вигляді ущільнення, фіброзу, кальцинозу стулок і атриовентрикулярного кільця, дилатації мітрального кільця або їх комбінації. Встановлено, що збільшення ступеня МР у хворих з постінфарктним кардіосклерозом асоціюється з більшою частотою виявлення структурних змін МК: у більшості хворих (60,9*%*) з 0-І ст. МР мітральний клапан був анатомічно не змінений, у хворих з важкою МР ущільнення стулок МК виявлено у 90*%*, ущільнення мітрального кільця – у 80*%*, фіброз стулок МК у 50*%* хворих.
2. Виявлено, що серед пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозомМР ІІ-IV ст. зустрічається у 70,8*%* пацієнтів. Легка (0-І ст.) МР була виявлена у 29,2*%* пацієнтів, при цьому достовірно частіше виявлялась помірно виражена (ІІ ст.) МР – 43,3*%* – в порівнянні з вираженою (III ст.) і важкою (IV ст.) МР: 19,2і 8,3*%* відповідно.
3. За наявності структурних змін апарату МК у хворих, що перенесли Q-ІМ передньої та задньої локалізації виявлено погіршення скоротливої здатності ЛП, про що свідчить зниження величини ФВ (відповідно на 8,4 і 15,7*%*), СІС (відповідно на 8,8 і 12,1*%*), а також погіршення кондуїтної функції – порушення індексу пасивного спорожнення ЛП – величини ВКО (відповідно на 15,5 і 23,4*%*).
4. Встановлено, що у хворих з постінфарктним кардіосклерозом передньої та задньої локалізації, зі структурними змінами МК відбувається збільшення порожнини ЛШ, порушення його систолічної і глобальної функції, про що свідчить зниження величини ФВ (відповідно на 8,1 і 3,9*%*), КСТ/КСО (відповідно на 19,4 і 20,5*%*), збільшення величини ІФМ (на 11,9 і 10,5*%* відповідно) в порівнянні з такими без змін апарату МК. По мірі збільшення ступеня МР зростає частота розвитку діастолічної дисфункції за рестриктивним типом, відбувається сферизація порожнини ЛШ, зі зниженням його скоротливої функції, а також структурно-функціональна перебудова ЛП, що приводить до змін геометрії лівих відділів серця.
5. Визначено, що у хворих з постінфарктним кардіосклерозом збільшення ступеня МР асоційовано зі зниженням толерантності до фізичного навантаження та збільшенням ФК (NYHA) СН, про що свідчить достовірне зниження середньої величини потужності виконаного навантаження хворими з ІІ-ІV ст. МР ((76,9±2,2), (63,0±4,2), (40,0±5,8) Вт відповідно) в порівнянні з такими ((83,6±2,7) Вт) у хворих з 0-І ст. МР.
6. Встановлено, що виявлення у пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом важкої МР є несприятливим прогностичним чинником, про що свідчить достовірне збільшення через 1 рік спостереження кількості хворих, що досягли КТ (ФП та частота госпіталізації з приводу СН) на 44,4*%*, в порівнянні з такими з помірною МР.

**Практичні рекомендації**1. Наявність вираженої і важкої МР у пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом є незалежним чинником ризику несприятливого прогнозу, що підвищує ризик виникнення фібриляцій передсердь та повторних госпіталізацій пацієнтів з приводу СН.2. З метою оцінки структурних змін апарату МК і спостереження за прогресуванням МР у пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом рекомендується проведення повторної доплерівської ЕхоКГ 1 раз на рік – при І-ІІ ст. МР, кожні 6 місяців – при ІІІ-ІV ст. МР незалежно від клінічного стану і наявності скарг у пацієнтів.3. Для визначення ранньої СН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом при МР необхідно визначати параметри систолічної (ФВ, СІС), резервуарної (КДО, КСО) та кондуїтної (КО, ВКО) функції ЛП. |

 |