**Лапшин Олекса Вікторович. Прогнозування характеру перебігу гострого інфаркта міокарда та його ускладнень за допомогою математичного моделювання: Дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2002. - 245арк. - Бібліогр.: арк. 183-208.**

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

|  |
| --- |
| **Лапшин О.В. Прогнозування характеру перебігу гострого інфаркту міокарда та його ускладнень за допомогою математичного моделювання.**- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 - кардіологія. - Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, 2002.В дисертації представлено дані щодо встановлення основних предикторів різних варіантів ускладненого перебігу гострого інфаркту міокарда, а також неускладненого перебігу. На підставі встановлення кореляційних співвідношень проведено побудову прогностичних моделей за допомогою методу лінійної регресії. Перевірка створених прогностичних моделей проводилася як на “ретроспективній” вибірці так і на незалежних проспективних популяціх. Показано високу прогностичну точність запропонованих формул для встановлення високого, помірного та низького ризику щодо прогнозованих кінцевих точок. В роботі також встановлено високу кореляцію між претестової ризиком кінцевих точок, що пов’язані з лівошлуночковою дисфункцією, та параметрами внутрішньосерцевої гемодинаміки. Підтверджено прогностичне значення такого неінвазивного методу оцінки ступеню некрозу міокарда, як електрокардіографічний бал Сельвестра. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Прогнозування перебігу гострого інфаркту міокарда з поденною корецією прогностичних індексів дозволяє з високою точкністю встановити індивідуалізоване значення ризику щодо виникнення основних ускладнень, а отже сприятиме підвищенню наукової обгрунтованності та оптимізації поточних лікувально-діагностичних заходів.
2. Основними предикторами неускладненого перебігу ГІМ протягом періоду госпіталізації є такі фактори, як наявність ГЛШН класу Killip I при поступленні, відсутність або помірні прояви ХСН при поступленні, бал Сельвестра не вище 4, QTс не більше 0,43 с, вік молодший за 57 років, діагноз нетрансмурального ГІМ при поступлені, відсутність елевації сегменту ST на ЕКГ при поступленні, діастолічний артеріальний тиск 80 мм рт. ст. або більше, систолічний артеріальний тиск 140 мм рт. ст. або більше, сумарне зміщення сегменту ST до 2 мм на ЕКГ при поступленні, ЧСС на рівні 80 уд/хв або менше, пульсовий тиск 60 мм рт. ст. або більше, час від моменту початку симптоматики до поступлення у межах 18-72 годин, систолічний шум на верхівці при поступленні.
3. Основними предикторами смерті при протягом періоду госпіталізації є такі фактори, як ЧСС на рівні 80 уд/хв і більше, бал Сельвестра (7), ДАТ менше за 80 мм рт.ст., наявність значних проявів ХСН (ФК ІІ-IV), сумарне зміщення сегменту ST від ізолінії (9 мм), ГЛШН класу Killip IІ і вище, похилий вік (>66 років), сумарна елевація сегменту ST на 12 мм і більше, наявність захворювання ШКТ у анамнезі, знижений САТ (120 мм рт.ст.).
4. Основними предикторами комбінованої кінцевої точки смерті / нефатального реінфаркту при ГІМ протягом періоду госпіталізації є такі фактори, як низький ДАТ (<80 мм рт. ст.), наявність значних проявів ХСН (ФК ІІ-IV), похилий вік (>73 років), наявність захворювання ШКТ у анамнезі, високий бал Сельвестра (>3), сумарне зміщення сегменту ST на ЕКГ при поступленні 9 мм, ЧСС > 80 уд/хв, елевація сегменту ST на ЕКГ при поступленні 12 мм, загальна кількість патологічних зубців Q та QS на ЕКГ при поступленні > 2.
5. Основними предикторами комбінованої кінцевої точки смерті / нефатального реінфаркту / постінфарктної стенокардії при ГІМ протягом періоду госпіталізації є такі фактори, як час від початку виникнення симптоматики до поступлення > 72 год, тривалість інтервалу QT0,43 с, шлуночкова екстрасистолія, наявність значних проявів ХСН (ФК ІІ-IV), високий бал Сельвестра ( 7), ГЛШН класу Killip II і вище, низький ДАТ (< 80 мм рт. ст.), наявність захворювання ШКТ у анамнезі, діагноз трансмурального ГІМ при поступленні, сумарне зміщення сегменту ST 9 мм від ізолінії.
6. Основними предикторами комбінованої кінцевої точки хронічної серцевої недостатності / аневризми лівого шлуночка / набряку легень при ГІМ протягом періоду госпіталізації є такі фактори, як наявність значних проявів ХСН (ФК ІІ-IV) у анамнезі, бал Сельвестра на ЕКГ при поступленні (>6), сумарне зміщення сегменту ST понад 8 мм, вік (> 66 років), загальна кількість патологічних зубців Q та QS на ЕКГ при поступленні, загальна кількість зубців QS на ЕКГ при поступленні (> 1), ГЛШН класу Killip II і вище при поступленні, сумарна елевація сегменту ST > 4 мм на ЕКГ при поступленні, сумарна депресія сегменту ST на ЕКГ при поступленні > 5 мм, низький ДАТ (<80 мм рт.ст.), висока ЧСС (> 80 уд/хв), наявність захворювання ШКТ у анамнезі.
7. Основними предикторами комбінованої кінцевої точки - нова хронічна серцева недостатність / кардіогенний шок / набряк легень при ГІМ протягом періоду госпіталізації є такі фактори, як бал Сельвестра > 5, висока ЧСС > 80 уд/хв, час від початку симптоматики до поступлення < 18 годин, ГЛШН класу Killip II і вище, низький ДАТ (< 80 мм рт.ст.), сумарна депресія сегменту ST на ЕКГ при поступленні (> 5 мм), похилий вік (> 73 років).
8. Розроблені прогностичні моделі з врахуванням виявлених предикторів різних варіантів перебігу ГІМ дозволяють ідентифікувати групи високого ризику виникення таких ускладнень, як смерть (при значенні КТ(С)>0,43), смерть / нефатальний реінфаркт (КТ1>0,42), смерть / нефатальний реінфаркт / постінфарктна стенокардія (КТ2>0,6), хронічна серцева недостатність / аневризма лівого шлуночка / набряк легень (КТ3>0,51), нова хронічна серцева недостатність / кардіогенний шок / набряк легень (КТ4>0,42), а також групу високої ймовірності неускладненого перебігу (КТ(НУ)>0,63). Високу точність прогностичних моделей підтверджено на незалежних вибірках хворих з ГІМ.
9. Розроблені прогностичні моделі з врахуванням виявлених предикторів різних варіантів перебігу ГІМ дозволяють ідентифікувати групи помірного і низького ризику виникення таких ускладнень, як смерть (помірний - при значенні КТ(С)=0,3-0,43, низький - при КТ(С)<0,3), смерть / нефатальний реінфаркт (КТ1=0,3-0,42, низький - при КТ1<0,3), смерть / нефатальний реінфаркт / постінфарктна стенокардія (КТ2=0,5-0,6, низький - при КТ2<0,5), хронічна серцева недостатність / аневризма лівого шлуночка / набряк легень (КТ3=0,3-0,51, низький - при КТ3<0,3), нова хронічна серцева недостатність / кардіогенний шок / набряк легень (КТ4=0,2-0,42, низький - при КТ4<0,2), а також груп помірної та низької ймовірності неускладненого перебігу (помірна ймовірність при значенні КТ(НУ)=0,4-0,63, низька - при КТ(НУ)<0,4). Високу точність прогностичних моделей підтверджено на незалежних вибірках хворих з ГІМ.
10. Підтверджено, а щодо низки кінцевих точок - вперше встановлено, важливе прогностичне значення таких нових прогностичних факторів як електрокардіографічний бал Сельвестра та похідні показники (для неускладненого перебігу, смерті, постінфарктної стенокардії, КТ1, КТ2, КТ3, КТ4).
 |

 |