**Білонько Оксана Феліксівна. Вплив прогресуючої та ранньої постінфарктної стенокардії на перебіг постінфарктного кардіосклерозу у хворих на гіпертонічну хворобу (клініко- інструментальні особливості, предиктори прогнозування нестабільного перебігу): дисертація канд. мед. наук: 14.01.02 / Івано-Франківська держ. медична академія. - Івано-Франківськ, 2003**

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

|  |
| --- |
| Білонько О.Ф. - Вплив прогресуючої та ранньої постінфарктної стенокардії на перебіг постінфарктного кардіосклерозу у хворих на гіпертонічну хворобу (клініко-інструментальні особливості, предиктори прогнозування нестабільного перебігу). – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби. Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ, 2003.Дисертація присвячена дослідженню клініко-інструментальних особливостей перебігу постінфарктного кардіосклерозу у хворих на гіпертонічну хворобу з передінфарктною прогресуючою та ранньою постінфарктною стенокардією в анамнезі, предикторів несприятливого прогнозу у даної категорії хворих. При наявності епізодів безбольової ішемії міокарда понад 7,2 хв на добу за даними холтерівського моніторування ЕКГ; збільшенні екстрасистолічного індексу шлуночкової екстрасистолії понад 3,4; іКДР лівого шлуночка понад 3,14 см/м2 та зменшенні стандартного середньоквадратичного інтервалу R-R в нічний час менше 50,4 мс слід очікувати несприятливий прогноз в 63% хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з пост-інфарктним кардіосклерозом. При збільшення індексу кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка більше 3,7 см/м2; екстрасистолічного індексу шлуночкових екстрасистол більше 4,11; показника співвідношення симпатичної/парасимпатичної нервової системи в нічний час (LF/HF) більше 2,6; нічного індексу більше 0,24 та зменшенні приросту низькочастотної компоненти спектру (LF) менше 0,11 на фоні проведення активної ортостатичної проби слід очікувати летальний кінець протягом 2,5-3 років після перенесеного інфаркту міокарда у 70% хворих на гіпертонічну хворобу. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В роботі узагальнено теоретичні та практичні особливості перебігу ГХ у поєднанні з ІХС, постінфарктним кардіосклерозом з ПС та РПС в анамнезі. За даними дослідження встановлені гемодинамічні, вегетативні та електрофізіологічні предиктори несприятливого прогнозу у даної категорії хворих.
2. У обстежених хворих з РПС в анамнезі за даними ЕКГ-дослідження визначаються ознаки структурних і електрофізіологічних змін міокарда лівого шлуночка, що характеризуються достовірно більшим відсотком гіпертрофії лівого шлуночка ІІ типу, достовірним подовженням тривалості та дисперсії інтервалів QRS і QT.
3. За даними холтерівського моніторування ЕКГ у хворих на ГХ у поєднанні з ІХС, постінфарктним кардіосклерозом з РПС в анамнезі визначаються порушення структури добової ЧСС (достовірне збільшення ЧССакт, ЧССніч, дисперсії ЧССніч, нічного індексу та зменшення циркадного індексу), ознаки електричної нестабільності міокарда шлуночків та передсердь (достовірне збільшення кількості суправентрикулярних, вентрикулярних екстрасистол та їх градації) і збільшення тривалості епізодів ішемії (достовірне збільшення тривалості ББІМ за добу та під час сну, зменшення циркадного індексу ББІМ). У хворих з ПС виявляється достовірно менша кількість вентрикулярних екстрасистол.
4. У хворих з РПС за даними оцінки ВРС спостерігається достовірне збільшення тонусу симпатичної нервової системи як в нічний, так і в активний період доби, порушення фізіологічної циркадності показників ВРС, зниження вагусної забезпеченості та симпатоадреналової реактивності. Поряд з цим, у хворих з ПС визначається достовірне збільшення тонусу парасимпатичної нервової системи в нічний час, нормальна фізіологічна циркадність показників ВРС, адекватна парасимпатична забезпеченість та симпатоадреналова реактивність на тлі активної ортостатичної проби.
5. За даними ЕхоКС у хворих з РПС спостерігається достовірне збільшення розмірів, об’ємів лівого шлуночка та погіршення його скоротливої здатності, що призводить до формування ексцентричної моделі лівого шлуночка в післяінфарктному періоді. У хворих з ПС достовірних змін показників функціонального стану та характеру структурного ремоделювання лівого шлуночка не визначається.
6. При ГХ у поєднанні з ІХС, постінфарктним кардіосклерозом до групи ризику з несприятливим прогнозом слід відносити хворих, у яких визначаються епізоди ББІМ понад 7,2 хв на добу; збільшення екстрасистолічного індексу шлуночкових екстрасистол понад 3,4; іКДР ЛШ понад 3,14 см/м2 та зменшення SDNN у нічний час менше 50,4 мс. Хворі, у яких при інструментальному дослідженні визначається збільшення іКДР ЛШ більше 3,7 см/м2; екстрасистолічного індексу шлуночкових екстрасистол більше 4,11; LF/HF більше 2,6; нічного індексу більше 0,24 та зменшення приросту LF менше 0,11 на фоні проведення активної ортостатичної проби, складають групу ризику високої смертності протягом 2-3 років після перенесеного гострого ІМ.
 |

 |