**Бабченко Роман Анатолійович. Варіабельність ритму серця у хворих, які перенесли Q-інфаркт міокарда, з артеріальною гіпертензією: дисертація канд. мед. наук: 14.01.11 / Запорізький держ. медичний ун-т. - Запоріжжя, 2003**

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

|  |
| --- |
| **Бабченко Р. А. Варіабельність ритму серця у хворих, які перенесли Q-інфаркт міокарда, з артеріальною гіпертензією.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, 2003.Встановлено, що у хворих, які перенесли Q-інфаркт міокарда, з артеріальною гіпертензією виникає вегетативна дисфункція, яка характеризується вираженою стресорною напругою вегетативної регуляції з превалюванням тонусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи і значним зниженням парасимпатичної активності. Доведено, що ступінь вегетативної дисфункції вище у ранній період захворювання і тісно корелює з локалізацією Q-інфаркту міокарда і величиною фракції викиду лівого шлуночка. Встановлено, що незважаючи на те, що обробка 5-хвилинних ділянок ЕКГ з метою вивчення варіабельності ритму серця демонструє ті ж самі тенденції, що й аналіз 24-годинного запису, ці дані не можна поєднувати в рамках однієї групи, а при порівнянні результатів, отриманих при обробці різних за тривалістю ділянок ЕКГ, необхідно враховувати їх залежність від часу доби, коли вони були отримані. Обґрунтована доцільність використання аналізу ВРС у хворих, які перенесли Q-інфаркт міокарда, з артеріальною гіпертензією для оцінки ефективності проведеної медикаментозної терапії та її можливої корекції. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Характер порушень нервово-гуморальної регуляції серцевої діяльності та, у першу чергу, функції вегетативної нервової системи є важливим критерієм оцінки ефективності проведеної терапії у хворих, які перенесли Q-інфаркт міокарду, з артеріальною гіпертензією на різних етапах їх реабілітації.
2. Починаючи з 20-25 доби захворювання у підгострому періоді Q-інфаркту міокарда за даними аналізу варіабельності ритму серця у хворих з артеріальною гіпертензією виникає порушення нервово-гуморальної регуляції серцевого ритму, яке виявляється зменшенням впливу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи (зниження потужності спектра в ділянці високих частот (HF) до 76,8 ± 13,9 мс2 і середньоквадратичного відхилення різниці послідовних RR-інтервалів (rMSSD) до 29,2 ± 11,7 мс), що супроводжується розвитком вегетативної дисфункції зі значною перевагою активності симпатичного відділу ВНС (відношення потужності спектра в ділянці низьких частот до потужності спектра в ділянці високих частот LF/HF – 2,12 ± 0,16).
3. Після 3-4 місяців з початку захворювання у ранньому післяінфарктному періоді Q-інфаркту міокарда у хворих з артеріальною гіпертензією у порівнянні з підгострим періодом відбувається підвищення ефективності автономного нервового контролю і зменшення ступеню вегетативного дисбалансу, яке відбивається в помірному збільшенні показників варіабельності ритму серця (стандартного відхилення RR-інтервалів (SDNN) – до 82,3±15,3 мс (на 27,5%); середньоквадратичного відхилення різниці послідовних RR-інтервалів (rMSSD) – до 53,8 ± 17,4 мс (на 45,8%); потужності спектра в ділянці дуже низьких частот (VLF) – до 490,9 ± 30,4 мс2(на 14,7%); потужності спектра в ділянці низьких частот (LF) – до 204,4 ± 17,0 мс2(на 20,6%); потужності спектра в ділянці високих частот (HF) – до 133,4 ± 14,9 мс2(на 42,5%)); при цьому, в основному за рахунок відновлення парасимпатичного тонусу, значення показника LF/HF наближається до норми.
4. Через 1-5 років після перенесеного Q-інфаркту міокарда у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом та артеріальною гіпертензією більшість показників варіабельності ритму серця виявляються вірогідно вищими, ніж у їх здорових однолітків (середньоквадратичне відхилення різниці послідовних RR-інтервалів (rMSSD) – на 14,7%; потужність спектра в ділянці дуже низьких частот (VLF) – на 10,4%; потужність спектра в ділянці низьких частот (LF) – на 14,2%; потужність спектра в ділянці високих частот (HF) – на 21,1%).
5. На 20-25 добу з моменту виникнення Q-інфаркту міокарда у хворих з артеріальною гіпертензією, динаміка показників варіабельності ритму серця залежить від локалізації інфаркту міокарда і фракції викиду лівого шлуночка і не залежить від рівня артеріального тиску та індексу маси міокарда лівого шлуночка.
6. Дилтіазем у підгострому та ранньому післяінфарктному періодах Q-інфаркту міокарда у хворих з артеріальною гіпертензією за даними аналізу варіабельності ритму серця, сприяє відновленню нейрогуморальної регуляції серцевої діяльності (збільшення значення стандартного відхилення RR-інтервалів (SDNN) на 24,2% до рівня 77,7 ± 2,24 мс, середньоквадратичного відхилення різниці послідовних RR-інтервалів (rMSSD) на 38,9% до рівня 46,9 ± 3,08 мс, потужності спектра в ділянці дуже низьких частот (VLF) на 19,6% до рівня 520,2 ± 7,10 мс2, потужності спектра в ділянці низьких частот LF на 25,8% до рівня 220,0 ± 7,70 мс2, потужності спектра в ділянці високих частот HF на 36,1% до рівня 122,3±6,71 мс2, та зменшення показника LF/HF на 14,7% до рівня 1,80 ± 0,10).
7. Небіволол у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом та артеріальною гіпертензією позитивно впливає на показники варіабельності ритму серця, нормалізуючи вегетативну регуляцію серцевої діяльності за рахунок пригнічення надлишкового симпатичного тонусу (зниження значення потужності спектра в ділянці дуже низьких частот (VLF) на 11,4%; потужності спектра в ділянці низьких частот (LF) – на 13,2%; зменшення показника LF/HF на 6,3%), нормалізує підвищений артеріальний тиск та покращує симптоматику ішемічної хвороби серця (зниження потреби у нітратах, збільшення толерантності до фізичних навантажень, зменшення кількості стенокардитичних нападів та інтенсивності загрудинного болю).
8. 5-хвилинні показники варіабельності ритму серця, отримані в денний час доби у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом та артеріальною гіпертензією, вірогідно відрізняються від аналогічних середньодобових.
 |

 |