**Дикуха Ігор Сергійович. Роль екстракардіальних чинників у розвитку порушень серцевого ритму та їх медикаментозна корекція у хворих на ішемічну хворобу серця з початковим коронарним атеросклерозом : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2006. — 216арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 169-193.**

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

|  |
| --- |
| **Дикуха І.С. Роль екстракардіальних чинників у розвитку порушень серцевого ритму та їх медикаментозна корекція у хворих на ішемічну хворобу серця з початковим коронарним атеросклерозом. — Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наукза спеціальністю 14.01.11 — кардіологія. Національний медичний університетімені О.О. Богомольця, Київ, 2006.Дисертація присвячена проблемі патогенезу порушень серцевого ритмуу хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з початковим коронарним атеросклерозом. На підставі вивчення вегетативного тонусу, вегетативної забезпеченості, обміну фосфоліпідів та вищих жирних кислот клітинних мембран міокарда й еритроцитів у хворих на ІХС встановлений зв’язок порушень серцевого ритму як з кардіальними (ішемія міокарда), так і з екстракардіальними (розлади вегетативної регуляції та порушення ліпідного обміну) чинниками.Показано, що порушення серцевого ритму у хворих на ІХС з початковим коронарним атеросклерозом не залежать від локалізації односудинного ураження, але частота та тяжкість аритмій закономірно зростають із збільшенням кількості уражених коронарних магістралей. Встановлено глибокі розлади b-окислення вищих жирних кислот у мітохондріях кардіоміоцитів. Виявлено кореляційні зв’язки між окремими порушеннями серцевого ритму і зсувамиу жирнокислотному спектрі мембран міокардіоцитів та еритроцитів. Перевірена доцільність лікування ІХС на стадії початкового коронарного атеросклерозуb-адреноблокаторами. Доведено, що у таких хворих більш ефективнимє комбінований 1,b1,2-адреноблокатор карведілол. |

 |
|

|  |
| --- |
| На підставі вивчення вегетативного тонусу, вегетативної забезпеченості, обміну фосфоліпідів і вищих жирних кислот клітинних мембран міокардай еритроцитів у хворих на ішемічну хворобу серця з початковим коронарним атеросклерозом встановлено зв’язок порушень серцевого ритму з кардіальними (ішемія міокарда) та з екстракардіальними (розлади вегетативної регуляціїта порушення ліпідного обміну) чинниками, обґрунтовано доцільність призначення комбінованого 1,1,2-адреноблокатора карведілолу хворимцієї категорії.1. Порушення серцевого ритму у хворих на ІХС з початковим коронарним атеросклерозом виникають у 55,8% випадків, причому у 9,3% з них спостерігається надшлуночкова екстрасистолія, у 7% — шлуночкова екстрасистолія, а у 83,7% — поєднання цих аритмій. Порушення серцевого ритму у хворих на ІХС з початковим коронарним атерсоклерозом не залежать від локалізації односудинного ураження, але частота та тяжкість аритмій закономірно зростають зі збільшенням кількості уражених коронарних артерій.
2. У хворих на ІХС з початковим коронарним атеросклерозом збільшення кількості шлуночкових екстрасистол відбувається за 10–15 хвилин до початку епізоду ішемії міокарда та супроводжується активацією обох відділів вегетативної нервової системи з переважанням симпатичних впливів.Другий пік шлуночкової екстрасистолічної активності спостерігається через20–30 хвилин після закінчення ішемічного епізоду, супроводжується пригніченням вегетативних впливів та може бути пов’язаний з реперфузійними процесами в ішемізованих ділянках міокарда.
3. Більшість хворих на ІХС з початковим коронарним атеросклерозом (62,8%),у яких спостерігаються аритмії, страждають на вегетативну дисфункцію. Найбільш часто зустрічаються симптоми підвищеної чутливості до жариабо духоти (72,1%), розлади нічного сну (79,1%), швидка втомлюваністьі лабільність настрою (62,7%). У них спостерігається посилення тонусу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи на фоні активації симпатичних впливів, що, з одного боку, призводить до значного (в 10 разів) збільшення HFp, помірного підвищення RMSSD та pNN50, з іншого —до зростання LFp (у 2,3 раза). 63,2% таких хворих мають симпатикотонію, 26,3% — парасимпатикотонію. Надлишкова вегетативна забезпеченість (підвищення кліноортостатичного індексу лабільності) пов’язана у нихіз частотою шлуночкової екстрасистолії (r=0,65; р=0,01).
4. Вивчення біоптатів міокарда показало, що добова кількість шлуночкових екстрасистол у хворих на ІХС з вираженим коронарним атеросклерозом тісно пов’язана з такими порушеннями в фосфоліпідному складі мембран міокардіоцитів, як накопичення вільного холестерину (r=0,49; р=0,04), лізофосфатидилхоліну (r=0,93; р=0,001) та лізофосфатидилетаноламіну (r=0,93; р<0,001), а також зі змінами жирнокислотної компоненти мембранних фосфоліпідів, що проявляється накопиченням пальмітолеїнової кислоти (r=0,93; р=0,001); а добова кількість надшлуночкових екстрасистол у цих хворих пов’язана з накопиченням у міокарді неестерифікованої в фосфоліпіди докозапентаєнової кислоти (r=0,97; p<0,001).
5. Добова кількість шлуночкових екстрасистол у хворих на ІХС з початковим коронарним атеросклерозом пов’язана з накопиченням в мембранах еритроцитів пальмітинової (r=0,62; р=0,05) та ейкозатриєнової кислот (r=0,77; р=0,01), а добова кількість надшлуночкових екстрасистол — зі зменшеннямв мембранах еритроцитів вмісту олеїнової кислоти (r=-0,49; p=0,05).
6. Комбінований 1,1,2-адреноблокатор карведілол у хворих на ІХС з початковим коронарним атеросклерозом та порушеннями серцевого ритму зменшує загальну кількість екстрасистол у 2,4 раза. Кількість шлуночкових екстрасистол зменшується в 2,2 раза, а кількість надшлуночкових — в 2,8 раза. Антиаритмічний ефект карведілолу у цих хворих пов’язаний як з його протиішемічною активністю (добова тривалість ішемії міокарда зменшуєтьсяв 2,8 раза), так і зі зменшенням вмісту в мембранах еритроцитів проаритмогенної ейкозатриєнової кислоти (на 81,8%), посиленням парасимпатичних впливів та зменшенням стресорної активації вегетативної регуляції.
 |

 |