**Сороківський Михайло Степанович. Надшлуночкові аритмії у хворих на гострий інфаркт міокарда: частота виникнення, предиктори, клінічний перебіг, госпітальний прогноз : дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 155арк. : табл. — Бібліогр.: арк. 137-155.**

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

|  |
| --- |
| **Сороківський М.С. Надшлуночкові аритмії у хворих на гострий інфаркт міокарда: частота виникнення, предиктори, клінічний перебіг, госпітальний прогноз. - 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, 2006.**Мета дослідженняполягала вобґрунтуванні методів оцінки ризику та ведення хворих на ГІМ, ускладнений надшлуночковими аритміями, на основі вивчення частоти їх виникнення, особливостей стану гемодинаміки, клінічного перебігу, ефективності засобів профілактики та лікування.Визначено, що частота виникнення пароксизмальних НША у хворих на ГІМ становить 9,61% і є більшою від частоти виникнення стійких шлуночкових тахікардій та атріовентрикулярної блокади ІІ і ІІІ ступеня. Найчастіше серед пароксизмальних НША зустрічається пароксизмальна фібриляція передсердь. Доведено, що незалежними предикторами розвитку пароксизмальних НША є старший вік пацієнта, інфаркт міокарда з зубцем Q, більший діаметр лівого передсердя та нижча фракція викиду лівого шлуночка. У пацієнтів з ГІМ, ускладненим пароксизмальними НША, спостерігається частіший розвиток інших ускладнень гострого інфаркту міокарда та вища госпітальна летальність, порівняно з такими ж пацієнтами без пароксизмальних НША. З’ясовано, що використання тромболітичної терапії зменшує частоту виникнення пароксизмів НША, а застосування -адреноблокаторів та інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту в ранні терміни інфаркту міокарда дозволяє зменшити імовірність виникнення пароксизмів НША у хворих на ГІМ після п’ятого дня від початку захворювання. |

 |
|

|  |
| --- |
| Проведене дослідження дозволило обґрунтувати методи оцінки ризику та ведення хворих на гострий інфаркт міокарда, асоційованого з надшлуночковими аритміями, на основі вивчення частоти і термінів їх виникнення, особливостей стану гемодинаміки, клінічного перебігу, впливу медикаментозної терапії.1. Частота виникнення пароксизмальних надшлуночкових аритмій у хворих на ГІМ становить 9,61% і є більшою від частоти виникнення стійких шлуночкових тахікардій та атріовентрикулярної блокади ІІ і ІІІ ступеня. Серед пароксизмальних НША найбільш часто виникають пароксизми фібриляції передсердь (71,49%), значно рідше – пароксизми тріпотіння передсердь і суправентрикулярних тахікардій (відповідно 10,86% і 9,05%)(p<0,01). У 8,60% пацієнтів спостерігається поєднання різних пароксизмальних НША. Протягом перших 24 годин від розвитку ГІМ виникають 49,30% всіх пароксизмів НША, у 62,44% пацієнтів зареєстрований лише один пароксизм НША.
2. Встановлено предиктори та фактори, асоційовані з розвитком пароксизмальних НША у хворих на ГІМ: демографічні (похилий вік, жіноча стать), анамнестичні (перенесений раніше інфаркт міокарда і/або хронічна серцева недостатність), клінічні (інфаркт міокарда з зубцем Q, наявність застійної серцевої недостатності, гостра лівошлуночкова недостатність клас ІІ-IV за Killip, систолічний артеріальний тиск нижче 130 мм рт. ст. на початку захворювання), лабораторні (рівень гемоглобіну менше 120 г/л, лейкоцитоз понад 8,0109/л, рівень АСТ понад 0,50 ммоль/лгод, рівень АЛТ понад 0,40 ммоль/лгод, рівень калію менше 4,0 ммоль/л), гемодинамічні (діаметр лівого передсердя понад 4,2 см, діаметр правого шлуночка понад 2,5 см, фракція викиду лівого шлуночка менше 50%). Факторами, що сприяють персистенції пароксизмів фібриляції передсердь, є: більші розмір лівого передсердя та товщина вільної стінки лівого шлуночка, а також продовження застосування дігоксину, призначеного до виникнення ГІМ.

3. Для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда, ускладненим пароксизмальними НША, характерні більш виражені структурно-функціональні зміни міокарда шлуночків серця, порівняно з пацієнтами без НША. У таких хворих частіше зустрічаються шлуночкова і надшлуночкова екстрасистолія, у них нижчий показник співвідношення потужності низько- і високочастотних коливань тривалості інтервалу RR (LF/HF).4. Розвиток пароксизмальних надшлуночкових аритмій асоціюється з достовірно більшою частотою виникнення інших ускладнень ГІМ, порівняно з пацієнтами без НША (p<0,05). Зокрема, рецидиви ГІМ у пацієнтів з НША зареєстровані у 8,15% випадків, артеріальна гіпотензія – у 38,01%, гостра лівошлуночкова недостатність (клас II-IV за Killip) – у 31,67%, стійка шлуночкова тахікардія або фібриляція шлуночків – у 11,76%. У пацієнтів з ГІМ, ускладненим пароксизмальною/персистуючою фібриляцією передсердь, частіше спостерігаються рецидиви інфаркту, розвиток артеріальної гіпотензії та стійкі шлуночкові аритмії, порівняно з пацієнтами з ГІМ та постійною формою ФП.5. У хворих на гострий інфаркт міокарда з пароксизмами НША летальний вихід захворювання під час госпітального спостереження спостерігається у 26,70% випадків, порівняно з 6,45% у пацієнтів з ГІМ без такого ускладнення (p<0,01). Предикторами летального виходу захворювання є гіпотензія, тахісистолія та вищий клас лівошлуночкової недостатності за класифікацією Killip на початку захворювання, а також нижчий рівень систолічного артеріального тиску при виникненні першого пароксизму надшлуночкової аритмії. Госпітальна летальність у хворих на ГІМ, ускладнений пароксизмальною/персистуючою ФП, є вищою, порівняно з пацієнтами з ГІМ і постійною фібриляцією передсердь. Найгіршим є виживання пацієнтів з поєднанням стійких надшлуночкових і шлуночкових тахікардій. |

 |