

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ

Кульбаба Н. В., Мергель Т. В., Юсипчук У. В.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

У перші години інфаркту міокарда (ІМ) головною метою лікувальних заходів є відновлення прохідності коронарної артерії, що досягається проведенням стентування чи аорто-коронарного шунтування (АКШ). Саме післяінфарктне ремоделювання є ключовим моментом прогресування серцевої недостатності (СН).

Мета дослідження: оцінка впливу реперфузії міокарда шляхом АКШ на показники ехокардіоскопії міокарда у хворих із СН та постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 97 осіб із СН та постінфарктним кардіосклерозом. Пацієнтів розподілили на дві групи. До 1-ї групи увійшли 53 пацієнти із СН, які перенесли ІМ з проведенням АКШ. Другу групу склали 44 хворих із СН, які перенесли ІМ з проведенням стентуванням. 10 практично здорових осіб склали групу контролю норми.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізовано показники гемодинаміки міокарда лівого шлуночка (ЛШ) залежно від проведеної реперфузії в гострий період ІМ. У хворих із СН після перенесеного ІМ з проведенням стентуванням спостерігали вірогідне збільшення КДР і КСР ЛШ порівняно з аналогічними показниками у здорових осіб ($5,36 \pm 0,28$) см ($p < 0,001$) і ($3,38 \pm 0,15$) см ($p < 0,05$) та у хворих із проведенням АКШ ($4,93 \pm 0,16$) см ($p < 0,01$) і ($3,22 \pm 0,24$) см ($p > 0,05$), відповідно. Таку ж тенденцію спостерігали і щодо КДО та КСО ЛШ. У хворих із проведенням АКШ середнє значення ІММЛШ дорівнювало ($100,1 \pm 1,5$) г/м² ($p < 0,001$). У хворих із СН після перенесеного ІМ встановлено вірогідне зниження ФВ у двох досліджуваних групах. Однак значніше зниження ФВ було у пацієнтів із проведенням стентуванням – ($53,15 \pm 3,31$) % проти ($62,4 \pm 2,65$) % – у практично здорових ($p < 0,05$).

Висновок. Доведено, що у хворих із СН та постінфарктним кардіосклерозом з проведенням стентуванням у гострий період ІМ структурно-функціональні зміни серця характеризуються вірогідно більшим КДО, КСО та ІММЛШ.

ВИЯВЛЕННЯ ПРЕДИКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ КАРДІОВЕРСІЇ

Павлик Н. С., Жарінов О. Й., Децик О. Б., Черняга-Ройко У. П., Сороківський М. С.

м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради “Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр”, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Існуючі узгоджені рекомендації не містять чітких предикторів переходу фібриляції передсердь (ФП) в постійну форму після відновлення синусового ритму (СР).

Мета дослідження – вивчення предикторів переходу ФП в постійну форму у пацієнтів із персистентною ФП після відновлення СР.

Матеріал і методи дослідження. До проспективного одноцентрового дослідження включили 120 послідовно госпіталізованих пацієнтів із персистентною ФП, яким було здійснено успішну кардіоверсію. В ранньому періоді після кардіоверсії усім пацієнтам проводили реєстрацію 12-канальної електрокардіограми (ЕКГ), холтерівське моніторування ЕКГ та подальшу планову дистанційну реєстрацію ЕКГ протягом тижня з використанням ЕКГ-моніторів подій, а також після 9-місячного періоду спостереження. Вихідні демографічні та клініко-функціональні особливості і супутні хвороби порівнювали у групах пацієнтів з ($n = 15$) і без ($n = 105$) переходу ФП в постійну форму.

Результати. Пацієнти з переходом ФП в постійну форму мали більш виражені вихідні ознаки серцевої недостатності ($p = 0,067$). У них була нижча частота серцевих скорочень (ЧСС) ($p = 0,0253$) після відновлення синусового ритму та більша тривалість інтервалу QT ($p = 0,0009$) за даними 12-канальної ЕКГ та анамнезу аритмії ($p = 0,0339$). У цих пацієнтів в ранньому періоді частіше фіксували ранні рецидиви ФП ($p = 0,0077$). При проведенні холтерівського ЕКГ-моніторингу в ранньому періоді після відновлення синусового ритму в пацієнтів, у яких надалі