

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 проведеним АКШ. Другу групу склали 44 хворих із СН, які перенесли ІМ з проведеним 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 проведеним 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 проведеним 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 проведеним 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 проведеним 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 проведеним 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

сформувалася постійна форма ФП, нижчими були мінімальна ($p = 0,003$), середньодобова ($p = 0,003$) і вищою – максимальна ($p = 0,06$) ЧСС, частіше реєструвалися передсердна екстрасистоля ($p = 0,03$) та передсердні пари ($p = 0,04$) порівняно з пацієнтами зі збереженим СР. За результатами дистанційної реєстрації ЕКГ за час госпіталізації у цих хворих достовірно частіше фіксувалися безсимптомні пароксизми ФП ($p = 0,00001$), ранні рецидиви ($p = 0,003$) ФП і шлуночкова екстрасистоля ($p = 0,02$). При порівнянні параметрів ехокардіографічного обстеження у пацієнтів з формуванням постійної форми аритмії зафіксували більший діаметр лівого передсердя ($p = 0,0217$) і нижчу фракцію викиду лівого шлуночка ($p = 0,0053$). Аналіз фонового лікування показав, що пацієнти з постійною формою ФП достовірно рідше отримували нітрати ($p = 0,0765$), сартани ($p = 0,0637$) та антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів ($p = 0,0019$).

Висновки. Перехід ФП в постійну форму протягом 9-місячного періоду спостереження після кардіоверсії було зареєстровано у 12,5 % пацієнтів. Групи пацієнтів з і без переходу ФП в постійну форму мали суттєві відмінності щодо частоти виникнення ранніх рецидивів аритмії, показника середньої ЧСС на СР, а також наявності передсердних екстрасистол після відновлення ритму.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

Полянська О. С., Ташук В. К., Гречко С. І.

м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Правильно проведена діагностика гострого коронарного синдрому (ГКС) дає можливість провести адекватне медикаментозне лікування, за необхідності – інвазивне втручання, і розпочати ранню реабілітацію пацієнтів на гострому та підгострому етапах реабілітації.

Метою дослідження є оптимізація ефективності реабілітаційних послуг у хворих на ГКС шляхом використання мультидисциплінарної команди (МДК).

Досліджено 210 хворих віком від 38 до 65 років, середній вік яких склав ($51,2 \pm 2,7$) років, у яких діагностовано ГКС без патологічного зубця Q. Пацієнтам з тяжкою стенокардією, клінічним профілем високого ризику, а також при виявленні зони ішемії $> 10\%$ міокарда проводилась інвазивна коронароангіографія незалежно від попередніх досліджень та лікування. Пацієнти з ГКС без патологічного зубця Q після інтервенційного втручання оглядалися спеціалістами МДК із встановленням реабілітаційного діагнозу, визначенням реабілітаційного прогнозу, складанням індивідуальної програми реабілітації. До складу МДК входили лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, при потребі – психолог, дієтолог.

Відновлення порушених функцій починалось в гострому періоді хвороби і на наступний день після інвазивного втручання пацієнти могли сидіти по 10–15 хв. Пацієнтів з інфарктом міокарда вели за програмою ліжкового та розширеного ліжкового режимів під контролем електрокардіограми із застосуванням лікувальної гімнастики № 1 та № 2. Більшість пацієнтів виписувались зі стаціонару до 12–14-го дня і продовжували реабілітаційну програму на амбулаторному етапі. В подальшому застосовувався режим напівліжковий та вільний із застосуванням лікувальної гімнастики № 3 та № 4. Розроблена реабілітаційна програма дала можливість суттєво знизити частоту виникнення життєво небезпечних ускладнень і покращити якість життя пацієнтів.

ДИНАМІКА ФАКТОРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ КАНДЕСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ДЕКОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ

Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.

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

Мета роботи: оцінка впливу блокатора рецепторів ангіотензину-II (БРА-II) кандесартану порівняно з інгібітором ангіотензинперетворювального фермента (АПФ) еналаприлом на динаміку факторів ендотеліальної дисфункції у хворих на декомпенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС).

Матеріал та методи. Обстежено 74 хворих (11 – жінки, 63 – чоловіки) на декомпенсоване ХЛС з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II А ст., середній вік – ($62,8 \pm 3,7$) років. Хворі були розподілені на дві клінічні групи залежно від застосованого фармакотерапевтичного