

# ПРОГНОСТИЧНЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА І АРИТМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ЗА ДАНИМИ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ ТА ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРИНГУ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ

*Лаба В. В., Чайка Н. М., студ. 6-го курсу*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики*

Втрата частини функціонуючого міокарду внаслідок інфаркту, ішемії або запального процесу, а також хронічне перевантаження серця супроводжується комплексом структурних змін, які включають, як ушкоджені так і не ушкоджені ділянки міокарду. Це зміни в структурі та геометрії камер серця носять назву «ремоделювання» та часто передують клінічним проявам серцевої недостатності (СН), негативно впливають на якість життя та виживаність хворих.

**Метою дослідження** було вивчення постінфарктного ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) за даними ехокардіографії (ЕхоКГ), виділення найбільш чутливих характеристик даного феномену та їх прогностичне значення.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено і проліковано 19 хворих на післяінфарктний кардіосклероз (ПКС) різного ступеня давності і важкості за клінічними проявами віком від 42 до 68 років (середній  $54 \pm 2$ р.) чоловічої статі, що перебували на лікуванні в обласному спеціалізованому диспансері радіаційного захисту населення протягом 2009 року. Всім хворим проводилось в комплексі діагностично-лікувальних заходів холтерівське моніторування електрокардіограми (ЕКГ) і ЕхоКГ. Хворих з II функціональним класом (ФК) СН було 17 (89,5%), а хворих з III ФК – 2 (10,5%).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дві третини обстежуваних хворих перенесли в минулому передній інфаркт міокарду, а одна – задній. Супутня артеріальна гіпертензія (АГ) реєструвалася у 13 (68,4%) хворих. Зміни гемодинамічних показників за рейтингом найбільшої поширеності були такими: гіпертрофія міжшлуночкової перетинки (ГМШП) реєструвалася у 18 (94,7%) хворих. Другою за частотою була діастолічна дисфункція – у 15 (78,9%) хворих, що характеризується підвищеною ригідністю міокарду під час діастолічного наповнення. Третім за частотою траплялося збільшення задньої стінки лівого шлуночка – у 12 (63,3%) пацієнтів, четвертою – дилатація лівого передсердя – у 11 (57,8%) хворих, що мали фібриляцію передсердь (ФП) і супутню АГ. П'ятою була гіпертрофія лівого шлуночка у 8 (42,1%) хворих з АГ II стадії. Інші показники, що характеризують ремоделювання серця траплялися рідше. Так, збільшення кінцево-сistolічного розміру було у 2 (10,5%) хворих, а систолічна дисфункція зі зменшенням фракції викиду і збільшенням кінцево-сistolічного розміру було лише у 1 (5,25%) хворого, що мав III ФК СН. Локальне порушення скоротливості ЛШ у формі гіпокінезу було у 6 (31,6%) пацієнтів.

Різноманітний аналіз залежності між СН і аритміями серця свідчить про те, що шлуночкова тахікардія, різні потенціали шлуночків, аритмії та СН є незалежними чинниками ризику раптової серцевої смерті. До такої групи ризику ввійшли 12,5% пацієнтів, що мали ранні шлуночкові екстрасистоли (ШЕ) типу «R на T» (Vклас за Lawn), 10% хворих мали супутні аритмії, зокрема, частіше ФП та над шлуночкові тахікардії (НШТ), у 32,5% хворих спостерігалися супутні блокади серця. В переважній більшості наведені предиктори були комбінованими.

**Висновок.** ЕхоКГ і холтер-моніторинг ЕКГ є високо-інформативним методом оцінки функції ЛШ та його ремоделювання, а діастолічна дисфункція і ГМШП є найбільш ранніми і чутливими ознаками.