

ДИНАМИКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Норова Гулноз Шарифовна

*Ординатор отделение Ранней реабилитации и физиотерапии
РНЦЭМП Бухарского филиала. Бухара, Узбекистан*

Аннотация: Диастолическая дисфункция и связанная с ней гипертрофия миокарда являются составляющими постинфарктного ремоделирования и независимыми предикторами кардиологических событий.

Ключевые слова: инфаркт, миокард, гипертрофия, ангиопластика.

Цель: Изучить динамику диастолической дисфункции и геометрии миокарда левого желудочка (ЛЖ), как составляющих постинфарктное ремоделирования ЛЖ, у пациентов после первичной коронарной ангиопластики при различных степенях поражения коронарных артерий (КА) и формах инфаркта миокарда.

Методы исследования: Для изучения динамики диастолической дисфункции и геометрии миокарда ЛЖ в сопоставлении с прогнозом был обследован 41 пациент после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), которым выполнялась коронарная баллонная ангиопластика со стентированием синдром-связанной артерии. На основании электрокардиографических и ангиографических данных пациенты были распределены на 4 группы: с Q-формой инфаркта миокарда и Не-Q-формой инфаркта миокарда на фоне однососудистого и многососудистого поражения КА.

Полученные результаты: При сравнении пациентов с многососудистым поражением не было выявлено динамики по изучаемым показателям. В обеих группах тип диастолической дисфункции исходно и через год был по псевдонормальному типу. Но тип гипертрофии был различен: у пациентов с Не Q-формой инфаркта миокарда гипертрофия носила концентрический характер, при Q-форме инфаркта миокарда - эксцентрический. Разные типы гипертрофии обусловлены глубиной поражения миокарда вследствие

инфаркта. У пациентов с поражением одной коронарной артерии динамика различна. При не-Q форме инфаркта миокарда диастолическая дисфункция была по типу нарушения релаксации и осталась неизменной через год. Тип гипертрофии также не изменился - остался концентрическим. Самая динамичная группа в исследовании - пациенты с Q-формой инфаркта миокарда на фоне поражения одной коронарной артерии. Псевдонормальный тип диастолической дисфункции на фоне инфаркта миокарда через год перешел в тип по нарушению релаксации. Исходная концентрическая гипертрофия - в эксцентрическую: индекс массы миокарда ЛЖ уменьшился с 154 ± 5 г/м² до 131 ± 11 г/м²; а относительная толщина стенки с $0,44 \pm 0,01$ до $0,41 \pm 0,02$.

Выводы: Таким образом, у пациентов не Q-формой ИМ на фоне однососудистого поражения КА острое ишемическое событие при своевременной реваскуляризации не привело к усугублению диастолической дисфункции и гипертрофии миокарда, как составляющих постинфарктное ремоделирование и в совокупности с отсутствием неблагоприятных кардиологических событий эта группа является благоприятной.

В группе пациентов с многососудистым поражением КА ухудшения имеющихся структурно-функциональных перестроек миокарда также не произошло, что обусловлено наличием феномена гибернации. Но с учетом исходов, пациенты с Не-Q-формой ИМ требуют скорейшей полной реваскуляризации. Пациенты с Q-формой ИМ и поражением одной коронарной артерии, несмотря на своевременную полную реваскуляризацию, требуют наблюдения кардиолога из за развития постинфарктного ремоделирования и плохих прогнозов.

Литература:

1. Merculov E.V., Samko A.N. Application of percutaneous coronary intervention in acute coronary syndrome with ST segment elevation. *Bolezni serdca i sudov* 2009; 1:39–45. Russian (Меркулов Е.В., Самко А.Н. Применение чрескожных коронарных вмешательств при остром коронарном синдроме с подъёмом сегмента ST. *Болезни сердца и сосудов* 2009; 1:39–45).
2. The PCAT Collaborators. Primary coronary angioplasty compared with intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: six-month

follow-up and analysis of individual patient data from randomized trials. *Am Heart J* 2003; 145:47–57

3. Grzybowski M, Clements EA, Parsons L et al. Mortality benefit of immediate revascularization of acute ST-segment elevation myocardial infarction in patients with contraindications to thrombolytic therapy. *JAMA* 2003; 290:1891–8.

4. Gibson C. M, Karha J., Murphy S.A. et al. Early and long-term clinical outcomes associated with reinfarction following fibrinolytic administration in the Thrombolysis In Myocardial Infarction trials. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:7–16.

5. Dalby M., Bouzamondo A., Lechat P. et al. Transfer for primary angioplasty versus immediate thrombolysis in acute myocardial infarction: a meta-analysis. *Circulation* 2003; 108:1809–14