**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ**

ЧЕСНИКОВА А.И., [ХРИПУН А.В.](https://elibrary.ru/author_items.asp?authorid=97832), ГОДУНКО Е.С., САФРОНЕНКО В.А., КОЛОМАЦКАЯ О.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Тип: статья в журнале - разное Язык: русский

Том: 8Номер: 1 Год: 2017 Страницы: 83-84

ЖУРНАЛ: [CARDIOСОМАТИКА](https://elibrary.ru/contents.asp?id=34537828)

Издательство: Медицинское маркетинговое агентство "МедиаМедика" (Москва) ISSN: 2221-7185 eISSN: 2658-5707

АННОТАЦИЯ:

Цель. Оценить динамику показателей систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных с разными способами реваскуляризации в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с учетом приверженности терапии через 1 год наблюдения. Материал и методы. В исследование были включены пациенты (n=301), находившиеся на лечении в Областном сосудистом центре ГБУ РО РОКБ по поводу острого ИМ с подъемом ST. Возраст больных, из которых 81,9% были мужчины, составил 56±9,99 года. Все пациенты с учетом способа реваскуляризации были разделены на 3 группы: 1-ю составили больные, которым была проведена тромболитическая терапия - ТЛТ (n=34; 11,4%), пациентам 2-й - чрескожное коронарное вмешательство - ЧКВ (n=217; 72,1%). В 3-ю группу вошли больные, которым не проводилась реваскуляризация миокарда (n=50; 16,5%). После выписки из стационара пациентам было рекомендовано продолжить прием оптимальной медикаментозной терапии, приверженность оценивали с помощью шкалы-опросника Мориски-Грина. Через 1 год наблюдения всем пациентам были повторно проведены ЭхоКГ и допплер-ЭхоКГ. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием программы Statistica 8.0. Результаты. Анализ данных показал, что у приверженных терапии больных 2-й группы в динамике было отмечено достоверное повышение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) на 5,91% (p=0,000), что существенно отличалось от динамики у приверженных лечению пациентов 3-й группы (p=0,0004), у которых даже при регулярном приеме препаратов ФВ снизилась на 4,41% (p=0,049). Кроме того, у не приверженных терапии больных 3-й группы показатель ФВ в динамике уменьшился на 7,09% (p=0,045), что не отличалось достоверно от показателя динамики у приверженных лечению в этой группе. У пациентов 2-й группы, даже не приверженных терапии, было выявлено повышение ФВ на 4,96% (p=0,046), различия достоверны по сравнению с динамикой у больных 3-й группы, не приверженных лечению (p=0,049). Важно подчеркнуть, что у пациентов, не имевших реперфузии в острый период ИМ в анамнезе и не приверженных лечению в постинфарктном периоде, через 1 год было выявлено не только существенное снижение ФВ ЛЖ, но и повышение миокардиального стресса на 15,52% (p=0,042), динамика которого существенно отличалась от соответствующей у неприверженных больных 1-й (p=0,003) и 2-й (p=0,014) групп. У пациентов 1-й группы в динамике достоверного ухудшения систолической функции не отмечалось. Заключение. ЧКВ в остром периоде ИМ способствует в дальнейшем улучшению систолической функции ЛЖ. При отсутствии реваскуляризации в остром периоде в течение 1 года отмечается прогрессирование систолической дисфункции ЛЖ. Применение регулярной оптимальной терапии приводит к положительной динамике показателей систолической функции ЛЖ у пациентов всех групп, тогда как ее отсутствие способствует развитию выраженного дезадаптивного ремоделирования, преимущественно у пациентов без реваскуляризации миокарда ЛЖ в анамнезе.