

УДК: 616.127-005.8-036.11-071-072.7

В.К. Тащук, В.П. Пішак

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ КАРДІОЛОГІЇ В ПІВНІЧНІЙ БУКОВИНІ ВІДПОВІДНО ДО СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ

Буковинська державна медична академія

Резюме. Стаття присвячена сучасним проблемам кардіології, перспективам діагностики та лікування гострих коронарних катастроф.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, діагностика, лікування.

Серцево-судинна патологія потребує особливої уваги, оскільки в Україні від хвороб системи кровообігу гине 56,5% пацієнтів (для порівняння - частка для новоутворень складає 13,7%, для нещасних випадків - 9,8%, хвороб органів дихання - 5,8%, захворювань органів травлення - 2,6%, інші захворювання - 11,6%). Смертність в Україні на 1/3 вища, ніж у Європі, та на 60% - ніж у Канаді. За останні роки відмічене зростання поширення ішемічної хвороби серця (ІХС), особливо у жінок – при існуючій перевазі смертності серед пацієнтів працездатного віку для чоловіків у порівнянні з жінками в Україні (286,4 і 60,2 на 100000 населення). Згідно даних професора В.М.Коваленка, в 1997 році від ІХС в Україні померло 31200 пацієнтів працездатного віку, від цереброваскулярних хвороб – 19500. Підвищена увага дослідників зумовлена високим ризиком захворюваності на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), яка складає в Україні, зокрема для працездатного віку, 116 на 100.000 населення. Відмічається, що серед чоловіків зростає імовірність перебігу ІХС у вигляді ГІМ, серед жінок - безбольової ішемії міокарда. В світі є 15-20% людей з підвищеним артеріальним тиском, серед людей похилого віку цей показник сягає 30-40%. В Україні розповсюдженість артеріальної гіпертензії складає 12537 на 100000 населення. Одним з важливих спрямувань програми щодо лікування серцево-судинних захворювань є профілактика розвитку артеріальної гіпертензії та оптимізація функціонування міокарда з попередженням розвитку серцевої недостатності. Цій меті відповідає розроблена в Україні під патронатом Президента Л.Д.Кучми “Національна програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії”. Населення, що проживає в Північній Буковині, складає 941300 чоловік, в обласному центрі - 260700. За 5 років спостереження (1994-98 рр.) приріст розповсюдженості гіпертонічної хвороби збільшився з 12041,0 до 16249,4 на 100000 дорослого населення; захворюваності - з 1109,9 до 1285,7. У співставленні - ГІМ характеризувався відсутністю суттєвих коливань захворюваності - 100,2 і 103,8 на 100000, при зменшенні летальності з 13,5 до 11,0, відповідно.

Розвиток уяви про сучасний стан ішеміології неможливий без аналізу історичних тенденцій по створенню базової моделі перебігу захворювання.

існуючого сьогодні під назвою ІХС. Ще Hippocrat з'ясував, що повторні епізоди болю в ділянці серця є передвісником раптової смерті. Від того, як Вільям Гарвей у 1628 році показав, що серце перекачує кров по системі судин, цьому органу була надана особлива увага клініцистів. Надалі Heberden (1772) створив класичну клінічну картину перебігу стенокардії під назвою *angina pectoris*, а Jenner, як стало відомо з листа Parrey (1799), запропонував не тільки вакцинацію, а й дав пояснення виникненню кардіального болю при зниженні кровопостачання серця. Якщо проаналізувати історію кардіології, то слід зазначити прогресуюче зростання уяв про формування цієї патології: Lobstein (1883) - артеріосклероз; Virhov (1856) - тромбози та емболії; Brunton (1867) - застосування аміднітриту при ангінозному болю; Einthowen (1900) - використання ЕКГ; Marchand (1904) - атеросклероз; Образцов В.П., Стражеско М.Д. (1910) - діагностика гострого інфаркту міокарда; Frossman (1929) - катетеризація правих відділів серця; Prinzmetal (1959) - вазоспатична стенокардія; Brigden (1957) - кардіоміопатії; Sones і Shirey (1962) - селективна катетеризація коронарних артерій; Black і Stephenson (1962) - бета-адреноблокатори при стенокардії; Fleckenstein (1964) - антагоністи кальцію; Favolaro (1967) - аорто-коронарне шунтування; Fowler (1971) - нестабільна стенокардія; Walkins і Mirowski (1980) - дефібрилятор-кардіовертер; Kemp (1986) - "синдром Х". Цікавим є факт, що в 1897 році Osler писав: "Турботи та напруженість сучасного життя призводять до дегенерації артерій на відносно ранній стадії життя". Heberden, Osler, Prinzmetal приділяли увагу концепції спазму, Virhov, Rokitansky - тромбозам та емболіям. Таким чином, формувалась уява про ішеміологію, як розділ сучасної кардіології. У концепції порушення між потребами і постачанням крові до міокарда закладені фактори, які зменшують надходження (атеросклероз, тромбоз та спазм коронарних судин, порушення мікроциркуляції, активація системи ТхА2, підсилення агрегації тромбоцитів, пригнічення фібринолізу, гіперкоагуляція, підвищення в'язкості крові, гіпотонія, гемодинамічно неефективна брадикардія, серцева недостатність та ін.) або збільшують потребу (активація симпатoadреналової системи, стрес, артеріальна гіпертензія, тахікардія, гіпертрофія міокарда, ендокринні захворювання тощо). Наслідком цього є подальший розвиток ішемії та некрозу міокарда, кардіосклерозу.

Фундаментальними дослідженнями визначені ризик-фактори атеросклерозу. Це вік, стать, наявність у сім'ї хворих на ІХС віком до 55 років, гіперхолестеринемія та гіпертригліцеридемія, низький рівень холестерину (ХС) ліпопротеїдів високої щільності < 0.9 ммоль/л (35 мг%), гіпертензія, цукровий діабет, хвороби судин, паління, ожиріння > 30% від норми. Згідно з альтернативною точкою зору, ці чинники ризику є ХС-залежні, а самі по собі вони не є атерогенними, якщо рівень загального ХС сироватки крові до 3.9 ммоль/л (150 мг%). Навпаки, в осіб старше сорока років, і за умови перевищення цього рівня непрямі фактори ризику атеросклерозу суттєво впливають на розвиток ІХС.

Безумовно, головною нозологією серцево-судинної патології слід вважати ІХС. Діагноз раптової коронарної смерті являє собою клініко-танатологічну підміну понять, як не існує раптової ниркової або раптової токсичної смерті, і пов'язаний в першу чергу з високою летальністю, а не з клінічними чинниками. ГІМ і кардіосклероз можуть розглядатися як нозологічні форми,

аритмії і стенокардія мають тяжіння до симптомокомплексів, серцева недостатність - ускладнення, як і прилюбій органій патології. Атеросклероз сам по собі вже є окремою нозологічною формою, а "ІХС - хвороба при іншій хворобі".

Розглядаючи нестабільну стенокардію (НС), як перехідну нозологічну форму між стабільним перебігом захворювання і розвитком гострих коронарних катастроф, слід відзначити, що вона повинна трактуватися, як клінічний симптомокомплекс, неповно або взагалі не підтверджений об'єктивними симптомами (ЕКГ та активність ферментів) і відповідати таким ознакам: посилення, подовження, почастишання больового синдрому; зменшення толерантності до фізичного навантаження та ефективності нітрогліцерину; тривалість перебігу від декількох годин до місяця з моменту появи ознак. Кінцевим у розвитку НС можуть бути тільки 2 шляхи: стабілізація стану або подальша дестабілізація з розвитком ГІМ. Взагалі основою ішемічного пошкодження міокарда слід вважати:

- гострий інфаркт міокарда; постінфарктний кардіосклероз, формування аневризми лівого шлуночка і "ішемічної кардіоміопатії" з прогресуючим дифузним ураженням міокарда та розвитком дилатації серця;

- "приголомшений" (stunned) міокард, коли після коронарної оклюзії не розвивається некроз серцевого м'язу, а відновлення скоротливої функції відстрочується на декілька днів або тижнів;

- "сплячий" (hibernating) міокард - постійна дисфункція міокарда внаслідок повторних частих гострих коронарних катастроф або хронічної ішемії коли коронарний кровообіг знижений і лише підтримує життєздатність тканин;

- перехідна ішемія папілярних м'язів і порушення діастолічної релаксації міокарда - міокард з "передпосилкою" (preconditioning) - з короткочасними оклюзіями і реперфузіями.

Сучасний розвиток кардіології пов'язаний з визначенням співвідношення гострих форм ІХС і захворювань із спорідненою клінікою - коронарогенні пошкодження міокарда, "синдром Х", "синдром дисплазії сполучної тканини". Так, "синдром дисплазії сполучної тканини" (СДСТ), який поєднує пролапси клапанів серця, аневризми міжпередсердної перегородки і синусів Вальсальви, тільки сьогодні є офіційно введеним до Класифікації захворювань серцево-судинної системи Нью-Йоркської Асоціації кардіологів, в зв'язку з існуючими поглядами на можливість розвитку при цій патології: порушень ритму, інфекційного ендокардиту, раптової смерті, гострих порушень мозкового кровообігу, мітральної регургітації. Діагностика СДСТ стала можливою тільки з розповсюдженням ехокардіографії, тобто впродовж останнього десятиріччя. Відомо, що в клініці цих хворих домінують: дискомфорт у грудній клітці (31,3%), колючі болі в лівій половині грудної клітки (11,9%), диспноє (27%), "ком" у горлі (2,5%), головний біль (6,9%), зменшення працездатності (3,1%), головокружіння (3,8%), непритомність (1,3%) при імовірності інсультів 5%. Використання тестів передсердної та шлуночкової кардіостимуляції свідчить про поєднання більш високої частоти індукованої ішемії і епізодів з втратою свідомості, що є причиною аритмогенезу та розвитку сінкопальних станів. Сполучення СДСТ, епізодів з втратою свідомості та аритмії і сінкопальних станів обумовлене дисфункцією симпатичної нервової

системи та підвищенням парасимпатичної активності. Наслідком СДСТ може бути раптова смерть. У даній категорії пацієнтів реєструється шлуночкова екстрасистолія II-V градаций за Лауном в 42% випадків, що поєднується в 21-38% з появою пізніх потенціалів, які у здорових достовірно нижче (0,5-6,7%). Визначається позитивна кореляція між СДСТ, міксоматозною дегенерацією пролабуєчих стулок, шлуночковою екстрасистолією та появою пізніх потенціалів. Причиною розвитку шлуночкової екстрасистолії в цьому випадку можуть бути аномальні тракції папілярних м'язів.

Використання стрес-тестів у сучасній ургентній кардіології набуває все більшого поширення, зокрема для об'єктивізації діагностики, визначення стану коронарного резерву та особливостей гемодинаміки у хворих на НС і ГІМ із застосуванням черезстравохідної електрокардіостимуляції та велоергометрії, які набувають значно більшої інформативності в умовах проведення стрес-ехокардіографічного обстеження.

Як свідчать роботи останніх років, лікування гострих форм ІХС має наступний алгоритм: ліквідація тромбу та відновлення прохідності судин як терапевтичними (фібринолітична і антиагрегантна терапія), так і хірургічними методами, захист ішемізованого міокарда (продовжані нітрати, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію). Враховуючи дискусії відносно короткодійного ніфедипіну - застосовують пролонгований ніфедипін та препарати 3-го покоління (амлодипін, особливо при поєднаному перебігу з гіпертонічною хворобою) або дилтіазем, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту з блокадою на рівні рецепторів - препарат останньої генерації - ірбезартан та подальший гіполіпідемічний захист - ліпанор і зокор. Особлива роль належить низькомолекулярним гепаринам (фраксипарин), оскільки втрата часу при лікуванні ГІМ максимальна в першу фазу - від початку перших симптомів до виклику лікаря (2-й етап - від виклику до госпіталізації, 3-й - від госпіталізації до початку лікування). Тобто шлях до використання тромболізу в умовах обласного центру, відповідно власних досліджень, дорівнює для гострих коронарних катастроф 4-6 год, що також пов'язується з подовженням першого етапу. Аналіз причин затримки фібринолітичної терапії, свідчить, що вони зумовлені відстрочкою прийняття рішення про її необхідність вже в стаціонарі.

Існує система упередження щодо широкого використання гіполіпідемічної терапії, яка пов'язана з:

1) уявою про незворотній характер прогресування атеросклеротичного пошкодження судин;

2) частка хворих з ІХС зумовлена антиангіальною та антиішемічною і аж ніяк не гіполіпідемічною корекцією;

3) зменшення рівня ХС призводить до зростання онкологічної летальності і, навіть, агресивної поведінки з суїцидальними нахилами.

У відповідь на ці запитання можна сформулювати наступні положення:

1) паралельно з прогресуванням атеросклеротичних змін міокарда відбуваються процеси зворотного розвитку і регресування атеросклеротичних бляшок, що складає від 3% до 20% випадків.

2) наявність позитивного взаємозв'язку між гіперліпідемією і захворюваністю та смертністю від ІХС призвела до виникнення такої гіпотези: знижений рівень ХС та атерогенних ліпопротеїдів зменшуватиме ризик розвитку ІХС і прогресування атеросклерозу. Мета-аналіз досліджень первин-

ної профілактики ІХС за рахунок використання гіполіпідемічної терапії свідчить, що для попередження одного нелетального випадку ГІМ або смерті від серцево-судинної патології при гіполіпідемічній терапії треба пролікувати 53 хворих при 95% вірогідному інтервалі. У 23 дослідженнях за 4,9 років по вторинній профілактиці зменшення ХС на 18% призводить до зниження абсолютного ризику на 6,4% (для попередження одного випадку смерті треба пролікувати 16 хворих, а зменшення абсолютного ризику смерті на 2,7% (для одного випадку - діапазон складає 37 хворих).

3) зв'язок між рівнем ХС і летальністю від атеросклеротичних пошкоджень є прямим, від онкологічних - зворотним. Зв'язок із загальною смертністю і ХС носить J або U-подібний характер (тобто імовірність смерті зростає при низькому і високому рівнях ХС). Вважається, що така тенденція існує тільки впродовж короткого часу спостереження і низький рівень ХС якраз і зумовлений наявністю у цих пацієнтів інших захворювань (цироз печінки, алкоголізм, онкозахворювання) і після 5 років спостереження вже існує тільки пряма залежність між рівнем ХС і смертністю.

В кардіології, як і в терапії взагалі, існує розподіл "хірургія versus терапія". Кардіохірургія в її коронарному аспекті в світі вважається основним методом лікування пацієнтів з коронарними проблемами. Свідчення цьому - 100000 операцій аорто-коронарного шунтування в США на рік і 10000 - в Англії. Винайдення можливості хірургічного лікування за рахунок ангіопластики та використання стентів підсилило позиції хірургії, перетворюючи терапію на метод підготовки до операційного втручання. На сьогоднішній день спостереження BARI-1997 (The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) є єдиним багаточисельним дослідженням у Північній Америці та найбільшим з аналогічних 9 досліджень у світі, присвячених порівнянню ефективності аорто-коронарного шунтування та коронарної ангіопластики, і, відповідно, до обох методів, свідчить:

- лікарняна летальність: 1,3 і 1,1%, відповідно, $p=0,67$;
- частота інсультів у клініці: 0,8 і 0,2%, $p=0,09$;
- частота Q-інфарктів у клініці: 4,6 і 2,1%, $p<0,01$;
- за 5 років спостереження померло: 12,1 і 14,3%, $p=0,19$;
- виживаємість склала: 89,3 і 86,3%, $p=0,19$;
- вижили і не перенесли Q-інфаркт: 80,4 і 78,7%, $p=0,84$;
- частота розвитку Q-інфаркту становила: 11,7 і 10,9%, $p=0,45$;
- виживаємість хворих на діабет склала: 80,6 і 65,5%, $p=0,003$;
- повторна реваскуляризація виконана: 8 і 54%, $p<0,001$.

Тобто питання "оперувати чи ні", як таке, в світі вже не існує.

Власний доробок у розвиток кардіологічної служби України можна вбачати в розпочатих і проведених дослідженнях по формуванню і перебігу гострих форм ІХС на Буковині. Серед напрямків досліджень слід зазначити: створення першої моделі скринінгу гострих форм ІХС на Буковині з аналізом епідеміології, клініки, редукції коронарного резерву та порушень функціонального стану міокарда, змін ліпідного профілю і його впливу на дестабілізацію; хронобіологічні механізми виникнення гострих коронарних катастроф; особливості розвитку і перебігу "проміжних форм" дестабілізації з визначенням стану коронарного резерву; визначення особливостей статевих та вікових факторів у теорії дестабілізації ІХС; гормональні аспекти дестабілізації ІХС у

статевому і віковому розподілі; вплив больової та безбольової ішемії міокарда на формування дестабілізації ІХС; створення електрофізіологічного напрямку в діагностиці та лікуванні гострих форм ІХС; лікування гострих форм ІХС; тестування ефективності препаратів.

Таким чином, проблема діагностики та лікування пацієнтів з хворобами серцево-судинної патології на сучасному етапі розвитку медицини є актуальною і потребує свого подальшого розвитку зважаючи на високий ризик летальності та інвалідизації.

MODERN CONCEPTION OF THE DEVELOPMENT OF CARDIOLOGY IN NORTHERN BUCOVINA IN ACCORDANCE WITH WORLD TENDENCIES

V.K. Tashchuk, V.P. Pishak

Abstract. The review is dedicated to modern problems of cardiology, perspectives of diagnostics and therapy of acute coronary catastrophies.

Key words: ischemic heart disease, diagnostics, therapy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
