Тащук В.К., Ілащук Т.О., Турубарова-Леунова Н.А., Поліщук О.Ю., Окіпняк І.В.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Буковинський державний медичний університет (м.Чернівці)

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ – З метою вивчення основних клініко-функціональних детермінант розвитку та реалізації гострого Q-інфаркту міокарда проведено аналіз частоти деяких чинників ризику щодо серцево-судинних хвороб, вивчення ліпідного спектру крові та особливостей ремоделювання лівого шлуночка серця у хворих молодого (до 45 років) та старшого віку, котрі перенесли інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ – С целью изучения основных клинико-функциональных детерминант развития и реализации острого Q-инфаркта миокарда проведен анализ частоты некоторых факторов риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, изучены липидный спектр крови и особенности ремоделирования левого желудочка у пациентов молодого (до 45 лет) и старшего возраста, которые перенесли инфаркт миокарда, осложненный острой сердечной недостаточностью.

CLINICAL AND FUNCTIONAL PECULIARITIES OF MYOCARDIAL INFARCTION COMPLICATED WITH ACUTE HEART FAILURE – With the purpose to investigate the main clinical and functional determinants of acute myocardial infarction development and realization the analysis of some cardiovascular risk factors frequency and blood lipids and left ventricle remodeling peculiarities has been perfomed in patients at young (before age 45) and older age after myocardial infarction complicated with acute heart failure.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, гостра серцева недостатність, чинники ризику.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, факторы риска.

Key words: acute myocardial infarction, acute heart failure, risk factors.

ВСТУП Впродовж останніх десятиріч чільне місце в структурі смертності населення займають захворювання органів кровообігу [2]. В Україні відмічається зростання захворюваності та поширеності найбільш соціально-значущих хвороб системи кровообігу: атеросклерозу, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), високий рівень первинної інвалідизації внаслідок перенесення даних захворювань та висока смертність серед хворих працездатного віку і, як наслідок, зменшення тривалості життя. В Україні зареєстровано найвищі серед 30 країн Європи показники ССХ у чоловіків і жінок, а також один із найвищих показників смертності від ІХС. Причому найістотніше (у 3-7 разів) перевищення зазначених показників в Україні, порівняно з більшістю європейських країн, спостерігається у молодих людей [1]. Відповідно до даних Американської асоціації серця, смертність від ССХ чоловіків віком від 37 до 47 років в Україні є чи не найвищою в світі [2, 9]. На підставі даних літератури можна зробити висновок про те, що протягом останніх років намітилася стійка тенденція до "омолодження" інфаркту міокарда (ІМ). У віці до 40 років ця хвороба спостерігається з частотою 0,1 – 0,6 на 1000 чоловіків та 0,03 – 0,04 на 1000 жінок, це становить 2-7% випадків ІМ, що реєструються до 65 років [1, 8]. Таким чином, особливої актуальності сьогодні набуває продовження пошуку чинників ризику щодо розвитку ІМ в осіб молодого віку, що дасть змогу поліпшити його профілактику.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ Порівняння частоти деяких чинників ризику щодо ССХ у хворих молодого (до 45 років) і старшого віку, які перенесли ІМ, ускладнений гострою серцевою недостатністю (ГСН).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено обстеження 305 хворих, у яких був ІМ, ускладнений ГСН. Основну групу склали 186 осіб віком від 25 до 45 років. Це були 170 чоловіків та 16 жінок. Групу порівняння склали 119 хворих, старших 45 років. У дослідженні використовували анкету-опитувач, що дало змогу провести детальний аналіз імовірних чинників ризику щодо ІМ. Зокрема, враховували такі чинники, як куріння, побутові умови, хвороби, що передували ІМ, сімейний анамнез щодо ССХ, супутня патологія. Окрім того, враховувалась ступінь ГСН за Killip, вивчався ліпідний профіль та тип раннього ремоделювання лівого шлуночка кожного окремого пацієнта. Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6,0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Отримані нами результати дають підстави стверджувати, що переважна кількість пацієнтів основної групи (140, або 75,3%) до розвитку ІМ не скаржилися на порушення з боку серцево-судинної системи. Клінічні ознаки стенокардії відмічалися тільки у 46 (24,7%) хворих, тоді як у групі порівняння в більшості випадків – 98 (82,4% , $p < 0,001$). Аналогічні дані наводяться також іншими дослідниками, які вказують, що прояви ІХС до розвитку ІМ у осіб молодого віку спостерігаються відносно рідко [4]. За даними літератури [5, 7], незначний коронарний атеросклероз або інтактні коронарні артерії зареєстровано у 27 % хворих на ІМ, віком до 40 років, тоді як у хворих віком понад 40 років – лише у 5 %.

Під час аналізу частоти деяких загальновизнаних чинників ризику у розвитку ІМ (артеріальна гіпертензія (АГ), гіподинамія, ожиріння, куріння, цукровий діабет) виявлено, що АГ мала місце лише у 30,1 % пацієнтів основної групи, гіподинамія у – 18,8 %, ожиріння – у 16,1 %, курили – 75,3 % осіб, а цукровий діабет – у 5,7 % осіб. Разом з тим, у групі порівняння ці показники були достовірно вищі: відповідно АГ – 67,2 %, гіподинамія – 50,4 %, ожиріння – 58,8 %, курили – 33,6 %, цукровий діабет – 17,6 % ($p < 0,001$) .

Згідно з даними деяких дослідників [3, 4], головним чинником щодо ризику розвитку ІМ у осіб молодого віку є зміни в геномі. Досліджуючи спадкову схильність до наведеної патології, нами отримано наступні дані: захворювання серцево-судинної системи (ІМ, інсульт) виявлено в сімей-

ному анамнезі у 52,2 % пацієнтів основної групи і у 21 % групи порівняння (p < 0,01).

На наступному етапі дослідження оцінювали тяжкість перебігу ІМ за ступенем ГСН за класифікацією Killip. Так, в основній групі ГСН Killip I реєструвалась у 16,1 % хворих, Killip II – у 21,5 %, Killip III – у 37,6 %, Killip IV – у 24,7 % пацієнтів. Разом з тим, у групі порівняння ГСН Killip I зафіксовано у 25,2 % хворих, Killip II – у 47,1 %, Killip III – у 16,8 %, Killip IV – у 10,9 % пацієнтів, що дає підстави говорити про більш тяжкий перебіг ІМ поєднаного з ГСН у хворих молодого віку.

Аналіз вмісту ліпідів у пацієнтів основної групи (I) та групи порівняння (II) показав, що вміст загального холестерину (ХС) в плазмі крові був достовірно більшим у пацієнтів II групи (235,23±22,82 мг/дл) порівняно з пацієнтами I групи (187,91±12,97 мг/дл, p<0,05). Вміст тригліцеридів був дещо більшим у пацієнтів II групи (228,36±46,42 мг/дл) порівняно з особами I групи (182,85±24,06 мг/дл, p>0,2), хоча дані достовірно не розрізнялися. При аналізі змін складу фракцій ліпопротеїнів в плазмі крові у обстежених пацієнтів виявлено, що вміст ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) був знижений в обох групах та складав 45,87±10,19 мг/дл та 38,45±8,67 мг/дл (p>0,5) у осіб I та II груп, відповідно. Вміст ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) був достовірно більшим у пацієнтів II групи (167,72±18,39 мг/дл) порівняно з хворими I групи (122,73±14,11 мг/дл, p<0,05) та перевищував нормативні значення в обох групах.

Таким чином, у пацієнтів I та II груп спостерігалося збільшення рівня загального ХС, ТГ та дисліпопротеїдемія у вигляді зменшення ЛПВЩ та збільшення ЛПНЩ. Вміст загального ХС та ЛПНЩ був достовірно вищим у пацієнтів II групи, що говорить про більш суттєве порушення ліпідного обміну у осіб старшого віку. Рівень ТГ був дещо вищим у пацієнтів II групи, хоча дані достовірно не розрізнялися. Отримані нами дані знаходять підтвердження в роботах інших дослідників [8], які вказують на те, що гіперхолестеринемія є фактором ризику виникнення ІМ.

Всім хворим проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. В I групу увійшли пацієнти, в яких фракція викиду (ФВ) після проведення стрес-тесту зростала більше ніж на 10 %, за віковим розподілом це були пацієнти переважно старшого віку. В II групі ФВ змінювалась в межах ± 10 %. Серед хворих III групи спостерігалося зниження ФВ більше ніж на 10 % (переважно пацієнти молодого віку). Виділяли наступні типи геометрії ЛШ: нормальна геометрія (I тип), – ексцентричне ремоделювання (IV тип) та концентрична гіпертрофія (III тип).

У хворих I групи в 93,5±4,4 % випадків спостерігався I тип і в 6,5±4,4 % випадків – IV тип геометрії (p<0,001 порівняно з I типом). У хворих II групи в 73,3±4,0 % випадків відмічався I тип геометрії ЛШ (p<0,001, порівняно з I групою), в 3,4±1,7 % випадків - III тип і в 23,3±3,9 % випадків – IV тип (p<0,01, відповідно). В III групі I тип реєструвався у 68,9±4,5 % хворих (p<0,001, порівняно з I групою), III тип – у 7,5±2,6 % обстежених (p>0,1, порівняно з II групою) та IV тип – у 23,6±4,1 % хворих (p<0,01, порівняно з I групою).

При антиортостатичному навантаженні мала місце зміна геометрії ЛШ. Так, I тип спостерігався у всіх хворих I групи. В II групі кількість хворих з I типом геометрії ЛШ зменшувалась до 40,0±4,5 % (p<0,001), суттєво не змінювалась з III типом, і складала 1,7±1,2 % (p>0,5) та збільшувалась з IV типом до 58,3±4,5 % (p<0,001). У хворих III групи також відбувалося значне зменшення хворих з I типом геометрії ЛШ (17,9±3,7 %, p<0,001) на фоні об'ємного навантаження та зростання кількості хворих з IV типом (76,4±4,1 %, p<0,001). Достовірних змін кількості хворих з III типом геометрії ЛШ при антиортостатичному навантаженні не реєструвалося (5,7±2,3 %, p>0,5).

Таким чином, прояви ремоделювання у хворих з різними типами гемодинаміки неоднозначні, спостерігаються вже при першому обстеженні та тісно пов'язані зі змінами скоротливої функції ЛШ [6].

ВИСНОВКИ 1. Розвитку інфаркту міокарда з гострою серцевою недостатністю у молодих людей (до 45 років) значно частіше, ніж у старших, передують куріння та спадковість, тоді, як стабільна стенокардія, артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіподинамія та цукровий діабет зустрічаються значно рідше. 2. Інфаркт міокарда, що ускладнений гострою серцевою недостатністю має більш тяжкий перебіг у пацієнтів молодого віку. 3. У всіх обстежених пацієнтів спостерігаються зміни ліпідного спектру крові, однак у хворих старшого віку ці зміни носять більш виражений характер. 4. Прояви раннього ремоделювання лівого шлуночка серця носять більш виражений характер у пацієнтів молодого віку.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ Не викликає жодних сумнівів необхідність продовження пошуку чинників ризику щодо розвитку ІМ в осіб молодого віку, що дасть змогу поліпшити його профілактику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов И.А., Попов Л.В., Березовцев И.Г., Стоногин А.В., Травин Н.О. Особенности хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца молодого возраста // Кардиология. – 2004. – № 1. – С.21 – 26.

2. Коваленко В.М. Кардіологія в Україні: вчора, сьогодні і в майбутньому (до 10-річчя Академії медичних наук України) // Укр. Кардіол. Журн. – 2003. – №2. – С. 62-66.

3. Михайлов А.А. Ведение больных, перенесших инфаркт миокарда / / Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 2. – С.68-73.

4. Abraham W.T. Diabetes, hypertension, and renal insufficiency in post-myocardial infarction cardiovascular risk // Rev. Cardiovasc. Med. – 2004. – № 4. – P. 30-36.

5. Candell Riera J. Risk stratification after acute myocardial infarction // Rev. Esp. Cardiol. – 2003. – Vol. 3, № 56. – P. 303-313.

6. Coletta C., Sestili A., Seccareccia F. et al. Influence of contractile reserve and inducible ischaemia on left ventricular remodelling after acute myocardial infarction // Heart. – 2003. – Vol. 89, № 10. – P. 1138-1143.

7. Conti R.A., Solimene M.C., da Luz P.L. et al. Comparison between young males and females with acute myocardial infarction // Arq. Bras. Cardiol. – 2004. – 79 (5). – P. 510-525.

8. DeCara J.M. Noninvasive cardiac testing in women // J. Am. Med. Women. Assoc. – 2003. – V. 58, № 4. – P. 254-263.

9. Gerdtham U.G., Zethraeus N. Predicting survival in cost-effectiveness analyses based on clinical trials // Int. J. Technol. Assess. Health Care. – 2004. – Vol. 19, № 3. – P. 507-512.