

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Канд. мед. наук Т. А. Лозовая

Сумская городская клиническая больница № 1

Представлены особенности клинического течения инфаркта миокарда правого желудочка на фоне Q-инфаркта задней стенки левого желудочка, которые заключаются в высокой частоте развития фатальных осложнений, полиорганной дисфункции и прогрессировании сердечной недостаточности. Выделены ятрогенные факторы риска, способствующие ишемическому поражению правого желудочка на фоне заднего инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, правый желудочек, анамнез.

ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА

Канд. мед. наук Т. А. Лозова

Подано особливості клінічного перебігу інфаркту міокарда правого шлуночка на тлі Q-інфаркту задньої стінки лівого шлуночка, які полягають у високій частоті розвитку фатальних ускладнень, поліорганній дисфункції і прогресуванні серцевої недостатності. Виділено ятрогенні фактори ризику, що сприяють ішемічному ураженню правого шлуночка на тлі заднього інфаркту міокарда.

Ключові слова: інфаркт міокарда, правий шлуночок, анамнез.

FEATURES OF ANAMNESIS AND CLINICAL STATUS OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION OF THE POSTERIOR WALL OF THE LEFT VENTRICULAR WITH INVOLVEMENT OF THE RIGHT VENTRICLE

T. A. Lozovaya

The features of the clinical status of myocardial infarction of the right ventricle due the Q-posterior wall myocardial infarction of the left ventricle are presented. The involvement of the right ventricle is accompanied by the high incidence of fatal complications, multiple organ dysfunction and the progression of heart failure. Marked iatrogenic risk factors that associated with ischemic lesions of the right ventricle due the Q-posterior myocardial infarction of the right ventricle.

Keywords: myocardial infarction, right ventricle, anamnesis.

Инфаркт миокарда (ИМ) является одной из ведущих причин смерти взрослого населения Украины. Из 50 000 тыс. ИМ, регистрируемых ежегодно, около 30–50 % погибает на догоспитальном этапе и 20 % в течение года после перенесенного ИМ [1]. В силу высокой распространенности, клинической, гемодинамической значимости и влияния на прогноз, понятие ИМ ассоциируется с поражением левого желудочка (ЛЖ), в то время как информация об ишемическом поражении правого желудочка (ПЖ) занимает второстепенные позиции. В большинстве случаев ИМ ПЖ является результатом окклюзии проксимальных отделов правой коронарной артерии. В изолированном варианте его выявляют редко, что по данным аутопсии составляет 3–5 % случаев, однако при ИМ задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) он диагностируется с частотой 30–50 % [6].

Наличие ишемического повреждения ПЖ при ИМ задней стенки сопровождается увеличением летальности на госпитальном этапе и является самостоятельным независимым предиктором неблагоприятного прогноза в отдаленном периоде [7]. Однако данные литературы, характеризующие особенности анамнеза и клинического течения ИМ ПЖ, ограничены немногочисленными публикациями и носят противоречивый характер, что повышает актуальность данного исследования.

Цель работы — оценить особенности анамнеза и клинического статуса пациентов с задним ИМ ЛЖ с распространением на ПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 55 больных с острым ИМ ЗСЛЖ, из которых у 24 пациентов диагностировано поражение ПЖ. Среди обследованных

мужчин было 38 (69%), женщин — 17 (31%) в возрасте от 45 до 88 ($66,2 \pm 6,48$) лет.

Диагностику ИМ и его осложнений проводили по результатам клинического и лабораторно-инструментального обследования, согласно действующим рекомендациям Украинского общества кардиологов, ESC, 2012 [2, 4]. Инфаркт ЗСЛЖ диагностировали на основании ЭКГ, локализации нарушений сократимости по данным эхокардиографии (Эхо-КГ) и повышения концентрации тропонина Т. Поражение ПЖ устанавливали с учетом специфических изменений ЭКГ в правых грудных отведениях V_{3R} , V_{4R} с последующей визуализацией дискинезий при Эхо-КГ [4].

После обследования больные были разделены на две группы: I группа составила 24 пациента с ИМ ЗСЛЖ с распространением на ПЖ, II группа — 31 больной с изолированным ИМ ЗСЛЖ.

Статистическую обработку полученных данных проводили методом вариационной и непараметрической статистики с использованием теста Вилкоксона для связанных совокупностей и тест Манна–Уитни — для несвязанных. Достоверность результатов оценивали по t-критерию Стьюдента для зависимых и независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Группы обследованных больных не отличались по возрастному, гендерному, антропометрическим показателям, длительности ИБС до момента госпитализации ($7,81 \pm 2,1$ — в I группе и $9,09 \pm 1,66$ лет — во II), частоте артериальной гипертензии (79,2% в I группе и 87% — во II), периферического атеросклероза (25% и 29%, соответственно), сахарного диабета (29% и 35,4%) и количеству перенесенных инсультов (16,6% в I группе и 12,9% — во II).

До включения в исследование прием алкогольных напитков регистрировался с частотой 25–25,8%. Число курильщиков (66,6%) в I группе больных достоверно превышало показатель II группы (32,2%, $p < 0,05$).

Догоспитальная терапия больных с ИМ ПЖ имела свои особенности. Так, пациенты I группы, несмотря на наличие признаков стенокардии, в 2 раза реже принимали аспирин (АСК), в 4 раза реже — статины ($p < 0,05$) и достоверно чаще использовали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (33,3% против 16,1%, $p < 0,05$). Частота приема β -адреноблокаторов (β -АБ) была практически одинаковой в обеих группах, при этом у пациентов I группы превалировало использование атенолола, в то время как пациенты II группы чаще применяли бисопролол и карведилол (22,5%, $p < 0,05$). Выявленные особенности указывают на отсутствие адекватной антиишемической терапии на догоспитальном этапе у пациентов с ИМ ПЖ, что,

в свою очередь, нашло отображение в более частой потребности в приеме нитратов (37,5% — в I группе и 16,1% — во II, $p < 0,05$). На момент включения в обследование пациенты I группы имели в анамнезе значительно меньше перенесенных ИМ — 2 (8,3%) по сравнению с больными II группы — 6 (19,3%), 2 из которых были повторными ($p < 0,05$). Эти данные косвенно отображают меньшую степень поражения коронарного русла у пациентов I группы развития ОИМ и перекликаются с данными авторов, установившими связь между развитием ИМ ПЖ, молодым возрастом пациентов, меньшим количеством ИМ в анамнезе и более высокой распространенностью однососудистого поражения [3]. Время от начала развития ОИМ до момента госпитализации в I ($10,42 \pm 3,56$ ч) и во II ($11,03 \pm 4,1$ ч) группах достоверно не отличалось.

На догоспитальном этапе оказания неотложной помощи пациентам I группы наряду с единичными случаями использования нагрузочных доз АСК (8,3%) достоверно чаще были назначены морфин (в 3 раза), ненаркотические анальгетики, серноокислая магnezия (в 2 раза), диуретики и нитраты (в 3,8 раза), ($p < 0,05$). Поражение ПЖ при ИМ ЗСЛЖ требует дифференцированного диагностического подхода и осторожности, что предусматривает регистрацию правых грудных отведений всем больным с ЭКГ-признаками заднего ИМ, поэтому бесконтрольное введение вазодилаторов всем пациентам с ИМ ЗСЛЖ без верификации поражения ПЖ способствует снижению преднагрузки, коронарному «обкрадыванию» и усугублению ишемии ПЖ, даже несмотря на своевременное догоспитальное введение тромболитиков (в I группе теноктеплаза — 8,3%) [3, 4].

Кардиогенный шок (КШ) вследствие острой бивентрикулярной сердечной недостаточности (СН) был диагностирован достоверно чаще (12,5%) у больных I группы, по сравнению с пациентами с изолированным ИМ ЗСЛЖ (3,2%, $p < 0,05$).

В остром периоде ИМ у больных с поражением ПЖ в картине аритмических осложнений достоверно ($p < 0,05$) преобладали желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Lown, пароксизмальная желудочковая тахикардия (12,5%), транзиторные блокады АВ-соединения II и III степени, соответственно, 25% и 16,6%, острая синоатриальная блокада — 8,3%, и рецидивирующая фибрилляция желудочков (4,1%) в отличие от пациентов II группы. Высокая частота фатальных аритмий у больных с ИМ ПЖ, по-видимому, обусловлена большей протяженностью коронарной окклюзии и нарушением перфузии основных структур проводящей системы сердца, что согласуется с другими исследованиями, показавшими взаимосвязь ИМ ПЖ с увеличением риска внезапной коронарной смерти [3, 5].

Лабораторные показатели пациентов с ИМ ПЖ отличались значимо более высоким лейкоцитозом и достоверно более низкими показателями скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ($p < 0,05$), что отображает выраженность воспалительных изменений при сочетанном бивентрикулярном поражении миокарда и нарушение почечного кровотока как результат уменьшения насосной функции ЛЖ и ПЖ и высокой частоты КШ [7].

Анализ терапии, проводимой на госпитальном этапе, показал, что у пациентов I группы, несмотря на более частое использование фармакологической реперфузии (стрептокиназа — 20,8% против 9,6%), нагрузочные дозы антитромбоцитарных препаратов применялись в значительно меньшем числе случаев: АСК — 70,8%, клопидогрель — 66,6% в сравнении с пациентами с ИМ ЗС, соответственно, 90,3% и 83,3%. Статины получали 100% пациентов с ИМ ЗСЛЖ, в то время как в группе с ИМ ПЖ таких больных было меньше — 83% ($p < 0,05$).

Терапия острого ИМ ПЖ предусматривает выполнение преднагрузки ПЖ путем дополнительного введения адекватных объемов инфузионных растворов под контролем центрального венозного давления, что было проведено 21 больному (87,5%). Использование инфузии нитратов в первые сутки ИМ ЗС без верификации поражения ПЖ наблюдалось у 12,5% (3) больных I группы, а при развитии гипотензии, пациентам проводилась инотропная поддержка добутамином и дофамином, что способствовало уменьшению преднагрузки на ПЖ и прогрессированию коронарного «обкрадывания» [4, 7].

На момент выписки из стационара у больных с изолированным задним ИМ СН I (12,9%) и СН ПА (83,6%) классов диагностировали достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в I группе, в то время как у больных с ИМ ПЖ встречаемость СН ПБ (20,8%) значительно превышала показатель I группы (3,2%, $p < 0,05$). Достоверно большая частота бивентрикулярной СН в I группе наблюдалась у пациентов, выживших после КШ. Толерантность к физическим нагрузкам у пациентов с ИМ ПЖ и с изолированным задним ИМ достоверно не отличалась и соответствовала ФК 2 (NYHA) у 70,8% пациентов I группы и 70,9% — II группы; и ФК 3 — у 29,1% и 29%, соответственно. Полученные данные могут отображать результат восстановления функции ПЖ после своевременного распознавания острого ишемического

повреждения и проведения неотложных мероприятий, включая тромболитическую терапию, которые способствовали предотвращению или ограничению некротического поражения миокарда ПЖ [6].

Результаты исследования показали, что ИМ ЗСЛЖ с вовлечением ПЖ характеризуется определенными особенностями анамнеза, заключающимися в меньшем количестве повторных ИМ, сравнительно худшим лечением ИБС на догоспитальном этапе и повышенным употреблением никотина; спецификой проведения неотложных мероприятий при развитии ОКС, более тяжелым течением острого периода, проявляющегося высокой частотой развития фатальных аритмий, КШ и других осложнений. Данные исследования ограничены небольшим количеством наблюдений, однако они указывают на необходимость активной бдительности в диагностике и лечении больных с задним инфарктом ЛЖ в сочетании с ИМ ПЖ, которые могут быть полезными с практической точки зрения.

ВЫВОДЫ

1. Особенности анамнеза пациентов с ИМ ПЖ являются меньшее количество перенесенных ИМ, менее адекватным антиишемическим контролем при проведении вторичной профилактики ИБС, большей частотой табакокурения и использования НПВП ($p < 0,05$).

2. Развитие ИМ ПЖ на фоне ИМ ЗСЛЖ ассоциировалось с более частым использованием нитропрепаратов на этапе неотложной медицинской помощи и в стационаре, необоснованно частым применением вазодилататоров и инотропных средств, неадекватным проведением нагрузочной и плановой антитромбоцитарной терапии, более редким использованием статинов.

3. Острый период заднего ИМ ЛЖ с вовлечением ПЖ характеризовался достоверно большей частотой развития КШ, жизненно опасных аритмий, нарушением функции почек и развитием бивентрикулярной СН, что ухудшало клиническое течение заболевания.

Выявление клинико-анамнестических особенностей острого периода ИМ ПЖ на фоне заднего ИМ является *перспективным* с точки зрения раннего распознавания, оказания специализированной помощи на догоспитальном и госпитальном этапе и улучшения ближайшего и отдаленного прогноза больных с ИМ ПЖ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Коваленко В. М. Демографія і стан здоров'я народу України. Аналітично-статистичний посібник / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. — К.: Медінформ, 2012. — 143 с.
2. Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST / Робоча група з невідкладної кардіології Асоціації кардіологів України; за ред. В. О. Шумакова, О. М. Пархоменка // Укр. кардіологіч. журн. — 2013. — Дод. 3. — 57 с.

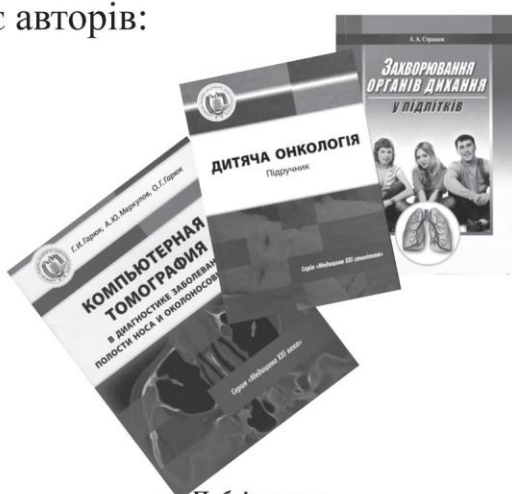
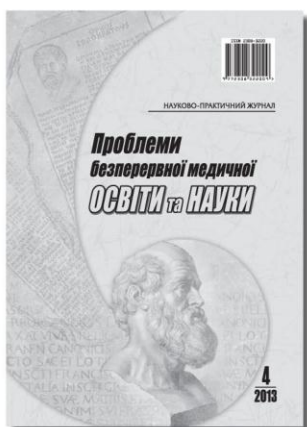
3. Cardiogenic shock caused by right ventricular infarction. A report from the SHOCK Registry / A. K. Jacobs, J. A. Leopold, E. Bates [et al.] // J. Am Coll Cardiol. — 2003. — Vol. 41. — P. 1273–1279.
4. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) / G. Steg, S. James, D. Atar [et al.] // Eur. Heart J. — 2012. — Vol. 33. — P. 2569–2619.
5. Prognostic significance of right ventricular ejection fraction for persistent complex ventricular arrhythmias and/or sudden cardiac death after first myocardial infarction: Relation to infarct location, size and left ventricular function / M. Pfisterer, H. Emmenegger, M. Soler [et al.] // Eur. Heart J. — 1986. — Vol. 7(4). — P. 289–298.
6. *Rambihar S.* Right ventricular involvement in patients with coronary artery disease / S. Rambihar, H. Dokainish // Curr. Opin Cardiol. — 2010. — Vol. 22(5). — P. 456–463.
7. Right ventricular involvement in acute left ventricular myocardial infarction: prognostic implications of MRT findings / C. J. Jensen, M. Jochims, P. Hunold [et al.] // AJR. — 2010. — Vol. 194. — P. 592–598.

Редакційно-видавничий відділ ХМАПО

запрошує авторів:

▣ Видавати

- навчальну літературу (посібники, підручники, методичні рекомендації)
- монографії
- збірники наукових праць
- буклети до конференцій та ювілеїв тощо



▣ Публікувати

статті в щоквартальному журналі «Проблеми безперервної медичної освіти та науки». (Журнал включено до затвердженого ВАК України переліку видань із медичних наук).

Передплатний індекс на 2014 рік — 89215.

ВІДДІЛ ПРОФЕСІЙНО ЗДІЙСНЮЄ:

- Додрукарські процеси:
- редагування
 - коректуру
 - верстання
- Друк (RISO):
- бланків
 - методичних рекомендацій
 - авторефератів
 - брошур тощо

Адміністрацією розглядається можливість безкоштовного друку матеріалів для навчального процесу. Діє система знижок.

Контакти:

Тел.: 711-80-29, 780-46-38, (067) 947-96-15 E-mail: redakcia.hmapo@gmail.com
Нач. ред.-вид. відділу НСВЄЖИНА Антоніна Михайлівна