

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

О.В. Дорошенко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ

Однією з головних проблем здоров'я в Україні на сучасному етапі є зростання захворюваності та поширеності найбільш соціально значущих хвороб системи кровообігу (ХСК): атеросклерозу, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), що призводить до високої інвалідизації, смертності, особливо серед осіб працездатного віку, зменшення тривалості життя [9, 14].

Клінічні симптоми ІХС зареєстровано майже у 9 000 000 дорослого населення України (www.ukrstat.gov.ua). Змінені атеросклерозом коронарні артерії є причиною, як мінімум, 50 000 інфарктів міокарда щорічно, а смертність від інфаркту міокарда становить в різних регіонах України від 12 до 32%.

Згідно з матеріалами доповіді робочої групи Європейського товариства кардіологів, помітне збільшення смертності та захворюваності на хвороби серця й судин спостерігається в країнах Центральної та Східної Європи. Зокрема, в Україні зареєстровано найвищі серед 30 країн Європи показники серцево-судинних хвороб у чоловіків і жінок, а також один із найвищих показників смертності від ІХС [6]. Причому найістотніше (у 3–7 разів) перевищення зазначених показників в Україні, порівняно з більшістю європейських країн, спостерігається в молодих людей. Відповідно до даних Американської асоціації серця, смертність від серцево-судинних хвороб чоловіків віком від 37 до 47 років в Україні є чи не найвищою в світі [10].

Найбільш несприятливими є гострі коронарні синдроми (ГКС), а саме – нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда (ГІМ).

ГКС є однією з провідних патологій у кардіології. За один рік у США госпіталізують близько 2 мільйонів людей з проявами гострого коронарного синдрому. Приблизно 600 тисяч з них страждають на ГІМ, а півтора мільйона хворих – на ГКС без розвитку інфаркту міокарда. Остання група хворих відрізняється більш високою смертністю, аніж хворі з розвитком ГІМ [3, 12].

Патологоанатомічні, ангіоскопічні та біологічні спостереження довели, що нестабільна стенокардія та ГІМ характеризуються різними клінічними проявами, але мають однаковий патофізіологічний механізм: розрив атеросклеротичної бляшки або її ерозію з різним ступенем тромбозу чи емболії.

Розвиток ГКС супроводжується значним збільшенням смертності, інвалідизації та витрат на лікування як основного захворювання, так і його ускладнень. Так, нестабільна стенокардія у 2–10% хворих завершується розвитком ГІМ. Смертність при нестабільній стенокардії досягає 5%, при ГІМ до 30%, серед них більше половини – на догоспітальному етапі внаслідок раптової серцевої смерті [7].

Пацієнти з ГКС жіночої статі мають суттєві відмінності в клінічній картині захворювання. Симптоми ГКС у жінок часто менш виражені та недостатньо специфічні, у порівнянні з чоловіками больовий синдром у жінок частіше пов'язаний з атипичним перебігом захворювання – турбують скарги на біль у животі, задишку, нудоту, слабкість, серцебиття, запаморочення, втрати апетиту [4, 5]. Необхідно відімітити, що останнім часом серед хворих на ІХС зростає кількість молодих жінок [1].

Також слід зазначити, що нині відмічається тенденція до «помолодшання» ГІМ. Так, у віці до 40 років ГІМ відмічається з частотою 0,1–0,6 на 1 тис. чоловіків та 0,03–0,04 на 1 тис. жінок, що становить від 2 до 7 % всіх випадків ГІМ, що реєструються у віці до 65 років [2, 11, 13]. У декотрих розвинутих країнах на цю вікову групу припадає від 4 до 8 % загальної структури захворюваності. Також ГКС часто асоціюється з цукровим діабетом та гіпертонічною хворобою [8].

Метою нашої роботи було виявити фактори несприятливого клінічного перебігу ГКС.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено ретроспективний аналіз 727 історій хвороби пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у інфарктному відділенні міської клінічної багатопрофільної лікарні №25 м. Харкова. Із них 449 чоловіків (61,8%) та 278 жінок (38,2%) у віці від 36 до 89 років. Середній вік хворих складав $65,1 \pm 1,8$ рік. Більшість хворих на ГКС віком понад 65 років – 383 хворих (52,7%), менше та 65 років – 344 хворих (47,3%), з них ГКС реєструвався у віці 45 років та молодше у 35 хворих (4,8%). У всіх вікових групах переважна кількість чоловіків. Однак у групі хворих віком ≤ 45 років достовірно більше хворіють чоловіки – 31 (88,6%) порівняно з жінками – 4 (11,4%) ($p < 0,05$).

Із 727 хворих інфаркт міокарда діагностований у 468 хворих (64,4%), в тому числі у 295 чоловіків (63%) та 173 жінок (37%). Нестабільна стенокардія у 259 пацієнтів (35,6%), з них 154 чоловіки (59,5%) та 105 жінок (40,5%). Летальні наслідки розвилися у 57 хворих з інфарктом міокарда (12,4%) та 7 хворих з нестабільною стенокардією (2,6%). У більшості хворих ГКС розвився на фоні гіпертонічної хвороби (ГХ) – 496 хворих (68%), та у багатьох супроводжувався порушеннями ритму та провідності – у 329 хворих (45,3%).

Отримані результати та їх обговорення

За даними нашого дослідження, 197 хворих (27%) з ГКС мали цукровий діабет (ЦД). Ці пацієнти були трохи старші – $66,28 \pm 1,14$ порівняно із хворими без цукрового діабету ($64,6 \pm 1,28$ років), більшість з них жіночої статі – 100 (50,8%), в той час як у групі без ЦД – 178 жінок (33,6%) ($p < 0,05$). Відмічалася тенденція до більш частішої наявності супутніх захворювань в групі хворих із супутнім цукровим діабетом, таких як артеріальна гіпертензія – 143 хворих (72,6%) порівняно з групою без ЦД – 353 (66,6%) та ожиріння 70 (35,5%) та 158 (29,8%) відповідно при наявності та без ЦД.

У хворих з ГКС на фоні ЦД достовірно гірший прогноз захворювання, несприятливий перебіг із летальним кінцем зареєстрований у 26 (13,2%) хворих із ЦД та 38 (7,2%) хворих без ЦД ($p < 0,05$).

Під час госпітального спостереження пацієнтів з ГКС померло 64 хворих (8,8%). Ми виділили групу сприятливого перебігу (663 хворих), та несприятливого – 64 хворих (перебіг ГКС закінчився летальним наслідком). За нашими даними, 48 (75%) смертей приходить на пацієнтів старше 65 років ($p < 0,05$). У переважній більшості це було ускладнення інфаркту міокарда – 57 хворих (89%), в той час як нестабільна стенокардія призвела до цього у 7 випадках (11%).

У групі несприятливого перебігу пацієнти були більш старшого віку – $71,3 \pm 1,2$ роки, порівняно з групою сприятливого перебігу – $64,5 \pm 1,14$ років, достовірно частіше летальні наслідки розвивалися у пацієнтів з цукровим діабетом – у 40% випадків, також достовірно частіше, ніж в групі з сприятливим розвитком на фоні ГХ та ЦД (31% випадків) ($p < 0,05$). Аналіз ЕКГ-даних показав відсутність статистично достовірної різниці у локалізації інфаркту в обох групах. Однак несприятливий перебіг ГКС відзначався при наявності порушень ритму та провідності. Так, у хворих з летальним наслідком порушення ритму зустрічалася у 64% випадків. В більшості випадків це була фібриляція передсердь – 47,3% ($p < 0,05$). Рецидив ГКС

відзначався у 41% випадків у групі з летальним наслідком та 8% випадків у групі з сприятливим перебігом.

У відсотковому відношенні летальність з першого дня госпіталізації була вище серед жінок, ця тенденція зберігалася у наступні дні. Тим не менше, ця закономірність не досягла значимої різниці.

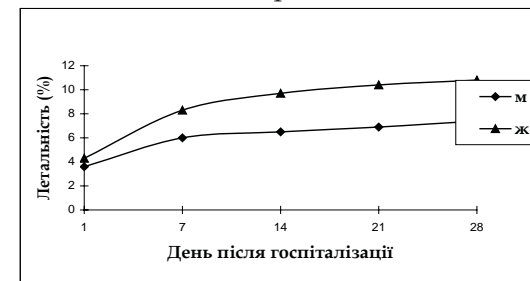


Рис.1. Летальність при ГКС в залежності від статі.

Висновки

1. Таким чином, старший вік пацієнтів, наявність цукрового діабету та гіпертонічної хвороби в анамнезі, порушення ритму (фібриляція передсердь), рецидивуючий перебіг є несприятливими чинниками перебігу ГКС у госпітальний період.

2. В подальшому плануємо уточнення основних патогенетичних ланок ГКС з метою удосконалення методів лікування цієї серцевої патології.

Література

1. Comparison between young males and females with acute myocardial infarction / R.A. Conti, M.C. Solimene, P.L. da Luz [et al.] // *Arg.Bras.Cardiol.* - 2004. - Vol. 79, № 5. - P. 510-525.
2. Kim J.K. Recent changes in cardiovascular risk factors among women and men / J.K. Kim, D. Alley, T.Seeman [et al.] // *J. Womens Health.* - 2006. - Vol. 15, № 6. - P. 734-746.
3. Maseri A. Inflammation in acute coronary syndromes / A. Maseri, D. Cianflone // *Eur. Heart J.* - 2002. - Vol. 4, suppl.B. - P.8-13.
4. Patel H. Symptoms in acute coronary syndromes: Does sex make a difference? / H. Patel, A. Rosengren, I. Ekman // *Am. Heart J.* - 2004. - № 148. - P. 27-33.
5. Perers E. Impact of diagnosis and sex on long-term prognosis in acute coronary syndromes / E. Perers, K. Caidahl, J. Herlitz [et al.] // *Am. Heart J.* - 2007. - № 54. - P. 482-488.
6. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe / S. Sans, H. Kesteloot, G. Krombroust [et al.] // *Europ. Heart J.* - 1997. - № 18. - P. 1231-1248.
7. White H.D. Unmet therapeutic needs in the management of acute ischemia / H.D. White // *Am. J. Cardiol.* - 1997. - Vol. 80. - P. 2-10.

8. Братусь В.В. Атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, клиника, лечение / В.В. Братусь, В.А. Шумаков, Т.В. Талаева. - Київ: Четверта хвиля, 2004. - 576 с.
9. Коваленко В.М. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращення в Україні: аналітично-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко [та ін.]. - Київ, 2005. - 141 с.
10. Коваленко В.М. Кардіологія в Україні: вчора, сьогодні і в майбутньому (до 10-річчя Академії медичних наук України) / В.М. Коваленко // Укр. кардіол. ж. - 2003. - № 2. - С. 62-66.
11. Клініко-інструментальні маркери оцінки несприятливого перебігу госпітального періоду гострого інфаркту міокарда / О.М. Пархоменко, О.С. Гур'єва, О.В. Шумаков [та ін.]. // Укр. кардіол. журн. - 2005. - № 6. - С. 10-18.
12. Перемот С.Д. Активність цитокінів у хворих на гострий коронарний синдром / С.Д. Перемот, М.В. Смілянська, А.Ю. Волянський [та ін.]. [Електронний ресурс] // Annals of Mechnicov Institute. - 2010. - № 3. - Р. 33-37. - Режим доступу: www.imaam.org.ua/journal.htm.
13. Прогнозирование госпитальных исходов при остром коронарном синдроме / Р.Т. Сайгигов, М.Г. Глезер, Д.П. Семенцов [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2006. - № 2. - С. 42-50.
14. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги (аналітично-статистичний посібник) / Під ред. Ю.О. Гайдаєва. - Київ: Вітол, 2007. - 97 с.

Резюме

Дорошенко О.В. Особливості клінічного перебігу гострого коронарного синдрому.

У статті досліджувався перебіг гострого коронарного синдрому без підйому сегмента ST у госпітальний період. Аналізувався вплив різних факторів ризику на перебіг гострого коронарного синдрому без підйому сегмента ST. Визначено, що несприятливими чинниками перебігу гострого коронарного синдрому без підйому сегмента ST є старший вік пацієнта, наявність цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, порушення ритму, рецидивуючий перебіг.

Ключові слова: гострий коронарний синдром, перебіг, несприятливі чинники.

Резюме

Дорошенко О.В. Особенности клинического течения острого коронарного синдрома.

В статье исследовалось течение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST в период госпитального наблюдения. Анализировалось влияние различных факторов риска на течение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST. Определено, что неблагоприятными факторами течения острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST являются: старший возраст пациента, наличие сахарного диабета, гипертонической болезни, нарушения ритма, рецидивирующее течение заболевания.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, течение, неблагоприятные факторы.

Summary

Doroshenko O.V. Clinical features of acute coronary syndrome.

The article studied the clinical features of acute coronary syndrome without ST segment elevation in the hospital period. Analyzed the impact of various risk factors on the course of acute coronary syndrome without segment elevation ST. Determined that the adverse factors of acute coronary syndrome without ST segment elevation is older patient age, presence of diabetes, hypertension, arrhythmia, recurrent course.

Key words: acute coronary syndrome, clinical features, the adverse factors.

Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Корж

УДК 616.611-002-036.12+616.24-007.271]-08-035-092

ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ НА ГЕОМЕТРИЧНУ АДАПТАЦІЮ І ДІАСТОЛІЧНУ ФУНКЦІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, КОМОРБІДНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Г.А. Ігнатенко, І.В. Мухін, О.В. Башкірцев

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Вступ

Актуальність дослідження і розробки нових патогенетичних підходів до лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) і артеріальної гіпертензії (АГ) визначається як вельми частою їх розповсюдженістю в українській популяції і спільністю патогенетичних ланок патогенезу, так і складністю курації такої категорії хворих [5, 10]. Наявність такої сукупної патології обумовлює збільшення жорсткості міокарду, кінцеводіастолічного і кінцевосистолічного напруження стінок лівого шлуночка (ЛШ) на тлі неповноцінного діастолічного розслаблення, що заважає кровообігу в інтрамуральних судинах і сприяє додатковому погіршенню коронарного кровопостачання і формуванню гібернації з постішемічним порушенням скорочувальної здатності серцевого м'яза [2]. При цьому формується багатокomпонентне ураження серця за участю гіпертрофії, ішемії, гібернації, діастолічних і геометрично-адаптаційних порушень [3].

Останні роки в лікуванні і реабілітації гіпертензивних хворих на ІХС активно використовується методика інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ), основним спрямуванням якої є локальна і системна артеріальна вазодилатація за рахунок формування довгострокової адаптації до гіпоксії [1].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дослідження проводилося в рамках планової науково-дослідної кафедри пропедевтичної і внутрішньої медицини Донецького національного медичного університету ім. М. Горького «Застосування інтервальної нормобаричної гіпокситерапії в комплексному лікуванні моноорганної і поєднаної терапевтичної патології» (№ держреєстрації 0108U009884).