

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ – Проаналізовано особливості перебігу гострого інфаркту міокарда (ІМ) на тлі супутньої патології. Встановлено, що коморбідність модифікує клінічну картину, потенціює розвиток ускладнень, збільшує стаціонарну летальність та віддалену смертність у хворих на ІМ і вимагає внесення коректив у стандартні клінічні протоколи лікування.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ – Проанализированы особенности течения острого инфаркта миокарда (ИМ) на фоне сопутствующей патологии. Установлено, что коморбидность модифицирует клиническую картину, потенцирует развитие осложнений, увеличивает стационарную летальность и отдаленную смертность у больных с ИМ и требует внесения корректив в стандартные клинические протоколы лечения.

CLINICAL FUNCTIONAL AND LABORATORY FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN CASE OF COMORBIDITY – Peculiarities of the course of acute myocardial infarction on the background of concomitant pathology were analyzed. It is set that comorbidity modifies clinical picture, promote development of complications, increases mortality of patients with acute myocardial infarction and requires improvement of standard clinical protocols of treatment.

Ключові слова: інфаркт міокарда, супутня патологія, коморбідність.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, сопутствующая патология, коморбидность.

Key words: myocardial infarction, concomitant pathology, comorbidity.

ВСТУП В останні роки при вивченні особливостей перебігу того чи іншого захворювання все частіше увагу науковців привертає питання коморбідності та поліморбідності [1, 2]. На даний час важко виділити якусь окрему нозологію, як правило, хворий окрім основного захворювання має декілька супутніх, які обтяжують його перебіг, провокують розвиток ускладнень, погіршують якість життя та прогноз виживання.

У вітчизняній літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, що мають як гострий, так і хронічний перебіг, використовують терміни “комбінована патологія” “поєднана патологія”, “супутні” або “асоційовані” захворювання та стани (А. Ф. Гуменюк, 2009; Ф. І. Белялов, 2012; В. Л. Козловський, 2012). В англійській науковій літературі частіше застосовують терміни “коморбідні захворювання” або стани (comorbid diseases, comorbid conditions) [3, 4].

Згідно з сучасними уявленнями, термін “коморбідність” (comorbidity) використовують для означення наявності двох захворювань, які можуть бути патогенетично взаємопов’язані або просто співпадати у часі в одного пацієнта, незалежно від активності кожного з них; за наявності трьох і більше захворювань застосовують термін “мультиморбідність”

(multimorbidity) (D. Campbell-Scherer, 2010; G. E. Caughey et al., 2010).

Метою роботи було дослідити частоту поєднання ІМ з іншими патологіями та встановити їх вплив на перебіг захворювання, стаціонарну летальність і виживання хворих упродовж 12 місяців після ІМ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проаналізовано 255 випадків гострого ІМ. Серед пацієнтів було 167 чоловіків та 88 жінок, середній вік становив (64,98±10,57) року. Діагноз ІМ встановлювали згідно з рекомендаціями ESC, 2008.

Використано такі методи, як клінічне обстеження, аналіз медичних карт стаціонарних хворих, антропометричні, біохімічні дослідження (ліпідограма, глікемічний профіль), тропоніновий тест, функціональні методи обстеження (електрокардіографія, ехокардіоскопія, добове моніторування артеріального тиску, спірографія, пікфлоуметрія), ретроспективний аналіз летальності й виживання).

Для опису кількісних ознак використовували значення середньої арифметичної величини (M) та похибки середньої арифметичної величини (m). Для статистичної оцінки значимості різниці між середніми величинами застосовували непараметричні критерії, тест непараметричного порівняння двох незалежних вибірок – U-тест Манна-Уїтні. Критичний рівень значимості приймали меншим 0,05. Статистичну обробку результатів виконано у відділі системних статистичних досліджень університету в програмному пакеті Statsoft STATISTIKA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У 86 % обстежених пацієнтів виявлено поєднану патологію. Встановлено, що ІМ поєднувався з одним супутнім захворюванням у 29,8 %, з двома – у 32,2 %, з трьома і більше – у 27,4 %. Отримані результати свідчать про високу поширеність коморбідності та поліморбідності в сучасній клініці.

У 73,7 % хворих ІМ розвинувся на фоні артеріальної гіпертензії (АГ), у 40,68 % – ожиріння різного ступеня, у 23,5 % – цукрового діабету (ЦД). Дані захворювання є важливими факторами ризику розвитку та прогресування атеросклерозу.

Прояви атеросклерозу різних локалізацій були виявлені у 15,7 % хворих, зокрема 10,2 % пацієнтів мали в анамнезі гостре порушення мозкового кровообігу, в 1,2 % верифіковано аневрizmu аорти, одночасно у 4,0 % спостерігали наявність облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок.

Часто (20,8 %) діагностували супутню патологію шлунково-кишкового тракту: 13,8 % – хронічний панкреатит, 11,4 % – виразкову хворобу, 9,6 % гастродуоденіт. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) діагностовано у 6,3 % випадків ІМ, хоча куріння було притаманним для 26,0 % хворих з індексом куріння понад 10 пачко/років, що свідчить про гіподіагностику даної патології.

Хронічну венозну недостатність внаслідок варикозної хвороби нижніх кінцівок відмічали у 7,8 % хворих. Крім цього, у 3,5 % пацієнтів були онкологічні захворювання, з них 2,0 % отримали радикальне лікування і знаходились у клінічній ремісії.

Остеоартроз та іншу ревматологічну патологію виявляли у 6,3 % хворих на ІМ, ураження щитоподібної залози – 1,6 %. У 1,2 % пацієнтів ІМ перебігав на фоні хронічної ниркової недостатності, у 5,1 % зафіксовано сечокам'яну хворобу.

Згідно з даними нашого дослідження, найчастіше коморбідність проявлялась наявністю АГ, ЦД та ожиріння, що свідчить про суттєву поширеність метаболічного синдрому в популяції хворих на ІМ.

При аналізі лабораторних показників встановлено, що у пацієнтів із коморбідною патологією метаболічний профіль був значно гірший, ніж у пацієнтів без супутньої патології (табл. 1). Достовірно вищим був рівень аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), білірубину, сечовини, креатиніну, що свідчить про більш виражений некро-резорбтивний синдром. Атерогеннішим був ліпідний профіль (високий рівень тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), низький рівень ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ)).

Як відомо, коморбідність обтяжує перебіг, потенціює розвиток ускладнень та збільшує стаціонарну летальність та віддалену смертність у хворих на ІМ [5, 6].

Таблиця 1. Метаболічний профіль пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (M±m)

Показник	ІМ без супутньої патології	ІМ+супутня патологія	p
Глюкоза (ммоль/л)	4,9±0,23	6,7±0,21	<0,05
Білірубін	15,4±0,27	24,3±0,31	<0,05
АсАТ (мкмоль/(год·л))	0,98±0,01	1,25±0,01	<0,05
АлАТ (мкмоль/(год·л))	0,84±0,01	0,96±0,01	<0,05
Сечовина (ммоль/л)	6,4±0,19	9,3±0,27	<0,05
Креатинін (мкмоль/л)	чол. 70±0,22 жін. 88±0,34	чол. 101±0,18 жін. 136±0,38	<0,05
Холестерин	5,49±0,01	5,82±0,01	<0,05
Тригліцериди	1,64±0,01	2,1±0,01	<0,05
ЛПВЩ	1,06±0,01	0,95±0,00	<0,05
ЛПНЩ	3,31±0,01	3,52±0,01	<0,05
ЛПДНЩ	0,73±0,00	1,1±0,00	<0,05

У результаті дослідження встановлено, що в пацієнтів із супутньою патологією спостерігали тяжчий перебіг ІМ (більш тривалий, часто атипичний больовий синдром, сповільнену динаміку резольції ЕКГ, більшу розрахункову масу некрозу). При ІМ без супутніх захворювань частка ускладнень була меншою на 8,5 % порівняно із ІМ з поєднаною патологією (p<0,05). При коморбідних станах частіше реєстрували такі фатальні ускладнення ІМ, як фібриляція шлуночків, кардіогенний шок, набряк легень. Найнесприятливішим виявився перебіг ІМ на тлі ЦД та АГ. Зокрема, стаціонарна летальність у групі хворих із супутнім ЦД становила 23,1 %. Порівняно меншою виявилась летальність у групі хворих з супутньою АГ і склала 14,8 %.

Згідно з даними Європейських реєстрів, показник річної смертності хворих на ІМ коливається від 4,0 до 7,3 % [7]. Ми отримали наступні результати: упродовж 6 місяців після перенесеного ІМ померло 3,6 % хворих, протягом 12 місяців – 10,3 %. Ретроспективний аналіз віддаленої смертності хворих на ІМ показав, що усі пацієнти мали супутню патологію у вигляді ЦД, АГ, ХОЗЛ, перенесеного інсульту.

Таким чином, наявність коморбідної патології модифікує клінічну симптоматику, ускладнює перебіг та збільшує стаціонарну летальність і віддалену смертність у хворих на гострий ІМ.

ВИСНОВКИ 1. У більшості обстежених хворих (86 %) виявлено супутню патологію. Найчастіше коморбідність проявлялась наявністю артеріальної гіпертензії (73,7 %), цукрового діабету (23,5 %) та ожиріння (40,68 %).

2. Найгірші показники виживання виявлено при розвитку інфаркту міокарда на тлі артеріальної гіпертензії і цукрового діабету.

3. Коморбідність модифікує перебіг, потенціює розвиток ускладнень, збільшує стаціонарну летальність та віддалену смертність у хворих на ІМ і вимагає внесення коректив у стандартні клінічні протоколи лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белялов Ф. И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. – Иркутск : РИО ИГИУВа, 2013. – 296 с.
2. Гуменюк А. Ф. Аспекти раціонального лікування серцево-судинних хворих з поліморбідними ураженнями / А. Ф. Гуменюк // Український медичний часопис. – 2009. – № 5(73). – С. 25–32.
3. Коломоєць М. Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М. Ю. Коломоєць, О. О. Вашеняк // Український медичний часопис. – 2012. – № 5. – С. 140–143.
4. Caughey G.E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / Caughey G.E., Roughton E.E. // Journal of Comorbidity. – 2011. – № 1. – P. 8–10.
5. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G. E. Caughey, E. N. Ramsay, A. I. Vitry [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – Vol. 64(12). – P. 1036–1042.
6. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study / M. Zhang, C. Holman, S. D. Price [et al.] // BMJ. – 2009. – № 338. – P. 27–32.
7. GRACE Investigators Association of statin therapy with outcomes of acute coronary syndromes: The GRACE Study / F. A. Spencer, J. Allegrone, R. J. Goldberg [et al.] // Annals of Internal Medicine. – 2004. – Vol. 140. – P. 857–866.

Отримано 27.11.13