

УДК 616.127-005.8-06:616.24-036.12

*М.В.Гребеник***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, УСКЛАДНЕНЬ ТА ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**Кафедра внутрішньої медицини з клінічною імунологією та алергологією (зав. – проф. М.І.Швед)
Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського

Резюме. Вивчено особливості клінічного перебігу інфаркту міокарда (ІМ), післяінфарктного ремоделювання серця, ускладнень, летальності та виживання хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Встановлено модифікуючий вплив ХОЗЛ на маніфестацію гострого ІМ та його клінічну симптоматику. ІМ у хворих на ХОЗЛ характеризувався переважанням нижньої локалізації вогнища некрозу, більшою

його масою, гіршим функціональним класом, тяжчим перебігом гострого періоду захворювання із більш частим розвитком ускладнень, патологічним післяінфарктним ремоделюванням серця із вищою летальністю та гіршим віддаленим прогнозом у порівнянні з хворими без бронхіальної обструкції.

Ключові слова: інфаркт міокарда, бронхіальна обструкція, ускладнення, виживання.

Вступ. Ішемічну хворобу серця та хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) відносять до найпоширеніших форм патології сучасності [3,5]. Цьому частому поєднанню захворювань у реальній клінічній практиці притаманні модифікація клінічної симптоматики та взаємообтяження перебігу патології з розвитком прогностично несприятливих наслідків [2]. Труднощі діагностики та вибору адекватної тактики ведення даної категорії пацієнтів вимагають диференційованого підходу з урахуванням спільних та різноспрямованих патогенетичних механізмів формування мікст-патології та особливостей саногенезу.

Мета дослідження. Вивчити особливості клінічного перебігу гострого періоду інфаркту міокарда (ІМ), післяінфарктного ремоделювання серця, ранніх та пізніх ускладнень, летальності та виживання хворих на ХОЗЛ впродовж тривалого динамічного спостереження.

Матеріал і методи. Для статистичного аналізу поширеності патології, демографічних даних, частоти чинників ризику, летальності і виживання у віддалений період залучено 3062 пацієнти, які шпиталізовані з діагнозом гострого коронарного синдрому в період 1998-2007 рр. Для поглибленого динамічного вивчення процесів післяінфарктного ремоделювання серця та функціонального стану кардіореспіраторної системи шляхом послідовного включення відібрано 450 осіб із верифікованим ІМ, з них у 159 діагностовано ХОЗЛ.

Верифікація діагнозу ІМ та ХОЗЛ проводилася за критеріями ВООЗ та Європейського респіраторного товариства [5,6,7]. На всіх хворих заведені стандартизовані карти обстеження, які включали паспортну частину, професійний маршрут, антропометричні дані, основні чинники ризику ІХС і ХОЗЛ, деталізовану клінічну характеристику гострого періоду ІМ та кількісну шкалу для визначення основних проявів ХОЗЛ, ускладнення, лабораторні та інструментальні дані, протоколи лікування.

Ремоделювання серця та стан гемодинаміки оцінювали за даними динамічної ехокардіоскопії, яка виконувалася в М, В, D –режимах на апараті

Aloka SSD-2000 (Японія) з датчиками 2,5 і 3,5 МГц, згідно з рекомендаціями щодо ультразвукового дослідження серця Американського товариства з ехокардіографії (ASE, 1996).

Первинне дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) проведено у два етапи. У гострий період ІМ для оцінки стану бронхіальної прохідності застосовано динамічну пікфлоуметрію (вранці і ввечері, 14 днів поспіль) за допомогою індивідуальних пікфлоуметрів „VitaTest” (Boehringer Ingelheim), „Spear-Flow” (США), „Clement Clerke” (Англія). Розгорнуте дослідження ФЗД проводилося після достатнього розширення рухового режиму пацієнта, як правило, через два тижні від серцевого нападу і в динаміці спостереження у віддалений постінфарктний період. Стан вентиляційної функції легень оцінювали за даними комп'ютерної обробки кривої «потік-об'єм» форсованого видиху з використанням апарата Spirosift-3000 (Японія).

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програми SPSS v.13.0.

Кореляційний аналіз проводився за критеріями Spearman (для параметричних характеристик) та Tau-коефіцієнтом Kendall (для непараметричних характеристик). Аналіз виживання проводився за методикою Kaplan-Meier, показники між групами оцінювалися за допомогою логарифмічного рангового критерію (χ^2).

Результати дослідження та їх обговорення. За період 1998-2007 рр. було госпіталізовано 2026 хворих на ІМ. У статевій структурі суттєво (у 2,8 раза) переважали особи чоловічої статі. Частіше ІМ виникав у чоловіків у 5-6-у декади життя, у жінок, закономірно, дещо пізніше – у 6-7-у декади. Віковий і статевий диморфізм у популяції хворих на ІМ відповідав загальним тенденціям розвитку ІХС та сучасним статистичним показникам [1].

Супутнє ХОЗЛ виявлено в 365 осіб, хворих на ІМ, причому в чоловічій популяції частка ХОЗЛ виявилась у 3,4 раза більшою, ніж у жінок. З віком частка пацієнтів чоловічої статі суттєво зростала відповідно в осіб молодого, середнього і літнього

віку від 12% до 30 і 51%, тобто, ХОЗЛ виявлено у кожного другого літнього хворого на ІМ.

Пацієнти із супутнім ХОЗЛ відзначалися меншою масою тіла – (76,2±1,4) порівняно з контрольною групою хворих на ІМ – (84,1±1,8) кг, $p < 0,001$. Лише при ХОЗЛ (2% випадків), за розрахунком індексу Кетле, виявлено пацієнтів із дефіцитом маси тіла, що пов'язано із системними ефектами хронічної бронхіальної обструкції [4].

Також встановлено різницю при ІМ та супутньому ХОЗЛ за віком – (61±2) проти (54±1) років – у контролі, ($p=0,0001$) та середнім функціональним класом – (2,97±0,11) проти (2,43±0,07), $p=0,001$.

Для усіх пацієнтів притаманними були такі чинники ризику, як тютюнокуріння, вплив ксенобіотиків і наявність артеріальної гіпертензії (АГ). Проте частка останньої була вищою при ІМ без супутньої патології, відповідно 69 проти 51% в осіб із супутнім ХОЗЛ ($p=0,02$).

Про багатосудинне атеросклеротичне ураження у хворих на ІМ свідчили дані анамнезу про перенесений ішемічний інсульт у 3,6%. В анамнезі пацієнтів із супутнім ХОЗЛ інсульти зафіксовані у 2,3 рази частіше, незважаючи на суттєво нижчі рівні АТ, як у «гіпертензивних» пацієнтів, так і у «нормотонічних» порівняно з контрольною групою ($p=0,037$), а прояви атеросклерозу периферичних судин – у 5 разів частіше ($p=0,005$).

За локалізацією майже однаково часто реєструвалися передні (44,6%) і задні (41,1%) ІМ із зубцем Q. Проте у хворих на ІМ без супутньої патології частка передніх ІМ виявилася більшою (45,8%), ніж при ХОЗЛ (32,7%, $p=0,025$). Відповідно в останніх частіше спостерігали нижню локалізацію ІМ ($p=0,009$). Наявність супутнього бронхообструктивного захворювання асоціювала із більшою масою некрозу – (25±2) проти (18±1)% – у контролі ($p=0,030$), особливо при нижній локалізації ІМ.

Клінічна симптоматика в переважній більшості пацієнтів в ініціальній стадії ІМ характеризувалася типовим ангінальним статусом, за винятком 3% хворих на ХОЗЛ, в яких виявлено безбольовий варіант ІМ. Якщо в осіб без супутньої патології типовий больовий синдром був першим проявом ІМ у 98%, то при ХОЗЛ – у 91% ($p=0,01$). Встановлено різницю маніфестації ІМ, залежно від наявності ХОЗЛ, за больовим синдромом і задишкою ($p=0,04$).

Гострий період ІМ при супутньому ХОЗЛ частіше, ніж у контролі, супроводжувався блюванням ($p=0,003$), синкопальними станами ($p=0,007$), задишкою ($p=0,006$), нудотою ($p=0,023$), гіпергідрозом тканин ($p=0,001$).

Як виявилось, діагностика ХОЗЛ на фоні ІХС, особливо в гострий період ІМ, складає значні труднощі, що зумовлено звиканням хворих до відхилень у самопочутті, недооцінкою наявних симптомів, зокрема кашлю, відсутністю клінічних ознак ураження бронхолегеневої системи, навіть у пацієнтів із суттєвим зниженням ОФВ₁. Поява домінанти у вигляді гострого некробіотичного uszkodження міокарда взагалі усуває з поля

зору патологію легень. При цьому чутливість фізикального обстеження для підтвердження або відхилення ХОЗЛ, навіть середнього ступеня тяжкості, виявилася досить слабкою, а їх відтворення – непростимим. Незважаючи на цілеспрямованість даного дослідження і прискіпливість щодо виявлення ознак хронічної бронхіальної обструкції, реальна картина наявності ХОЗЛ відображалася не завжди. У деяких випадках діагноз ХОЗЛ верифікувався лише в процесі тривалого динамічного спостереження в післяінфарктному періоді. Так, на ініціальній стадії дослідження у хворих на ІМ супутнє ХОЗЛ виявлено лише в 11,6%. До завершення обстеження діагноз ХОЗЛ виявлявся в 1,2-2 рази частіше, ніж на його початку. Таким чином, існує проблема ранньої діагностики ХОЗЛ у хворих на ІХС, яка вимагає вирішення для планування стратегії лікування.

При клінічному обстеженні у пацієнтів із супутнім ХОЗЛ виявлено хронічний продуктивний кашель у 96%, задишку – у 83%, які передували розвитку ІМ. Частота дихальних рухів становила (21,5±0,4) за хв, у контролі – (18,7±0,3) на хв, $p < 0,001$. Високочастотні («сухі») хрипи в легенях у гострий період ІМ вислуховувались у 85% хворих на ХОЗЛ (у контролі – у 5%, $p < 0,0001$), низькочастотні («вологі») – у 44% (у контролі – у 7%, $p < 0,0001$). Гепатомегалію діагностували відповідно у 86% та 60% випадків, $p=0,0001$.

Показники ФЗД були порушеними у 83% хворих на ІМ із супутнім бронхообструктивним синдромом. Динаміка пікової швидкості видиху в перші два тижні після ІМ виявила певні закономірності, які враховувалися при виборі терапії β-адреноблокаторами.

Ранні та пізні ускладнення частіше реєструвалися при поєднанні ІМ з ХОЗЛ – 75%, проти 57% – у контролі. При ХОЗЛ кардіогенний шок, набряк легень, синдром Дреслера виникали відповідно у 9,6; 8,4 та 6,5%, у контролі дещо рідше, – у 2,6; 3,6 та 4,7%.

Проаритмогенна активність міокарда в гострий період ІМ у пацієнтів із супутнім ХОЗЛ характеризувалася переважанням екстрасистолії високих градацій ($p=0,037$), пароксизмів суправентрикулярної тахікардії ($p=0,041$) і мерехтіння передсердь ($p=0,001$), частим розвитком порушень атріовентрикулярної провідності ($p=0,018$). Частота і тяжкість аритмій суттєво зростала у хворих на ХОЗЛ при виникненні повторного ІМ, зокрема пароксизми фібриляції передсердь і передсердно-шлуночкова блокада III ступеня реєструвалися у половини пацієнтів.

У гострий період ІМ померло 193 хворих. Серед фатальних ускладнень гострого ІМ найбільш вагомими виявились кардіогенний шок (6,1%), розриви серця (2,8%), набряк легень (1,9%), фібриляція шлуночків (1,4%). При зовнішніх розривах серця летальність була 100%, при внутрішніх – 60%, при кардіогенному шоку, набряку легень і фібриляції шлуночків – 76; 32 і 47% відповідно.

Таблиця

Морфофункціональні показники ремоделювання серця у пацієнтів із різним віддаленим прогнозом через 48 місяців після інфаркту міокарда (M±m)

Показник	ІМ+ХОЗЛ (вижили, n=114)		ІМ+ХОЗЛ (померли, n=45)		р між групами
	14дн/48міс.	R ²	14дн/48міс.	R ²	
Ліве передсердя, см	<u>3,89±0,07</u> 4,09±0,09	0,970	<u>4,10±0,12</u> 4,87±0,12 *	0,758	нд 0,019
КДР/S, см/м ²	<u>2,97±0,04</u> 3,08±0,08	0,132	<u>3,32±0,09</u> 3,80±0,10 *	0,708	0,0001 0,002
Правий шлуночок, см	<u>2,58±0,07</u> 2,59±0,15	0,077	<u>2,55±0,11</u> 3,73±0,56 *	0,767	нд 0,0001
Міжшлуночкова перегородка, см	<u>1,27±0,03</u> 1,23±0,06	0,069	<u>1,20±0,05</u> 0,97±0,07 *	0,706	нд 0,026
Задня стінка лівого шлуночка, см	<u>1,20±0,02</u> 1,23±0,05	0,145	<u>1,28±0,04</u> 1,10±0,06 *	0,516	нд 0,013
Відносна товщина стінок, од.	<u>0,46±0,01</u> 0,42±0,02	0,290	<u>0,42±0,02</u> 0,30±0,02 *	0,804	нд 0,001
Фракція викиду, %	<u>45±1</u> 42±2	0,852	<u>40±1</u> 32±2 *	0,737	0,0001 0,001
Середній АТ у легеневій артерії, мм рт.ст.	<u>28±1</u> 29±2	0,018	<u>34±1</u> 38±3	0,503	0,037 0,003

Примітки. R² – коефіцієнт вірогідності апроксимації графічних моделей показників у динаміці спостереження; у чисельнику – вихідні дані, у знаменнику – показники через 48 місяців після ІМ; * - вірогідність різниці вихідних і кінцевих показників <0,05 у межах однієї групи; нд – різниця показників невірогідна

Середня летальність хворих на гострий ІМ впродовж терміну обсервації становила 9,5%. Найвищою вона виявилася при циркулярному ушкодженні міокарда (30,6%), в 1,8-2,8 раза нижчою – при повторних (16,8%), передніх (11,0%) та задніх (8,8%)

При супутній патології найвищою була летальність від ІМ у хворих на цукровий діабет (28%) та при супутньому ХОЗЛ (13%). А у хворих на АГ вона становила лише 9%. АГ суттєво не впливала на рівень летальності чоловіків, проте виявилась удвічі вищою в жіночій популяції.

Динаміка показників ремоделювання серця і функціонального стану кардіореспіраторної системи на межі середнього терміну виживання хворих представлена в таблиці.

Динаміка основних показників ремоделювання серця у хворих на ХОЗЛ із несприятливим віддаленим прогнозом характеризувалась дилатаційним синдромом, витонченням стінок міокарда, зниженням глобальної фракції викиду, підвищенням тиску в малому колі кровообігу із розвитком застійної серцевої недостатності.

Встановлено кореляційні зв'язки між віддаленим прогнозом та діастолічною дисфункцією міокарда, яка суттєво відрізнялась у групах: усереднений тип дисфункції у хворих, які вижили, становив (1,58±0,12), а у хворих, які померли у віддаленому періоді спостереження, - (2,40±0,22), р=0,005. Особливо несприятливим був прогноз при рестриктивному типі діастолічної дисфункції шлуночків (r=0,461, p=0,004).

Побудова моделей виживання виявила вірогідно гірший віддалений прогноз у пацієнтів із супутнім ХОЗЛ ($\chi^2=14,35$, p<0,001).

Висновки

1.Інфаркт міокарда у хворих на ХОЗЛ характеризувався переважанням нижньої локалізації вогнища некрозу, більшою його масою, гіршим функціональним класом, симптомами та ускладненнями мультифокального атеросклеротичного ураження судин.

2.Рутинна діагностика ХОЗЛ при гострому ІМ затруднена відсутністю чітких клінічних ознак ураження бронхолегеневої системи, навіть при суттєвому порушенні функції зовнішнього дихання.

3.Інфаркт міокарда у хворих із ХОЗЛ відзначався тяжчим перебігом гострого періоду захворювання із більш частим розвитком ускладнень, патологічним післяінфарктним ремоделюванням серця із вищою летальністю та гіршим віддаленим прогнозом порівняно із хворими без бронхіальної обструкції.

Перспективи подальших досліджень. Модифікація клінічної симптоматики в умовах мікст-патології вимагає оптимізації діагностичних алгоритмів та розробки диференційованих підходів до планування стратегії лікування з метою покращання виживання та прогнозу.

Література

1. Барна О.М., Гребеник М.В. Деякі особливості факторів ризику та клінічного перебігу інфаркту міокарда у жінок // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. – 2003. Серія “Медицина”. – Вип.19. – С.92-94.
2. Гребеник М.В. Інфаркт міокарда і хронічна бронхіальна обструкція: зміни стратегії лікування β -адреноблокаторами за останні 8 років (літературні зівставлення і власний досвід) // Ліки України.- 2006-2007.- №106-107. - С.102-105.

3. Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ / HFA-DB) www.euro.who.int/hfadb.
4. Augusti A. G. N., Noguera A., Sauleda J. et al. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J. – 2003. – Vol.21(2). – P.347-359.
5. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication 2701, Update 2005. GOLD website (www.goldcopd.com)
6. Siafakas N.M., Vermeire P., Pride N.B. et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The European Respiratory Society Task Force //Eur. Respir. J. -1995. –Vol.8(8). –P.1398–1420.
7. The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee: Myocardial Infarction redefined: a consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction// J.Am.Coll.Cardiol. -2000. –Vol.36. –P.959-969.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

М.В.Гребеник

Резюме. Изучены особенности клинического течения инфаркта миокарда (ИМ), постинфарктного ремоделирования сердца, осложнений, летальности и выживания больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ). Установлено модифицирующее влияние ХОЗЛ на манифестацию острого ИМ и его клиническую симптоматику. ИМ у больных с ХОЗЛ характеризовался преобладанием нижней локализации очага некроза, большей его массой, худшим функциональным классом, более тяжелым течением острого периода заболевания с более частым развитием осложнений, патологическим постинфарктным ремоделированием сердца с высшей летальностью и плохим отдаленным прогнозом в сравнении с больными без бронхиальной обструкции.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, бронхиальная обструкция, осложнение, выживание.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE, COMPLICATIONS AND LONG-TERM OUTCOMES OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

М.В.Гребеник

Abstract. We have studied the specific characteristics of the clinical course of myocardial infarction (MI), postinfarction cardiac remodeling, complications, in-hospital mortality and survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). COPD was shown to modify the clinical manifestations of MI. MI in patients with COPD was characterized by a predominance of the inferior necrosis location, a greater myocardial necrosis mass, a worse functional class, and a more severe course of the acute stage of MI, with a higher complication rate and pathological left ventricular remodeling, a higher lethality and a worse long-term outlook as compared with patients without bronchial obstruction.

Key-words: myocardial infarction, bronchial obstruction, complications, survival

I.Ya.Horbachevs'kyi State Medical University (Ternopil')

Рецензент – проф. О.І.Волошин, проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №4.- P.28-31

Надійшла до редакції 13.10.2007 року

УДК 616.83-053.34:616.839-085.24

Н.І.Ковтюк, Д.Ю.Нечитайло

КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРИНАТАЛЬНІ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб (зав. - проф. Ю.М.Нечитайло)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У роботі представлено сучасні підходи до діагностики та лікування вегетативної дисфункції в дітей, які в анамнезі перенесли перинатальне ураження ЦНС. Проаналізовано ефективність включення до стандартної схеми лікування препарату α -ліпоевої кислоти. Обстежено 33 дитини віком 6-8 років, розподілених на основну (17 дітей, які поряд з основним лікуванням отримували препарат α -ліпоевої кислоти „Берлітрон 300 ораль”) та контрольну (16 дітей) групи. Вірогідна різ-

ниця в покращанні капіляроскопічної картини мала місце в дітей основної групи в 88% випадків проти 54% у групі порівняння ($0,34 \pm 0,11$ та $1,3 \pm 0,14$ відповідно, $p < 0,05$). Вибраний препарат справляє позитивний клінічний ефект у комплексному лікуванні вегетативної дисфункції в дітей за наявності клінічних ознак порушення периферичної мікроциркуляції.

Ключові слова: діти дошкільного віку, вегетативна дисфункція, мікроциркуляція, α -ліпоева кислота.

Вступ. Упродовж останніх років відмічається тенденція до збільшення кількості дітей із проявами вегетативної дисфункції (ВД). Частота цієї

патології становить 7,5 випадку на 1000 дитячого населення. Насамперед, це пов'язано з наявністю в дітей ВД хронічних вогнищ інфекції, погіршен-