

УДК 616.127-005.-4-036.11-071

В.К.Ташук¹, Т.О.Ілашук¹, І.І.Ілашук²РЕЄСТР ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА
У МЕШКАНЦІВ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ¹Кафедра кардіології, функціональної діагностики, ЛФК та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)
Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці²Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м.Чернівці

Резюме. З метою вивчення основних детермінант розвитку та реалізації гострого Q-інфаркту міокарда проведено аналіз частоти деяких чинників ризику щодо серцево-судинних хвороб та вивчення ліпідного спектра крові в осіб молодого (до 45 років) та старшого віку,

котрі перенесли інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю.

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

Вступ. Упродовж останніх десятиріч чільне місце в структурі смертності населення займають захворювання органів кровообігу [2]. В Україні відмічається зростання захворюваності та поширеності найбільш соціальнозначущих хвороб системи кровообігу: атеросклерозу, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), високий рівень первинної інвалідизації внаслідок перенесення даних захворювань і висока смертність серед осіб працездатного віку та, як наслідок, зменшення тривалості життя. Щорічно від серцево-судинних хвороб (ССХ) світ втрачає понад 14 мільйонів населення. Найбільших втрат зазнає населення розвинених країн Європи, де на ССХ припадає майже 50% причин смерті дорослого населення. Згідно з матеріалами доповіді робочої групи Європейського товариства кардіологів (1997), помітне збільшення смертності та захворюваності на хвороби серця й судин спостерігаються в країнах Центральної та Східної Європи [3]. Зокрема, 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 в 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 у світі [2, 8].

На підставі даних літератури можна узагальнити 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]. У деяких розвинутих країнах на цю вікову групу припадає 4-8% від загальної структури захворюваності [5]. Насторожує також той факт, що останнім часом серед хворих на ІХС зросла кількість молодих жінок [6,7].

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. Порівняти частоту деяких чинників ризику щодо ССХ в осіб молодого (до 45 років) і старшого віку, які перенесли ІМ, ускладнений гострою серцевою недостатністю (ГСН).

Матеріал і методи. У рамках створення реєстру гострого ІМ у мешканців Північної Буковини проведено обстеження 305 хворих, які перенесли ІМ, ускладнений ГСН. Основну групу склали 186 осіб віком від 25 до 45 років. Це 170 чоловіків та 16 жінок. Групу порівняння склали 119 осіб, вік яких більш ніж 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, враховувався ступінь ГСН за класифікацією Killip та вивчався ліпідний профіль кожного окремого пацієнта. Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6,0 (Stat Soft Inc., США).

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані нами результати дають підставу 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 в 46 (24,7%) хворих, у той час 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 в осіб молодого віку спостерігаються відносно рідко [4]. За даними Candell Riera J. [5], незначний коронарний атеросклероз або інтактні коронарні артерії зареєстровано у 27% хворих на ІМ, віком до 40 років, тоді як в осіб віком понад 40 років – лише у 5%.

Під час аналізу частоти деяких загальновідомих чинників ризику в розвитку ІМ (артеріальна гіпертензія (АГ), гіподинамія, ожиріння, куріння, цукровий діабет) виявлено, що АГ мала місце лише в 30,1% пацієнтів основної групи, гіподинамія у – 18,8%, ожиріння – у 16,1%, курили – 75,3% осіб, а цукровий діабет – у 5,7% пацієнтів. У групі порівняння ці показники вірогідно вищі: відповідно АГ – 67,2%, гіподинамія –

50,4%, ожиріння – 58,8%, курили – 33,6%, цукровий діабет – 17,6% ($p < 0,001$).

Згідно з даними [3,4], головним чинником щодо ризику розвитку ІМ в осіб молодого віку є зміни в геномі. За дослідженнями спадкової схильності до наведеної патології, нами отримано наступні дані: захворювання серцево-судинної системи (ІМ, інсульт) виявлено в сімейному анамнезі в 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 ст. реєструвалась у 16,1% хворих, Killip II ст. – у 21,5%, Killip III ст. – у 37,6%, Killip IV ст. – у 24,7% пацієнтів. У той же час у групі порівняння ГСН Killip I ст. зафіксовано у 25,2% хворих, Killip II ст. – у 47,1%, Killip III ст. – у 16,8%, Killip IV ст. – у 10,9% пацієнтів, що дає підстави говорити про більш тяжкий перебіг ІМ поєднаного з ГСН в осіб молодого віку.

Аналіз вмісту ліпідів у пацієнтів основної групи (I) та групи порівняння (II) показав, що вміст загального холестерину (ХС) в плазмі крові вірогідно більший у пацієнтів II групи ($235,23 \pm 22,82$ мг/дл) у порівнянні з пацієнтами I групи ($187,91 \pm 12,97$ мг/дл, $p < 0,05$), як наведено на рис. 1. Вміст тригліцеридів дещо більший у пацієнтів II групи ($228,36 \pm 46,42$ мг/дл) порівняно з особами I групи ($182,85 \pm 24,06$ мг/дл, $p > 0,2$), хоча дані вірогідно не відрізнялися. При аналізі змін складу фракцій ліпопротеїнів у плазмі крові в обстежених пацієнтів виявлено, що вміст ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) знижений в обох групах і складав $45,87 \pm 10,19$ та $38,45 \pm 8,67$ мг/дл ($p > 0,5$) у осіб I та II груп відповідно. Вміст ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) вірогідно вищий у пацієнтів II групи ($167,72 \pm 18,39$ мг/дл) у порівнянні з особами I групи ($122,73 \pm 14,11$ мг/дл, $p < 0,05$) та перевищував нормативні значення в обох групах.

Таким чином, у пацієнтів I та II груп спостерігалось збільшення рівня загального ХС, ТГ та

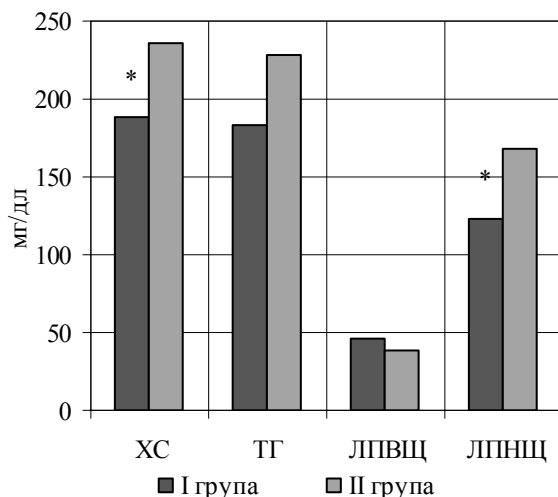


Рис. 1. Вміст ліпідів у плазмі крові в пацієнтів основної (I) групи та групи порівняння (II)

дисліпопротеїдемія у вигляді зменшення ЛПВЩ та збільшення ЛПНЩ. Вміст загального ХС та ЛПНЩ вірогідно вищий у пацієнтів II групи, як результат більш суттєвого порушення ліпідного обміну в осіб старшого віку. Рівень ТГ дещо вищий у пацієнтів II групи, хоча дані вірогідно не відрізнялися. Отримані нами дані знаходять підтвердження в роботах інших дослідників [8], які вказують, що гіперхолестеринемія є фактором ризику виникнення ІМ.

Висновки

1. Розвитку інфаркту міокарда з гострою серцевою недостатністю у молодих людей (до 45 років) значно частіше, ніж у старших, передують куріння та спадковість, у той час, як стабільна стенокардія, артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіподинамія та цукровий діабет трапляються 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 спектра крові, однак у хворих старшого віку ці зміни носять більш виражений характер.

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. Кардиология в Україні: вчора, сьогодні і в майбутньому (до 10-річчя Академії медичних наук України) // Укр. кардіол. ж. – 2003. – №2. – С.62-66.
3. Михайлов А.А. Ведение больных, перенесших инфаркт миокарда // Рус. мед. ж. – 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. – Vol.4. – P.30-36.
5. Candell Riera J. Risk stratification after acute myocardial infarction // Rev. Esp. Cardiol. – 2003. – Vol.3, N56. – P.303-313.
6. 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. – Vol.79, N5. – P.510-525.
7. DeCara J.M. Noninvasive cardiac testing in women // J. Am. Med. Womens. Assoc. – 2003. – Vol.58, N4. – P.254-263.
8. Gerdtham U.G., Zethraeus N. Predicting survival in cost-effectiveness analyses based on clinical trials // Int. J. Technol. Assess Health Care. – 2004. – Vol.19, N3. – P.507-512.

THE NORTHERN BUCOVYNA REGISTER OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

V.C.Tashchuk, T.O.Iashchuk, I.I.Iashchuk

Abstract. For the purpose of investigating the principle determinants of the development and realization of acute Q-wave myocardial infarction the authors have performed an analysis of the frequency of some risk factors pertaining cardiovascular diseases and a study of the blood lipid spectrum in persons of young (up to 45) and older age who suffered from myocardial infarction complicated by acute heart failure.

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

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №3.- P.86-88

Надійшла до редакції 2.06.2006 року

УДК 616.127 – 005.8 – 085

Н.А.Турубарова-Леунова¹, В.К.Ташук¹, С.І.Гречко¹, Місауї Хашмі¹, В.В.Леунов²ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА
ЗАЛЕЖНО ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА¹Кафедра кардіології, функціональної діагностики, ЛФК та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)

Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці

²Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м.Чернівці

Резюме. З метою визначення патофізіологічних детермінант розвитку гострого інфаркту міокарда залежно від функціонального стану міокарда лівого шлуночка проведено аналіз електрокардіографічних та лабо-

раторних особливостей у 257 хворих на гострий інфаркт міокарда з різними типами гемодинаміки.

Ключові слова: інфаркт міокарда, серцева недостатність, фракція викиду.

Вступ. Серцева недостатність у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в силу своєї розповсюдженості, тяжкості перебігу та несприятливого прогнозу посідає чільне місце серед проблем сучасної кардіології. Згідно з даними літератури, зниження скоротливої здатності міокарда при фізичному навантаженні є критерієм, що виявляє хворих високого ризику розвитку несприятливих наслідків після ГІМ [1]. Запобігання розвитку серцевої недостатності базується на ранній об'єктивізації стану хворих з гострими формами ішемічної хвороби серця (ІХС), прогнозуванні подальшого перебігу захворювання з використанням результатів для виділення груп підвищеного ризику [5].

Мета дослідження. Виявити електрокардіографічні, ехокардіографічні та лабораторні особливості залежно від функціонального стану міокарда у хворих на ГІМ із виділенням груп підвищеного ризику.

Матеріал і методи. Обстежено 257 осіб, які надійшли в блок кардіореанімації з діагнозом ГІМ. Всі хворі обстежені протягом 24 год від початку захворювання. Всім пацієнтам проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) у стані спокою та на фоні антигортостатичного навантаження. Після реєстрації вихідних величин фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), хворим пасивно піднімали нижні кінцівки на 45° і до кінця першої хвилини знову проводили реєстрацію гемодинамічних показників [2]. Функціональний стан ЛШ оцінювали відповідно до динаміки ФВ на навантаження. Залежно від змін ФВ на об'ємне навантаження, динаміка вважалася позитивною при зростан-

ні ФВ у відсотковому співвідношенні на 10% і більше (І тип гемодинаміки), що спостерігалось у 31 (12,1%) пацієнта (І група), негативною – при зменшенні ФВ на 10% і більше (ІІ тип гемодинаміки), яка реєструвалась у 106 (41,2%) пацієнтів (ІІІ група) та незмінною при коливаннях цього показника в межах $\pm 10\%$ (ІІ тип гемодинаміки) в 120 (46,7%) хворих (ІІ група). Результати обстеження аналізували з використанням t-критерію Стьюдента та коефіцієнта кореляції (r) з математичною обробкою даних у програмі «Statistica for Windows 5.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проведеного дослідження свідчать про особливості змін ЕКГ показників залежно від розподілу хворих із різними типами гемодинаміки, які представлені в таблиці 1. Так, найбільш суттєві зміни сумарної амплітуди зміщення сегмента ST (ΣST) при поступленні відмічалися у хворих ІІ та ІІІ груп ($p > 0,2$) порівняно з І ($p < 0,01$) групою. Кількість відведень зі зміщенням сегмента ST (NST) також виявилась найбільшою у хворих ІІІ групи, меншою в ІІ ($p > 0,2$) і найменшою в І групі ($p < 0,01$, при зіставленні з ІІІ групою). Вірогідних змін середнього показника зміщення сегмента ST (AST) не реєструвалось. Оцінка параметрів негативного зубця Т дозволила встановити, що на початку захворювання сумарна амплітуди негативного зубця Т (ΣT) переважала у хворих І та ІІ груп ($p > 0,5$) і менша в обстежених ІІІ групи ($p < 0,05$). Кількість відведень із негативним зубцем Т (NT) також більша в І та ІІ групах ($p > 0,5$) і дещо менша в ІІІ ($p > 0,1$, порівняно з ІІ