

Клінічний перебіг гострого інфаркту міокарда, ускладненого гострою лівошлуночковою недостатністю після коронарографічного обстеження зі стентуванням

Є.Х. Заремба, В.М. Сало, Я.В. Мизак, О.В. Заремба

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті проведено ретроспективний аналіз клінічного перебігу гострого інфаркту міокарда (ГІМ), ускладненого гострою лівошлуночковою недостатністю. Обстежено 109 хворих з ГІМ з елевацією сегмента ST та без елевації сегмента ST, ускладненими гострою серцевою недостатністю. З них 72 (66,05%) чоловіка і 37 (33,95%) жінок, середній вік яких становив $54,4 \pm 3,4$ року. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в інфарктному відділенні Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова, де їм було проведено інтервенційне втручання. Пацієнтів поділено на дві групи: у I групі (n=79) діагностовано ГІМ з елевацією сегмента ST, у II групі (n=30) – ГІМ без елевації сегмента ST. Ускладнення ГІМ у вигляді гострої лівошлуночкової недостатності виявлено у 51 випадку.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, гостра лівошлуночкова недостатність, коронарографія, стентування.

На сьогодні серцево-судинні захворювання (ССЗ) є актуальною проблемою в усьому світі. Згідно з даними ВООЗ, смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) становить 9,4 млн на рік або 16,5% усіх випадків смертності. Захворюваність на ІХС в Україні становить 1859,99, в Європейському регіоні – 807,76 на 100 тис. населення [1].

Особливу увагу лікарів серед ССЗ привертає гострий інфаркт міокарда (ГІМ), пов'язаний зі значним поширенням та високим рівнем летальності серед осіб працездатного віку. Щорічно в Україні реєструють майже 50 тис. випадків ІМ, а смертність від цієї патології залишається високою. Від ГІМ помирають 30% пацієнтів, у той час як у країнах Заходу – 5% [2].

Останнім часом особливої актуальності набула проблема удосконалення надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГІМ. Світові тенденції у цьому напрямку схиляються до більш широкого застосування тромболітичної терапії, інтервенційного та кардіохірургічного втручання. Ці питання потребують детального обґрунтування та аналізу для покращення умов надання медичної допомоги та зменшення летальності серед хворих з ГІМ.

Найбільш ефективним методом лікування ГІМ є перкутанні коронарні втручання і тромболітична терапія, які в Україні використовують недостатньо широко. Сподівання, покладені на тромболітичну терапію, не виправдали себе у повній мірі у зв'язку з недостатньою реперфузією та високим ризиком ретромбозів. Останнім часом перевагу у відновленні перфузії міокарда віддають стентуванню коронарних судин. Створення внутрішньосудинного ендпротеза (стента) для підтримки судинної стінки відкрило нову віху у лікуванні хворих з ГІМ. В Україні лише 5% хворих своєчасно отримують реперфузійну терапію, тоді

як в Європі ця цифра сягає 81%, половині з яких проведено перкутанне коронарне втручання, третині – тромболітичну терапію. Незважаючи на значний прогрес у лікуванні ГІМ та впровадженні реперфузійних методів терапії, в Україні реальна частота проведення перкутанних коронарних втручань й надалі залишається низькою й суттєво відрізняється від показників країн Європи та США. На сьогодні в літературі практично відсутні сучасні дані, в яких в Україні відображався б аналіз результатів реперфузійного лікування хворих з гострим коронарним синдромом [2].

Незважаючи на успіхи у лікуванні серцевих захворювань та удосконалення давно відомих методів терапії серцевої патології, слід покращити діагностику та лікування гострої серцевої недостатності (ГСН) у хворих з ГІМ.

За даними S. Mc Kee (2007), при розвитку ГІМ тяжкий ступінь ГСН реєструють у 3,9–5% випадків, а летальність у результаті розвитку аналогічних ускладнень сягає 9,9% [4]. Основною етіологічною причиною ГСН у 60–70% випадків, особливо в людей літнього віку, є коронарна хвороба серця. В осіб молодого віку розвитку ГСН передують дилатційна кардіоміопатія, аритмія, вроджені та набуті вади серця, міокардит. Ідентифікація пацієнтів з високим ризиком розвитку серцевої недостатності під час госпіталізації є надзвичайно важливою, оскільки застосування цілеспрямованого терапевтичного лікування на ранніх етапах розвитку ГІМ можна попередити розвиток серцевої недостатності і покращити прогноз.

На сьогодні доведено, що рання успішна реперфузія міокарда як фармакологічна-тромболітична терапія і механічна – коронарографічне обстеження з проведеною ангіопластиком та стентуванням, є найбільш ефективною тактикою для покращення клінічних результатів у хворих з ГІМ. Варто пам'ятати, що реперфузія може посилювати пошкодження міокарда у хворих з ГІМ – реперфузійне пошкодження. Останнім часом активно досліджують стратегію, вивчають кардіопротекторні засоби.

Як відомо, найближчий та віддалений прогноз у хворих з ГІМ, пов'язаний з розвитком ГСН, у більшості випадків зумовлений зниженням скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка. Приблизно у 30% хворих, які перенесли ГІМ, розвивається серцева недостатність. Звичайно прогноз у таких пацієнтів є несприятливим, а летальність сягає 50% протягом першого року [3].

ГСН, незалежно від етіологічних факторів, – клінічний синдром, який характеризується швидким виникненням симптомів, характерних для порушеної функції серця: знижений серцевий викид, недостатня перфузія тканин, підвищений тиск у легеневих капілярах, застій у тканинах. Кардіогенний шок – життєво небезпеч-

Розподіл хворих з ГІМ з елевацією і без елевації сегмента ST у поєднанні з ГСН за Killip

Класи ГСН (Killip)	ГІМ з елевацією сегмента ST (I група)	ГІМ без елевації сегмента ST (II група)
Клас I	41 (37,6%)	17 (15,5%)
Клас II-III	33 (31,1%)	13 (11,9%)
Клас IV	5 (3,6%)	0

Таблиця 2

Характер ураження коронарних судин у хворих з ГІМ з елевацією і без елевації сегмента ST відповідно важкості розвинутої ГСН

Характер ураження коронарних артерій	ГІМ з елевацією сегмента ST (клас I Killip)	ГІМ з елевацією сегмента ST (клас II-III Killip)	ГІМ з елевацією сегмента ST (клас IV Killip)	ГІМ без елевації сегмента ST (клас I Killip)	ГІМ без елевації сегмента ST (клас II-III Killip)	ГІМ без елевації сегмента ST (клас IV Killip)
Односудинне	15 (13,7%)	8 (7,3%)	1 (0,91%)	7 (6,42%)	3 (2,75%)	-
Двохсудинне	17 (15,6%)	15 (13,7%)	-	7 (6,42%)	8 (7,33%)	-
Багатосудинне	9 (8,25%)	10 (9,17%)	4 (3,66%)	3 (2,75%)	2 (1,83%)	-

ний клінічний синдром, який виникає внаслідок гострого порушення функції серця, характеризується ознаками гіперперфузії тканин внаслідок серцевої недостатності, що зберігається після корекції переднавантаження [7].

Рання діагностика ГСН, спрямування процесу відновлення функцій міокарда й системної гемодинаміки у цілому є актуальною проблемою інтенсивної терапії, що вимагає ретельного вивчення. Особливо актуальним є контингент хворих з ГІМ, ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю.

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих з гострою лівошлуночковою недостатністю до та під час ендovasкулярної реперфузії інфарктзалежної артерії при стентуванні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежені 109 хворих з ГІМ з елевацією та без елевації сегмента ST, ускладненими ГСН. З них 72 (66,05%) чоловіка і 37 (33,95%) жінок, середній вік яких становив $54,4 \pm 3,4$ року. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в інфаркному відділенні Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Усім хворим проведено інтервенційне втручання. Пацієнтів поділено на дві групи: в I групі (n=79) діагностовано ГІМ з елевацією сегмента ST, у II групі (n=30) – ГІМ без елевації сегмента ST.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ускладнення ГІМ у вигляді гострої лівошлуночкової недостатності виявлено у 51 випадку. В осіб з ГІМ з елевацією сегмента ST гостра лівошлуночкова недостатність діагностована у 38 (74,5%) хворих, без елевації сегмента ST – у 13 (25,5%) пацієнтів.

У I групі хворих кардіогенний шок виник у 5 (10,5%) осіб, у хворих II групи кардіогенний шок не спостерігався. Зафіксований один летальний випадок (2,63%) у I групі хворих під час проведення інтервенційного втручання.

Сформовано розподіл хворих з ГІМ, ускладненого ГСН за Killip і Kimball. У I групі хворих з ГСН II–III класу Killip становить 33 (31,1%) і IV класу Killip 5 (3,6%). У II групі клас II–III Killip становить 13 (11,9%).

За характером ураження коронарних артерій у хворих I групи, клас I (Killip) становить: односудинне ураження – 15 (13,7%) хворих, двохсудинне – 17 (15,6%) хворих, бага-

тосудинне – 9 (8,25%) хворих. Клас II–III (Killip) становить: односудинне ураження – 8 (7,3%), двохсудинне – 15 (13,7%), багатосудинне – 10 (9,17%). Класу IV (Killip): односудинне – 1 (0,91%) хворий, багатосудинне – 4 (3,66%) хворих.

У хворих II групи ураження було таким: клас I (Killip) – односудинне ураження 7 (6,42%) хворих, двохсудинне – 7 (6,42%) хворих, багато судинне – 3 (2,75%) хворих. Клас II–III (Killip): односудинне ураження – 3 (2,75%) хворих, двохсудинне – 8 (7,33%) хворих і багатосудинне – 2 (1,83%) хворих. ГСН у вигляді кардіогенного шоку у хворих з ГІМ без елевації ST не спостерігалось (табл. 2).

Також проаналізовано часові проміжки хворих обох груп від першого медичного контакту до початку проведення коронарографічного обстеження. Проведений розподіл хворих з ГІМ з елевацією сегмента ST та без елевації сегмента ST відповідно до важкості розвинутої ГСН.

У хворих з ГІМ з елевацією сегмента ST часовий інтервал найчастіше становив від 90 хв до 120 хв, здебільшого це були хворі з розвинутою ГСН клас I Killip – 58,5%, клас II–III Killip – 60,6%. Тоді як у хворих I групи з розвиненим кардіогенним шоком (клас IV Killip) домінував часовий інтервал від 2 год до 6 год, що становить 60% хворих.

У II групі хворих (клас II–III Killip) інтервал від 0 до 90 хв був найчастіше серед усіх порівняльних груп і становив 30,76%.

Розподіл хворих за часовим проміжком від моменту першого медичного контакту до початку проведення коронарографічного обстеження.

ВИСНОВКИ

1. Ознаки гострої серцевої недостатності (ГСН) є досить частим ускладненням гострого інфаркту міокарда (ГІМ), їх діагностують у 30–35% пацієнтів.
2. Причиною гострої лівошлуночкової недостатності найчастіше є коронарна хвороба серця (60–70%), яка переважає у хворих похилого віку.
3. Рання діагностика ГСН у хворих з ГІМ при коронарографії є актуальною проблемою інтенсивної терапії, своєчасне дослідження сприяє детальному вибору адекватних терапевтичних заходів.
4. Рання діагностика проявів ГСН та раннє лікування таких пацієнтів сприяє покращенню короткотривалого та віддаленого прогнозу.

Клиническое течение острого инфаркта миокарда, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью после коронарографического обследования со стентированием
Е.Х. Заремба, В.М. Сало, Я.В. Мизак, О.В. Заремба

The clinical course of acute myocardial infarction complicated by acute left ventricular failure after koronarografichnogo survey with stenting
EH Zaremba , V. Salo , YV Mizak , OV Zaremba

В статье проведен ретроспективный анализ клинического течения острого инфаркта миокарда (ОИМ), осложненного острой левожелудочковой недостаточностью.

Обследованы 109 больных с ОИМ с элевацией сегмента ST и без элевации сегмента ST, осложненными острой сердечной недостаточностью. Из них 72 (66,05%) мужчины и 37 (33,95%) женщин, средний возраст которых составлял 54,4±3,4 года. Больные находились на стационарном лечении в инфарктном отделении Коммунальной городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Львова, где им было проведено интервенционное вмешательство. Пациентов разделили на две группы: в I группе (n=79) диагностирован ОИМ с элевацией сегмента ST, во II группе (n=30) – ОИМ без элевации сегмента ST. Осложнения ОИМ в виде острой левожелудочковой недостаточности выявлены в 51 случае.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность, коронарография, стентирование.

In the article the retrospective analysis of the clinical course of acute myocardial infarction (AMI) complicated with acute left ventricular failure.

The study involved 109 patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation and without ST-segment elevation acute heart failure complicated. Of these, 72 (66,05%) men and 37 (33,95%) women. Average age was 54,4±3,4 years. Patients were hospitalized in the department of KMC infarktomu BSMP m. Lviv. All patients underwent interventional procedure. Patients were divided into 2 groups: the first and (n=79) group diagnosed with acute myocardial infarction with elevation segment ST, the second in minutes (n=30) – acute myocardial infarction without elevation segment ST. Complications of acute myocardial infarction as acute left ventricular failure was found in 51 cases.

Key words: acute myocardial infarction, acute left ventricular failure, coronary angiography, stenting.

Сведения об авторах

Заремба Евгения Фоминична – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Сало Виктор Михайлович – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Мизак Ярослав Васильевич – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (097) 23-46-560

Заремба Елена Витальевна – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Котелюх М.Ю. Особливості структурно-функціональних змін міокарда лівого шлуночка у хворих на гострий інфаркт міокарда / М.Ю. Котелюх // Український кардіологічний журнал. – 2015. – № 1. – С. 112–113.
2. Лазарева К.П., Сиченко Ю.О., Безродний А.Б. Ефективність методів реперфузійної терапії у хворих з гострим коронарним синдромом з елевацией сегмента ST // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. – № 2. – С. 104.
3. Мергель Т.В. Вплив проведеного стентування в гострий період інфаркта міокарда на перебіг серцевої недостатності у процесі відновного лікування // Клінічна та експериментальна патологія. – 2015. – № 4. – С. 94.
4. McKee S. Due Caution using early b-blockers for acute myocardial infarction/ S. McKee, H. Murray // Critical Care. – 2007. – Vol. 11, № 1. – P. 301.
5. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure / M.S. Nieminen, M.R. Cowie // Eurobian Heart Journal. – 2005. – Vol. 26, № 4.
6. Лоскутов О.А., Гостра серцева недостатність // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 7. – С. 22.
7. Черевко О.А. Диференційна інфузійна терапія у хворих на гострий інфаркт міокарда, ускладнений кардіогенним шоком // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2008. – № 1–2. – С. 323.

Статья поступила в редакцию 15.06.2016