

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ІЗ ПРИВОДУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

(м. Вінниця)

Дана робота є фрагментом комплексної НДР кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я «Вивчення показників здоров'я різних груп населення як основа для реформування системи охорони здоров'я України», № держ. реєстрації 0110U000522.

Вступ. Однією з головних причин, що призводять до інвалідності дорослого (33,7%), в тому числі працездатного населення (33,5%), є ішемічна хвороба серця (ІХС) [2]. Летальність внаслідок гострого інфаркту міокарда (ГІМ) у перші 20 днів лікування становить 20-25%, сягаючи 30-40% протягом року [9]. Надзвичайно важливим завданням сучасної кардіології є аналіз не лише показників летальності, а й оцінка характеристик госпіталізованих хворих за ступенем ризику, вартістю та доцільністю використання тих чи інших діагностичних методів, дотримання лікувальної тактики з доведеною ефективністю. З огляду на це, пріоритетність наукового пошуку має бути спрямована на виявлення додаткових факторів несприятливого перебігу гострих форм ІХС.

Мета дослідження. Вивчити окремі клініко-соціальні характеристики хворих на ГІМ з проведенням оцінки обтяженості супутньою патологією та прогностичного значення ризиків ускладнень постінфарктного періоду.

Об'єкт і методи дослідження. Суцільним методом вивчено клініко-анамнестичні фактори, діагноз та особливості стану 1122 пацієнтів з ГІМ, госпіталізованих протягом 2006-2008 рр. за умов типового кардіологічного відділення м. Вінниці.

Діагностичні критерії включення склались з рубрик МКХ-10 I21. 0-I21. 3, I21. 4, I21. 9, I22. Локалізація ІМ визначалась, залученими до дослідження клініцистами, за класичними правилами. Враховуючи те, що не при всіх трансмуральних і великовогнищевих ІМ спостерігається поява патологічного зубця Q (глибше 1/4 амплітуди зубця R в тому ж відведенні, тривалістю 0,3 с і більше) і комплексів QS, QrS, QR, більш того, такі комплекси реєструються при деяких нетрансмуральних ІМ, вживали термін Q-позитивний ІМ (Q-ІМ). В разі ж відсутності патологічного зубця Q, замість дрібновогнищевий, субендокардіальний ІМ використовували назву Q-негативний (не-Q-ІМ).

Аналітичний фрейм включав класичні статистичні оцінщики крос-класифікації ознак, зокрема критерій

хі-квадрат. При крос-класифікації трьох і більше категорійних ознак використовували лог-лінійне моделювання.

Супутня патологія оцінена на основі індексу Чарлсона, розробленого др. Чарлсоном і колегами [7].

Результати досліджень та їх обговорення. Серед найбільш вивчених факторів ризику смерті протягом 30 днів після розвитку ІМ є клініко-демографічні дані: стать, вік, виявлення ознак серцевої недостатності при фізикальному обстеженні, локалізація ІМ [1]. Топографія ІМ у поєднанні з електрокардіографічними параметрами також може розглядатися як спосіб виявлення хворих, що відносяться до найбільш високого ризику серцево-судинних ускладнень і смерті. Численними дослідженнями показано, що локалізація трансмуральних змін передньої стінки міокарда супроводжується більш вираженою прогресією недостатності кровообігу в порівнянні з нижнім інфарктом. За результатами цих робіт саме локалізація ІМ, а не його тип, є основним, визначальним чинником ускладнень віддаленого періоду. Разом з тим і, рання поява патологічного

Таблиця 1

Склад пацієнтів за локалізацією ІМ та наявністю патологічного зубця Q

Локалізація	Патологічний зубець Q		Всього
	-	±	
Передній, n (%)	138 (51,88)	235 (27,45)	373 (33,24)
Задній, n (%)	44 (16,54)	376 (43,93)	420 (37,43)
Боковий, n (%)	17 (6,39)	21 (2,45)	38 (3,39)
Верхівка, n (%)	2 (0,75)	11 (1,29)	13 (1,16)
Передньо-боковий, n (%)	34 (12,78)	101 (11,80)	135 (12,03)
Задньо-боковий, n (%)	16 (6,02)	68 (7,94)	84 (7,49)
Септальний, n (%)	7 (2,63)	21 (2,45)	28 (2,50)
Циркулярний, n (%)	8 (3,01)	23 (2,69)	31 (2,76)
Всього, n (%)	266 (23,71)	856 (76,29)	1122 (100,00)

Примітка: $\chi^2(7)=88,1p < 0,0001$.

Таблиця 2
Склад пацієнтів за стадіями ГСН та наявністю патологічного зубця Q

ГСН, клас Killip	Патологічний зубець Q		Всього
	-	±	
0	231 (86,84)	608 (71,03)	839 (74,78)
I, n (%)	1 (0,38)	6 (0,70)	7 (0,62)
II, n (%)	23 (8,65)	141 (16,47)	164 (14,62)
III, n (%)	6 (2,26)	61 (7,13)	67 (5,97)
IV, n (%)	5 (1,88)	40 (4,67)	45 (4,01)
Всього, n (%)	266 (23,71)	856 (76,29)	1122 (100,00)

Примітка: $\chi^2(4)=27,6p<0,0001$.

зубця Q асоційована з гіршою госпітальною летальністю, ніж у випадках з не-Q-ІМ [5, 10].

Розподіл пацієнтів за локалізацією ІМ та наявністю патологічного зубця Q наведений у **табл. 1**.

У досліджуваному масиві хворих переважно спостерігався ІМ передньої (33,2%) і задньої (37,4%) стінки лівого шлуночка (ЛШ), що є досить характерним для локалізації вогнища інфаркту. Найменше, лише в 13 осіб (1,2%) некротичні зміни міокарда зустрічались у вигляді ізольованого верхівкового варіанту. Виявлено достовірну залежність топографії ІМ від наявності патологічного зубця Q, $\chi^2(7)=88,1$; $p<0,0001$. Так, при Q-утворюючому ІМ істотно частіше вражається задня стінка ЛШ (43,9%), тоді як за відсутності зубця Q (не-Q-ІМ) у половині випадків (51,9%), реєструється ІМ передньої стінки.

Безпосередніми чинниками, що діють протягом гострої фази ІМ і реалізують несприятливий прогноз у вигляді кардіальної смерті та погіршення якості життя хворих, є розвиток гострої серцевої недостатності (ГСН), формування на фоні процесів ремоделювання шлуночків аритмогенного субстрату, прогресування ІХС. Зокрема, наявність ГСН у хворих на ГІМ супроводжується підвищенням госпітальної летальності від 6% (при збереженій функції ЛШ) до 80% (при кардіогенному шоці) [6]. Виявилось, що ГСН ускладнила перебіг ІМ в 283 (25,2%) пацієнтів (**табл. 2**), серед яких переважала кількість хворих з II класом за Killip 164 (58%), III та IV класи діагностовано в 67 (23,7%) і 45 (15,9%), відповідно. За умов Q-ІМ ГСН складає 29%, на противагу цьому при не-Q-ІМ – спостерігається вдвічі рідше (13,2%). Відслідковується також достовірне ($\chi^2(4)=27,6$ $p<0,0001$) поважчання ГСН при Q-позитивному ІМ (III і IV класи ГСН зафіксовано у 7,1% і 4,7% пацієнтів), при не-Q-ІМ цей показник був відповідно меншим у 3 та 2,5 рази, відповідно.

Клінічні прояви порушень серцевого ритму в хворих на ГІМ представлені у **табл. 3**. Відсутність аритмогенного субстрату спостережена в 791 (70,5%) пацієнтів. Порушення ритму серця як з ФШ, так і без ФШ зустрічались практично з однаковою частотою – 14,6% та 14,9%. В той же час, виявлено достовірну залежність розподілу пацієнтів за видом аритмії та формуванням зубця Q, $\chi^2(2)=8,4p=0,0148$. Ця залежність полягала у двох особливостях: по-перше, за Q-ІМ розлади ритму зустрічались у 31,5% хворих, при не-Q-ІМ – у 23,0%. По-друге, відсоток пацієнтів

з ФШ, а також співвідношення часток пацієнтів з ФШ і без ФШ (9,8/13,2 до 16,1/15,4) були вочевидь вищими при ІМ з утворенням зубця Q.

Порушення провідності (блокади АВ вузла та ніжок пучка Гіса) зафіксовані у 17,2% досліджених хворих. За позитивного Q провідність достовірно ($\chi^2(1)=7,5p=0,006$) порушувалась в 18,9% пацієнтів, при Q-негативному – в 1,6 рази менше (11,6%).

Прогностичними маркерами несприятливого прогнозу ІМ традиційно вважаються також тромбоемболії, у т.ч. тромбоутворення в порожнинах

Таблиця 3
Склад пацієнтів за порушеннями ритму серця та наявністю патологічного зубця Q

Порушення ритму	Патологічний зубець Q		Всього
	-	±	
Відсутні, n (%)	205 (77,07)	586 (68,46)	791 (70,50)
Без ФШ, n (%)	35 (13,16)	132 (15,42)	167 (14,88)
З ФШ, n (%)	26 (9,77)	138 (16,12)	164 (14,62)
Всього, n (%)	266 (23,71)	856 (76,29)	1122 (100,00)

Примітка: $\chi^2(2)=8,4p=0,0148$.

серця, гостра аневризма, синдром Дресслера, епістенокардитичний перикардит, постінфарктна стенокардія тощо. Ускладнення ІМ, що перелічені у **табл. 4**, за виключенням постінфарктної стенокардії, діагностуються достовірно частіше саме при Q-ІМ. Проте їхня структура не мала істотних відмінностей в залежності від реєстрації патологічного зубця Q, $\chi^2(6)=12,3$ $p=0,0553$. В цілому ускладнення ГІМ виникли у 6% госпіталізованих (переважали гостра аневризма серця – 2,4%, постінфарктна стенокардія – 1,5%), причому в 4,2% пацієнтів з Q-негативним і у 6,5% Q-позитивним ІМ.

Важливим предиктором клінічного прогнозу ІМ також є патологічно змінені клапани серця. Ішемічне ураження міокарда, що здійснює компенсаторну

Таблиця 4
Склад пацієнтів за ускладненнями ІМ та наявністю патологічного зубця Q

Ускладнення	Патологічний зубець Q		Всього
	-	±	
Відсутні, n (%)	255 (95,86)	800 (93,46)	1055 (94,03)
Тромбоемболії, n (%)	0 (0,00)	3 (0,35)*	3 (0,27)
Тромбоутворення, n (%)	0 (0,00)	5 (0,58)*	5 (0,45)
Перикардит, n (%)	0 (0,00)	11 (1,29)*	11 (0,98)
Постінфарктна стенокардія, n (%)	7 (2,63)	10 (2,05)	17 (1,5)
Аневризма, n (%)	4 (1,50)	23 (2,69)*	27 (2,41)
С-м Дресслера, n (%)	0 (0,00)	5 (0,58)*	5 (0,45)
Всього, n (%)	266 (23,71)	856 (76,29)	1122 (100,00)

Примітка: $\chi^2(6)=12,3p=0,0553$, * – позначені достовірні розбіжності.

Таблиця 5

Склад пацієнтів за вадами серця та наявністю патологічного зубця Q

Вада серця	Патологічний зубець Q		Всього
	-	±	
Відсутня, n (%)	202 (75,94)	634 (74,07)	836 (74,51)
Аортальний стеноз, n (%)	4 (1,50)	17 (1,99)	21 (1,87)
Мітральний стеноз, n (%)	2 (0,75)	3 (0,35)	5 (0,45)
Недостатність АК, n (%)	2 (0,75)	8 (0,93)	10 (0,89)
Недостатність МК, n (%)	23 (8,65)	121 (14,14)	144 (12,83)
Вроджена, n (%)	0 (0,00)	2 (0,23)	2 (0,18)
Склероз клапану, n (%)	30 (11,28)	68 (7,94)	98 (8,73)
Недостатність ТК, n (%)	1 (0,38)	2 (0,23)	3 (0,27)
Пролапс МК, n (%)	1 (0,38)	0 (0,00)	1 (0,09)
Стеноз аорти, n (%)	1 (0,38)	1 (0,12)	2 (0,18)
Всього, n (%)	266 (23,71)	856 (76,29)	1122 (100,00)

Примітка: $\chi^2(9) = 13,3, p = 0,1511$.

функцію за цих умов, може мати катастрофічні наслідки [3]. Приміром, приєднання ІХС в хворих з ревматичною вадю серця супроводжується поважчанням клініки вади і хронічної СН. При вадах серця дегенеративного ґенезу симптоми клапанної вади та стенокардії з'являються практично одночасно. Серед спостережених нами вад, найбільш поширеними виявились недостатність МК (12,8%) та склеротична деформація структур окремих клапанів (8,7%). Як видно з **табл. 5**, морфологічні зміни стулок клапанів діагностовано у 25,5% обстежених, причому в 77,6% з них із формуванням патологічного зубця Q. Варто підкреслити, що кількість осіб з недостатністю МК на тлі Q-позитивного ІМ значно (в 5,3 рази) перевершує таку при не-Q-ІМ. Це узгоджується з даними про значення мітральної регургітації як незалежного фактора ризику ІМ.

Одне з чільних місць серед модифікованих факторів ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи посідає куріння тютюну. Позаяк ця шкідлива звичка має високу прогностичну значимість щодо ГІМ [4] і відмінну поширеність серед осіб різного віку та статі, ми розглянули частки курців у розрізі віково-статевих груп (**табл. 6**).

Серед усіх проспективно обстежених нами пацієнтів з ГІМ переважали особи віком 60-70 років та

старші (63,46%). У структурі тих, хто палить, домінували молодші особи віком 50-60 років (40,3%). Вказані відмінності вікових структур є достовірними ($\chi^2(4)$ паління*вік = 13,82; $p = 0,0079$). Крім того, частка чоловіків серед курців майже вдвічі більша за таку серед осіб, які не палять тютюну (95,0% проти 55,7%). Це перевищення спостерігається по кожній з вікових груп і при стандартизації за віком є високо достовірним ($\chi^2(1)$ паління*стать = 20,43; $p < 0,0001$). Вікова структура також відрізняється за статтю – кількість пацієток, не маючих залежності від паління, більша у найстаршій групі. Стандартизовані за станом паління статеві відмінності вікової структури високо достовірні, а саме, $\chi^2(4)$ стать* вік = 24,20; $p < 0,0001$.

Мультиморбідність, особливо артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, перенесені церебро-васкулярні події, ниркову дисфункцію, ожиріння вважають незалежними предикторами виживання. Численними дослідженнями доведено, що наявність супутньої патології та її важкість є вагомою ковариантою, яка видозмінює клінічні наслідки і зменшує резерви виживання. Одним із загальноприйнятих підходів до оцінки «навантаження» супутньою патологією є індекс Чарлсона. Внаслідок можливої асоціації з віком ми розглянули індекс Чарлсона в розрізі вікових груп пацієнтів, а також в розрізі років госпіталізації для встановлення консистентності висновків.

Розподіл пацієнтів за індексом Чарлсона у розрізі років спостереження показав (**табл. 7**), що переважна більшість, а саме 51,2% з них мали помірне навантаження (значення індексу 1-2). Відмінністю від інших когорт пацієнтів, для яких фактично не зустрічались значення індексу «5 і більше» [8] є значна вага обтяженості, а саме 12,9%. Очевидно, це пов'язано із старшою віковою структурою пацієнтів з ГІМ. Дійсно, існує достовірний зв'язок між збільшенням віку та підвищенням навантаження супутньою

Таблиця 6

Склад пацієнтів за палінням у розрізі віково-статевих груп

Вік, роки	Не палять			Палять			Всього
	ж	ч	Всього	ж	ч	Всього	
До 40*, n (%)	2 (0,48)	9 (1,72)	11 (1,17)	0 (0,00)	9 (5,23)	9 (4,97)	20 (1,78)
40-50*, n (%)	10 (2,40)	62 (11,83)	72 (7,65)	1 (11,11)	31 (18,02)	32 (17,68)	104 (9,27)
50-60*, n (%)	58 (13,91)	155 (29,58)	213 (22,64)	2 (22,22)	71 (41,28)	73 (40,33)	286 (25,49)
60-70*, n (%)	152 (36,45)	172 (32,82)	324 (34,43)	4 (44,44)	50 (29,07)	54 (29,83)	378 (33,69)
Старші 70, n (%)	195 (46,76)	126 (24,05)	321 (34,11)	2 (22,22)	11 (6,40)	13 (7,18)	334 (29,77)
Всього, n (%)	417 (44,31)	524 (55,69)	941 (100,00)	9 (4,97)	172 (95,03)	181 (100,00)	1122 (100,00)

Примітка: $\chi^2(1)$ паління*стать 20,43; $p < 0,0001$ $\chi^2(4)$ паління*вік 13,82; $p = 0,0079$ $\chi^2(4)$ стать* вік 24,20; $p < 0,0001$

Розподіл пацієнтів за індексом Чарлсона у розрізі років спостереження

Індекс	2006					2007					2008					Всього	
	Вікові групи					Вікові групи					Вікові групи						
	До 40*	40-50*	50-60*	60-70*	>70	До 40*	40-50*	50-60*	60-70*	>70	До 40*	40-50*	50-60*	60-70*	>70		
0, n (%)	2 33,33	7 18,42	10 10,20	20 15,50	13 12,15	5 55,56	6 19,35	14 13,59	11 8,33	9 9,47	2 40,00	9 25,71	9 10,59	10 8,55	7 5,30	134 11,94	
1-2, n (%)	4 66,67	20 52,63	55 56,12	66 51,16	52 48,60	3 33,33	16 51,61	56 54,37	71 53,79	46 48,42	2 40,00	17 48,57	47 55,29	63 53,85	57 43,18	575 51,25	
3-4, n (%)	0 0,00	8 21,05	22 22,45	25 19,38	26 24,30	1 11,11	6 19,35	21 20,39	33 25,00	25 26,32	1 20,00	6 17,14	24 28,24	31 26,50	39 29,55	268 23,89	
>=5, n (%)	0 0,00	3 7,89	11 11,22	18 13,95	16 14,95	0 0,00	3 9,68	12 11,65	17 12,88	15 15,79	0 0,00	3 8,57	5 5,88	13 11,11	29 21,97	145 12,92	
Всього	6 1,59	38 10,05	98 25,93	129 34,13	107 28,31	9 2,43	31 8,38	103 27,84	132 35,68	95 25,68	5 1,34	35 9,36	85 22,73	117 31,28	132 35,29	1122 100,00	
$\chi^2(8)$ рік*вік	7,18; p=0,5169								$\chi^2(11)$ вік*індекс				32,57; p=0,0006				
$\chi^2(6)$ рік*індекс	4,75; p=0,5763								$\chi^2(21)$ рік*вік*індекс				13,66; p=0,8836				

патологією, $\chi^2(11)$ вік*індекс=32,57; p=0,0006. Отримана залежність консистентна, оскільки повторюється з року в рік, це демонструє тест залежності асоціації від року госпіталізації, $\chi^2(21)$ рік*вік*індекс=13,66; p=0,8836. Значення p > 0,8 є вагомим доказом гомогенності асоціації по роках. Сама ж структура пацієнтів за індексом Чарлсона у розрізі років спостереження теж залишалась незмінною, що засвідчує $\chi^2(6)$ рік*індекс=4,75; p=0,5763. Вікова структура теж була гомогенною по зазначених роках, $\chi^2(8)$ рік*вік=7,18; p=0,5169.

Висновки. Таким чином, короткостроковий (госпітальний прогноз) хворих на Q-ІМ достовірно гірший порівняно з не-Q-ІМ. Спостережені ускладнення ГІМ

(ГІМ за Killip, порушення кардіального ритму, провідності та ін.) мають вищий ризик виникнення та важчий клінічний перебіг за наявності патологічної хвилі Q. Характерною особливістю таких пацієнтів є високе коморбідне навантаження – значення індексу Чарлсона понад 4 зафіксоване в 12,9% обстежених.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи отримані результати, вважаємо за необхідне подальше вивчення питань як найближчого, так і віддаленого прогнозу ГІМ, що дозволить визначити не тільки індивідуалізовану тактику ведення хворого, а й застосовувати найбільш раціональні і економічно обґрунтовані діагностично-лікувальні методики.

Література

1. Бобровская Е. Е. Предикторы осложненного течения и неблагоприятного прогноза у больных инфарктом миокарда / Е. Е. Бобровская, Н. Н. Бурова., В. Е. Кон // Артериальная гипертензия. – 2009. – №5. – С. 48-53.
2. Гайдаев Ю. О. Розробка і впровадження Державної програми профілактики та лікування серцево-судинної і судинно-мозкової патології / Ю. О. Гайдаев // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://www.rql.com.ua/cardio_j/2007/4/gaydayev.htm. – Назва з екрана.
3. Семенова Е. И. Протезирование клапанов сердца у больных пожилого возраста. Факторы риска: ассоциированные заболевания / Е. И. Семенова, С. И. Железнев, И. И. Семенов [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – №3. – С. 97-100.
4. Слєпченко Н. С. Паління та кардіопульмональна патологія: вплив на виникнення, перебіг та прогноз / Н. С. Слєпченко // Вісник Він. Нац. мед. університету. – 2013. – № 1/17. – С. 263-267.
5. Шульман В. А. Сравнительная оценка ближайшего и отдаленного прогноза больных инфарктом миокарда в зависимости от наличия и времени возникновения патологического зубца Q / В. А. Шульман, С. Е. Головенкин, В. Н. Симулин [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2010. – №6/6 – С. 812-817.
6. Пархоменко О. М. Нові можливості фармакологічного впливу на прогноз у хворих на інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST та гострою серцевою недостатністю // О. М. Пархоменко, С. М. Кожухов, О. І. Іркін, Я. М. Лутай // Укр. Медичний часопис. – 2010. – №4(78). – С. 34-37.
7. Charlson M. E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales [et al.] // J. Chronic. Dis. – 1987. – Vol. 40(5). – P. 373-383.
8. Birim Ц. Charlson comorbidity index in patients with operated primary non-small cell lung cancer / Ц. Birim, A. P. W. M. Maat, A. P. Kappetein [et al.] // Validation of the Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2003. – Vol. 23. – P. 30-34.
9. Kattainen A. Coronary heart disease: from a disease of middle-aged men in the late 1970s to a disease of elderly women in the 2000s / A. Kattainen, V. Salomaa, T. Harkanen [et al.] // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 296-301.
10. Moon J. C. The pathologic basis of Q-wave and non-Q-wave myocardial infarction: a cardiovascular magnetic resonance study / J. C. Moon, D. P. De Arenaza, A. G. Elkington [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 44(3). – P. 554-560.

УДК 614. 2: 577. 4- 02

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ІЗ ПРИВОДУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Галаченко О. О., Очередько О. М., Галаченко В. В.

Резюме. З метою вивчення клінічної характеристики хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та прогностичної оцінки ризиків постінфарктного періоду методом когортного дизайну обстежено 1122 пацієнти, госпіталізованих з приводу ГІМ. Доведений достовірно більший ризик ускладнень при Q-позитивному ІМ. Особливістю таких пацієнтів є високе коморбідне навантаження – значення індексу Чарлсона понад 4 зафіксоване в 12,9% обстежених.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, Q-позитивний, Q-негативний інфаркт міокарда, ускладнення, прогнозування.

УДК 614. 2: 577. 4- 02

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Галаченко А. А., Очередько А. Н., Галаченко В. В.

Резюме. С целью изучения клинической характеристики больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и прогностической оценки рисков постинфарктного периода методом когортного дизайна обследовано 1122 пациентов, госпитализированных по поводу ОИМ. Доказан достоверно больший риск осложнений при Q-положительном ИМ. Особенностью пациентов с ОИМ является высокая коморбидная нагрузка – значение индекса Чарлсона свыше 4 зафиксировано у 12,9% обследованных.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, Q-позитивный, Q-негативный инфаркт миокарда, осложнения, прогнозирование.

UDC 614. 2: 577. 4- 02

Clinical Status Features of the Patients Hospitalized Concerning the Acute Myocardial Infarctions

Galachenko O. O., Ocheredko O. M., Galachenko V. V.

Abstract. With the purpose of study clinical description the patients with the acute myocardial infarction (MI) and predicted estimation of risks of postinfarction period by the method of cohort design 1122 patients, hospitalized on an occasion MI in the cardiologic department of Vinnitsa clinical hospital, are inspected, in a period from 2006 to 2008. Clinical variables of patients were being measured. Data analysis exploited log-linear modeling. Diagnoses consist of ICD-10 codes I21. 0-I21. 3, I21. 4, I21. 9, I22. The most pervasive localization happened to be anterior (33,2%), posterior (37,4%), and frontolateral (12,0%) MI. There are reliable view on depending localization MI from availability of pathologic wave Q ($p < 0,0001$), which was is present in 76,3% patients. Cardiac decompensation present in 25,2% patients. The second stage predominated (14,6%), while the third and fourth stages made 6,0% and 4,0%, accordingly. On the basis of the got results we also set reliable dependence of distributing of examined patients on the stages of cardiac insufficiency and by the presence of pathological Q, $\chi^2(4) = 27,6$ ($p < 0,0001$). At Q-positive MI, cardiac insufficiency is fixed at 29% patients, at Q-negative MI – at 13,2%. Rhythm disorder with fibrillation and without fibrillation ventricles of the heart had an practically equal campaign particles – 14,6% and 14,9%. This dependence consisted in two features: first, at available pathological wave Q of infringement of a rhythm met in 31,5% of cases, whereas in the absence of Q – only in 23,0%. Secondly, a part of patients with fibrillation, as well as a parity of the patients who have and not having fatal arrhythmia (9,8/13,2 and 16,1/15,4) were obviously above at Q-MI. 17. 2% of the surveyed patients had infringements of conductivity in the form of AV-blockade and blockade of the His band legs. At formation of pathological wave Q of infringement of conductivity it was registered in 18,9%, at non-Q-MI – only in 11,6%. The difference has appeared authentic, $\chi^2(1) = 7,5$ $p = 0,006$. Less widespread snag (thromboembolism, pericarditis, postinfarction syndrome (Dressler's syndrome), aneurysm) were supposed to authentically higher fractions provided it receives pathological wave Q. Acquired heart valvular diseases met in 25,5% hospital patients and in 77,6% from them with formation of pathological Q wave. Prevailed mitral incompetence (12,8%) and sclerotic consolidation of the valve of heart (8,7%). Among all retrospective research the patients surveyed by us with MI persons at the age of 60-70 years prevailed and is more senior (63,46%). In structure of those, who smokes, younger patients at the age of 50-60 years (40,3%) dominated. The specified distinctions of age structures are authentic ($\chi^2(4)$ smoking*age = 13,82; $p = 0,0079$). Besides, the share of men among smokers almost is twice more that among persons who do not smoke tobacco (95,0% against 55,7%). The particularity of the cohort was high burden of comorbidity with Charlson index above 4 in 13% of persons. Obviously, it is connected with age structure of patients to what authentic communication between increase in age and higher loading an accompanying pathology testifies, $\chi^2(11)$ age*index = 32,57; $p = 0,0006$. As a result, short-term (the hospital forecast) with Q-MI authentically is worse than patients in comparison with not-Q-MI. Registered complications MI have higher risk of occurrence and heavier clinical current at wave Q.

Key words: acute myocardial infarction, Q-negative myocardial infarction, Q-positive myocardial infarction, complications, forecasting.

Рецензент – проф. Потяженко М. М.

Стаття надійшла 18. 12. 2013 р.