

Предиктори несприятливого прогнозу ішемічної хвороби серця залежно від стратегії початкового лікування гострого коронарного синдрому

Р.Р. Гута, О.М. Радченко, А.Л. Філіпчук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Наслідки реваскуляризації у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) продовжують вивчатись, однак дослідження, присвячені аналізу прогнозу виживання після реваскуляризації міокарда, нечисленні і нетривалі, що зумовило доцільність та актуальність нашого дослідження.

Мета – оцінити прогностичне значення параметрів ехокардіографії (ЕхоКГ) у хворих на ІХС впродовж 60 місяців залежно від лікувальної тактики гострого коронарного синдрому (ГКС): реваскуляризація чи медикаментозна терапія.

Матеріали та методи. Обстежено 101 пацієнт з ІХС, ГКС з елевацією ST та Q (48 %), з елевацією ST без Q (28 %), без елевації ST (24 %); з них 84 чоловіка та 17 жінок, середній вік $58,6 \pm 4,2$ рр. Пацієнти поділені на групу після реваскуляризації міокарда ($n=71$) та групу стандартного медикаментозного лікування ГКС ($n=30$). Впродовж 5 років крім стандартних клінічно-лабораторних обстежень оцінювали динаміку ЕхоКГ–параметрів серця. Цифрові дані оброблені методом Каплана – Меєра, за подію приймали випадок госпіталізації з приводу повторного ГКС, нестабільної стенокардії чи декомпенсації хронічної серцевої недостатності, рівень істотності $p < 250$ г (75,8 % проти 49,1 %, $p=0,05$), у пацієнтів без потовщення стінок ЛШ (66,9 % проти 30,5 %, $p=0,047$) і за відсутності систолічної дисфункції ЛШ (87,7 % проти 59,9 %, $p=0,046$). Не було виявлено істотних відмінностей у виживанні пацієнтів з вихідним хірургічним чи консервативним лікуванням за умов різних значень діастолічного розміру ЛШ, різної товщини стінок ЛШ, а також зменшення фракції викиду ЛШ < 50 %. Навпаки, ми відмітили, що реваскуляризація міокарда сприяє кращому прогнозу вже за наявності несприятливих структурних змін.

Висновки. Реваскуляризація міокарда супроводжувалась істотно кращим прогнозом виживання через 60 місяців за умов збільшення правого шлуночка ($\geq 2,5$ см) та лівого передсердя ($> 4,0$ см), розтягнення кореня аорти ($\geq 3,0$ см), але за умов нормальної маси міокарда лівого шлуночка (< 250 г) без гіпертрофії стінок і без систолічної дисфункції.