

комбінація прогностичних маркерів у пацієнтів з ІМ з елевацією сегмента ST з успішною реваскуляризацією протягом періоду спостереження 12 місяців для стратифікації ризику НССП включала МДЛШ, ГПДЛШ, індекс об'єму лівого передсердя, кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, фракція викиду лівого шлуночка.

Висновки. Наше дослідження продемонструвало, що механічна дисперсія та глобальна поздовжня деформація лівого шлуночка у пацієнтів з ІМ з елевацією сегмента ST були незалежними прогностичними маркерами предикторами несприятливих серцево-судинних подій протягом 12 місяців спостереження.

Клініко-лабораторні особливості клінічного перебігу ГКС з елевацією сегмента ST залежно від індексу маси тіла

В.А. Коваленко, Д.А. Лашкул

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

У багатьох розвинених країнах світу ожиріння стає дедалі серйознішою проблемою, що призводить до значного зростання серцево-судинних захворювань, включаючи інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI). Деякі дослідження свідчать про зв'язок збільшення значень індексу маси тіла (ІМТ) з більш несприятливим прогнозом STEMI, тоді як інші не виявили такої асоціації.

Мета – визначити вплив значень ІМТ у пацієнтів з визначеним клінічним діагнозом на перебіг гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією сегмента ST.

Матеріали та методи. Було проведено дослідження медичної документації та клініко-лабораторних даних 80 пацієнтів з визначеним STEMI, які були розділені на дві групи за значеннями ІМТ: ≤ 25 кг/м² (n = 40) та > 25 кг/м² (n = 40). До аналізу були включені статистичні дані, включаючи дані первинного огляду, антропометричні показники, анамнез щодо супутніх захворювань, клінічні характеристики, лабораторні біохімічні показники та зміни на електрокардіограмі (ЕКГ).

Результати. У групі з ІМТ > 25 кг/м² частіше спостерігалися такі коморбідні стани, як гіпертонічна хвороба (62,5 % проти 55,0 % у першій групі, p = 0,04) та цукровий діабет (35,0 % проти 22,5 %, p = 0,02). Пацієнти групи ІМТ > 25 кг/м² мали менш виражену суб'єктивну симптоматику (70,0 % проти 87,5 %, p=0,02), що включало скарги при первинному огляді на гострий ангінозний біль або задишку, при цьому у даній групі було виявлено більшу кіль-

кість пацієнтів у вкрай важкому стані (нестабільна гемодинаміка, гіпотонія, порушення рівня свідомості) – 17,5 % проти 10,0 % у групі з нормальним рівнем ІМТ, p=0,04). Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) в гострий період STEMI була значно вищою в групі з ІМТ > 25 кг/м² ($11,6 \pm 1,14$ мм/год проти $8,5 \pm 0,92$ мм/год, p = 0,03). **ЕКГ-ознаки ішемії міокарда** (елевація сегмента ST та депресія зубця Т) були більш вираженими в групі з ІМТ > 25 кг/м²: елевація сегмента ST: $4,8 \pm 0,35$ мм проти $3,6 \pm 0,25$ мм, p = 0,01, депресія зубця Т: $-5,8 \pm 0,82$ мм vs $-3,7 \pm 0,26$ мм, p = 0,001. Не було виявлено суттєвої різниці у частоті ускладнень STEMI (повторна реваскуляризація, прогресуюча серцева недостатність) між групами, проте кількість виявлених життєзагрозливих аритмій була більшою у пацієнтів з групи підвищеного ІМТ (47,5 % проти 27,5 %), що ускладнювало перебіг захворювання та було асоційовано з більш високою летальністю. Летальність протягом 30 днів складала 7,5 % у групі зі збільшеним ІМТ та 5,0 % у іншій групі.

Висновки. Визначено вплив збільшення ІМТ > 25 кг/м² на клініко-лабораторні дані пацієнтів із ГКС з елевацією сегмента ST, що характеризується більш вираженими ЕКГ-ознаками ішемії міокарда, більшими значеннями ШОЕ при менш виражених симптомах. Виявлено більшу кількість коморбідних станів, ускладнень у вигляді життєзагрозливих аритмій та більшу летальність у пацієнтів з ІМТ > 25 кг/м².

Кореляційні зв'язки та мультифакторний регресійний аналіз чинників ризику виникнення ранніх серцево-судинних ускладнень у пацієнтів зі STEMI

О.Є. Лабінська, М.П. Галькевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – визначити кореляційні зв'язки та провести мультифакторний регресійний аналіз чинників ризику виникнення ранніх серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI).

Матеріали та методи. Пацієнтів (n=158) зі STEMI було розподілено на 3 групи залежно від індексу маси тіла (ІМТ): I групу становили 52 пацієнти з нормальною масою тіла (середній вік – $60,83 \pm 11,94$ р.); II групу – 51 пацієнт із надмірною масою тіла (НМТ) (середній вік – $62,04 \pm 8,55$ р.); III групу – 55 пацієнтів з ожирінням I-III ступеня (середній вік $60,96 \pm 11,31$ р.) (p>0,05).

Результати. Встановлено, що у пацієнтів зі STEMI виникнення 2 і більше серцево-судинних ускладнень у ранньому післяінфарктному періоді прямо корелює з віком ($r=0,17$; $p=0,026$), ІМТ ($r=0,26$; $p=0,001$), наявністю абдомінального ожиріння ($r=0,30$; $p=0,001$), супутнім цукрового діабету (ЦД) 2 типу ($r=0,19$; $p=0,014$), підвищеними рівнями глюкози ($r=0,24$; $p=0,002$), HbA1c ($r=0,50$; $p=0,012$) та С-реактивний протеїн ($r=0,43$; $p=0,003$), а також пізньою госпіталізацією ($r=0,21$; $p=0,009$). Навпаки, зворотний кореляційний зв'язок виявлено між виникненням 2 і більше ускладнень та швидкістю клубочкової фільтрації ($r=-0,20$; $p=0,010$).

При аналізі кореляційних зв'язків у пацієнтів зі STEMI та ожирінням (III група) ми встановили, що виникнення 2 і більше серцево-судинних ускладнень прямо корелює з підвищеним рівнем HbA1c ($r=0,74$; $p=0,009$), курінням ($r=0,39$; $p=0,004$), його тривалістю ($r=0,19$; $p=0,014$) та кількістю викурених сигарет на добу ($r=0,24$; $p=0,002$), а також з пізньою госпіталізацією ($r=0,27$; $p=0,048$). Навпаки, зворотний кореляційний зв'язок встановлено між виникненням 2 і більше ускладнень та рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) ($r=-0,26$; $p=0,05$).

У результаті проведеного мультифакторного регресійного аналізу між незалежними (чинниками ризику) та залежними (наявністю ускладнень) предикторами у 158 пацієнтів зі STEMI було встановлено доведений сильний вплив чинників ризику на наявність ускладнень у цих пацієнтів: коефіцієнт множинної кореляції $R=+0,58$, при $p=0,006$ (за Фішером $F=3,85$) та стандартній похибці оцінки (SEE – standard error of estimate) 0,960.

Для формування моделі прогнозування кількості ускладнень у пацієнтів зі STEMI та ожирінням залежно від чинників ризику було виведено β -коефіцієнти, які наведено в таблиці.

Результати розрахунків логістичної регресії щодо прогнозування кількості ускладнень у пацієнтів III групи

Показник	Умовне позначення	β -коефіцієнт	P
Константа		-1,986	0,048
Вік	A1	0,037	0,012
Глюкоза	A2	0,051	0,112
Куріння (1 – так, 0 – ні)	A3	1,020	0,003
Госпіталізація після 12 год (1 – так, 0 – ні)	A4	0,271	0,417
Індекс вісцерального ожиріння	A5	-0,115	0,092
ХС ЛПВЩ <1,0 (1 – так, 0 – ні)	A6	0,074	0,848

Значущими в цій моделі є вік пацієнтів ($p=0,012$) та куріння ($p=0,003$), які мають прямий вплив на кількість ускладнень. Для підтвердження правильності

побудованої моделі обраховували критерій автокореляції Дурбіна-Уотсона, який становив 2,29. Це значення не виходить за межі норми і підтверджує достовірність сформованої моделі.

Таким чином, лінійне рівняння логістичної регресії щодо прогнозованої кількості ускладнень у пацієнтів зі STEMI та ожирінням буде мати такий вигляд:

$$\text{Кількість ускладнень} = 0,037 \times A1 + 0,051 \times A2 + 1,020 \times A3 + 0,271 \times A4 - 0,115 \times A5 + 0,074 \times A6 - 1,986.$$

За підрахунками середня кількість прогнозованого виникнення ускладнень на 1 людину складає $1,16 \pm 0,82$ (мінімальне значення 0,32, максимальне 2,93), що є дуже близьким до фактичного середнього значення $0,72 \pm 1,08$.

Висновки. Для прогнозування ризику виникнення ускладнень у пацієнтів зі STEMI в ранньому післяінфарктному періоді, залежно від чинників ризику, доцільно при поступленні хворого у стаціонар використовувати прогностичну модель, що дозволить скоригувати лікування та попередити виникнення ускладнень або полегшити їх перебіг.

Зв'язок сумарного ураження артерій серця з факторами ризику та клінічними проявами ІХС

О.М. Ломаковський, В.В. Бугаєнко,
М.П. Швидка, І.П. Голікова, Н.Ю. Чубко,
О.І. Моїсеєнко, Л.М. Ткаченко

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини імені
акад. М. Д. Стражеска НАМН України», Київ

Мета – визначення зв'язку сумарного ураження артерій серця з факторами ризику та клінічними проявами ІХС.

Матеріали та методи. Хворі на стабільну ІХС були поділені на групу із сумарним ураженням артерій серця (СУАС) за даними коронарографії менше 95 балів (менше медіани в загальній групі) (перша група, $n=57$) та більше 95 балів (більше медіани в загальній групі) (друга група, $n=58$), яке відображає локалізацію, ступінь стенозу артерії та кількість атеросклеротичних уражень за методикою Петросян Ю.С. та Йоселиани Д.Г. (1976).

Результати. СУАС в першій та другій групах дорівнювало 50(33-73) та 138(120-169) умов.од. ($p=0,0001$), кількість уражених коронарних судин – $1,68 \pm 0,69$ та $2,75 \pm 0,43$ ($p=0,0001$). Пацієнти в першій та другій групах були однакового віку – відповідно 57(49-62) та 56(52-63) років ($p=0,71$), мали однакоvu давність клінічних проявів ІХС – 2,0(1,0-6,0) та 4,5(1,5-10,5) років ($p=0,09$), тенденцію до збільшен-