

межах 5-річних термінів ($\chi^2=48,41$, $p<0,0001$), зокрема, показники середньої виживаності в осіб 1 гр. становили $579,4\pm15,69$ днів, а у 2 гр. – $860,68\pm16,56$ днів ($p<0,0001$).

Висновки. Незважаючи на збільшення осіб похилого та старечого віку, збільшення частки факторів кардіоваскулярного ризику та коморбідності в останні 5 років, упровадження сучасних інтервенційних методів лікування ІМ суттєво покращило показники стаціонарної летальності та віддаленої виживаності.

Подальша імплементація інтервенційних кардіоваскулярних втручань у хворих з ІМ та вплив на коморбідність з корекцією модифікованих факторів серцево-судинного ризику дозволить вплинути на прогноз, якість життя та виживання пацієнтів з ІМ.

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 $58,6\pm4,2$ 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 $p<0,05$.

Результати. На 5-річний прогноз після перенесеного ГКС у пацієнтів з ІХС істотно не впливали розміри міжшлуночкової перетинки, кінце-

водиастолоїчний розмір лівого шлуночка (ЛШ) та індексована маса міокарда ЛШ.

Через 60 місяців після хірургічної реваскуляризації спостерігався істотно кращий прогноз за умов певних несприятливих вихідних структурних параметрів серця: збільшення правого шлуночка $\geq 2,5$ см (37,5 % проти 30,7 %, $p=0,008$), розширення діаметру аорти $\geq 3,0$ см (57,2 % проти 34,3 %, $p=0,02$), розтягнення лівого передсердя $> 4,0$ см (43,8 % проти 24,7 %, $p=0,046$). Крім того, реваскуляризація супроводжувалась кращим довготривалим виживанням за умов нормальної маси міокарда лівого шлуночка < 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.

Безбольова ішемія міокарда в пацієнтів з гострим інфарктом міокарда за наявності цукрового діабету

Р.А. Ковальчук, У.Р. Баган, Г.В. Світлик, С.Д. Бабляк, М.В. Мигович

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – з'ясувати наявність епізодів ішемії міокарда у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) упродовж 1-ї доби після стентування інфарктзалежної коронарної артерії (КА) та на прикладі клінічного випадку продемонструвати їх безбольовий характер за наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. 30 пацієнтам зі STEMI упродовж 1-ї доби після стентування інфарктза-

лежної КА проведено добовий моніторинг електрокардіограми (ДМ ЕКГ). Гостру оклюзію КА виявляли шляхом інвазивної коронароангіографії (КАГ).

Результати. Епізоди ішемії міокарда (всього 25) впродовж першої доби після стентування інфарктзалежної КА з приводу STEMI, за даними ДМ ЕКГ, були зареєстровані в 15 (50 %) осіб: у 2 пацієнтів спостерігались епізоди депресії сегмента ST, в 11 осіб – «нової» елевації сегмента ST, у 2 хворих – епізоди депресії сегмента ST у поєднанні з його елевацією.

Серед зареєстрованих 25 епізодів ішемії больові (5) склали 20 %, безбольові (20) – 80 %. Епізоди больової ішемії міокарда були наявні у 4 хворих («нова» елевація сегмента ST – 4 епізоди, Δ 1,8 – 5 мм; депресія сегмента ST – 1 епізод, 0,5 мм); в жодного з них не було ЦД. Пацієнти відмічали легкий дискомфорт за грудиною, який, згідно ДМ ЕКГ, тривав від 0,5 год до 1 год. У трьох осіб було зареєстровано по 1 епізоду ішемії (тривалістю 1 год; 1 год; 0,7 год), в одного пацієнта – 2 епізоди (тривалістю 0,5 год і 0,5 год). Епізоди безбольової ішемії міокарда (ББІМ) були наявні в 11 хворих – від 1 до трьох в кожного, тривалістю від 0,3 до 10 год («нова» елевація сегмента ST – від 1 до 4,5 мм; депресія сегмента ST – від 0,5 до 2,5 мм); у 2 пацієнтів їх тривалість складала 21 і 23 год («нова» елевація сегмента ST до 3 і 4,5 мм відповідно). Серед хворих з ББІМ 5 осіб (45,45 %) мали ЦД.

За наявності ЦД відмічались лише епізоди ББІМ. Як приклад, наводимо клінічний випадок ББІМ у пацієнтки О., 58 р., з тривалим анамнезом (більше 13 років) ЦД 2 типу, яка з приводу втрати свідомості у важкому стані була доставлена в Лікарню Святого Пантелеймона м. Львова. Упродовж кількох днів відмічала задишку та дискомфорт в ділянці серця. Діагностовано STEMI (з ураженням нижньої стінки лівого шлуночка), ускладнений кардіогенним шоком. Проведено ургентну КАГ (правий тип кровопостачання серця; стеноз стовбура лівої КА (70 %), з переходом на передню міжшлуночкову та огинаючу гілки; стеноз інтермедіальної гілки (80 %); субоклюзія проксимального сегмента правої КА) та стентування інфарктзалежної правої КА. На ЕКГ: ритм синусовий, сегмент ST практично наблизився до ізолінії, інверсії зубця Т не відмічено, патологічні зубці Q не реєструються. ДМ ЕКГ упродовж 1-ї доби після стентування: зареєстровано чотири епізоди депресії ST у відведеннях II, III, aVF (від 1,2 до 1,8 мм), сумарною тривалістю до 1 год 30 хв, які носили безбольовий характер.

Висновки. Наявність ЦД сприяє атиповому перебігу гострого коронарного синдрому. У пацієнтів

зі STEMI упродовж 1-ї доби після стентування інфарктзалежної КА практично в 50 % випадків реєструються епізоди транзиторної ішемії міокарда, більшість з яких є безбольовими. За наявності ЦД епізоди ішемії міокарда мають безбольовий характер. Для об'єктивізації клінічного стану пацієнтів з ішемічною хворобою серця та супутнім ЦД доцільним є проведення ДМ ЕКГ, який є інформативним методом діагностики ББІМ.

Ремоделювання лівого шлуночка в пацієнтів із гіпертонічною хворобою, які перенесли інфаркт міокарда

Т.В. Колесник, О.В. Фурса

Дніпровський державний медичний університет

Мета – встановити особливості формування гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

Матеріали та методи. Обстежено 174 чоловіків із ГХ, які перенесли ІМ, які склали основну групу, та 69 чоловіків із ГХ без ІМ в анамнезі, які склали групу порівняння. Хворі були співставні за віком (55,6 (47,0; 66,0) років для основної групи та 55,3 (48,0; 68,0) років для групи порівняння), тривалістю ГХ (11,3 (4,0; 17,0) років для основної групи та 10,6 (4,0; 15,0) років для групи порівняння), індексом маси тіла (29,4 (27,1; 32,8) кг/м² для основної групи та 29,4 (27,2; 32,0) кг/м² для групи порівняння). На початку включення в дослідження стаж ГХ на момент першого ІМ в основній групі склав 6,9 (3,0; 14,0) років, середній термін після перенесеного ІМ склав 52,7 (24,0; 132,0) місяців. У пацієнтів основної групи рівень «офісного» САТ склав $149,27 \pm 4,67$ мм рт. ст., ДАТ – $91,73 \pm 1,26$ мм рт. ст. У хворих групи порівняння середній рівень «офісного» САТ і ДАТ був трохи вищий, ніж у пацієнтів основної групи, та склав $159,33 \pm 5,29$ мм рт. ст. та $95,22 \pm 1,32$ мм рт. ст. відповідно. Всім хворим була виконана ехокардіографія за стандартною методикою (GE Logiq P5 Pro, США). Статистичну обробку проводили з використанням пакетів комп'ютерної програми Statistica 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA), Microsoft Excel (Office Home Business 2KB4Y-6H9DB-BM47K-749PVPVG3KT). Величини подані у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (Ме (25,0 %; 75,0 %)). Порівняльний аналіз незалежних груп проводили за допомогою теста Манна – Вітні. Різниця вважалася вірогідною при рівні значимості $p < 0,05$.