

**ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ І СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ
ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА: ЧИННИКИ ПРОГНОЗУ У
ПАЦІЄНТІВ, ЩО ВИЖИЛИ, І ПОМЕРЛИХ**

В.В. Лаба¹, О.В. Лаба²

Проведено дослідження поширеності фібриляції передсердь (ФП) і її вплив на формування серцевої недостатності (СН) у хворих гострим інфарктом міокарда (ГІМ).

Встановлено основні чинники прогнозу у тих пацієнтів, що вижили, і померлих. Запропоновані медикаментозні засоби корекції цих патологічних станів у хворих, що перенесли ГІМ.

ВСТУП

Фібриляцію передсердь (ФП) відносять до найпоширеніших тахіаритмій, збільшуючись у міру старіння населення. Вона супроводжує різні захворювання серця, найчастіше трапляючись серед хворих ішемічною хворобою серця (ІХС). ФП ускладнює перебіг ГІМ у 5-26%. Дані про фактори, що спонукають до виникнення ФП і її впливу на прогноз і виходи ГІМ, містять багато протиріч, що зумовлено патогенетичною неоднорідністю цієї аритмії, а також різноманітним перебігом ГІМ. У багатьох працях відзначається достовірне збільшення частоти ФП при ГІМ у жінок. При цьому майже відсутні праці, в яких було показано розподіл ФП за статтю у різних вікових групах хворих ГІМ. Мало приділено уваги такому ехокардіографічному предиктору ФП, як розміри лівого передсердя (ЛП). Майже відсутні праці, в яких вивчалися б чинники рецидивного перебігу ФП при ГІМ. У літературі містяться поодинокі праці, в яких вивчався вплив ФП, що ускладнювала перебіг ГІМ, на реінфаркти і церебральні інсульти.

ФП є найбільш частою тахіаритмією, ймовірність виникнення якої збільшується у міру старіння популяції [1], де її частота складає 0,4-1,0% [2]. Вона подвоюється на кожне десятиріччя у людей після 55 років [3]. Її виявляють у 4% населення у віці 60-70 років, у 9%-70-80 років, у 10-14% -старше 80 років [4]. ФП займає 1-ше місце за частотою серед усіх тахіаритмій, становлячи 40% випадків усіх порушень ритму [5]. Серед пацієнтів, що перенесли ГІМ, ФП серед усіх надшлуночкових аритмій спостерігається у 75%, особливо у хворих літнього віку з вираженими проявами серцевої недостатності (СН) [6]. Для України проблема ФП і тріпотіння передсердь (ТП) є ще більш нагальною, у зв'язку із значно більшою поширеністю їх у міській популяції, особливо серед чоловіків працездатного віку - 3,4%, а серед жіночої статі - 2,9% [7]. Літературні дані свідчать, що найпоширенішими факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) в обстежених хворих з ФП були АГ 78% та індекс маси тіла >30. Гіперліпідемія як фактор ризику визначена тільки у 43% [8]. Поширеність ФП при ГІМ, за даними одного з українських досліджень, на матеріалі 2299 історій хвороб становили 158 випадків (6,87%) [9].

ФП є незалежним предиктором смерті і зумовлює 45% емболічних інсультів, частота яких у 6 раз вище, ніж при синусовому ритмі (СР) [10,11]. Незалежними факторами ризику внутрішньопередсердних тромбів є фракція викиду ЛПШ, вік хворого, супутній ЦД і АГ. Але

¹ Доцент, Сумський державний університет.

² Магістрант, Сумський державний університет.

найважливішим є тривалість пароксизму ФП [12,13]. Важливим предиктором виживаності хворих незалежно від етіології ХСН є частота серцевих скорочень (ЧСС) [15].

Морфофункціональними предикторами тромбозу у вусщі ЛП при ФП є стаз крові, зменшення швидкості вигнання крові з вусщка ЛП. Черезстравохідна ехокардіографія (Ехо-КГ) дозволяє ефективно виявляти тромби в порожнині ЛП [15]. Незалежними предикторами збереження тромба у вусщі ЛП стали пікова швидкість кровотоку < 15 см/с, вік старше 65 років, наявність у хворого СН [16]. Відновлення СР при ФП поєднується з підвищеним ризиком розвитку тромбоемболічних ускладнень, особливо при його тривалості більше 48-72 годин. Тому антикоагулянтну терапію рекомендують проводити всім хворим з ФП, що триває більше 2 діб, і продовжувати до 3-4 тижнів [17].

За даними електронної мікроскопії встановлено, що ФП супроводжується пошкодженням ендотелію передсердь [18].

Відмічаються також зміни в системі гемостазу, а саме підвищення в крові фібриногену, Д-димера, фібринопептиду А, ендотеліальних факторів згортання, порушення функції тромбоцитів [19]. ФП відносять до прогностично несприятливих форм аритмій у плані впливу на внутрішньосерцеву і загальну гемодинаміку [20], особливо у пацієнтів з ХСН, і вона може спричиняти значну дисфункцію та дилатацію камер серця [21], а також може бути первинним чинником провокації та дисфункції їх з виникненням ХСН [22].

Фактором, що спричиняє розвиток СН у хворих ІХС, ускладнену ПП, є величина індексу ЛП (59,6%) [23]. За даними українського дослідження, де обстежено 934 хворих із СН різної етіології, ФП була діагностована у 211 (22,6%). Зроблено висновок, що незалежно від етіології СН та стану інших гемодинамічних параметрів вік та розміри передсердь є найбільш потужними чинниками, асоційованими з постійною ФП. Важливими предикторами ФП, крім того, виявилися тяжкість СН та стан правих відділів серця [24]. Маркером існування життєво небезпечних шлуночкових аритмій є наявність ділянок дискінезу ЛШ [25].

Серед осіб із ФП, а також ТП частіше виявляються такі чинники ризику, як надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, гіперхолестеринемія, тригліцеридемія [26].

ФП - порушення ритму, що ускладнює перебіг ГІМ в 5-26% [27,28].

У багатьох працях відмічається достовірне збільшення частоти ФП при ГІМ у жінок [27,29]. При цьому майже відсутні праці, в яких було б показано розподіл ФП за статтю у різних вікових групах хворих ГІМ. Мало приділено уваги таким Ехо-КГ - предикторам ФП, як розміри ЛП і наявність гідроперикарда. Відсутні праці, в яких вивчалися б предиктори рецидивного перебігу ФП при ГІМ. У ряді праць робиться висновок про несприятливий вплив ФП на перебіг і найближчі виходи ГІМ [27]. У той же час, за даними інших дослідників, незалежна предикторна роль ФП щезла після проведення багатофакторного аналізу, що включав різні показники, здатні здійснювати вплив на исход, і, перш за все, СН [29].

До цього часу є обмежена кількість інформації про вплив ХФП на прогноз у хворих ГІМ. Так, у ряді праць [30,31] ФП, що передувала ГІМ, незалежно погіршувала як найближчі, так і віддалені наслідки у хворих ГІМ.

У літературі трапляються поодинокі праці, в яких вивчався вплив ФП, що ускладнювала перебіг ГІМ, на частоту реінфарктів, церебральних інсультів. Частіше всього вони обмежувались оцінкою госпітального періоду, де частота виникнення мозкових інсультів у стаціонарі була достовірно вище серед хворих ГІМ (2,8%) у порівнянні з хворими, що не мали даної аритмії (1,7%) [30].

У дослідженні OPTIMAL [32] наявність ФП при госпіталізації у хворих ГІМ не здійснювала достовірного впливу на кількість інсультів у стаціонарі, при цьому достовірно збільшувала їх кількість протягом 3 років спостереження у порівнянні з хворими без ФП (9,2% проти 4,4%). Цим, по суті справи, вичерпуються дані про вплив ФП на частоту кардіоваскулярних подій в найближчий і віддалений періоди після виникнення ГІМ.

МЕТА РОБОТИ

Метою дослідження було вивчення поширеності ФП і СН у хворих ГІМ з визначенням чинників прогнозу у пацієнтів, що вижили, і померлих з наданням пропозицій щодо лікування цієї категорії хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено суцільне клініко-лабораторно-інструментальне обстеження 414 хворих ГІМ, що госпіталізовані в інфарктний блок кардіологічного відділення міської лікарні №1 м. Сум протягом 2005 року. Діагноз ГІМ і стенокардії напруги (анамнестично) ставили із застосуванням стандартизованих критеріїв діагностики і єдиних методів обстеження за оригінальною анкетною, посилаючись на опитувальник Роузе.

Діагностику ФП та інших порушень ритму і провідності здійснювали за загальноприйнятими критеріями, з реєстрацією ЕКГ-спокою і вивченням її в 12 відведеннях. З необхідності діагностики окремих локалізацій ІМ використовували додаткові відведення. Діагностику АГ проводили методом офісного вимірювання артеріального тиску сфігмоманометром, керуючись загальноприйнятими критеріями встановлення цієї нозології.

Вивчення гемодинамічних параметрів серцевої діяльності, розміри камер серця, кінцево-сistolічних і кінцево-діастолічних об'ємів, фракції викиду ЛШ, скоротливої здатності серця проводили за допомогою 2-вимірної ехокардіографії.

Вивчення показників резорбційно-некротичного синдрому оцінювали за даними гострофазових реактантів запального процесу (лейкоцитоз, ШОЕ) і гіперферментемії (АСАТ, АЛАТ, КФК, ЛДГ). Вивчали ліпідний спектр крові, керуючись межовими і підвищеними рівнями загального холестерину відповідно від 5,2 до 6,2 ммоль/л і вище.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Статеві-вікові особливості захворюваності ГІМ

Захворюваність ІХС і, зокрема, ГІМ має певні статеві-вікові закономірності, що пояснюється загальновідомою концепцією модифікованих і немодифікованих факторів ризику атеросклерозу.

Згідно з отриманими даними (табл.1) у нашому дослідженні, на основі захворюваності 414 хворих ГІМ, це знайшло своє підтвердження. Питома вага чоловічої статі склала 63,9%, жіночої відповідно-36,1%. Поодинокі випадки захворювання серед чоловіків реєструвалися вже у віковому періоді 20-29 років, в той час як серед жінок це відбувалося на 10-20 років пізніше. Найбільший пік захворюваності серед чоловіків припадав на вікову групу 50-59р.-68 випадків (27,2%) і 60-69 р.-62 випадки (24,8%). Серед жіночої статі найбільша захворюваність мала місце у віковому періоді 70-79 р.-55 випадків (33,5%), значно випередивши цей показник серед чоловіків. Отримана тенденція також добре відома і пояснюється виснаженням позитивного вазопротекторного ефекту естрогенів на ліпідний обмін, які стримували зростання захворюваності ІХС серед жінок до настання менопаузи. Саме цей факт пояснює

отримані співвідношення, де ризик захворювання ІХС, ІМ і мозкового інсульту у жінок приблизно у 8-10 раз менший, ніж у чоловіків того самого віку.

Ці тенденції підтвердились і серед померлих. Поодинокі смертельні випадки серед чоловіків вперше зареєстровані у 40-49 років, серед жінок - на 10 років пізніше. Пік госпітальної летальності був майже однаковим для обох статей у віковому періоді 70-79 років, що склало 30% питомої ваги від усіх померлих. У зв'язку із зменшенням загальної тривалості життя чоловіків, летальність у віці 80 років і старше переважала серед жінок. У цілому серед усіх померлих чоловіки склали 53%, жінки-47%.

Таблиця 1 - Розподіл хворих за статевими і віковими критеріями

Категорія хворих		Вікова група (роки)								Всього
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 і >	
Живі	Чоловіки	1	5	37	68	62	40	3	1	216 (61,7%)
	Жінки	0	1	2	17	39	55	20	0	134 (38,3%)
	Всього	1	6	39	85	101	95	23	1	350 (100%)
Померлі	Чоловіки	0	0	1	9	6	14	4	0	34 (53%)
	Жінки	0	0	0	1	9	15	5	0	30 (47%)
	Всього	0	0	1	10	15	29	9	0	64 (100%)
Разом		1 0,24%	6 1,44%	40 9,66%	95 22,9%	116 28%	124 30%	32 7,72%	1 0,24%	414 100%

Фонові стани і супутня патологія у хворих ІХС, ГІМ

Значення концепції факторів ризику для профілактичної кардіології важко переоцінити. Їх ідентифікація базується на численних дослідженнях типу досвід-контроль, тобто порівняння частоти тих або інших ознак у великих групах хворих ІХС, осіб без її явних проявів і в проспективних спостереженнях.

Наявність хоча б одного фактора ризику свідчить про більш велику вірогідність проявів атеросклерозу, ніж про їх відсутність, причому в більш ранні терміни. Із збільшенням кількості факторів ризику ця вірогідність зростає, а терміни скорочуються. Найбільш значущими факторами ризику є гіперліпідемія, АГ і паління.

Згідно з моделлю визначення загального ризику, що ґрунтується на системі SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation-Систематична Оцінка Коронарного Ризику), вперше представленій в рекомендаціях ЄТК у 2003р., яка базується на даних ряду проспективних європейських багатоцентрових досліджень, враховуються усі варіанти фатальних атеросклеротичних кінцевих точок, тобто фатальних серцево-судинних подій за 10-річний період. У системі SCORE використані такі фактори ризику: стать, вік, паління, систолічний артеріальний тиск, загальний холестерин або співвідношення холестерину до ЛПВЩ. Критерієм високого ризику був визначений ризик $\geq 5\%$.

Згідно з наведеною таблицею 2 найбільш частим фоновим станом і фактором, що ускладнював перебіг ІХС, була АГ, яка реєструвалась у 73%, гіперхолестеринемія - у 34,3%, стенокардія-у 27,5% від загальної кількості хворих і переважала у групі тих, що вижили. Однак постінфарктний кардіосклероз-у 19,3%, транзиторна гіперглікемія - у

21%, ЦД II типу у 11,1% від усіх хворих переважали серед категорії померлих. Слід підкреслити, що особливо ЦД вдвічі частіше спостерігався серед померлих. Куріння згадано в анамнезі всього у 12% серед пацієнтів, які вижили, що є малоімовірним.

Таблиця 2 - Фонові стани і супутня патологія у хворих з гострим інфарктом міокарда

Фонові стани і супутня патологія	Живі	Померлі	Всі
Артеріальна гіпертензія	266 (76%)	36 (56,3%)	302 (73%)
Стенокардія	110 (31,4%)	4 (6,2%)	114 (27,5%)
Постінфарктний кардіосклероз	63 (18%)	17 (26,5%)	80 (19,3%)
Цукровий діабет 1-го типу	3	1	4
Цукровий діабет 2-го типу	34 (9,7%)	12 (18,7%)	46 (11,1%)
Транзиторна гіперглікемія	72 (20,5%)	15 (23,4%)	87 (21%)
Гіперхолестеринемія, у т.ч. 5,3-6,5 ммоль/л	127 (37,1%)	15 (23,4%)	142 (34,3%)
6,6-7,8 ммоль/л	62 (17,7%)	9	71
≥7,9 ммоль/л	51	4	55
Подагра	14	2	16
Облітеруючий атеросклероз	3	-	3
ХОЗЛ	4	1	5
ХОЗЛ	16	1	17
Куріння (за анамнезом)	43 (12%)	1	44

Терміни госпіталізації хворих ГІМ від початку захворювання

Як правило, за основу своєчасного надання невідкладної допомоги хворому з гострим коронарним синдромом (ГКС) береться поява у клінічній картині захворювання затяжного інтенсивного болю. Хоча мотивацією до невідкладної госпіталізації є й інші прояви ГКС, зокрема нестабільна стенокардія, поява прогностично небезпечних порушень серцевого ритму та інші. Крім названого, виходячи з патогенезу ГКС, особливо Q-ІМ, який пов'язаний з коронарним тромбозом, а також тези відкритого терапевтичного вікна, асоційованого з ефективністю тромболітичної терапії в перші 6 годин (не пізніше 12 годин) від початку болю, саме останній і є визначальним в подальших діагностично-лікувальних заходах.

Таблиця 3 - Терміни госпіталізації хворих ГІМ від початку захворювання

	До 6 год	7-12 год	13-24 год	До 2 діб	До 3 діб	До 4 діб	До 5 діб	До 6 діб	До 7 діб	8-13 діб	≥ 14 діб	Всього
Живі	151	43	46	18	19	12	13	20	13	6	9	350
Померлі	30	11	9	2	2	2	2	2	1	2	1	64
Разом	181	54	55	20	21	14	15	22	14	8	10	414

У проведеному нами дослідженні (табл.3) в перші 6 годин госпіталізовано 181 хворого (43,7%), з 7 до 12 годин – 54 хворих (13%). Таким чином, потенційно ефективними можливі терапевтичні заходи у 56,7% хворих за умови проведення комплексної, включно і патогенетичної спеціалізованої медичної допомоги. Вкрай пізними є терміни госпіталізації з 2-ї до 7-ї доби (від 3,3 до 5,3%) хворих. Реєструвалися випадки госпіталізації через 2 тижні і більше (2,4%). Серед померлих зареєстровані подібні ж тенденції. Так, в найбільш

оптимальні терміни госпіталізовано всього 47% хворих. Найбільше померло хворих у першу добу (78%), що певною мірою і відповідає літературним даним і пояснюється фатальними ускладненнями гострого періоду і віком хворих, 45% померло в групі 70-79 р. і 23,4% - в групі 60-69 р., велике значення мали вже згадані фонові стани і супутня патологія, що посилювали високу потенційну летальність хворих (табл.2).

Характеристика хворих ГІМ за локалізацією, поширеністю і глибиною ураження (табл.4)

ГІМ із зубцем Q реєструвався у 80,9% усіх хворих, а серед померлих він був абсолютно на 100% великовогнищевим. Переважала передня локалізація у 53,3%, враховуючи і померлих. Нижньобочковий ІМ мав місце у 20,5% усіх хворих, а серед померлих другу позицію займала задньо-нижня локалізація-35,9%. Циркулярний великовогнищевий некроз міокарда відмічено у 8,6% усіх хворих, переважно серед померлих.

Рецидивний перебіг захворювання мав місце серед живих у 6,5%, а серед померлих - у 21,8%. Повторний ІМ реєструвався у 18% тих, що вижили, і у 26,4% померлих.

Таблиця 4 - Характеристика хворих ГІМ за локалізацією, поширеністю і глибиною ураження

Категорія хворих	Глибина ураження інфаркту	Локалізація																
		Усі хворі								З них з фібриляцією передсердь								
		Всього	Передній	Задньонижній	Нижньобочковий	Боковий	Циркулярний	Правого шлуночка	Рецидивний	Повторний	Всього	Передній	Задньонижній	Нижньобочковий	Циркулярний	Правого шлуночка	Рецидивний	Повторний
Хворі, що вижили	Не Q-інфаркт	133	84	39	0	4	4	2	0	0	18	14	4	0	0	0	0	
	Q-інфаркт	217	105	0	85	0	23	4	0	0	44	19	22	0	3	0	7	13
	Всього	350	189	39	85	4	27	6	23	63	62	33	26	0	3	0	7	13
Хворі, які померли	Не Q-інфаркт	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Q-інфаркт	64	32	23	0	0	9	0	14	17	20	10	7	0	3	0	2	7
	Всього	64	32	23	0	0	9	0	14	17	20	10	7	0	3	0	2	7
Разом серед обох груп		414	221	62	85	0	36	6	37	80	82	43	33	0	6	0	9	20

ФП у хворих ГІМ

ФП зареєстрована в нашому дослідженні у 82 хворих (19,8%), з них хронічна форма (ХФП) - у 51 (12,3%), пароксизмальна (ПФП) - у 31 (7,4%). Пацієнтів, що вижили, з ФП було 62 (75,6%) і найбільше у віці 60-79 р.-45 (54,8%). З них у 2/3 був Q-ІМ. ПФП і ХФП були представлені однаково. Серед померлих ФП реєструвалась абсолютно при Q-ІМ і у 12 (60%) була у віці 70-79 р. Рецидивні і повторні ІМ у хворих з ФП були у 29 хворих (35,4%), з них серед живих - у 20 (32,2%), серед померлих-у 9 (45%). Реєструвалась ФП, починаючи з вікової групи 40-49 р., з пароксизмальної форми по 1 випадку серед живих і померлих чоловіків. Серед жінок ПФП зареєстрована у віці 60-69 р. і максимуму досягла в

70-79 р. у 4, що вижили. Серед померлих жінок ФП була в 1 випадку в 60-69 р.

Таблиця 5 - Хворі ГІМ, ускладненим ФП

Категорії хворих		Вікові групи					
		40-49р.	50-59р.	60-69р.	70-79р.	80-89р.	Всього
Живі	Чоловіки (ПФП, ХФП)	1 0	2 4	5 7	4 6	2 0	14 17
	Жінки (ПФП, ХФП)	0 0	0 1	5 6	6 6	2 5	13 18
	Всього (ПФП, ХФП)	1 0	2 5	10 13	10 12	4 5	27 35
Померлі	Чоловіки (ПФП, ХФП)	1 0	2 1	0 1	0 4	0 2	3 8
	Жінки (ПФП, ХФП)	0 0	0 0	1 0	0 8	0 0	1 8
	Всього (ПФП, ХФП)	1 0	2 1	1 1	0 12	0 2	4 16
Всі	Чоловіки (ПФП, ХФП)	2 0	4 5	5 8	4 10	2 2	17 25
	Жінки (ПФП, ХФП)	0 0	0 1	6 6	6 14	2 5	14 26
	Всього (ПФП, ХФП)	2 0	4 6	11 14	10 24	4 7	31 51

ХФП серед чоловіків починала переважати серед живих і померлих з вікової групи 50-59 р. відповідно в 1,5-2 рази, подвоюючись до 70-79 р., особливо серед пацієнтів, що вижили. Серед жінок, що вижили, ХФП реєструвалася стабільно однаково з 60-69 р. до 80-89 р., а серед померлих всі випадки (іх 8) були у віці 70-79 р.

Передню локалізацію ІМ мали 43 хворих з ФП (52,4%), з них у пацієнтів, що вижили, у 26 (41,9%), серед померлих - у 7 (50%) (табл.5).

ЕхоКГ-розміри лівого передсердя (ЛП) мали вплив на виникнення ФП. Так, середній передньозадній розмір ЛП у хворих ІМ без ФП становив $36,2 \pm 0,16$ мм, в той час як у хворих з ПФП $-38,7 \pm 0,58$ мм, а при ХФП мала місце значна дилатація ЛП- $48,2 \pm 2,24$ мм ($p < 0,001$).

Інші порушення ритму і провідності у хворих ГІМ

Згідно з отриманими даними (табл.6) серед усіх хворих ГІМ найчастіше реєструвалися шлуночкова екстрасистоля (25,3%), синусова тахікардія (14,7%), блокада лівої передньої гілки (8,6%). У цілому на 1 хворого (живого і померлого) реєструвалося в середньому 1 порушення ритму або провідності. Серед померлих порівняно з живими частота реєстрації аритмій і блокад була більш відчутною. Так, асистолія і фібриляція шлуночків як причини смерті відповідно реєструвались у 87% і 18% хворих, тоді як серед тих, які вижили, фібриляція була у 0,59% хворих з ефективною реанімацією. Шлуночкова екстрасистоля і синусова тахікардія серед померлих були по 23,4%, тоді як серед живих відповідно у 20 і 12,9%. Блокада лівої передньої гілки була у 9,3% померлих порівняно з 0,8% у живих. Повна блокада лівої ніжки як предиктор раптової смерті у померлих була у 9,3% порівняно з живими- 4,6%. Частіше реєструвалась і повна блокада правої ніжки, і особливо АВ-блокади II і III ступенів (відповідно 3,1 і 10,4% порівняно з живими 0,2 і 2%). У цілому серед тих, що вижили, реєстрація аритмій і блокад становила майже 77%, а на одного померлого реєструвалося 2,3 цих порушень.

*Таблиця 6 - Інші порушення ритму і провідності у хворих ГІМ
(документовані за ЕКГ)*

Порушення ритму і провідності	Живі	Померлі	Всі
Тріпотіння передсердь	5 (1,4%)	2 (3,1%)	7 (1,6%)
Надшлуночкова екстрасистолія	21 (6%)	3 (4,6%)	24 (5,9%)
Шлуночкова екстрасистолія	70 (20%)	15 (23,4%)	85 (25,3%)
Комбінована екстрасистолія	3	1	4
Синусова тахікардія	46 (12,9%)	15 (23,4%)	61 (14,7%)
Синусова брадикардія	18 (5,1%)	2 (3,1%)	20 (4,1%)
Надшлуночкова тахікардія	1 (0,29%)	1 (1,5%)	2 (0,39%)
Шлуночкова тахікардія	4 (1,1%)	1 (1,5%)	5 (1,2%)
Фібриляція шлуночків	2 (0,59%)	18 (28,1%)	20 (0,4%)
Асистолія	-	56 (87%)	56 (13%)
БЛПНПГ	30 (0,8%)	6 (9,3%)	36 (8,6%)
БЛЗНПГ	1 (0,29%)	-	1 (0,2%)
Повна блокада ЛНПГ	16 (4,6%)	6 (9,3%)	22 (5,3%)
Неповна блокада ПНПГ	11 (3,1%)	-	11 (2,6%)
Повна блокада ПНПГ	25 (7,1%)	10 (10,5%)	35 (8,4%)
АВ-блокада I ступ.	5 (1,4%)	1 (1,5%)	6 (1,4%)
АВ-блокада II ступ.	2 (0,6%)	2 (3,1%)	4 (0,9%)
АВ-блокада III ступ.	7 (2%)	9 (10,4%)	16 (3,8%)
СА-блокада II ступ.	1 (0,29%)	1 (1,5%)	2 (0,4%)
Всього	268 (76,9%)	149 (232%)	417(100%)

Деякі показники резорбційно-некротичного синдрому і коагулограми

Згідно з табл. 7 гіперферментемія реєструвалася серед усіх хворих у 53,8%, переважно серед живих – у 58,6%. Приблизно такі самі тенденції помічено і стосовно лейкоцитозу: 52% - серед усіх і 54,2% - серед тих, що вижили. Прискорена ШОЕ мала місце тільки у 10,3% серед усіх хворих за рахунок живих- 12,2%. Однією з причин відносно низької виявлюваності реактантів запального процесу були пізні терміни доставки хворих і особливості перебігу захворювання у осіб похилого віку.

Підвищений протромбіновий показник, що свідчив про гіперкоагуляцію, відмічено приблизно у половини хворих.

Таблиця 7 - Деякі показники резорбційно-некротичного синдрому і коагулограми

Показники	Живі	Померлі	Всі
Гіперферментемія	205 (58,6%)	18 (28,1%)	223 (53,8%)
Лейкоцитоз	190 (54,2%)	28 (43,71%)	218 (52%)
Прискорена ШОЕ	43 (12,2%)	-	43 (10,3%)
ПТІ до 100%	158 (45%)	5 (7,9%)	163 (39,3%)
До 120%	53 (15,1%)	3 (4,9%)	56 (13,5%)

Серцева недостатність, її прояви та основні чинники

ХСН I стадії відмічена у 14,2% серед живих. II A стадія була у 69,3% від усіх хворих, переважно серед тих, що вижили, - у 74,9%. II B стадія була

у 18% хворих, однаково як серед тих, що вижили (10,8%), так і померлих –10,6%. III стадія реєструвалась у 2 хворих з групи померлих. Гостра серцева недостатність на фоні тривалої ХСН відмічена у 64 хворих (100%) з групи померлих. II складовими були набряк легень у 0,29% серед живих і в 31,2% - серед померлих, у цілому склавши 5%. Кардіогенний шок реєструвався у 35 хворих (8,4%) за рахунок померлих - у 33 (51,6%). Фібриляція шлуночків реєструвалась у 14 хворих (3,4%), переважно серед померлих - у 12 (18,7%). Асистолія як форма первинного припинення кровообігу була у 56 померлих (87,5%), будучи як первинним проявом електричної нестабільності міокарда, так і трансформованою через фібриляцію шлуночків.

Розрив серця зареєстровано у 10 хворих серед померлих (15,6%). Гостра аневризма серця відмічена у 13 померлих (20,3%). ТЕЛА була у 6 хворих (1,4%), переважно за рахунок померлих-5 (7,8%). Перикардит і тромбоемболія відмічена у 4 хворих (по 0,57%). Інсульт до ГІМ був у 23 хворих з групи тих, що вижили (6,5%), а в період інфаркту виник у 13 хворих (3,1%), з них у 5 серед померлих (7,8%) порівняно з 8 (2,3%) серед тих, які вижили.

Таблиця 8

Хронічна серцева недостатність	Живі	Померлі	Всі
I ст.	50 (14,2%)	-	50 (12,0%)
II А ст.	262 (74,8%)	25 (39%)	287 (69,3%)
II Б ст.	38 (10,8%)	37 (57,8%)	75 (18%)
III ст.	-	2 (3,1%)	1 (0,4%)
Гостра серцева недостатність, в т.ч. набряк легень	-	64 (100%)	64 (15,4%)
Кардіогенний шок	1 (0,29%)	20 (31,2%)	21 (5,0%)
Фібриляція шлуночків	2 (0,57%)	33 (51,6%)	35 (8,4%)
Асистолія	2 (0,57%)	12 (18,7%)	14 (3,4%)
Розрив серця	-	56 (87,5%)	56 (13,5%)
Гостра аневризма	-	10 (15,6%)	10 (2,4%)
ТЕЛА	-	13 (20,3%)	13 (3,1%)
Перикардит	1 (0,29%)	5 (7,8%)	6 (1,4%)
Інсульт до/після ГІМ	2 (0,57%)	-	2 (0,04%)
Тромбоемболія	23/8 (6,5%/2,28%)	5 (7,8%)	23/13 (5,5%/3,1%)
	2 (0,57%)	-	2 (0,04%)

Лікувальні заходи, що проводилися хворим ГІМ

Наркотичні анагетичні засоби призначалися 227 хворим (54,8%), а серед померлих-54 (84,4%). Тромболітики вводилися 7 хворим (1,7%) з групи тих, що вижили. Антикоагулянти вводилися 364 хворим (87,9%), переважно серед групи тих, що вижили, -317 (90,5%). Антиагреганти призначалися 382 хворим (92,2%), особливо серед тих, що вижили, - 334 (95,4%). Нітрати призначалися 381 хворому (92%), переважно серед тих, що вижили, -339 (96,8%). В-блокатори отримували 374 хворих (90,3%), з них переважали ті, що вижили, - 341 (97,4%).

Триметазидин (предуктал) отримували 105 хворих (25,3%), з них 102 (29,1%) живі. Гіполіпідемічні засоби призначалися 242 хворим (58,4%), з них 224 (64%) серед живих. Інгібітори АПФ отримувало 308 хворих (74,4%), в основному серед живих-281 (80,3%). Діуретики отримували

309 хворих (74,6%), з них серед живих-270 (77,1%) і 39 (60,9%)-померлих.

Лікування ФП та інших аритмій здійснювалося переважно кордароном у 56 хворих (13,5%), у т.ч. серед живих - у 48 (13,7%) і серед померлих - у 8 (12,5%). Серцеві глікозиди отримували 22 хворих (5,3%), з них у групі тих, що вижили, - 20 (5,7%), серед померлих - 2 (3,1%). Глюкозоінсулінокалієву суміш, реополіглюкін, реосорбілакт, фізіологічний розчин з препаратами калію отримували 384 хворих (92,7%), серед живих - 340 (97,1%), серед померлих - 44 (68,7%).

Таблиця 9

Заходи	Живі	Померлі	Всі
Наркотичні аналгетики	173 (49,4%)	54 (84,4%)	227 (54,8%)
Тромболітики	7 (2%)	-	7 (1,7%)
Антикоагулянти	317 (90,5%)	47 (73,4%)	364 (87,9%)
Антиагреганти	334 (95,4%)	48 (75%)	382 (92,2%)
Нітрати	339 (96,8%)	42 (65,62%)	381 (92%)
β-блокатори	341 (97,4%)	33 (51,5%)	374 (90,3%)
Антагоністи кальцію	17 (4,85%)	-	17 (4,1%)
Триметазидин (предуктал)	102 (29,1%)	3 (4,7%)	105 (25,3%)
Гіполіпідемічні засоби	224 (64%)	18 (28,1%)	242 (58,4%)
Інгібітори АПФ	281 (80,2%)	27 (42,1%)	308 (74,4%)
Діуретики	270 (77,1%)	39 (60,9%)	309 (74,6%)
Антиаритміки	48 (13,7%)	8 (12,5%)	56 (13,5%)
Серцеві глікозиди	20 (5,7%)	2 (3,1%)	22 (5,3%)
Глюкозоінсулінокалієва суміш і реополіглюкін	340 (97,1%)	44 (68,7%)	384 (92,7%)

ВИСНОВКИ

1 Початок захворюваності ГІМ серед чоловічої статі реєструвався на 10-20 років раніше, ніж жіночої, досягаючи піку в 50-69 р., тоді як у жінок цей показник був найвищим у 70-79 р.

2 Ці тенденції знайшли підтвердження і серед померлих. Поодинокі летальні випадки серед чоловіків вперше зареєстровані в 40-49 р., серед жінок - у 50-59 р. Пік госпітальної летальності був майже однаковим для обох статей у віковому періоді 70-79 р.

3 Найчастішими фоновими станами і факторами, що ускладнювали перебіг ІХС, були АГ-73%, гіперхолестеринемія-34,3%, стенокардія-27,5%, які переважали у групі тих, що вижили. Однак постінфарктний кардіосклероз-19,3%, транзиторна гіперглікемія-21%, ЦД II типу-11,1% від усіх хворих переважали у групі померлих.

4 У перші 6 годин від початку больового синдрому госпіталізовано 43,3% хворих, до 12 годин-56,7%, що може бути підставою до тромболітичної терапії з урахуванням показань і протипоказань. Фактично тромболізіс отримало 1,7% хворих.

5 Q-ІМ реєструвався у 80,9% усіх хворих, а серед померлих - у 100%. Переважала передня локалізація серед живих і померлих. Рецидивний і повторний ГІМ переважав серед померлих відповідно 21,8% і 26,4% порівняно з тими, які вижили,-6,5% і 18%.

6 ФП зареєстровано у хворих ГІМ у 19,8% випадків, з них ХФП - у 12,3%, ПФП - у 7,4%. Хворі, що вижили, хворі з ФП переважали у віці

60-79 р. (54,8%), а померлі – у віці 70-79 р. (60%). Рецидивні і повторні ГІМ хворих з ФП серед живих були у 32,2%, а померлих-45%. ПФП у чоловіків реєструвалася вперше у 40-49 р., тоді як у жінок - у 60-69 р. ХФП у чоловіків починалася у 50-59 р., у жінок - у 60-69 р.

7 Ехо-КГ-розміри ЛПІ мали суттєвий вплив на виникнення ФП. Середній передньозадній розмір у хворих ГІМ без ФП становив $36,2 \pm 0,16$ мм, при ПФП- $38,7 \pm 0,58$ мм, при ХФП- $48,2 \pm 2,24$ мм ($p < 0,001$).

8 На одного померлого реєструвалося в середньому 2,3 порушень ритму і провідності, тоді як серед хворих, що вижили, цей коефіцієнт становив 0,77.

9 Деякі показники резорбційно-некротичного синдрому і гіперкоагуляції реєструвалися більш ніж у половини хворих, незначно переважаючи у тих, що вижили. Головним з причин відсутності цього синдрому було пізне доставлення хворих у стаціонар.

10 Гостра серцева недостатність на тлі її хронічного тривалого перебігу зареєстрована у всіх померлих, що може пояснюватися фатальними проявами електричної нестабільності міокарда та іншими гостродіючими чинниками (кардіогенний шок, розриви, аневризми, ТЕЛА). Інсульт в період ГІМ переважав серед померлих-7,8% порівняно з тими, які вижили, - 2,3%.

11 Серед лікувальних заходів, що могли вплинути на кінцеві наслідки хворих, можна відмітити переважне охоплення серед тих, що вижили, порівняно з померлими нітропрепаратами, β -адреноблокаторами, інгібіторами АПФ, антикоагулянтами, антиагрегантами, тромболітиками, гіполіпідемічними і антиаритмічними засобами.

Перспективною досліджень є вивчення в динаміці спостереження через 6, 12 і 24 місяці гострих серцево-судинних подій, що включають повторні ІМ, інсульти, а також смертність хворих з ПФП і ХФП порівняно з хворими без зазначеного порушення ритму.

SUMMARY

To research of prevalence atrial fibrillation and its influence is conducted on forming of cardiac insufficiency for patients by the sharp heart attack of myocardium. The basic factors of prognosis are set for those patients which survived and dyings. Medicinal facilities of correction of these pathological states are offered for patients which carried the sharp heart attack of myocardium.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бобров В.О., Жаринов О.Й., Ягєнський А.В. та ін. Фібриляція передсердь: сучасна класифікація, принципи ведення хворих / Методичні рекомендації.-К., 2001.
2. Goldestein K.N., Khrestian C.M., Ryu K., Waldo A.L. Reliable pace termination of atrial fibrillation is possible [Abstr.] // Circulation.-2003.-Vol.108.-P.703-709.
3. Фибрилляция предсердий у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями // Укр. кард. журнал.-2003.-№4.-С.120-124.
4. Fuster V., Ryden L.E., Asinger R.W. et al. ACC/AHA/ESC. Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation // Circulation.-2001.-Vol.104.-P.2118-2150.
5. Митрофанова Л.Б., Платонов П.Г. Морфология межпредсердной перегородки и межпредсердных соединений у больных с фибрилляцией предсердий // Вестник аритмологии.-2002.-№30.-С.43-49.
6. Сороківський М.С., Жаринов О.Й., Черняга-Ройко У.П. та ін. Поширеність і предиктори формування надшлуночкових аритмій у хворих з гострим інфарктом міокарда // Укр. кард. журнал.-2004.-№2.-С.58-62.
7. Сичов О.С., Горбась І.М., Солов'ян Г.М. та ін. Епідеміологічна оцінка поширеності різних форм фібриляції та тріпотіння передсердь і клінічне дослідження факторів їх виникнення // Матеріали VII Національного конгресу кардіологів України. Тези доповідей.-Дніпропетровськ, 2004.- С.55.
8. Гай О.І., Єпанчицева О.А., Левчук О.В., Шуба О.В. Вивчення чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань у хворих з різними формами фібриляції передсердь у відділенні аритмій серця в рамках дослідження THE EURO HEART SURVEY ON ATRIAL FIBRILLATION // Порушення ритму серця: сучасні підходи до лікування. Матеріали пленуму правління асоціації кардіологів України. Тези доповідей.-Київ, 2005.-С.20.
9. Жаринов О.Й., Павлик С.С., Сороківський М.С. та ін. Пароксизмальні надшлуночкові

- аритмії при гострому інфаркті міокарда: поширеність та особливості клінічного перебігу // *Порушення ритму серця: сучасні підходи до лікування. Матеріали Пленуму правління асоціації кардіологів України. Тези доповідей.-Київ, 2005.-С.39.*
10. Фибрилляция предсердий: пациенты и методы на современном этапе. Материалы Научной Сессии Американской Ассоциации сердца. - Новый Орлеан, 2004 // *Вестник аритмологии. - Выпуск 24.*
 11. Фанякин А.В., Гераскина Л.А., Суслина З.А. Постоянная форма мерцательной аритмии и предикторы внезапной кардиальной аритмической смерти у больных с ишемическим инсультом // *Тер. архив.-2002.-№9.-С.67-70.*
 12. Назаренко Г.И., Замиро Т.В., Бычкова О.П. и др. Оценка риска тромбоэмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанной этиологии // *Кардиология.-2004.-№6.-С.24-26.*
 13. Hart R.G. Atrial fibrillation and stroke prevention // *N. Engl. J. Med. - 2003. - V.349 - P.1015-1016.*
 14. Мартынов А.И., Степура О.Б., Томаева Ф.Э. и др. Прогноз больных с хронической сердечной недостаточностью // *Тер. архив.-2002.-№9.-С.70-73.*
 15. Канорский С.Г., Зингилевский К.Б., Мироненко М.Ю. Значение чрезпищеводной эхокардиографии для определения тактики купирования фибрилляции предсердий // *Кардиология.-2002.-№1.-С.86-90.*
 16. Крапачева Е.С., Панченко Е.П., Добровольский А.Б. и др. Длительная терапия непрямыми антикоагулянтами у больных с мерцательной аритмией без поражения клапанов сердца // *Кардиология.-2004.-№6.-С.16-19.*
 17. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Киктев В.Г. и др. Инсульт и другие тромбоэмболические осложнения при мерцании предсердий // *Кардиология.-2005.-№7.-С.78-83.*
 18. Зотова И.В., Затейчиков Д.А., Сидоренко Б.А. Выявление и морфофункциональные предикторы тромбоза в ушке левого предсердия у больных с мерцательной аритмией // *Кардиология.-2004.-№6.-С.34-35.*
 19. Khan I.A. Atrial stunning : basecs and clinical considerations // *Int. J. Cardiol. - 2003.- V.92. - P.113-128.*
 20. Сычев О.С., Романова Е.Н., Фролов А.И. и др. Применение амиодарона у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий и сердечной недостаточностью (результаты многоцентровых исследований // *Укр. кард. журнал.-2003.-№1.-С. 47-53.*
 21. Жарінов О.Й., Кітура О.Є. Переносимість та ефективність метопрололу у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю залежно від наявності фібриляції передсердь // *Серце і судини.-2004.-№1.-С.81-85.*
 22. Бойцов С.А., Подлесов М.А. Нарушение ритма сердца при ХСН // *Сердечная недостаточность.-2001.-№5.-С.1-9.*
 23. Иванов В.П., Коновалова Н.В., Гаврилова Е.В., Пилипчук В.П. Факторы, способствующие развитию сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца, осложненной пароксизмальной формой фибрилляции предсердий // *Кардиология.-2001.-№5.-С.58-59.*
 24. Целуйко В.Й., Ягенський А.В. Предиктори постійної форми фібриляції передсердь у хворих з серцевою недостатністю // *Порушення ритму серця: сучасні підходи до лікування. Матеріали Пленуму правління асоціації кардіологів України. Тези доповідей.-Київ, 2005.-С.111-112.*
 25. Пахно И.П., Солейко Л.П., Солейко Е.В. Факторы внезапной кардиальной смерти у больных с ишемическим инсультом и постоянной формой фибрилляции предсердий // *Порушення ритму серця: сучасні підходи до лікування. Матеріали Пленуму правління асоціації кардіологів України. Тези доповідей.-Київ, 2005.-С.46.*
 26. Срібна О.В. Епідеміологічний аналіз поширеності фібриляції передсердь у міській неорганізованій популяції // *Здоров'я України.- 2005.-№21.-С 16.*
 27. Pizzetti F., Turazza F.M., Frauzosi M.G. et al. Incidence and prognostic significance of atrial fibrillation in acute myocardial infarction:the GISSI-3 data//*Heart.-2001.-V.86, №5.-P.527-532.*
 28. Van de Werf F., Ardissino D., Bertin A. et al. Management of acute myocardial infarction in patient with ST-elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial infarction of the European Society of Cardiology//*Eur. Heart. J.-2003.-V.24.-P.28-66.*
 29. Marini M., Fabbri G., Chiarella F. et al. Atrial fibrillation in high risk patient with acute myocardial infarction:data from the MISTRAL study//*Eur. Heart J.-2002.-V.4, Suppl.-P.584.*
 30. Rathore S.S., Berger A.K., Weinfurt K.P. et al. Acute myocardial infarction complicated by atrial fibrillation in the elderly: prevalence and outcomes//*Circulation.-2000.-V.101, №9.-P.969-974.*
 31. Wong C.K., White H.D., Wilcox R.G. et al. for the GUSTO-III investigators. Management and outcome of patient with atrial fibrillation during acute myocardial infarction:The GUSTO-III experience//*Heart.-2002.-№88.-P.357-362.*
 32. Lehto M., Snappin S., Dickstein K. et al. Prognostic risk of atrial fibrillation in acute myocardial infarction complicated by left ventricular dysfunction:the OPTIMAL experience//*Eur. Heart J.-2005.-V.26, №4.-P.350-356.*

Надійшла до редакції 31 січня 2007 р.