

© М.В. Рішко, О.В. Устич, О.О. Куцин, Я.Г. Раточка, В.В. Матій, 2013

УДК 616.12-005.8-036:613.12(023)(477.87)

М.В. РІШКО¹, О.В. УСТИЧ², О.О. КУЦИН¹, Я.Г. РАТОЧКА³, В.В. МАТІЙ³

¹Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра госпітальної терапії; ²Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії і сімейної медицини; ³Закарпатський обласний кардіологічний диспансер

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ЖИТЕЛІВ РІЗНИХ ВИСОТНИХ ЗОН ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

У статті наведені дані про особливості клінічних, лабораторних, гемодинамічних та ангіографічних проявів гострого коронарного синдрому у жителів гірських та рівнинних зон Закарпаття. Встановлено, що гострий коронарний синдром у мешканців рівнинної зони трапляється частіше, ніж у жителів гірської зони. Супутня патологія була виявлена лише у пацієнтів із рівнинної зони, жителів міста та у хворих із артеріальною гіпертензією в анамнезі. Серед пацієнтів із дилатацією лівого передсердя було більше жителів села, ніж жителів міста. Хворі із артеріальною гіпертензією в анамнезі частіше були жителями рівнинних міст.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром, коронароангіографія, гірські регіони

Вступ. Останніми десятиліттями у структурі захворюваності та смертності населення хвороби системи кровообігу (ХСК) посідають одне з перших місць. Актуальність цієї проблеми для охорони здоров'я зумовлена її значною поширеністю, високою смертністю та інвалідизацією, великими соціально-економічними втратами, що впливають на трудовий потенціал країни. У наш час серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються основною причиною смерті населення більшості розвинених країн Європи, що становлять майже 40 % усіх випадків смерті у цьому регіоні. Практично все доросле населення страждає на атеросклероз, найнебезпечніший прояв якого – ішемічна хвороба серця (ІХС). За статистичними даними різних країн, її клінічні форми діагностують у 15–20 % дорослого населення [1, 3, 12]. У розвинених країнах смертність унаслідок ХСК постійно знижується, в Україні ж вона з кінця 60-х років ХХ століття (за винятком 1984–1990 рр., 1996–1998 рр.) неухильно зростає. У структурі смертності населення внаслідок ХСК перше місце посідає ІХС. На сьогодні саме ця патологія на 66,8 % (у містах – на 63,9 %, у селах – на 71,1 %) визначає рівень смертності від ХСК усього населення і на 54,4 % – його працездатної частини. Смертність від ІХС до 2015 р. може зрости на 19 % і досягти 804,2±9,0 випадку. Передбачають також зростання смертності більше серед міського населення порівняно із сільським [6]. Щороку мільйони людей у світі надходять у відділення та центри інтенсивної кардіології з гострим коронарним синдромом (ГКС), приблизно 20 % випадків гострого коронарного синдрому (ГКС) завершуються гострим інфарктом міокарда (ГІМ) [2, 10]. Одним з основних факторів, що визначають прогноз пацієнтів із ГКС, є адекватність медичної допомоги в перші години захворювання, оскільки саме в цей період спостерігається найвища летальність [9]. Медичні експерти підкреслили, що ГКС є однією з найбільш актуальних проблем кардіології

сучасності, у зв'язку з високою смертністю і несприятливим прогнозом захворювання. У клініці ГКС трансформується або у гострий інфаркт міокарда, або обмежується розвитком нестабільної стенокардії – станами високого ризику, які вимагають сучасної інтенсивної терапії.

Під ГКС розуміють клінічні прояви гострої недостатності коронарного кровообігу, яка виникає, як правило, внаслідок атеросклерозу вінцевих артерій. Переважно патоморфологічною основою цього стану є порушення цілісності атеросклеротичної бляшки, що супроводжується тромбозом. Згідно з сучасними уявленнями, ГКС включає три основні стани – інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST (ІМпST), інфаркт міокарда без підйому сегмента ST і нестабільну стенокардію. Впровадження терміна ГКС у клінічну практику продиктоване, перш за все, практичними міркуваннями у зв'язку з неможливістю швидкого розмежування цих станів і необхідністю раннього початку лікування до встановлення остаточного діагнозу. Як робочий діагноз ГКС щонайліпше підходить для першого контакту пацієнта й лікаря на догоспітальному етапі [7, 8].

Особливості патогенезу та клінічної картини ГКС зумовлюють найбільш істотні організаційні принципи та особливості лікувально-діагностичних підходів. Як уже зазначалося, здебільшого основою розвитку цієї патології є внутрішньокоронарний тромбоз у місці атеросклеротичної бляшки з ушкодженою поверхнею, що призводить до припинення кровотоку та розвитку некрозу серцевого м'яза, тобто ІМ. Експериментально доведено, що ІМ є дуже швидкоплинним процесом і вже через годину від початку больового синдрому гине понад 50% клітин серцевого м'яза. Ця зона пов'язана з електричною нестабільністю міокарда та розвитком аритмій, які досить часто є головною причиною можливої подальшої зупинки кровообігу. Внаслідок цієї патології половина хворих помирають вже в перші дві години, хоча їх

можна врятувати, але при цьому результат безпосередньо залежить від своєчасного проведення високоефективних лікувальних заходів [4, 8, 5, 11].

Мета дослідження. Виявити основні закономірності та відмінності клінічного перебігу ГКС у мешканців гірських та рівнинних зон Закарпатської області.

Матеріали та методи. Було обстежено 156 пацієнтів з ГКС в анамнезі, що знаходилися на лікуванні у Закарпатському обласному клінічному кардіологічному диспансері (ЗОККД) у період із січня 2011 по лютий 2013 року. Діагноз ГКС був підтверджений за допомогою маркерної діагностики інфаркта міокарда (ІМ), електрокардіографічних (ЕКГ) змін та виявлення порушення руху стінок лівого шлуночка (ЛШ) на ехокардіограмі (ЕхоКГ). Оцінювали такі показники: місце проживання (висота над рівнем моря та статус населеного пункту), вік хворого під час поступлення у стаціонар та на момент ІМ, складові діагнозу (тривалість артеріальної гіпертензії (АГ), стадію серцевої недостатності (СН) та супутню патологію), дані анамнезу захворювання (наявність стенокардії, час, що пройшов з моменту ІМ), анамнезу життя, об'єктивного обстеження, показники артеріального тиску (АТ) та пульсу (Ps) при поступленні. При аналізі електрокардіограми (ЕКГ) враховували наявність рубцевих змін (патологічні зубці Q) та ознак ішемії міокарда (депресія чи елевация сегмента ST, інверсія зубця Т) та тривалість основних інтервалів. Усім пацієнтам проводили ЕхоКГ дослідження у М- та В-режимах за стандартною методикою на апараті Philips EnVisor C, при якому враховували показники фракції викиду (ФВ), товщину міжшлуночкової перегородки (МШП), задньої стінки лівого шлуночка (ЗС ЛШ), розміри лівого передсердя (ЛП) та правого шлуночка (ПШ) та відношення Е/А. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми Microsoft Excell 2010.

Результати досліджень та їх обговорення. У обстежених хворих з ГКС отримали такі середні показники: вік на момент госпіталізації – $56,08 \pm 0,77$ року, вік на момент ІМ – $53,93 \pm 0,80$ року, час, що минув з моменту ІМ – $2,38 \pm 0,41$ року, тривалість симптомів стенокардії – $0,38 \pm 0,16$ року, тривалість АГ – $9,9 \pm 0,61$ року. З метою виявлення вірогідної різниці між показниками сформовано такі групи (табл. 1).

При порівнянні пацієнтів із гірської (група 1) та рівнинної (група 2) зон виявлена вірогідна різниця за наступними показниками: серед негірських жителів відсоток мешканців села майже у 1,5 разу перевищував відсоток мешканців міста, тоді як у пацієнтів групи 1 – майже у 13 разів ($P < 0,001$). Порушення мозкового кровообігу (ПМК), як супутню патологію, було виявлено лише у пацієнтів групи 2 – 5% ($P = 0,01$). У групі 1 і 2 переважав правий тип кровопостачання (89,29% та 71,88%), тоді як лівий тип у групі 2 траплявся у 2 рази частіше,

ніж у групі 1 (16% проти 7%), а збалансований у 4 рази (12% у групі 2 та 3% у групі 1) ($P = 0,01$). Згідно з нашими даними, ізольоване порушення кінетики нижньої стінки ЛШ реєстрували лише у хворих рівнинної зони (5%) ($P = 0,01$), підтвердженням цього є дані ЕКГ: рубцеві (патологічні зубці Q) та/або ішемічні зміни (зміни сегмента ST та/або інверсію зубця Т) нижньої стінки ЛШ спостерігали у 16,4% пацієнтів групи 2, і не визначали у жодного хворого групи 1. Також за даними КАГ (коронароангіографії) визначали ізольоване ураження гирла правої вінцевої артерії (ПВА), дистальної гілки правої міжшлуночкової артерії (ПМША) у пацієнтів групи 2 – у 4 і 6,25% осіб відповідно ($P = 0,02$). У жителів гірської зони виявлено дилатацію ЛП – розміри ЛП були вірогідно більшими у групі 1 – $4,07 \pm 0,13$ проти $3,76 \pm 0,04$ см у групі 2 відповідно ($P = 0,003$).

Показники хворих, що проживали у містах (група 3), порівняли з показниками сільських пацієнтів (група 4). Лише 2,47% міських хворих були одночасно мешканцями гірської зони, тоді як у сільських хворих цей показник становив 34,67% ($P < 0,001$). На момент госпіталізації ПМК як супутню патологію виявляли лише у жителів міста у 7,41% ($P = 0,01$). У жителів міста ураження устя ПМША спостерігалось майже у 8 разів частіше, ніж у сільських жителів (11,11% у жителів міста та у 1,33% у жителів села), а ураження огиальної гілки лівої вінцевої артерії (ОГ ЛВА) у 3 рази частіше виявляли у пацієнтів групи 4 – у 14,67% осіб ($P = 0,04$). У хворих групи 4, на відміну від пацієнтів групи 3, спостерігали дилатацію ЛП – $4,0 \pm 0,06$ см проти $3,7 \pm 0,04$ см відповідно ($P < 0,001$). При аналізі ЕКГ з'ясували, що у хворих мешканців міста частота виявлення інфарктних змін нижньої стінки ЛШ удвічі нижча, ніж у жителів села ((13 проти 28%) $P = 0,02$).

Вікові особливості хворих із ГКС встановлено при порівнянні групи пацієнтів віком менше 50 років на момент госпіталізації (група 5) та 50 років і більше (група 6). Середній вік на момент ІМ у групи 5 був $40,4 \pm 1,28$ року, тоді як пацієнти групи 6 були суттєво старшими – $57,4 \pm 0,67$ року ($P < 0,001$). Порівнявши хворих віком на момент госпіталізації менше 50 років та старше 50 років виявили, що вперше виникла стенокардія у 3 рази частіше спостерігалася у групі 5 – у 30,56% пацієнтів, ніж у групі 6 – 11,67% осіб; прогресуюча стенокардія майже у 2 рази частіше спостерігалася у групі 6 – 63,33 проти 36,11% осіб групи 5 відповідно; а рання постінфарктна стенокардія виявлялася лише у пацієнтів віком старше 50 років – 5,83% ($P = 0,001$). На момент госпіталізації тривалість артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих групи 6 майже у 2 рази перевищувала її тривалість серед пацієнтів групи 5 – $10,61 \pm 0,71$ та $6,92 \pm 1,05$ року відповідно ($P = 0,01$). 58,33% хворих групи 5 мали СН I стадії, а 41,67% – II A стадії, у групі 6 відповідні стадії мали 28,33 та

71,67% осіб (P=0,02). У хворих групи 6 у 4,17% пацієнтів було виявлено ожиріння як супутню патологію, а в групі 5 у жодного хворого (P=0,02). При порівнянні молодших та старших за віком

хворих було виявлено статистично значущу різницю щодо кінетики стінок міокарда: якщо гіпокінез нижньої та задньої стінок ЛШ у групі 5 реєструвався у 3 % осіб, то в групі 6 – у 13,3% осіб.

Таблиця 1.

Розподіл хворих з гострим коронарним синдромом за групами

Групи порівняння Критерій розподілу	Назва та склад порівнюваних груп Групи, n (%)		
	За регіоном проживання:	Група 1 Хворі з гірської зони 28 пацієнтів – 18%	
За статусом населеного пункту:	Група 3 Міські жителі 81 хворих – 52%		Група 4 Сільські жителі 75 хворих – 48%
За віком хворих на момент госпіталізації:	Група 5 До 50 років 36 хворих – 23%		Група 6 50 років і більше 120 хворих – 77%
За віком виникнення ІМ:	Група 7 Менше 50 років 23 пацієнтів – 27%		Група 8 50 років і більше 61 пацієнт – 73%
За статтю:	Група 9 Чоловіки 123 – 79%		Група 10 Жінки 33 – 21%
За наявністю АГ в анамнезі:	Група 11 З АГ 124 – 79%		Група 12 Без АГ 32 – 21%
За наявністю стенокардії в анамнезі:	Група 13 Стенокардія є 116 хворих – 74%		Група 14 Стенокардії нема 40 хворих – 26%
Клінічні форми нестабільної стенокардії:	Група 15 Вперше виникла стенокардія 25 – 21%	Група 16 Прогресуюча стенокардія 89 – 73%	Група 17 Рання післяінфарктна стенокардія 7 – 6%
За тривалістю АГ:	Група 18 АГ менше 5 років 28 – 23%		Група 19 АГ більше 5 років 96 – 77%
За класом СН:	Група 20 СН І 55 – 35%		Група 21 СН ІА 101 – 65%
За наявністю ЦД:	Група 22 ЦД є 27 – 17%		Група 23 ЦД нема 129 – 83%
З елевацією та депресією сегмента ST	Група 24 Елевація 29 – 19%		Група 25 Депресія 127 – 81%
За показником КФК загальної, мккат\л:	Група 26 КФК – 0,41-3,6 48 – 83%		Група 27 КФК більше 3,6 10 – 17%
За показником КФК МВ фракції, мккат\л:	Група 28 Більше 0,42 6 – 10%		Група 29 Менше 0,42 52 – 90%
Дані ЕКГ:	Група 30 ІМ із зубцем Q 36 – 44%	Група 31 ІМ без зубця Q 35 – 43%	Група 32 QS ІМ 11 – 13%
За показником ФВ:	Група 33 ≥50 % 119 – 76%	Група 34 40 – 50 % 34 – 22%	Група 35 < 40 % 3 – 2%

Примітка. ІМ – інфаркт міокарда, АГ – артеріальна гіпертензія, ФВ – фракція викиду, ЕКГ – електрокардіограма, СН – серцева недостатність, ЦД – цукровий діабет, КФК – креатинфосфокіназа. Числами позначені номери груп хворих.

Подібне спостерігали і при аналізі ЕКГ – інфарктні зміни верхівки ЛШ у грудних відведеннях зафіксовано лише у пацієнтів групи 6 – 5,8 % осіб ($P=0,01$). У групі 5 у 25 % пацієнтів не було жодних порушень кінетики стінок ЛШ, у групі 6 лише 10 % пацієнтів не мали кінетичних порушень ($P=0,002$). У групі 6, в порівнянні із групою 5, у 3 рази частіше уражалася ПВА – 9,17 проти 2,78 %, ПМША – у 41,67% проти 16,67% ($P=0,02$), у 6 разів частіше ОГ ЛВА – 16,67 проти 2,78 % відповідно ($P<0,001$). У групі 5 за даними КАГ у 13,89 % осіб виявили інтактні ВА (вінцеві артерії), і у 30,56 % осіб – гемодинамічно незначимі (ГН) стенози, а в групі 6 розподіл такий: 12,50% осіб із інтактними ВА та 6,67 % осіб із ГН стенозами відповідно ($P=0,004$). Кіль-

кість уражених артерій та сегментів за даними КАГ у групі 6 у 2 рази перевищувала кількість уражених судин у пацієнтів групи 5 – $1,73\pm 0,11$ уражених артерій і $2,23\pm 0,15$ уражених сегментів групи 6 проти $0,86\pm 0,16$ артерій і $1,03\pm 0,19$ сегментів у групі 5 відповідно ($P<0,001$). При порівнянні даних ЕхоКГ, у пацієнтів групи 6 відзначали вірогідно вищі показники товщини МШП, ЗС ЛШ, розміри ЛП та ПШ – $1,12\pm 0,002$ см, $1,09\pm 0,02$ см, $3,85\pm 0,05$ см, $2,59\pm 0,04$ см, у порівнянні із пацієнтами групи 5 – $1,01\pm 0,03$ см ($P=0,001$), $0,98\pm 0,02$ см ($P<0,001$), $3,72\pm 0,05$ см ($P=0,05$), $2,45\pm 0,05$ см ($P=0,02$) відповідно. При зіставленні груп за віком виникнення ІМ виявили вірогідні відмінності, які наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика груп пацієнтів залежно від віку виникнення ІМ

Показник	Група 7	Група 8	P 7-8
Середній вік, роки:	47,09±1,87	60,42±0,88	<0,001
Види НС, %:			
Вперше виникла стенокардія	0	1,64	
Прогресуюча	43,48	52,46	
Рання постінфарктна	0	11,48	<0,001
Стадії СН, %:			
I	39,13	9,84	
IIA	60,87	90,16	0,01
Дані Ехокардіографії:			
Гіпокінез нижньої стінки ЛШ, %	0	8,2	0,02
Товщина ЗС ЛШ, см	1,03±0,03	1,10±0,02	0,04
Дані КАГ частота ураження, %:			
права вінцева артерія	0	6,56	0,04
гирло лівої вінцевої артерії	0	9,84	0,02
дистальна гілка ПМША	0	11,48	0,01
Дані ЕКГ:			
Рубцеві зміни верхівки ЛШ, %	0	11,48	0,01
Інверсія Т, %	8,7	34,43	0,004
Без патологічних змін, %	4,35	0	0,01
Лабораторні дані:			
Нв, г/л	149,26±3,18	140,92±1,95	0,03
АлАТ, мкмоль/год/мл	1,32±0,21	0,84±0,06	0,04

Примітка. НС – нестабільна стенокардія, СН – серцева недостатність, ЛШ – лівий шлуночок, ЗС ЛШ – задня стінка ЛШ, КАГ – коронароангіографія, ПМША – права міжшлуночкова артерія, ЕКГ – електрокардіографія, Нв – гемоглобін, г/л – грам/літр, АлАТ – аланінамінотрансфераза. Рівень статистичної значущості визначали за t-критерієм Стьюдента.

При порівнянні груп, які склалися із чоловіків (група 9) і жінок (група 10), виявили чіткі гендерні розбіжності. Середній вік чоловіків складав $55,17\pm 0,89$ року, жінки були на 4 роки старшими – $59,45\pm 1,37$ року ($P=0,009$). Серед хворих 10 групи СН I стадії мали 16 осіб (48,48 %), а 17 пацієнтів (51,52%) – II A стадію, у групі 9 відповідні стадії мали 39 та 84 пацієнти (31,71 та 68,29%) ($P=0,003$). Ожиріння та ПМК, як супутні патології, спостерігали лише у пацієнтів групи 9 – 4,07 та 3,25 % осіб відповідно ($P=0,02$). ЕКГ ознаки перенесеного ІМ нижньої стінки ЛШ, що підтверджувалося гіпокі-

незом нижньої стінки ЛШ, мали 8,13% чоловіків, що у 2 рази перевищує відсоток жінок (3,03%). Передньо-перегородково-верхівковий ІМ реєстрували у 48 % жінок, що вдвічі перевищувало частоту ІМ цієї локалізації у чоловіків (22,76 %). Інфаркт міокарда із зубцем Q (Q-ІМ) спостерігався у 2 рази частіше у чоловіків – у 26,02%, ніж у жінок – у 12,12% осіб ($P=0,04$).

Статистично вірогідну різницю при порівнянні хворих із АГ в анамнезі (група 11) та без АГ (група 12) було виявлено щодо статусу населеного пункта: у групі 12 в порівнянні із групою 11, у 2,5

разу було більше жителів гірської місцевості – 34,38% проти 13,71% осіб, а негірських жителів було 65,63% та 86,29% осіб відповідно по групах ($P=0,02$). Жителів міста майже у 2 рази було більше у групі 11 – 56,45% проти 34,38% осіб групи 12, тоді як сільських жителів було 43,55% і 65,63% у групах 11 та 12 відповідно ($P=0,02$). Вік на момент госпіталізації у групі 11 був $57,17\pm 0,80$ року, а пацієнти групи 12 були молодшими – $51,84\pm 1,96$ року. Тривалість стенокардії у пацієнтів групи 11 у 8 разів була вищою, ніж у групі 12 ($0,44\pm 0,20$ проти $0,05\pm 0,01$ років) ($P=0,08$). У пацієнтів групи 12 стенокардія, що вперше виникла траплялася у 5 разів частіше – 43,75% проти 8,87% осіб групи 11; прогресуючу стенокардію майже у 3 рази частіше виявляли у групі 11 – 65,32% проти 25% пацієнтів групи 12, а рання постінфарктна стенокардія траплялася лише у 5,65% осіб із АГ в анамнезі ($P<0,001$). Також тривалість ІМ в анамнезі була вищою у пацієнтів групи 11 – $2,79\pm 0,49$ проти $0,05\pm 0,01$ року у групі 12 ($P<0,001$). Щодо стадій СН, спостерігалися протилежні закономірності: СН І стадії у пацієнтів групи 11 була у 27,42% осіб, СН ІІ А стадії – у 72,58% осіб, а у групі 12 майже навпаки – СН І стадії – 65,63% осіб, СН ІІ А стадії – 34,38% осіб ($P<0,001$). Цукровий діабет (ЦД), як супутню патологію, виявили у групі хворих із АГ у 20,97% осіб, у групі без АГ – у 3,13% осіб; ПМК спостерігалася лише у групі із АГ – у 4,84% осіб ($P<0,001$). У групі 11 у 3,5 рази частіше уражалася ПВА 21,77% проти 6,25% осіб групи 12 ($P=0,03$), та ОГ ЛВА 11,29% проти 3,13% осіб групи 12 ($P=0,01$). Кількість уражених артерій та сегментів, згідно з даними КАГ, була у 2 рази вищою у групі 11 – $1,67\pm 0,11$ та $2,14\pm 0,14$ проти $1,0\pm 0,22$ та $1,22\pm 0,27$ у групі 12 відповідно ($P=0,003$). Також виявлено вірогідну різницю щодо товщини МШП: $1,13\pm 0,02$ проти $0,95\pm 0,02$ см ($P<0,001$), ЗС ЛШ: $1,1\pm 0,02$ проти $0,94\pm 0,02$ см ($P<0,001$), та відношенням Е/А: $0,89\pm 0,02$ проти $0,97\pm 0,03$ ($P=0,04$) у групах 11 і 12 відповідно.

Якщо говорити про клінічні форми нестабільної стенокардії (НС), то виявили таку вірогідну різницю. У групі 15 середній вік пацієнтів складав $52,4\pm 2,25$ року, а хворі групи 16 були на 5 років старшими – $57,69\pm 0,92$ року ($P=0,04$). Тривалість стенокардії до моменту госпіталізації була вищою у групі 16 – $0,12\pm 0,03$ проти $0,05\pm 0,01$ року у порівнювальній групі ($P=0,04$), так як і тривалість АГ на 5 років вища $10,54\pm 0,89$ проти $4,86\pm 0,69$ року у групах 16 і 15 відповідно ($P<0,001$). 25,84% хворих групи 16 мали СН І стадії, а 74,16% – СН ІІ А стадії, у групі 15 відповідні стадії мали 72 та 28% осіб ($P<0,001$). До 10% хворих групи 16 мали хоча б одне супутнє захворювання некардіологічного профілю (наприклад, ожиріння, ПМК), тоді як у пацієнтів групи 15 цього не спостерігалася ($P=0,04$). Треба відзначити, що супутній ЦД траплявся лише у пацієнтів групи 16 (21,35%), відповідно і середній рівень цукру у крові у них був

вищим – $5,25\pm 0,22$ проти $4,47\pm 0,16$ ммоль/л ($P=0,005$). Згідно з даними ЕКГ, рубцеві зміни нижньої стінки ЛШ спостерігали у 14,98% пацієнтів групи 16 і у 1,3% хворих групи 15 ($P=0,02$). Інфаркт міокарда із зубцем Q (Q-ІМ), ІМ без зубця Q (не-Q ІМ) та трансмуральний ІМ (QS-ІМ) реєстрували у 21,35; 5,62; 19,10% пацієнтів групи 16, тоді як у хворих 15 групи реєстрували лише не-Q-ІМ – у 4% осіб ($P=0,02$). У пацієнтів групи 16 у порівнянні із групою 15, у 10 разів частіше, уражалася ПВА – 14,6% проти 4% ($P=0,01$), у 4 рази – ПМША 20,78% проти 5% ($P=0,01$). Також у групі 16 переважало багатосудинне та багатосегментне ураження коронарних артерій. У 32% осіб групи 15 виявляли інтактні ВА, ще 24% мали гемодинамічно незначимі стенози, на відміну від групи 16 – 11,24 та 10,11% відповідно ($P=0,009$). При порівнянні даних ЕхоКГ у хворих групи 15 спостерігали більш високі показники ФВ – $61,4\pm 1,26$ проти $55,48\pm 0,83$ % у групі 16 ($P<0,001$), та відношення Е/А – $0,98\pm 0,03$ проти $0,89\pm 0,03$ у групі 16 ($P=0,03$), та більш низькі показники товщини ЗС ЛШ – $0,96\pm 0,04$ проти $1,09\pm 0,02$ см ($P=0,007$), МШП – $0,98\pm 0,04$ проти $1,12\pm 0,02$ см ($P=0,01$), ЛП – $3,63\pm 0,08$ проти $3,85\pm 0,04$ см ($P=0,02$) у порівнювальній групі 16 відповідно. Середній вік хворих із цукровим діабетом (ЦД) (група 22) становив $59,63\pm 1,51$ року, тоді як пацієнти без ЦД (група 23) були молодшими – $55,33\pm 0,86$ року ($P=0,01$). 11,11% осіб групи 22 мали СН І стадії, а 88,89% – ІІА стадії, у групі 23 відповідні стадії мали 40,31 та 59,69% осіб ($P<0,001$). Всі хворі на ЦД мали хоча б одне супутнє захворювання, на відміну від хворих без ЦД, з них лише половина (50,39%) осіб мали хоча б одне супутнє захворювання ($P<0,001$). Рубцеві зміни нижньої стінки ЛШ на ЕКГ частіше спостерігалися у групі 22 – 14% проти 10% осіб у 23 групі ($P=0,03$). Говорячи про стан вінцевих судин, у пацієнтів групи 23 частіше виявляли інтактні ВА та гемодинамічно незначимі стенози по 14,73%, а в порівнювальній групі виявляли лише інтактні вінцеві артерії у 3,7% хворих ($P<0,001$). Значний атеросклеротичний процес у ПВА та ПМША був виявлений у 44,44 і 51,85% пацієнтів групи 22, і лише у 19,38 і 32,56% хворих групи 23 ($P=0,01$ і $P=0,03$) відповідно. У пацієнтів із ЦД чисельність ураження вінцевих артерій та сегментів була більшою, ніж у хворих без ЦД – $2,41\pm 0,21$ та $2,93\pm 0,24$ проти $1,35\pm 0,10$ та $1,74\pm 0,14$ відповідно за групами ($P<0,001$). Також виявлено вірогідну різницю щодо товщини МШП – $1,15\pm 0,02$ та $1,08\pm 0,02$ см у групах 22 і 23 відповідно ($P=0,046$). Середній рівень цукру у групі 22 був більшим, ніж у групі 23 – $7,66\pm 0,55$ ммоль/л проти $4,55\pm 0,08$ ммоль/л ($P<0,001$).

При порівнянні груп із елевацією та депресією сегмента ST виявили такі вірогідні розбіжності. СН І стадії у пацієнтів групи 24 мали 20,69% осіб, СН ІІА стадії – 79,31% осіб, а в групі 25 – 39,37 і 60,63% відповідно ($P=0,04$). ПМК спостерігали

лише у пацієнтів групи 25 – 4,72 % осіб ($P=0,01$). Ізольоване порушення кінетики передньо-базальної стінки ЛШ виявляли лише у 3,94 % пацієнтів із депресією сегмента ST. Інтактних та гемодинамічно незначно уражених вінцевих артерій було порівну у пацієнтів із елевацією сегмента ST по 3,45 %, та по 14,17 % у групі з депресією сегмента ST ($P=0,002$). У 3 рази частіше у хворих групи 25 уражалася ПМША – 11,02 проти 3,45 % осіб групи 24 відповідно ($P=0,04$).

Висновки.

1. Гострий коронарний синдром у мешканців рівнинної зони трапляється у 4,5 рази частіше, ніж у жителів гірської зони (82 проти 18 %).

2. ПМК, як супутня патологія, була виявлена лише у хворих чоловіків із рівнинної зони, жителів міста та у хворих із АГ в анамнезі.

3. ЦД, як супутню патологію, реєстрували частіше у хворих із АГ в анамнезі, із прогресуючою стенокардією та пацієнтів із ураженими вінцевими артеріями.

4. Стенокардія, що вперше виникла, у 3 рази частіше спостерігалася у хворих, у яких вік на момент госпіталізації складав менше 50 років та у 5 разів частіше у пацієнтів без АГ в анамнезі. Прогресуюча стенокардія у 2 рази частіше виявлялася у пацієнтів, вік яких на момент госпіталізації був більше 50 років – у 63,33% осіб, ніж у пацієнтів віком менше 50 років – у 36,11 % осіб та у 3 рази частіше у хворих із АГ в анамнезі у 65,32%, ніж у 25% осіб без АГ в анамнезі. Рання постінфарктна стенокардія реєструвалася лише у пацієнтів старше 50 років та осіб із АГ в анамнезі. Середній вік хворих із вперше виявленою стенокардією складав $52,4 \pm 2,25$ року, а пацієнти із прогресуючою стенокардією були на 5 років старшими – $57,69 \pm 0,92$

року. Тривалість проявів стенокардії до моменту госпіталізації була вищою у хворих із прогресуючою стенокардією, так як і тривалість АГ в анамнезі була на 5 років вищою у цій групі. До 10 % хворих із прогресуючою стенокардією мали хоча б одне супутнє захворювання некардіологічного профілю.

5. Ізольоване порушення кінетики нижньої стінки ЛШ реєстрували лише у хворих із рівнинної зони, що підтверджується рубцевими змінами нижньої стінки ЛШ.

6. Частка чоловіків із ГКС майже у 4 рази перевищувала частку жінок (79 і 21 % відповідно). Жінки були на 4 роки старшими від чоловіків – $59,45 \pm 1,37$ та $55,17 \pm 0,89$ року відповідно. Частка чоловіків, у яких АГ тривала менше 5 років, майже у 13 разів перевищувала частку жінок, тоді як у групі хворих, у яких АГ тривала більше 5 років, частка чоловіків у 3 рази перевищувала частку жінок. ЕКГ ознаки перенесеного ІМ нижньої стінки ЛШ у 2 рази частіше виявляли у чоловіків – у 8,13% осіб, як і прояви Q-ІМ частіше спостерігали у чоловіків – 26,02 проти 12,12% осіб у жінок. Тоді як у жінок, вдвічі частіше виявляли передньо-перегородково-верхівковий ІМ – у 48% проти 22,76 % осіб чоловічої статі.

7. У пацієнтів із прогресуючою стенокардією у 10 разів частіше уражалася ПКА, у 4 рази – ПМША, ніж у групі хворих із вперше виниклою стенокардією.

8. Серед пацієнтів із дилатацією ЛП було більше жителів села ніж жителів міста (60,78 проти 39,22 % осіб відповідно).

9. Хворі із АГ в анамнезі частіше були жителями рівнинних міст 89,29 проти 65,63 % осіб гірських сіл.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Зозуля І.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І.С.Зозуля, А.І.Зозуля // Укр. мед. часопис.— 2011.— № 5 (85).— С. 38—41.
2. Горбась І.М. Епідеміологія факторів ризику серцевосудинних захворювань у сільській популяції/І.М.Горбась // Здоров'я України. — 2008. — № 5(1). — С. 56—59.
3. Настанова з кардіології / За ред. В.М. Коваленка.— К.: Моріон, 2009.— 1348 с.
4. Нетяженко В.З. Рациональне використання тромболітичної і антикоагулянтної терапії при серцевосудинних захворюваннях/В.З.Нетяженко // Внутрішня медицина. — 2011. — № 2. — С. 5—16.
5. Пархоменко О.М. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальной терапии / О.М. Пархоменко., Я.М. Лутай., Н. Даншан // Український медичний часопис. — 2011. — № 1. — С. 20—24.
6. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (2011). Аналітично-статистичний посібник.— К., 2011.— 165 с.
7. Руда М.Я. Острый коронарный синдром: система организации лечения/М.Я.Руда // Кардиология. — 2011. — № 3. — С. 4—9.
8. Терещенко С.Н. Лечение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи /С.Н.Терещенко, И.В.Жиров// Практична ангіологія. — 2011. — № 1. — С. 32-37.
9. Шилов А.М. Лечение неосложненного инфаркта миокарда (общие положения)/А.М.Шилов, М.В.Мельник, А.О.Осия // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2010. — Т. 7, № 5. — С. 36—42.
10. American Heart Association. Older Americans and cardiovascular diseases statistics. Available at: <http://www.americanheart.org/presenter>. Accessed June 10, 2005.
11. Antman E.M. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

(Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction) / E.M.Antman, D.T. Anbe, P.W. Armstrong [et al.] // J Am Coll Cardiol 2004; 44: E1-E211.

12. Elliott M.A. Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction/ M.A. Elliott, M.Hand, P.W. Armstrong [et all.] // Circulation.— 2008.— Vol. 117.— P. 296—329.

M.V. RISHKO, O.V. USTYCH, O.O. KUTSYN O.O., RATOCHKA J.G., MATIY V.V.

Uzhgorod National University, Faculty of Medicine, Department of Hospital Therapy, Faculty of Postgraduate Education and Pre-University Training, Department of Internal Medicine, Uzhhorod

THE CLINICAL COURSE OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN PEOPLE AT HIGH AND LOW ALTITUDE AREAS IN ZAKARPATTIA REGION

The article presents data on the clinical features, laboratory, hemodynamic and angiographic manifestations of acute coronary syndrome in residents of mountainous and lowland areas of Transcarpathia. Found that acute coronary syndrome in the plain area residents happens more often than the residents of mountainous areas . Comorbidity was found only in patients with flat areas, residents and patients with a history of hypertension . Among patients with left atrial dilation was more villagers than city residents. Patients with a history of hypertension were more often residents of the lowland cities.

Key words: coronary heart disease, acute coronary syndrome, coronary angiography, mountainous regions

Стаття надійшла до редакції: 20.09.2013