

Kambaru aritmiju biežums, riska faktori un ietekme uz klīniskiem iznākumiem pacientiem ar akūtu koronāru sindromu

*Aija Mača^{1,2}, Oskars Kalējs^{1,2}, Elza Siliņa³, Ilja Zakke¹,
Iveta Mintāle¹, Aivars Lejnīeks^{2,5}, Andrejs Ērglis^{1,3}*

¹ Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Latvijas Kardioloģijas centrs

² Rīgas Stradiņa universitāte, Iekšējās slimību katedra, Latvija

³ Latvijas Universitāte, Medicīnas fakultāte

⁴ Rīgas Stradiņa universitāte, Medicīnas fakultāte, Latvija

⁵ Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Latvija

II

Ievads. Dzīvību apdraudošas kambaru aritmijas (DzAKA) – retas akūta koronārā sindroma (AKS) komplikācijas, bet ar ievērojami augstāku pacientu mirstību. Pašreiz nav precīzi definēti kambaru aritmiju riska faktori.

Darba mērķis. Novērtēt DzAKA biežumu pacientiem ar AKS un tā pamatformām (AKS ar ST segmenta elevācijām (AKS AST) un AKS bez ST segmenta elevācijām (AKS BST)), pielietotās ārstēšanas ietekmi uz DzAKA biežumu, kā arī novērtēt iespējamās DzAKA attīstības riska faktoros un to ietekmi uz klīniskiem iznākumiem.

Materiāls un metodes. Analīzē izmantota Latvijas Akūta koronārā sindroma reģistra datu bāze un to pacientu dati, kuri stacionēti PSKUS 32. Invazīvās un neatliekamās kardioloģijas nodaļā 2011. gadā.

Rezultāti. DzAKA biežums – AKS 4,2%; AKS AST 9,5%, AKS BST 2,0%. AKS AST gadījumā DzAKA biežums, veicot primāru perkutānu koronāro intervenci (PPKI) – 12,3%, fibrinolīzi – 9,5% (p = 0,95). Intrahospitalā mirstība augstāka DzAKA grupā – AKS 28% vs. 4,7%, p < 0,001; AKS AST 28,4% vs. 7,6%, p < 0,001; AKS BST 27% vs. 3,6%, p < 0,001.

To pacientu grupā, kuriem nebija DzAKA, anamnēzē biežāk novēroja arteriālu hipertensiju (AH) (69,6% vs. 49%, p < 0,001), PKI (22,1% vs. 12,9%, p = 0,036), hronisku sirds mazspēju (HSM) (35,2% vs. 20,4%, p = 0,004), betaadrenoblokatoru (BAB) (27,2% vs. 16,1%, p = 0,02), angiotenzīna konvertējošā enzīma inhibitoru (AKEI) (24,5% vs. 14,0%, p = 0,022), statīnu (14,2% vs. 6,5%, p = 0,035) lietošanu pirms AKS notikuma. DzAKA riska faktori – augstāka Troponīna I (92,39 vs. 14,60 ng/ml, p < 0,001) un KK-MB frakcijas (204,10 vs. 25,80 ng/ml, p < 0,00) maksimālā vērtība, KK-MB frakcija iestājoties (6,20 vs. 4,60 ng/ml, p = 0,056), samazināta kreisā kambara izsviedes frakcija (45% vs. 50%, p = 0,001).

Secinājumi. DzAKA ir raksturīgs nozīmīgs intrahospitalās mirstības riska pieaugums. To biežāk novēro pacientiem ar AKS AST. BAB, AKEI un statīnu lietošana pirms AKS notikuma, iespējams, samazina DzAKA risku. Pacientiem, kuriem anamnēzē ir AH, PKI un HSM, retāk novēro KT/KF attīstību. Nozīmīgākie DzAKA riska faktori ir AKS AST, paaugstināta Troponīna I un CK-MB frakcijas maksimālā vērtība, paaugstināts CK-MB frakcijas līmenis pirmajā veiktajā analīzē un samazināta kreisā kambara izsviedes frakcija.