

Analizie poddano maksymalne wartości troponiny I u danego chorego. Badanie echokardiograficzne wykonywano w 3 lub 4 dobie po zawale mięśnia sercowego, a badanie kontrolne wykonano po 6 miesiącach (+/- 2 miesiące). Oznaczenie stężenia apelinu wykonywano u chorych w grupie badanej w 4-6-tej dobie hospitalizacji. Podczas badania kontrolnego u wszystkich chorych oceniono objawy niewydolności serca za pomocą skali NYHA. Pacjentów do grupy kontrolnej rekrutowano spośród chorych hospitalizowanych w Klinice Kardiologii, a oznaczanie stężenia apelinu wykonywano w trakcie pobytu.

Wyniki: W badaniach wykazano, że chorzy z umiarkowaną i ciężką IMR byli starsi od pacjentów z łagodną dysfunkcją zastawki mitralnej lub bez jej niedomykalności. Pacjenci z ciężką IMR odznaczali się większym indeksem kurczliwości lewej komory. W populacji chorych, u których doszło do rozwoju IMR okluzja prawej tętnicy wieńcowej wiązała się z większym jej nasileniem. W celu wyznaczenia czynników wpływających na wystąpienie istotnej IMR w okresie obserwacji konstruowano modele regresji logistycznej, w których za zmienną zależną przyjęto wystąpienie niedomykalności stopnia III i IV, a za zmienne niezależne stężenie apelinu powyżej 5 kwintyla (313,7) pg/ml oraz zmianę objętości lewej komory $\geq 10\%$, a ponadto model regresji logistycznej, w którym za zmienną zależną przyjęto wzrost objętości LV o $\geq 10\%$, a za zmienne niezależne stężenie apelinu powyżej 5 kwintyla, obecność IMR ≥ 3 st. oraz nasilenia zaburzeń kurczliwości. Wykazano korzystną zależność pomiędzy wysokim stężeniem apelinu w ostrej fazie zawału, a brakiem rozwoju nasilonej IMR, jednak w kolejnej analizie stwierdzono, że podobnie wyższe stężenia apelinu w ostrej fazie zawału mięśnia sercowego były związane z niekorzystnym remodelingiem lewej komory w okresie obserwacji.

Wnioski: Wykonanie podstawowego badania echokardiograficznego pozwala na identyfikację podgrupy chorych z pierwszym w życiu STEMI, u których doszło do rozwoju IMR. Ocena stężenia apelinu oznaczanej w trakcie hospitalizacji pacjentów z pierwszym w życiu STEMI może stanowić czynnik prognostyczny dla rozwoju przewlekłej IMR, jednak jej rola nie jest jednoznaczna. Chorzy z większym jej stężeniem rzadziej rozwijają umiarkowaną i ciężką IMR, jednak odznaczają się oni większą skłonnością do niekorzystnej przebudowy lewej komory. Maksymalne stężenia troponiny I oznaczone w trakcie hospitalizacji pacjentów z pierwszym w życiu STEMI nie pozwalają zidentyfikować grupy chorych szczególnie zagrożonej rozwojem IMR. Na podstawie zapisu EKG wykonanego podczas przyjęcia do szpitala chorego z pierwszym w życiu STEMI nie można identyfikować chorych zagrożonych rozwojem IMR. Ustalenie tętnicy dozawałowej u pacjentów z pierwszym w życiu STEMI nie pozwala zidentyfikować grupy szczególnie zagrożonej rozwojem przewlekłej IMR. Wczesna i skuteczna rewaskularyzacja oraz farmakoterapia mogą w największym stopniu zabezpieczać chorych przed rozwojem IMR.



UNIwersytet Medyczny

IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Lek. Przemysław Skoczyński

Klinika Kardiologii Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Niedokrwienna niedomykalność mitralna

u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym.

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny

Promotor:

Dr hab. n. med. Jacek Gajek

Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Recenzenci:

Prof. dr hab. n. med. Maria Witkowska

Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Lelonek

Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wrocław 30.11.2012

Przemysław Skoczyński

Nota biograficzna:

Urodzony 06 listopada 1978 r. w Rzeszowie

1993-1997 IV Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika w Rzeszowie

Wykształcenie i przebieg pracy zawodowej:

1997-2003 Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

2003-2004 Staż podyplomowy w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.

2004- do chwili obecnej specjalizacja z kardiologii w Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu

Dorobek naukowy:

Autor i współautor 24 prac pełnotekstowych i 14 doniesień zjazdowych. Współautor rozdziału w monografii.

Wstęp: Niedokrwienność niedomykalność mitralna (IMR) jest powikłaniem występującym w 8% przypadków chorych pierwszym zawałem serca i w 25% z kolejnym. Częściej występuje ona wśród pacjentów z zawałem ściany dolnej, znacznie pogarszając ich rokowanie, pomimo niewielkiego obszaru martwicy miokardium i niewielkich zaburzeń kurczliwości lewej komory. Najlepszym narzędziem w identyfikacji chorych zagrożonych rozwojem IMR jest echokardiografia, która pozwala nie tylko stwierdzić obecność tego powikłania ale również oszacować ilościowo jego nasilenie. Przydatne mogą być również biochemiczne markery uszkodzenia i przeciążenia mięśnia sercowego. Najczęściej jednak ich stężenie świadczy o rozległości uszkodzenia miokardium, co jak dotychczas wykazano nie identyfikuje chorych z niedokrwiennością IMR. Alternatywą dla dotychczas powszechnie oznaczanych biochemicznych wskaźników uszkodzenia mięśnia sercowego w przebiegu zawału serca może okazać się apelinina, która w przeciwieństwie do troponiny czy BNP i ANP nie pozostaje w prostej korelacji z masą martwiczego miokardium czy obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory.

Cel: Celem pracy było poszukiwanie czynników ryzyka rozwoju IMR oraz niekorzystnej przebudowy lewej komory, w tym: ocena wpływu lokalizacji zawału mięśnia sercowego i zamknięcia poszczególnych gałęzi tętnic wieńcowych na rozwój oraz ciężkość IMR, poznanie znaczenia wpływu odcinkowych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego lewej komory oraz funkcji zastawki mitralnej w badaniu echokardiograficznym na rozwój i nasilenie IMR, ocena zastosowania wczesnych oraz powtarzanych badań echokardiograficznych w identyfikacji chorych z grupy dużego ryzyka rozwoju nasilonej IMR, ocena wpływu obrazu EKG w ostrej fazie zawału mięśnia sercowego na rozwój i ciężkość IMR oraz ocena wpływu stężenia apelininy w ostrym okresie zawału mięśnia sercowego na rozwój i nasilenie niedokrwiennej IMR.

Materiał i metody: Badanie wykonano u 50 pacjentów z pierwszym w życiu zawałem mięśnia sercowego z przetrwałym uniesieniem odcinka ST, (STEMI) przyjmowanych do Kliniki Kardiologii UMW. W tym u 19 Kobiet w wieku 71,3+/- 8,5 lat i 31 mężczyzn w wieku 61,8+/- 8,5 lat. U 20 chorych stwierdzono zawał ściany przedniej, a u 30 ściany dolnej lewej komory. Chorzy z grupy badanej nie mieli stwierdzonej dysfunkcji zastawki mitralnej przed zawałem mięśnia sercowego. Grupę kontrolną utworzono dla porównania stężeń apelininy i stanowiło ją 20 osób z nadciśnieniem tętniczym, bez rozpoznanej choroby wieńcowej ani dysfunkcji zastawki mitralnej. U wszystkich chorych w fazie ostrej zawału wykonywano: 12-odprowadzeniowy zapis EKG, w trybie pilnym angiografię wieńcową z jednoczasową angioplastyką tętnicy dozawałowej. Wartości stężenia troponiny I oznaczano standardowo w trakcie hospitalizacji pacjenta z zawałem serca.