



ISSN (E): 2181-4570

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мастер Файзуллаева Мехрибон Исламбековна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Научный руководитель: Рахманова С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение

Течение инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста рядом исследователей характеризуется как «злокачественное» [4, 5]. Это обусловлено очень высоким уровнем догоспитальной летальности, достигающим, по данным некоторых авторов - 47,8%, а также более частым развитием постинфарктной хронической СН, которая ведет к потере трудоспособности, увеличению медико-социальных проблем и является главной причиной смерти в первые годы после ИМ [3, 4, 13]. В связи с этим изучение проблем профилактики, своевременной диагностики и лечения ИМ у людей молодого возраста представляется крайне актуальным.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, пациенты молодого возраста, клиническое течение, реваскуляризация миокарда.

Цель исследования

Анализ факторов риска, клинической картины и течения инфаркта миокарда у лиц молодого возраста (<44 лет).

Материалы и методы

Ретроспективно проанализировано 107 историй болезни пациентов в возрасте от 29 до 45 лет (средний возраст $41 \pm 3,7$ года) с диагнозом инфаркт миокарда, находившихся на стационарном лечении в Рязанском областном кардиологическом диспансере в 2008-2012 гг. У 72% пациентов развился крупноочаговый инфаркт, у 30 (28%) - мелкоочаговый. Среди обследованных преобладали пациенты с первичным ИМ (94,4%), повторный ИМ наблюдался только у мужчин (5,6%). Наиболее часто встречались нижняя (38,3%) и передняя (30,8%) локализация поражения, ИМ с распространением на боковую стенку (26,2%). За проанализированный период госпитальная летальность составила 0,9% (1 больной).



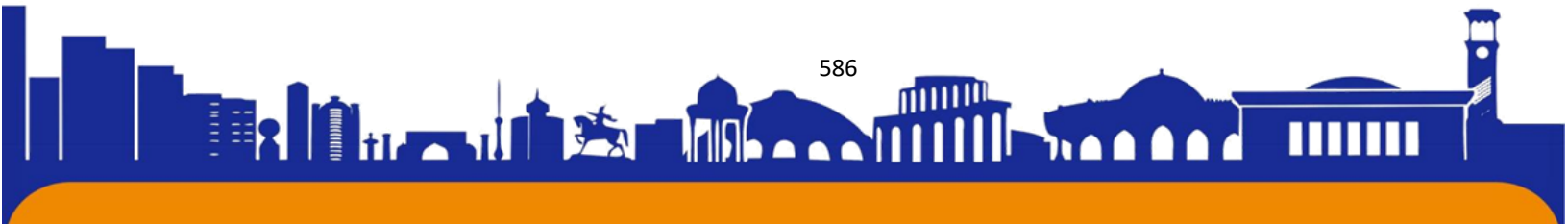


Всем больным проводилось общепринятое клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр; лабораторные анализы: ОАК, ОАМ, глюкоза крови, биохимический анализ крови (КФК-МВ, КФК, тропонины, креатинин, мочевины, общий билирубин, липидный спектр, общий белок + фракции, АСТ, АЛТ); инструментальные методы обследования ЭКГ при поступлении и повторно в соответствии с рекомендациями и клинической ситуацией; эхокардиография (ЭхоКГ); рентгенография органов грудной клетки (по показаниям). 48,6% пациентам выполнено коронароангиографическое обследование. Все больные во время госпитализации получали стандартную терапию ИМ, которая включала в себя нитропрепараты, Р-адрено-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, прямые антикоагулянты, антиагреганты и кардиопротекторы. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний выполняли системный тромболи-зис. В случаях развития осложнений ИМ проводилось их лечение.

Результаты и их обсуждение

В результате проведённого исследования выявлено, что наиболее распространенными факторами риска были: мужской пол - 96,3%, нарушение липидного обмена - 67,3%, курение - 66,4%, ожирение - 43,9%; 46,7% пациентов молодого возраста имели отягощенную наследственность. В историях болезни, к нашему сожалению, не была отражена информация об образе жизни пациентов (гиподинамия), соблюдении рационального питания (достаточное употребление фруктов и овощей, злоупотреблении алкоголем, повышенное употребление соли), наличии психосоциального стресса, тех факторов риска, которые оказывают по данным последних исследований значительное влияние на развитие инфаркта миокарда [2, 6, 15].

69,2% больных при поступлении в стационар имели состояние средней степени тяжести, тяжелое - 4,6%. У 94,4% пациентов была классическая ангинозная форма течения ИМ; у 2,8% - аритмический, в 0,9% случаев - цереброваскулярный, абдоминальный и безболевого варианты течения. У 85% пациентов ишемическая болезнь сердца (ИБС) манифестировала ИМ, у 9,4% пациента была стенокардия, у 5,6% - постинфарктный кардиосклероз. Из сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия - 35,5%,





хроническая об-структивная болезнь легких - 15,9% и сахарный диабет 2 типа - 8,4%.

Среди осложнений ИМ преобладали нарушения ритма и проводимости - 18,7%: наджелудочковые нарушения ритма (пароксизмы фибрилляции предсердий - 5,6 %, надже-лудочковая экстрасистолия - 3,7%), желудочковые нарушения ритма (желудочковая экстрасистолия - 4,7%, пробежки желудочковой тахикардии -1,9%, фибрилляция желудочков -0,9%), АВ блокада 2-3 степени - 1,9%. В 14% случаев наблюдались острая сердечная недостаточность, из них у 4,6% развился кардиогенный шок, реже встречались - острая аневризма ЛЖ с тромбозом его полости (у 12,1%) и постинфарктная стенокардия (у 9,3%).

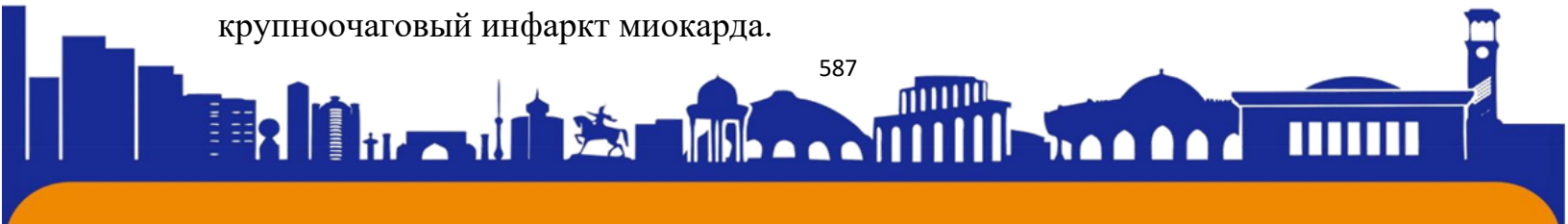
У 40,3% пациентов выполняли тромболитическую терапию (ТЛТ) (эффективная ТЛТ - 33,7%), Корона-роангиографию выполнили 48,6% пациентам, из них чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) проведена у 42,3% (в том числе 7,8% спасающих), 25% -рекомендовано проведение плановой ЧТКА в г. Москва по техническим причинам, у 26,9% - не выявлено ге-модинамически значимых стенозов, у 5,7% не выявлено атеросклеротиче-ского поражения сосудов. Внутри госпитальная летальность - 1 больной. Причиной смерти пациента явился острый распространенный повторный рецидивирующий ИМ с распространением на задне-верхушечную и передне-боковую области левого желудочка, осложнившийся тромбозом стента, острой левожелудочковой недостаточностью, отеком легких.

В заключение хотелось бы отметить, что в связи с тенденцией к «омоложению» инфаркта миокарда, высокой смертностью пациентов молодого возраста с ИМ, необходимо развивать систему профилактики оказания помощи пациентам молодого возраста путем информированности населения о вопросах первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также увеличении доступности чрескожных коронарных вмешательств и тромболитической терапии на региональном уровне.

Выводы

1. У 85% исследуемых пациентов молодого возраста первым проявлением ИБС явился инфаркт миокарда.

2. Для пациентов молодого возраста (72%) более характерен крупноочаговый инфаркт миокарда.





3. Более половине пациентов (88,9%) проведена реперфузионная терапия, что позволяет рассчитывать на улучшение клинических исходов и прогноза у молодых пациентов с инфарктом миокарда.

Литература

1. Беленков Ю.Н. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности / Ю.Н. Беленков, Ф.Т. Агеев, В.Ю. Мареев // Сердечная недостаточность. - 2002. - № 3 (2). - С. 57-58.

2. Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста / Г.Б. Ходжиева [и др.] // Науч.-мед. журнал «Паёми Си-но» («Вестник Авиценны») Тадж. гос. мед. ун-та им. Абуали ибн Сино. -2010. - №4. - С. 107-112.

3. Гафарова А.В. Внезапная смерть: результаты исследования инфаркта миокарда на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «Моника» / А.В. Гафарова,

В.В. Гафаров // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. -№8(6), прил. 1 - С. 86.

4. Зяблов Ю.И. Острые коронарные катастрофы у лиц до 40 лет: результаты 10-летнего наблюдения в Томске (1988-1997) по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» / Ю.И. Зяблов, С.А. Округин,

С.Д. Орлова // Кардиология. - 1999. -Т. 39, № 11. - С. 47-50.

5. Клинические особенности инфаркта миокарда у лиц молодого возраста / А.И. Борохов [и др.] // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической фармакологии: сб. науч. работ памяти проф. В.С. Ясне-цова. - Смоленск, 1994. - С. 18-19.

6. Курасов Е.С. Психические расстройства у лиц молодого возраста, перенесших острый инфаркт миокарда / Е.С. Курасов // Вестн. Нац. мед.-хирург. Центра им. Н.И. Пирогова. - 2011. -Т. 6, № 1. - С. 120-123.

7. Национальные рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема ST на ЭКГ. Первое изд. 2006 // Кардиовас-кулярная терапия и профилактика. -2006. - №5(8), прил. 1. - С. 411-440.

