

MEDICINE

Kalacheva A.P., Palshina A.M.

MYOCARDIAL INFARCTION OF YOUNG PATIENTS

Kalacheva A.P., student of 6 course of Medical Institute NEFU

Palshina A.M. - Scientific director: Assistant Professor of hospital therapy, occupational diseases and Clinical Pharmacology MI NEFU, Ph.D. North-Eastern Federal University, Yakutsk.

Abstract

18 case histories of patient less than 45 years with myocardial infarction were analysed. Myocardial infarction in most cases were Q-positive, primary, anterior. The most common risk factors were arterial hypertension, obesity, heredity. The most prevalent clinical course of MI was anginous type. Shows the main complications, associated diseases.

Keywords: myocardial infarction, young patients, risk factors

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют большую социально значимую проблему, так как занимают ведущее место в структуре смертности, утраты нетрудоспособности и инвалидизации трудоспособного населения. Несмотря на современные технологии в диагностике и интенсивной терапии, ССЗ как причина смертности в Российской Федерации имеют стабильно высокий удельный вес.[1] [3][6]Особую озабоченность и тревогу у клиницистов вызывает наметившаяся неблагоприятная тенденция к «омоложению» коронарной болезни сердца. До последнего времени доминировала точка зрения, что факторы риска (ФР) атеросклероза (АС) влияют на заболеваемость и смертность лишь в пожилом возрасте. Детей, подростков и лиц молодого возраста (18-44 лет по международной классификации геронтологов и с учетом наступления трудового возраста в Российской Федерации) традиционно относили к группе низкого сердечно-сосудистого риска. Однако результаты ряда исследований последних лет заставляют взглянуть на эту проблему по-новому и

обратить внимание на необходимость контроля ФР в молодом и подростковом возрасте, а также направить усилия на повышение уровня медицинской информированности.[4][5][10] В связи с этим важно изучить факторы риска, клинические и лабораторно-инструментальные особенности, осложнения при остром инфаркте миокарда у лиц молодого возраста.

Цель исследования: изучение факторов риска, клинических и лабораторно-инструментальных особенностей при остром инфаркте миокарда у лиц молодого возраста.

Материалы и методы: Проводился ретроспективный анализ 18 историй болезни пациентов с ИМ в возрасте от 30 до 44 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении реабилитации и долечивания стационара №1 ГБУ РС(Я) "Республиканская больница №3" в 2014-2015 гг.

Результаты: За 2014-2015 гг. ИМ выявлен у 151 больного, из них 18(12%) больных молодого возраста, 16 мужчин и 2 женщины. Самому молодому пациенту-30 лет, самому старшему - 44, средний возраст-39.1±4.09. У 12(67%) пациентов развился Q-позитивный инфаркт миокарда, у 6(33%) - Q-негативный. Среди обследованных преобладали пациенты с первичным ИМ – 17(94%), ИМ повторный наблюдался 1(6%). В анамнезе стенокардия-у 3(16%) больных, в анамнезе колющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой-1(6%), без предшествующего анамнеза ИБС-13(72%). По локализации встречались: ИМ передне-перегородочный- 4(22%), переднебоковой-1(6%), переднераспространенный-7(39%); верхушечно-боковой-1(6%); нижней стенки- 5(27%). Среди больных превалировала национальность саха-11(61%), далее русские-6(33%) и эвенки-1(6%). Большинство пациентов проживают в городе - 13(72%), 4(22%) в улусе, 1(6%) в пригороде. Образование у 8(44%) среднее специальное, у 5(28%)- высшее, у 2(12%) - неполное высшее, нет данных-3(16%).

Основной научной базой профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остается концепция факторов риска — выявление и коррекция факторов, способствующих развитию и прогрессированию заболевания: Это поддающиеся; изменению биологические характеристики (АД, уровень в крови, липидов, глюкозы); а также факторы, которые: не поддаются коррекции (пол, возраст, генетические показатели). С позиции возможностей профилактики ССЗ наибольший интерес представляют корригируемые ФР, в то время как вторая группа факторов используется для прогнозирования возникновениями прогрессивного течения заболевания: Основными ФР ССЗ остаются гиперхолестеринемия, артериальная гипертония; курение. Между тем, проведенные в последние годы исследования показали; что значительное влияние на развитие ИМ, наряду с классическими ФР, оказывает

психосоциальный стресс, обусловленный образом жизни населения.[[2]] Среди факторов риска ведущее значение имела артериальная гипертензия – 13(72%): АГ 1 ст – 6(33%), АГ 2ст:1(6%), АГ 3 ст – 6(33%). Артериальное давление в основном повышалось в течение многих лет(9, 10 лет)-у 4(22%) и нескольких лет – у 4(17%)(до 5 лет). Гипотензивная терапия: не получают постоянного лечения-7(39%), получают ингибиторы АПФ-2(11%), комбинированная терапия- блокатор кальциевых каналов, блокатор ангиотензиновых рецепторов, бета-адреноблокатор -1(6%). Избыточная масса тела – у 12(67%): предожирение - выявлена у 7(39%) ожирение у 5 (28%) I степени- 3; II степени- 2. Отягощенная наследственность: у 9(50%): ИМ - 3, гипертоническая болезнь-4, пороки сердца-2, ОНМК-2. Курение – 8(44%). Дислипотеидемия у 5(28%), 2б по Фредриксону- у 2(11%) пациентов, 2а – у 2(11%), у 1(6%) не указан тип. Сахарным диабетом страдает 1(6%): СД 2 типа, средней степени тяжести, выявлен в 2015 г, принимает Метформин 500 мг, Глимепирид 3 мг утром. Известно, что в условиях воздействия вредных факторов производственного процесса (ненормированный рабочий день, физические перегрузки наряду с гиподинамией, монотонные условия труда) происходит нарушение психоэмоционального статуса работающих. Информационные и эмоциональные нагрузки, столь характерные для значительного числа профессиональных групп, приводят к истощению компенсаторных механизмов адаптации и способствуют развитию как пограничных нервно-психических расстройств, так и ИМ.[[9]] В исследуемой группе у 4(22%) профессия, связанная со стрессом (руководящие должности) , 2(11%)-безработные.

Развитию ИМ предшествовала физическая нагрузка – 8(44%), употребление алкоголя-1(5%), психоэмоциональное напряжение - 2(11%), гипертонический криз-2(11%), ИМ без видимой причины – 5(27%). У всех пациентов(100%) отмечено наличие типичного коронарного болевого синдрома. Сопутствующая патология была представлена заболеваниями ЖКТ-13(72%)(хронический панкреатит, хронический гастрит, дуоденит), заболеваниями органов дыхания – 12(67%)(хронический бронхит вне обострения, пневмосклероз, хронический фарингит), атеросклерозом аорты, ак, мк- 11(61%); заболеваниями печени и желчевыводящих путей-7(39%)(хронический вирусный гепатит В и С, жировой гепатоз, ЖКБ, хронический калькулезный и некалькулезный холецистит), заболеваниями почек – 7(39%)(хронический пиелонефрит, МКБ, ХБП 1 ст., ХБП 2 ст.), ожирением – 5(27%), заболеваниями кожи-2(11%), лимфогранулематозом – 2(11%). Осложнения ИМ представлены хронической сердечной недостаточностью- 6(33%)(ХСН I ФК II NYHA-3, ХСН IIА ФК II NYHA -3), нарушениями ритма сердца-4(22%) (одиночные полифокусные, мономорфные предсердные экстрасистолы, желудочковая экстрасистолия, полная блокада правой ножки пучка Гиса, синусовая

тахикардия, одиночная суправентрикулярная экстрасистолия, эпизоды бигемии, тригемии), ранней постинфарктной стенокардией-2(11%), тромбозом правой лучевой артерии-1(6%).

Таблица 1. Липидный профиль

Общий холестерин, M±SD(ммоль/л)	ХСЛПНП, M±SD(ммоль/л)	ХСЛПВП, M±SD(ммоль/л)	ТГ, M±SD(ммоль/л)	Индекс атерогенности
3.47±1.3	2.4±0.98	0.94±0.07	1.88±0.88	2.8±0.7

Таблица 2. СКФ

По Кокрофту-Голдту, M±SD(мл/мин)	MDRD, M±SD(мл/мин)	СКД-ЕПІ, M±SD(мл/мин)
107,89±34.89	83,01±10.16	89±12.78

По шкале Ggасе в среднем 94±19,59 балла, что соответствует низкой категории риска.

На ЭхоКГ выявлены зоны гипокинеза-у 12(67%) больных, зоны акинеза-у 1(6%), снижение систолической функции-у 6(33%), гипертрофия левого желудочка-у 3(17%), аневризма левого желудочка-у 1(6%). По результатам селективной коронарной ангиографии выявлено: по степени препятствия кровотоку – окклюзия- 7(39%), субокклюзия-3(17%), стеноз- 12(67%) окклюзия + стеноз- 1, по локализации: ЛМЖВ - п/3- 12(67%),с/3-2(11%);ПКА: устье-1(6%), п/3-3(17%), с/3- 1(6%); ДА: ДА1-3(17%), ДА2-2(12%); ЗБВ-с/3- 1(6%); ОВ-1(6%), по типу кровоснабжения: сбалансированный-6(33%), правый-6(33%), левый-4(22%), нет данных-1(6%). Лекарственные покрытия стентов: Эверолимус-4(22%), преобладал Зотаролимус-6(33%), Сиролимус-1(6%), Биолимус А9-1(6%)

Получают лечение:

Дезагреганты- ацетилсалициловая кислота- 16(89%), клопидогрел- 11(61%), тикагрелор-5(28%)

Ингибиторы протонной помпы - пантопразол – 14(78%), эзомепразол – 1(6%)

Статины: аторвастатин- 10(56%), розувастатин-8(44%)

Бета-адреноблокаторы – метопролол-14(78%), биспролол-1(6%)

Вазодилататоры периферические - нитроглицерин – 5(28%)

Ингибиторы АПФ- рамиприл- 7(39%), периндоприл-5(28%)

Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридиновые – амлодипин-4(22%)

Диуретики: спиронолактон- 1(6%), индапамид-1(6%)

Блокаторы рецепторов ангиотензина 2- валсартан – 1(6%)

Выводы

1. У 13(72%) исследуемых пациентов первым проявлением ИБС явился инфаркт миокарда.

2. Для пациентов молодого возраста более характерен инфаркт миокарда Q- позитивный (12(67%)), с подъемом сегмента ST (16(89%)).

3. По национальности преобладают саха-11(61%)

4. По локализации – переднераспространенный инфаркт миокарда -7(39%)

5. В зависимости от места проживания: городские-13(72%).

6. Образование у 8(44%) среднее специальное

7. На ЭхоКГ чаще всего выявляются зоны гипокинеза-у 12(67%) больных.

8. Сопутствующая патология была представлена чаще всего заболеваниями ЖКТ-13(72%)(хронический панкреатит, хронический гастрит, дуоденит).

9. Осложнения ИМ представлены хронической сердечной недостаточностью- 6(33%)

10. У исследуемых повышены триглицериды и снижены липопротеиды высокой плотности

11. По результатам СКАГ чаще всего выявляется: по степени препятствия кровотоку- стеноз- 12(67%), по локализации- ЛМЖВ, п/3- 12(67%), по типу кровоснабжения- сбалансированный-6(33%) и правый- 6(33%).

12. Лекарственные покрытия стентов: преобладал Зотаролимус-6(33%).

13. СКФ по MDRD=83,01+10.16 мл/мин, что соответствует ХБП2, а по Кокрофту-Голту и по СКД-ЕРІ в пределах нормы.

14. По шкале Grase в среднем 94+19,59 балла, низкая категория риска.

15. Большинство пациентов получают дезагреганты-ацетилсалициловую кислоту- 16(89%), клопидогрел- 11(61%) с ингибиторами протонной помпы - пантопразол – 14(78%), бета-адреноблокаторы – метопролол-14(78%), статины: аторвастатин- 10(56%), розувастатин-8(44%)

Заключение: В группу риска по раннему развитию ИМ относятся курящие городские мужчины- саха, со средним образованием, страдающие АГ, имеющие нарушения жирового обмена и

гиперхолестеринемию, профессиональные условия с воздействием стрессорных факторов. Профилактика ИМ у данной категории больных - модификация факторов риска, в том числе обязательная немедикаментозная и медикаментозная коррекция АГ(профилактика развития гипертонических кризов), активное выявление сосудистых расстройств(УЗИ сердца и сосудов), предотвращение развития атеросклероза, коррекция дислипидемии – соблюдение диеты, повышение уровня регулярной физической активности, снижение массы тела, повышение уровня образования с целью повысить комплаентность больных, смена профессии, отказ от курения.

References:

- [1] Features of myocardial infarction in young and middle-aged persons Astrakhantseva S., Rybkova MA 2015 / Bulletin of Medical Internet Conferences
- [2] Seliverstov Darya, Evsin Olga V. Myocardial infarction in young patients: risk factors for, the clinic, conducting in-hospital // Medical University RyazGMU Russian Ministry of Health. 2013. №4.
- [3] Vapinaeva AA Zhilova II, Elgar AA Myocardial infarction in young // Occupational Medicine and Industrial Ecology. 2007. № 5. С. 34-37.
- [4] Aronov DM Coronary insufficiency in young people. Medicine 1974 - 160 to
- [5] Belyakova IV Mukhina PN Supryadkina TV, Vorobyeva NA, commits AL Etiological aspects of acute myocardial infarction in patients younger than 45 years // Human Ecology. 2012. № 9. S. 46-52.
- [6] Garganeeva AA, Borel KN Okrugin SA Pre-hospital mortality from acute myocardial infarction in patients young and middle age as an indicator of social tension: can we change the situation // Heart: magazine for practicing physicians. 2015. T. 14. number 5 (85). Pp 281-286.
- [7] Nosovich Dmitry, Vladimir V. Yakovlev, Alexey Sotnikov lipid-cholesterol metabolism in men with primary and repeat myocardial infarction, depending on the presence of hypertension // Health and Education in the XXI century. 2014. №4.
- [8] Svetlana Matveeva timely assessment of risk factors for coronary heart disease - the basis of prevention of its complications // Clinical medicine. 2012. №11.
- [9] Gromova EA Psychosocial risk factors for cardiovascular disease (review) // CSF. 2012.
- [10]MR SOHAVON Etiology, diagnosis and treatment of coronary heart disease in young patients // Modern problems of science and education. 2014. №2.