

Инфаркт миокарда у лиц молодого возраста

Предшествующие факторы, особенности клиники, тактики ведения

И. А. ЛАТФУЛЛИН, Р. И. АХМЕРОВА.

Многочисленные клинико-эпидемиологические исследования свидетельствуют о прогрессирующем увеличении частоты заболеваемости, инвалидизации и смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) среди населения СНГ в целом и, что особенно тревожно, в группе лиц молодого возраста [1]. Изучение особенностей эволюции атеросклероза в различных популяциях мужчин за 25-летний период показало ускорение развития атеросклеротического процесса в последние десятилетия и в том числе у молодых мужчин [2].

Исследование предшествующих инфаркту миокарда (ИМ) факторов риска ИБС свидетельствует о том, что по-прежнему, наиболее часто встречающимися и значимыми остаются такие как курение, избыточная масса тела (ИМТ), неблагоприятная наследственность, наличие нарушенного жирового обмена (гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия — ГХС, ГТГ), а также сопутствующие артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД), увеличение случаев которых также регистрируется в последние годы [7, 8]. Наблюдается и угрожающий рост алкоголизации населения, особенно в молодых возрастных группах, что сопровождается ускоренным развитием атеросклероза у лиц уже 20-30 лет [2]. Отмечена возрастающая роль отрицательных психо-эмоциональных перенапряжений как фактора риска ИМ, обсуждается значение состояния длительной депрессии в качестве нового фактора риска ИБС и даже предиктора коронарной (внезапной) смерти [3, 9, 10].

Изучение предрасполагающих факторов, особенностей клиники ИМ у лиц молодого возраста, тактики ведения в остром периоде заболевания, а также вопросов реабилитации, первичной и вторичной профилактики остаются актуальными, так как касаются наиболее творчески активного и работоспособного контингента населения.

Под нашим наблюдением (отделение неотложной кардиологической больницы скорой медицинской помощи г. Казани) находились 59 больных инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте до 40 лет: 54 мужчины и 5 женщин, что свидетельствует о значительно более редком развитии этой патологии у последних. Тем не менее, с тревогой отмечаем, что не далее как 5-7 лет назад ИМ у женщин до 40 лет встречался с частотой 1-2 случая за несколько лет. Сегодня, изучая факторы риска развития ИМ, следует отметить, что как у мужчин, так и у женщин выделяются интенсивное и длительное курение, частое и существенное (даже женщины до 300 мл водки в день) употребление алкоголя и малоподвижный образ жизни. У 78% мужчин и 60% женщин выявлены повышенные холестерина до 6,2 ммоль/л и, отмечаем особо, триглицеридов — более 3,0 ммоль/л. Повышенный уровень триглицеридов справедливо рассматривается, по нашим данным, чаще у женщин, в качестве самостоятельного фактора риска ИБС (обычно в виде нарушения ритма желудочков) и активно обсуждается в литературе [4, 5, 6]. У женщин превалирует увеличение ИМТ до ожирения II степени и чаще регистрируется сопутствующая артериальная гипертензия (АГ). Фактор наследственной отягощенности по ИБС/АГ наблюдался у 40% больных.

Клинические проявления острого ИМ у лиц молодого возраста также имели некоторые особенности. Прединфарктное состояние лишь в 11% случаев имело типичную симптоматику с болевым синдромом, примерно у половины пациентов инфаркт миокарда развивался внезапно, в остальных случаях развитию патологии предшествовали атипичные проявления (то-ракалгия, артралгия, зубная боль, дискомфорт в грудной клетке и др.).

В остром периоде ИМ у большинства пациентов наблюдались нарушения ритма и проводимости. Следует отметить довольно частое развитие ранних осложнений ИМ: острой левожелудочковой недостаточности, составившей 10%, и кардиогенного шока в 12% случаев. Постинфарктная аневризма сформировалась у 6 пациентов (8,5%). Лишь у 1 пациента развивался синдром Дресслера и у 1 больной — тромбоэмболический синдром. Следует отметить, что уже на госпитальном этапе у 12 больных ИМ молодого возраста (20% случаев) выявлен астено-депрессивный синдром, что согласуется и с данными других исследователей [3, 6, 7].

Тактика ведения пациентов молодого возраста с ИМ включает в себя общепринятую схему: введение нитратов в/в и перорально, гепаринизация (по показаниям проведение системного тромболизиса), назначение антиагрегантов, бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ. Мы назначаем ИАПФ (лучше) в дозе до 2,5 мг (дозу титровать при сопутствующей АГ) после стабилизации гемодинамики, как правило, на исходе 1-х суток заболевания, что позволяет в целом предупредить развитие постинфарктного ремоделирования и, значит, отдалить развитие хронической сердечной недостаточности. В связи с нарушением сна и астенодепрессивным синдромом дополнительно назначались транквилизаторы (феназепам 10 мг) и антидепрессанты (коаксил 12,5 мг). По соответствующим программам проводилась физическая и психическая реабилитация, все пациенты молодого возраста прошли санаторный этап реабилитации.

По данным нашей клиники, 88% больных ИМ молодого возраста после выписки из стационара вернулись к трудовой деятельности.

К настоящему времени в стране успешно функционируют различные подразделения кардиологической службы, создана система поэтапной реабилитации кардиологических больных и многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Однако прогрессирующий рост заболеваемости ИБС, ИМ, особенно среди молодого контингента населения, диктует необходимость дальнейшей эффективной разработки профилактических мероприятий. На наш взгляд, следует активно выявлять группы риска уже среди учащейся молодежи и школьников, в организованных контингентах на производствах, как можно раньше проводить коррекцию выявленных нарушений липидного обмена, уточнение генеза и подбора адекватной терапии [11, 12] АГ у лиц молодого возраста, пропагандировать здоровый образ жизни. Необходимо также использование возможностей дневных стационаров, приоритетное обследование молодых пациентов в кардиологических центрах и отделениях функциональной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазов Е. И. ИБС и возможности повышения эффективности ее лечения. — Клиническое исследование лекарственных средств в России. 2001; № 1, с. 2-4.
2. Жданов В. С., Вихерт А. М., Стернби Н. Г. — Эволюция и патология атеросклероза у человека. М.: Триада-х 2002; 143.
3. Погосова Г. В. Депрессия — новый фактор риска ИБС и предиктор коронарной смерти. — Кардиология, 2002; № 4, с. 86-89.
4. Эндакова Э. А., Новгородцева Т. П., Иванов Е. М. Липидная компонента крови молодых мужчин при бессимптомных стадиях ИБС. — Вестн. РАМН. 1993; № 3.
5. Климов А. Н., Никульчева Н. Г. Липиды, липопротеиды и атеросклероз. — С.-Петербург 1995; 246.
6. Малышев П. П., Шакунова О. А., Кухарчук В. В. Клинические проявления гомозиготной формы семейной гиперхолестеринемии. Кард. 2002; № 8, с. 92-93.
7. Солодкая Э. С., Волыс О. И., Абина Е. А. и др. Питание и факторы риска ИБС у мужчин 30-54 лет Таллина. — Кард. 1997; № 11, с. 44-49.
8. Волков В. С., Гнедов Д. А. Масса тела больного ИБС: спорные и нерешенные вопросы. — Кард. 2002; № 9, с. 90-92.
9. Frasure — Smith N., Lesperuce F. Depression and 18 month prognosis after myocarellal infarction. — Circulation 1995; № 91, p. 999-1005.
10. Sorensen C., Brandes A., Thrane J. et al. Depression and acute coronary syndrome, prevalence and significance for survival. — Eur. Heart J. 2000; № 21, p. 212.
11. Мухамеджанов Л. Р., Латфуллин И. А., Хитров В. Ю. Состояние полости рта и профилактика основных стоматологических заболеваний у больных острым коронарным синдромом (методические рекомендации). — Казань: 1999. — 10 с.
12. Латфуллин И. А., Подольская А. А. Антигены HLA в диагностике инфаркта миокарда (методические рекомендации). — Казань: Медицина, 2000. — 24 с.



Казанский филиал
ЗАО "Аптека-Холдинг"

Телефоны в Казани: (8432) 18-52-38 18-52-46 18-52-54
В Наб. Челнах (8552) 35-93-06 35-93-05 E-mail: apholkaz@mi.ru http://www.ahold.ru