

РАЗВИТИЕ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: АНАЛИЗ ПРИЧИН

Гончарик Т.А., Алексейчик С.Е

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

inill1@bsmu.by

Профилактика повторного инфаркта миокарда является важным звеном, которое влияет на уровень заболеваемости и смертности от сердечной патологии. Авторами проанализированы возможные причины развития повторного инфаркта миокарда. Доказано влияние несоблюдения рекомендаций по приему лекарственных препаратов, а также наличие фоновой патологии (сахарный диабет, артериальная гипертензия).

Ключевые слова: *повторный инфаркт миокарда; реабилитация; факторы риска.*

DEVELOPMENT OF REPEATED MYOCARDIAL INFARCTION: ANALYSIS OF THE CAUSES

Goncharik T. A., Aliakseichyk S. E.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

Prevention of re-myocardial infarction is an important link that influences the rate of morbidity and mortality from cardiac pathology. The authors analyzed the possible reasons for the development of repeated myocardial infarction. The influence of non-compliance with the recommendations for taking medications has been proven, as well as the presence of background pathology (diabetes mellitus, arterial hypertension).

Key words: *repeated myocardial infarction; rehabilitation; risk factors.*

Актуальность. По мнению экспертов ВОЗ положительная динамика уровня заболеваемости и смертности вследствие болезней системы кровообращения может быть достигнута только при условии комплексного воздействия на факторы, влияющие на состояние здоровья населения, повышение мотивации соблюдения здорового образа жизни и лечению сопутствующей патологии, в первую очередь артериальной гипертензии, дающей такие грозные осложнения, как инфаркты, инсульты [1]. Однако, несмотря на совершенствование методов лечения и профилактики, общая смертность при инфаркте миокарда остается высокой во всех возрастных группах 30 – 40%. Вероятно, причиной такой высокой летальности является недостаточная реализация мер первичной и вторичной профилактики ИБС, а также высокий уровень догоспитальной смертности (47%) [2].

Цель исследования. Изучить причины, влияющие на развитие повторного инфаркта миокарда.

Материал и методы. Проведено ретроспективное изучение медицинской документации 262 стационарных историй болезни и амбулаторных карт пациентов, которые проходили лечение по поводу повторного инфаркта миокарда на базе 10 ГКБ г. Минска. При выписке каждый пациент получал

памятку с разработанным режимом кардиологической реабилитации, включавший разделы медикаментозной физической, психологической реабилитации, советы по питанию и образу жизни. Диагноз повторного инфаркта миокарда был выставлен на основании клинической картины, характерной для типичного или атипичного инфаркта миокарда, электрокардиографических (ЭКГ) изменений, повышения кардиоспецифических ферментов (тропонин, МВ фракция креатининфосфокиназы). При анализе медицинских карт определяли периоды между повторными инфарктами, проведенные методы реваскуляризации при инфаркте, количество чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при инфаркте, изучали липидный профиль пациентов, а также наличие и частоту встречаемости сопутствующих и фоновых заболеваний. При анализе амбулаторных данных обращали внимание на отражение в диагнозе перенесенных инфарктов миокарда, постановку стентов и их качество (покрытые, голометаллические); контроль липидов крови и их коррекцию; частоту обращений к участковому врачу, рекомендации врача, выписку рецептов, что отражает приверженность пациентов к лечению, качество выполняемой реабилитации. Статистический анализ: определение коэффициента Спирмена, U-критерия Манна-Уитни; обработка данных – программа StatSoft Statistica10.0.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $Me [25\%-75\%] = 75$ лет [62-82 года], в том числе 130 мужчин, средний возраст - $Me [25\%-75\%] = 65$ лет [59-76 лет], 132 женщины, средний возраст - $Me [25\%-75\%] = 78$ лет [72-84 года], p по возрасту $<0,001$. Повторные инфаркты (138 (53%) Q-инфаркт миокарда и 124 (47%) не Q-инфаркт) одинаково часто развивались как у мужчин, так и у женщин. Однако, у мужчин пик повторных инфарктов миокарда приходится на возраст 55 – 65 лет, а у женщин – 75 – 85 лет.

У мужчин значительно чаще развивается инфаркт миокарда в более молодом, трудоспособном возрасте, в то время как у женщин в пожилом и старческом, что соответствует литературным данным. Сравнительный анализ медицинской документации стационара и поликлиник показал, что у 104 пациентов (39,7%) отсутствует информация о повторном инфаркте миокарда, что, безусловно, повлияло на тактику ведения этой группы пациентов.

По данным стационара у пациентов с Q-инфарктом миокарда ($n=138$) тромболитическая терапия (ТЛТ) проводилась у 62 пациентов (45%), коронароангиография (КАГ) со стентированием инфарктсвязанной артерии, у 60 пациентов (43%), из них 14 (10 %) пациентам было проведена и ТЛТ и ангиопластика. У 30 (21%) реваскуляризация не проводилась в связи с поздним поступлением, наличием желудочно-кишечного кровотечения, отказом пациента.

У пациентов с не Q-инфарктом миокарда ($n=124$) КАГ проводилась у 98 (79%), из них стентирование выполнено у 50 (51%) пациентов, не было показаний для стентирования у 20 (20%), у 28 (29%) выявлены показания для аортокоронарного шунтирования.

Проанализирована зависимость возникновения повторного инфаркта миокарда от приема препаратов (дезагреганты, β -адреноблокаторы, статины, ингибиторы ангиотензипревращающего фермента) в период между инфарктами. У принимавших препараты время между инфарктами в днях составило ($1762 \pm 491,4$), $P=0,304$) у лиц с необозначенными данными о приеме препаратов ($1316,1 \pm 190,6$) $P=0,304$. Оказалось, что у пациентов, которые не принимали препараты, повторный инфаркт миокарда развивался на 446 дней раньше.

Сопутствующая патология имела место практически у всех пациентов: артериальная гипертензия у 98%, сахарный диабет у 35%, ожирение различной степени у 19%. Однако при сравнении данных стационара и поликлиник оказалось, что такие заболевания как хроническая болезнь почек (ХБП), фибрилляция предсердий (различные формы), анемия были выявлены только при обследовании в стационарных условиях. Липидограмма: общий холестерин повышен у 23%, ЛПНП у 21%, ЛПВП снижены у 79%, коэффициент атерогенности повышен у 45%.

Заключение. Анализ клинико-диагностических данных показал, что повторный инфаркт миокарда одинаково часто развивается у мужчин и женщин. Однако, развитие повторного инфаркта миокарда в более молодом, работоспособном возрасте происходит у мужчин, а у женщин значительно старше. Утяжеляют течение повторного инфаркта артериальная гипертензия, сахарный диабет. В значительной мере рост повторных инфарктов миокарда наблюдается при неполноценной реперфузионной терапии (сроки не позволили провести тромболизис, ЧКВ) при первичных инфарктах. Наиболее часто повторные инфаркты возникают в первые два года, после перенесенного первого инфаркта миокарда, что, возможно, связано с недостаточно эффективной ранней постинфарктной реабилитацией.

Список литературы

1. Самородская, И. В. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика / С. А. Бойцов <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-6-139-145>.
2. Яковлев, А.Н. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте и инсульте в Беларуси/ О.А. Ротарь, J. Farrington, F.Roman Pezzella.- Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017.- 42 с.