

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Гончарик Т.А.<sup>1</sup>, Алексейчик С.Е.<sup>1</sup>, Новикова Р.А.<sup>1</sup>, Санкович Е.В.<sup>2</sup>,  
Мазур В.В.<sup>2</sup>, Варава Н.К.<sup>2</sup>*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>  
УЗ «10-я городская клиническая больница»<sup>2</sup>, Минск*

**Актуальность.** По мнению экспертов ВОЗ, положительная динамика в уровне 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 стационарных историй болезни и амбулаторных карт из поликлиники 262 пациента, которые проходили лечение по поводу повторного инфаркта миокарда на базе 10 ГКБ г. Минска. При выписке каждому давались памятка с разработанным режимом кардиологической реабилитации, включавшей разделы медикаментозной физической, психологической реабилитации и 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 (тропанин, 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 частота встречаемости сопутствующих и фоновых заболеваний. При анализе амбулаторных данных

обращали внимание на отражение в диагнозе перенесенных инфарктов миокарда, постановки 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%) это 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, работоспособном 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 инфаркт-связанной 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. Обращает внимание низкий процент КАГ, не понятна причина позднего поступления.

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,  $\beta$ -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.

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

довании в стационарных условиях. Липидограмма: общий холестерин повышен у 23%, ЛПНП у 21%, ЛПВП снижены у 79%, коэффициент атерогенности повышен у 45%.

**Таким образом,** анализ клинико-диагностических данных показал, что повторный инфаркт миокарда одинаково часто развивается у мужчин и женщин, однако у мужчин в более молодом, работоспособном возрасте, а у женщин значительно старше. Утяжеляют течение повторного инфаркта артериальная гипертония, сахарный диабет. В значительной мере рост повторных инфарктов миокарда наблюдается при неполноценной реперфузионной терапии и отсутствии КАГ при первичных инфарктах. В период последней госпитализации у 49% пациентов не была выполнена КАГ (21% из них написали отказ). Чаще всего возникают повторные инфаркты в первые 2 года после первого, что говорит о плохой ранней постинфарктной реабилитации. У большинства пациентов в амбулаторных картах нет указаний о приеме лекарств и о проводимой реабилитации и инфаркт у них развивался на 446 дней раньше, чем у тех, кто принимал.