

Л.Г.Кокощук. М.І.Демешко. В.К.Ташук

ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В МОЛОДОМУ ВІЦІ: КАЗУЇСТИКА ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ

Кафедра госпітальної терапії №2 і ЛФК (зав. - проф. В.К.Ташук)
Буковинської державної медичної академії

Ключові слова; інфаркт міокарда, молодий вік, діагностика.

Резюме. З метою визначення ролі вікового аспекту в дестабілізації ІХС проаналізовано особливості перебігу гострого інфаркту міокарда у пацієнтів молодого віку в м. Чернівці.

Вступ. Проблема дестабілізації ішемічної хвороби серця в молодому віці є одним з актуальних питань сучасної кардіології враховуючи суттєве зростання вірогідності гострого інфаркту міокарда (ГІМ) у цієї категорії пацієнтів [2, 10].

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було обстеження пацієнтів молодого віку з ГІМ з визначенням причин його розвитку, факторів ризику в молодому віці, особливостей клініки та лікування.

Матеріал і методи. Обстежено пацієнта молодого віку в умовах блоку кардіореанімації за допомогою загальноклінічних та лабораторних методів.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежено пацієнта молодого віку, доставленого в блок кардіореанімації, після консультації в поліклініці Чернівецького кардіоцентру. Хворий Т., 21 року, працює водієм за наймом на віддалені відстані, проживає в обласному центрі, за походженням з віддаленого гірського райцентру Путила. Звернувся в поліклініку зі скаргами на давлячі болі за грудиною, які віддавали в плечі, головні болі, болі в ногах при ходьбі. Вперше періодичні колючі болі в серці з'явилися місяць тому, виникали в спокої, не були пов'язані з фізичним навантаженням, однак на протязі останнього року значно зросли епізоди психо-емоційної напруги. За дві доби до надходження в стаціонар почали турбувати нічні болі в серці. Спроба самолікування гарячим чаєм призвела до відчуття слабкості і значного потовиділення. Хворий змушений був звернутися за допомогою в кардіоцентр. В анамнезі енурез і термічний опік в дитинстві, хвороба Боткіна. В об'єктивному статусі - стан середньої важкості, свідомість не порушена, правильної будови тіла, статура міцна, шкірні покрови сухі, звичайного забарвлення, післяопікові рубці на обличчі, шийі, груді. Периферичні лімфовузли та щитовидна залоза не збільшені. Пульс 112 на хвилину, артеріальний тиск 140/80 мм рт. ст. Межа серцевої тупості: права - правий край грудини, верхня - III ребро, ліва - по лівій середньоключичній лінії. Тони серця звучні, шумів немає. В легенях з обох боків везикулярне дихання. Живіт м'який, неболючий. Печінка дещо збільшена і виступає з-під реберної дуги + I см. Набряків немає. Вени лівої гомілки незначно розширені, шкіра має гіперпігментацію.

Додаткові обстеження:

- Електрокардіографія:

3.02.1998 р. - елевація сегменту ST I (+1,5 мм), II (+2 мм), aVL (+1 мм), V4 (+6 мм), V5 (+5 мм), V6 (+4 мм), депресія сегменту ST VI (-3 мм);

5.02.1998 р. - елевація сегменту ST I, II, aVL (+5 мм), V4-V6 (+2 мм), депресія сегменту ST VI (-1 мм), негативний зубець T II (-2 мм), III (-3 мм), aVF (-2 мм), V4 (-2 мм), V5 (-4 мм), V6 (-3 мм);

10.02.1998 р. нормалізація зубців і сегментів, залишається негативний зубець T III (-1,5 мм); з 12.02.1998 р. знову формування негативного зубчика T II (-2 мм), III (-3 мм), aVF (-2 мм), V4 (-6 мм), V5 (-4 мм), V6 (-3 мм), зміни залишаються прогом місяця.

- Ехокардіографія: ліве передсердя - 3,5 см, аорта - 3,3 см, товщина міжшлуночкової перетинки у діастолу - 0,7 см, товщина задньої стінки лівого шлуночка у діастолу - 0,7 см, кінцеводіастолічний розмір - 5,1 см, кінцевосистолічний розмір - 3,3 см, фракція викиду - 65 %.
- Лабораторні обстеження: загальний холестерин крові - 4,1 ммоль/л, β - ліпопротеїди - 39 Од, глюкоза - 6,2 ммоль/л та 5,4 ммоль/л, Na - 140 ммоль/л, Ca - 2,04 ммоль/л, Cl - 103 ммоль/л, загальний аналіз крові: еритроцити - $4,2 \cdot 10^9$ /л, гемоглобін - 122 г/л, КП - 0,9, лейкоцити - $5,6 \cdot 10^9$ /л, еозинофіли - 1%, палички - 7%, сегменти - 58%, лімфоцити - 24%, моноцити - 10%, ШОЕ - 15 мм/год, білірубін - 16,8 мкмоль/л, сечовина - 4,9 ммоль/л, креатинін - 67 мкмоль/л, коагулограма - протромбіновий індекс -62%, час рекальцифікації - 176 сек, фібриноген - 2,0 г/л, гематокрит - 48%, аспартатамінотрансфераза - 0,3 мкмоль/год/л, аланінамінотрансфераза - 0,2 мкмоль/год/л, ПРС - негативна. Загальний аналіз сечі: колір - с/ж, реакція - кисла, питома вага - 1018, прозорість - мутна, білок - залишки, лейкоцити - 3-7 в п/з, еритроцити - 0-1 в п/з, цукор - не виявлено, епітелій - 2-3 в п/з, оксалати - дрібні на все п/з.

Аналізуючи даний випадок, слід зауважити, що по частоті причин смертності інфаркт міокарда займає одне із перших місць (4). Особливу тривогу у клініцистів викликає той факт, що інфаркт міокарда почав зустрічатись досить часто у осіб молодого віку [1; 3; 6; 7; 8].

За даними різних авторів частота інфаркту міокарда у молодому віці складає 2-7% всіх випадків інфаркту.

Суттєве “омоложення” інфаркту міокарда поставило перед клініцистами серйозне питання про можливі причини та механізми розвитку цієї патології.

Відомо, що однією із частих і важливих причин інфаркту міокарда взагалі виступає атеросклеротичне ураження коронарних артерій. При коронарній недостатності атеросклероз виявляється в 90-92% [15], особливо це характерно для чоловіків.

Як свідчать дані [11; 12], ознаки розвитку атеросклеротичних змін в судинах закладається ще в дитячому та підлітковому віці, при цьому молоді особи можуть і не пред'являти характерних скарг, не мають серйозних відхилень показників в діяльності серця, а пошкоджені коронарні артерії часто є випадковою знахідкою патологоанатома

Не дивлячись на те, що факторами ризику розвитку атеросклероза коронарних артерій виступає несприятлива спадковість, порушення спектру ліпідів крові, паління, гіпертензія, малорухомий спосіб життя та

надмірна вага, паталогоанатомічно склероз обох коронарних артерій виявляється у осіб молодого віку лише в 36%, а в 32% пошкодженою була лише одна, переважно передня нисхідна гілка коронарної артерії [3]. Це наводить на думку, що атеросклероз вінцевих артерій є не головною причиною розвитку інфаркта міокарда у осіб молодого віку.

Ряд провідних кардіологів відводить значне місце в патогенезі інфаркту міокарда водорегуляторним порушенням коронарного кровотоку, що супроводжується спазмом вінцевих артерій. В патогенезі спазму коронарних артерій на думку [13; 15] провідна роль належить вегетативній нервовій регуляції коронарного кровотоку.

Надлишок катехоламінів в міокарді завдяки високій метаболічній активності може призвести до різкого підвищення потреб в кисні і розвитку відносної ішемії, як це було показано ще 50 років тому у відомих роботах Рааба.

В патогенезі інфаркта міокарда без сумніву особлива роль відводиться і змінам в згортаючій та протизгортаючій системах крові.

У хворих, незалежно від віку, з розвитком атеросклерозу та гіперліпідемії, особливо з підвищенням ліпопротеїнів низької щільності, або в-ліпопротеїнів, має місце значна активація згортаючої системи крові, а саме факторів XII, XI, VII, V, тромбoplastична протромбінна у поєднанні зі зниженням активності плазмінна та кількості вільного гепарина [5].

Аналіз клініки, в тому числі і паталогоанатомічних змін при інфаркті міокарда свідчать про те, що нерідко у осіб молодого віку тромбоз коронарних артерій виступає не як причина, а як результат метаболічних змін, хоча в цьому випадку тромбоз, який приєднується, часто різко погіршує стан хворого та нерідко призводить до його смерті. Ці дані чітко відображають клінічну картину інфаркту міокарда у осіб молодого віку. У таких пацієнтів інфаркт міокарда частіше всього розвивається без попередніх проявів стенокардії на фоні повного благополуччя.

Діагностика інфаркту міокарда у осіб молодого віку представляє певні труднощі. Як правило, таким хворим виставляють діагноз стенокардії, вегето-судинної дистонії, гіпертонічного кризу, загострення виразкової хвороби. Такі пацієнти, як правило, є амбулаторними, у них в анамнезі відсутні скарги на порушення коронарного кровообігу. Хвороба починається гостро з появи сильних болей з характерною іраціацією на фоні вегетативної реакції (нудота, блювота), відмічається також гіпертермія, синусова тахікардія, гіперферментемія та підвищення ШОЕ, а також астеноневротичний синдром [8]. Серйозним негативним моментом є те, що особи молодого віку пізно звертаються за медичною допомогою, лікарі пізніше виявляють зміни на ЕКГ. Пацієнти молодого віку зі схильністю до токсикоманії різної етіології вносять додаткові труднощі в діагностику інфаркту міокарда. Розвиток гіпертермії, лейкоцитоза та підвищення ШОЕ може також ускладнити постановку діагноза.

Початок інфаркту міокарда у осіб молодого віку часто проявляється вираженим тривалим больовим синдромом, який знімається лише при повторному введенні анальгетиків.

Частота розвитку трансмурального інфаркту міокарда великого розміру (80%) змушує лікарів проявити настороженість та привернути

увагу до розвитку одного з небезпечних ускладнень - постінфарктної аневризми, а також до виникнення застійної серцевої недостатності.

Як правило, інфаркт міокарда у молодих, на відміну від осіб старшого віку, не супроводжується такими ускладненнями як кардіогенний шок, серцева астма, набряк легень, складні порушення ритму [8].

Важливе місце в діяльності кардіолога займає визначення особливостей реагування міокарда на фізичне навантаження у осіб, що перенесли інфаркт міокарда.

За даними Следзевської І.К. [9] при вивченні гемодинамічних показників (величина порогової потужності, кінцевий діастолічний та кінцевий систолічний об'єм лівого шлуночка, середня швидкість скорочення циркулярних волокон міокарда, ударний об'єм, максимальна швидкість вигнання) у осіб різного віку, які перенесли гострий інфаркт міокарда, показано, що особи у віці до 39 років мали найкращі показники у порівнянні з особами до 50 років, а, особливо, старше 50 років. Таким чином, у осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда, вік має важливе значення для відновлення переносимості фізичного навантаження.

Враховуючи, що летальність від інфаркту міокарда молодих все ж складає 20% від загальної летальності цієї патологічної форми [14], лікар повинен знати провідні причини і особливості перебігу інфаркта міокарда у осіб молодого віку і враховувати їх при проведенні диференційної діагностики та призначенні адекватних лікувальних заходів, направлених на відновлення працездатності осіб молодого віку.

Висновок. Гострий інфаркт міокарда у осіб молодого віку - реальність, яка диктує необхідність всебічного вивчення причин і умов виникнення даної патології, аналізу патогенетичних механізмів його розвитку, пошуку ефективних методів профілактики, діагностики та лікування.

Література. 1. Аронов Д.М. Коронарная недостаточность у молодых // М.: Медицина, 1974.- 234 с. 2. Бобров В.А. Ишемическая болезнь сердца: эпидемиология, нестабильная стенокардия, внезапная сердечная смерть // Журнал академії медичних наук України, - 1996 -№ 2. - С. 278 - 290. 3. Валенкевич Л.Н., Лемкина С.М. Два случая обширного инфаркта миокарда в молодом возрасте // Врачебное дело.- 1990.- №9.- С. 14-16. 4. Иванов А.Г. Заболеваемость инфарктом миокарда среди мужчин и женщин в Красноярске в возрастном аспекте // Терапевтический архив.- 1986.-№1.-С. 48-50. 5. Лапотников В.А., Моисеев С.И. Атеросклероз, факторы риска и система гемостаза // Терапевтический архив.- 1998.- №1.-С. 113-117. 6. Малая Л.Т. Волков В.И. Ишемическая болезнь у молодых // К.; Здоров'я, 1980.- 226 с. 7. Никитин Г.А., Кузнецов А. Б., Инфаркт миокарда в молодом возрасте // Советская медицина.- 1986,- ' 5.- С. 69-72. 8. Савченко Н.А., Кочетов А.М., Терещенко Б.В. и др. Диагностика инфаркта миокарда в молодом возрасте на догоспитальном этапе // Врачебное дело.- 1990.- ' 12.- С.13-16. 9. Следзевская И.К., Ильяш М.Г., Строганова Н.П. и др. Возрастные особенности кардиодинамики у больных, перенесших инфаркт миокарда // Врачебное дело.- 1991.- ' 10.- С.43-45. 10. Ташук В.К., Киршенблат Б.Я., Менчиц Е.А., Богусла-вец М.Г. Комбинированная терапия острого инфаркта миокарда в молодом возрасте // Врачебное дело.- 1992.- ' 9.- С.99-102. 11. Халтаев Н.Г., Жуковский Г.С., Калтаева Е.Д. и др. Возрастная динамика распространенности ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии и средний уровень основных факторов риска у мужчин в возрасте 20-69 лет в связи с характером питания // Терапевтический архив.- 1985.- ' 1.- С. 17-21. 12. Чазов Е.И. Патогенетические основы предупреждения атеросклероза //Терапевтический архив.- 1985.- №11.-С 29-33.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG AGE: CASUISTRY OR REALITY

L.G.Kokoshchuk, M.I.Demeshko, V.K.Tashchuk

Abstract. We analyzed bibliography data and compared them with the clinico-laboratory findings in a patient with acute myocardial infarction at the age of 21. A conclusion concerning an increase of the incidence rate of acute myocardial infarction in person of young age in recent years was made.

Key words: myocardial infarction, young age, diagnostics.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
