

УДК 616.127-005.8-06(574-25)

Р.А. ЕГАМБЕРДИЕВА, Ф. МЕЛДЕБЕКОВА, Т. НУСИПАЛИ, Н. РАЙМБЕРДИЕВА, Т. ШОНГАРАЕВА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАБОТЕ ГККП ССМП №8 ПОДСТАНЦИИ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

На основании результатов изучения в 2013-2014 гг. 300 карт вызовов к больным острым инфарктом миокарда проанализирована частота развития ранних осложнений на догоспитальном этапе. У 22% больных инфарктом миокарда (ИМ) выявлены осложнения, которые неблагоприятно влияют на течение заболевания и нередко становятся причиной смерти больных как на догоспитальном этапе, так и в стационаре.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, осложнения, ГККП ССМП №8 подстанции.

По данным международной статистики, в настоящее время сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти населения большинства развитых стран Европы, составляя до 40%, а в Казахстане – более 50% всех случаев смерти. Одной из важнейших причин смерти и инвалидизации населения является инфаркт миокарда.

Смертность от инфаркта миокарда в СНГ и Европе по статистическим данным ВОЗ составляет в Казахстане 55,7%, в России 44%, в Украине 54,3%, в Армении 61,6%, в США 42,2%.

По прогнозам ВОЗ, к 2030 году около 23,6 млн. человек трудоспособного возраста умрет от сердечно-сосудистых заболеваний. Алматы является самым крупным городом в Казахстане по численности населения и количеству промышленных предприятий. Изучение частоты и характеристики осложнений и причин смерти является актуальным вопросом [3].

Хорошо известны достижения в лечении самого серьезного проявления ИБС – инфаркта миокарда, летальность при котором в стационарах снизилась с 40-50% в середине 20 века до 10%, а в настоящее время в отдельных учреждениях даже до 5%. Однако догоспитальная летальность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) за тот же период, несмотря на внедрение современных методов лечения, снизилась незначительно. Факторами, оказывающими неблагоприятное влияние на результаты лечения, являются позднее обращение за медицинской помощью, возникновение жизнеопасных осложнений в первые часы заболевания, начало лечения этих больных в неспециализированных медицинских учреждениях. В связи с этим ведущую роль в снижении догоспитальной летальности от ОИМ играет скорая и неотложная медицинская помощь и особенно специализированные бригады. К ранним осложнениям, развивающимся в первые часы заболевания, относятся нарушения ритма и проводимости, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность.

Материал и методы

Проведен анализ подстанции №8 в городе Алматы 300 карт вызовов к больным острым инфарктом миокарда. Причиной вызова, как правило, была интенсивная боль за грудиной сжимающего, давящего, жгучего характера в левой половине грудной клетки, зачастую с иррадиацией в левую руку, лопатку, реже – в верхней половине живота. У 66 (22%) больных были диагностированы различные ранние осложнения ИМ, которые значительно отягощали течение заболевания и явились причиной смерти 5 (1,6%) больных. Среди больных с осложнениями ИМ мужчин было 41 (62,7%), женщин 25 (37,3%). Возраст больных колебался в пределах от 43 до 84 лет. Диагноз ОИМ ставился на основании клинической картины, данных объективного обследования и изменении на электрокардиограмме. Кардиогенный шок составил 56,2% (37), острая левоже-

лудочковая недостаточность 24,5% (16), нарушения ритма и проводимости 19,3% (13) [2].

Результаты и обсуждение

Кардиогенный шок является одним из самых тяжелых ранних осложнений острого инфаркта миокарда. Тяжесть кардиогенного шока коррелирует с площадью очага некроза при инфаркте, т. е. зависит от уменьшения массы функционирующего миокарда левого желудочка. У больных повторным инфарктом миокарда на фоне уже имеющихся постинфарктных рубцов кардиогенный шок может возникать и при мелкоочаговой форме инфаркта. Тяжесть кардиогенного шока зависит от: 1) его длительности; 2) реакции на прессорные амины; 3) выраженности олигурии; 4) степени выраженности ацидоза; 5) показателей артериального и пульсового давления. Наиболее тяжело протекает так называемый ареактивный шок, устойчивый к противошоковой терапии. Кардиогенный шок проявляется резким снижением артериального (особенно пульсового) давления, что сопровождается симптомами шока: бледностью, иногда цианозом кожи, холодным, липким потом. При этом черты лица заострены, пульс нитевидный, систолическое артериальное давление ниже 70 мм рт. ст., отмечаются нарушение сознания в различной степени, олигурия вплоть до анурии [1].

Кардиогенный шок является наиболее частым осложнением на догоспитальном этапе и встречается у 56% больных с осложненным течением ИМ. У мужчин кардиогенный шок встречается в 2 раза чаще, чем у женщин (см. диаграмму 1). В процентном соотношении в группе больных ИМ, осложненным кардиогенным шоком, преобладали мужчины (см. диаграмму 2).

Острая левожелудочковая недостаточность с явлениями сердечной астмы и

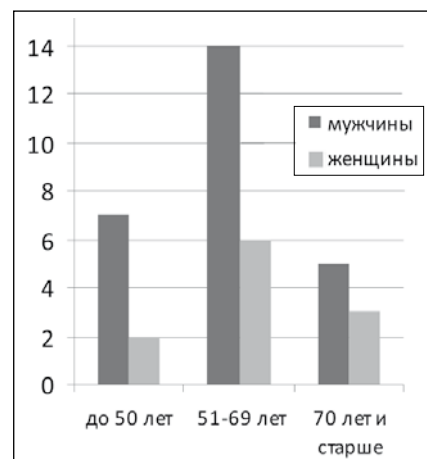


Диаграмма 1 – Частота развития кардиогенного шока у больных ИМ



Диаграмма 2 – Распределение больных по полу

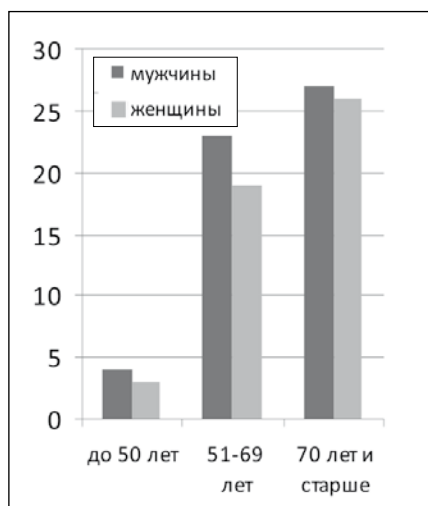


Диаграмма 3 – Частота развития острой левожелудочковой недостаточности у больных ИМ

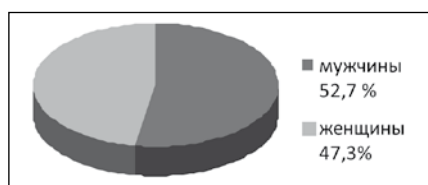


Диаграмма 4 – Распределение больных по полу

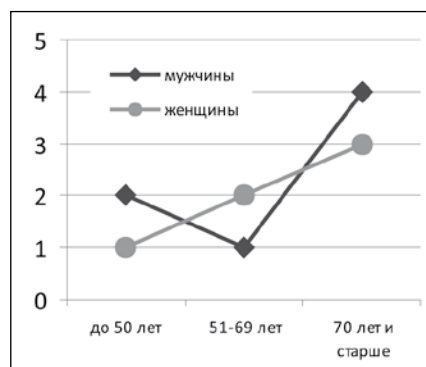


Диаграмма 5 – Частота нарушений ритма и проводимости у больных ИМ

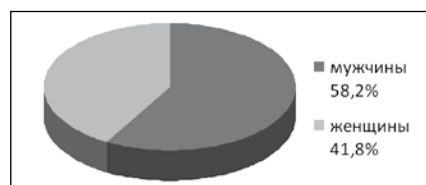


Диаграмма 6 – Распределение больных по полу

отека легких протекает особенно тяжело при инфаркте или разрыве сосочковой мышцы. При крупноочаговом инфаркте миокарда, тем более трансмуральном, всегда наблюдается латентная сердечная недостаточность. Острая правожелудочковая недостаточность при крупноочаговом инфаркте миокарда развивается редко. Клинически она проявляется увеличением печени, которая становится болезненной при пальпации, набуханием шейных вен, развитием более или менее выраженных отеков нижних конечностей. Сердечная недостаточность чаще всего проявляется в виде сердечной астмы и отека легких, т. е. острой левожелудочковой недостаточностью, а также острой недостаточностью правых отделов сердца – правожелудочковой недостаточностью.

Как видно из представленной диаграммы 3, ОЛЖН развивается чаще у больных старше 50 лет и особенно после 70 лет, причем частота увеличивается с возрастом больных. У мужчин и женщин ОЛЖН встречается практически с одинаковой частотой [1].

Нарушение ритма и проводимости сердца – наиболее частые осложнения острого крупноочагового инфаркта миокарда. Иногда они могут быть первыми и единственными проявлениями заболевания, особенно при повторных инфарктах миокарда. При круглосуточном наблюдении на мониторах нарушения ритма и проводимости регистрируются практически у всех больных в первые часы и сутки заболевания и более чем у половины в последующие дни. Преобладает экстрасистолия. Если на электрокардиограмме или при постоянном мониторинге регистрируются полиморфные, групповые и ранние желудочковые экстрасистолы, возникает опасность развития пароксизмальной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков. Примерно у четверти больных регистрируется предсердная экстрасистолия, которая может быть предвестником пароксизмальной

предсердной тахикардии, мерцания или трепетания предсердий. Реже наблюдается узловая предсердно-желудочковая тахикардия. Длительно существующая пароксизмальная тахикардия или тахикардия ведет к образованию сердечной недостаточности и аритмогенного шока.

Таким образом нарушения сердечного ритма и проводимости чаще регистрировались у больных старше 50 лет. У мужчин до 50 лет аритмии встречаются значительно чаще.

Выводы

Ранние осложнения инфаркта миокарда встречаются у больных всех возрастных групп. Самым частым и опасным осложнением ИМ является кардиогенный шок, который составляет 56% всех ранних осложнений. У мужчин кардиогенный шок встречается в 2 раза чаще, чем у женщин.

Острая левожелудочковая недостаточность осложняет течение

ИМ у каждого четвертого больного, особенно у пожилых. ОЛЖН встречается практически с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин.

Аритмии составили 20% всех осложнений ИМ и чаще встречались у больных старше 50 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Люсов В.А., Волов Н.А., Гордеев И.Г. Инфаркт миокарда. – М.: Литтерра, 2010. – 240 с.
- 2 Багненко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г., Хубутия М.Ш. Руководство по скорой медицинской помощи. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 786 с.
- 3 Бокерия Л.А., Мерзляков В.Ю., Федоридис Д.П., Сопин Л.И., Захаров А.А. Малоинвазивная реваскуляризация миокарда со сниженной сократительной способностью левого желудочка // Анналы хирургии. – 2006. – С. 10-14
- 4 Сумин С.А. Неотложные состояния. – 5-е издание переработанное и дополненное. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

**Р.А. ЕГАМБЕРДИЕВА, Ф. МЕЛДЕБЕКОВА,
Т. НУСИПӘЛІ, Н. РАЙМБЕРДИЕВА, Т. ШОҢҒАРАЕВА**
С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық
медицина университеті, Алматы қ.

**АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚОСАЛҚЫ СТАНЦИЯ-
СЫНДА №8 ЖМЖС МКҚК ЖҰМЫСЫНДА МИОКАРД
ИНФАРКТІНІҢ ЖИІ КЕЗДЕСЕТІН АСҚЫНУЛАРЫ**

Жедел миокард инфаркті бар науқастардың 300 шақырту карталарын зерттеу нәтижесінде ауруханаға дейінгі сатыда ерте асқынулардың даму жиілігіне талдау жасалды. Миокард инфаркті бар 22% науқастарда аурудың ағымына жағымсыз әсер ететін асқынулар анықталды және осы асқынулар ауруханаға дейінгі сатыда, стационарда да өлімнің себебі болып табылады.

Негізгі сөздер: миокард инфаркті, асқынулары, ауруханаға дейінгі саты.

S U M M A R Y

**R.A. YEGEMBERDIYEVA, F. MELDEBEKOVA,
T. NUSINALI, N. RAIMBERDIYEVA, T. SHONGARAYEVA**

Kazakh national medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

FREQUENT COMPLICATIONS OF MYOCARDIAL INFARCTION IN THE WORK OF THE STATE MUNICIPAL MANAGEMENT ORGANIZATION AMBULANCE STATION NO.8 SUBSTATION IN THE CITY OF ALMATY

Based on the results of the study in 300 cards calls to patients with acute myocardial infarction have analyzed the frequency of early complications in the pre-hospital setting. In 22% of patients with MI identified complications that adversely affect the course of the disease and are often the cause of death in patients with a pre-hospital ethane and in the hospital.

Key words: myocardial infarction, pre-hospital, patients.

УДК 616.12-008.331.1-053.6-06

А.С. ПЕРЕТЯГИНА, И.В. ГРЕБЕНЮКОВА, Н.В. МИХАЙЛОВА,
К.С. НИЕТБАЕВ, Т. ОХАРА, Г.Б. УМУТБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний в развитых странах мира. Данная проблема посещает людей не по критерию перехода к какой-то возрастной границе, а берет начало с детского и подросткового возраста. В данной статье рассмотрены факторы, влияющие на повышение артериального давления у подростков.

Ключевые слова: артериальное давление, артериальная гипертензия, подростки.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний в развитых странах мира. АГ является причиной многих сердечно-сосудистых осложнений, а те, в свою очередь, часто приводят к инвалидизации. И это определяет высокую медико-социальную значимость данного заболевания.

Много исследований и статей освещают АГ в спектре взрослого человека. Однако стоит задуматься, что данная проблема посещает людей не по критерию перехода к какой-то возрастной границе. И корни этой проблемы берут начало с детского и подросткового возраста.

А ведь АГ у подростков и лиц молодого возраста определяет уровень артериального давления (АД) и здоровье в целом у пациента в дальнейшем.

Эпидемиологические исследования, проведенные за рубежом, позволяют получить объективные данные о распространенности АГ у детей и подростков, которая составляет от 2,4 до 18% [1, 2, 3, 4].

С возрастом уровень АД увеличивается, что обусловлено увеличением массы тела и роста. Поэтому не существует единого норматива АД у подростков. В соответствии с IV отчетом по диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления у детей и подростков, опубликованного в США в 2004 году, у подростков, как и у взрослых, уровень АД $\geq 120/80$ мм рт.ст., но ниже 95-го перцентиля следует расценивать как предгипертензию. В Рекомендациях Европейского общества гипертензии по лечению высокого АД у детей и подростков (2009) термин «предгипертензия» был изменен на «высокое нормальное АД» [6, 7].

Повышение АД в настоящее время рассматривают как результат взаимодействия наследуемых генетических факторов с факторами внешней среды [5]. В наши дни данная проблема усугубляется обилием дополнительных внешних воздействий, таких как курение, употребление в пищу «fast food» (пища быстрого приготовления) и, ставших столь модными, энергетических напитков. К сожалению, их влиянию подвергается большинство молодежи в условиях сегодняшнего времени.

И именно поэтому цель исследования – изучить влияние самых распространенных, на наш взгляд, триггерных факторов на АД у подростков.

Материал и методы

В образовательной школе №142 г. Алматы нами было обследовано 132 ученика 10-11 классов. 66 человек – исследуемая группа, среди них 35 мальчиков (53%), 31 девочка (47%) в возрасте 16-17 лет. 66 учеников – контрольная группа, среди них 42 девочки (64%), 24 мальчика (36%). Нами был создан опросник, в котором учитывались такие факторы, как употребление «fast food», энергетических напитков, алкоголя, курение и отягощенная наследственность.

Из 66 подростков (исследуемая группа) 36 человек (54,5%) употребляют «fast food», 26 (39,4%) – энергетические напитки, 20 (30,3%) – алкоголь (пиво), 3 (4,5%) – курят и у 5 (7,6%) подростков имеется отягощенный наследственный анамнез (артериальная гипертензия у родителей) (диаграмма 1).

В контрольную группу путем опроса, вошли те школьники, которые практически не подвергались факторам риска.

Также учитывался такой немаловажный фактор, как

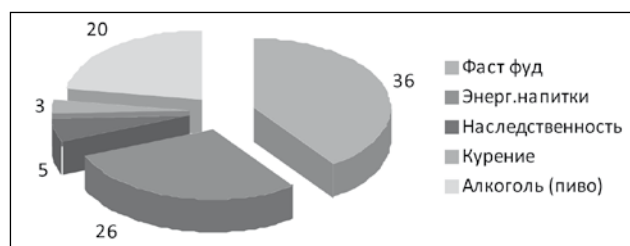


Диаграмма 1 – Факторы, влияющие на повышение АД

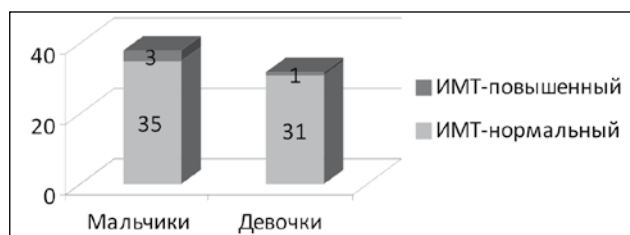


Диаграмма 2 – ИМТ у подростков