

ЧАСТОТА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

На основании результатов изучения 1823 карт вызовов к больным острым инфарктом миокарда проанализирована частота развития ранних осложнений на догоспитальном этапе. У 22% больных 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, догоспитальный этап.

Актуальность. ИМ является одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения, как в нашей стране, так и за рубежом. У мужчин в возрасте от 40 до 59 лет ИМ развивается ежегодно у 0,2–0,6%, а в старшей возрастной группе (60–64 г) заболеваемость ИМ еще выше и достигает 1,7% в год. Женщины заболевают ИМ в 2,5–5 раз реже мужчин, особенно в молодом и среднем возрасте. В последние годы отмечается рост заболеваемости ИМ, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. Несмотря на повсеместное снижение госпитальной летальности от ИМ, общая смертность от этого заболевания до сих пор остается высокой, достигая 30–50% от общего числа заболевших. Причем большая часть летальных исходов наступает на догоспитальном этапе.

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 %. Чем же можно объяснить неудовлетворительные результаты лечения сердечно-сосудистых заболеваний при первом контакте заболевшего с врачом? По-видимому, следует учитывать, что больше половины, а по некоторым данным - даже до 60 % людей с инфарктом миокарда погибают в течение первого часа заболевания, то есть тогда, когда медицинская помощь им еще не оказывается. Примерно у четверти больных инфарктом миокарда клинические проявления протекают малосимптомно, что не привлекают внимания больного, хотя имеют тот же самый неблагоприятный прогноз, что и у больных с развернутой клинической картиной инфаркта. 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. К ранним осложнениям, развивающимся в первые часы заболевания, относятся нарушения ритма и проводимости, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность.

Материал и методы: Проведен анализ 1823 карт вызовов к больным острым инфарктом миокарда. У 413 (22,65%) больных были диагностированы различные ранние осложнения ИМ которые значительно утяжеляли течение заболевания и явились причиной смерти 29 (1,6 %) больных. Среди больных с осложнениями ИМ мужчин было 259 (62,7%), женщин 156 (37,3%). Возраст больных колебался в пределах от 43 до 84 лет. Кардиогенный шок составил 56,2% (232), острая левожелудочковая недостаточность 24,5% (102), нарушения ритма и проводимости 19,3% (79)

Результаты и обсуждение. Кардиогенный шок - одно из наиболее тяжелых осложнений инфаркта миокарда, возникающее вследствие дезорганизации гемодинамики, ее нервной и гуморальной регуляции и нарушения жизнедеятельности организма. Кардиогенный шок проявляется расстройствами сознания, выраженной артериальной гипотензией, периферической вазоконстрикцией с тяжелыми нарушениями микроциркуляции. Клинически определяется выраженная и длительная артериальная гипотензия. Отмечаются бледная кожа, часто с цианотичным оттенком, иногда выраженный акроцианоз, холодный пот, спавшиеся вены, малый частый пульс. При тяжелом кардиогенном шоке наблюдаются функциональные нарушения функции почек, характеризующиеся олигурией вплоть до развития анурии. Могут наблюдаться различные нарушения ритма: тахи- или брадикардия, экстрасистолия, предсердно-желудочковые блокады, мерцание и трепетание предсердий, пароксизмальная тахикардия. Со стороны центральной и периферической нервной системы наблюдаются психомоторное возбуждение или адинамия, спутанность сознания или временная его потеря, расстройство кожной чувствительности, изменение сухожильных рефлексов. Развитие гипотензии не всегда указывает на тяжесть кардиогенного шока. Тяжелый шок может быть и при нормальном артериальном давлении. Иногда тяжелый шок приобретает волнообразное течение и обычно завершается летальным исходом.

Таблица1 - Частота развития кардиогенного шока у больных ИМ.

	До 50 лет	51-69 лет	70 лет и старше	всего
мужчины	47	68	31	146- 62,9%
женщины	11	47	28	86 – 31,1%
итого	58	115	59	232

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.

Острая левожелудочковая недостаточность с явлениями сердечной астмы и 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.

Таблица2 - Частота развития острой левожелудочковой недостаточности у больных ИМ.

	До 50 лет	51-69 лет	70 лет и старше	всего
мужчины	4	23	27	54- 52,7%
женщины	3	19	26	48- 47,3%
итого	7	42	53	102

Как видно из представленной таблицы 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.

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 мониторинговании регистрируются политопные, 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.

Таблица 3 - Частота нарушений ритма и проводимости у больных ИМ.

	До 50 лет	51-69 лет	70 лет и старше	всего
мужчины	11	18	17	46 – 58,2%
женщины	4	15	14	33 – 41,8%
итого	15	33	31	79

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 течения 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 С.Ф. Багненко, А.Л. Верткин, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутя. Руководство по скорой медицинской помощи. – «ГЭОТАР –Медиа», 2007. – 786с.
- 2 Сумин С.А. Неотложные состояния. -5-ое издание переработанное и дополненное. - Москва.:000. «Медицинское информационное агентство»2005г.-752с.
- 3 Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей./Под редакцией Верткина А.Л. Астана: РГКП «Дирекция административных зданий Администрации Президента и Правительства Республики Казахстан» УДП РК, 2004.-392с.
- 4 Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. 1232 с.

Түйін: Жедел миокард инфаркті бар науқастардың 1823 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.

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

Resume: Based on the results of the study in 1823 cards calls to patients with acute myocardial infarction have analyzed the frequency of early complications in the prehospital 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 etiology and in the hospital.