

*Примкулова Г.Н.
Ассистент кафедры
пропедевтика внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан*

ВОЗРАСТНО-ГЕНДЕРНЫЕ И КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТИПИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Резюме. В тех случаях, когда острый инфаркт миокарда (ОИМ) проявляется в своем классическом клиническом (ангинозном) варианте, его диагностика не представляет трудностей. Однако, по данным литературы, почти в четверти случаев течение заболевания носит атипичный характер, что значительно усложняет диагностику ОИМ, особенно на догоспитальном этапе. Следовательно, своевременное распознавание атипичных форм ОИМ является важной задачей во врачебной практике, поскольку определяет характер лечения и прогноз жизни больного. В настоящее время проблемы, связанные с атипичным клиническим течением ОИМ, особенно актуальны. Это объясняется общей тенденцией изменения возрастной структуры населения всех стран, которая проявляется неуклонным ростом удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, что ведет к увеличению среди больных ОИМ доли контингента данной возрастной категории.

Ключевые слова: сердечно-сосудистой заболеваемости, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), клубочковой фильтрации (СКФ), артериального давления (АД).

Primkulova G.N.

**AGE-GENDER AND CLINICAL-ANAMNESTIC PECULIARITIES OF
ATYPICAL CLINICAL FORMS OF ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION**

Summary. In cases where acute myocardial infarction (AMI) manifests itself in its classical clinical (anginal) variant, its diagnosis is not difficult. However, according to the literature, in almost a quarter of cases, the course of the disease is atypical, which significantly complicates the diagnosis of AMI, especially at the prehospital stage. Consequently, timely recognition of atypical forms of AMI is an important task in medical practice, since it determines the nature of treatment and the prognosis of a patient's life.

Currently, the problems associated with the atypical clinical course of AMI are especially urgent. This is explained by the general trend of changes in the age structure of the population of all countries, which is manifested by a steady increase in the proportion of elderly and senile people, which leads to an increase in the proportion of the contingent of this age category among AMI patients.

Key words: cardiovascular morbidity, left ventricular hypertrophy (LVH), glomerular filtration rate (GFR), blood pressure (BP).

Актуальность. В тех случаях, когда острый инфаркт миокарда (ОИМ) проявляется в своем классическом клиническом (ангинозном) варианте, его диагностика не представляет трудностей. Однако, по данным литературы, почти в четверти случаев течение заболевания носит атипичный характер, что значительно усложняет диагностику ОИМ, особенно на догоспитальном этапе [1]. Следовательно, своевременное распознавание атипичных форм

ОИМ является важной задачей во врачебной практике, поскольку определяет характер лечения и прогноз жизни больного. В настоящее время проблемы, связанные с атипичным клиническим течением ОИМ, особенно актуальны. Это объясняется общей тенденцией изменения возрастной структуры населения всех стран, которая проявляется неуклонным ростом удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, что ведет к увеличению среди больных ОИМ доли контингента данной возрастной категории. В свою очередь именно среди больных указанного возраста чаще всего и регистрируются атипичные клинические формы (АКФ) ОИМ [1—4].

Определенная сложность анализа АКФ ОИМ связана с отсутствием единой общепринятой классификации этих вариантов заболевания, несмотря на неоднократные попытки их систематизации. В связи с этим целесообразно упомянуть работу А.Г. Тетельбаума (1960 г.), который одним из первых разработал классификацию клинических проявлений ОИМ, позволяющую ставить "срочный" диагноз при первом контакте с больным в отсутствие данных лабораторных и электрокардиографических (ЭКГ) исследований. Он предложил выделять шесть основных форм дебюта ОИМ: загрудинно-болевой (классический), астматический, абдоминальный, церебральный, безболевой и комбинированный [5]. В дальнейшем попытки систематизировать АКФ ОИМ предпринимались неоднократно. В последних отечественных рекомендациях по диагностике и лечению больных с ОИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ предложены в качестве АКФ ОИМ астматический, абдоминальный, аритмический, церебральный и безболевой варианты [6]. Однако следует упомянуть, что в литературе в настоящее время достаточно часто и регулярно описываются такие АКФ инфаркта, как коллаптоидная и периферическая (с атипичной локализацией боли) [1, 7, 8]. Вероятно, по причине отсутствия единой классификации, а также в силу различных методических подходов и селективности анализируемого материала сведения о частоте распространения АКФ ОИМ, представленные в

литературе, достаточно сильно различаются. Например, по данным отдельных авторов, удельный вес астматического варианта течения ОИМ в структуре АКФ изменяется в диапазоне 19,2—33%, церебрального — 13—26,9%, периферического — 14—18%, безболевого — 6,4—27% [2, 7]. При этом большинство исследователей единодушно во мнении, что АКФ ОИМ регистрируются преимущественно у больных старше 60 лет с выраженной полиморбидностью, т. е. наличием у них нескольких заболеваний, каждое из которых имеет свои специфические проявления, особенности течения и прогноз [2, 4, 9]. Вместе с тем в литературе имеются лишь единичные публикации, в которых отражена подробная возрастная, половая, клинико-анамнестическая характеристика больных с конкретной АКФ ОИМ. Чаще всего подобного рода информация представлена в сообщениях, описывающих и анализирующих какой-либо конкретный случай из врачебной практики. Однако данные, реально отражающие ситуацию, могут быть получены лишь в результате исследований, выполненных на популяционном уровне, на основе многолетних эпидемиологических программ с жестко унифицированными диагностическими критериями.

Цель исследования — изучить возрастно-гендерные и клинико-анамнестические особенности больных с атипичными клиническими формами (АКФ) острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы. Исследование основано на данных программы ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда". Изучено 836 случаев заболевания ОИМ, АКФ ОИМ выявлены у 184 (22,0%) больных. В структуре АКФ ОИМ выделяли следующие варианты: астматический (32,6%), коллаптоидный (31,5%), абдоминальный (13,6%), аритмический (7,6%), периферический (5,4%), безболевого (4,9%), церебральный (4,3%).

Результаты исследования. Больше всего мужчин (62,5%) оказалось в группе больных с абдоминальной формой ОИМ, женщин (75,0%) — в группе с церебральной формой. Во всех анализируемых группах преобладали лица

старше 60 лет. В группе больных с церебральным вариантом выявлено больше всего лиц, перенесших ранее ОИМ (50,0%). Сахарный диабет чаще всего (55,6%) регистрировался среди лиц с безболевым КФ. Диагностика АКФ ОИМ оказалась низкой. Из всех АКФ после первого врачебного осмотра лучше всего (55,5%) распознавался безболевой вариант ОИМ. Во всех случаях течение ОИМ было осложненным. При АКФ ОИМ зарегистрирована высокая летальность, а в группах с аритмической и церебральной формами она достигала 100%.

Вывод. Вся группа больных с АКФ ОИМ представлена возрастным контингентом, тяжелым в клиническом, анамнестическом и прогностическом плане. Неудовлетворительная диагностика АКФ ОИМ приводила к высокой летальности в данной группе больных. С учетом того, что общей тенденцией изменения возрастной структуры населения России является неуклонный рост доли лиц старших возрастных групп, частота встречаемости АКФ ОИМ будет постоянно возрастать.

Литература

1. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения. Форум. Ишемическая болезнь сердца 2000; № 1: с. 2–5.
2. Гайрабекова Ф.Р. Динамика тропонина Т в сыворотке крови у пациентов с ишемической болезнью сердца до и после стентирования коронарных артерий/ Ф.Р. Гайрабекова, М.А. Чичкова // Современные наукоемкие технологии. - 2012. - №5. -С. 5-7.
3. Гайрабекова Ф.Р. Динамика острофазового ответа как диагностический маркер синдрома «малых повреждений миокарда» до и после стентирования коронарных артерий/ Ф.Р. Гайрабекова, Ю.М. Чичков // Сердечно-сосудистые заболевания. -2013. - Том 14. - №6. - С. 283.
4. Атеросклероз. Вторичная профилактика атеротромбоза после хирургического лечения ИБС. Учебно-методическое пособие/ М.А. Чичкова,

Ф.Р. Гайрабекова, В.Н. Мещеряков, Е.А. Белова. - Астрахань: Издательство «Астраханская государственная медицинская академия», 2012. - 216с.

5. Akarasereenont P., Nuamchit T., Thaworn A. et al. Serum nitric oxide levels in patients with coronary artery disease. J. Med. Assoc. Thai. 2001; 84 (suppl. 3): S730 – S739.

6. Чазов Е.И. Проблема лечения больных ишемической болезнью сердца. Терапевтический архив 2009: № 9: с. 5–9.

7. Метелица В.И. Новое в лечении хронической ишемической болезни сердца., М., 1999, 209 стр.