

ИНФАРКТ МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Самиев У.Б.¹, Ярмухамедова С.Х.², Гаффоров Х.Х.³, Назаров Ф.Ю.⁴, Камолова Д.Ж.⁵

¹Самиев Уткур Басирович - доцент;

²Ярмухамедова Саодат Хабибовна - доцент;

³Гаффоров Худодёр Худойбердиевич - ассистент;

⁴Назаров Феруз Юсупович - ассистент;

⁵Камолова Диёра Жамшидовна - резидент магистратуры,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, лечебный факультет,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в статье обсуждаются особенности клиники, диагностики и лечения инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста. Большое внимание уделено особенностям электрокардиографической диагностики инфаркта миокарда у этой категории лиц в различных клинических ситуациях. У больных старших возрастных групп, при инфаркте миокарда типичные изменения на ЭКГ регистрируются только в 50–65% случаев, а повышение уровня ферментов выявляется в 85–90%. Таким образом, клинические проявления инфаркта миокарда у пожилых людей могут быть разнообразными и эти особенности необходимо учитывать при диагностике.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, электрокардиографическая диагностика, кардиоспецифические ферменты.

Введение. Борьба с инфарктом миокарда (ОИМ) является на сегодняшний день, одной из самых актуальных проблем современной кардиологии. В связи с увеличением продолжительности жизни в нашей стране, становится наиболее актуальным развитие инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте. Главной причиной ОИМ в пожилом и старческом возрасте является стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Роль же спазма этих артерий, других аномалий венечных артерий с возрастом резко снижается и не имеет существенного значения. На сегодняшний день принято различать инфаркт миокарда с зубцом Q и инфаркт миокарда без зубца Q. Как правило, инфаркт миокарда с зубцом Q возникает в результате тромбоза крупной коронарной артерии с плохо развитыми коллатеральными. Инфаркт миокарда без зубца Q рассматривается как нетрансмуральный (мелкоочаговый) и возникает у пациентов с хорошо развитыми коллатеральными. Распространенность инфаркта миокарда без зубца Q достигает примерно 70–75%. Инфаркту миокарда у пожилых в большинстве случаев предшествуют изменения характера приступов стенокардии, т.е. переход ее в нестабильную форму. С возрастом повышается роль артериальной гипертензии, особенно ее осложнений (гипертонический криз), увеличивается значение физических перегрузок, операций; роль нервного перенапряжения. Различают следующие факторы, способствующие развитию инфаркта миокарда у пожилых: возрастные изменения физико-химических и биохимических свойств крови; изменения гемодинамики; снижение скорости кровотока, изменение реологических свойств крови; изменения сосудистой стенки; гиперпластические и деструктивные процессы (возрастной склероз). Увеличению с возрастом частоты распространения инфаркта миокарда, существенному изменению его клинической картины способствуют выраженные атеросклеротические нарушения в сочетании с возрастными факторами, развитие одновременно ряда других заболеваний.

Клиническая картина. Клиническая картина инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности. Инфаркт миокарда в пожилом, а особенно в старческом возрасте редко начинается с типичной классической ангинозной картины. Кроме того, у пожилых людей при инфаркте миокарда боль может возникнуть не только за грудиной, но и в плечевых суставах, грудной клетке, эпигастральной области, в области нижней челюсти и в других местах. Лишь через какое-то время она может локализоваться в области сердца, но и это бывает не всегда. Кроме того, болевые ощущения у лиц старших возрастных групп незначительные. Тромбоз венечных артерий у них развивается медленнее в связи с тем, что у них имеется довольно развитое коллатеральное кровообращение. Кроме того, в данном случае имеют значение и возрастные изменения психики больного. Ещё у пожилых пациентов вследствие хронического нарушения коронарного кровообращения возникает перерождение нервных элементов в сердечной мышце, снижается функция рецепторного аппарата, нарушается передача информации в центральную нервную систему. Поэтому диагностика инфаркта миокарда у пожилых требует тщательной оценки клинических симптомов. У больных пожилого и старческого возраста чаще встречаются атипичный болевой синдром (нерезкая ноющая боль за грудиной, ощущение давления). Очень часто у лиц пожилого и старческого возраста наблюдается атипичные формы клинического течения: церебральная (острое нарушение мозгового кровообращения, потеря сознания, резкая слабость), аритмическая (иногда единственное проявление), абдоминальная (ощущение дискомфорта в эпигастральной области или в нижнем отделе живота, иногда с частыми позывами на мочеиспускание), астматическая и другие атипичные формы инфаркта миокарда. Также в пожилом возрасте наблюдается и безболевая (нет определенных клинических проявлений) форма.

Безболевая форма инфаркта миокарда может встречаться в среднем у 30-35% больных пожилого возраста и у около 40% пациентов старческого возраста.

С возрастом при инфаркте миокарда заметно возрастает частота различных нарушений ритма сердечной деятельности: такие как: мерцательная аритмия, частые экстрасистолы, различные блокады сердца. У больных пожилого возраста к инфаркту миокарда присоединяются многочисленные ранние и поздние осложнения, такие как кардиогенный шок, возникающий при мелкоочаговых инфарктах миокарда, тромбоэмболии различных сосудистых областей (наиболее часто – ветвей легочной артерии), отек легких, разрывы миокарда, аневризмы сердца, острые нарушения кровообращения, а также инсульт, пневмонии, хроническая сердечная недостаточность и др. Течение инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста нередко носит затяжной рецидивирующий характер. Такое течение типично прежде всего для пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и обуславливается определенным состоянием коллатерального кровообращения: при недостаточной компенсации кровообращения через сеть анастомозов возникают новые очаги некроза. Это может проявляться клиническими, электрокардиографическими и биохимическими признаками, характерными для инфаркта миокарда, либо протекает атипично, без болевого синдрома, что особенно свойственно больным более старших возрастных групп. Наиболее часто затяжной инфаркт миокарда протекает по типу острой левожелудочковой недостаточности или нарушения ритма сердца. Инфаркт миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста в большинстве случаев сопровождается приступами стенокардии, что связано с хронической коронарной недостаточностью, обусловленной стенозирующим атеросклерозом. Постинфарктная стенокардия может возникать сразу после прекращения острых ангинозных болей или несколько позже и протекать по классической схеме, либо атипично.

Диагностика: Инфаркт миокарда диагностируется на основании следующих признаков: длительный приступ ангинозных болей в грудной клетке; изменения на ЭКГ, характерные для ишемии или некроза миокарда; повышение активности ферментов крови. В подавляющем большинстве случаев правильный диагноз устанавливается на основании клинической картины и ЭКГ, поскольку определение сердечных тропонинов не всегда возможно. Диагностика крупноочагового инфаркта миокарда у пожилых обычно не вызывает затруднений, так как он проявляется на ЭКГ характерными изменениями комплекса QRS, сегмента ST и зубца T. Трудности возникают при диагностике инфаркта миокарда, развивающегося на фоне нарушений сердечного ритма и проводимости, особенно блокад ножек пучка Гиса, а так же при мелкоочаговом инфаркте миокарда у пациентов с электрокардиографическими признаками хронической коронарной недостаточности. В таких случаях необходимо динамическое сопоставление ЭКГ с клиническими данными и результатами лабораторных исследований. Затруднения бывают и при диагностике атипичных, безболевых, затяжных вариантов инфаркта миокарда. Здесь врач должен обращать внимание на ухудшение самочувствия пациентов, появление у них нарушений ритма сердца, усиление одышки и другие жалобы, которые могут оказаться клиническими масками инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте. У больных пожилого и старческого возраста нередко приходится проводить дифференциальную диагностику между инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. Вследствие расстройства гемодинамики инфаркт миокарда может привести к острому нарушению мозгового кровообращения и зачастую оставаться не диагностированным. Или же инсульт может осложниться инфарктом миокарда. Встречается и сочетание инфаркта миокарда и инсульта. Кроме того, при диагностике инфаркта миокарда у пожилых следует учитывать, что у них бывает менее выраженная температурная реакция, а нередко она вообще отсутствует.

Изменения крови (увеличение числа лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов) при инфаркте миокарда у пожилых могут быть незначительными. При оценке периферической гемограммы необходимо помнить, что повышение СОЭ у больных старших возрастных групп могут вызывать сопутствующие заболевания. Большое значение в диагностике инфаркта миокарда имеет исследование таких ферментов крови, как аспаратаминотрансфераза (АсАТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) и ее изофермент (ЛДГ1), креатинфосфокиназа (КФК) и ее изофермент МВ, миоглобин и др. В последние годы в качестве биохимических маркеров повреждения (некроза) миокарда используется определение сердечных тропонинов Т и I, которые более специфичны традиционно определяемых КФК и ее МВ-формы. Повышенный уровень тропонинов Т и I указывает на некроз клеток миокарда, т.е. на инфаркт миокарда.

При оценке содержания в крови биохимических маркеров повреждения миокарда необходимо учитывать и время по отношению к болевому приступу. Миоглобин – относительно ранний маркер, тогда как повышение МВ-фракции КФК и тропонина появляется позже. Тропонины могут быть повышенными в течение одной-двух недель.

Согласно рекомендациям Американской коллегии кардиологов (АКК) и Американской ассоциации сердца (ААС) 2007 г. тропонин рассматривается как один из наиболее информативных биомаркеров инфаркта миокарда.

Тропонины могут быть выявлены в крови через 2–4 ч с момента возникновения инфаркта миокарда, а в некоторых случаях повышение их уровня может быть отсрочено на 8–12 ч. Как было указано выше, определение сердечных тропонинов не всегда возможно поэтому диагностические критерии инфаркта миокарда в отсутствие измерения уровня тропонина принято считать следующими:

– клинические признаки, болевой синдром появление сердечной недостаточности или усугубление ее, аритмии);

– подъем сегмента ST и другие ЭКГ признаки

– биохимические маркеры и время их появления по отношению болевому приступу.

Кроме того надо также помнить, что у больных старших возрастных групп, при инфаркте миокарда типичные изменения на ЭКГ регистрируются толь-ко в 50–65% случаев, а повышение уровня ферментов выявляется в 85–90%. Таким образом, клинические проявления инфаркт миокарда у пожилых людей могут быть разнообразными и эти особенности необходимо учитывать при диагностике.

Список литературы

1. Агабабян И.Р., Адиллов А.С. Антагонисты кальция в лечении хронической сердечной недостаточности // Вестник врача. С. 12.
2. Агабабян И.Р., Исхандарова Ф.И. Основные факторы развития артериальной гипертензии и ожирения у неорганизованного населения Самаркандской области // International Medical Scientific Journal, 2015. С. 30.
3. Аляви А.Л., Шодикулова Г.З., Курбанова З.П. Взаимосвязь активности матриксных металлопротеаз, гликозаминогликанов и глюкуронидазы с уровнем ионов магния в крови больных недифференцированной дисплазией соединительной ткани с пролапсом митрального клапана // O'zbekiston terapiya axborotnomasi. С. 80.
4. Ахмедов Ф.К., Дустова Н.К. Особенности изменений функции левого желудочка у беременных с преэклампсией // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 131.
5. Габченко А.К. Самиев У.Б. Особенности морфофункционального строения интримурельных сосудов сердца у человека в пожилом возрасте. Проблемы биологии и медицины. № 4, 2004. с. 96-97.
6. Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А. Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертензией женщин перименопаузального возраста // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 1. С. 10-10.
7. Иргашева У.З., Ишанкулова Н.Н., Тоиров Э.С. Значение клинико-инструментальных методов исследования при диагностике поражений сердца у больных ревматоидным артритом // Тюменский медицинский журнал, 2012. № 2.
8. Кадырова Ф. и др. Распространенность бессимптомной гиперурикемии среди больных ишемической болезнью сердца // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. Т. 53.
9. Насырова З.А. и др. Влияние гиперурикемии на клиническое течение и развитие осложнений ИБС // Наука и образование: проблемы и стратегии развития, 2017. Т. 2. № 1. С. 34-37.
10. Самиев У.Б., Габченко А.К. Строение интракардиальных сосудов сердца человека в норме и при инфаркта миокарда. Научные труды ММА им. Сеченова Москва, 2002. С. 224-226.
11. Самиев У.Б., Хайдарова Д.С. Клинико-физиологические особенности безболевой ишемии миокарда в пожилом и старческом возрасте // Материалы XXIII съезда Физиологического общества им. ИП Павлова с международным участием, 2017. С. 164-165.
12. Ташкенбаева Э.Н. Гиперурикемия в механизмах развития метаболического синдрома и сердечно-сосудистых осложнений // Медицинский журнал Узбекистана, 2006. Т. 4. С. 91-95.
13. Ташкенбаева Э.Н. и др. Применение методов коррекции эндотелиальной дисфункции и пуринового обмена у больных с ишемической болезнью сердца // Вестник экстренной медицины, 2013. № 3.
14. Хасанжанова Ф.О. и др. Изменение маркеров некроза кардиомиоцитов у больных с инфарктом миокарда в зависимости от возраста. Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент, 13-14 сентября, 2018.
15. Хасанжанова Ф.О. и др. Различия в частоте развития основных осложнений у больных с острым инфарктом миокарда // Актуальные научные исследования в современном мире, 2018. № 10-6. С. 39-41.
16. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
17. Шодикулова Г.З. Влияние L-аргинина на дисфункцию эндотелия у больных с врожденным пролапсом митрального клапана // Казанский медицинский журнал, 2014. Т. 95. № 3.
18. Ярмухамедова С.Х., Шодикулова Г.З. Параметры внутрисердечной гемодинамики и структурно-функционального состояния миокарда при монотерапии больных эссенциальной гипертензией моксонидином // Академический журнал Западной Сибири, 2011. № 6. С. 37-38.
19. Ярмухамедова С.Х., Бекмурадова М.С. Особенности диастолической дисфункции правого желудочка у больных артериальной гипертензией на фоне сердечной недостаточности // Национальная Ассоциация Ученых, 2016. № 1. С. 18-18.
20. Ярмухамедова С.Х. Структурно-функциональное состояние правого желудочка у больных артериальной гипертензией // Национальная Ассоциация Ученых, 2016. № 1. С. 17-17.
21. Ярмухамедова С.Х., Шодикулова Г.З. Параметры внутрисердечной гемодинамики и структурно-функционального состояния миокарда при монотерапии больных эссенциальной гипертензией моксонидином // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 3. С. 33-34.

22. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // *Nagoya journal of medical science*, 2014. T. 76. № 3-4. C. 255.
23. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // *The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia*. – Springer, Dordrecht, 2008. C. 249-252.