

616.1

ОТСУТСТВИЕ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ СВЕЖИХ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ И КУРЕНИЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Ибрагимова В.Э.

Студент ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г.Ростов-на-Дону, e-mail: ledy_ibra99@mail.ru

Реферат. В публикации приводится пример острого инфаркта миокарда в 33 летнем возрасте. По данным коронарографии выявлены стенозы 70% в проксимальном и среднем сегментах правой коронарной артерии и гемодинамически не значимые стенозы в других коронарных артериях. Выполнено стентирование правой коронарной артерии. Инфаркт миокарда явился следствием быстро прогрессирующего атеросклероза коронарных артерий. К развитию атеросклероза предрасполагалаотягощенная наследственность по отцовской линии. Кроме того, у больного го выявлены и корригируемые факторы риска. По профессии он кадровый военный, в течение 10 лет служил на Севере. В рационе питания практически отсутствовали свежие овощи и фрукты. В течение пятнадцати лет пациент курил по одной пачке сигарет в день. Как следствие, наличие у больного атерогенной дислипидемии, выявленной уже после заболевания. Своевременное устранение этих факторов риска позволило бы избежать угрожающего жизни состояния, которым является острый инфаркт миокарда. В связи с тем, что меры по первичной профилактике практически совсем не осуществлялись пациентом, большая ответственность отводится выполнению рекомендаций по вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений в полном объеме. Только устранение всех имеющихся факторов риска и своевременно назначенная терапия, которую он должен принимать пожизненно, даст возможность предупредить развитие ишемической дилатационной кардиомиопатии и улучшить прогноз.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, молодой пациент, отсутствие в рационе питания свежих овощей и фруктов, коронарный атеросклероз, дислипидемия.

ABSENCE OF FRESH VEGETABLES AND FRUITS IN THE DIET AND SMOKING AS A RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG AGE

Ibragimova V.E.

Student of Rostov State Medical University , Rostov-on-Don e-mail:ledy_ibra99@mail.ru

Abstract. In the publication, an example of myocardial infarction at age of 33 years is given. According to coronary angiography, 70% stenosis in the proximal and middle right coronary artery and hemodynamically insignificant stenosis in other coronary arteries were detected. Stenting of the right coronary artery was performed. Myocardial infarction was the result of rapidly progressive atherosclerosis of the coronary arteries. Burdened heredity on the paternal side predisposed to the development of atherosclerosis. In addition, corrective risk factors have been identified in the patient. He is a professional soldier by profession, he served in the North for 10 years. In the diet there was almost no fresh vegetables and fruits. For fifteen years, the patient smoked one pack of cigarettes a day. As a result, the patient has atherogenic dyslipidemia identified after the disease. Timely elimination of these risk factors would help to avoid a life-threatening condition, which is an acute myocardial infarction. Due to the fact that the primary prevention measures were practically not carried out at all by the patient, great responsibility is given to the implementation of recommendations on secondary prevention of cardiovascular complications in full. Only elimination of all existing risk factors and timely prescribed therapy, which he should take for life, will provide an opportunity to prevent the development of ischemic dilated cardiomyopathy and improve the prognosis.

Key words: myocardial infarction, a young patient, the lack of food in the diet of fresh vegetables and fruits, coronary atherosclerosis, dyslipidemia.

К развитию инфаркта миокарда в молодом возрасте обращено пристальное внимание исследователей [1]. Ранее считалось, что инфаркт миокарда в основном возникает в среднем и пожилом возрасте. Развитие этого заболевания в возрасте до 45 лет, как правило, было связано с аномалиями строения венечных артерий, гиперкоагуляцией, расслоением или

воспалительными изменениями, возникающими при ревматизме, узелковом периартериите болезнях Такаясу, Kawasaki, инфекционном эндокардите. В ряде случаев длительный спазм коронарных артерий, вызванный чрезмерным физическим или нервно-эмоциональным напряжением, а также злоупотреблением наркотических средств или медикаментами [2]. В последнее время увеличилась роль атеросклероза коронарных артерий. Во многом это связано с неправильным образом жизни, а именно гиподинамией, увеличением калорийности употребляемой пищи, преобладанием в рационе трансгенных жиров, легкоусвояемых углеводов. Накладывает отпечаток высокий общий темп жизни, работа в сверхурочные часы, пребывание в состоянии хронического стресса, а так же употребление алкоголя, энергетических напитков и курение, что приводит к симпатической гиперактивации. В результате у молодых пациентов растет частота встречаемости дислипидемии, ожирения, нарушения толерантности к углеводам и сахарного диабета. Как следствие растет частота встречаемости острого инфаркта миокарда (ОИМ) на фоне быстро прогрессирующего атеросклероза коронарных артерий. Выявлено, что служба в районах Крайнего Севера и Арктики способствует возникновению и прогрессированию сердечно-сосудистой патологии. Среди факторов риска у военнослужащих Арктического региона наиболее часто выявлялись дефицит свежих овощей и фруктов в рационе питания, повышенная масса тела и ожирение в сочетании с гиподинамией. По инструментальным данным обнаружены высокая частота развернутых стадий жирового гепатоза а также снижение эластичности артерий [3]. Рассмотрим клинический случай, заслуживающий внимания с точки зрения наличия у пациента корригируемых факторов риска, способствующих быстрому прогрессированию атеросклероза и развитию инфаркта миокарда в молодом возрасте.

Пациент Р., 33лет обратился на прием кардиолога 13.08.2018г с жалобами на боли за грудиной, пекущего характера, которые возникают при ходьбе в быстром темпе до 250. Проходят после прекращения нагрузки, приема нитратов, одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: 19.07.17 г. перенес острый инфаркт миокарда заднебазальных отделов с переходом на боковую стенку левого желудочка. По данным коронарографии выявлен стеноз 50% в проксимальном сегменте огибающей ветви; 40% в проксимальной трети второй ветви тупого края; 70% в проксимальном и среднем сегментах правой коронарной артерии. 27.10.17 г. выполнено стентирование правой коронарной артерии. Из анамнеза курил с 18 лет 1пачку сигарет в день. После ОИМ прекратил. Наследственность отягощена по отцовской линии. Отец перенес ОИМ в 55 лет. Пациент по профессии кадровый военный в течение 10 лет служил на Севере. В рационе питания практически отсутствовали свежие овощи и фрукты. По данным объективного осмотра: рост 177 см, вес 90 кг, ИМТ 31,1 кг/м². Объем талии 98 см, объем бедер 107 см. АД 134/77 мм рт. ст. ЧСС 64 в мин. В остальном

объективные данные без особенностей. По данным эхокардиоскопии от 13.08.2018: Аорта: восходящий отдел: 33 мм. Аортальный клапан (АК): 3-х створчатый, створки уплотнены, регургитация на АК: нет ГД пик. на АК 6,0 мм рт.ст. Левое предсердие: 35 мм. Правый желудочек: 28 мм. Митральный клапан (МК): створки уплотнены. Регургитация на МК первой степени. Систолическая функция левого желудочка (ЛЖ): конечный диастолический размер: 51 мм, конечный диастолический объем: 125 мл, фракция выброса: 55%. Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 11 мм, толщина задней стенки в диастолу 11 мм. Трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитации нет. Легочная артерия: 31 мм. Регургитации на легочном клапане нет. Градиент давления на легочном клапане 5 мм рт.ст. Заключение: состояние после стентирования. Умеренное уплотнение стенок аорты. Размеры полостей сердца в норме. Систолическая функция ЛЖ скомпенсирована на фоне локального гипокинеза центрально-базовых сегментов задней и задне-базальной стенок левого желудочка. Нарушение релаксации миокарда ЛЖ. Минимальная недостаточность на митральном клапане.

Ультразвуковое триплексное сканирование (УЗТС) брахиоцефальных артерий: комплекс интима-медиа 1,2 мм, дифференцировка на слои нарушена. В устье внутренней сонной артерии справа локальная гиперэхогенная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет на 15 %. Гемодинамически значимых стенозов и изгибов сонных артерий с 2-х сторон не выявлено. Непрямолинейность хода обеих позвоночных артерий, кровотоков сохранен, снижен. По подключичным артериям кровотоков магистрального типа с двух сторон. УЗТС артериальной системы нижних конечностей, брюшной аорты и ее ветвей: диаметр брюшного отдела аорты не увеличен. Гемодинамически значимых стенозов артерий нижних конечностей нет. Кровоток магистрального типа на всех уровнях с двух сторон.

УЗТС венозной системы нижних конечностей: глубокие вены слева: проходимы, сжимаемы, клапаны состоятельны. Глубокие вены справа: проходимы, сжимаемы, клапаны состоятельны. Большая подкожная вена слева: не расширена, проходима, сжимаема, клапаны состоятельны. Большая подкожная вена справа: не расширена, проходима, сжимаема, клапаны состоятельны. Малая подкожная вена слева: не расширена, проходима, сжимаема. Малая подкожная вена справа: не расширена, проходима, сжимаема. Остиальный клапан: состоятелен с 2-х сторон. Заключение: умеренное расширение притоков большой подкожной вены на бедре с 2х сторон, на голени слева. Глубокие и поверхностные вены нижних конечностей проходимы на всех уровнях. Лимфостаза нет.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек: печень вертикальный размер правой доли 135 мм. Контур ровный четкий. Эхоструктура однородная. Эхогенность обычная. V. portae d 10 мм. Желчный пузырь: размеры: 80x26 мм. Стенки ровные, не

утолщены. Форма изгиб в теле. В просвете конкременты не визуализируются. Эхоструктура желчи прозрачная. Желчные протоки не расширены. Холедох диаметр 4 мм. Поджелудочная железа: контуры ровные четкие. Размеры: головки 32 мм тела 22 мм хвоста 30 мм.

Эхоструктура однородная. Эхогенность повышенная. Селезенка: размеры 90x32 мм эхоструктура однородная. Почки: правая: размеры 116x50 мм. Расположение норма. Контур ровный, четкий. Паренхима 18 мм. Эхоструктура паренхимы однородная. Эхогенность паренхимы обычная. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая: размеры: 115x50 мм. Расположение норма. Контур ровный, четкий. Паренхима 17 мм. Эхоструктура паренхимы однородная. Эхогенность паренхимы обычная. Чашечно-лоханочная система не расширена. В проекции надпочечников патологические образования не визуализируются. Заключение: диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

УЗИ мочевого пузыря и простаты с определением остаточной мочи: мочевого пузыря объем 400 см куб. На данном объеме патологические образования не визуализируются. Стенки ровные. Содержимое однородное. Предстательная железа: Размеры 30x22x24 мм. Объем 8,4 см куб. Контуры четкие, ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность обычная.

Дополнительные образования: не визуализируется. Заключение: УЗ-патологии не выявлено.

По данным ЭКГ: синусовая брадикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Рубцовые изменения миокарда нижней стенки левого желудочка. На последующей серии ЭКГ-без существенной динамики. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) 68 уд/мин. Максимальная ЧСС 107 уд/ мин., минимальная ЧСС 49 уд/мин. Циркадный индекс -1,21. Определяется переходящая депрессия сегмента ST в 3 отведении. Поданным велоэргометрии исходная ЧСС 60 ударов в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Нагрузка прекращена в конце 3-й мин. в связи с достижением субмаксимальной частоты сердечных сокращений 123 удара в мин. АД на высоте нагрузки 140/90мм рт. ст. На ЭКГ зарегистрирована горизонтальная депрессия ST сегмента на 1 мм в отведениях V2-V5. В восстановительном периоде через 10 мин. после прекращения пробы ЧСС 76 в мин., АД-120/80 мм рт. ст. Выполненная нагрузка соответствует 2 функциональному классу. Толерантность к физической нагрузке - средняя.

По данным холтеровского мониторирования ЭКГ регистрировался синусовый ритм со средней ЧСС 61 уд/мин. Максимальная ЧСС 116 уд/мин. наблюдалась в 10 час 11 мин. во время ходьбы. Минимальная – 39 уд/мин. в 5 час 01 мин. За время мониторирования зарегистрированы редкие одиночные желудочковые экстрасистолы 5, 142 единичных и групповых наджелудочковых экстрасистол и 3 эпизода пробежек наджелудочковой тахикардии, аритмии с ЧСС от 126 уд/мин., более 10 эпизодов ускоренного эктопического

ритма. Пауз 3790. Зарегистрированы после желудочковых, наджелудочковых экстрасистол и во время синусовой брадиаритмии (в ночное время). Максимальная пауза 1924 мс, зарегистрирована после наджелудочковой экстрасистолы в 4 час. 05 мин. Зарегистрировано 5 эпизодов ишемической депрессии сегмента ST, общей продолжительностью 26 мин. По данным лабораторных исследований: общий билирубин 18,7 мкмоль/л; аспартатаминотрансфераза 21 ед/л, аланинаминотрансфераза 12,5 ед/л, мочевины 6,3 ммоль/л; креатинин 71 мкмоль/л; глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 74 ммоль/л, Общий анализ крови: гемоглобин 164 г/л; эритроцитов $5,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоцитов $7,8 \times 10^9$ /л; Палочкоядерных - 5%; Сегментоядерных 67%; Лимфоцитов 21%; Моноцитов 7%; Тромбоцитов 165×10^9 /л.

Коагулограмма: Активное частичное тромбопластиновое время 32 сек; протромбиновый индекс 67%; фибриноген 3,85 г/л; международное нормализованное отношение 1,56.

Общий анализ мочи цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная; удельный вес 1012; pH 5,5, лейкоцитов 1-2 в поле зрения, эритроцитов 0-1 в поле зрения, эпителий 1-2 в поле зрения.. По результатам липидограммы: общий холестерин 7,11 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности 0,95 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой и очень низкой плотности 6,16 ммоль/л, триглицериды 1,83 ммоль/л

Установлен следующий диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения ФК 2. Постинфарктный кардиосклероз (19.07.2017 г). Стентирование правой коронарной артерии (27.10.17г.). ХСН I. ФК 2.

Таким образом, острый инфаркт миокарда в 33 летнем возрасте явился следствием стенозирующего атеросклероза коронарных артерий. Наряду с отягощенной наследственностью по отцовской линии, у пациента выявлены факторы риска, своевременное устранение которых позволило бы избежать этого угрожающего жизни состояния. К ним относятся пятнадцатилетний стаж курения по одной пачке сигарет в день и отсутствие в рационе питания свежих овощей и фруктов, связанное со службой на Севере. Как следствие, наличие у пациента атерогенной дислипидемии, выявленной уже после острого инфаркта миокарда. В связи с тем, что меры по первичной профилактике практически совсем не осуществлялись пациентом, большая ответственность отводится выполнению рекомендаций по вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений в полном объеме. Острый инфаркт миокарда в молодом возрасте прогностически неблагоприятен. Как правило, в дальнейшем развивается патологическое ремоделирование левого желудочка, возможно развитие постинфарктной аневризмы [4,5]. Только устранение всех имеющихся факторов риска и своевременно назначенная терапия, которую пациент

должен принимать пожизненно, дает возможность предупредить развитие ишемической дилатационной кардиомиопатии и улучшить прогноз [6-10].

Литература:

1. Константинова, Е. В. Инфаркт миокарда у молодых: причины и прогноз заболевания / Е.В.Константинова, Н. М. Балаян, Н. А. Шостак //Клиницист. -2016 – Том 10.- С. 10-15.
2. Подзолков, В. И. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и коморбидная патология как причины инфаркта миокарда у молодого пациента / В. И. Подзолков, Н.А.Драгомирецкая, Д.У. Наткина // Земский врач. – 2014. -№ 3-4 (24). С. 52-56
3. Сердечно-сосудистый риск и признаки субклинического атеросклероза у военнослужащих в условиях Арктики / Д. Ю, Сердюков, А. В. Гордиенко, С. Г. Григорьев [и др.] // Журн. Вестник Российской военно-медицинской академии – 2017 г.- № 1 (часть 57) - С. 43-47.
4. Способ прогнозирования течения постинфарктного периода: пат. 2462278 Рос. Федерация : МПК86G 01N 33/86 А /Терентьев В.П., Микашинович З.И., ЧепурненкоС.А., Шлык С.В., Голубенкова Н.И.; заявитель и патентообладатель ГБУВО Рост ГМУ. – № 2115126; Год:1998; номер заявки 95122182/14
5. Чепурненко, С.А. Гемодинамика, гемостаз и липиды крови у больных, перенесших инфаркт миокарда, при различном характере ремоделирования левого желудочка: автореф. дис. ...к-та мед. наук : 14.00.06, 03.00.04 / Чепурненко Светлана Анатольевна ; Ростовский гос. мед. ун-т. –Ростов-на-Дону, 1997.- 22с.
6. Чепурненко, С. А.Трех и шестимесячный опыт использования эплеренона у пациентов с компенсированной хронической сердечной недостаточностью / С. А. Чепурненко, Н. В. Артюхова, Г. В. Шавкута// Сибирское медицинское обозрение 2017. Т.104, №2. - С.103-108
7. Чепурненко, С.А. Кардиогемодинамические эффекты эплеренона у больных с компенсированной сердечной недостаточностью/ С.А. Чепурненко, Н.В Артюхова, Г.В. Шавкута// Улучшение качества первичной медицинской помощи через призму подготовки высокопрофессиональных врачебных кадров: акценты на профилактику, раннюю диагностику и рациональную лекарственную терапию: сборник статей V Конгресса врачей первичного звена здравоохранения Юга России, XI Конференции врачей общей практики (Семейных врачей) Юга России, г. Ростов-на-Дону, 18-19 ноября 2016г. - Ростов-на-Дону, 2016. - С.293-299
8. Чепурненко, С.А. Антрациклиноваякардиомиопатия: сложности терапии / С.А. Чепурненко, Г.В. Шавкута, Т.Н. Сетежева // Ранняя диагностика и современные методы лечения на этапе первичного звена здравоохранения: сборник статей XII Конференции

врачей первичного звена здравоохранения Юга России, г. Ростов-на-Дону, 11 ноября 2017г.
–Ростов-на-Дону, 2017.- С.142-147

9. Чепурненко, С. А. Двойная блокада рецепторов альдостерона как способ устранения негативного воздействия нестероидных противовоспалительных препаратов при хронической сердечной недостаточности /С.А. Чепурненко, Н.В. Бурцева, Г.В. Шавкута // Кардиология. – 2018.- Т.8, № 9. – С.96–100.

10. Suboptimal control of lipid levels: results from the non-interventional centralized pan-russian survey of the undertreatment of hypercholesterolemia II (CEPHEUS II) Boytsov S., Logunova N., Khomitskaya Y., et al. Cardiovascular Diabetology. -2017. - Т. 16. № 1. - С. 158.