

БЕЗБОЛЕВОЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

¹Оразмамедов Муроджон Шухрат угли
orazmamedovmurod@gmail.com

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,

²Суханов Александр Александрович
alex0990federico@gmail.com

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,

³Нурбоева Зумрад Холтура кизи

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,

⁴Нурбоев Нурбой Холтура угли
sunnatnurboyev@gmail.com

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7491913>

Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) была впервые описана в начале XX в. В настоящее время ББИМ определяется как клиническая форма ишемической болезни сердца (ИБС), при которой преходящее нарушение кровоснабжения миокарда не сопровождается приступом стенокардии или ее эквивалентами и выявляется только с помощью инструментальных методов исследования. ББИМ имеет широкое распространение. Около 75% транзиторных ишемических эпизодов не сопровождаются ангинозной болью или какими-либо другими симптомами. Практическое значение выявления ББИМ связано с тем, что многочисленными исследованиями была показана ассоциированность ББИМ с повышенным риском развития кардиологических осложнений как у практически здоровых бессимптомных лиц, так и у пациентов с различными проявлениями ИБС.

При обследовании бессимптомных пациентов среднего возраста с двумя или более факторами коронарного риска (Multiple Risk Factor Intervention Trial) в 12,5% случаев имелись признаки ББИМ. В исследовании Kuopio Ischaemic Heart Disease study ББИМ, индуцированная физической нагрузкой, была связана с повышенным риском смерти и острых коронарных событий даже при отсутствии ИБС: у курильщиков относительный риск был повышен до 5,9 и 3,0, при гиперхолестеринемии до 3,8 и 1,9, у пациентов с артериальной гипертензией до 4,7 и 2,2 соответственно. При сердечно-сосудистых заболеваниях причиной смерти в 80% случаев является инфаркт миокарда (ИМ). Догоспитальная и внутрибольничная летальность при ИМ составляет от 9 до 47%. В настоящее время существуют эффективные методы лечения и вторичной профилактики ИМ, включая чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) и многокомпонентную антитромботическую терапию. Тем не менее

две группы пациентов с острым ИМ имеют повышенный риск осложнений – это пациенты, у которых первым проявлением ИБС является внезапная сердечная смерть (ВСС), и пациенты с атипичными симптомами ИМ или с бессимптомной формой ИМ. При атипичном ИМ смертность оказывается в 10 раз выше, чем у больных с классическими клиническими проявлениями. Атипичное течение ИМ составляет до 25% случаев. При отсутствии или нераспознанныости основных симптомов ИМ характеризуется как безболевого ИМ (ББИМ). В структуре атипичных форм ИМ доля ББИМ составляет до 27%. Отсутствие боли при ББИМ увеличивает смертность, поскольку пациенты не обращаются своевременно за медицинской помощью. ББИМ является опасным видом инфаркта, так как отсутствие типичных ишемических жалоб часто приводит к несвоевременной диагностике и отсрочке начала лечения. В этой связи необходимо учитывать не только клинические проявления, но и данные анамнеза, позволяющие выявить степень риска у конкретного пациента. В ряде работ подтверждено, что ББИМ связан с высоким риском развития внезапной сердечной смерти (ВСС), сердечной недостаточности (СН) и других неблагоприятных исходов. Основное звено патогенеза ББИМ обусловлено нарушением кровотока, вызванного сужением просвета артерии вследствие ее стеноза, облитерации или спазма. На данный момент существует несколько теорий, объясняющих отсутствие боли во время приступа ишемии. Ряд авторов связывают ББИМ с токсическим влиянием лекарственных средств, действием вирусов, влиянием никотина и алкоголя. Частой причиной возникновения ББИМ является перенесенный ранее обширный ИМ, так как некроз сердечной мышцы приводит к поражению симпатических нервных волокон, которые играют ключевую роль в передаче болевых импульсов.

У больных сахарным диабетом (СД) может наблюдаться некоторое нарушение распознавания стенокардии из-за диабетической нейропатии. Также было отмечено, что пациенты с ББИМ имеют более высокие болевые пороги. Поскольку в ранней диагностике ББИМ традиционные критерии не всегда информативны, необходимо выделять людей, относящихся к группам риска возникновения этого типа ИМ. В работе А.С. Романовой и соавт. (2017) показано, что малосимптомные и бессимптомные формы ИМ чаще наблюдаются у женщин, особенно пожилых. В то же время другие авторы считают, что заболеваемость ББИМ выше у мужчин.

Высокая частота ББИМ в пожилом и старческом возрастах подтверждена рядом исследований. ББИМ может встречаться у 30–35% больных пожилого возраста и примерно у 40% пациентов старческого возраста. В работе С.А. Округина и соавт. (2017) все пациенты с ББИМ были старше 60 лет. По другим источникам, у лиц старше 75 лет ББИМ встречается в 1/3 случаев, особенно при повторных инфарктах. К 60 годам у человека накапливается в среднем 2–3 хронических заболевания, а после 75 лет их количество увеличивается до 4–6. Коморбидные заболевания увеличивают вероятность ББИМ, риск осложнений острого периода инфаркта и летального исхода.

Вероятность возникновения атипичной формы ИМ повышена у больных СД, в большей степени у женщин. Удельный вес больных СД является наибольшим в группе пациентов с ББИМ. СД регистрируется среди лиц с ББИМ в 55,6% случаев. Для больных СД II типа характерно развитие диабетической полинейропатии, в том числе кардиоваскулярной автономной нейропатии и ранней десимпатизации миокарда, факторами риска развития кардиоваскулярной автономной нейропатии являются возраст, длительность СД II типа, ожирение, курение.

У людей с диабетической полинейропатией повреждаются симпатические афферентные волокна, вследствие чего снижается чувствительность тканей сердца к повреждениям, которые происходят при инфаркте. Это приводит к стертости клинических проявлений и несвоевременной диагностике ИБС, часто уже на стадии осложнений. Вследствие этого, одной из причин смерти больных СД является бессимптомно протекающий ИМ. Атипичное течение ИМ у больных СД II типа наблюдается в 4 раза чаще, чем у лиц без СД. Хотя распространенность ББИМ среди пациентов с СД повышена, в исследовании Н. Vähätalo et al. (2019) показано, что СД не имел большей распространенности у пациентов с ББИМ: диабет в анамнезе имела пятая часть пациентов.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. The effort test in angina pectoris / P. Wood, M. McGregor, O. Magidson [et al.] // Br. Heart J. – 1950. – № 12 (4).— С.363–371.
2. Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца. Клинические рекомендации. – Москва, 2013. – 69 с. – URL: https://mzdrav.rk.gov.ru/file/mzdrav_18042014_Klinicheskie_rekomendacii_Hronicheskaja_ishemicheskaja_bolezn_serdca.pdf

3. Gul, Z. Silent Myocardial Ischemia / Z. Gul, A.N. Makaryus. – Updated 2020 Aug 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536915/>