

РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

КОВАЛЬЧУК Е.Ю., ПОВЗУН А.С.

ГБУ СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург. Россия

Введение. В число основных факторов, формирующих прогноз исхода инфаркта миокарда, прежде всего, входят распространенность стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, степень тромботической окклюзии их просвета, локализация и обширность некроза миокарда, однако крайне важна выраженность коморбидной патологии как сердечно-сосудистой, так и других органов и систем. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально.

Цель работы. Оценить влияние коморбидной патологии на развитие постинфарктного разрыва миокарда.

Задачи. 1. Провести клинико-эпидемиологическое исследование постинфарктных разрывов миокарда и выявить наиболее часто встречающуюся коморбидную патологию. 2. Оценить роль данной патологии, как одного из предикторов, у пациентов с первой Q-инфарктом миокарда передней локализации. 3. Оценить истинную частоту коморбидной патологии по результатам патолого-анатомического исследования.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГБУ СПб НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ 81 случая смерти от постинфарктного разрыва миокарда (из 3209 инфарктов миокарда). На втором этапе были сформированы 2 группы: основная группа (52 пациента с разрывом) и группа сравнения (50 больных с осложненным Q-инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST из числа выживших).

Результаты. У пациентов с постинфарктным разрывом миокарда статистически значимо больше встречаются хроническая сердечная недостаточность (53,1 против 25,9%) и облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (24,7 против 7,1%) ($p < 0,005$). Кроме того, у пациентов с разрывом миокарда статистически чаще присутствовала хроническая неинфекционная патология,

в том числе сахарный диабет (39,5 против 22,1%), хроническая болезнь почек (71,6 против 22,4%), хроническая обструктивная болезнь легких (11,1 против 8,4%), ожирение (23,5 против 11,0%) ($p < 0,005$). Артериальная гипертензия присутствовала в анамнезе одинаково часто. Патолого-анатомическое исследование продемонстрировало истинную частоту встречаемости той или иной патологии. Всего у 8 из 81 (9,9%) больного было по 3 коморбидных неинфекционных хронических заболевания. По 4 сопутствующих заболевания было у 19 (23,4%); по 5 – у 25 (30,8%); по 6 – у 19 (23,5%); по 7 – у 5 (6,2%); по 8 – у 2 (2,5%), по 9 – у 2 (2,5%) и у 1 пациента (1,2%) – 10 сопутствующих заболеваний.

Заключение. В исследовании продемонстрирована значимая роль ряда коморбидной патологии, которая статистически чаще встречалась в группе пациентов с развившимся осложнением инфаркта миокарда в виде разрыва миокарда, чем в контрольной группе осложненного инфаркта миокарда. Патолого-анатомическое исследование, выполненное у 81 пациента с постинфарктным разрывом сердца, показало, что наиболее часто коморбидными заболеваниями являются: артериальная гипертензия (98,8%), хроническая болезнь почек (53,1%), хроническая обструктивная болезнь легких (51,6%), сахарный диабет (45,7%), хроническая сердечная недостаточность (44,4%) и ожирение (29,6%). При этом у пациентов с постинфарктным разрывом миокарда минимальное количество коморбидных состояний составило 3, а превалировало 5–6, которые, безусловно, внесли большой вклад в развитие постинфарктного разрыва миокарда. В связи с чем комбинация вышеперечисленных заболеваний может служить значимым фактором развития постинфарктного разрыва миокарда, что в совокупности с другими предикторами дает возможность выделить группу пациентов с потенциально высоким риском развития данного осложнения.