УДК 616.127-005.8:615.214

А.В. Мухин*, Р.А. Разыграев*, Д.В. Алексеев, В.Ф. Виноградов****

СЛУЧАЙ АМФЕТАМИНОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ВОСЕМНАДЦАТИЛЕТНЕГО ЮНОШИ

** МУЗ «ГКБ № 6» г. Твери*
*** Кафедра внутренних болезней ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздравсоцразвития РФ*

В статье описан, по всей видимости, первый в отечественной литературе документированный случай инфаркта миокарда, ассоциированного с приемом наркотических препаратов, у восемнадцатилетнего молодого человека.

Ключевые слова: *инфаркт миокарда у молодых, амфетамин.*

A CASE OF AMPHETAMINE-ASSOCIATED MYOCARDIAL INFARCTION IN AN EIGHTEEN-YEAR MALE

A.V. Muhin*, R.A. Razygraev*, D.V. Alexeev, V.F. Vinogradov****
**MCN № 6, Tver*
***Tver State Medical Academy*

The article presents a case of amphetamine-associated myocardial infarction in an eighteen-year male, probably, the first documented case described in Russian medical literature.

Key words: *myocardial infarction in young adults, amphetamine.*

Наркомания является одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. По данным Организации Объединенных Наций, более 100 млн человек в мире регулярно употребляют наркотики. В Российской Федерации, по экспертным оценкам, количество наркопотребителей достигает 2,5 млн человек, или почти 2% населения страны. На 1 января 2011 число только официально зарегистрированных потребителей наркотиков составляло 650 тыс. человек. Причем 70% из них – это молодые люди в возрасте до 30 лет. Самым потребляемым в мире наркотическим средством являются каннабиноиды, на втором месте по распространенности находятся психостимуляторы амфетаминового ряда. Самое распространенное в Российской Федерации наркотическое средство – опиаты – в мире по частоте потребления занимает третье место [1]. В то же время для нашей страны, как и для всего мира в целом, характерны стремительные темпы роста потребления синтетических наркотиков. По данным ООН, Россия находится на четвертом месте в списке европейских стран по количеству конфискованных метамфетаминов и на первом месте по объему поставок субстрата для нелегального производства амфетаминов [4].

Что касается непосредственно медицинского аспекта наркомании, то очевидно, что наряду с собственно психиатрическими (наркологическими) проблемами у потребителей наркотиков возникает целый ряд соматических осложнений. При обсуждении кардиологических осложнений наркомании наиболее часто упоминают инфекционный эндокардит инъекционных наркоманов. Однако спектр сердечно-сосудистых расстройств у лиц, употребляющих наркотические вещества, значительно шире. В частности, в зарубежной литературе описаны ишемия и инфаркт миокарда, ассоциированные со злоупотреблением наркотическими препаратами, вызывающими мощную симпатическую стимуляцию (кокаином и амфетамином) [3]. Однако в отечественной литературе нам не удалось найти описания случаев развития инфаркта миокарда у молодых наркоманов. Поэтому предлагаемое клиническое наблюдение представляет определенный интерес.

Больной Ш.*, 18 лет, 03.09.2009 г. в 07.20 доставлен машиной «скорой помощи» в приемное отделение городской клинической больницы № 6 г. Твери с жалобами на сильную боль за грудиной сжимающего характера без иррадиации, продолжавшуюся в течение двух часов, а также выраженную слабость. Эффекта от анальгина, введенного врачом СМП, не было.*

На момент госпитализации из анамнеза удалось выяснить, что кардиальной патологии у пациента ранее не выявлялось, артериальное давление (АД) он не измерял, курит. Летом во время практики (работал поваром в летнем лагере) злоупотреблял алкоголем, не спал ночами, активно занимался спортом, значительно прибавил в весе. В течение последних 2 суток отметил появление катаральных явлений, использовал назальные капли, температуру не измерял. С 31.08.09 по 02.09.09 посещал ночные клубы, практически не спал. В 5.30 утра 3.09.09 появились боли за грудиной.

На ЭКГ при поступлении: синусовый ритм, частота сердечных сокращений (ЧСС) 100 в минуту, подъем ST в отведениях I, AVL, V3–V6 (рис. 1). На ЭКГ за 2008 год отмечался синусовый ритм, ЧСС 70 в минуту, синдром ранней реполяризации желудочков.

Объективно: сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Частота дыханий 18 в минуту, перкуторно ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 100 в

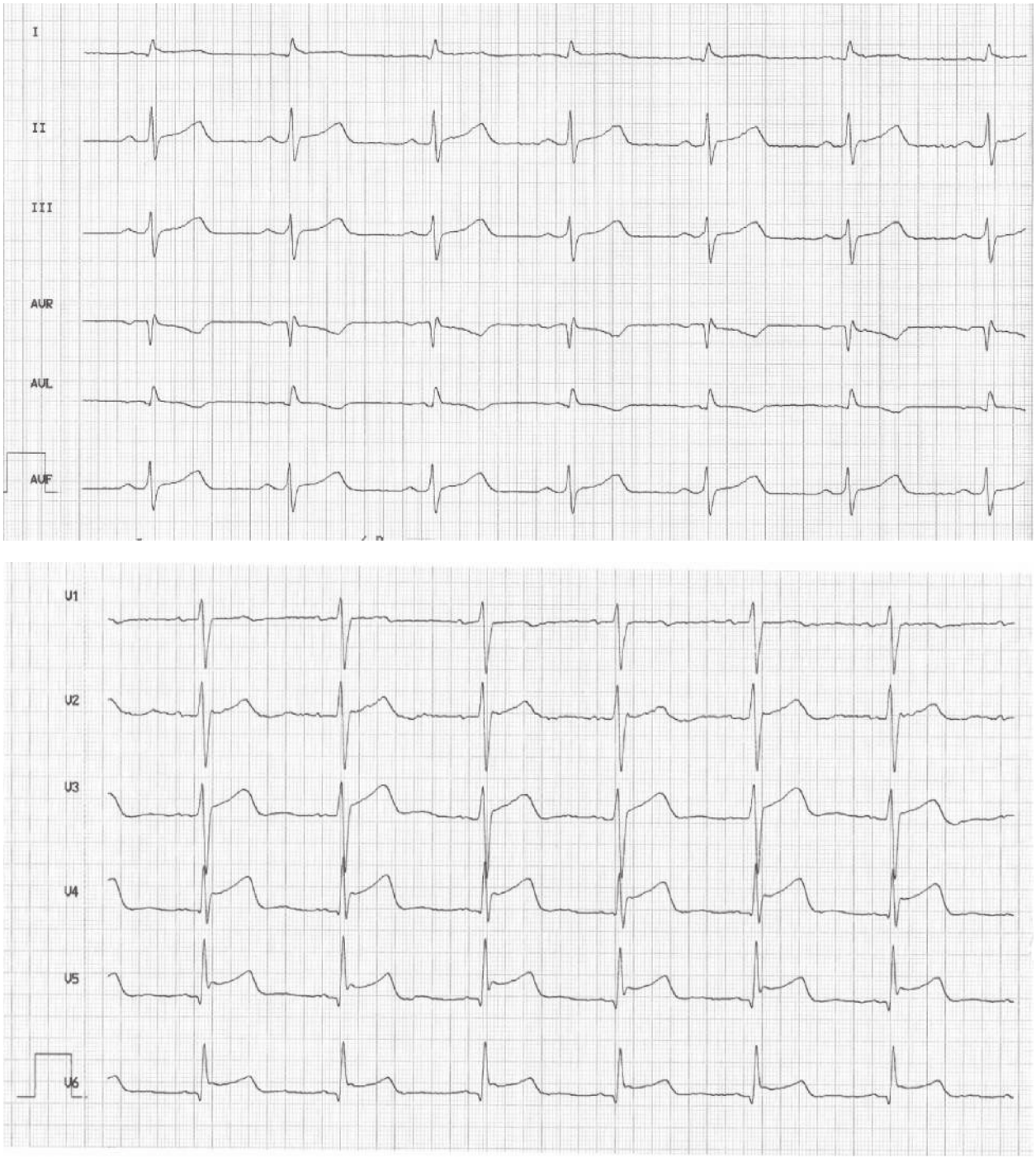


Рис. 1. Электрокардиограмма пациента при поступлении

минуту. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. АД 130/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Общее состояние больного с учетом стойкого болевого синдрома и изменений на ЭКГ было расценено как тяжелое, и он с диагнозом «Острый инфаркт миокарда передне-боковой локализации неуточненного генеза. Артериальная гипертония III стадии?» был госпитализирован в палату интенсивной терапии (ПИТ) кардиологического отделения.

Основными гипотезами генеза инфаркта миокарда в столь молодом возрасте были употребление наркотиков или аномалия коронарных сосудов, также проводился дифференциальный диагноз с перикардитом. Экспресс-тропониновый тест был положительный. В анализах крови, сделанных сразу при поступлении, отмечался лейкоцитоз до 20,5·10⁹/л, с палочкоядерным сдвигом до 17%, увеличение СРБ до 48 г/л (норма до 5). Показатели липидного обмена были в норме: холестерин 4,7 ммоль/л, ЛПВП 1,1 ммоль/л, триглицериды 1,0 ммоль/л; трансаминазы не повышены. В общем анализе мочи патологии не отмечалось.

Сразу после госпитализации в ПИТ было принято решение вести пациента как больного с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST: трамадол 5% – 2 мл внутривенно болюсно, стрептокиназа 1,5 млн ед. внутривенно, калия и магния

аспарагинат 500 мл внутривенно, беталок 5 мг внутривенно болюсно, арикстра 2,5 мг подкожно, беталок-ЗОК 50 мг внутрь.

03.09.09 в 10.00 составом врачей кардиологического отделения был созван консилиум, в ходе которого пациент признался в регулярном употреблении амфетамина и марихуаны в течение всего лета, а также последних двух ночей. Больному были проведены экспресс-анализы мочи на морфин/героин, метамфетамин и кокаин (результаты отрицательные), а также марихуану и амфетамин (результаты положительные). За время пребывания в стационаре были выполнены флюорография (без патологии) и эхокардиоскопия, при проведении которой отмечалась только небольшая гипокинезия межжелудочковой перегородки, фракция выброса составила 57%. Велоэргометрия (ВЭМ) не проводилась из-за нестабильности ЭКГ в динамике (рис. 2 и 3).

На фоне лечения боли не рецидивировали, отмечалось однократное повышение температуры до 38,4 °С, АД стабилизировалось на 110/70 мм рт. ст., пульс 74–80 в минуту. Пациент постоянно нарушал режим, часто отсутствовал в отделении и был досрочно выписан за нарушение режима. При выписке был поставлен следующий заключительный клинический диагноз: «Основной – амфетаминовый переднебоковой инфаркт миокарда без зубца Q. Сопутствующий – интоксикация амфетамином и марихуаной». При выписке были даны следующие рекомендации: отказ от курения и употребления



Рис. 2. Электрокардиограмма пациента на вторые сутки госпитализации



Рис. 3. Электрокардиограмма пациента на пятые сутки госпитализации

наркотиков, прием бета-адреноблокаторов длительно и диспансерное наблюдение у кардиолога, проведение в амбулаторных условиях ВЭМ и коронароангиографии.

В декабре 2009 года пациент был повторно госпитализирован по направлению военкомата для обследования с целью определения годности к военной службе. Жалоб не предъявлял, хорошо переносил бытовые нагрузки, пульс 76–90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ ритм синусовый, небольшая инверсия зубца Т в отведениях I и AVL-отведении, синдром ранней реполяризации. Бета-адреноблокаторы больной после выписки не принимал, ВЭМ и коронарографию не сделал.

Обсуждение

Амфетамин и его производные (метамфетамин и метилен-3,4-диоксиметамфетамин) наиболее часто используются в молодежной субкультуре в качестве так называемых «легких» наркотиков, в частности под названием «Ecstasy», и являются симпатомиметическими агентами, стимулирующими высвобождение катехоламинов (дофамина и норадреналина) из пресинаптических нервных окончаний.

Считается, что амфетамин, как и кокаин, способствует развитию спазма и тромбоза коронарных артерий за счет адренергической стимуляции. Это может происходить как при неизмененных коронарных артериях, так и сочетаться с имеющимся

атеросклерозом. При длительном употреблении кокаина ускоряется прогрессирование атеросклероза. Свой вклад в патогенез инфаркта миокарда вносит также увеличение потребности миокарда в кислороде, происходящее за счет тахикардии и повышения сократимости миокарда под действием адренергической стимуляции. Поэтому лечение «наркотического» инфаркта миокарда отличается от классического и, согласно соответствующим рекомендациям [2], должно быть следующим: начинают с аспирина, кислорода и гепарина. Для борьбы со спазмом коронарных артерий используют нитроглицерин под язык и внутривенно и антагонисты кальция внутривенно. Бета-адреноблокаторы противопоказаны (до полного выведения наркотика из крови), поскольку они блокируют вредное воздействие бета-адренергической стимуляции, но при этом альфа-адренергическая стимуляция остается без противовеса. По некоторым наблюдениям, бета-адреноблокаторы при кокаиновых инфарктах миокарда повышают смертность [2]. Тромболизис показан при сохранении болевого синдрома и подъема сегмента ST, несмотря на терапию вазодилататорами.

Несмотря на не вполне корректно начатое лечение из-за несвоевременного признания пациента в употреблении наркотиков, нежелательных побочных действий бета-адреноблокаторов у больного Ш. не отмечено и даже наблюдалось уменьшение болевого синдрома и урежение ЧСС. Отсутствие у пациента приверженности к лечению и недисциплинированность не позволили в полном объеме провести необходимые обследования на амбулаторном этапе. Однако имеющихся клинических, лабораторных и инструментальных данных достаточно для того, чтобы с большой долей вероятности утверждать, что мы имели дело именно с амфетаминовым инфарктом миокарда.

Данное наблюдение интересно тем, что это, по всей видимости, первый, описанный в отечественной литературе документированный случай инфаркта миокарда, ассоциированного с приемом наркотических препаратов, у восемнадцатилетнего молодого человека. Данная публикация призвана ознакомить практикующих врачей с таким редким, но грозным осложнением наркомании, как амфетаминовый инфаркт миокарда в молодом возрасте.

Литература

1. *Распространенность* злоупотребления наркотиками по регионам мира / О.А. Сафонов [и др.] // Наркология. – 2011. – № 2. – С. 47–55.

2. *Management* of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction: A Scientific Statement From the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology / J. McCord [et all.] // Circulation. – 2008. – № 117. P. 1897–1907.

3. *Rezkalla S.H.* Cocaine-Induced Acute Myocardial Infarction / S.H. Rezkalla, R.A. Kloner // Clinical Medicine & Research. – 2007. – Vol. 5, № 3. – P. 172–176.

4. *UNODC*, World Drug Report 2011. United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10. 270 p.

Алексеев Денис Вячеславович (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней Тверской ГМА. Раб. тел. (4822) 58-73-19. E-mail: docalexeev@gmail.com.