

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Мансурова М.Х., Сулейманов С.Ф.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Проведено проспективное исследование 300 больных с первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ), среди них у 197 был осложненный ИМ. Установили, что основными факторами риска (ФР) ишемической болезни сердца (ИБС) являются мужской пол, нарушения липидного обмена, артериальная гипертензия (АГ), гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела, которые встречаются у большинства больных ИМ в возрасте до 60 лет.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, гиподинамия, фактор риска.

RISK FACTORS FOR ACUTE HEART ATTACK MYOCARDIUM IN PATIENTS OF DIFFERENT AGES

Mansurova M.Kh., Suleymanov S.F.,

Bukhara State Medical institute.

✓ Resume,

A prospective study of 300 patients with primary and repeated myocardial infarction (MI) was conducted, among them 197 had complicated MI. It was established that the main risk factors (RF) for coronary heart disease (CHD) are male gender, lipid metabolism disorders, arterial hypertension (AH), lack of exercise, Smoking, chronic foci of infections, and overweight, which occur in most patients with MI under the age of 60 years.

Key words: myocardial infarction, ischemic heart disease, arterial hypertension, physical inactivity, a risk factor.

ТУРЛИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ИНФАРКТ МИОКАРДИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Мансурова М.Х., Сулейманов С.Ф.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Бирламчи ва такрорий миокард инфаркти (МИ) бўлган 300 та беморни проспектив ўрганиш ўтказилди, улар орасида 197 та мураккаб МИ бор эди. Бу коронар юрак хасталиги (КЮХ) учун асосий хавф омиллар қуйидагиларни ташкил қилди: эркак жинси, ёғлар алмашинувининг бузилишлари, артериал гипертензия (АГ), жисмоний машқлар етишмаслиги, чекиш, сурункали инфекциялар ўчоғи, семириш 60 ёшгача МИ билан касалланган беморларда энг кўп учраб турган эди.

Калит сўзлар: миокард инфаркти, юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия, жисмоний ҳаракатсизлик, хавф омили.

Актуальность

Одной из больших медико-социальных проблем является возрастающая частота смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых наиболее значимую долю составляет острый ИМ с тенденцией повышения его частоты у больных молодого и среднего возраста [1-3]. За последние 15 лет общая смертность молодых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) достигла 30% даже при использовании современных методов лечения [4,5,6].

Целью исследования - оценка совокупности ФР у больных ИМ.

Материал и методы

В исследование включили 300 больных с первичным и повторным ИМ, среди них у 197 был осложненный ИМ, в том числе у 142 больных - ИМ с зубцом Q. Пациенты были разделены по возрасту на две группы: молодые (до 45 лет) - 70 человек и среднего возраста (от 46 до 60 лет) - 230 человек. Средний воз-

раст в первой группе больных составил $41,3 \pm 0,6$ года, во второй - $53,1 \pm 0,3$. Больные находились на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП и областной кардиологической больнице с 2014 по 2019 гг. Наряду с тщательным клинико-лабораторным обследованием при работе с больными анализировали вероятные ФР ИМ.

Результат и обсуждение

Показано, что в обеих возрастных группах больных с ИМ среди ФР наиболее часто наблюдались страсти к жирной пище (91%), гиподинамия (85%), курение (82%), повышенное потребление поваренной соли (78%), нарушения липидного обмена (64%), злоупотребление алкоголем (37%). Не менее часто имели место очаги хронических инфекций (72%), АГ (70%), избыточная масса тела (52%) и ожирение (43%). Также с высокой частотой выявлялись не корректируемые ФР - мужской пол (95%) и наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям (82%). У 56% больных в анамнезе отмечались гипертонические кризы, у 47 - боли в сердце, у 30% - при-

знаки сердечной недостаточности, у 15% -экстрасистолия и у 11% - пароксизмы мерцательной аритмии. 43% пациентов к моменту исследования уже перенесли ИМ. Однако большинство больных (58%) до развития ИМ не лечились или лечились эпизодически. Среди сопутствующей патологии нередко диагностированы хронический бронхит (23%), мочекаменная (14%) и желчнокаменная (9%) болезни, заболевания щитовидной железы (3%), подагра (2%), бронхиальная астма (1%). Сахарный диабет (22%) и метаболический синдром (16%) наблюдали с одинаковой частотой в обеих исследуемых группах.

У больных среднего возраста чаще, чем у молодых больных, встречались АГ, сердечная недостаточность и ИМ в анамнезе, сезонность обострений, пароксизмы мерцательной аритмии ($p<0,05$). В свою очередь, у больных в возрасте до 45 лет преобладали курение, ожирение, злоупотребление алкоголем, профессиональные вредности ($p<0,05$).

При осложненном ИМ у больных среднего возраста чаще имели место пристрастие к жирной пище, гиподинамия, курение, очаги инфекций, нарушения липидного обмена, ожирение, злоупотребление алкоголем, перенесенный ранее ИМ и нарушения сердечного ритма в анамнезе ($p<0,05$), реже - АГ, наследственная отягощенность по ИБС ($p<0,05$).

У молодых больных, осложненным ИМ, более значимыми оказались наследственная отягощенность по ИБС, курение, экстрасистолия в анамнезе и связь начала ИМ с острой респираторной инфекцией ($p<0,05$). Кроме того, у этих пациентов чаще, чем в группе больных с осложненным ИМ среднего возраста,

отмечались курение, очаги инфекций, дислипидемии, избыточная масса тела, простудные заболевания ($p<0,05$).

Заболевание ИМ манифестировало у 56% больных в возрасте до 45 лет и 41% больных - в 46-60 лет, со стенокардии оно началось у 43% и 56% пациентов, с нарушений ритма сердца - у 1% и 3% больных, соответственно. При этом большая часть как больных молодого возраста (82%), так и пациентов средних лет (58%) до начала ИМ не лечились или лечились неправильно. Боли в груди до развития заболевания, по поводу которых за помощью не обращались, отмечали 38% больных молодого возраста и 50% -среднего. При этом у 1% и 19% больных соответственно эти симптомы отмечались многократно.

В настоящем исследовании наиболее частым провоцирующим ФР развития ИМ (61% - у больных молодого возраста и 54% - среднего) признавался нервно-эмоциональный стресс. С физическими перегрузками начало заболевания связывали 16% и 11% больных, соответственно, с резкими колебаниями гелио- и метеофакторов - 10% и 7%, с гипертоническим кризом -13% и 16 %.

Для оценки значимости наиболее частых ФР проводилось изучение их влияния на особенности клинического течения заболевания у обследуемых пациентов. При сравнительном изучении ИМ у больных с избыточной и нормальной массой тела установлено, что он достоверно чаще выявлялся у больных молодого возраста (табл. 1). При этом у основной части пациентов всех возрастных групп длительность этого состояния составила более пяти лет.

Таблица 1.

Распределение больных ИМ по возрасту и степени ожирения (абсолютное число (%))

Степень ожирения	До 45 лет	46-60 лет	Всего
Умеренная	21 (30)	59 (26)	80 (26,7)
Средняя	19 (27)	40 (17)	59 (19,7)
Выраженная	4 (6)	8 (3)	12 (4)
Всего:	44 (63)	107 (46)	151 (50,3)

Таблица 2.

ФР и сопутствующие заболевания у больных ИМ (абсолютное число (%), p - критерий достоверности)

Фактор риска	Без избыточной массы тела, n=129	С избыточной массой тела, n=171
Повышенное потребление жирной пищи	112 (87,0)	163 (95,0)
	$p<0,05$	
Гиподинамия	98 (76,0)	158 (92,0)
	$p<0,05$	
Злоупотребление алкоголем	38 (29,0)	86 (56,0)
	$p<0,05$	
Артериальная гипертензия	77 (60,0)	117 (68,0)
Повышенное употребление соли	102 (79,0)	151 (88,0)
	$p<0,05$	
Сахарный диабет	17 (13,0)	47 (27,0)
	$p<0,05$	
Повышенное употребление сладкого	27 (21,0)	60 (35,0)
	$p<0,05$	
Желчекаменная болезнь	10 (8,0)	11 (6,0)
Мочекаменная болезнь	12 (9,0)	28 (16,0)
Подагра	1 (1,0)	4 (2,0)

У больных с избыточным весом были выше концентрации глюкозы и общего холестерина в сыворотке крови, частота сердечных сокращений, показатели АД и степени АГ, у них чаще обнаруживались мочекаменная болезнь, сахарный диабет и подагра (табл. 2). С увеличением массы тела в структуре вариантов течения ИМ возрастала доля ангинозно-астматической формы заболевания, чаще выявлялись эмоциональные и психические нарушения. Стоит отметить, что лишь 17% из исследованных пациентов не курили, при этом по 76% больных в каждой группе курили более 10 лет, а 57% больных молодого возраста и 62% - среднего имели стаж курения более 20 лет.

Изучение ИМ у больных с АГ позволило выявить следующие особенности: АГ чаще встречалась у больных среднего возраста. У большей части пациентов с АГ ее длительность до развития ИМ составила от 7 до 15 лет. При длительности АГ меньше 15 лет чаще развивался неосложненный ИМ, более 15 лет - осложненный ($p < 0,05$). У пациентов с АГ особенности клинической картины заболевания были связаны с сосудистым поражением (чаще развитию ИМ предшествовала стенокардия, часть пациентов перенесли инсульт и инфаркт, у большего числа больных с АГ выявлялись признаки хронической недостаточности мозгового кровообращения, ангиопатия сетчатки, с большей частотой выявлялись сахарный диабет, моче- и желчнокаменная болезни, признаки сердечной недостаточности). Среди клинических вариантов ИМ у больных с АГ, в отличие от больных с нормальным уровнем АД, выявлялся цереброваскулярный тип течения заболевания.

Результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что основные ФР ИБС были мужской пол, нарушения липидного обмена, АГ, гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела, которые встречаются у большинства больных ИМ в возрасте до 60 лет.

Наиболее важными для предупреждения заболевания и его осложнений в обеих группах пациентов оказались коррекция нарушения обмена липидов, борьба с курением, санация очагов инфекций, нормализация физической активности. Для больных среднего возраста необходимы лечение АГ, проявлений сердечной недостаточности; для молодых больных - борьба с вредными привычками, коррекция массы тела, нормализация условий труда.

Выводы

Таким образом, целесообразно совершенствование диспансеризации, направленной на выделение групп риска и своевременную реализацию санационных программ. У людей группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям является обязательным выполнение электрокардиограммы и контроль АД в более ранние сроки, а также регулярное исследование уровней липидов и глюкозы в сыворотке крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Корнева В.А., Кузнецова Т.Ю., Новицкая А.С. Значение липопротеина в определении сердечно-сосудистого риска у пациентов моложе 40 лет, перенесших острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения // Клин. мед. - 2016. - № 3. - С. 194-199.
2. Никишин А.Г., Курбанов Р.Д., Пирназаров М.М. Время госпитализации и исходы острого инфаркта миокарда у пожилых больных в Центральном-Азиатском регионе // Кардиоваск. тер. и проф. - 2012. - Т. 11. - № 2. - С. 53-56.
3. Рыжова Т.А., Бичан Н.А. Особенности инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста // Мед. и образов. в Сиб. - 2012. - № 3. - С. 32-35.
4. Яковлев В.В., Сотников А.В., Носович Д.В. Факторы риска и особенности течения первичного и повторного инфаркта миокарда у мужчин до 60 лет с сопутствующей артериальной гипертензией // Вест. нац. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова. - 2014. - Т. 9. - № 3. - С. 75-79.
5. Dehkanov K.A. et.al. Physiological aspects of the exchange of some microcells in norm and at urolithic illness at children. Central Asian journal of pediatrics 2019 1(1) <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol2/iss1/50>
6. Mehta L. S., Beckie T. M., DeVon H. A. et al. On behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association // Circulation. - 2016. - Vol. 133. - P. 916-947.

Поступила 09.02. 2020