

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Санюк Е.И., Сорока Н.Ф.

*Белорусский государственный медицинский университет,
2-я кафедра внутренних болезней, г. Минск*

Ключевые слова: кардиометаболический риск, острый инфаркт миокарда.

Резюме: в статье приведены результаты изучения основных факторов кардиометаболического риска и биомаркеров повреждения миокарда у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда.

Resume: the paper presents the results study of the main factors of cardiometabolic risk and biomarkers of myocardial injury of patients who suffered from acute myocardial infarction.

Актуальность. На сегодняшний день ишемическая болезнь сердца (ИБС) является глобальной проблемой. Актуальность проблемы острого инфаркта миокарда (ИМ) как одной из форм ИБС обусловлена прежде всего высоким процентом потери трудоспособности и летальности. Анализ структуры причин общей смертности в Республике Беларусь за последние годы свидетельствует, что 1-е место занимают болезни системы кровообращения (так в 2012 г. – 703,1 на 100 тысяч населения, или 52,6% от всех умерших, из них по причине ИМ с артериальной гипертензией (АГ) – 8,6 на 100 тысяч населения; ИМ без АГ – 2,7 на 100 тысяч населения)[1].

Цель: исследование факторов кардиометаболического риска в реальной клинической практике у пациентов, впервые перенесших острый ИМ.

Задачи: 1. Изучить структуру ИМ и его осложнений; 2. Установить наличие кардиометаболических факторов риска у пациентов, выявить среди факторов основные; 3. Изучить изменения биомаркеров повреждения миокарда у пациентов.

Материал и методы. Проведен личный опрос и изучены истории болезни 105 пациентов, впервые перенесших острый ИМ, и находившихся на лечении в 1-ом кардиологическом отделении УЗ «9 ГКБ» г. Минска. В ходе исследования были проанализированы следующие факторы риска: пол, возраст, наследственность, профессиональная деятельность, наличие АГ, сахарного диабета (СД)/ нарушения толерантности к глюкозе, нарушения ритма и проводимости, курение, употребление алкоголя, гиподинамия, стрессовый фактор, величина индекса массы тела (избыточный вес/ ожирение), нарушения липидного обмена [2, 3]. Полученные данные статистически обработаны с помощью прикладных программ в Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Структура ИМ: крупноочаговый ИМ (с зубцом Q) встречался у 74,3% пациентов, субэндокардиальный (мелкоочаговый) ИМ – у 25,7%.

Факторы риска:

1. Пол. 66,0% пациентов – мужчины;

2. Возраст. 71,0% пациентов относились к возрастной группе старше 55 лет.

Средний возраст пациентов составил $63,9 \pm 10,9$ лет [38; 93];

3. Наследственность (по инфарктам и инсультам) была отягощена у 31,0% пациентов;

4. Профессиональная деятельность. 58,0% пациентов имели работу, связанную с физическим трудом (водители, дворники, уборщицы, электромонтеры, каменщики, столяры, слесари и т. д.). У 42,0% пациентов деятельность была связана с умственным трудом (директора, ИП, преподаватели, экономисты, бухгалтеры, инженеры, работники сферы журналистики и т. д.). В исследуемой группе пациентов наиболее часто встречались водители;

5. АГ наблюдалась у 92,3% пациентов (рис. 1);

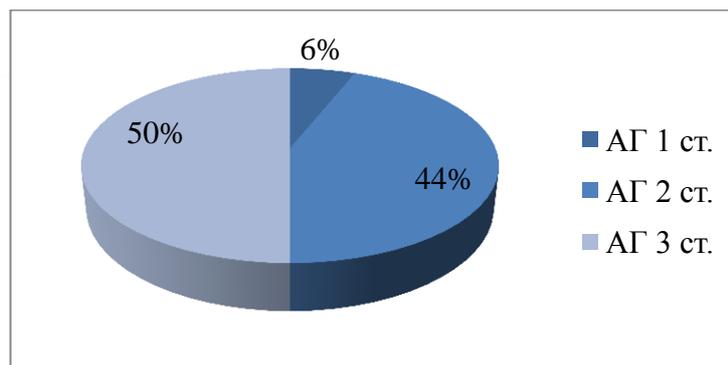


Рис. 1- Структура АГ в исследуемой группе пациентов

6. СД/ нарушение толерантности к глюкозе наблюдались у 22,0% и 6,6% пациентов соответственно;

7. Нарушения ритма и проводимости были у 19,8% пациентов (экстрасистолия (э/с) – 12,1%, блокады – 9,9%, фибрилляция предсердий – 5,5%); у части пациентов встречалось сочетание данных нарушений, так у 5,5% – э/с наблюдалась с блокадами);

8. Курение. Наличие данного фактора риска признали у себя 40,7% пациентов. На рисунке 2: 1 – группа пациентов, которые отмечали, что бросили курить/ курили менее полпачки сигарет в день; 2 – группа пациентов, которые выкуривали около пачки сигарет в день; 3 – группа пациентов, которые выкуривали более пачки сигарет в день.

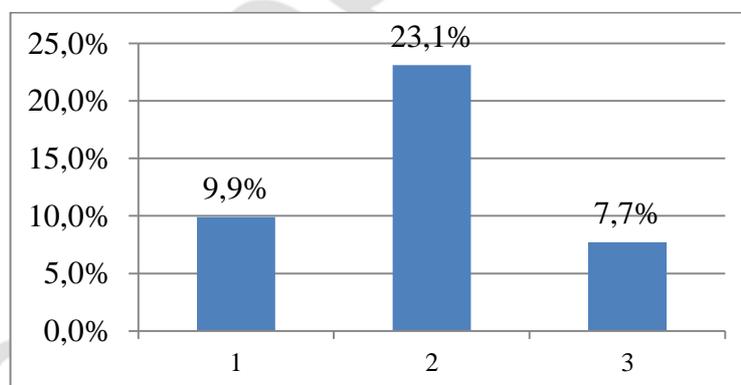


Рис. 2 - Группы пациентов по количеству выкуриваемых сигарет

9. Употребление алкоголя отметили 42,9% пациентов. На рисунке 3: 1 – группа пациентов, которые отмечали, что употребляли алкоголь только по праздникам; 2 – группа пациентов, которые употребляли алкоголь не только по праздникам, но и по выходным дням, при встречах с друзьями; 3 – группа пациентов, у которых наблюдалось запойное пьянство.

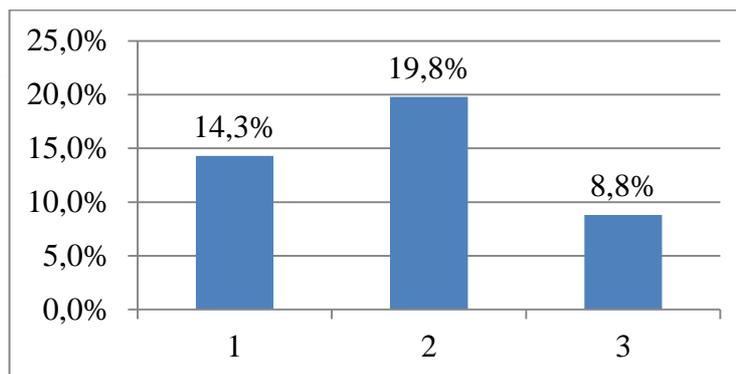


Рис. 3 - Группы пациентов по употреблению алкоголя

10. Гиподинамия. 24,2 % пациентов отметили, что вели малоактивный, «сидячий» образ жизни;

11. Сильный стресс накануне ИМ перенесли 23,1 % пациентов;

12. Средняя величина индекса массы тела пациентов составила $28,5 \pm 3,8$ кг/м² (рис. 4).

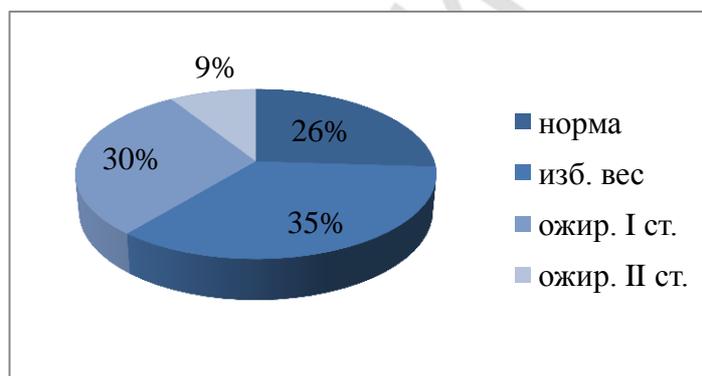


Рис. 4 - Структура пациентов по величине индекса массы тела

13. Нарушения липидного обмена. Средние показатели пациентов: ХС – ($5,8 \pm 1,4$ ммоль/л), ТАГ – ($1,9 \pm 0,8$ ммоль/л), ЛПВП – ($1,26 \pm 0,35$ ммоль/л), ЛПНП – ($3,74 \pm 1,07$ ммоль/л), ЛПОНП – ($1,01 \pm 0,47$ ммоль/л). Нормальные показатели: ХС – (3,6-5,2 ммоль/л), ТАГ – (меньше 2,3 ммоль/л), ЛПВП – (1,04-1,55 ммоль/л), ЛПНП – (меньше 2,59 ммоль/л), ЛПОНП – (0,30-0,45 ммоль/л). Хотелось бы обратить внимание, что не у всех пациентов наблюдалась гиперхолестеринемия. Так, концентрация ХС в крови была повышена только у 59,3% пациентов, у 77,0% – повышена концентрация ЛПНП, у 75,8% – повышена концентрация ЛПОНП.

Всего 31 % пациентов до госпитализации принимали лекарственные средства при указанных патологических состояниях, а именно: ИАПФ – 23 %, В-АБ – 10 %, препараты АСК – 7 %, нитраты – 3 %, диуретики – 2 %, БКК – 2 %, антиаритмики – 2%, дигоксин – 1 % пациентов. Большинство пациентов не корректировали имеющиеся факторы кардиометаболического риска.

Следует отметить, что тропонины в период диагностики инфаркта миокарда были повышены у 86,2% пациентов, КФК-МВ – у 84,3% пациентов, НВДН – у 88,4% пациентов (таблица 1).

Таблица 1 -Биомаркеры повреждения миокарда

показатель	при поступлении	мах	норма
тропонины, нг/мл	2,616	5,978	0,00-0,02
КФК-МВ, Ед/л	64,2	100,2	0-24
НВДН, Ед/л	314	454	72-182

Осложнения при ИМ встречались в 38,1% случаев. В структуре осложнений лидировали следующие: пароксизм фибрилляции предсердий (20,7%), АВ-блокада (17,2%) (полная АВ-блокада – 12,1%), ранняя постинфарктная стенокардия (13,8%), желудочковая э/с (10,3%), ОЛЖН (8,6%), фибрилляция желудочков (5,2%), СССУ (3,4%), суправентрикулярная э/с (3,4%), кардиогенный шок (3,4%). Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, синусовая брадикардия, идиовентрикулярный ритм, синдром ВПВ, блокада ЛНПГ, хроническая аневризма сердца, гипостатическая пневмония и острое синкопальное состояние развились в единичных случаях (по 0,02%). 1 случай ИМ закончился летально (0,01%).

Выводы: 1. Основные кардиометаболические факторы риска в анализируемой группе пациентов с ИМ: пол (мужской), возраст (старше 55 лет), наличие АГ, избыточного веса/ожирения, нарушений липидного обмена (показатели ХС, ЛПНП, ЛПОНП), курение, употребление алкоголя. Отягощенная наследственность, профессиональная деятельность, которая связана с эмоциональной или физической нагрузкой (водители), наличие СД/нарушения толерантности к глюкозе, гиподинамия и стрессовый фактор также играют немаловажную роль в качестве факторов риска; 2. Большинство пациентов (до возникновения ИМ) не принимали регулярно лекарственных средств при наличии кардиоваскулярных заболеваний и не корригировали имеющиеся факторы риска; 3. Основные биомаркеры повреждения миокарда (тропонины, КФК-МВ, НВДН) были повышены у большинства пациентов при поступлении в стационар, максимальная величина тестов наблюдалась на 2 – 3-й дни ИМ; 4. В структуре осложнений ИМ доминировали пароксизм фибрилляции предсердий, ранняя постинфарктная стенокардия, АВ-блокада и желудочковая э/с.

Литература

1. «Демографический ежегодник Республики Беларусь» — статистический сборник / Национальный статистический комитет Республики Беларусь // Минск, 2013 г.— 420 с.— С. 302–307.
2. Alberti K. G. et al. Metabolic syndrome — a new world-wide definition. A consensus Statement from the International Diabetes Federation // Diabet Med — 2006. — № 23. — P. 469–480.
3. Sowers J. R. et al. Diabetes, hypertension and cardiovascular disease: an update // Hypertension — 2001. — № 37. — P. 1053–1059.