УДК 616-005.8-082-036

Н.О. Теренда, Н.Я. Панчишин, О.Н. Литвинова, Ю.М. Петрашик

Фактори ризику в розвитку інфаркту міокарда та шляхи їх корекції

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Мета *– вивчити вплив факторів ризику на розвиток інфаркту міокарда та запропонувати шляхи їх корекції.*
Матеріали та методи*. Використано дані з медичних карт стаціонарного хворого. Застосовано методи: викопіювання даних, статистичний, аналітичний.*
Результати*. У проведеному дослідженні вивчено фактори ризику, які приводять до розвитку інфаркту міокарда. Встановлено значну роль гіпертонічної хвороби та адекватності гіпотензивної терапії, цукрового діабету II типу, стенокардії напруги та фібриляції передсердь, паління та обтяженого спадкового анамнезу. Визначено переважання певних факторів ризику у різні вікові періоди. У осіб віком до 44 років та 45–59 років, в яких розвинувся інфаркт міокарда, частіше переважали паління та обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинних захворювань. Для пацієнтів віком 60 років і старше була притаманна достовірно вища наявність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету II типу, стенокардії напруги та фібриляції передсердь. Надано рекомендації по корекції певних факторів ризику розвитку інфаркту міокарда щодо вікових груп населення.*
Висновки*. На розвиток інфаркту міокарда впливають як поведінкові чинники, так і наявні хронічні захворювання. Для ефективної їх корекції та профілактики інфаркту міокарда необхідно враховувати вік пацієнта.*
Ключові слова*: фактори ризику, інфаркт міокарда, первинний рівень медичної допомоги.*

Вступ

Захворюваність і смертність від неінфекційних захворювань становить одну із провідних проблем сучасної системи охорони здоров'я. Левову частку в їх структурі займають хвороби системи кровообігу. У виникненні і розвитку цих захворювань значну роль відіграють фактори ризику (ФР). За даними ВООЗ, понад 3/4 усієї смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) можна попередити за допомогою відповідних змін способу життя.

Сімейний лікар має унікальну можливість коригувати ФР у пацієнтів за допомогою медикаментозних і немедикаментозних втручань.

Мета роботи – вивчити вплив ФР на розвиток ІМ та запропонувати шляхи їх корекції.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було вирішено такі завдання:

1. Проаналізовано ФР, що сприяли розвитку ІМ у хворих.
2. Виокремлено та проаналізовано розподіл ФР щодо вікових груп пацієнтів.
3. Запропоновано шляхи корекції ФР розвитку ІМ відповідно до вікових груп.

У дослідженні використано дані з медичних карт стаціонарного хворого 288 пацієнтів з ІМ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Тернопільській комунальній міській лікарні (ТКМЛ) № 2. Використано методи: викопіювання даних, статистичний, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Різноманітні дослідження, які проводилися протягом останніх років, визначили низку провідних ФР у розвитку серцево-судинних захворювань: порушення ліпідного обміну, вживання тютюну, алкоголю, артеріальна гіпертензія, спадковість, нераціональне харчування. В проведеному нами дослідженні було проаналізовано частину із факторів, які були виявлені у хворих ІМ.

Фундаментальними дослідженнями на сьогодні доведено, що артеріальна гіпертензія є провідним ФР розвитку ІХС, ІМ, цереброваскулярних захворювань, ниркової недостатності [1, 8]. Смертність дорослого населення від ІМ і мозкових інсультів має прямий корелятивний зв'язок із захворюваністю на АГ та її поширеністю [5]. У нашому дослідженні у пацієнтів з ІМ гіпертонічна хвороба (ГХ) спостерігалася у 77,1%. Більшість із них хворіли цією патологією більше 10 років (45,7%), 19,7% мали підвищений артеріальний тиск в анамнезі від 5 до 10 років, 34,5% – до 5 років. У 10,8% пацієнтів ІМ виник як ускладнення гіпертонічного кризу. На жаль, не всі пацієнти регулярно приймали антигіпертензивну терапію. Лише 46% осіб регулярно приймали призначену медикаментозну терапію, 33% – застосовували медикаменти нерегулярно або епізодично і 21% осіб взагалі не вживали ніяких антигіпертензивних середників.

Відомо, що при порушенні толерантності до вуглеводів – у два рази збільшується ризик розвитку серцево-судинних захворювань [6]. У нашому спостереженні цукровий діабет II типу виявлено у 24,7% пацієнтів.

З тютюнопалінням пов'язують 30–40% смертей від ІХС і 30% випадків смерті від онкологічних захворювань. За даними звіту ВООЗ про глобальну тютюнову епідемію, за рівнем поширеності паління серед дорослих (38,2%) Україна знаходиться на 6 місці серед 45 країн Європейського регіону ВООЗ та на 7-му місці у світі [3]. За результатами нашого дослідження частка пацієнтів з ІМ, які палили, становила 21,2 %.

У 2002 р. фахівцями ВООЗ обтяжений сімейний анамнез було виділено як незалежний предиктор ризику ІМ, який не залежить від статі, віку, етнічних, географічних, соціально-економічних та традиційних факторів ризику [4]. Саме локус 9p21.3 на даний час є найбільш достовірним генетичним чинником виникнення ІХС та ІМ. Фактор спадковості відмічали 18,4 % хворих.

Окремі дослідники вважають наявність передінфарктної стенокардії як ФР, що визначає легший перебіг ІМ: поширення зони некрозу на передні відділи серця, рідший розвиток кардіогенного шоку, фібриляції передсердь [7]. У нашому дослідженні стенокардія відмічалася у 33,0 % осіб. Постійна форма фібриляції передсердь була в анамнезі у 7,6 % пацієнтів з ІМ.

Ще одним етапом нашого дослідження було вивчення ФР залежно від віку. Всіх пацієнтів було розділено на вікові групи згідно рекомендацій ВООЗ: перша група – особи віком до 44 років, друга – 45–59 років, третя – 60 років і старше. Найменш чисельною була перша група – лише 12 пацієнтів (4,2%), найбільшою була третя група – 179 осіб (62,1%), до складу другої групи увійшло 97 осіб (33,7%). У кожній з них визначали наявність та питому вагу ФР розвитку ІМ (таблиця).

Таблиця

Фактори ризику інфаркту міокарда в пацієнтів різних вікових груп

Фактор ризику	Вік пацієнтів		
	до 44 років (n=12)	45–59 років (n=97)	60 років і старше (n=179)
Паління	66,7±13,60	35,1±4,85*	10,6±2,30**
Сімейний анамнез	66,7±13,60	22,7±4,25*	12,8±2,50**
Фібриляція передсердь	0	4,1±2,01	10,1±2,25***
Стенокардія	41,7±14,23	17,5±3,86	40,8±3,67***
Гіпертонічна хвороба	50,0±14,43	66,0±4,81***	83,2±2,79**
Цукровий діабет II типу	25,0±12,50	15,5±3,67	29,6±3,41***

Примітки: * – статистично достовірно при порівнянні пацієнтів першої та другої груп; ** – статистично достовірно при порівнянні пацієнтів першої та третьої груп; *** – статистично достовірно при порівнянні пацієнтів другої та третьої груп.

При вивченні ФР, які приводять до розвитку ІМ, у осіб до 44 років виявлено, що у них достовірно вище було поширене паління порівняно як із особами 45–59 років ($p<0,05$), так і з особами 60 років і старше ($p<0,001$). Також в анамнезі у них достовірно частіше спостерігалося згадування про серцево-судинну патологію у близьких родичів (для другої групи $p<0,01$ і для третьої $p<0,001$).

Подібна тенденція простежувалася і у другій віковій групі. Так, хворі із цієї групи достовірно частіше палили порівняно із старшою віковою групою ($p<0,001$) і частіше у них був обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинної патології ($p<0,01$).

У пацієнтів третьої вікової групи спостерігалося переважання інших ФР. Так, для них була притаманна достовірно вища наявність ГХ (для другої групи $p<0,001$ і для першої $p<0,05$), цукрового діабету II типу (для другої групи $p<0,01$), стенокардії напруги (для другої групи $p<0,001$) та фібриляції передсердь (для другої групи $p<0,05$).

Низкою досліджень українських вчених встановлено недостатній рівень профілактичної роботи, яку проводять лікарі первинного рівня медичної допомоги по запобіганню серцево-судинних захворювань. Це пов'язано як з об'єктивними причинами (брак методичних матеріалів, інших джерел інформації), так і з суб'єктивним фактором (важливішою вважають лікувальну, а не профілактичну роботу). Так, ніколи не проводять або проводять епізодично профілактичну роботу з населенням щодо відмови від куріння 19,2% медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я, раціональної дієти – 15,3%, шкоди надмірного споживання алкоголю – 25,1%, зменшення надмірної маси тіла – 24,9%, підвищення фізичної активності – 17,8% [2].

Для покращення ефективності профілактичної роботи лікарями доцільно виділити певні групи населення з метою диференційованого підходу до корекції певних ФР. Так, на основі проведених досліджень, можна виділити вікову групу до 44 років, серед яких доцільно проводити пропаганду здорового способу життя (відмова від паління, алкоголю, контроль ліпідограми, раціональне харчування). Особливо це стосується пацієнтів з обтяженим сімейним анамнезом.

У пацієнтів старшої вікової групи більше уваги необхідно спрямувати на диспансерне спостереження за особами, хворими ГХ, цукровим діабетом II типу, стенокардією напруги, фібриляцією передсердь. Важливо доносити до пацієнта інформацію про необхідність дотримання режиму праці та відпочинку, раціонального харчування, регулярного медикаментозного лікування.

Висновки

1. Пацієнти з ГХ, у яких розвинувся ІМ, не завжди регулярно приймали антигіпертензивну терапію. Лише 46% осіб регулярно приймали призначену медикаментозну терапію, 33% – застосовували медикаменти нерегулярно або епізодично і 21% осіб взагалі не вживали ніяких антигіпертензивних середників.

2. У осіб до 44 років, в яких розвинувся ІМ, достовірно вищими було поширене паління та обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинних захворювань порівняно як із особами 45–59 років, так і з особами 60 років і старше. Подібна тенденція простежувалася і у пацієнтів віком 45–59 років.

3. Для пацієнтів віком 60 років і старше була притаманна достовірно вища наявність ГХ, цукрового діабету ІІ типу, стенокардії напруги та фібриляції передсердь.

4. Для покращення ефективності профілактичної роботи лікарям первинного рівня медичної допомоги доцільно виділяти певні вікові групи населення з метою диференційованого підходу до корекції певних ФР розвитку ІМ.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності профілактичної роботи лікарів первинної ланки щодо профілактики ІМ.

Література

1. *Горбась І. М.* Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль /[Електронний ресурс] І. М. Горбась. – – Режим доступу : http://health-ua.com/article/2229.html.– Назва з екрана.
2. *Гречишкіна Н. В.* Вивчення обізнаності та ставлення лікарів первинної ланки щодо профілактики неінфекційних захворювань / Н. В. Гречишкіна, Т. С. Грузєва // Сімейна медицина. – 2015. – № 6. – С. 22–24.
3. *Красовський К. С.* Глобальна тютюнова епідемія і протистояння їй в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андреєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №4 (4). – С. 66–70.
4. *Лобач Л. Є.* Генетика інфаркту міокарда / Л. Є. Лобач // Ліки України. – 2015. – № 5 (191). – С. 21–24.
5. *Навчук І. В.* Розробка та обґрунтування моделі первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення : автореф. дис. … канд. мед наук: 14.02.03 / І. В. Навчук ; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – Київ, 2009. – 33 с.
6. *Приступюк О. М.* Модифікування чинників ризику серцево-судинної патології у хворих на цукровий діабет типу 2 / О. М. Приступюк // Тези доповідей Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої всесвітньому дню здоров'я 2010 р. : Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – № 1 (9). – С. 213–214.
7. *Effect* of Preinfarction angina pectoris on long term survival in patients with ST-segment elevation myocardial infarction who underwent primary percutaneous coronary intervention / T. Tanigucni, H. Shiomi, T. Toyota [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2014. – Vol. 114 (8). – P. 1179–1186.
8. *Systolic* blood pressure and cardiovascular outcomes during treatment of hypertension / M. A. Weber, G. L. Bakris, A. Hester [et al.] // Am. J. Med. – 2013. – Vol. 126 (6). – P. 501–508.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.04.2017 р.

Факторы риска в развитии инфаркта миокарда и пути их коррекции

Н.А. Теренда, Н.Я. Панчишин, О.Н. Литвинова, Ю.Н. Петрашик
ГВУУ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель – изучить влияние факторов риска на развитие инфаркта миокарда (ИМ) и предложить пути их коррекции.

Материалы и методы. В исследовании использованы данные из медицинских карт стационарного больного. Использованы методы: выкопировки данных, статистический, аналитический.

Результаты. В проведенном исследовании изучены факторы риска, которые способствуют развитию инфаркта миокарда. Установлено значительную роль гипертонической болезни и адекватности гипотензивной терапии, сахарного диабета II типа, стенокардии напряжения и фибрилляции предсердий, курения и отягощенного наследственного анамнеза. Определены преобладание определенных факторов риска в разные возрастные периоды. У лиц в возрасте до 44 лет и 45–59 лет, в которых развился инфаркт миокарда, чаще преобладали курение и отягощенный семейный анамнез относительно сердечно-сосудистых заболеваний. Для пациентов в возрасте 60 лет и старше было присуще достоверно выше наличие гипертонической болезни, сахарного диабета II типа, стенокардии напряжения и фибрилляции предсердий. Даны рекомендации по коррекции определенных факторов риска развития ИМ относительно различных возрастных групп населения.

Выводы. На развитие инфаркта миокарда влияют как поведенческие факторы, так и имеющиеся хронические заболевания. Для эффективной их коррекции и профилактики инфаркта миокарда необходимо учитывать возраст пациента.

Ключевые слова: факторы риска, инфаркт миокарда, первичный уровень медицинской помощи.

Risk factors in development of myocardial infarction, and ways of correction

N.O. Terenda, N.Ya. Panchyshyn, O.N. Lytvynova, Yu.M. Petrashyk
SIHE "Ivan Horbachevsky Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ternopil, Ukraine

Purpose – to analyze the impact of risk factors on the development of myocardial infarction (MI) and suggest ways to correct them.

Materials and methods. The study uses data from medical records of in-patients. Methods used: copying of data, statistical and analytical methods.

Results. We study the risk factors that contribute to myocardial infarction. We established the significant impact of hypertension and the adequacy of antihypertensive therapy, type II diabetes, angina and atrial fibrillation, smoking and burdened hereditary history. We determine the prevalence of certain risk factors at different ages. In people aged 44 and 45–59 who developed myocardial infarction, often smoke and have a family history of cardiovascular diseases. Patients aged 60 and over are characterized by significantly higher frequency of hypertension, type II diabetes, angina and atrial fibrillation. We offer recommendations for correcting some of the risk factors of myocardial infarction by age groups.

Conclusions. The development of myocardial infarction is affected by both behavioral factors and existing chronic diseases. For effective prevention and correction of myocardial infarction, the patient's age should be taken into account.

Key words: risk factors, myocardial infarction, primary level of medical care.

Відомості про авторів

Теренда Наталія Олександрівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Панчишин Наталія Ярославівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Литвинова Ольга Несторівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Петрашик Юрій Миколайович – к.філол.наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.