Risk factors for acute myocardial infarction in patients younger and middle age

N. Shazhanova, S. Egamova, M. Kudratova

Bukhara State Medical Institute

Article info

Received 12.11.2018

Accepted 30.06.2019

Bukhara State Medical
Institute

Шажанова, Н. С., Эгамова,
С. К., Кудратова, М. О.
(2019). Факторы риска
острого инфаркта
миокарда у больных
молодого и среднего
возраста. Fundamental and
applied researches in
practice of leading scientific
schools, 33 (3), 30-33.

Shazhanova, N.S., Egamova, S.K., Kudratova, M.O. (2019). Risk factors for acute myocardial infarction in patients younger and middle age. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 33 (3), 30-33.

We investigated 300 patients with primary and repeat MI, among them 197 have been complicated by myocardial infarction, including 142 patients with - myocardial infarction with tooth Q. Patients were divided into two age groups: young (under 45 years) - 70 people and middle-aged (46 to 60 years) - 230. All patients were treated between 2006 and 2012 in Bukhara branch and regional RSCEMH Heart Hospital.

The results of these studies indicate that the major risk factors for coronary heart disease are (male sex, lipid disorders, hypertension, physical inactivity, smoking, chronic foci of infections, excessive body weight) are found in most patients with myocardial infarction before the age of 60 years. The most important for the prevention of the disease and its complications in both groups of patients were corrected lipid metabolism disorders, smoking cessation, rehabilitation centers of infections, the normalization of physical activity.

Keywords: risk factors; coronary heart disease; RSCEMH Heart Hospital.

Факторы риска острого инфаркта миокарда у больных молодого и среднего возраста

Н. С. Шажанова, С. К. Эгамова, М. О. Кудратова

Бухарский государственный медицинский институт

Исследовано 300 больных с первичным и повторным ИМ, среди них у 197 был осложненный инфаркт миокарда, в том числе у 142 больных - инфаркт миокарда 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. Все больные находились на лечении с 2006 по 2012 г. в Бухарском филиале РНЦЭМП и областной кардиологической больнице.

Результаты проведенных исследований выявили, что основными факторами риска ИБС являются (мужской пол, нарушения липидного обмена, АГ, гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела) встречаются у большинства больных инфаркта миокарда 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.

Ключевые слова: факторы риска ИБС; Бухарский филиал РНЦЭМП.

Введение

Одной из больших медико-социальных проблем является возрастающая частота смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых наиболее значимую долю составляет острый инфаркт миокарда (ИМ) с тенденцией повышения его частоты у больных молодого и среднего возраста [1; 3; 5; 7]. За последние 15 лет общая смертность молодых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) достигла 30 % даже при использовании современных методов лечения [2; 4; 6]. Поэтому представляется актуальным изучение значимости современных факторов риска и их сочетаний у пациентов с ИБС и развившимся ИМ в молодом и среднем возрасте с целью поиска возможных направлений для первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда.

Целью

настоящего исследования явилась оценка наиболее значимой совокупности факторов риска инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 300 больных с первичным и повторным ИМ, среди них у 197 был осложненный инфаркт миокарда, в том числе у 142 больных - инфаркт миокарда 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 возраст в первой группе больных составил $41,3 \pm 0,6$ года, во второй - $53,1 \pm 0,3$. Все больные находились на лечении с 2006 по 2012 г. в Бухарском филиале РНЦЭМП и областной кардиологической больнице. Наряду с тщательным клинико-лабораторным обследованием при работе с больными анализировали множество вероятных факторов риска, которые могли бы быть предрасполагающими к развитию ИМ или провоцирующими его возникновение.

Результаты исследования

Оказалось, что в обеих возрастных группах больных с инфарктом миокарда среди факторов риска наиболее часто наблюдались различной степени нарушения липидного обмена (64 %), гиподинамия (85 %), курение (82 %), пристрастие к жирной пище (91 %), повышенное потребление поваренной соли (85 %), злоупотребление алкоголем (37 %). Не менее часто имели место очаги хронических инфекций (72 %), артериальная гипертензия (70 %), избыточная масса тела (52 %) и ожирение (43 %). Также с высокой частотой выявлялись не корригируемые факторы риска - мужской пол (95 %) и наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям (82 %). У 56 % больных в анамнезе отмечались гипертонические кризы, у 56 % - боли в сердце, у 30 % - признаки сердечной недостаточности, у 15 % - экстрасистолия и у 11 % - пароксизмы мерцательной аритмии. 43 % пациентов к моменту исследования уже перенесли инфаркт миокарда. 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 инфаркт миокарда 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 инфаркт миокарда 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 инфаркта миокарда с острой респираторной инфекцией ($p < 0,05$). Кроме того, у этих пациентов чаще, чем в группе больных с осложненным инфарктом миокарда среднего возраста, отмечались курение, очаги инфекций, дислипидемия, избыточная масса тела, простудные заболевания ($p < 0,05$).

Заболевание манифестировало ИМ у 56 % больных в возрасте до 45 лет и 41 % больных 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 фактором для 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 факторов риска 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 она достоверно чаще выявлялась у больных молодого возраста (табл. 1). При этом у основной части пациентов всех возрастных групп длительность этого состояния составила более пяти лет.

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. В остром периоде ИМ у больных с избыточной массой тела выраженность проявлений сердечной недостаточности и тяжесть состояния, частота выявления мерцательной аритмии и пневмоний оказались значимо меньшими, чем у пациентов с нормальной массой тела. Однако к концу третьей недели заболевания у таких больных проявления сердечной недостаточности усиливались.

Таблица 1
Распределение больных ИМ по возрасту и степени ожирения, абс. 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)

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 инфаркт миокарда, 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. При ассоциации АГ с ИМ отмечена тенденция к увеличению числа осложнений и их комбинаций с возрастанием доли осложнений группы сократительной недостаточности [8]. Среди осложнений также у больных с АГ чаще, чем у больных с нормальным уровнем АД, встречались эмоциональные расстройства, реже перикардиты и эмболии. Кроме того, при регрессионном анализе выявлено достоверное значение параметров АГ в развитии нарушений ритма и кардиогенного шока как осложнений острого периода ИМ.

Таблица 2
Факторы риска и сопутствующие заболевания у больных ИМ, абс. 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)

Обсуждение

Результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что основные факторы риска ИБС (мужской пол, нарушения липидного обмена, АГ, гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела) встречаются у большинства больных ИМ в возрасте до 60 лет. Обращает на себя внимание, что длительность воздействия важнейших из них (курения, избыточной массы тела и АГ) у большинства пациентов составила более пяти лет. Это дает основания для проведения адекватных профилактических мероприятий [6; 7].

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 в первую очередь необходимы лечение АГ, проявлений сердечной недостаточности; для молодых больных - борьба с вредными привычками, коррекция массы тела, нормализация условий труда.

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 артериального давления в более ранние сроки, а также регулярное исследование уровней липидов и глюкозы в сыворотке крови.

Литература / References

1. Alavi, A. L., Sabirianov, Z. T. (2008). Diagnosis, treatment and prevention of hypertension. Recommendations for internists, cardiologists and General practitioners. Tashkent.
2. Valenkevych, L. M., Lemkin, S. M. (1990). Myocardial infarction at a young age. Clinical medicine, 68, No. 2, 12-18.
3. Gafarova, A. C. Gafarov, V. V. (2009). Sudden death: a study of myocardial infarction based on who programs "Register of acute myocardial infarction", "Monica". Cardiovascular therapy and prevention, 8(6), Annex 1, 86.
4. A. Yu. I., Okrugin S. A., Orlov, S. D. (1999). Acute coronary syndrome in individuals 40 years of age: results of 10 years of observations in Tomsk (1988-1997) and the who program "Register of acute myocardial infarction". Cardiology, 39, 11, 47-50.
5. Kurbanov, R. D., Eliseev, M. R., Hamidullah, G. A. (2007). Modern principles of diagnostics and treatment of arterial hypertension. Manual for doctors. Tashkent.
6. Oganov R. G., Maslennikova, G. Y. (2002). Mortality from cardiovascular and other noncommunicable diseases among the working population of Russia. Cardiovascular therapy and prevention, 3, 4-8.
7. Sotnikov, A. V. (2007). Clinical characteristics and course of myocardial infarction in young and middle-aged. SPb.