

**ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ НА ПРОГНОЗ У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

*Сотников А.В., Яковлев В.В., Гордиенко А.В., Буре В.М., Гливинская О.А.*

**Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербургский государственный университет, факультет прикладной математики процессов управления, кафедра управления медико-биологическими системами, Санкт – Петербург, Россия**

Цель исследования: оценить значимость сопутствующей легочной патологии для возникновения осложнений и неблагоприятного исхода инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин разного возраста.

Материалы и методы: обследованы больные ИМ с осложненным (676) и неосложненным (364) течением заболевания, в том числе: 11 – с бронхиальной астмой (БА), 238 – хроническим бронхитом (ХБ) и 791 пациент – без хронических заболеваний легких (ХЗЛ) в анамнезе. Помимо особенностей ИМ регистрировали более 30 вероятных факторов риска и сопутствующих заболеваний.

Результаты. В структуре факторов риска частота выявления ХЗЛ (24%) уступала таковым для курения (58%), артериальной гипертензии (АГ) (78%), хронической сердечной недостаточности (ХСН) в анамнезе (65%), очагов хронических инфекций (53%), ожирения (43%) нарушений ритма сердца (51%), болезней желудка и кишечника (31%). Реже имели место сахарный диабет (20%), частые простудные заболевания (20%) и злоупотребление алкоголем (18%).

Оценка влияния перечисленных факторов на развитие осложнений на основе таблиц сопряженности позволила предположить наличие взаимосвязей осложненного течения ИМ у 9 из 34 исследуемых категорий, в том числе, при ХЗЛ ( $p < 0,05$ ). Так в группе больных осложненного течения ИМ получена большая частота Q-ИМ ( $p < 0,001$ ), АГ ( $p < 0,001$ ), ХСН ( $p < 0,001$ ), очагов хронических инфекций ( $p < 0,01$ ), мерцательной аритмии ( $p < 0,001$ ) и экстрасистолии ( $p < 0,001$ ) в анамнезе. У больных этой группы частота респираторных инфекций ( $p < 0,01$ ) и их связь с обострениями ИБС ( $p < 0,001$ ) оказались выше, чем в группе больных с неосложненным течением заболевания.

Вместе с тем получено достоверное отсутствие различий в исследуемых группах больных в зависимости от локализацией ИМ, наличия сахарного диабета, избыточной массы тела, полного отказа от алкоголя, интенсивности курения, наличия желчно- и мочекаменной болезней, подагры, заболеваний щитовидной железы, ЖКТ и др. Не получено также подтвержденных различий по сезонности обострений ИБС.

При применении логлинейного анализа по актуальным факторам, давшим достоверные различия на первом этапе, включая ожидаемо значимые, получены достоверные статистические зависимости между их выявлением и осложненным течением ИМ только в 4 случаях: Q-ИМ ( $X^2=56,68$ ;  $Y^2=61,36$ ;  $\chi^2(0,05;1)=3,84$ ), наличием ХЗЛ ( $X^2=8,93$ ;  $Y^2=9,20$ ;  $\chi^2(0,05;2)=5,99$ ), наличие экстрасистолии ( $X^2=56,64$ ;  $Y^2=61,36$ ;  $\chi^2(0,05;1)=3,84$ ) и мерцательной аритмии в анамнезе ( $X^2=72,49$ ;  $Y^2=82,40$ ;  $\chi^2(0,05;1)=3,84$ ). В остальных случаях изучаемые параметры и наличие осложнений ИМ оказались достоверно независимыми.

Модели взаимосвязей ХЗЛ и осложнений ИМ показали, что больных с ХБ и осложненным ИМ гораздо больше (0,15), чем таких же – без осложнений; при ХЗЛ осложнения ИМ более характерны для ХБ (0,15), чем для БА (-0,067).

В линейной регрессионной модели летальность исхода ИМ ( $R^2=0,7$ ;  $p < 0,001$ ) также получена значимость ХЗЛ ( $\beta=0,1$ ;  $p < 0,05$ ;  $K=1,9\%$ ).

Следует отметить, что при сравнении выживаемости в группах больных с ХЗЛ и без них по кривой Каплан – Мейер в первые 50 дней ИМ значимого влияния ХЗЛ на ее характеристики (наряду со злоупотреблением алкоголя, экстрасистолией, инсультами в анамнезе и наличием гипертрофии левого желудочка) не получено.

Выводы: ХБ относится к наиболее неблагоприятным факторам при ИМ в отношении осложненного течения заболевания с риском формирования ХСН в дальнейшем и летального исхода, а больные ИМ и ХЗЛ – к категории трудно курабельных.

Полученные данные свидетельствуют о прогнозируемой эффективности своевременной комплексной профилактики ХЗЛ для снижения смертности от хронической сердечной недостаточности.

**Литература**

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.