

ПОВТОРНЫЕ ИНФАРКТЫ МОКАРДА: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

[У.У. Негмаджонов, А.Д. Куимов](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

Целью исследования явилось определение факторов риска, клинических особенностей течения повторных инфарктов миокарда (ПИМ) для повышения эффективности их профилактики. Исследование — проспективное (в течение 1-го года), когортное, где объектом изучения явились больные острым инфарктом миокарда ($n = 152$), поступившие за период 2009–2010 г. в 1-е кардиологическое отделение МБУЗ ГKB № 1 г. Новосибирска. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа — 76 случаев ПИМ, 2-я группа — 76 случаев первичного инфаркта миокарда (ИМ). Полученные результаты выявили наиболее значимые три фактора риска ПИМ: артериальная гипертензия (АГ) и отягощённая по АГ и ишемической болезни сердца наследственность. Большое значение в предотвращении серьёзных осложнений ИМ играет стратегия лечения острого периода и восстановление коронарного кровотока. Инвазивная стратегия достоверно улучшает прогноз в отношении конечных точек: повторных госпитализаций, постинфарктной стенокардии и летальных исходов. Приверженность больных ИМ к базисной терапии остается низкой (в группе больных ПИМ — 40 % и в группе ИМ — 21 %).

Ключевые слова: повторные инфаркты миокарда (ПИМ), факторы риска, инвазивные вмешательства, лечение.

Куимов Андрей Дмитриевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, e-mail: terapia@mail.ru

Негмаджонов Умед Усманович — аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, контактный телефон: (383) 226-66-14

Введение. Одной из важнейших проблем ишемической болезни сердца (ИБС) являются повторные инфаркты миокарда (ПИМ), частота которых составляет 25–29 %. Они серьёзно ухудшают прогноз и дальнейшее течение болезни, вызывая каскад осложнений: сердечную недостаточность, аритмии, снижение качества жизни и существенно влияя на показатели смертности [1]. В Сибирском федеральном округе, как и в России в целом, наблюдается высокая заболеваемость ПИМ — 21,5 на 100 тыс.

населения [2]. Высокая летальность при первичном и повторном ИМ свидетельствует о недостаточно эффективной медицинской помощи больным с этими заболеваниями, об отсутствии в необходимых объемах тромболитической терапии, недостаточном объеме выполнения современных инвазивных и хирургических вмешательств, а также недостаточном использовании современных фармакологических препаратов, улучшающих прогноз заболевания.

Цель исследования: определить факторы риска, клинические особенности течения ПИМ для повышения эффективности их профилактики.

Задачи исследования:

1. Определить факторы риска ИБС и клинические показатели, ассоциированные с ПИМ.
2. Оценить влияние медикаментозной терапии, ранних инвазивных вмешательств и вторичной профилактики ИБС на развитие ПИМ.

Материал и методы. Исследование — проспективное (в течение 1-го года), когортное, где объектом изучения явились больные острым инфарктом миокарда (ОИМ, $n = 152$), поступившие за период 2009–2010 г. в 1-е кардиологическое отделение МБУЗ ГКБ № 1 г. Новосибирска. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа — 76 ПИМ, 2-я группа — 76 случаев первичного ИМ.

Критерии включения:

1. Все пациенты с ОИМ, поступившие в отделение неотложной кардиологии 1-й ГКБ г. Новосибирска, проживающие в г. Новосибирске (доступные для долгосрочного наблюдения).
2. Пациенты, подписавшие информированное согласие на долгосрочное наблюдение и обследование.

Критерии исключения.

1. Пациенты с неадекватным поведением (деменция, алкоголизм).
2. Пациенты, у которых затруднительно долгосрочное наблюдение (из других районов, бомжи).
3. Пациенты с тяжелой сопутствующей патологией (злокачественные новообразование, туберкулез, СПИД).
4. Пациенты, отказавшиеся подписать информированное согласие.
5. Летальные исходы в течение 1-х суток госпитализации.

В динамике наблюдения за больными оценивалась эффективность и полнота медикаментозного лечения: тромболитической терапии (ТЛТ), базисной терапии ОИМ (антиагреганты, статины, бета-блокаторы и ингибиторы АПФ), а также инвазивной стратегии лечения: чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Дизайн исследования и методы обследования больных представлены на рис. 1.

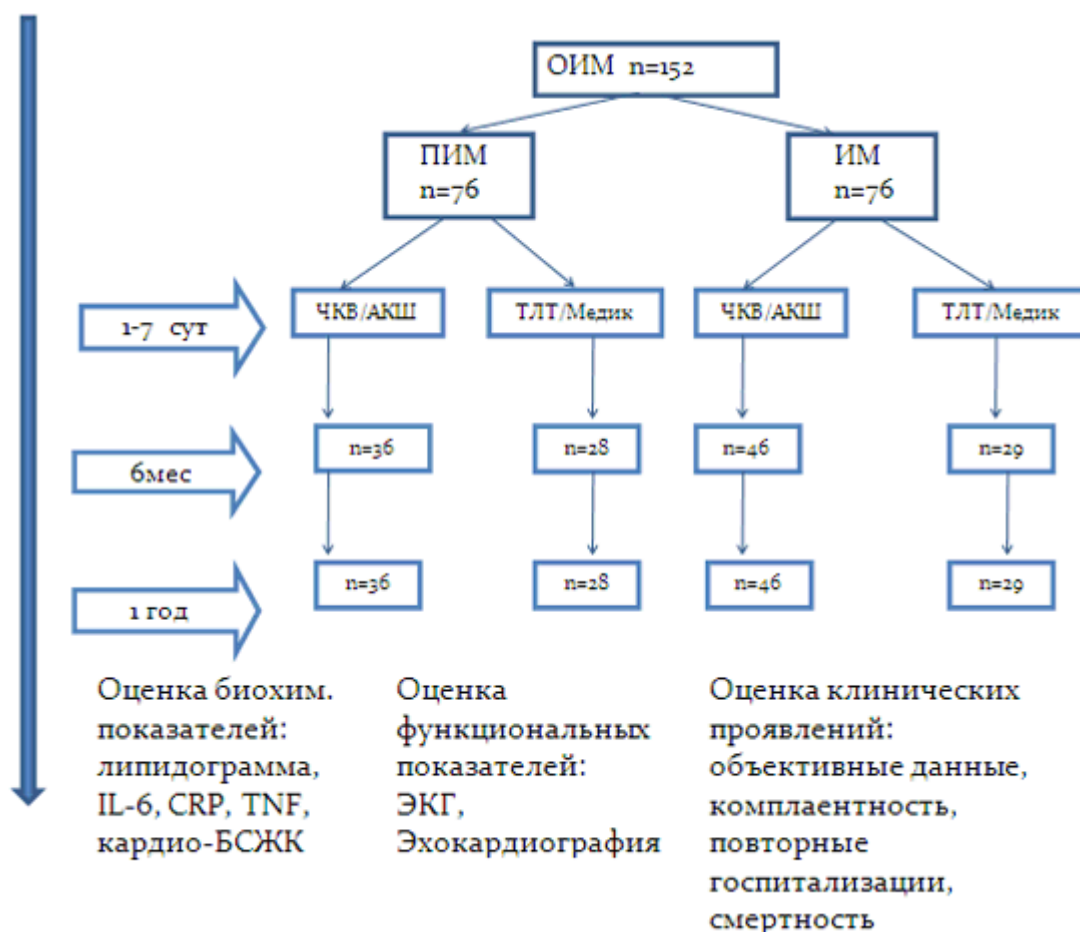


Рис. 1. Дизайн исследования

Результаты исследования и их обсуждение. Из 76-ти случаев, включенных в исследование ПИМ, 45 человек составили мужчины (59,2 %) и 31 — женщины (40,8 %). Соотношение мужчин и женщин — 1,45:1 ($p < 0,05$), что согласуется с данными, имеющимися в литературе [4, 5]. Средний возраст мужчин с ПИМ составил $61,8 \pm 5,4$ года, женщин — $69,4 \pm 6,1$ года.

Таким образом, ПИМ встречались на 18,4 % чаще у мужчин, а среди мужчин случаи повторных ИМ наблюдались в более раннем возрасте, чем среди женщин ($p < 0,05$). Очень большое значение для возникновения ПИМ, его прогноза и формирования индивидуальной стратегии играют факторы риска (ФР) и отягощенность ими больного [3]. Эти данные представлены в табл. 1.

Частота встречаемости факторов риска у больных с повторными и первичными инфарктами миокарда

Факторы риска	Повторный инфаркт миокарда, n (%)	Первичный инфаркт миокарда, n (%)	Достоверность различия
Возраст, годы	64,3 ± 4,2	55,8 ± 5,1	P < 0,05
Пол, м/ж	45/31 = 1,45	54/22 = 2,45	P < 0,05
Наследственность:			
• по АГ	58 (76,3)	31 (47,9)	P < 0,05
• ИМ	40 (52,5)	27 (35,5)	P < 0,05
• инсульту	16 (21,1)	16 (21,1)	P > 0,05
Артериальная гипертензия	73 (96,1)	45 (59,2)	P < 0,05
Холестерин крови, мм/л	5,90 ± 1,2	5,69 ± 1,1	P > 0,05
Курение	30 (38,8)	39 (51,3)	P > 0,05
Индекс массы тела, ед.	32,2 ± 4,8	28,3 ± 4,2	P > 0,05
Окружность талии, см	106,2 ± 5,6	103,4 ± 6,8	P > 0,05

Выявлено, что в группе больных ПИМ достоверно преобладало количество лиц с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям, прежде всего по артериальной гипертензии (АГ) (76,3 и 47,9 %) и по ИБС в виде ИМ (52,5 и 35,5 % соответственно) в анамнезе у близких родственников первой линии. По выявлению инсультов в анамнезе больных различия между группами не выявлено. Достоверно чаще в группе больных ПИМ преобладал такой фактор риска как АГ (96,1 против 59,2 %). По данным О. П. Малахиной (2007), частота АГ в группе больных ПИМ (82,1 %) была также выше, чем в группе первичными ИМ (65,6 %), но достоверно не отличалась (P = 0,149), что также свидетельствует о том, что наличие АГ является единым фактором риска как для больных повторными, так и для больных первичными ИМ.

Частота осложнений существенно и достоверно отличается в группах ПИМ и первичного ИМ. Особенно обращает на себя внимание большая частота осложнений ПИМ, которые влияют на прогноз и качество жизни в отдаленном периоде заболевания. Это, несомненно, постинфарктная стенокардия (38,1 %), рецидивирующее течение ИМ (9,2 %), аневризма левого желудочка 4 (2,8 %), а также нарушения ритма сердца (16 %). Наличие и высокая частота этих осложнений ПИМ говорит о коронарной недостаточности, которая сохраняется после перенесенных ИМ и высокой вероятности развития сердечной недостаточности. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) при повторных ИМ носит более тяжелый характер, достоверно чаще встречается IIa стадия по классификации Стражеско-Василенко (53,9 %) по сравнению с первичными ИМ (15,8 %) и достоверно реже ХСН 0 (10,5 и 43,4 %, соответственно).

Как было указано выше, базисная терапия больных после ИМ, влияющая на продолжительность жизни, состоит из четырех препаратов: антиагрегантов (аспирина и/или клопидогреля), бета-блокатора, статина и ингибитора АПФ. Получение всех 4-х групп препаратов мы рассматриваем как полноценную терапию, а неполучение какой-либо группы препаратов мы рассматриваем как неполноценное лечение, которое может отрицательно повлиять на прогноз болезни. В табл. 2 представлены данные о приверженности к терапии больных в зависимости от пола и возраста.

**Приверженность больных инфарктом миокарда к полноценной терапии
в зависимости от пола и возраста**

Характеристика больных	Повторные ИМ, n (%)	Первичные ИМ, n (%)	Достоверность различий
Мужчины	14 (36 %)	5 (11 %)*	$P < 0,01$
Женщины	12 (44 %)	11 (50 %)*	$P > 0,05$
Старше 60 лет	18 (28 %)**	15 (22,5 %)**	$P > 0,05$
Младше 60 лет	6 (9 %)**	1 (1,8 %)**	$P < 0,05$
Всего	40 %	21 %	$P < 0,01$
После ЧКВ и АКШ	37 (48,7 %)	47 (61,8 %)**	$P > 0,05$
После ТЛТ	39 (51,3 %)	19 (38,2 %)**	$P < 0,05$

Примечание: * — достоверность различия ($P < 0,01$) между подгруппами больных ИМ — мужчинами и женщинами;

** — достоверность различия ($P < 0,01$) между подгруппами больных ИМ — старше 60 лет и младше 60 лет;

*** — достоверность различия ($P < 0,01$) между подгруппами больных ИМ — после ЧКВ и АКШ и после ТЛТ

Данные, приведенные в табл. 2, убедительно показывают, что приверженность к полноценной терапии в группе больных ПИМ достоверно, почти в 2 раза (40 и 21 %), превышает приверженность в группе больных первичным ИМ, прежде всего, за счет мужчин (36 и 11 %, $P < 0,01$), а также после ТЛТ без инвазивных вмешательств (51,3 и 38,2 %, $P < 0,05$).

С другой стороны, в группе больных с первичным ИМ приверженность к полноценной терапии значительно выше (61,8 %) в группе больных после инвазивного вмешательства, чем после ТЛТ (38,2 %). Инвазивные вмешательства более активно формируют внимательное отношение больных к вторичной профилактике, поскольку более ярко и доступно демонстрируют тяжесть болезни.

В целом, эти данные указывают на большее понимание важности правильной терапии у больных ПИМ (40 %), а, с другой стороны, однозначно показывают недостаточность терапии после первичного ИМ (21 %) как потенциальный фактор осложнений ИБС, в том числе ПИМ.

Выводы

1. Наиболее значимыми факторами риска для развития ПИМ являются три фактора риска: АГ и отягощённая по АГ и ИБС наследственность.

2. ПИМ характеризуются следующими клиническими особенностями: 71,5 % ПИМ развились в течение четырех лет после предшествующего ОИМ, из них 31,7 % в течение первого года; по сравнению с первичными ИМ (11,9 %) достоверно чаще встречается не-Q ИМ (22,4 %), среди осложнений достоверно чаще — постинфарктная стенокардия (38,1 %), нарушения ритма сердца (16 %), рецидивирующее течение ИМ (9,2 %), аневризма левого желудочка (2,8 %).

3. Большое значение в предотвращении серьёзных осложнений ИМ играет стратегия лечения острого периода и восстановление коронарного кровотока. Инвазивная стратегия достоверно улучшает прогноз в отношении конечных точек: повторных госпитализаций, постинфарктной стенокардии и летальных исходов.

4. Приверженность больных ИМ к базисной терапии остается низкой (в группе больных ПИМ — 40 % и в группе ИМ — 21 %), что создает предпосылки к ПИМ и неэффективности вторичной профилактики ИБС.

Список литературы

1. Беленков Ю. Н. Сердечно-сосудистый континуум / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев // Журн. сердечная недостаточность. — 2002. — Т. 3, № 1 (11). — С. 7–11.
2. Заболеваемость населения России в 2006 году : статистические материалы. Ч. 3. МЗ СР РФ
3. Гафаров В. В. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний / В. В. Гафаров, В. А. Пак. — Новосибирск, 2000. — 28 с.
4. Малыхина О. П. Повторные инфаркты миокарда : факторы риска, хронология развития особенности клиники, биомаркеров некроза и воспаления, ремоделирования сердца : дис. ... канд. мед. наук / О. П. Малыхина. — Челябинск, 2007. — 167 с.
5. Сафонова Т. Ю. Особенности повторного инфаркта миокарда за последние шесть лет / Т. Ю. Сафонова, Я. Л. Габинский // Уральский кардиологический журн. — 2001. — № 3. — С. 8–9.

MIOCARDIAC REINFARCTIONS: RISK FACTORS, CLINIC, TREATMENT

U.U. Negmadzonov, A.D. Kuimov

SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

Research objective was definition of risk factors, clinical features of myocardial reinfarctions (MR) run for advanced efficiency of the preventive care. The study is prospective (within 1st year) and cohort. The object of study were patients with acute myocardial infarction (n = 152), who were admitted to 1st cardiovascular care unit at MBHE CCH № 1 of Novosibirsk during 2009-2010. Patients have been divided into 2 groups: 1st group — 76 cases of MR, 2nd group — 76 cases of primary myocardial infarction (MI). The received results have shown three most significant risk factors of MR: arterial hypertension (AH) and heredity burdened with AH and ischemic heart trouble. The great value in prevention of serious complications by MI has the treatment strategy for the acute period and coronary blood flow restoration. Invasive strategy authentically improves the prognostication concerning the final points: repeated hospitalizations, postinfarction stenocardia and lethal outcomes. Adherence of patients with MI to basic therapy remains low (in group of patients with MR it is 40 % and in group o MIit is 21 %).

Keywords: myocardial reinfarctions (MR), risk factors, invasive maneuver, treatment.

Kuimov Andrey Dmitrievich — doctor of medical sciences, professor, head of departmental therapy chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: terapia@mail.ru

Negmadzhonov Umed Usmanovich — post-graduate student of departmental therapy chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», contact phone: (383) 226-66-14

List of the Literature:

1. Belenkov Y. N. Cardiovascular continuum / Y. N. Belenkov, V. Y. Mareev // *Jorn. A heart failure*. — 2002. — V. 3, № 1 (11). — P. 7–11.
2. Population case rate of Russia in 2006: statistical materials. P. 3. MH SD of the Russian Federation
3. Gafarov V. V. Epidemiology and preventive care of chronic noninfectious diseases / V. V. Gafarov, V. A. Pak. — Novosibirsk, 2000. — 28 P.
4. Malykhina O. P. Myocardial reinfarctions: risk factors, chronology of development, features of clinic, necrosis and inflammation biomarkers, heart remodelling: dis. ... cand. Medical sciences / O. P. Malykhina. — Chelyabinsk, 2007. — 167 P.
5. Safonova T. Y. Features of myocardial reinfarction for last six years / T. Y. Safonova, Y. L. Gabinsky // *Ural cardiologic jour.* — 2001. — № 3. — P. 8–9.