



Чинь Ван Нхан ¹(4886-6080)

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Академика Лебедева, д. 6, Россия

Резюме. Важным условием для улучшения профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является изучение коморбидности пациентов. При этом данные о распространенности факторов риска инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин молодого и среднего возраста, страдающих хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ), противоречивы. Цель исследования – оценка факторов риска кардиоваскулярных заболеваний (ССЗ) у мужчин моложе 60 лет с ИМ и ХЗЛ. В него включены мужчины от 18 до 60 лет с ИМ I типа, которым в первые 48 часов [8] и в конце третьей недели заболевания [1] выполнялся стандартный диагностический алгоритм. Пациентов разделили на две сопоставимые по возрасту группы: I – исследуемая, с ХЗЛ (хронический бронхит – 136 пациентов, бронхиальная астма – 6 пациентов); II – контрольная, без заболеваний легких – 424 пациента. Установлено, что распространенность ХЗЛ среди мужчин с ИМ моложе 60 лет составляет 25,1%, (бронхиальной астмы – 1,1%, хронических бронхитов – 24,0%). Преобладающими факторами риска ИМ у мужчин моложе 60 лет с ХЗЛ являются курение (95,1%), атерогенные дислипидемии (92,0%), хронические очаги инфекций внутренних органов (75,4%), наследственная отягощенность по артериальной гипертензии (54,2%) и ИБС (40,8%), зимний период (40,8%), неязвенная патология органов пищеварения (26,1%), частые простудные заболевания (24,6%) и экстрасистолия (19,7%) в анамнезе. Выделение среди мужчин моложе 60 лет групп риска с таким сочетанием с коррекцией модифицируемых факторов риска позволит улучшить результаты профилактики и прогноз у таких пациентов.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, факторы риска, бронхиальная астма, хронический бронхит, профилактика.

Trinh Van Nhan ¹

PECULIARITIES OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MEN UNDER 60 YEARS OLD WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE LUNGS

¹ S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense, St. Petersburg, 194044, Academica Lebedeva str., 6, Russia

Abstract. An important direction in improving the prevention of internal diseases in recent years is the reviewing of comorbidity for individualization of therapy. At the same time, data on the prevalence of risk factors for myocardial infarction (MI) in young and middle-aged men suffering from chronic lung diseases (CLD) are contradictory. The aim of the study was to assess risk factors for cardiovascular diseases (CVD) in men under the age of 60 with MI and CLD. It includes men from 18 to 60 years old with type I MI who, in the first 48 hours [8] and at the end of the third week of the disease [1], performed the standard diagnostic algorithm. Patients were divided into two age-comparable groups: I – with chronic lung disease (chronic bronchitis (136 patients) and bronchial asthma (6 patients)); II – without lung diseases – 424 patients as a control group. It has been established that the prevalence of CLD among men with MI younger than 60 years is 25.1% (bronchial asthma – 1.1%, chronic bronchitis – 24.0%). The predominant risk factors for MI in men younger than 60 years old with CLD are smoking (95.1%), atherogenic dyslipidemia (92.0%), chronic foci of infections of the internal organs (75.4%), hereditary burden of hypertension (54.2 %) and ischemic heart disease (40.8%), winter season (40.8%), non-ulcer pathology of the digestive system (26.1%), frequent colds (24.6%) and extrasystole (19.7%) history. The selection of risk groups among men under 60 years of age with this combination with the correction of modifiable risk factors will improve the results of prophylaxis and prognosis in such patients.

Keywords: myocardial infarction, risk factors, chronic bronchitis, bronchial asthma, prophylaxis.

Введение. Тесная взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронических заболеваний легких (ХЗЛ) в течение последних лет рассматривается некоторыми исследователями в аспекте системных проявлений ХЗЛ [1, 9]. Высокие уровни инвалидизации и смертности среди мужчин молодого и среднего возраста от инфаркта миокарда (ИМ) и распространенность сочетаний ХЗЛ и ИМ заставляют искать новые способы улучшения профилактики этих состояний [1, 5, 6]. В последние годы для персонализации терапии активно изучается влияние коморбидности, при которой сочетание ИМ и ХЗЛ характеризуется взаимным отягощением, существенными особенностями лечения и ограничений при эвакуации [1, 12, 15]. Вместе с тем данные о факторах риска ССЗ у пациентов, с ХЗЛ, перенесших ИМ, противоречивы и требуют уточнения [1, 9, 11].

Цель исследования. Оценка распространенности факторов риска кардиоваскулярных заболеваний (ССЗ) у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда (ИМ), страдающих ХЗЛ для улучшения методов его профилактики.

Методы исследования. В исследование включены мужчины в возрасте от 18 до 60 лет с верифицированным ИМ I типа [20] и скоростью клубочковой фильтрации (СКД-ЕП) 30 и более мл/мин/1,73 м², получавшие обследование и лечение согласно стандартам на момент госпитализации в стационарах Санкт-Петербурга в 2000-2015 гг. Показатели основных видов обмена веществ (в том числе, липидного и электролитного) – оценены дважды, в первые 48 часов ИМ [8] и в завершении третьей недели заболевания [1] по результатам биохимического анализа крови. Определяли уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП), высокой (ЛПВП) плотности, коэффициент (КА) и индексы (ОХ/ЛПВП и ЛПНП/ЛПВП) атерогенности. При работе с пациентами целенаправленно изучено наличие основных и дополнительных (вредные привычки, сопутствующие заболевания, очаги хронической инфекции, профессиональный риск, частота простудных заболеваний, сезонность ухудшений, кардиальная патология и др.) факторов риска ССЗ [4, 5, 6, 7, 10, 13]. Среди военнослужащих к группам профессионального риска также относили участников боевых действий и военных конфликтов [10].

Массу тела оценивали по индексу Кетле. Избыточной считали случаи при его значении 35 кг/м² и более [4, 6].

Гиподинамию выявляли по результатам оценки заполнения опросника IPAQ пациентом или его родственниками [4].

Сезонность случаев оценивали их разделением на периоды согласно реперным точкам температуры воздуха в 0 и 15 °С на метеостанции Санкт-Петербурга [5, 6, 7].



Пациентов разделяли на группы: I – исследуемая, с ХЗЛ (142 пациента, средний возраст $51,4 \pm 6,2$ года), которая состояла из больных с хроническими бронхитами (136 пациентов; $51,4 \pm 6,3$ года) и бронхиальной астмой (6 человек, средний возраст $49,7 \pm 2,5$ года); II группа – контрольная, без заболеваний легких (424 пациента, средний возраст $50,7 \pm 6,3$ года, $p > 0,05$). Диагноз хронического бронхита устанавливали согласно критериям Всемирной организации здравоохранения, бронхиальной астмы – по критериям клинических рекомендаций Российской Федерации [3, 8, 14]. Пациентов с другой патологией легких не включали в исследование [14].

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10.0 и SAS JMP 11. Сравнение количественных результатов проводилось по критериям Краскела-Уолеса, Манна-Уитни, качественных и номинальных показателей – Хи-квадрат. Уровень статистической значимости принят при вероятности ошибки менее 0,05.

Результаты исследования. При оценке липидного обмена установлено, что пациенты с заболеваниями легких имели более высокие, чем контрольная группа, уровни КА₁ ($6,1 \pm 2,4$ и $5,3 \pm 2,0$ соответственно; $p = 0,0218$) и ОХ₁/ЛПВП₁ ($7,3 \pm 2,7$ и $6,6 \pm 2,0$ (ммоль/л); $p = 0,0483$), но – более низкие значения ЛПНП₂ ($5,0 \pm 3,3$ и $7,5 \pm 3,5$ (ммоль/л); $p = 0,0015$) и соотношения ЛПНП₂/ЛПВП₂ ($5,6 \pm 4,5$ и $9,2 \pm 5,5$; $p = 0,0059$).

При сравнении показателей других видов обмена (углеводного, электролитного, пуринового) достоверных отличий в сравниваемых группах не получено.

Сахарный диабет при этом чаще выявляли в контрольной (20,3%), чем в исследуемых (общей группе, 12,0%; $p = 0,0263$). У пациентов с заболеваниями легких чаще, чем в контрольной группе, обнаруживали наследственную отягощенность по ИБС (40,8 и 31,6% соответственно; $p = 0,0461$) артериальной гипертензии (АГ) (54,2 и 44,6%; $p = 0,0461$), частые простудные заболевания (24,6 и 12,0%; $p = 0,0003$), нарушения сердечного ритма в виде экстрасистолии в анамнезе (19,7 и 12,7%; $p = 0,0408$); хронические очаги инфекций внутренних органов (75,4 и 29,5%; $p = p < 0,0001$), неязвенные поражения органов пищеварения (26,1 и 14,6%; $p = 0,0066$). Реже – инфекции полости рта (9,2 и 23,6%; $p < 0,0001$); гиподинамию (74,5 и 82,5%; $p = 0,0358$), избыточную массу тела (44,4 и 55,2%; $p = 0,0136$), субъективную связь ухудшения течения ИБС с сезоном года (43,7 и 55,2%; $p = 0,0173$). При этом обнаружено, что у пациентов исследуемой группы ИМ чаще регистрировали в зимний (40,8 и 25,9%) и реже – в осенний (14,1 и 21,9%; $p = 0,006$) периоды. Пациенты исследуемой группы чаще относились к работникам физического труда (31,9 и 14,2%) и реже – к военнослужащим (7,1 и 17,0%; $p = 0,0060$). При этом достоверных различий по риску профессиональных заболеваний в сравниваемых группах не обнаружено. При повторных ИМ в исследуемой группе реже, чем в контрольной следующий случай заболевания развивался в течение одного года после предыдущего (7,7 и 14,2%; $p = 0,0250$). Пациенты исследуемой группы чаще, чем контрольной курили (95,1 и 66,3%; $p < 0,0001$). При этом длительность курения превышала 20 лет у 89,4% в исследуемой и 50,5 – в контрольной ($p < 0,0001$). Папиросам отдавали предпочтение 16,2% больных исследуемой группы и 11,1% – контрольной ($p < 0,0001$); сигаретам – 79,6 и 56,8% соответственно ($p < 0,0001$).

В настоящее время высокая распространенность ССЗ при ХЗЛ объясняется постулатами «персистирующего системного низкоинтенсивного воспаления» [1, 9, 13]. Ряд исследователей рассматривает ХЗЛ как дополнительный фактор риска ССЗ [1, 4, 7]. Известно, что распространенность неотложных состояний при ИМ, развившемся у пациентов с ХЗЛ выше в социально-неблагополучных регионах [17]. Тем не менее в блокированном Ленинграде отмечено значимое уменьшение абсолютной и относительной заболеваемости ИМ, а также обострений патологии легких на фоне стресса, преобладания погибших и умерших от травм, ранений, голода и переохлаждения [16]. Подчеркивается, что частота заболеваний легких составляет около 25% у пациентов с ИМ, а с возрастом она увеличивается [1, 9, 11]. Предполагается, что настоящая распространенность ХЗЛ при ИБС – еще выше из-за недостаточной диагностики заболеваний легких и общего фактора риска обеих патологий – курения [9, 18, 19]. При этом есть данные, что при заболеваниях легких частота ИМ снижается, в сравнении с общепопуляционными [2, 11]. Однако известны и прямо противоположные мнения [1, 9, 18, 19]. У пациентов с заболеваниями легких чаще отмечают нестабильную стенокардию в анамнезе [9]. Неблагоприятные исходы в группе пациентов с заболеваниями легких зависят от возраста, коморбидности, тяжести клинического течения ХЗЛ [1, 9, 19]. Доказано, что частота обострений, выраженность функциональных дыхательных нарушений негативно воздействуют на прогноз при ИМ [1, 9, 19]. Таким образом, полученные результаты соответствуют имеющимся в литературе, за исключением распространенности нарушений обмена веществ и патологии сердца в анамнезе, что может объясняться ограничительными критериями при включении пациентов в настоящее исследование.

Выводы. Распространенность ХЗЛ среди мужчин с ИМ моложе 60 лет составляет 25,1%, бронхиальной астмы – 1,1%, хронических бронхитов – 24,0%. Преобладающими факторами риска ИМ у мужчин моложе 60 лет с ХЗЛ являются курение, атерогенные дислипидемии, частые простудные заболевания и хронические очаги инфекций, наследственная отягощенность по ИБС и АГ, нарушения сердечного ритма в виде экстрасистолии и неязвенная патология органов пищеварения в анамнезе, а также зимний период. Выделение среди мужчин моложе 60 лет групп риска с таким сочетанием с коррекцией модифицируемых факторов риска улучшит результаты профилактики и прогноз у таких пациентов.



Литература:

1. Будневский, А.В. Хроническая обструктивная болезнь легких как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний / А.В. Будневский, Е.Ю. Малыш // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.15, №3. – С.69-73.
2. Будылина, О.А. Применение таблиц сопряженности и бинарной логистической регрессии с категориальными предикторами к анализу данных по инфаркту миокарда / О.А. Будылина, В.М. Буре, А.В. Сотников // Материалы III Международной конференции «Устойчивость и процессы управления». – 2015. – С.465-466.
3. Воложжанин, Д.А. Профессиональная бронхиальная астма (этиология, патогенез, клиника, диагностика, экспертиза трудоспособности) / Д.А. Воложжанин, Ю.Ш. Халимов, Г.А. Цепкова // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2016. – №3(55). – С.260-268.
4. Гордиенко, А.В. Взаимосвязь факторов риска кардиоваскулярных заболеваний и профессиональной активности у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда / А.В. Гордиенко, А.В. Сотников, Д.В. Носович [и др.] // Медицина: теория и практика. – 2017. – Т.2, №4. – С.19-26.
5. Гордиенко, А.В. Изменчивость основных метаболических параметров у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда в разные сезоны года / А.В. Гордиенко, А.В. Сотников, Д.В. Носович [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т.20, №9. – С.19-26.
6. Гордиенко, А.В. Клинические критерии оценки качества жизни у мужчин молодого и среднего возраста в начальные периоды инфаркта миокарда / А.В. Гордиенко, А.В. Сотников, Д.В. Носович // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т.20, №1. – С.34-44.
7. Гордиенко, А.В. Факторы риска сердечно-сосудистой патологии у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда и нарушением функции почек в разные сезоны года / А.В. Гордиенко, Б.Г. Лукичев, А.В. Сотников [и др.] // Нефрология. – 2018. – Т.22, №6. – С.64-69.
8. Закревский, Ю.Н. Алгоритм диагностики бронхиальной астмы у граждан призывного возраста / Ю.Н. Закревский, Д.А. Архангельский, Д.О. Балахнов, П.Н. Лемешко // Военно-медицинский журнал. – 2019. – Т.340, №3. – С.36-43.
9. Игнатова, Г.Л. Особенности развития острых форм ишемической болезни сердца у пациентов с коморбидными хроническими неспецифическими заболеваниями легких / Г.Л. Игнатова, М.И. Красильникова, Т.А. Вялова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №6. – С.113.
10. Пятибрат, Е.Д. Характеристика показателей гомеостаза у военнослужащих, участников локальных конфликтов, при психосоматических нарушениях / Е.Д. Пятибрат, В.Я. Апчел, В.Н. Цыган, А.В. Гордиенко // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2011. – №1(33). – С.107-111.
11. Сотников, А.В. Влияние хронических заболеваний легких на прогноз у мужчин с инфарктом миокарда разного возраста / А.В. Сотников, В.В. Яковлев, А.В. Гордиенко [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2011. – Т.13, №4. – С.417.
12. Сычев, Д.А. Потенциально нерекондованные лекарственные средства для пациентов пожилого и старческого возраста: STOPP/START критерии / Д.А. Сычев, С.П. Бордовский, К.С. Данилина, Е.С. Ильина // Клиническая фармакология и терапия. – 2016. – Т.25, №2. – С.76-81.
13. Фисун, А.Я. «Очаговая инфекция» – фактор риска или патогенетическая основа возникновения заболеваний системы кровообращения / А.Я. Фисун, Д.В. Черкашин, Р.Г. Макиев, П.Ю. Кириченко // Вестник Российской Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. – 2015. – №3(51). – С.7-16.
14. Харитонов, М.А. Диагностика и дифференциальная диагностика саркоидоза легких / М.А. Харитонов, В.В. Салухов, В.А. Казанцев [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2018. – №1(61). – С.13-18.
15. Цоколов, А.В. Авиамедицинская эвакуация пациентов, страдающих патологией систем кровообращения и дыхания / А.В. Цоколов, А.А. Благинин, А.Я. Фисун // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – №3(67). – С.183-188.
16. Шелепов, А.М. Организация медицинской обеспечения войск, оборонявших Ленинград, и населения блокадного города / А.М. Шелепов, О.А. Крючков // Военно-медицинский журнал. – 2015. – Т.336, №3. – С.63-68.
17. Hanefeld, C. Social Gradients in Myocardial Infarction and Stroke Diagnoses in Emergency Medicine / C. Hanefeld, A. Haschemi, T. Lamper [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. – 2018. – Vol.115, №4. – P.41-48.
18. Moore, T. The Prevalence of COPD in Individuals with Acute Coronary Syndrome: A Spirometry-Based Screening Study / T. Moore, N. Stenfors // COPD. – 2015. – Vol.12, №4. – P.453-461.
19. Tattersal, M.C. Asthma predicts cardiovascular disease events: the multi-ethnic study of atherosclerosis / M.C. Tattersal, M. Guo, C.E. Korcarz [et al.] // Arterioscler. Thromb. Biol. – 2015. – Vol.35, №6. – P.1520-1525.
20. Thygesen, K. White and Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction (2018) / K. Thygesen, J.S. Alpert, A.S. Jaffe [et al.] // European Heart Journal. – 2019. – Vol.40, №3. – P.237-269.

Чугунова А.А.¹⁽¹⁹⁸¹⁻⁹⁷³⁷⁾, **Дыдышко В.Т.**¹⁽²⁰⁹¹⁻⁸¹²³⁾

ОЦЕНКА СТАТУСА ПИТАНИЯ И ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К КАТЕГОРИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Академика Лебедева, д. 6, Россия

Резюме. Изучены показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений, индекса массы тела, окружности талии и пуринового обмена у 239 военнослужащих-мужчин молодого и среднего возраста с предгипертензией и артериальной гипертензией 1 степени, стратифицированных на категории низкого и среднего сердечно-сосудистого риска по Фремингемским критериям. Для уточнения роли факторов риска артериальной гипертензии в формировании клинической картины и структурно-функциональных изменений у мужчин с исходно низкими и средними факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний по Фремингемской шкале риска, изучена корреляция между параметрами массы тела и возрастом, частотой сердечных сокращений, офисными параметрами артериального давления, риском по Фремингемской шкале риска, окружностью талии и мочевой кислотой. Выявлено, что мужчины молодого и среднего возраста с предгипертензией и артериальной гипертензией 1 степени, отнесенные к категории среднего кардиоваскулярного риска, характеризуются достоверно более высокими значениями кровяного давления, частоты сердечных сокращений, индекса массы тела, окружности талии, уровнем мочевой кислоты крови и среднего риска по Фремингемской шкале по сравнению с субъектами низкого расчетного риска. Сделан вывод о том, что трансформация прегипертензии в артериальную гипертензию, а также расчетного низкого кардиоваскулярного риска в средний сопровождается увеличением частоты сердечных сокращений, индекса массы тела, окружности талии и повышением содержания в сыворотке крови мочевой кислоты. Это указывает на целесообразность расширения объема регулярно выполняемых скрининговых исследований у военнослужащих-мужчин с определением уровня мочевой кислоты крови не с 41 года, а с возраста 25-30 лет и проводить оценку сердечно-сосудистого риска не только по шкале SCORE, но и по Фремингемской шкале суммарного сердечно-сосудистого риска.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, факторы риска, прегипертензия, артериальная гипертензия 1 степени, низкий и средний риск, Фремингемская шкала суммарного сердечно-сосудистого риска, военнослужащие-мужчины молодого и среднего возраста.