

11. Тхостов, А. Ш. Психологические аспекты патологических телесных ощущений при психических расстройствах, реализующихся в пространстве кожного покрова [Текст] / А. Ш. Тхостов, М. Г. Виноградова, А. А. Ермушева, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 14–25.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 22.12.2016*

Юдін Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, Медичний центр «СА-КЛІНІК», вул. Кловський узвіз, 10, м. Київ, Україна, 01021
E-mail: 672233383@ukr.net

УДК:616.132.2-036.11-06:616.127-005.4]-008.9:616.153.915:612.015.32
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91269

ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ

© В. В. Ватага

В даній статті представлено ретроспективний аналіз медичних карт хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС) з визначенням частоти виникнення ГКС на тлі нормальних показників ліпідного обміну, а також порівняльну характеристику найбільш поширених традиційних факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ), таких як стать, вік, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, гіподинамія, стрес та паління, у пацієнтів з ГКС в залежності від показників ліпідного обміну

Ключові слова: гострий коронарний синдром, дисліпідемія, фактори ризику серцево-судинних захворювань, ішемічна хвороба серця

1. Вступ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я Україна посідає перше місце в Європі за кількістю ССЗ і як наслідок – смертей від відповідних захворювань. За даними Державної служби статистики за 2014 рік кількість уперше зареєстрованих випадків серцево-судинних захворювань (ССЗ) склала 1880 тис. серед усього населення України (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції) [1].

Найчастіше ССЗ розвиваються у людей працездатного віку, особливо осіб чоловічої статі. Одне з лідируючих місць у структурі захворюваності дорослого населення на ССЗ займає ішемічна хвороба серця (ІХС), яка може почати розвиватися задовго до появи перших клінічних симптомів. Хворі часто вмирають раптово, не отримуючи належної медичної допомоги [2, 3].

Особливу небезпеку для життя несе загострення ІХС та визначається поняттям – ГКС, який включає в себе нестабільну стенокардію (НС), інфаркт міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST та ІМ без елевації сегмента ST [2, 3].

До найбільш поширених традиційних ФР ГКС відносять немодифіковані (стать, вік, обтяжений сімейний анамнез) та модифіковані (дисліпідемія (ДЛП), артеріальна гіпертензія (АГ), надлишкова маса тіла та ожиріння, цукровий діабет (ЦД), паління, психосоціальні фактори тощо) [2, 4].

Доведеним етіологічним фактором виникнення атеросклерозу та, як наслідок, ІХС є ДЛП, що самостійно або в поєднанні з іншими ФР ССЗ призводять до тяжких ускладнень з боку серцево-судинної системи [2, 5]. В той же час, за даними літератури частка осіб, у яких ГКС розвинувся на фоні нормальних показників ліпідного обміну складає біля 50 %, причому вони здебільшого відносяться до груп низького та помірного серцево-судинного ризику за шкалою SCORE [3, 6, 7], тобто на первинній ланці медико-санітарної допомоги такий контингент осіб часто залишається без належної уваги та не отримує первинної профілактики. Для визначення частоти виникнення ГКС у хворих без ДЛП та аналізу особливостей ФР ССЗ серед цих хворих в порівнянні з пацієнтами, що мали порушення ліпідного обміну було проведено ретроспективний аналіз медичних карт пацієнтів з ГКС, які лікувались у відділенні інтенсивної терапії Київського обласного кардіологічного диспансеру з січня по грудень 2013 року.

2. Обґрунтування дослідження

Згідно останніх Європейських та вітчизняних рекомендацій серцево-судинний ризик розглядається як можливість розвитку атеросклеротичних серцево-судинних подій (ССЗ, зумовлених атеросклерозом) протягом певного періоду часу у конкретної людини [4, 5]. Для оцінки серцево-судинного ризику найчастіше використовується система SCORE. Вона оцінює 10-річний ризик розвитку першої фатальної

події атеросклеротичного генезу: інфаркту міокарда, інсульту, розриву аневризми аорти тощо. Хоча, шкала SCORE дозволяє швидко оцінити ризик загальної серцево-судинної смертності, вона має певні обмеження, тому що для оцінки враховуються лише такі фактори: стать, вік, статус тютюнопаління, систолічний АТ та рівень загального холестерину в крові [6].

На даний момент проведено багато досліджень, які свідчать про те, що гіпер- та дисліпідемія здатні самостійно, або у взаємодії з іншими факторами ризику (ФР) спричиняти маніфестацію атеросклеротичного процесу [3]. Проте, результати визначення стану ліпідного обміну при ГКС мають суттєві відмінності у різних авторів і потребують подальшого вивчення [7–11]. Особливої уваги заслуговує аналіз ФР за відсутності ДЛП, що дозволило б підвищити ефективність програм первинної профілактики в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

3. Мета дослідження

Визначити частоту виникнення ГКС у хворих без ДЛП та проаналізувати особливості профілю ФР ССЗ серед цих хворих в порівнянні з пацієнтами, що мають порушення ліпідного обміну.

4. Матеріали і методи

Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика в КЗ КОР «Київський обласний кардіологічний диспансер» з січня по грудень 2013 року шляхом ретроспективного аналізу медичних карт хворих з ГКС, які лікувались у відділенні інтенсивної терапії. Всього за означений період часу було обстежено 91 хворого з ГКС віком від 39 до 80 років (середній вік – $60,8 \pm 9,9$ років). За даними медичних карт пацієнтів було проведено аналіз поширеності таких традиційних ФР ССЗ: стать, вік, АГ, ЦД, ожиріння, гіподинамія, стрес, паління. Окрім цих даних, в медичних картках отримано інформацію щодо наявності діагностованої ІХС в анамнезі, тривалості АГ, регулярності прийому хворими антигіпертензивних препаратів при АГ та лабораторних показників, а саме ліпідного спектру крові, які визначались ферментативним методом на автоматичному біохімічному аналізаторі «Olympus AU 640» (Японія, 2009). Дані щодо прийому пацієнтами ліпідознижуючих препаратів до виникнення ГКС в медичних картках не зазначені. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою програм Microsoft Excel 2013 та STASTISTICA 10.0 з розрахунком наступних статистичних показників: середня арифметична величина (M), стандартне відхилення від середньої арифметичної величини (SD), вірогідність різниці двох середніх арифметичних (p). Достовірність відмінностей між вибірками вираховували по t-тесту за Ст'юдентом.

5. Результати дослідження

За результатами аналізу стану ліпідного обміну пацієнти були розподілені на 2 групи: в першу групу увійшли хворі без ДЛП, у другу – з порушен-

нями ліпідного обміну. Розподіл був проведений згідно критеріїв цільових рівнів ліпідів, наведених в Європейських рекомендаціях (2011) та рекомендаціями Асоціації кардіологів України з діагностики, профілактики та лікування дисліпідемій (2011).

Отримані дані щодо частоти виникнення різних форм ГКС та виявлення різних ФР ССЗ у осіб з порушенням ліпідного обміну та за його відсутності наведені в табл. 1, 2.

Таблиця 1

Частота виникнення різних форм ГКС у осіб з порушенням ліпідного обміну та за його відсутності

	1 група (хворі без ДЛП) 35 чол.	2 група (хворі з порушенням ліпідного обміну) 56 чол.	p
ІМ з елевацією ST	21 (60,0 %)	20 (35,7 %)	<0,05
ІМ без елевації ST	6 (17,1 %)	15 (26,8 %)	>0,05
НС	8 (22,9 %)	21 (37,5 %)	>0,05

Таблиця 2

Частота виявлення різних ФР ССЗ у осіб з ГКС при наявності або відсутності ДЛП

Фактор ризику	1 група (хворі без ДЛП) 35 чол.	2 група (хворі з порушенням ліпідного обміну) 56 чол.	p
Чоловіча стать	25 (71,4 %)	35 (62,5 %)	>0,05
Вік			
– до 44 років	1 (2,9 %)	3 (5,4 %)	>0,05
– 45–59 років	13 (37,1 %)	32 (57,1 %)	<0,05
– 60–74 роки	16 (45,7 %)	16 (28,6 %)	<0,05
– старше 75 років	5 (14,3 %)	5 (8,9 %)	>0,05
АГ	27 (77,1 %)	39 (69,6 %)	>0,05
– нерегулярне лікування	17 (63,0 %)	25 (64,1 %)	>0,05
– тривалість до 5 років	1 (3,7 %)	12 (30,8 %)	<0,05
– тривалість від 5 до 10 років	14 (51,8 %)	15 (38,5 %)	>0,05
– тривалість більше 10 років	12 (44,5 %)	12 (30,7 %)	>0,05
ЦД	8 (22,9 %)	10 (17,6 %)	>0,05
Ожиріння	9 (25,7 %)	25 (44,6 %)	<0,05
Гіподинамія	8 (22,9 %)	9 (16,1 %)	>0,05
ІХС в анамнезі	9 (25,7 %)	24 (42,9 %)	<0,05
Паління	7 (20,0 %)	13 (23,1 %)	>0,05
Стрес	21 (60,0 %)	33 (58,9 %)	>0,05
Традиційні ФР:			
– 1 ФР	8 (22,9 %)	1 (1,8 %)	<0,05
– комбінація 2 ФР	9 (25,7 %)	6 (10,7 %)	<0,05
– комбінація 3 ФР	8 (22,8 %)	14 (25,0 %)	>0,05
– комбінація 4 і більше ФР	10 (28,6 %)	35 (62,5 %)	<0,05
Ризик за шкалою SCORE:			
– низький (≤ 1 %)	4 (20,0 %)	3 (11,5 %)	=0,06
– помірний (2–4 %)	12 (60,0 %)	7 (26,9 %)	<0,05
– високий (5–9 %)	4 (20,0 %)	16 (61,6 %)	<0,05

В першу групу увійшли 35 пацієнтів (38,5 %), які не мали ДЛП (25 чоловіків (71,4 %) та 10 жінок (28,6 %)). Середні рівні загального ХС та ХС ЛПНЩ склали $4,1 \pm 0,7$ ммоль/л та $2,4 \pm 0,5$ ммоль/л відповідно.

Серед різних форм ГКС у пацієнтів цієї групи найчастіше перебігав як ІМ з елевацією сегмента ST (60,0 %), ІМ без елевації сегмента ST та НС виявили у 17,4 % та 22,6 % відповідно.

При аналізі даних у різних вікових групах встановлено, що в основному ГКС у осіб без ДЛП виникає у пацієнтів середнього та похилого віку (37,1 % та 45,7 % відповідно).

Найбільш частим ФР, виявленим в медичних картках хворих в першій групі, виявилась АГ (77,1 %), причому майже 63 % хворих приймали антигіпертензивні препарати нерегулярно. Здебільшого, це були пацієнти з тривалістю АГ більше 5 років, встановлений діагноз АГ до 5 років мали лише 3,7 % пацієнтів першої групи.

Наряду з АГ, вагому частку серед інших традиційних ФР ССЗ у хворих першої групи зайняв стрес (60,0 %). Всі інші ФР ССЗ такі, як гіподинамія (22,9 %), ожиріння (25,7 %), паління (20,0 %) та ЦД (22,9 %) зустрічались серед осіб першої групи майже з однаковою частотою.

Важливо відмітити, що лише 25,7 % пацієнтів з ГКС без ДЛП мали встановлений діагноз ІХС в анамнезі. Серед пацієнтів, до яких було доцільно застосовувати шкалу SCORE до моменту госпіталізації, більшість знаходилась в зоні помірного ризику (60,0 %), високий ризик за шкалою SCORE мали 20,0 % пацієнтів першої групи.

При аналізі комбінації з 2, 3 та 4 і більше ФР ССЗ, виявилось, що їх частота серед пацієнтів з ГКС у осіб без ДЛП приблизно однакова. Серед хворих першої групи 22,8 % мали принаймні 1 модифікований ФР (найчастіше – АГ); комбінацію 2-х ФР ССЗ було виявлено у 25,8 % хворих, здебільшого це була комбінація АГ та стресу; одночасно 3 модифікованих ФР ССЗ мали 22,8 % хворих, в основному поєднувались АГ, паління та стрес. Поєднання 4 і більше модифікованих ФР зустрічалось у 28,6 % випадків.

У другу групу відібрано 56 пацієнтів (61,5 %) з порушенням ліпідного обміну, серед яких було 35 чоловіків (62,5 %) та 21 жінка (37,5 %). Середні рівні загального ХС та ХС ЛПНЩ у цій групі склали $6,03 \pm 0,82$ ммоль/л та $4,09 \pm 0,68$ ммоль/л відповідно.

Різні форми ГКС у пацієнтів другої групи зустрічались майже з однаковою частотою, в той час, як у пацієнтів першої групи частіше діагностовано ІМ з елевацією сегмента ST ($p < 0,05$).

Як і у першій групі, ГКС у пацієнтів другої групи найчастіше розвинувся у середньому та похилому віці, проте виявлені достовірні відмінності між віковими категоріями серед хворих обох груп. Так, у порівнянні з хворими першої групи, ГКС у осіб з порушенням ліпідного обміну виникає у віці 45–59 років, а у осіб без ДЛП – у віці 60–74 роки ($p < 0,05$). Хоча, середній вік пацієнтів першої групи, у яких ГКС виник вперше, склав $62,4 \pm 9,7$ років та достовір-

но не відрізнявся від середнього віку пацієнтів другої групи, у яких ГКС виник вперше ($59,4 \pm 10,2$ років).

АГ та стрес у другій групі також виявились найбільш частими ФР ССЗ (відповідно, 75,0 % та 58,9 % випадків). Однак у осіб з ДЛП ГКС розвивався з однаковою частотою незалежно від тривалості АГ, а у осіб без ДЛП – частіше після 5 років перебігу АГ.

Більшість пацієнтів другої групи до моменту госпіталізації відносились до зони високого ризику (61,6 %) за шкалою SCORE, в той час як основна частина першої групи знаходилась в зоні помірного ризику (60,0 %) за шкалою SCORE ($p < 0,05$).

У другій групі пацієнтів з попереднім анамнезом ІХС (42,9 %) було достовірно більше, ніж пацієнтів першої групи ($p < 0,05$).

Такі ФР ССЗ, як гіподинамія, паління та ЦД зустрічались майже з однаковою частотою серед осіб обох груп та достовірно не відрізнялись між собою. На ожиріння страждали 44,6 % пацієнтів другої групи, поширеність якого серед осіб першої групи була достовірно нижчою ($p < 0,05$).

У порівнянні з пацієнтами першої групи, виявлено достовірну різницю в частоті комбінації ФР ССЗ. Так, для хворих другої групи характерним було поєднання 4 і більше ФР ССЗ (62,5 %). Здебільшого це була комбінація ДЛП, АГ, ожиріння та стресу. Комбінацію з 2 ФР мали 10,7 % хворих другої групи (найчастіше це було поєднання ДЛП та АГ), 3 традиційних ФР було виявлено у 25,0 % пацієнтів (поєднання ДЛП та АГ зі стресом, палінням або ожирінням).

6. Обговорення результатів дослідження

За даними дослідження Jamil G. та співавт. у 68,1 % хворих віком до 45 років реєструвався ІМ з елевацією сегмента ST, ДЛП – у 22,3 % та більшість з хворих не мали попередніх симптомів ІХС [11]. За даними нашого дослідження при порівняльному аналізі встановлено, що у пацієнтів першої групи частіше діагностовано інфаркт міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST, ніж у пацієнтів другої групи ($p < 0,05$), що свідчить про більшу глибину ураження міокарда у пацієнтів з нормальними показниками ліпідного профілю, причини яких потребують уточнення. ІХС в анамнезі достовірно частіше зустрічалась серед пацієнтів другої групи ($p < 0,05$). Тобто, для осіб з порушенням ліпідного обміну більш характерний розвиток хронічних форм ІХС, а для пацієнтів без ДЛП – гострих форм ІХС.

За результатами мультицентрового дослідження TARGET [9], метою якого було відображення епідеміологічних характеристик, оцінювання ведення пацієнтів та результатів лікування ГКС, виявлено, що серед 418 обстежених пацієнтів з ГКС лише 57,4 % мали ДЛП та лише 31,8 % хворих без попередніх проявів ІХС відносились до груп високого або дуже високого ризику за Фремінгемською шкалою ризику і 30,9 % мали ІХС в анамнезі. До моменту виникнення ГКС більшість пацієнтів другої групи, серед яких було доцільно застосовувати шкалу SCORE, знахо-

дилась в зоні високого ризику, в той час як основна частина пацієнтів першої групи відносились до зони помірного ризику за шкалою SCORE. Поширеність високого ризику за шкалою SCORE серед пацієнтів другої групи можна пояснити наявністю ДЛП у цієї категорії осіб. Розвиток серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з ДЛП передбачуваний, а наявність у більшості випадків першої групи низького та помірного ризику за шкалою SCORE призводить до відсутності профілактичної настороженості у пацієнтів та лікарів щодо розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів без ДЛП.

При аналізі перебігу АГ ГКС у осіб з ДЛП розвивався з однаковою частотою незалежно від її тривалості, а у осіб без ДЛП – частіше після 5 років перебігу АГ. Тобто, для осіб з нормальним ліпідним профілем важливою передумовою виникнення ГКС є тривалий перебіг АГ (більше 5 років). Це можна пояснити тим, що у осіб з порушенням ліпідного обміну лідируюче місце серед ФР ССЗ займає ДЛП, а інші фактори ризику ССЗ додатково обтяжують її перебіг незалежно від часових проміжків. Також, у осіб без ДЛП ГКС виникає з однаковою частотою при комбінації різної кількості ФР ССЗ, а для пацієнтів з порушенням ліпідного обміну характерно поєднання 4 і більше ФР ССЗ. Тобто, для пацієнтів з ДЛП важливим є кількість поєднаних ФР ССЗ, а

у пацієнтів з нормальними показниками ліпідного обміну – тривалість впливу цих ФР ССЗ.

7. Висновки

1. Серед госпіталізованих хворих із ГКС у 38,5 % відмічено нормальні показники ліпідного обміну.

2. ГКС на тлі нормальних показників ліпідного обміну найчастіше є першим проявом ІХС (74,3 %, $p < 0,05$), тобто без передуючого анамнезу ІХС та у більшості випадків перебігає як ІМ з елевацією сегмента ST (60,0 %, $p < 0,05$).

3. Найбільш частими традиційними ФР ССЗ серед пацієнтів з ГКС незалежно від наявності ДЛП є АГ та стрес. Для хворих із порушеннями ліпідного обміну характерним є ожиріння.

4. ІХС в анамнезі до розвитку ГКС достовірно частіше зустрічається серед пацієнтів з ДЛП ніж у осіб без порушень ліпідного обміну ($p < 0,05$).

5. Серед осіб з ДЛП найчастіше зустрічається комбінація 4 і більше ФР (62,5 %), а у осіб з нормальними показниками ліпідного обміну – частота поєднання кількості модифікованих ФР розподіляється приблизно рівномірно.

6. Необхідні подальші дослідження, направлені на пошук додаткових (нетрадиційних) ФР ССЗ у осіб без ДЛП.

Література

1. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов [Текст] / ред. А. Д. Кэмм, Т. Ф. Люшер, П. В. Серриус. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.
3. Липовецкий, Б. М. Дислипидемии, атеросклероз и их связь с ишемической болезнью сердца и мозга [Текст] / Б. М. Липовецкий. – СПб.: Эко-Вектор, 2012. – 130 с.
4. Коваленко, В. Н. Профілактика серцево-судинних захворювань: популяційна стратегія та індивідуалізовані програми [Текст] / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай, М. Н. Долженко, І. Н. Горбась. – К.: МОРИОН, 2013. – 96 с.
5. Perk, J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) [Text] / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham, Z. Reiner, M. Verschuren et. al. // European Heart Journal. – 2012. – Vol. 33, Issue 13. – P. 1635–1701.
6. Мікропуло, І. Р. Профілактика серцево-судинного ризику: чи варто чекати сорока років? [Текст] / І. Р. Мікропуло, Н. О. Масленнікова, В. М. Приходько // Мистецтво лікування. – 2011. – № 3. – С. 117–122.
7. Королюк, О. Гіпохолестеролемія при гострому коронарному синдромі: прогностичне значення, особливості перебігу, супутні несприятливі фактори (огляд літератури та власні спостереження) [Текст] / О. Королюк, О. Радченко // Медична гідрологія та реабілітація. – 2009. – Т. 2, № 7. – С. 106–116.
8. Приступа, Л. Н. Частота традиційних факторів ризику розвитку гострого коронарного синдрому [Текст]: зб. тез доп. / Л. Н. Приступа, А. В. Грек // Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини. – Суми: СумДУ, 2013. – С. 259–260.
9. Andrikopoulos, G. Epidemiological characteristics and in-hospital management of acute coronary syndrome patients in Greece: results from the TARGET Study [Text] / G. Andrikopoulos, S. Tzeis, I. Mantas, C. Olympios, A. Kitsiou, A. Kartalis, A. Kranidis et. al. // Hellenic J Cardiol. – 2012. – Vol. 53. – P. 33–40.
10. Rodríguez-Roca, G. C. Lipid profile in patients admitted with acute coronary syndrome in Spain: data from Toledo health care area between 2005 and 2008 [Text] / G. C. Rodríguez-Roca, L. Rodríguez-Padial, F. J. Alonso-Moreno, A. Romero-Gutiérrez, F. Akerström, A. Segura-Fragoso et. al. // Semergen. – 2013. – Vol. 39, Issue 6. – P. 298–303. doi: 10.1016/j.semerg.2012.11.001
11. Jamil, G. Risk factor assessment of young patients with acute myocardial infarction [Text] / G. Jamil, M. Jamil, H. AlKhazraji, A. Haque, F. Chedid, M. Balasubramanian et. al. // American Journal of Cardiovascular Disease. – 2013. – Vol. 3, Issue 3. – P. 170–174.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Хімійон Л. В.
Дата надходження рукопису 12.01.2017*

Ватага Валерія Василівна, асистент, кафедра сімейної медицини, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112