

ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА

Н. Горбунова^{1,2}, доктор медицинских наук,
Д. Седых¹,
И. Брюханова²,
О. Крестова²,
А. Ведерникова²

¹Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

²Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. акад. Л.С. Барбараша

E-mail: e.v.gorbunova@yandex.ru

Причинами возникновения повторных инфарктов миокарда являются факторы риска сердечно-сосудистых событий и низкая приверженность лечению. При внедрении комплексных профилактических программ, включающих обучение пациентов, возможно предупреждение повторных коронарных событий.

Ключевые слова: кардиология, повторный инфаркт миокарда, факторы риска, приверженность лечению, профилактика.

Ежегодно в России регистрируется >600 тыс. случаев острого коронарного синдрома, из них около 200 тыс. приходится на острый инфаркт миокарда (ИМ). Анализ клинических и регистровых исследований свидетельствует, что доля повторного ИМ в общей структуре ИМ составляет 25–30%. Повторным ИМ присущи и клинические особенности течения: 71,5% из них регистрируются в течение 4–5 лет после предшествующего острого коронарного события, в том числе 31,7% – в течение 1-го года [1].

Пациентам с первичным ИМ проводится восстановление коронарного русла, назначается адекватная медикаментозная терапия, даются рекомендации по динамическому наблюдению и соблюдению рекомендаций лечащего врача, однако у ¼ из них развивается повторный ИМ. Следует полагать, что анализ возможных причин возникновения повторного ИМ, разработка и внедрение профилактических мероприятий позволят уменьшить частоту развития повторных коронарных событий.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИМ

В многочисленных клинических исследованиях и регистрах приводятся данные о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) как предикторов неблагоприятных коронарных событий. По данным регистрового исследования из Великобритании у пациентов, перенесших 1-й и повторный ИМ, риск смерти в 7-летний период был выше соответственно в 2 и 3 раза, чем в общей популяции лиц того же возраста [2]. Выявлено, что 1 из 7 мужчин и 1 из 6 женщин, переживших свой 1-й ИМ, в течение 7 лет переносят 2-й ИМ.

В регистре REACH продемонстрирована возможность использования простых, но весьма эффективных клинических предикторов развития будущих ишемических событий,

риск возникновения которых в течение 4 лет наблюдения может быть минимальным при отсутствии клинических проявлений атеросклероза и наличии только факторов сердечно-сосудистого риска, и максимальным – у пациентов с перенесенным в течение последнего года ишемическим событием [3].

Анализ шведского регистра показал, что у пациентов через 1 год после перенесенного ИМ сохраняется высокий риск развития сердечно-сосудистых событий, особенно при наличии факторов риска [4]. Так, если в 1-й год после ИМ суммарный риск развития первичной конечной точки (сердечно-сосудистой смерти, несмертельного ИМ и инсульта) составил 18%, то в последующие 36 мес вероятность ее развития у пациентов с благоприятным течением первых 12 мес постинфарктного периода составляет 20%. Предикторами неблагоприятного исхода были возраст пациента старше 60 лет, перенесенный ранее ИМ, сахарный диабет, сердечная недостаточность и отказ от реваскуляризирующих процедур при первичном ИМ. Следует отметить, что сохранение через 1 год после перенесенного ИМ высокой частоты сердечно-сосудистых событий, возможно, обусловлено снижением приверженности пациентов терапии, преждевременной отменой двойной антитромботической терапии и других лекарственных препаратов [5].

В отечественном регистре РЕКОРД-2 факторами риска ССЗ признаны: в 80% случаев – артериальная гипертензия (АГ), в 30% – продолжение курения, в 26–27% – гиперхолестеринемия, в 16,5–15,8% – сахарный диабет [6]. В исследовании, выполненном в нашем центре, показано значимое неблагоприятное влияние дисфункции почек, сахарного диабета, мультифокального атеросклероза в течение 3 лет наблюдения как на риск повторного ИМ, так и на вероятность развития сердечно-сосудистой смерти [7].

По данным У.У. Негмаджонова [1], наиболее значимыми для развития повторных ИМ являются 3 фактора риска: АГ, а также отягощенная наследственность по АГ и ишемической болезни сердца (ИБС). Эти же факторы присутствуют и при первичном ИМ, но выражены в значительно меньшей степени: в 11,5 раза меньше – АГ, в 4,7 раза – наследственная отягощенность по АГ и в 2,01 раза – по ИБС.

О.П. Малыхиной [8] показано, что развитие повторного ИМ обусловлено теми же факторами риска, что и первичного, однако существенно увеличивается роль АГ. Курение и отягощенная наследственность по ССЗ имеют менее значимый характер для развития повторных коронарных событий, чем при первичном ИМ.

По мнению Е.А. Кужелевой [9], кроме известных факторов риска независимым предиктором развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий является низкая приверженность лечению, и на ее повышение должны быть направлены профилактические медицинские программы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИМ

Концепция факторов риска, разработанная в 60-х годах прошлого столетия, заложила основу профилактики ССЗ. Согласно этой концепции, различают 3 стратегии профилактики: популяционная, стратегия высокого риска и вторичная профилактика. Первые 2 стратегии направлены на предотвращение новых случаев ССЗ (первичная профилактика). Мероприятия по ранней выявляемости, коррекции факторов риска и лечения пациентов с имеющимися заболеваниями сердца входят в понятие вторичной профилактики [10].

Система кардиологической реабилитации включает 3 этапа: 1-й — стационарный, он начинается с блока интенсивной терапии и протекает в обычной палате кардиологического отделения больницы или сосудистого центра; 2-й этап включает реабилитацию в условиях отделения долечивания (санатория), 3-й — осуществляется в амбулаторно-поликлинической сети, где в полном объеме должна проводиться медикаментозная, физическая и психологическая реабилитация.

Форму физической реабилитации выбирают индивидуально, с учетом исходного уровня физической активности пациента, динамики его клинического состояния и характера профессиональной деятельности. Одним из основных направлений психологической реабилитации является устранение страха перед возникновением болей в сердце; проводятся психологические тренинги по снижению тревожности и адаптации в трудных жизненных ситуациях, обучение методам мышечной релаксации и аутогенной тренировки.

Медикаментозная реабилитация занимает одну из основных позиций в программе восстановительного лечения после ИМ, но эффективна лишь в том случае, если гармонично сочетается с немедикаментозными методами лечения, включающими здоровое питание, отказ от курения, нормализацию массы тела, коррекцию уровня АД, липидного спектра крови и гликемии.

По мнению А.А. Гарганеевой [11], причины невыполнения рекомендаций по изменению образа жизни после перенесенного ИМ связаны, прежде всего, с отсутствием информированности и низкой приверженностью пациентов лечению. Между тем недостаточный уровень профессиональной подготовки медицинских работников и отсутствие убежденности в эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий отрицательно сказываются на выздоровлении пациентов. Одним из барьеров на пути успешного лечения являются недостаточная приверженность самих врачей существующим стандартам лечения, несвоевременное направление пациентов на высокотехнологические методы лечения (если ранее они не проводилась в условиях стационара), принятие решения о госпитализации пациента при ухудшении состояния и нестабильности коронарного русла.

На приверженность выполнению врачебных рекомендаций положительно влияют: регулярное наблюдение у лечащего врача, полнота информирования врачом пациента по поводу заболевания. Для пациентов крайне важно доверие врачу и его профессиональным качествам. Поэтому основные усилия должны быть направлены на создание устойчивых и качественных отношений врач—пациент, на предоставление пациенту полной информации о заболевании и его осложнениях с целью создания мотивации к строгому и регулярному выполнению профилактических мероприятий и приему препаратов [12].

Следует отметить, что до сих пор существует проблема низкой преемственности между медицинскими службами разных уровней. Результаты исследований показывают, что рекомендации, данные больным в стационаре, не всегда адекватно применяются врачами первичного звена здравоохранения: корректируются дозы препаратов, одни препараты заменяются другими, часть препаратов отменяется. Ограниченность времени амбулаторного консультативного приема не позволяет врачу дать исчерпывающую информацию по профилактике факторов риска ССЗ [13].

Поэтому большое внимание в практическом здравоохранении уделяется одному из методов информирования больных — обучению в школах здоровья, в которых пациенты получают основную информацию о своем заболевании, факторах риска, способах медикаментозного и немедикаментозного лечения. Одной из важных задач является информирование пациентов о целесообразности проведения коронарографии и восстановления коронарного кровотока, необходимости быстро распознать симптомы сердечного приступа и своевременно вызвать бригаду скорой медицинской помощи. При обучении пациентов повышается их приверженность соблюдению врачебных рекомендаций, проводятся эффективная коррекция факторов риска [14]. Модификация образа жизни, регулярный и правильный прием назначенной терапии, отказ от курения и контроль массы тела способствуют снижению частоты возникновения повторного ИМ [15].

Несмотря на широкое внедрение высокотехнологичных методов лечения и использование эффективных лекарственных препаратов, остановить эпидемию ССЗ не представляется возможным. Тенденция к увеличению числа повторных ИМ обуславливает актуальность изучения факторов риска возникновения повторных острых коронарных событий для разработки комплекса профилактических мероприятий, направленных на повышение информированности и приверженности лечению как пациентов, так и врачей. Особого внимания заслуживает контроль полноты объема выполняемых реабилитационных мероприятий, включающих адекватную медикаментозную терапию, физическую и психологическую реабилитацию с активным внедрением информационно-мотивационных технологий и включением обучающих программ для пациентов.

Литература

- Негмаджонов У.У., Куимов А.Д. Повторные инфаркты миокарда: факторы риска, клиника, лечение // Медицина и образование в Сибири [электронный научный журнал]. — 2011; 6: 6.
- Smolina K., Wright F., Rayner M. et al. Long-term survival and recurrence after acute myocardial infarction in England, 2004 to 2010 // *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* — 2012; 5: 532–40.
- Bhatt D., Eagle K., Ohman E. et al. for the REACH Registry Investigators. Comparative determinants of 4-year cardiovascular event rates in stable outpatients at risk of or with atherothrombosis // *JAMA.* — 2010; 304 (12): 1350–7.
- Sorenzen R., Gislason G., Fosbol E. et al. Initiation and persistence with clopidogrel treatment after acute myocardial infarction: a nationwide study // *Br. J. Clin. Pharmacol.* — 2008; 66: 875–84.
- Naderi S., Bestwick J., Wald D. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376162 patients // *Am. J. Med.* — 2012; 9 (125): 882–7.
- Эрлих А.Д. Степень приверженности к выполнению руководств по лечению острого коронарного синдрома в клинической практике российских стационаров и исходы в период госпитализации (данные регистра РЕКОРД-2) // *Кардиология.* — 2013; 1: 14–22.
- Барбараш О.Л., Каретникова В.Н., Кашталап В.В. Пациент после инфаркта миокарда: как снизить риск повторного ишемического события? // *Кардиосоматика.* — 2015; 6 (2): 12–9.
- Малыхина О.П. Повторные инфаркты миокарда: факторы риска, хронология развития, особенности клиники, биомаркеров некроза миокарда и воспаления, ремоделирования сердца). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2007; 22 с.
- Кужелева Е.А., Ефимова Е.В. Тукиш О.В. Медикаментозная терапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда, как важная составляющая поликлинического этапа кардиореабилитации // *Кардиосоматика.* — 2015; 3: 22–6.
- Аронов Д.М., Бубнова М.Г. Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца // *Кардиосоматика.* — 2013; 1 (1): 11–7.

11. Гарганеева А.А., Округин С.А., Ефимова Е.В. Проблемы вторичной профилактики ишемической болезни сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиосоматика. – 2011; 2: 55–7.

12. Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П. и др. Изучение факторов, формирующих отношение пациента к лечению, предшествующему госпитализации по поводу острого коронарного синдрома (данные анкетирования в рамках регистра ЛИС) // Рациональная фармакотер. в кардиол. – 2013; 9 (5): 472–81.

13. Погосова Г.В., Колтунова И.Е., Рославцева А.Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиология. – 2007; 3: 79–84.

14. Петрищева А.В., Рязина И.Н. Влияние обучения в Школе здоровья на факторы кардиоваскулярного риска // Профилакт. мед. – 2011; 6: 26–9.

15. Franklin B. Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease changing paradigms and perceptions // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. – 2006; 5: 669–73.

RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION: RISK FACTORS AND PREVENTION

N. Gorbunova^{1,2}, MD; ***D. Sedykh***¹, ***I. Bryukhanova***²; ***O. Krestova***²; ***A. Vedernikova***²

¹Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo

²Acad. L.S. Barbarash Kemerovo Regional Clinical Cardiology Dispensary

The causes of recurrent myocardial infarction are risk factors for cardiovascular events and poor adherence to treatment. Introduction of comprehensive prevention programs including patient education may prevent recurrent coronary events.

Key words: cardiology, recurrent myocardial infarction, risk factors, treatment adherence, prevention.