

Cordoba-Lanus and others // Revista de Investigacionclinica. – 2018. – № 71. – P. 36-54

7. Miller M.R. Structural and physiological age-associated changes in aging lungs / M.R. Miller // Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine. – 2010. – 31. – P. 521-527

УДК616.12

**Киселева К.Е., Мандра Е.В., Царегородцева А.А., Исмаилова М.С.,  
Жданова И.В., Кузнецова Е.В.  
ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ  
МИОКАРДА В ДЕТОРОДНОМ ВОЗРАСТЕ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kiseleva K.E., Mandra E.V., Tsaregorodtseva A.A., Ismailova M.S.,  
Zhdanova I.V., Kuznetsova E.V.  
PREMORBID BACKGROUND IN WOMEN AFTER MYOCARDIAL  
INFARCTION IN CHILD-BEARING AGE**

Department of internal diseases  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [anya.tsaregorodtseva@mail.ru](mailto:anya.tsaregorodtseva@mail.ru)

**Аннотация.** На основании ретроспективного анализа 31 истории болезни женщин, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в возрасте до 45 лет рассмотрены основные факторы риска развития заболевания и суммарный сердечно-сосудистый риск возникновения инфаркта миокарда у женщин в детородном возрасте.

**Annotation.** Based on a retrospective analysis of 31 medical histories of women with myocardial infarction (MI) before the age of 45, the main risk factors for the disease and the total cardiovascular risk of myocardial infarction in women of childbearing age are considered.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, преморбидный фон, женщины детородного возраста.

**Key words:** myocardial infarction, premorbid background, women of childbearing age.

**Введение**

По данным официальной статистики, первое место в структуре смертности населения Российской Федерации занимает ишемическая болезнь

сердца (ИБС). Инфаркт миокарда (ИМ), как одно из самых тяжелых осложнений ИБС, существенно ухудшает прогноз жизни больных, а в 5-18% случаев приводит к смерти больных в острой фазе заболевания [1]. На сегодняшний день наблюдается тенденция к снижению возраста первичных ИМ и росту случаев раннего ИМ у женщин [9]. В исследованиях [3,4,6,10] развития ИМ у женщин детородного возраста анализировались факторы риска заболевания, но не учитывалась их комбинация и совокупная нагрузка, т.е. суммарный сердечно-сосудистый риск (ССР).

**Цель исследования** – оценка суммарного сердечно-сосудистого риска на развитие инфаркта миокарда у женщин детородного возраста, составление выводов, направленных на профилактику заболевания.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 31 истории болезни женщин в возрасте до 45 лет, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии Свердловской областной клинической больницы № 1 (СОКБ № 1) с диагнозом ИМ. Преморбидный фон оценивался по следующим показателям: индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), нарушение углеводного обмена, дислипидемия, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ранние сердечно-сосудистые события у ближайших родственников), сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе, вредные привычки (курение), беременность и послеродовый период. Статистический анализ выполнен с помощью программы Microsoft Excel.

#### **Результаты и их обсуждение**

Средний возраст пациенток составил 38,45 лет, из них 2 (6,5%) в возрасте 25-30 лет, 14 (45,1%) – 31-40 лет, 15 (48,4%) - 41-45 лет. Данные по частоте встречаемости оцениваемых факторов риска у пациенток приведены в таблице 1.

Таблица 1  
Частота встречаемости различных факторов риска у женщин детородного  
возраста, перенесших ИМ

Показатель	Количество пациенток	%
ИМТ	20	64,7
АГ	19	61,9
Курение	16	51,61
Наследственность	9	29,03
Дислипидемия	6	19,35
Беременность или послеродовый период	5	16,13
СД	3	9,86
ВПС	2	6,45

Как видно из таблицы, на первом месте по частоте встречаемости среди всех факторов риска первичного ИМ у женщин выступает увеличение ИМТ

(средний ИМТ – 28,6). При этом 11 (35,6%) пациенток страдали избыточной массой тела, а 9 (29,1%) – ожирением. Ожирение I степени наблюдалось у 17 (54,6%) пациенток, II степени – у 6 (18,2%), и у 8 (27,2%) – ожирение III степени. Многие исследования доказали, что ожирение приводит к метаболическим, дисгормональным и гемодинамическим изменениям, оказывающим непосредственное влияние на структуру и функцию сердца [5].

Второе место по частоте встречаемости занимает артериальная гипертензия (АГ) (61,9% пациенток), 3-е место – курение (16 пациенток – 51,61%). Как можно заметить, данные факторы риска встречались более чем у половины пациенток. Наибольшее опасение вызывает АГ, так как фактическая картина распространенности данного заболевания у женщин не соответствует официальной статистике, основанной на анализе обращаемости. Это существенно затрудняет формирование групп риска по АГ [4,6].

Отягощенная наследственность встречалась у 9 пациенток (29,03%), из них у 6 (66,67%) – в семейном анамнезе ИБС, также встречались ТЭЛА (11,11%), ГБ и ОНМК (11,11%). Также необходимо отметить, что у 5 из 9 пациенток отягощенная наследственность по ССЗ наблюдалась по отцовской линии.

На пятом месте по частоте встречаемости стоит дислипидемия: у 6 пациенток (19,35%). Дислипидемия не является значимым фактором риска у молодых женщин вследствие «антиатерогенной защиты» эстрогенов. Помимо представленных показателей в данной выборке были выявлены более редкие факторы риска: сахарный диабет у 3-х женщин (из них двое с СД 1 типа и 1 с СД 2 типа), врожденные пороки сердца у 2-х пациенток (6,45%), беременность и послеродовой период у 4-х женщин (16,13%), синдром Шерешевского-Тернера – у одной (11,11%). И только у одной из 31 пациенток явных факторов риска выявлено не было.

Норвежское исследование HUNT показало, что до 83,7% населения показали положительный профиль, по крайней мере, по 2 факторам риска ССЗ, и 98% населения имеет 1 фактор риска развития ССЗ [7]. Поэтому большее значение для развития ССЗ, особенно в молодом возрасте, имеет сочетание факторов риска, и современные рекомендации по профилактике ССЗ в клинической практике отдают первостепенное значение роли суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) в развитии ССЗ, а не наличия фактора риска как такового.

В изучаемой выборке было установлено следующее распределение ССР у пациенток (таблица 2). Как видно из представленных данных, у всех пациенток, имеющих факторы риска развития ССЗ, встречалась их комбинация. Наиболее часто встречается комбинация из 2 факторов риска ССЗ (45,16%).

Таблица 2

Распределение суммарного сердечно-сосудистого риска

Количество факторов	Количество пациенток	Процентный
---------------------	----------------------	------------

риска		показатель
5	1	3,23%
4	5	16,13%
3	10	32,26%
2	14	45,16%

Наиболее частыми комбинациями факторов риска стали ожирение и артериальная гипертензия (у 19-ти пациенток – 61,29%), ожирение и курение наблюдалось у 16-ти женщин (51,61%), артериальная гипертензия и курение также у 16-ти (51,61%). У 10-ти пациенток (32,26%) наблюдалось сочетание трех факторов – курение, ожирение, артериальная гипертензия. Данные факторы риска патогенетически взаимосвязаны. Ожирение является одним из самых значимых факторов риска развития АГ. Известно, что при потере 10 кг массы тела пациент с ожирением «сбрасывает» 5–10 мм рт. ст. повышенного давления [5]. Выкуривание 2-3 сигарет приводит к 30 минутному спазму мелких артерий, что на фоне тахикардии, повышенной потребности миокарда в кислороде и повреждения стенки сосудов приводит к развитию АГ [8]. Можно отметить, что дислипидемия и сахарный диабет в исследуемой группе женщин всегда сочетались с повышенной массой тела. У двух женщин беременность сочеталась с ВПС, у одной – с комплексной терапией лимфогранулематоза. Из проведенного анализа видно, что именно комбинация нескольких факторов риска создала тот преморбидный фон, который послужил развитию ИМ у молодых женщин. Правильная оценка совокупной нагрузки факторов риска позволит выявить группы риска, стратифицировать их и выделить тех женщин, которые нуждаются в наблюдении, лечении и проведении профилактических мероприятий.

Существуют разнообразные системы оценки риска ССЗ: Фрамингем, SCORE, AS-SIGN, Q-Risk, PROCAM, CUORE, Объединенные когортные уравнения и др., позволяющие выявить факторы риска, стратифицировать группы риска и обеспечить правильность терапевтических решений, избегая как недостаточного, так и избыточного лечения [2]. Однако по современным рекомендациям систематическая оценка риска ССЗ у женщин моложе 50 лет без известных факторов риска считается нецелесообразной и экономически невыгодной [2]. Возможно, это связано с убеждением, что женщины репродуктивного возраста защищены от сердечной патологии эстрогенами [3]. Это говорит о недооценке риска развития ССЗ у женщин детородного возраста.

В то же время, с одной стороны, Российская Федерация входит в группу стран с очень высоким риском ССЗ при низком отношении мужского риска к женскому, что свидетельствует о высоком риске среди женского населения [2]. С другой стороны, во всем мире наблюдается тенденция к снижению возраста дебюта ИМ у женщин до 45 лет. Данные сведения выявляют необходимость развития превентивного подхода к лечению инфарктов миокарда у женщин

детородного возраста, совершенствования в практическом здравоохранении системы оценки факторов риска развития ИМ.

**Выводы:**

1. Анализ исследования историй болезни женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 45 лет, выявил совокупную роль факторов риска в развитии заболевания.

2. Наибольшее значение в преморбидном фоне заболевания у молодых женщин имеет сочетание курения, избыточной массы тела и артериальной гипертонии.

3. Для снижения риска развития ИМ у женщин детородного возраста необходимо совершенствовать систему оценки ССР, что позволит повысить эффективность профилактики ССЗ, снизить заболеваемость и экономические затраты на лечение.

**Список литературы:**

1. Гинзбург М.Л. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения больных острым инфарктом миокарда в рамках регистра: дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук: 14.01.05. - ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Москва, 2016 - 211 с.

2. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016)// Российский кардиологический журнал. – 2017. – №6 (146). – С. 7-85

3. Ещенко К.Н. Сердечно-сосудистая система и курение / К.Н. Ещенко, А.В. Жадан, Н.Ф. Шустваль // Диабетсердце. – 2013. – №4 (170). – С. 12-17

4. Оганов Р.Г. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – №11 (4). – С. 101-104

5. Чазова И.Е. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией / И.Е. Чазова, Ю.В. Жернакова, Е.В. Ощепкова, С.А. Шальнова и др. // Кардиология. – 2014. – №10. – С. 4-12

6. Чумакова Г.А. Особенности морфологии, структуры и функции сердца при ожирении / Г.А. Чумакова, Н.Г. Веселовская, А.А. Козаренко, Ю.В. Воробьева // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 4 (96). – С. 93-99

7. Шупина М.И. Распространенность артериальной гипертонии и сердечно-сосудистых факторов риска у лиц молодого возраста / М.И. Шупина, Д.В. Турчанинов // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т 26, №3. – С. 152-156

8. Carole A. McBride. The relationship of a family history for hypertension, myocardial infarction, or stroke with cardiovascular physiology in young women / Carole A. McBride, Sarah A. Hale, Meenakumari Subramanian, Gary J. Badger, Ira M. Bernstein // Reproductive sciences. – 2014. – № 21 (4). – С. 509-516

9. Maciej Bęćkowski Acute coronary syndromes in young women – the scale of the problem and the associated risks/ Maciej Bęćkowski //Polish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 2015 – № 12 (2). – С. 134–138

10. Rachel P. Dreyer. Young Women with Acute Myocardial Infarction: Current Perspectives / Rachel P. Dreyer //Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes.– 2017 – № 10 (2).

УДК 616.633.979.733

**Ковзель В.А., Дмитриев А.Н.  
ОСТРАЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ПОРФИРИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ  
СЛУЧАЙ)**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и  
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kovzel V.A., Dmitriev A.N.  
ACUTE INTERMITTENT PORPHYRIA (CASE REPORT)**

Department of faculty therapy, endocrinology

Ural State Medical University,  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: vik.kovzel@mail.ru

**Аннотация.** В данной статье представлен клинический случай острой перемежающейся порфирии. Приведено теоретическое патофизиологическое обоснование её проявлений и принципов терапии.

**Annotation.** This article considers and analyzes clinical case of acute intermittent porphyria. There is some theoretical pathophysiological substantiation of the most common approaches to therapy of acute intermittent porphyria.

**Ключевые слова:** острая перемежающаяся порфирия, неврологические симптомы, гем.

**Keywords:** acute intermittent porphyria, neurological signs, heme.

**Введение**

Порфирии не являются эндемичными заболеваниями и с одинаковой частотой встречаются среди населения всех континентов. Частота встречаемости острых форм порфирий (ОП) колеблется от 7 до 12 случаев на 100 тысяч здоровых людей. В то же время частота бессимптомного носительства генетических дефектов, приводящих к ОП, составляет ~ 50-100 случаев на 100000 человек [3]. Острая перемежающаяся порфирия (ОПП) — наследственное метаболическое заболевание с аутосомно-доминантным типом