

© Е. Ю. Ковальчук, В. В. Сорока, 2015 г.  
УДК 616.127-005.8-036.22

**Е. Ю. Ковальчук, В. В. Сорока**

## СОВРЕМЕННЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (по материалам регионального сосудистого центра)

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе

На протяжении всей истории человечества наибольшую угрозу здоровью и жизни людей несли инфекционные заболевания, однако к середине XX в. они уступили позиции как наиболее распространенной причины заболеваемости и летальности немикробной хронической патологии — произошел так называемый эпидемиологический переход [6]. В общей структуре заболеваемости в экономически развитых странах уже на начало нового тысячелетия около 70 % составляли хронические неинфекционные заболевания [14]. Из них наиболее распространенной причиной смерти являются сердечно-сосудистые заболевания, среди которых превалирует крайнее проявление ишемической болезни сердца (ИБС) — инфаркт миокарда и его осложнения [1–2, 7–11].

Мы проанализировали эпидемиологические и клинические особенности пула пациентов, которые проходили лечение с 2009 по 2012 г. в отделении кардиологической реанимации № 1 НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе.

За указанный период поступило 4697 больных с предварительным диагнозом «Острый коронарный синдром». Диагноз инфаркта миокарда был

подтвержден у 2892 пациентов (61,6 %). Еще у 317 пациентов инфаркт миокарда развился, когда они проходили лечение в НИИ СП по поводу других заболеваний. Все они были переведены в отделение кардиологической реанимации. Таким образом, в наше исследование вошли 3209 пациентов. Данные об их распределении по полу и возрасту представлены в табл. 1.

Доля мужчин среди пациентов с инфарктом миокарда в разные годы на 3–8 % больше, чем женщин. Средний возраст госпитализированных оставался практически неизменным и составил: в 2009 г. — 67,2 года, в 2010 г. — 68,3 года, в 2011 г. — 67,9 года и в 2012 г. — 66,1 года ( $p > 0,05$ ). Доля пациентов 75 лет и старше составила 27,8 % (892 человека), до 55 лет — 2,3 % (73 человека). При этом среди пациентов 75 лет и старше чаще встречались женщины, чем мужчины (14,6 и 10,1 %, соответственно;  $p < 0,05$ ), а в группе до 55 лет чаще наблюдались пациенты мужского пола (4,1 % и 0,3 %, соответственно;  $p < 0,05$ ).

Пациенты с инфарктом миокарда были доставлены в стационар в сроки от 28 минут до 47 часов после начала заболевания (табл. 2).

Среднее время от начала болей до госпитализации составило 5 часов 9 минут, что никак не укладывается в рамки «золотого часа». При этом каждый пятый пациент (19,4 %) поступал в сроки свыше 24 часов. В сроки до 1 часа в стационар поступили 488 больных (15,2 %). Большинство среди них составили пациенты с внутрибольничным инфарктом миокарда — 260 из 317 (82,0 %), а из 2892 пациентов, поступивших по скорой помощи, их было всего 228 (7,9 %).

Объем помощи на догоспитальном этапе включал: гепарин внутривенно струйно в дозе 4 000 ЕД; ацетилсалициловая кислота в дозе 250 мг; физиологический раствор 0,9 % 250 мл с добавлением 25 % сернокислой магнезии 10 мл, 10 мл 10 % хлористого калия. Клопидогрель в нагрузочной дозе 300 мг на догоспитальном этапе получили 366 пациентов из 3209 (11,4 %).

По результатам опроса больных были выделены варианты клинического течения инфаркта миокарда (табл. 3).

Как следует из представленных в таблице данных, у подавляющего большинства пациентов (в 87,3 % случаев) развивался классический, ангинозный вариант клинического течения ОИМ. При этом у женщин атипичная картина развивалась чаще, чем у мужчин (15,7 % и 10,1 %, соответственно;  $p < 0,05$ ).

В 18 случаях (0,5 %) инфаркт миокарда носил периперационный

Таблица 1

Распределение пациентов с инфарктом миокарда по возрасту

Год	До 55 лет		56-65 лет		66-75 лет		76-85 лет		Более 85		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Мужчины												
2009	18	4,0	152	33,8	149	33,1	73	16,2	58	12,9	450	100,0
2010	12	2,8	123	28,6	130	30,2	116	27,0	49	11,4	430	100,0
2011	16	4,0	105	26,1	145	36,1	98	24,4	38	9,4	402	100,0
2012	23	5,5	129	31,1	132	31,8	104	25,1	27	6,5	415	100,0
Итого	69	4,1	509	30,0	556	32,8	391	23,0	172	10,1	1697	100,0
Женщины												
2009	3	0,7	137	32,4	125	29,6	91	21,5	67	15,8	423	100,0
2010	1	0,3	117	32,3	112	30,9	81	22,4	51	14,1	362	100,0
2011	-	-	94	27,5	96	28,1	93	27,2	59	17,2	342	100,0
2012	-	-	89	23,1	152	39,5	101	26,2	43	11,2	385	100,0
Итого	4	0,3	437	28,9	485	32,1	366	24,2	220	14,6	1512	100,0

Таблица 2

**Распределение пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от сроков госпитализации**

Сроки поступления в стационар	Мужчины		Женщины		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
До 1 часа	201	11,8	287	18,9	488	15,2
От 1 до 3 часов	551	32,5	216	14,3	767	23,9
От 3 до 6 часов	404	23,8	273	18,1	677	21,1
От 6 до 12 часов	189	11,1	199	13,2	388	12,1
От 12 до 24 часов	100	5,9	165	10,9	265	8,3
Свыше 24 часов	252	14,9	372	24,6	624	19,4
Всего	1697	100,0	1512	100,0	3209	100,0

характер. У 958 пациентов (29,9 %) инфаркт был не первым. Повторные инфаркты чаще бывали у мужчин (564 случая, или 33,2 %), чем у женщин (394 случая, или 26,1 %) ( $p < 0,05$ ). Хроническая аневризма левого желудочка при этом развилась у 9 мужчин (1,6 %) и 22 женщин (5,6 %) ( $p < 0,05$ ).

Кардиохирургические вмешательства – аортокоронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство, протезирование клапанов сердца – были в анамнезе у 55 мужчин (3,2 %) и 45 женщин (3,0 %) ( $p > 0,05$ ).

У многих пациентов состояние усугублялось присутствием коморбидных заболеваний (табл. 4).

Включение в перечень коморбидных заболеваний ИБС носит условный характер. Мы были вынуждены пойти на этот шаг, поскольку анамнез наших пациентов лишь в 35,5 % случаев включал ишемическую болезнь сердца. Между тем, у большинства пациентов, как известно, ИБС развивается постепенно, при соответствующем лечении в течение многих лет может поддерживаться в стадии ремиссии, а случаи такого дебюта заболевания, как инфаркт миокарда, довольно редки.

Из сердечно-сосудистых коморбидных заболеваний наиболее часто встречались артериальная гипертензия (89,9 %) и хроническая сердечная недостаточность (25,9 %), что косвенно свидетельствует о том, что причиной отсутствия ИБС в анамнезе не являлось отсутствие обращения за медицинской помощью. У больных инфарктом миокарда нередко встречались такие сопутствующие заболевания как сахарный диабет (22,1 %), заболевания почек (22,4 %), хроническая обструктивная болезнь легких (8,4 %), анемия (27,5 %) и ожирение (11,0 %).

По результатам обследования в соответствии с классификацией Т. Killip, J. T. Kimball (1967) определялась тяжесть острой сердечной недостаточности (табл. 5). Приве-

Таблица 3

**Распределение пациентов в зависимости от варианта клинического течения инфаркта миокарда**

Вариант инфаркта миокарда	Мужчины		Женщины		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Ангинозный	1526	89,9	1274	84,3	2800	87,3
Безболевой	26	1,5	48	3,2	74	2,3
Астматический	89	5,2	127	8,4	216	6,7
Абдоминальный	18	1,1	23	1,5	41	1,3
Церебральный	21	1,2	30	2,0	51	1,6
Аритмический	17	1,1	10	0,6	27	0,8
Итого	1697	100,0	1512	100,0	3209	100,0

денные в таблице данные свидетельствуют о том, что клиническое течение инфаркта миокарда у женщин было более тяжелым: II – IV класс Killip диагностировался у них в 64,1 % случаев (у мужчин – в 45,3 % случаев).

У пациентов чаще диагностировался острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, чем без него: 62,0 и 38,0 %, соответственно;  $p < 0,05$ ). В таблице 6 приведены данные о количестве пациентов с острым инфарктом без подъема сегмента ST и с подъемом сегмента ST по годам.

Тридцатидневная летальность среди пациентов с инфарктом миокарда за период с 2009 по 2012 г. составила 28,0 %. В табл. 7 содержится информация об осложнениях инфаркта миокарда, ставших непосредственной причиной смертельного исхода.

Среди пациентов без подъема сегмента ST летальность составила 31,8 %, с подъемом сегмента ST – 25,7 %. Это объяснимо. Возраст большинства умерших пациентов с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST был равен 75 годам или старше, эти больные имели более тяжелый коморбидную патологию,

Таблица 4

**Частота встречаемости коморбидной патологии у больных инфарктом миокарда**

Нозологические формы	Мужчины (n = 1697)		Женщины (n = 1512)		Всего (n = 3209)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Ишемическая болезнь сердца	721	42,5	419	27,7	1140	35,5
<b>Коморбидная сердечно-сосудистая патология</b>						
Артериальная гипертензия	1547	91,2	1339	88,5	2886	89,9
Хроническая сердечная недостаточность	400	23,6	432	28,6	832	25,9
Постоянная форма фибрилляции/трепетания предсердий	93	5,4	137	9,1	230	7,2
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	137	8,1	92	6,1	229	7,1
<b>Сопутствующие заболевания других органов и систем</b>						
Сахарный диабет	278	16,4	431	28,5	709	22,1
Хроническое неинфекционное заболевание почек	374	22,0	345	22,8	719	22,4
Хроническая обструктивная болезнь легких	167	9,8	104	6,9	271	8,4
Ожирение	201	11,8	151	10,0	352	11,0
Анемия	276	16,3	608	40,2	884	27,5
Диффузно-узловой зоб	30	1,8	98	6,5	128	4,0
Онкологические заболевания	44	2,3	72	4,7	116	3,6
Хронический алкоголизм	48	2,8	15	1,0	63	2,0

Таблица 5

Распределение пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от тяжести острой сердечной недостаточности

Класс	Мужчины (n = 1697)		Женщины (n = 1512)		Всего (n = 3209)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
I	929	54,7	543	35,9	1472	45,9
II	387	22,8	558	36,9	945	29,4
III	198	11,7	213	14,1	411	12,8
IV	183	10,9	198	13,1	381	11,9

в первую очередь — страдали сердечно-сосудистой патологией, в частности, имели более серьезные атеросклеротические изменения коронарных сосудов. Немалый вклад в летальность внесли так называемые внутрибольничные инфаркты миокарда: в 229 случаях из 317 (91,1 %) они закончились летальным исходом. Внутрибольничные инфаркты, как правило, протекали без подъема сегмента ST (71,3 % случаев). Кроме того, 13 из 18 пациентов (72,2 %) с периперационным развитием инфаркта имели инфаркт без подъема сегмента ST. И, безусловно, трудно переоценить то роковое влияние, которое оказали на рост летальности поздние сроки госпитализации.

В 2009 — 2012 гг. доля мужчин, госпитализированных с инфарктом миокарда в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, хотя и незначительно (на 3 — 5 %), была выше ( $p < 0,05$ ). Преобладание мужчин среди пациентов с инфарктом отмечают и другие исследователи [12, 13, 18, 21].

Средний возраст мужчин и женщин, госпитализированных в НИИ СП, был примерно одинаковым и составил 67,4 года. Для сравнения: в Австралии и Южной Корее средний возраст немного меньше — соответственно, 64,9 и 64,8 года [12, 13]; в США немного выше — 69,0 лет [21]. В Дании средний возраст женщин составляет 77,0 лет, мужчин — 68,0 лет [18].

Согласно полученным результатам, доля инфарктов миокарда с подъемом сегмента ST, диагностированных в период с 2009 по 2012 г. в НИИ СП, составила 62,0 %. Это соотношение с незначительными колебаниями сохранялось в течение всех 4 лет наблюдения. В то же время, в экономически развитых странах в последние годы наблюдается

неуклонное снижение частоты инфарктов с подъемом сегмента ST. По данным R. W. Yeh et al. [21], в США в настоящее время доли инфаркта миокарда без подъема сегмента ST и с подъемом сегмента ST соотносятся как 76 и 24 %; во Франции, по наблюдениям N. Danchin [5], инфаркты с подъемом сегмента ST преобладают, но их доля сократилась с 71 % в 1995 г. до 56 % в 2010 г. Специалисты связывают это прежде всего с улучшением организации медицинской помощи и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией, в частности, сокращением сроков от начала заболевания до госпитализации [5, 21].

Средние сроки госпитализации пациентов, у которых был подтвержден диагноз инфаркт миокарда, за анализируемый период в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе составили 5 часов 9 минут, в течение «золотого часа» были госпитализированы 7,9 % пациентов; 40,3 % пациентов были госпитализированы спустя 6 и более часов от начала заболевания. Между тем, в Канаде, например, срок начала оказания медицинской помощи при подозрении на инфаркт миокарда, установленный национальными стандартами, составляет 30 минут. J. V. Tu et al. [20] сообщают, что в малонаселенных сельских районах этот стандарт не всегда выдерживается, и срок оказания помощи увеличивается до 40, а в редких случаях — до 103 минут.

По мнению Н. У. Chenetal. [3], одной из главных причин выхода ИБС на лидирующие позиции среди причин смертности, помимо старения населения, является бремя коморбидности. Авторы приводят рейтинг частоты встречаемости коморбидных состояний у пациентов с острым инфарктом миокарда: артериальная гипертензия — 74,9 %; сахарный диабет — 34,8 %; хроническая почечная недостаточность — 21,7 %; хроническая обструктивная болезнь легких — 18,2 %; депрессия — 18,2 %. Любопытные данные о динамике сердечно-сосудистой коморбидности при инфаркте миокарда в США приводят D. D. McManuset al. [15]. Так, если в 1990 — 1991 гг. доля пациентов с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями составляла 69,2 %, то в 2005 — 2007 гг. она достигла 83,8 %. Полученные

Таблица 6

Распределение пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от ЭКГ-признаков

Год	Инфаркт миокарда без подъема ST (n = 1221)		Инфаркт миокарда с подъемом ST (n = 1988)				Всего (n = 3209)	
			Q-негативный (n = 199)		Q-позитивный (n = 1789)			
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
2009	368	42,2	24	2,7	481	55,1	873	100,0
2010	302	38,1	63	7,9	427	53,9	792	100,0
2011	259	34,8	77	10,3	408	54,8	744	100,0
2012	292	36,5	35	4,3	473	59,1	800	100,0
Итого	1221	38,0	199	6,2	1789	55,7	3209	100,0
В целом	1221	38,0	1988		62,0		3209	100,0

в нашем исследовании данные о коморбидности пациентов с инфарктом миокарда также показывают преобладание у больных сердечно-сосудистых заболеваний. Расхождение в данных о частоте других коморбидных заболеваний имеется, однако они не носят принципиального характера.

Наиболее опасные осложнения инфаркта миокарда, как правило, развиваются в ранние сроки. N. Danchin [5], анализируя 5-летний

опыт лечения больных с инфарктом миокарда в госпитале Europeen Georges Pompidou (Франция), говорит о значительном снижении количества ранних осложнений и, как следствие, — 30-дневной летальности с 12,9 % в 1995 г. до 3,9 % в 2010 г. (у пациентов с подъемом сегмента ST, соответственно, с 13,7 до 4,4 %, у пациентов без подъема сегмента ST — с 10,9 до 3,2 %). В стационарах Тосканы (Италия) показатель 30-дневной летальности составляет 8,0 % [19]. В восточной Австралии 30-дневная летальность

за период с 1996 по 2008 г. снизилась с 11,0 до 4,8 % [12]. Современных исследований, охватывающих национальное здравоохранение в целом, немного. В работе S. C. Chung et al. [4] приводятся значения показателя 30-дневной летальности в Швеции — 15,9 % (в том числе для пациентов с подъемом сегмента ST — 8,6 %, без подъема сегмента ST — 7,3 %) и Великобритании — соответственно, 21,4 % (11,2 и 10,2 %). В Дании показатель 30-дневной летальности составляет 14,8 % [18]. В США 30-дневная летальность при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST составляет 6,0 %, без подъема сегмента ST — 4,0 % [16, 17].

В нашем исследовании 30-дневная летальность при инфаркте миокарда в среднем за 4 года составила 28,1 % и не имела тенденции к снижению. Так, в 2009 г. она достигала 30,2 %, в 2010 г. — 31,1 %, в 2011 г. — 27,7 %, в 2012 г. — 31,9 %. Очевидно, что основной причиной столь высокой летальности является поздняя госпитализация, обусловленная сложным комплексом ятрогенных, конституциональных (в основном гендерных) и институциональных факторов. Многие исследователи замечают, что у женщин период от начала заболевания до госпитализации всегда более протяженный и наши собственные исследования подтверждают это. Однако в данном случае ведущим фактором, по-видимому, является ятрогенный, характеризующий низкое качество организации медицинской помощи поликлинического звена. Об этом, в частности, красноречиво свидетельствует отсутствие в анамнезе 64,5 % пациентов ИБС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белавина Н.И. Клинико-инструментальные предикторы угрожающего разрыва сердца у больных острым инфарктом миокарда: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 125 с.
2. Зельмань-Абрамов Е.М. Разрывы сердца при остром инфаркте миокарда: обзор литературы // Сибир. мед. журн. — 2010. — Т. 25. — Т. 4. — Вып. 1–4. — С. 14–22.
3. Chen H.Y., Saczynski J.S., McManus D.D. et al. The impact of cardiac and noncardiac comorbidities on the short-term outcomes of patients hospitalized with acute myocardial in-

farcion: a population-based perspective // ClinEpidemiol. — 2013. — Vol. 5. — P. 439–448.

4. Chung S.-C., Gedeberg R., Nicholas O. et al. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries // Lancet. — 2014. pii: S0140-6736(13)62070-X.

5. Danchin N. 30-day mortality after AMI drops with improved treatment. — 2012. URL: www.sciencedaily.com/releases/2012/08/120828073308.htm.

6. Egger G. In search of a germ theory equivalent for chronic disease // Prev. Chronic Dis. — 2012. — Vol. 9. — Art. 110301.

7. Figueras J., Alcalde O., Barrabes J.A. et al. Changes in hospital mortality rates in 425 patients with acute ST-elevation myocardial infarction and cardiac rupture over a 30-year period // Circ. — 2008. — Vol. 118. — № 25. — P. 2783–2789.

8. Finegold J.A., Asaria P., Francis D.P. Mortality from ischemic heart disease by country, region, and age: Statistics from World Health Organisation and United Nations // Int. J. Cardiol. — 2013. — Vol. 168. — № 2. — P. 934–945.

9. Fornaro G., Lazzero M., Giacalone A. et al. Death after ST-elevation myocardial infarction in patients treated with fibrinolytic therapy, angioplasty, or conventional therapy. A post-mortem study to verify cardiac rupture as a cause of death // G. Ital. Cardiol. (Rome). — 2008. — Vol. 9. — № 6. — P. 408–420.

10. Go A.S., Bansal N., Chandra M. Chronic kidney disease and risk for presenting with acute myocardial infarction versus stable exertional angina in adults with coronary heart disease // J. Am. Coll. Cardiol. — 2011. — Vol. 58. — № 15. — P. 1600–1607.

11. Honda S., Asaumi Y., Fujino M. et al. Changing incidence of cardiac rupture and its determinants in patients with acute myocardial infarction: Results from 5,964 patients database over 35 years // Am. Coll. Cardiol. — 2013. — Art. 61(10\_S).

12. Hung J., Teng T.-H.K., Finn J. et al. Trends From 1996 to 2007 in Incidence and mortality outcomes of heart failure after acute myocardial infarction: A population-based study of 20 812 patients with first acute myocardial infarction in Western Australia // J. Amer. Heart Assoc. — 2013. — № 2. — Art. e000172.

13. Kim R.B., Kim B.G., Kim Y.M. et al. Trends in the incidence of hospitalized acute myocardial infarction and stroke in Korea, 2006–2010 // J. Korean Med. Sci. — 2013. — Vol. 28. — № 1. — P. 16–24.

14. Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzatti M. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — № 9524. — P. 1747–1757.

15. McManus D.D., Nguyen H.L., Saczynski J.S. et al. Multiple cardiovascular comorbidities and acute myocardial infarction: temporal trends (1990–2007) and impact on death rates at 30 days and 1 year // Clin. Epidemiol. — 2012. — № 4. — P. 115–123.

Таблица 7

Распределение пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от вида осложнения, ставшего непосредственной причиной смерти

Осложнение	Инфаркт миокарда без подъема ST (n = 1221)		Инфаркт миокарда с подъемом ST				Всего (n = 3209)	
	Кол-во	%	Q-негативный (n = 199)		Q-позитивный (n = 1789)		Кол-во	%
			Кол-во	%	Кол-во	%		
Фатальные аритмии	4	0,8	6	4,4	13	5,3	23	2,6
Острая сердечная недостаточность	246	47,2	83	61,5	115	47,1	464	51,6
Разрывы сердца	–	–	–	–	81	33,2	81	9,0
Тромбоэмболические осложнения	259	49,7	43	31,9	27	11,1	309	34,2
Прочие	12	2,3	3	2,2	8	3,3	23	2,6
Итого	521	100,0	135	100,0	244	100,0	900	100,0

16. Roe M.T., Messenger J.C., Weintraub W.S. et al. Treatments, trends, and outcomes of acute myocardial infarction and percutaneous coronary intervention // J. Am. Coll. Cardiol. — 2010. — Vol. 56. — № 4. — P. 254 — 263.

17. Rosamond W.D., Flegal K., Furie K. et al. Heart disease and stroke statistics — 2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee // Circ. — 2008. — Vol. 117. — № 4. — Suppl. E. — P. e25 — e146.

18. Schmidt M., Bonde Jacobsen J., Lash T.L. 25 year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: a Danish nationwide cohort study // BMJ. — 2012. — Vol. 344. — Suppl. E. — P. e356 — e364.

19. Seghieri C., Mimmi S., Lenz J., Fantin M.P. 30-day in-hospital mortality after acute myocardial infarction in Tuscany (Italy): An observational study using hospital discharge data // BMC Medical Research Methodology. — 2012. — Vol. 12. — Art. 170.

20. Tu J.V., Khalid L., Donovan L.R. et al. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction // Canad. Med. Assoc. J. — 2008. — Vol. 179. — № 9. — P. 909 — 915.

21. Yeh R.W., Sidney S., Chandra M. et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 2155 — 2165.

## РЕЗЮМЕ

Е. Ю. Ковальчук, В. В. Сорока

## Современный клинико-эпидемиологический портрет пациента с острым инфарктом миокарда (по материалам регионального сосудистого центра)

В статье представлена эпидемиологическая и клиническая картины острого инфаркта миокарда (ОИМ) по данным регионального сосудистого центра на базе СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе за период с 2009 по 2012 г. Проанализированы 4697 случаев. Рассмотрены особенности эпидемиологии и клинической картины ОИМ на современном этапе.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, сроки госпитализации, коморбидность, 30-дневная летальность.

## SUMMARY

E. Yu. Kovalchuk, V. V. Soroka

## Current clinical and epidemiological portrait of a patient with acute myocardial infarction (by the data of the regional vascular center)

Epidemiological and clinical presentation of acute myocardial infarction based upon the data collected in Regional Vascular Centre of Saint-Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Care n. a. I. I. Dzhanelidze in 2009 — 2012 years. In the article, 4697 cases have been analyzed. Specific features of epidemiology and clinical presentation of acute myocardial infarction at the present stage have been considered.

**Keywords:** acute myocardial infarction, length of stay in hospital, co-morbidity, 30-day mortality.

© Коллектив авторов, 2015 г.  
УДК [616.379-008.64:616.153.426.23]:615.357

С. А. Скорюкова, М. В. Ким,  
А. А. Быстрова, А. Ю. Бабенко,  
Е. И. Баранова, С. Н. Пчелина

## ПОЛИМОРФИЗМ S19W ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА А5 У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА – СВЯЗЬ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ И УРОВНЕМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург

## ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет (СД) представляет собой одну из глобальных проблем человечества, связанную с ростом заболеваемости, его тяжелыми осложнениями и высокой смертностью. В основе заболевания лежат не только нарушения углеводного обмена, но и значительные изменения липидного метаболизма,

приводящие к раннему развитию и быстрому прогрессированию атеросклероза [9, 11, 17]. Атерогенная дислипидемия у больных СД 2 типа характеризуется повышением уровня триглицеридов (ТГ), мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и снижением холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) [2, 8, 13]. В последние годы проводятся многочисленные исследования по установлению взаимосвязи генетических факторов с развитием атерогенной дислипидемии. Среди кандидатных генов рассматривается ген аполипопротеина А5 (ApoA5) [5, 19]. S19W полиморфизм гена ApoA5 характеризуется изменением последовательности нуклеотидов в 56 положении кодирующей области гена, что приводит к замене аминокислоты сериннатриптофан в структуре апобелка и к изменению его свойств [10, 12]. Встречаемость аллеля 19W варьирует у лиц различной расовой принадлежности и составляет примерно 0,06 у представителей белой расы [14]. Результаты исследований, посвященных оценке влияния S19W полиморфизма гена ApoA5 на показатели липидного метаболизма у больных СД, носят противоречивый характер [3, 4, 10, 19]. В исследовании В. Dorfmeister et al. в 2007 г. было отмечено значимое повышение уровня ТГ и снижение ХС ЛПВП у лиц индейского происхождения с генотипом WW гена ApoA5 по сравнению с носителями других геноти-