**ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я**

Огнєв В.А., Подпрядова А.А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

**ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Ішемічна хвороба серця, зокрема інфаркт міокарда, посідає провідне місце у структурі серцево-судинних захворювань і є причиною інвалідизації та смертності населення [1]. Ця патологія віднесена Всесвітньою організацією охорони здоров’я до найважливіших неінфекційних захворювань через надмірне навантаження на стан життя та здоров’я населення, в тому числі, і серед осіб працездатного віку. Фактори ризику мають безпосередній вплив на перебіг і прогресування захворювання [2, 3]. Збереження високого рівня захворюваності та смертності багато в чому обумовлено недостатнім впливом на основні фактори ризику, які сприяють розвитку інфаркту міокарда, а саме: артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, паління, нездорове харчування, стреси, гіподинамія, спадковість, вживання алкоголю, ожиріння [4,5].

Отже, вивчення та аналіз поширеності основних факторів ризику інфаркту міокарда має велике медико-соціальне значення, адже надасть змогу оптимізувати стратегію профілактики, тактику лікування та вплине на якість життя хворих.

У результатівивчення та оцінки поширеності основних факторів ризику розвитку інфаркту міокарда було виявлено 30 факторів, які мають достовірний вплив на розвиток даної патології. Досліджувані фактори було розподілено на 5 груп: біологічні, соціально-економічні, соціально-гігієнічні, психологічні та природно-кліматичні. Було виявлено, що на виникнення інфаркту міокарда найбільший вплив мали біологічні фактори. До біологічних факторів було віднесено: артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію, спадковість, хронічні захворювання, надлишкову вагу та підвищений рівень глюкози в крові. Найбільш вагомим фактором ризику виникнення даної патології у цій групі виявилася артеріальна гіпертензія (основна група 51,6±2,8%, контрольна група 18,4±2,8% (OR=4,8; p<0,001; η-11%)). Наявність гіперхолестеринемії було виявлено у 45,2±2,8% хворих основної групи та у 15,8±2,6% осіб контрольної групи (OR=4,5; p<0,001; η-9%). Обтяжений сімейний анамнез на серцево-судинні захворювання відмічався у 32,3±2,7% пацієнтів основної групи та у 10,5±2,3% осіб контрольної групи (OR=4,1; p<0,001; η-6%). Необхідно відмітити, що частота, з якою зустрічалися хронічні захворювання в основній групі значно вища, ніж у контрольній групі, відповідно – 32,3±2,7% та 15,8±2,7% (OR=2,5; p<0,001; η-3%). За допомогою антропометричних даних було розраховано індекс маси тіла та встановлено, що 25,8±2,5% пацієнтів основної групи мали надлишкову масу тіла, у той час, як лише 10,5±2,3% осіб контрольної групи мали цей фактор ризику (OR=2,9; p<0,001; η-3%). Підвищений рівень глюкози в крові мав значення у 22,6±2,4% хворих основної групи та у 10,5±2,3% осіб контрольної групи (OR=2,3; p<0,001; η-2%).

У результаті дослідження було встановлено, що всі соціально-гігієнічні фактори мали достовірний вплив на розвиток інфаркту міокарда. Під час дослідження вивчалися такі фактори як: паління, надмірне споживання жирної їжі, зловживання алкоголем, недотримання режиму харчування, гіподинамія, надлишкове вживання їжі, вживання кави, фаст-фудів, напівфабрикатів, а також наявність професійних шкідливостей в анамнезі. Серед даної групи факторів паління мало найбільший вплив на розвиток даної патології. Паління достовірно частіше зустрічалося серед хворих основної групи 35,5±2,7%, ніж контрольної групи 10,4±2,3% (OR=4,7; p<0,001; η-7%). Характер харчування також мав велике значення. Надмірне споживання жирної їжі відмічалося у 26,5±2,5% хворих основної групи та 8,4±1,9% контрольної групи (OR=3,9; p<0,01; η-5%). При оцінці режиму харчування було встановлено, що не дотримувалися режиму харчування 33,9±2,7% пацієнтів основної групи та 17,9±2,8% контрольної групи (OR=2,4; p<0,01; η-3%); надлишкове споживання їжі було відмічено у 21,9±2,4% хворих основної групи та у 11,1±2,3% осіб контрольної групи (OR=2,3; p<0,001; η-2%). Серед пацієнтів основної групи та осіб контрольної групи надмірне споживання алкоголю відмітило 32,3±2,6% і 13,2±2,4% відповідно (OR=2,9; p<0,001; η-4%). Нами було виявлено, що 10,6±1,8% пацієнтів основної групи та 3,2±1,2% осіб контрольної групи достатньо часто вживали фаст-фуди (їжу швидкого приготування) (OR=3,7; p<0,001; η-1%) та 16,5±2,1% хворих основної групи і 7,9±1,9% контрольної групи вживали напівфабрикати (OR=2,3; p<0,05; η-1%). Дослідженням було встановлено, що частота з якою зустрічалася гіподинамія у пацієнтів основної та контрольної груп була 29,0±2,6% та 14,7±2,6% відповідно (OR=2,4; p<0,001; η-3%). У нашому дослідженні було виявлено, що 15,2±2,0% пацієнтів основної групи та 6,8±1,9% осіб контрольної групи регулярно вживали каву (OR=2,4; p<0,01; η-1%).

Дослідженням було доведено, що соціально-економічні та психологічні фактори мали також достовірний вплив на розвиток інфаркту міокарда. До групи психологічних факторів було віднесено: тип темпераменту особистості та наявність стресів на роботі та вдома. Соціально-економічні фактори включали: сімейний стан, рівень освіти, професійний статус, рівень матеріального забезпечення. Слід відмітити, що такі фактори, як стресові ситуації на роботі та стреси в сім’ї мали найбільший вплив серед усіх факторів цих груп. Встановлено, що піддавалися дії стресів на робочому місці 26,5±2,5% пацієнтів основної групи та 8,4±1,9% осіб контрольної групи (OR=3,9; p<0,01; η-5%); стресові ситуації в сім’ї відмітили 40,0±2,8% хворих основної групи та 21,1±2,9% осіб контрольної групи (OR=2,5; p<0,001; η-4%). Тип темпераменту особистості також відіграє певну роль у розвитку інфаркту міокарда. Так, особистісні та поведінкові особливості людей з таким типом темпераменту, як «холерик», вважаються виразним чинником розвитку серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркту міокарда. У результаті нашого наукового дослідження було встановлено, що 24,5±2,4% пацієнтів основної групи та 13,2±3,1% осіб контрольної групи мали саме цей тип темпераменту (OR=2,1; p<0,001; η-2%). професійний статус та рівень освіти певним чином впливають на розвиток даної патології. Так, вищої освіти не мали 12.3±1.9% хворих основної групи та 4,7±1,6% осіб контрольної групи (OR=2,8; p<0,01; η-1%). Наявність обіймання керівних посад серед пацієнтів основної та контрольної груп 16,1±2,1% та 5,3±1,6 відповідно (OR=3,5; p<0,01; η-2%). При аналізі рівня матеріального забезпечення було встановлено, що 20,0±2,3% пацієнтів основної групи та 10,5±2,3% осіб контрольної групи мали низький рівень матеріального забезпечення (OR=2,1; p<0,01; η-1%). 15,2±2,0% хворих основної групи та 6,8±1,9% осіб контрольної групи відмітили свій сімейний стан, як розведені, неодружені та удови/удівці (OR=2,4; p<0,01; η-1%).

За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що природно-кліматичні фактори також мали достовірний вплив на розвиток інфаркту міокарда. Встановлено, що частота випадків інфаркту міокарда певним чином залежить від природних факторів. Так, при оцінці впливу метеорологічних факторів нами було встановлено, що 33,9±2,7% пацієнтів основної групи та 15,8±2,4% осіб контрольної групи відчували погіршення самопочуття у результаті зміни погодних умов (OR=3,1; p<0,001; η-4%). Перепади артеріального тиску відмічали 18,1±2,8% хворих основної групи та 6,3±2,4% осіб контрольної групи (OR=3,3; p<0,001; η-3%). Було виявлено, що наявність болі у ділянці серця при зміні погодних умов мали 19,7±2,3% пацієнтів основної групи та 6,8±1,9% осіб контрольної групи (OR=3,3; p<0,001; η-3%); головні болі були присутні у 25,8±2,3% хворих основної групи та 13,2±3,1% осіб контрольної групи (OR=2,3; p<0,001; η-2%). Також нами було виявлено, що 20,9±2,3% пацієнтів основної групи та 8,9±2,1% осіб контрольної групи відмічали погіршення стану здоров’я саме зранку (OR=2,7; p<0,01; η-2%). Під час нашого дослідження було виявлено, що у 31,9±2,7% хворих основної та 17,9±2,7% осіб контрольної групи відмічалася залежність стану здоров’я від сезону (OR=2,2; p<0,001; η-2%). У дослідженні 14,8±2,8% пацієнтів основної та 6,3±2,4% осіб контрольної групи відмітили, що недостатньо часу проводили на свіжому повітрі (OR=2,6; p<0,001; η-1%).

Таким чином, можна зробити висновок, що основні фактори ризику розвитку інфаркту міокарда відносяться до біологічних та соціально-гігієнічних. Встановлено, що найвагомішими серед групи біологічних факторів є артеріальна гіпертензія та гіперхолестеринемія. В той же час, обтяжуючий сімейний анамнез, наявність хронічних захворювань, надлишкова вага та підвищений рівень глюкози в крові мали також значний вплив на розвиток інфаркту міокарда. Результати дослідження вказують, що найбільш впливовими серед соціально-гігієнічних факторів є паління та надмірне споживання жирної їжі. Також було доведено, що такі фактори, як гіподинамія, недотримання режиму харчування, надлишкове споживання їжі, вживання алкоголю, фаст-фудів, напівфабрикатів, а також наявність професійних шкідливостей мають певний вплив. Визначено, що соціально-економічні, психологічні та природно-кліматичні фактори також певним чином впливають на розвиток даної патології.

**Перелік використаних джерел:**

1**.**Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В.А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–52.

2**.** Горбась І. М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність, динаміка, контроль / І. М. Горбась // Здоров’я України. – 2010. – № 4. – С. 24–25.

3. Теренда Н.О. Вчення про інфаркт міокарда в історичному аспекті / Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2013. – № 1. – С. 56-61.

4. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 456387 8 (NLM classification: WA 105) Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. – С.62.

5. Zhu J. The incidence of acute myocardial infarction in relation to overweight and obesity: a meta-analysis / J. Zhu, X. Su // Arch Med Sci. – 2014. – 10(5). – P. 855-862.