



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРЫ РИСКА В РОССИИ

СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В XX в. для большинства стран мира наступил переломный момент: существенно увеличилась продолжительность жизни. К 1998 г. она составляла в среднем 60 лет. Здоровье населения зависит от социально-экономического развития общества. Индустриализации в развитых странах сопутствовало изменение структуры смертности: недостаточное питание и инфекционные заболевания перестали играть решающую роль, а их место, начиная с 60-х годов, заняли ССЗ. К ним мы относим онкопатологию, сахарный диабет, хронические заболевания лёгких, объединённые такими особенностями образа жизни, как диета, курение, физическая активность. Широкое распространение ССЗ во всём мире заставило во второй половине XX столетия говорить об эпидемии ССЗ, в XXI в. ситуация существенно не изменилась. ССЗ, более 2/3 которых составляют ИБС, инсульт и заболевания периферических артерий, обусловленные атеросклерозом, остаются главной причиной смертности во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от ССЗ умирают более 16 млн человек. Старение населения и изменение образа жизни приводят к тому, что ССЗ всё больше захватывает развивающиеся страны. Ожидается, что к 2020 г. смертность от ССЗ достигнет во всём мире приблизительно 25 млн в год, почти половину из них составит смертность от ИБС.

В нашей стране с середины прошлого века растёт смертность от ССЗ, и сейчас по этому показателю среди развитых стран Россия, к сожалению, занимает одно из первых мест. В Западной Европе, напротив, наблюдается постоянная тенденция к снижению смертности от ССЗ. Всё это привело к существенному разрыву в показателях смертности (рис. 2-1). Так, в 2002 г. коэффициент смертности от ССЗ в России на 100 000 населения был в 2 раза выше, чем в странах бывшего социалистического лагеря и в 3 раза больше, чем в западноевропейских странах и США. Анализ динамики смертности от ССЗ в России выявил нестабильность этого показателя, что отражает как общую социально-экономическую обстановку, так и неэффективное лечение и профилактику ССЗ в нашей стране. Если в 1990 г. стандартизованный показатель смертности от ССЗ среди мужчин составлял 836,8 на 100 000 населения, то в 1994 г. — уже 1156. Затем к 1998 г. отмечено его снижение до 933,9, а в 2003 г. — подъём до 1180,4. Некоторое снижение смертности от ССЗ было зафиксировано в 2004 г., когда коэффициент смертности составил 1139,6. Однако насколько стабильным окажется это снижение, покажет время. Аналогичные тенденции наблюдаем и среди женского населения, хотя

показатель смертности здесь почти в 2 раза ниже (рис. 2-2). Эти факты свидетельствуют о том, что Россия, в отличие от западных стран, ещё не встала на путь эффективной борьбы с ССЗ. В структуре смертности населения России эти заболевания занимают 56,4%, что значительно превышает этот показатель в развитых странах. Более того, смертность от ССЗ среди трудоспособного населения достигает 38% (среди мужчин — 37,7%, среди женщин — 40,1%).

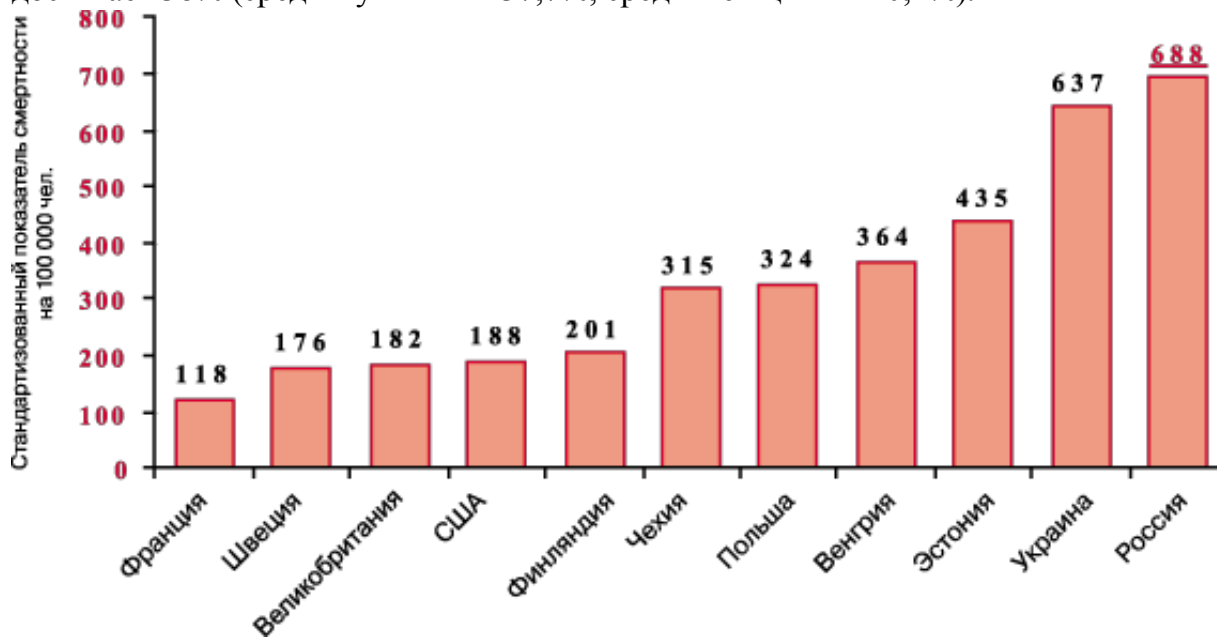


Рис. 2-1. Смертность от ССЗ в разных странах (оба пола, 2002 г.)

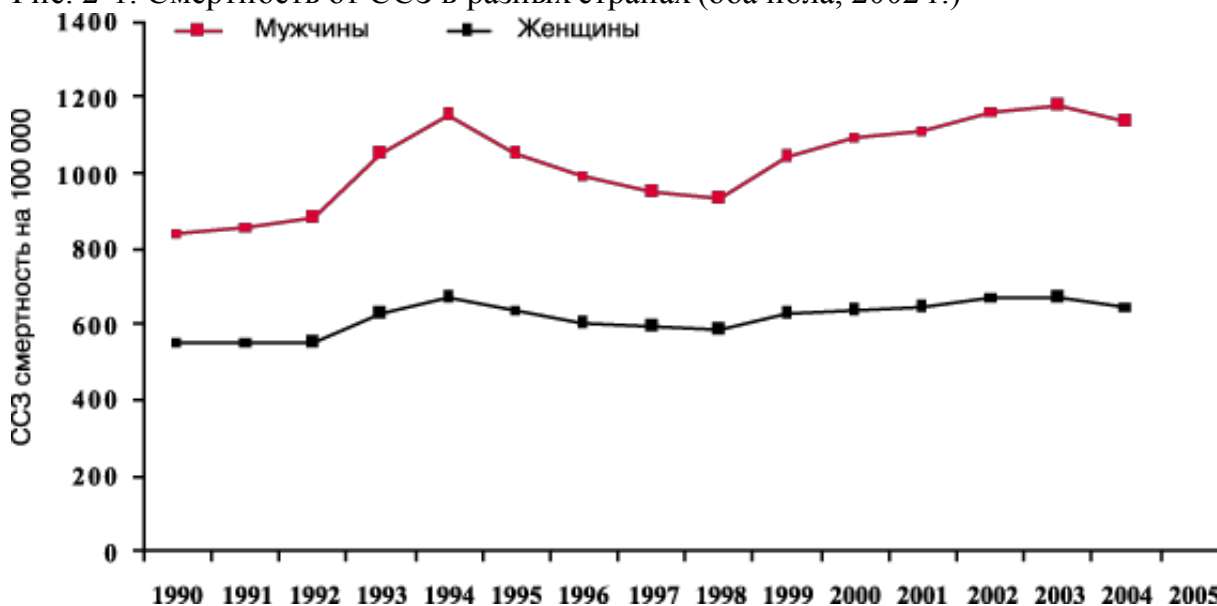


Рис. 2-2. Динамика показателей смертности от ССЗ в России.

Больше половины случаев смерти в России обусловлены ИБС, цереброваскулярные заболевания — причина более 1/4 летальных исходов. При этом в нашей стране структура смертности от ССЗ у мужчин и женщин практически одинакова, а её коэффициент имеет тенденцию к росту, в отличие от других стран.

В Финляндии, например, доля смертности в середине 70-х годов была существенно выше, чем в России. Однако к концу 90-х годов произошло снижение этого показателя, особенно среди женского населения, где доля смертности от ССЗ в 1,8 раза ниже, чем среди российских женщин (рис. 2-3).

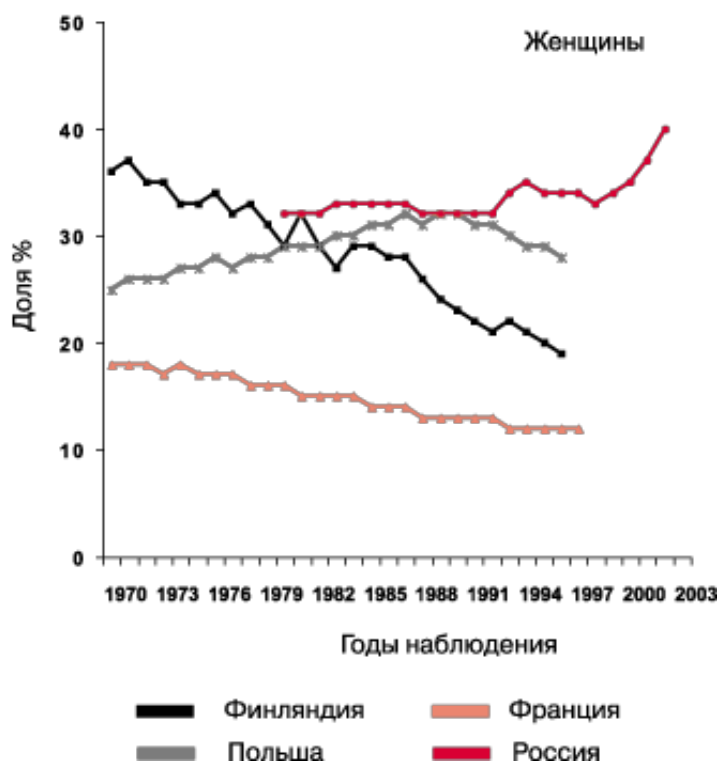
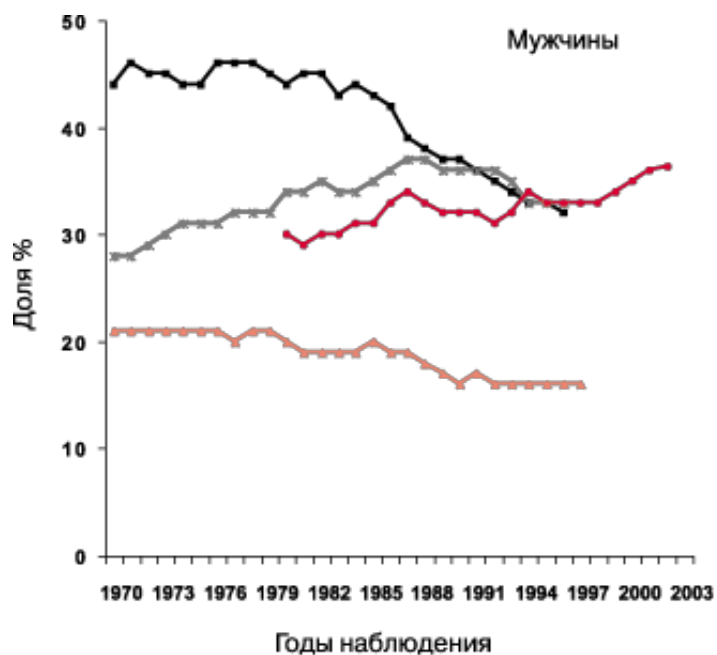


Рис. 2-3. Хронологический тренд доли смертности от ССЗ в Европе и России (мужчины и женщины трудоспособного возраста).

В период с 1990 по 2003 год коэффициент смертности от ИБС вырос на 49%, от ЦВБ — на 46,8%, причём доля смертности от ЦВЗ была существенно выше, чем от ИБС. И только в 2004 г. рост показателей замедлился (рис. 2-4).

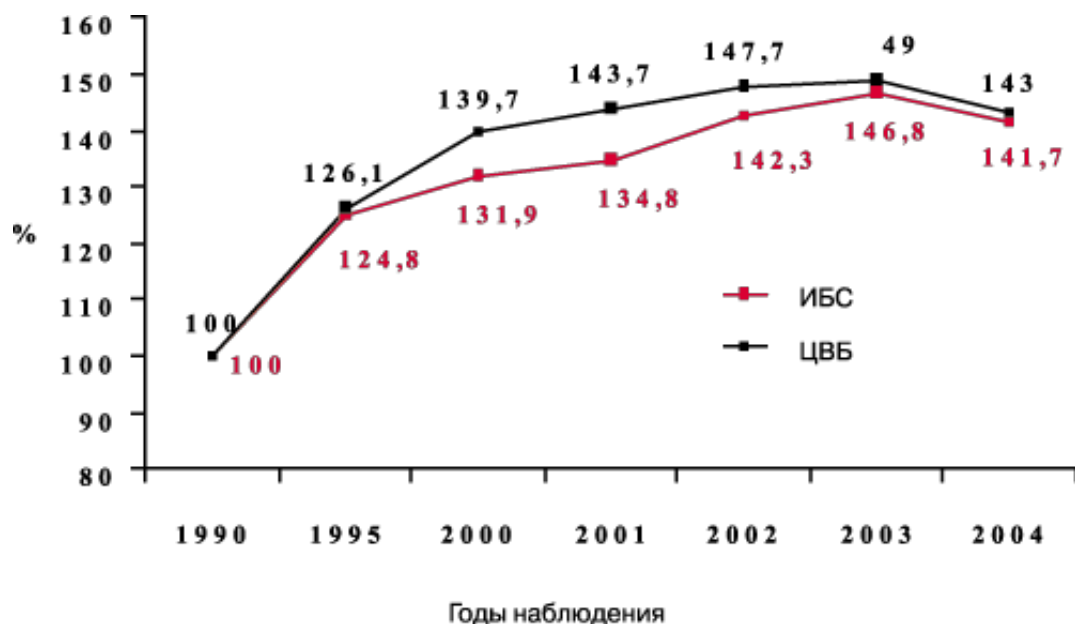


Рис. 2-4. Динамика смертности от ИБС и ЦВБ по отношению к 1990 г., %.

В России снижается ожидаемая продолжительность жизни. В 2000 г., например, она составляла 59,4 года, у женщин — 72 года. Это на 10–15 лет меньше, чем в развитых странах Европы. Если исключить преждевременную смертность от ССЗ среди мужчин и женщин трудоспособного возраста, ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась бы на 3,5 и 1,9 года соответственно. Высокая смертность среди значительной части трудоспособного населения, недостаточная рождаемость и рост населения старше 65 лет — факторы постарения населения и снижения численности возрастных групп, обеспечивающих благосостояние страны.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, проводимым в разные годы в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины МЗ РФ (ГНИЦ ПМ), распространённость ИБС среди лиц старше 35 лет охватывает около 10 млн человек, т.е. примерно 9–12%. Впервые ИБС может проявиться в виде ИМ или даже внезапной смерти, но часто она сразу принимает хроническую форму. По данным Фремингемского исследования, стенокардия напряжения может стать первым проявлением ИБС в 40,7% случаев среди мужчин, среди женщин — в 56,5% случаев.

Примерно 1/3 страдающих ИБС — больные стенокардией. При этом, как показало международное исследование ATP-Survey (Angina Treatment Patterns), проведённое в 2002 г. в 9 странах Европы, в том числе в 18 центрах России, среди наших пациентов преобладают больные стенокардией II и III ФК, причём последних почти в 2 раза больше, чем в других странах. Смертность среди больных стабильной стенокардией составляет около 2% в год, кроме того у 2–3% ежегодно диагностируют нефатальный ИМ. Данные ГНИЦ ПМ свидетельствуют, что мужчины с диагнозом ИБС живут на 15,7 лет меньше, чем их сверстники, не страдающие этим заболеванием (рис. 2-5). Косвенно это показатель отражает наши ошибки в лечении таких пациентов.

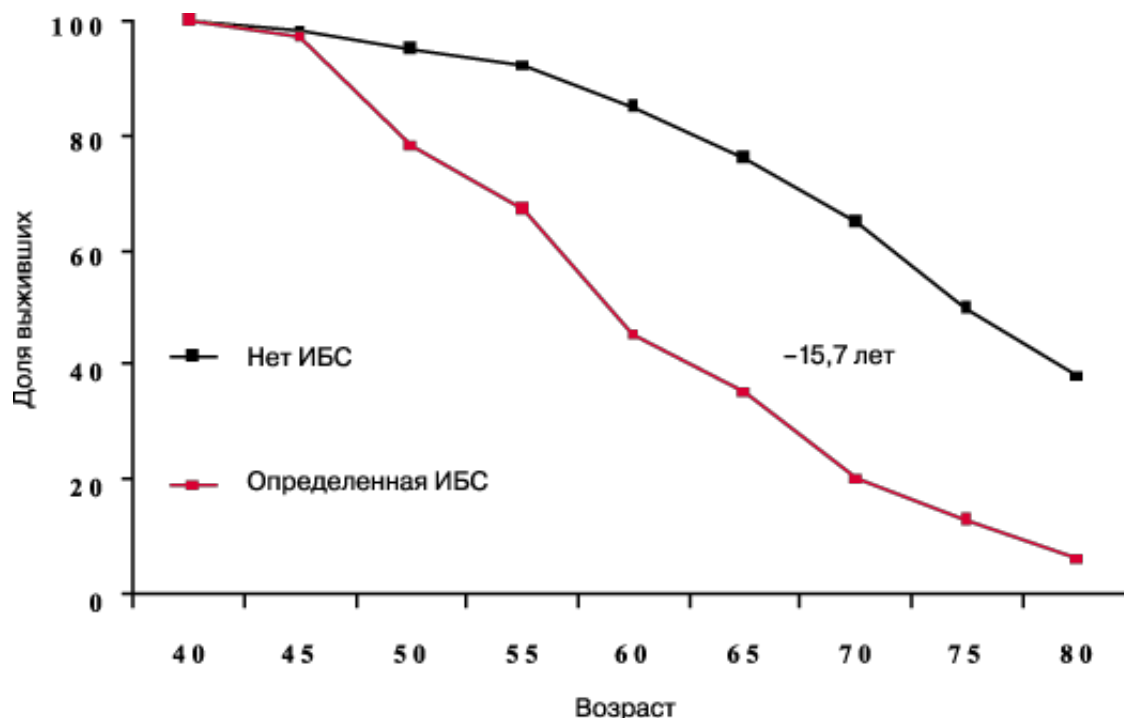


Рис. 2-5. Выживаемость мужчин 40–59 лет в зависимости от наличия ИБС.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Считается, что в основе большинства ССЗ лежит атеросклероз, в течение многих лет протекающий бессимптомно, и, как правило, уже достаточно выраженный к моменту появления клинических проявлений. В то же время на распространение ССЗ влияет образ жизни и физиологические особенности человека.

Понятие факторы риска было введено в практику научных исследований в конце 40-х годов и в настоящее время стало общепринятым. В связи с независимым влиянием на заболеваемость и смертность необходимо изучение этих факторов и контроль над ними на локальном, региональном и национальном уровнях в силу особенностей каждого из уровней.

Факторы риска — особенности организма, внешние воздействия и/или их взаимодействия, приводящие к увеличению риска возникновения заболевания, его прогрессированию и неблагоприятному исходу.

В настоящее время известно более 300 факторов риска ССЗ, включая как классические, причинно связанные с заболеванием, так и новые. В отчёте ВОЗ за 2002 г. указано три основных фактора риска — АГ, гиперхолестеринемия и курение, или их комбинации, все они стали причинами смертности более чем в 75% случаев.

Критерии факторов риска:

- высокая распространённость в большинстве популяций;
- достоверный независимый вклад в риск развития ССЗ;
- снижение риска при контроле этих факторов.

Для развивающихся стран с низким уровнем смертности, таких как Китай, характерно наличие дополнительных факторов риска: инфекционных заболеваний и недостаточного питания.

Среди факторов риска ССЗ различают:

- модифицируемые;
- немодифицируемые (возраст, пол, генетическая предрасположенность).

Наибольший интерес для профилактической медицины представляют модифицируемые факторы риска. Их можно разделить на факторы, связанные с образом жизни и окружающей средой, которые, взаимодействуя с генетическими, ведут к появлению биологических факторов риска, через которые и происходит их реализация в заболевание (рис. 2-6).

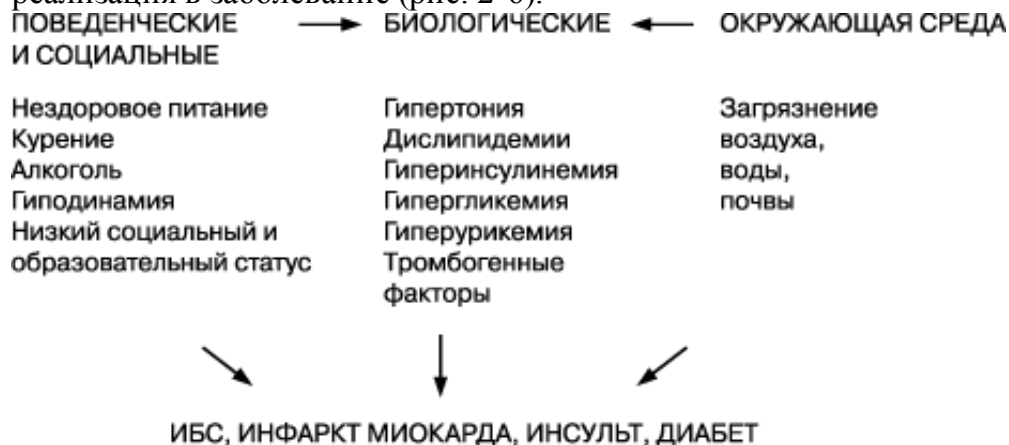


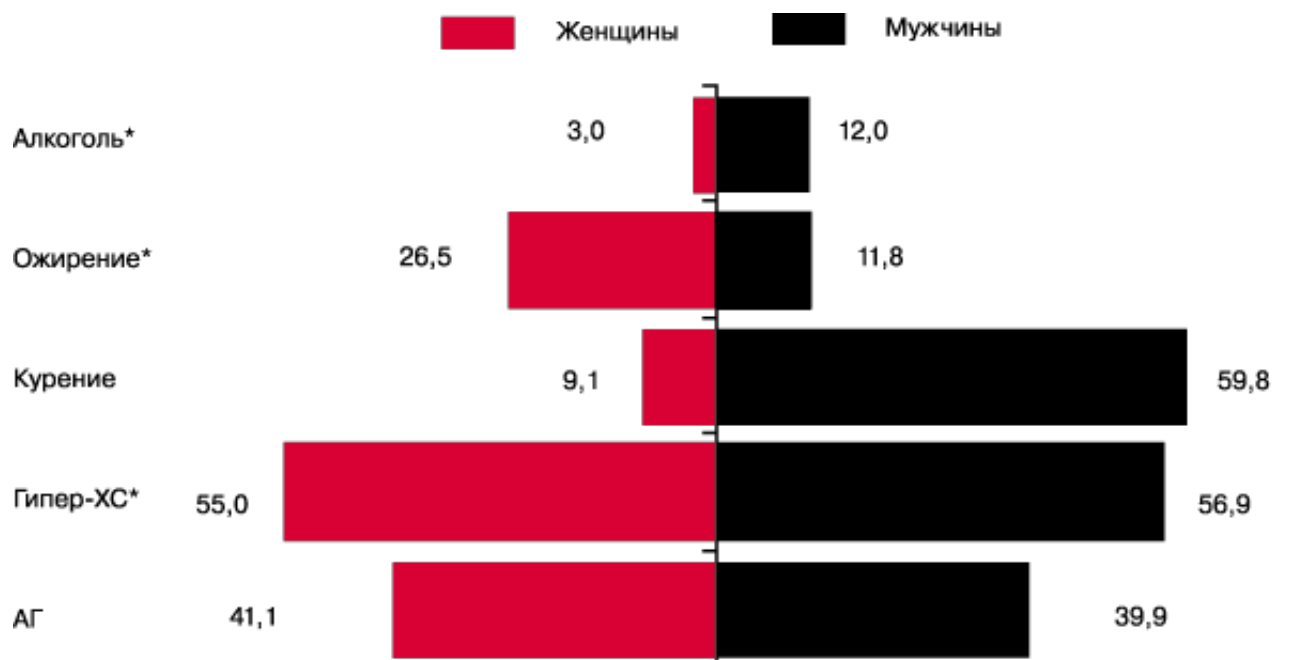
Рис. 2-6. Модифицируемые факторы риска ССЗ.

Немодифицируемые факторы используют для стратификации риска. К примеру, чем больше возраст, тем выше риск развития неинфекционных заболеваний; у женщин ИБС развивается позднее, чем у мужчин.

В сравнительно недавно опубликованном крупном международном исследовании по изучению факторов риска, ассоциирующихся с ИМ (INTERHEART), проведённом в 52 странах (в том числе и Российские центры), была изучена роль девяти потенциально модифицируемых факторов риска: АГ, курения, диабета, абдоминального ожирения, потребления овощей и фруктов, физической активности, потребления алкоголя, отношения ApoB/ApoA1 и психосоциальных факторов. Показано, что эти факторы риска свойственны всем географическим регионам и этническим группам. Более того, они объясняют 90% случаев ИМ. Важный вывод из проведённого исследования — модификация факторов риска должна быть одинаково эффективной и для мужчин, и для женщин независимо от возраста, географических регионов и этнических групп («краеугольный камень» для профилактики ССЗ).

ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА

На рис. 2-7 показана распространённость основных факторов риска среди российских мужчин и женщин старше 30 лет. Чаще всего и у мужчин, и у женщин отмечают повышенный уровень холестерина (ХС). Более чем у половины обследованных уровень общего ХС выше 190 мг/дл. Вместе с тем изучение распространённости факторов риска — только первый шаг в изучении их роли в смертности от ССЗ. При анализе относительного риска смертности от основных ССЗ, включая смертность от ИБС и инсульта, по результатам когортных исследований, проведённых в разные годы в ГНИЦ ПМ, были получены весьма неутешительные данные.



* Алкоголь – >168 г чистого этанола в неделю для мужчин и >84 г для женщин.
 Ожирение – Индекс Кетле >29,0. Гипер-ХС – >190 мг/дл

Рис. 2-7. Распространённость основных факторов риска среди мужчин и женщин России.

Значение уровня ХС в прогрессировании атеросклероза и его осложнений хорошо изучено как в эпидемиологических (было показано, что риск ССЗ увеличивается с повышением уровня ХС), так и в проспективных клинических исследованиях, показавших, что снижение уровня ХС достоверно уменьшает риск сердечно-сосудистых осложнений. По данным ГНИЦ ПМ, существует статистически значимая связь гиперхолестеринемии (по критерию выше 190 мг/дл) у мужчин и смертности от ИБС, но не от инсульта. Различия в смертности от ССЗ для женщин с гиперхолестеринемией (по этому же критерию) и без неё статистически не значимы. В то же время при использовании более жёсткого критерия (уровень ХС — 250 мг/дл и выше), смертность от ССЗ возрастает на 60 и 30%, для мужчин и женщин соответственно, достигая статистической достоверности. При этом влияние ХС на смертность от ИБС более выражено (рис. 2-8). Возможно, критерий, равный 190 мг/дл, слабо связан со смертностью от ССЗ, что составляет особенность эпидемиологической характеристики нарушений липидного обмена в нашей стране. Очевидно, в России на данное время именно АГ и курение определяют уровень смертности от ССЗ.

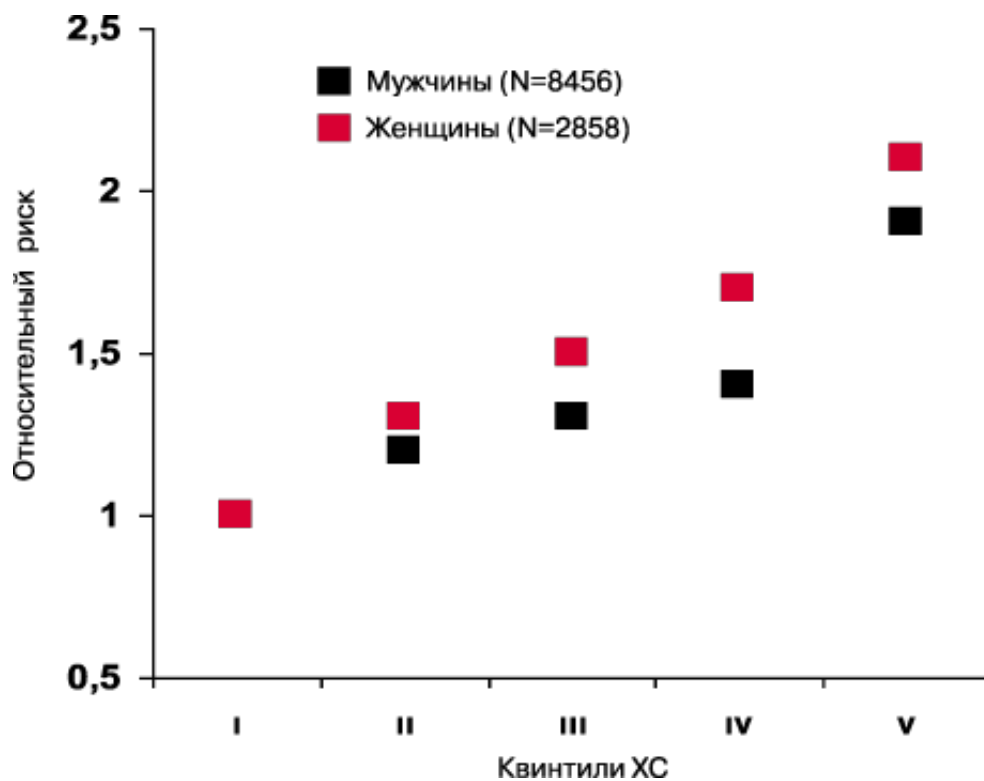


Рис. 2-8. Смертность от ИБС в зависимости от уровня общего ХС.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

За последние годы почти у 42 млн человек в нашей стране отмечен повышенный уровень АД, в этой связи Россию, наряду с некоторыми странами СНГ (Украиной) и афро-американским населением США, относят к популяциям с наивысшей распространённостью АГ. С риском ССЗ у лиц до 50 лет ассоциируется как систолическое (САД), так и диастолическое (ДАД) артериальное давление; в более старшем возрасте САД превращается в более существенный прогностический фактор (предиктор) сердечно-сосудистых осложнений.

Повышенное САД или ДАД чётко ассоциируется с увеличением риска ССЗ. Следует отметить, что в России 60–80% смертности от инсульта обусловлено именно повышенным АД. Более того, при наличии АГ смертность от инсульта возрастает в 2,8 и 2,4 раза у мужчин и у женщин, соответственно, по сравнению с лицами с нормальным АД. Смертность от ИБС у пациентов с АГ почти в 2 раза выше, чем у людей с нормальным АД (табл. 2-1, 2-2). Следует отметить, что с увеличением уровня АД возрастают и показатели смертности от ССЗ (рис. 2-9). При САД более 160 мм рт.ст. риск смертности от инсульта равен 8,7%, а от ИБС — 4,1%. Аналогичные данные получены в зарубежных исследованиях. В мета-анализе 9 проспективных исследований, охвативших 420 тыс. участников и 4850 случаев ИБС, было показано, что повышение ДАД на 7 мм рт.ст. приводит к увеличению риска возникновения ИБС на 27%, а инсульта — на 42%.

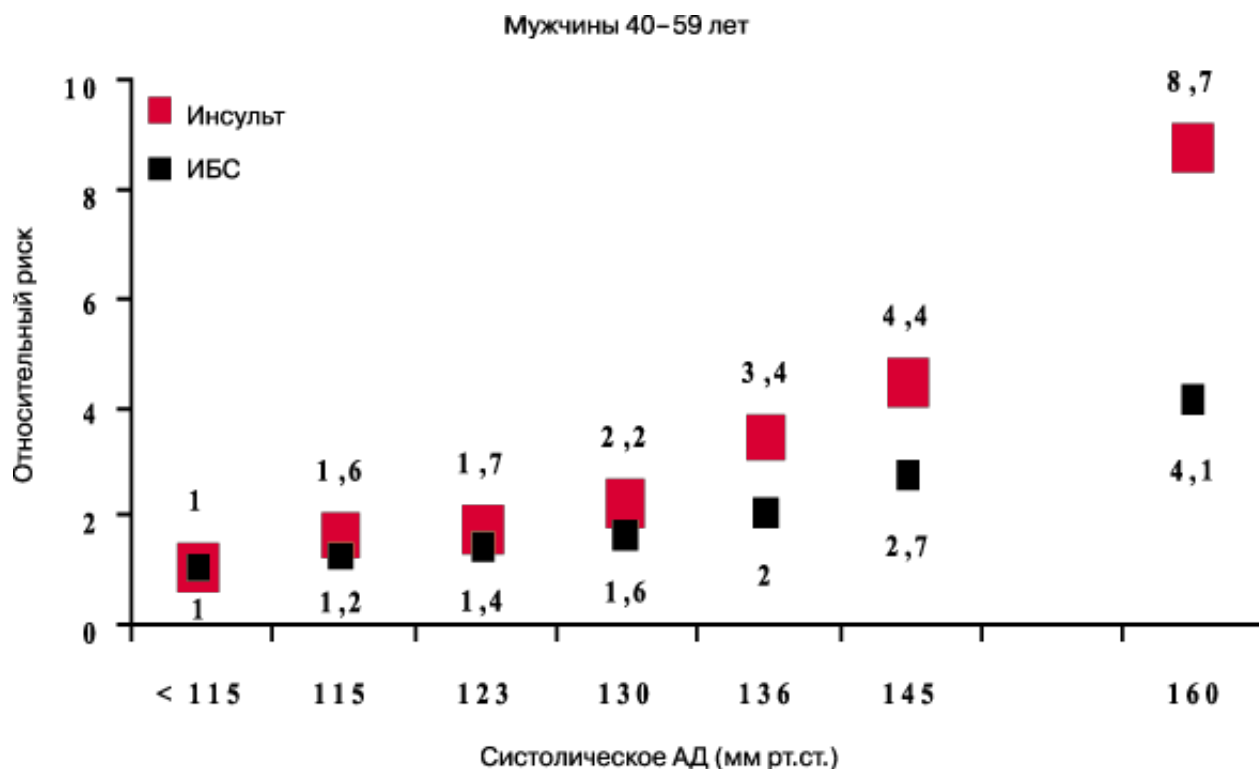


Рис. 2-9. Относительный риск смерти от инсульта и ИБС в зависимости от уровня САД.

Таблица 2-1. Относительный риск смертности от ССЗ среди мужчин 30 лет и старше (95% ДИ)

Фактор	Заболевания, муж.		
	ИБС	Инсульт	ССЗ
АГ	1,9 (1,8–2,1)	2,8 (2,3–3,2)	2,1 (1,9–2,3)
Курение	2,4 (2,1–2,7)	1,7 (1,4–2,1)	2,1 (1,9–2,3)
Гиперхолестеринемия (>190 мг/дл)	1,4 (1,2–1,5)	1,1 (0,9–1,3)	1,3 (1,2–1,4)
Гиперхолестеринемия (>250 мг/дл)	1,7 (1,6–2,1)	1,3 (1,0–1,6)	1,6 (1,4–1,8)
Ожирение	1,1 (0,7–1,8)	2,6 (1,4–4,8)	1,4 (0,9–2,0)
ИБС	4,6 (3,9–5,4)	2,6 (1,9–3,5)	4,1 (3,6–4,6)

Таблица 2-2. Относительный риск смертности от ССЗ среди женщин в возрасте 30 лет и старше (95% ДИ)

Фактор	Заболевания, жен.		
	ИБС	Инсульт	ССЗ
АГ	1,9 (1,3–2,6)	2,4 (1,6–3,7)	2,1 (1,6–2,6)
Курение	2,1 (1,4–2,1)	1,4 (0,8–2,4)	1,6 (1,2–2,3)
Гипер-ХС (>190 мг/дл)	1,2 (0,9–1,7)	1,4 (0,9–2,1)	1,2 (0,9–1,6)

Гипер-ХС (>250 мг/дл)	1,4 (1,0–2,0)	1,4 (0,9–2,3)	1,3 (1,0–1,7)
Ожирение	0,8 (0,4–1,5)	0,6 (0,6–1,3)	0,8 (0,5–1,2)
ИБС	3,2 (2,3–4,4)	2,4 (1,6–3,6)	2,9 (2,3–3,6)

КУРЕНИЕ

Курение среди мужского населения России широко распространено (63,1%), в европейских странах этот показатель равен только 42%. Вместе с тем доля курящих женщин в России значительно меньше — 9,1% против 28% в Европе. Несмотря на то что для ряда стран Северной и Западной Европы характерно понижение уровня курения среди мужчин, число курящих людей продолжает расти за счёт его распространения среди молодых женщин, в том числе и россиянок.

В США, например, начиная с 1955 г., число курящих прогрессивно снижалось: среди мужчин — наполовину, среди женщин — только на одну треть. К 1996 г. курили почти 27% мужчин старше 18 лет и 22% женщин.

В настоящее время доказано, что курение повышает риск развития ИБС. Вдыхание сигаретного дыма негативно воздействует на факторы свёртывания, функции тромбоцитов и другие показатели, вовлечённые в процесс атеротромбоза. Кроме того, курение может непосредственно воздействовать на функционирование эндотелиальных клеток, снижая их способность продуцировать или выделять простагландин и, таким образом, изменять агрегацию тромбоцитов и сосудистый тонус. В результате анализа было установлено, что у курящих мужчин и женщин смертность от ИБС в 2 и более раз выше, чем у никогда не куривших. В исследовании российских липидных клиник была подтверждена негативная роль курения в смертности от ССЗ; причём смертность увеличивается пропорционально числу выкуриваемых сигарет. Авторы отмечают, что курение вреднее для женщин, чем для мужчин. Так, для сокращения продолжительности жизни мужчины на 1 год требуется выкуривать 3 сигареты в сутки, тогда как для женщин достаточно 2. Явная зависимость между числом сигарет, выкуриваемых ежедневно, и риском фатальной и нефатальной ИБС продемонстрирована в Nurses Heart Study. Среди интенсивно курящих (более 25 сигарет в день) относительный риск равен 5,5 для фатальной ИБС, 5,8 — для нефатального ИМ и 2,6 — для сердечной недостаточности. Более того, безопасного уровня курения нет: даже у мало курящих (от 1 до 4 сигарет в день) риск фатальной ИБС увеличен более чем в 2 раза.

ОЖИРЕНИЕ

Диагноз «ожирение» ставят, если значение индекса Кеттле, или индекса массы тела (ИМТ) превышает 27. Для его определения вес человека в килограммах следует поделить на рост в метрах, возведённый в квадрат. Индекс Кеттле >29 отмечают у каждой пятой российской женщины и лишь у 11,8% мужчин. В США в период с 1991 по 1998 год доля лиц с ожирением (ИК >30) выросла с 12,0 до 17,9%, практически достигнув российского уровня.

Роль ожирения в развитии ССЗ чётко не установлена. В исследованиях часто используются разные критерии ожирения, поэтому сообщения о связи ССЗ и ожирения противоречивы. В то же время ожирение усиливает развитие и прогрессирование таких состояний, как АГ, сахарный диабет, дислипидемия, метаболический синдром (МС). Кроме того, ожирение — легко определяемый маркёр риска. По нашим данным, ожирение в 2,5 раза увеличивает смертность от

инсульта среди мужчин. Влияние на остальные показатели смертности, в том числе и среди женщин, статистически незначимо.

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Изучение частоты пульса в последние годы переживает своеобразное возрождение. Более 25 лет назад Medalie J.H. и соавт. показали, что повышенная частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое является мощным и независимым предиктором кардиоваскулярной и общей смертности, даже с учётом других факторов риска. По данным 30-летнего Фремингемского исследования, повышенная ЧСС связана с ССЗ, ИБС и общей смертностью.

Даже после коррекции всех указанных факторов лица с максимальными значениями ЧСС (пятая квинтиль) имели достоверно более высокий, по сравнению с первой, риск смертности от ССЗ (1,31 ДИ 1,15–1,50 и 1,63 ДИ 1,19–2,34, у мужчин и женщин соответственно).

ЧСС в покое пока не включают в перечень факторов риска в международных рекомендациях, хотя «предсказательная ценность» ЧСС в отношении ССЗ отмечена как в общей популяции, так и среди лиц пожилого возраста, в когортах пациентов с АГ или ИМ. В работах некоторых авторов было доказано влияние ЧСС в покое на общую смертность и смертность от ССЗ в крупной когорте пациентов со стабильной ИБС в течение 15 лет наблюдения. Интересно заметить, что в этом исследовании лучший прогноз у больных с низкой ЧСС нельзя было объяснить протективным эффектом β -адреноблокаторов, поскольку прогностическая значимость ЧСС в отношении смертности отмечалась и среди участников, не принимавших β -адреноблокаторы.

Связь между ЧСС и смертностью была особенно сильна при ЧСС более 80 уд/мин (нижняя граница пятой квинтили) (рис. 2-10). Хотя до сих пор нет надёжных данных о точных значениях нормальной ЧСС в большинстве исследований, выполненных в общей популяции и в когортах больных АГ, ЧСС 80–85 уд/мин рассматривалась как граница между нормальной и повышенной ЧСС. Граница 80 уд/мин соответствует ранее полученным в различных клинических условиях данным и подтверждает, что ЧСС в покое 80–85 уд/мин не может быть нормой. Это значит, что лицам с ЧСС, превышающей эти значения, возможно, необходимо снижать ЧСС.

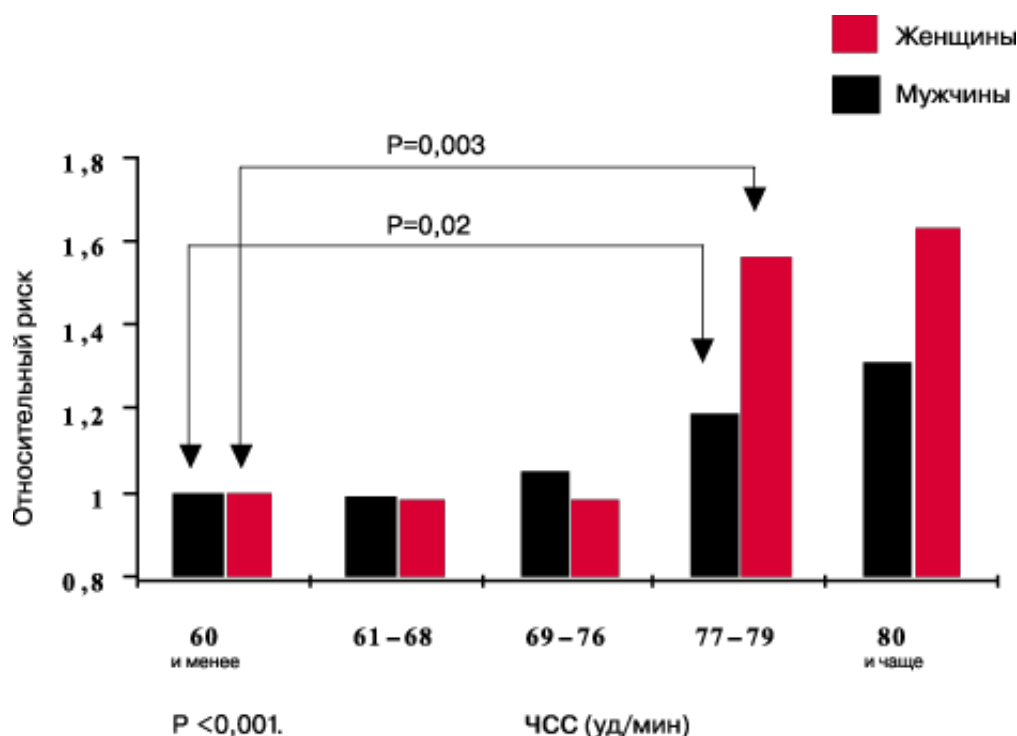


Рис. 2-10. Относительный риск смертности от ССЗ в зависимости от ЧСС.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС И АЛКОГОЛЬ

Распространено мнение, что стресс — важный фактор риска развития ИБС. Хотя психосоциальные параметры, например стресс, весьма трудно определить объективно. Стресс состоит из нескольких различных элементов, обуславливающих трудности в его измерении. Понятие стресса включает различные факторы: внешние воздействия (события, финансовые и связанные с работой проблемы) и потенциальные реакции на стресс (депрессия, тревожность, проблемы со сном и др.). Именно поэтому возникают сложности сопоставления данных между странами, так, одни и те же стрессовые факторы могут вызывать различные реакции. Весьма интересны результаты исследования «случай-контроль INTERHEART»: в разных странах при помощи унифицированных методов изучали ассоциации психосоциальных факторов с риском развития острого ИМ. Исследование показало, что различные факторы (напряжение, тревожность) ассоциированы с увеличением риска острого ИМ. При этом влияние стресса не зависит от социально-экономического статуса, региона проживания, возрастной группы, пола, наличия вредных привычек. Более того, повышенный риск ИМ, ассоциированный с высоким уровнем стресса, достоверно не изменялся после коррекции других факторов риска ССЗ.

Среди возможных причин резких колебаний смертности в нашей стране в конце XX в. можно особо выделить психосоциальный стресс и алкоголь.

По данным исследований ГНИЦ ПМ, проведённых в конце 80-х и середине 90-х годов в Москве среди мужчин и женщин в возрасте 25–64 лет, частота воздействия стрессовых психосоциальных факторов возрасла. В 1988–1995 гг. статистически достоверно ($p < 0,0001$) произошло увеличение:

- количества людей, испытывающих напряжённые отношения в семье (с 7,9 до 14,1%);
- вынужденных дополнительно работать (с 15,1 до 26,9%);
- неудовлетворённости занимаемой должностью (с 57,5 до 70%);

- воздействия негативных событий (с 21,6 до 41,6%);
- жалоб на плохое эмоциональное состояние (с 7,9 до 14,3%).

В то же время резко уменьшилось число тех, кто удовлетворён жилищными условиями (с 60,2 до 48,2%), семейным доходом (с 40,6 до 1,4%) и работой (с 44 до 38,4%).

Динамика показателей смертности и результаты выборочных исследований дают основание считать психосоциальные факторы в России одной из основных причин резких колебаний общей смертности и от ССЗ, начиная с 1985 г.

О психологическом напряжении свидетельствует и высокая (45,9%) частота депрессий. 22,6% обратившихся имели депрессивные расстройства лёгкой степени, а остальные 23,3% пациентов — клинически выраженную депрессию.

Снижение смертности от ССЗ и внешних причин в период антиалкогольной кампании часто связывают с резким сокращением потребления алкоголя, тогда как ухудшение здоровья населения России в период социально-экономических реформ объясняют ростом потребления алкоголя.

Данные официальной статистики, оценки экспертов и результаты эпидемиологических исследований потребления алкоголя в России противоречивы. Очевидно, что чрезмерное употребление алкоголя увеличивает смертность от ССЗ. В частности, смертность от мозгового инсульта у мужчин 40–59 лет, употребляющих чистый этанол в количестве более чем 168 г в неделю, на 80% выше, чем у тех, кто не злоупотребляет алкоголем (рис. 2-11). Анализ результатов исследований ГНИЦ ПМ показал, что каждые 10 г чистого этанола повышают риск смерти от инсульта на 1% у мужчин 40–59 лет. Всё это даёт повод утверждать, что рост потребления алкоголя в период социально-экономических реформ — одна из причин увеличения смертности от ССЗ.

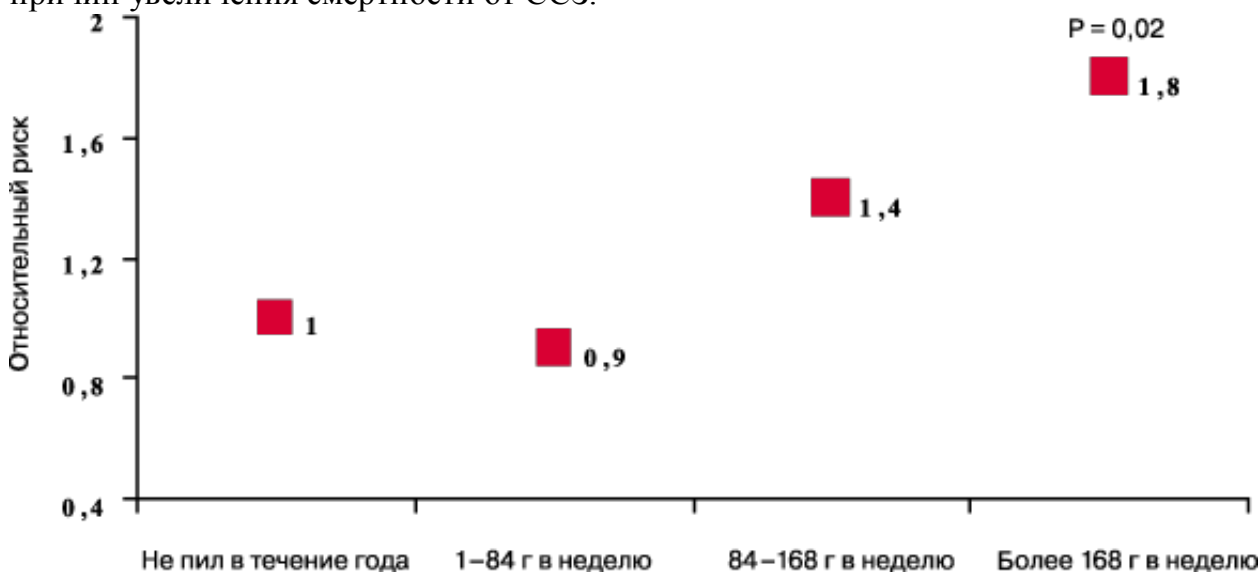


Рис. 2-11. Смертность от инсульта в зависимости от потребления алкоголя.

Эпидемиологические исследования подтверждают взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от ССЗ, отмечая её «U-образность». У лиц, вообще не употребляющих алкоголь и злоупотребляющих спиртным, замечена тенденция к увеличению общей и сердечно-сосудистой смертности по сравнению с лицами, употребляющими алкоголь в небольших и умеренных дозах. Исследование British Regional Heart Study, проводимое среди британских мужчин среднего возраста, продемонстрировало, что 70% не употребляющих спиртное в настоящее время, в прошлом алкоголь употребляли. Именно у них часто диагностировали патологию

сердца, АГ, сахарный диабет, бронхит, ожирение, в анамнезе у таких пациентов отмечали регулярный приём лекарственных средств и курение. За 5 лет наблюдения выяснено, что среди мужчин с патологией сердца и сопутствующими заболеваниями либо среди мужчин, регулярно принимавших лекарства, была выше вероятность прекратить приём алкоголя или начать его употребление лишь эпизодически. По мере ухудшения здоровья «переход» из категории злоупотребляющих спиртным и употребляющих алкоголь в умеренных дозах в категорию непьющих происходил всё чаще. Возможно, существует протективный эффект умеренных доз алкоголя против развития ССЗ.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Индустриализация, урбанизация и транспорт отрицательно повлияли на физическую активность: она снизилась более чем у 60% населения. Согласно выборочным исследованиям, в нашей стране 60–80% подростков и молодёжи ведут малоподвижный образ жизни. Низкая физическая активность («сидячая» работа более 5 ч в день и менее 10 ч активного отдыха в неделю) отмечена у 21,3% мужчин 40–59 лет, обследованных в одном из районов Москвы. Эпидемиологические исследования показали, что низкая физическая активность — независимый фактор риска смертности от ССЗ и общей смертности. Более того, есть основания полагать, что сидячий образ жизни — главная причина 30% смертности от ИБС.

Существуют веские доказательства того, что увеличение физической активности достоверно уменьшает смертность от ССЗ и общую смертность. Физическая активность положительно влияет на функции сердца, липидный профиль; снижает массу тела, АД, агрегацию тромбоцитов, ЧСС. Более того, физические тренировки благотворно влияют на функции эндотелия. Доказано, что регулярная ходьба предупреждает ССЗ, а даже незначительное увеличение физической активности у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, существенно снижает риск ССЗ.

Несмотря на положительное влияние тренировок, в США более четверти миллиона жителей умирают каждый день из-за недостаточной регулярной физической нагрузки.

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

На практике у пациентов часто одновременно находят 2–3 и более факторов риска, взаимосвязанных между собой. Поэтому даже если уровень каждого из них будет повышен умеренно, риск развития ССЗ у такого пациента может быть высоким вследствие взаимовлияния факторов. Именно поэтому, оценивая риск развития ССЗ, следует учитывать все имеющиеся у пациента основные факторы риска и их вклад в формирование суммарного показателя.

Специалисты ГНИЦ ПМ проанализировали зависимость смертности от ССЗ и количества факторов риска, обнаруженных у обследуемого. Оценивали наличие АГ, частоту пульса, уровень ХС, ИМТ, ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), статус курения и потребления алкоголя, образование (рис. 2-12). Среди мужчин нередко встречается сочетание всех указанных факторов, среди женщин — максимум 5 из 7. Рост числа факторов риска увеличивает риск смерти от ССЗ. Особенно это касается смертности от ИБС. Лица с наличием пяти факторов риска умирают от ИБС в 12,5 раз чаще, чем лица без факторов риска.

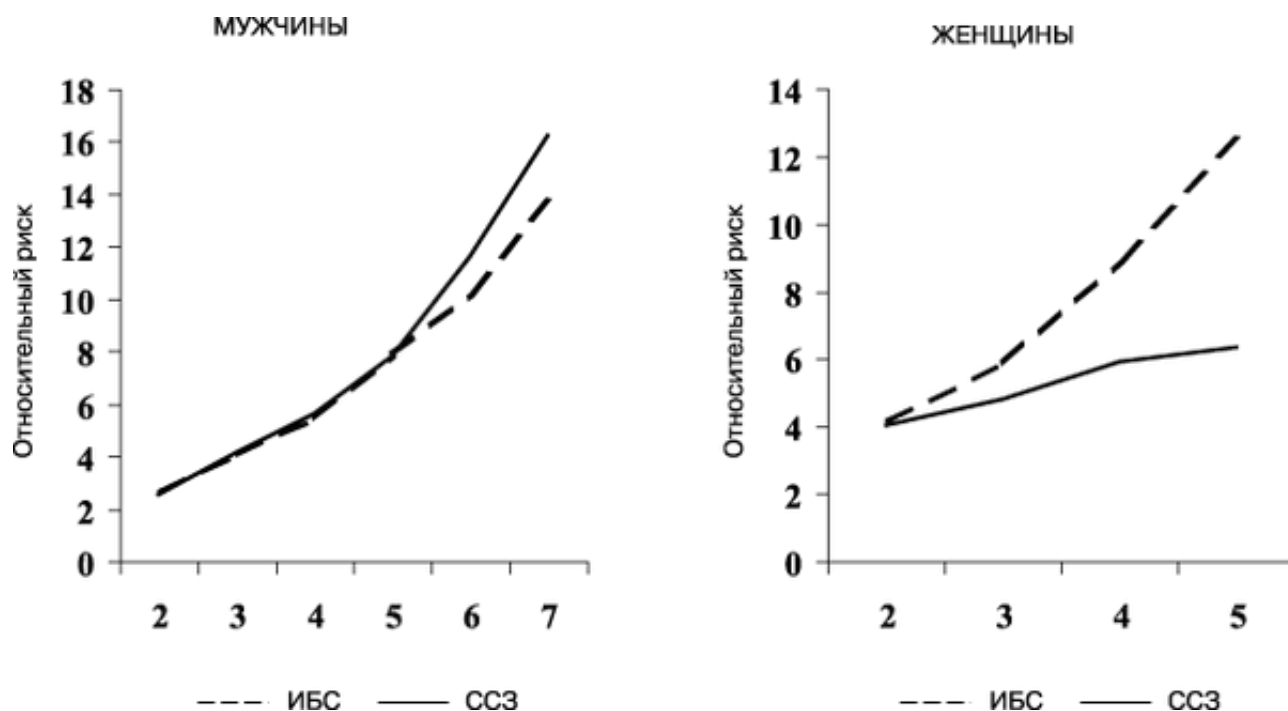


Рис. 2-12. Смертность от ССЗ в зависимости от количества факторов риска.

Оценка суммарного риска — необходимое условие, определяющее вероятность развития сердечно-сосудистых «событий» в ближайшие 5–10 лет у пациентов с уже имеющимися ССЗ и у лиц без клинических манифестаций сердечно-сосудистой патологии. При этом измеряют индивидуальный профиль факторов риска и сопутствующих заболеваний для определения необходимости, тактики и интенсивности клинического вмешательства.

Для оценки суммарного риска развития ССЗ разработано множество различных моделей. Фремингемское исследование было первым проспективным эпидемиологическим исследованием, в котором были получены данные оценки влияния факторов риска на развитие фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых «событий». Первой их оценкой суммарного риска для выбора пациентов, нуждающихся в антигипертензивном лечении, использовала группа экспертов из Новой Зеландии. Авторы сочли возможным заключить, что использование этой шкалы позволяет получить результаты, отражающие ситуацию в данном регионе. Однако сами авторы Фремингемской шкалы риска предупреждали, что результаты необходимо с осторожностью экстраполировать на другие популяции. Совсем недавно было показано совпадение предсказанного и наблюдаемого риска в когортах белых и чёрных американцев, чего нельзя было сказать о когортах американцев японского и испанского происхождения или коренного населения США. В настоящее время существует ряд публикаций, свидетельствующих, что при использовании данных Фремингемской шкалы риска, например, в Европейском регионе, наблюдаемый абсолютный риск часто существенно ниже, чем предсказанный с помощью Фремингемского алгоритма, т.е. происходит завышение реального абсолютного риска. В частности, Brindle и др., которые наблюдали за когортой мужчин, принимавших участие в British Regional Heart Study в течение 10 лет, показали, что использование Фремингемской шкалы в британской когорте привело к завышению абсолютного риска коронарной смерти на 47% и суммарного показателя фатальных и нефатальных коронарных событий на 57%.

В 2003 г. группой экспертов Европейского и других сообществ кардиологов была представлена шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), разработанная на основе данных европейских исследований, причем были сделаны варианты для

стран с низким и высоким уровнем смертности от ССЗ. Было отмечено, что оценка суммарного риска с помощью базы данных SCORE может и должна быть изменена в зависимости от национальных условий, ресурсов и приоритетов, так как она учитывает гетерогенность ССЗ и смертности в различных европейских популяциях. Её следует рассматривать как основу, на базе которой будет усовершенствован учёт местных экономических, социальных и медицинских условий.

Особенность этой модели — выражение риска посредством расчёта абсолютной вероятности развития фатального сердечно-сосудистого события в ближайшие 10 лет. Приоритетные клинические группы для практических врачей — пациенты с уже поставленным диагнозом ССЗ и лица с высоким риском развития этих заболеваний.

Основные факторы риска, формирующие суммарный риск и влияющие на прогноз, могут быть определены при относительно простом скринирующем обследовании с использованием рутинных стандартных методов. Исходя из результатов первичного скрининга, можно выделить группы риска по уровню абсолютного риска (по многомерной модели) и уровню относительного риска (по отношению к типичному представителю данной группы населения или по отношению к любой другой референсной группе).

Сейчас концепция факторов риска стала общепринятой стратегией профилактики. Европейским сообществом кардиологов совместно с группами других специалистов разработаны рекомендации по профилактике ССЗ. Они направлены на уменьшение частоты первичных и повторных клинических событий, обусловленных ИБС, ишемическим инсультом, поражением периферических артерий. Основное внимание сосредоточено на профилактике нетрудоспособности и преждевременной смерти. Поэтому рекомендации посвящены, в основном, изменению образа жизни, контролю основных факторов риска ССЗ, профилактическому применению различных лекарственных препаратов для предупреждения развития клинически выраженных ССЗ. Если же не удаётся снизить уровень факторов риска изменением образа жизни, можно использовать медикаментозную терапию.

В результате исследований ГНИЦ ПМ рассчитаны таблицы суммарного риска смертности от ССЗ для населения России с учётом образовательного статуса, так как уровень образования — важный показатель, определяющий различия в смертности в нашей стране.

В заключение следует сказать, что существующие разработки и практический опыт могут позволить добиться снижения смертности от ССЗ в России. Необходимо повсеместно внедрять их в практику здравоохранения. При этом коррекция факторов риска у больных ССЗ должна стать составной частью тактики лечения.

В настоящее время активно обсуждается роль генетических маркёров ССЗ, воспаления, тромбогенных факторов, гомоцистеина и некоторых других в развитии ССЗ. Однако в настоящей главе основное внимание было уделено так называемым традиционным факторам риска, негативное влияние которых на заболеваемость и смертность от ССЗ бесспорно, а их коррекция приводит к улучшению прогноза и качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — Т. 4. — № 3. — Ч. 1. — С. 4–9.

Lopez A., Ahmad O., Guillot M. et al. World mortality in 2000: Life tables for 191 countries WHO. — 2002.

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) // JAMA. — 2001. — N 285. — P. 2486–2497.

Шальнова С.А., Деев А.Д. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — Т. 4., — № 1. — С. 4–9.

Shalnova S.A., Deev D.A., Oganov G.S., Zhukovsky G.S. Arterial hypertension impact on mortality in Russia // European Heart J. — 1998, 19, (Abstract Suppl) XXth Congress of the European Society of Cardiology, 22–26 Aug. 1998. — P. 705.

Beaghole R., Jackson R. Coronary heart disease mortality, morbidity and risk factors trends in New Zealand // Am. J. Cardiol. — 1985. — N 72 — P. 29–34.

Оганов Р.Г., Деев А.Д., Жуковский Г.С., Шальнова С.А. Влияние курения на смертность от хронических неинфекционных заболеваний по результатам проспективного исследования // Профилактика заболевания и укрепление здоровья. — 1998. — № 3 — С. 13–5.

National Heart, Lung, and Blood Institute/National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda. National Institutes of Health. — 1998. — N 1. — P. 228.

Medalie J.H., Kahn H.A., Neufeld H.N. et al. Five year myocardial infarction incidence: Association of single variables to age and birthplace // J. Chron. Dis. — 1973. — P. 26, 325–349.

Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. и др. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования // Кардиология. — 2005. — № 10. — С. 45–50.

Diaz A., Bourassa M.G., Guertin M.C., Tardif J.C. Long term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease // Eur. Heart. J. — 2005. — N 26. — P. 967–974.

Оганов Р.Г. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология: Руководство для врачей / Под ред. Р.Г. Оганова, И.Г.Фоминой. — М.: Медицина, 2003. — С. 45–47.

Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 48–54.

Шальнова С.А., Деев А.Д., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 1. — С. 73–80.

Brindle P., Emberson J., Lampe F., Walker M., Whincup P., Fahey T. et al. Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: prospective cohort study //

BMJ. — 2003. — N 327. — P. 1267–1270.

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice // Eur Heart. J. — 2003. — N 24. — P. 1601–1619.

Информационно-образовательная система «КОНСУЛЬТАНТ ВРАЧА»

Пользователь:

Людмила Анатольевна Иванова

© 2009 Коллектив авторов

© 2009 Издательская группа ГЭОТАР
Медиа

Информация, представленная в системе "Консультант врача", носит рекомендательный характер и призвана помогать медицинским работникам принимать правильные клинические решения. Эта информация не может служить заменой профессиональному клиническому мышлению. Пациенты не могут использовать эту информацию в целях самодиагностики и самолечения.

Все материалы данного сайта являются объектами авторского права. Запрещается копирование, распространение (в том числе путем копирования на другие сайты и ресурсы в Интернете) или любое иное использование информации и объектов без предварительного согласия правообладателя

Подписка: подписаться на систему "Консультант врача" можно через торговый дом "Медкнигасервис", телефон (495)228-09-74, www.medknigaservis.ru, E-mail: info@rosmedlib.ru