

ден 0,90-ға дейін). Сол сияқты артериалды гипертензиямен науқастар арасындағы ер адамдар тобындағы (n=170) көрсеткіштер; жасы (61; 56-дан 68-ге дейін); САҚ (150; 140-тан 160-қа дейін); ДАҚ (90-нан; 80-нен 100-ге дейін); ДСИ (28; 24-тен 31-ге дейін); БА/ЖА (0,92; 0,89-дан 0,98-ге дейін). АҚ деңгейі қарау барысында және гипотензивті препараттарды уақытында қабылдап отырмаған науқастар (80% -ке дейін) арасында анықталды. Жынысқа байланысты екі топты салыстырған кезде Манна-Уитнидің U-критеріі көмегімен басқа көріністермен салыстырған кезде топтар бойынша келесідей көріністер бойынша ерекшеліктер анықталды: бойы бойынша

статистикалық нақтылық деңгейімен $p < 0,0001$; салмағы бойынша ($p = 0,0002$); ДСИ бойынша ($p = 0,001$); жамбас аумағы бойынша ($p = 0,0005$); БА/ЖА индексі бойынша ($p < 0,0001$).

Қорытынды. Абдоминальды семіру және артық дене салмағы көріністерін бағалайтын көрсеткіштерді нақтылауда жүргізілген тексеру маңызды екенін көрсетті. Артериалды гипертензиямен науқастарда және сау адамдар тобында жынысын есепке алғанда ДСИ және БА/ЖА көрсеткіштері арасындағы статистикалық маңызды айырмашылық бар екені, артериалды гипертензиямен науқастарға дифференцирленген қатынас қажет екенін көрсетеді.

Изучение распространенности избыточной массы тела и абдоминального ожирения у больных артериальной гипертензией в зависимости от пола

Проведенное исследование показало важность учета показателей оценивающих признаки избыточной массы тела и абдоминального ожирения. Статистически достоверные различия в показателях ИМТ и ОТ/ОБ (объем талии/объем бедер) в группе больных артериальной гипертензией и здоровых лиц с учетом пола может свидетельствовать о необходимости дифференцированного подхода к больным артериальной гипертензией в зависимости от пола.

УДК 616.12+614.876

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

¹М.Ш. Карасаева, ²Т.Т. Бесева, ³Л.М. Пивина

¹Актауская городская поликлиника №1, ²Поликлиника ДВД, г.Актау

³Государственный медицинский университет г.Семей

Введение. Изучение и оценка патофизиологических механизмов формирования патологических изменений в кардиоваскулярной системе у населения, проживающего в экологически неблагоприятных условиях, в настоящее время вызывает интерес многочисленных исследователей во всех странах мира, что связано с ухудшением экологической ситуации [1]. Особенно остро эта проблема стоит в Мангистауской области Казахстана, где расположено хранилище ураносодержащих отходов химического производства «Кошкар-Ата». Оно расположено в 5-7 км от Каспийского моря и в 3-4 км от областного центра.

Медико-демографическая статистика свидетельствует о высоких уровнях заболеваемости и смертности от социально значимых болезней, в первую очередь, от болезней системы кровообращения, имеющих высокую чувствительность к действию ионизирующих излучений, среди населения г. Актау [2].

Материалы и методы. Результаты клинико-эпидемиологических исследований по изучению факторов риска и распространенности болезней системы кровообращения (БСК) среди населения г. Актау позволили сформировать возрастные группы высокого риска развития артериальной гипертонии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) с целью дальнейшего диспансерного наблюдения и проведения первичной профилактики. Сформированные группы включали 1974 мужчин и женщин, среди них в возрасте 12-17 лет – 581 человек; 20-29 лет – 416; 30-39 лет – 470 и 40-49 лет – 507 человек.

Определение индивидуального коронарного риска проведено с помощью компьютеризированной модели западногерманского исследования PROCAM Risk Calculator Study.

Результаты и обсуждение.

Известно, что сочетание двух, трех или более факторов риска у одного человека резко повышает суммар-

ный риск заболевания ИБС или вероятность возникновения острых осложнений (инфаркт миокарда, внезапная смерть и т.д.). В связи с этим международные кардиологические общества рекомендуют практикующим врачам широко использовать определение величины суммарного риска для прогноза развития атеросклеротических заболеваний и определения тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения.

Для отбора групп диспансерного наблюдения нами выбран и использован довольно простой и доступный метод определения и оценки эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий - компьютеризированную модель западногерманского исследования PROCAM Risk Calculator Study (<http://www.chd-taskforce.com>) - калькулятор риска коронарных эпизодов [3].

В этой программе при компьютерном подсчете суммарного коронарного риска используются следующие факторы риска: возраст, систолическое артериальное давление, ХС ЛНП (или общий ХС), ТГ, ХС ЛВП, курение, сахарный диабет в анамнезе, ИБС у родственников первого звена родства. Эта программа достаточно информативна и доступна не только для практикующих врачей, но и обученных пациентов. Она позволяет не только оценить суммарный риск коронарных осложнений в ближайшие 10 лет, но и проследить динамику суммарного риска в процессе лечения и профилактических мероприятий, т.е. оценить их эффективность в плане снижения основных факторов риска ИБС. Использование калькулятора коронарного риска позволяет в амбулаторных условиях определить степень коронарного риска на ближайшие 10 лет.

В научных изданиях республики и за рубежом практически отсутствуют аналоговые публикации, посвященные поиску методов доклинической диагностики и профилактики болезней системы кровообращения для сельского населения, длительное время находящегося под воздействием радиационных и нерадиационных экологических факторов риска. В связи с этим предлагаемый

метод определения риска развития ишемической болезни сердца является весьма актуальным и представляет высокую практическую значимость, так как его применение может способствовать развитию профилактического направления как среди лиц, непосредственно подвергавшихся облучению, так и среди их потомков, выявлению донозологических признаков формирования биохимических и функциональных нарушений, ведущих к формированию сердечно-сосудистой патологии, разработать дифференцированные методы коррекции выявленных патологических изменений.

В основе первичной профилактики ишемической болезни сердца должны лежать мероприятия, направленные на снижение коронарного риска путем коррекции липидного дисбаланса. Поэтому при разработке программы первичной профилактики БСК нами, в первую очередь, учитывалось исходное состояние липидного профиля конкретных лиц, позволяющего ранжировать степень выраженности коронарного риска.

Учитывая, что целью проведения первичной профилактики ИБС являлось снижение липидного профиля конкретных лиц до нормального уровня (общий ХС < 5 ммоль/л (190 мг/дл); ХС ЛНП < 3 ммоль/л (115 мг/дл); триглицериды < 2 ммоль/л (180 мг/дл); ХС ЛВП > 1 ммоль/л (40 мг/дл), диспансерные группы исследования формировались с учетом выраженности риска. Нами были выделены следующие группы риска:

- низкая вероятность развития ИБС – менее 5 %;
- средняя вероятность развития ИБС - 5-10 %;
- умеренная вероятность развития ИБС - 10-20 %;
- высокая вероятность развития ИБС – 20-40 %;
- очень высокая вероятность – более 40 %.

При разработке схем профилактики мы разделили их на две в зависимости от вероятности развития ИБС. Первая группа включала в себя лиц с вероятностью развития ИБС менее 20 %; вторая группа - лиц с вероятностью развития ИБС более 20 %. В дальнейшем нами создана схема первичной профилактики ИБС, включающая в себя основы лечения атерогенных гиперлипидемий, являющихся ключевыми при определении степени риска (рисунок 1).

Достижение значимых эффектов профилактики ИБС возможно только при условии кардинального изменения образа жизни. Пациенты с высоким риском ИБС должны прекратить курение, соблюдать здоровую диету и быть физически активными. Для первичной профилактики важно избежать накопление избыточной массы тела и снизить ее при ожирении. Такое изменение образа жизни снизит риск ИБС, устранив необходимость медикаментозного лечения. Рекомендации изменить образ жизни будут полезны и лицам с высоким риском ИБС.

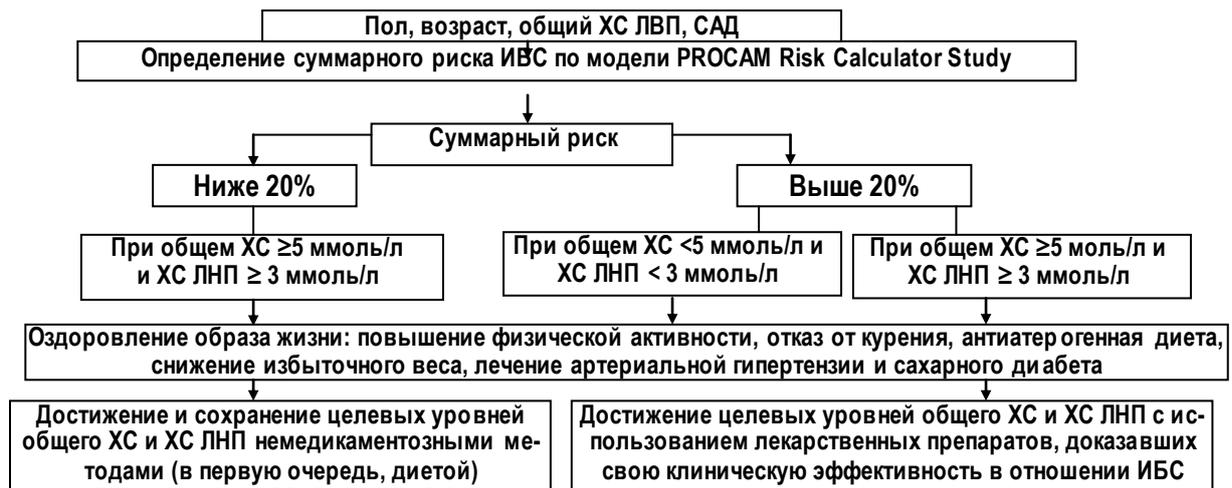


Рисунок 1 - Алгоритм определения риска развития ИБС у исследуемых лиц и мероприятий по его снижению.

Установлено, что в случаях ИБС повышенное АД может расцениваться как нозологическая форма БСК, так и мощный фактор риск. Нужно учесть, что при снижении АД с помощью различных медикаментов риск может быть существенно снижен в отношении возникновения инсульта, а также ИБС и сердечной недостаточности. Помимо АД, ведущим фактором риска развития ИБС является гиперлипидемия. Показано, что риск ИБС, обусловленный гиперхолестеринемией, может быть существенно снижен путем назначения гиполипидемических препаратов.

Решение о медикаментозном снижении уровня липидов основывают на наличии абсолютного риска ИБС, уровне липидов, профиле липопротеидов и наличии отягощенной наследственности и в отношении ранней ИБС и других атеросклеротических заболеваний. Больные семейной гиперхолестеринемией имеют столь высокий риск раннего развития ИБС, что всегда нуждаются в медикаментозном лечении.

Лица с высоким риском ИБС вследствие сочетания факторов риска (абсолютный риск ИБС больше или равно 20 % в течение 10 лет или к 60-летнему возрасту) и те, у кого содержание холестерина не снижается ди-

той, нуждаются в медикаментозной регуляции липидов крови. Цель лечения лиц с таким высоким риском ИБС — постоянное поддержание холестерина на уровне ниже 5,0 ммоль/л (190 мг/дл) и холестерина ЛПНП — ниже 3,0 ммоль/л (115 мг/дл). Маркерами повышенного риска развития ИБС нужно считать содержание холестерина ЛПВП меньше 1,0 ммоль/л (40 мг/дл), содержание триглицеридов больше 2,0 ммоль/л (180 мг/дл).

В начале липидоснижающего лечения должна быть подобрана доза препарата так, чтобы нормализовать содержание холестерина крови. Не у всех лиц с высоким риском ИБС можно достичь этого лишь с помощью диеты или липидоснижающих препаратов. Поэтому части из них требуется комбинированная лекарственная терапия, включающая применение четырех классов медикаментов — статины, фибраты, смолы и ниацин, причем при первичной профилактике эффективность и безопасность наиболее выражены у статинов.

Учитывая, что при наличии состояний, сопровождающихся инсулинорезистентностью, степень гипергликемии связана с повышением риска атеросклеротических заболеваний, необходимо эффективно регулировать содержание глюкозы в крови. У близких родственников

больных с подозрением на семейную гиперхолестеринемию или другие наследственные дислипидемии необходимо определять содержание липидов крови.

Таким образом, нами представлен алгоритм ранней доклинической диагностики ИБС, учитывающий основные радиационные и нерадиационные факторы индивидуального коронарного риска и определяющий стратегию проведения первичной профилактики БСК.

Литература:

1 Зубовский Г. А., Тарарухина О. Б. Профилактика атеросклероза и инфаркта миокарда у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Радиационная биология. Радиоэкология. - 2005. - № 2-3. - С. 296-298.

2 Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж. Специализированная кардиологическая помощь населению Казахстана.- Алматы, 2004.

3 Quaglini M., Stefanelli L., Boiocchi F., Campari A., Cavallini G. Cardiovascular risk calculators: understanding differences and realising economic implications //International Journal of Medical Informatics.-V. 74,№ 2 - 4,Р. 191 - 199.

4 Экологиялық қауіп жағдайда тұратын ауыл тұрғындарында жүректің ишемиялық ауруының негізгі қағидалары мен бастапқы уақытта алдын-алу әдістері.

5 The main principles and methods for the primary prophylactics of ischemic heart disease in the population living in unfavorable ecological conditions.

6 В статье представлено обоснование и описание алгоритма определения риска развития, основные принципы и методы первичной профилактики ишемической болезни сердца у населения Казахстана, проживающего в экологически неблагоприятных условиях.

The main principles and methods for the primary prophylactics of ischemic heart disease in the population living in unfavorable ecological conditions

In the paper we have presented the basis and description for the method of detection, main principles and methods for the primary prophylactics of ischemic heart disease in the population living in unfavorable ecological conditions. Its application assists to conduct the early diagnostic for cardiovascular diseases and their effective prophylactics.

Экологиялық қауіп жағдайда тұратын ауыл тұрғындарында жүректің ишемиялық ауруының негізгі қағидалары мен бастапқы уақытта алдын-алу әдістері

Экологиялық қауіп жағдайда тұратын ауыл тұрғындарында жүректің ишемиялық ауруының негізгі қағидалары мен бастапқы уақытта алдын-алу әдістері, мақаласында алгоритмі анықталып сипатталғаны ұсынылған.

УДК 616.127-005.4:616.132-073

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ)

Г.Д. Абильмажинова

Государственный медицинский университет г. Семей

Заболеемость населения Республики Казахстан болезнями системы кровообращения за последние 10 лет имеет тенденцию к неуклонному росту и выросла более чем в 1,7 раза. Так, если в 1996 году она составила 1038,1 на 100 тыс. населения, то в 2005 году – 1749,1 на 100 тыс. населения (Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж.).

Первое место среди заболеваний, приводящих к смертности от болезней системы кровообращения, занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), удельный вес которой повысился с 35% в 2001 году до 43% в 2005 году. В большинстве случаев причиной летальных исходов у больных с ИБС является инфаркт миокарда.

Клинические проявления и течение ИБС имеют существенные гендерные различия. Существует ряд работ, демонстрирующих, что течение ИБС у женщин в некоторой степени отличается от проявлений этого заболевания у мужчин. Как выяснилось, женщины чаще переносят приступ стенокардии не в виде характерной боли, а под масками сильной слабости, дискомфорта в области лопаток, одышки и других симптомов, зачастую расцениваемые докторами как некардиогенные даже при наличии инфаркта миокарда [1, 2].

При появлении клинической картины стенокардии у них реже выявляют стеноз коронарных артерий (у 37% женщин, которым была проведена коронарография, не было обнаружено существенного сужения коронарных сосудов, в то время как в подгруппе мужчин – лишь у 13%) [3].

Существуют незначительные, но очень важные отличия в анатомии сердечно-сосудистой системы, в том, как сердечно-сосудистая система женщины реагирует на состояние гормонального статуса, стрессовые ситуации, наличие избытка жидкости, жиров и токсинов (употребление алкоголя и табака). У женщин нет зависимости

изменения артериального давления (АД) от стрессового воздействия, меньше объем циркулирующей крови (из-за циклических кровопотерь), ниже тонус периферических сосудов, но после наступления менопаузы эти и некоторые другие положительные различия исчезают. Это возможно объяснить утратой защитного действия эстрогенов на сосудистую стенку и прекращением регулярной кровопотери, приводящей к повышению вязкости крови, а также множественными нарушениями обмена веществ, в первую очередь повышением холестерина, триглицеридов, уровня глюкозы крови, мочевой кислоты.

В 2000 году при проведении внутрисосудистого ультразвукового исследования S.E. Sheifer, с соавторами, подтвердили тот факт, что у женщин меньше по сравнению с мужчинами диаметры левой и передней нисходящей артерии. Это может быть одной из причин большей склонности женщин, чем мужчин, к окклюзии коронарных сосудов [4].

Несмотря на наличие сосудов меньшего диаметра, у женщин реже отмечается острая коронарная недостаточность, связанная с полной окклюзией коронарной артерии, и более вероятны проявления частичной окклюзии в виде нестабильной стенокардии [5] и наличие признаков и симптомов, трудных для диагностики [6, 7, 8].

У женщин чаще выявляется нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST, тогда как у мужчин – острый коронарный синдром (ОКС) в виде ОИМ с подъемом сегмента ST. Смертность у женщин с ОИМ с подъемом сегмента ST выше, чем у мужчин с подобными изменениями ЭКГ [9].

Цель исследования: выявить особенности изменений сосудов коронарного русла у женщин по результатам диагностической селективной коронароангиографии.