

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Филиппов Е.В., Якушин С.С.
УДК 616.12-02 (470.313)

**ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ
МЕРИДИАН-РО)**

Е.В. ФИЛИППОВ, С.С. ЯКУШИН

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань

**RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG POPULATION
OF RYAZAN REGION (ACCORDING TO MERIDIAN-RO STUDY)**

E.V. FILIPPOV, S.S. YAKUSHIN

Ryazan State I.P. Pavlov Medical University, Ryazan

В статье представлены результаты исследования МЕРИДИАН-РО. Определены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Учитывая высокую распространенность традиционных поведенческих факторов риска в популяции Рязанской области, необходимо внедрение комплексной долгосрочной программы профилактики неинфекционных заболеваний для формирования правильного пищевого поведения, повышения уровня физической активности, снижения избыточной массы тела, отказа от курения как среди лиц 25-64 лет, так детей и подростков.

Ключевые слова: исследование МЕРИДИАН-РО, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

The article presents results of the MERIDIAN-RO study. Risk factors of cardiovascular diseases among population of Ryazan region have been defined. Considering high prevalence of traditional behavioral risk factors among the fore-mentioned pop-

ulation, new long-term strategies of prevention of non-infectious diseases are needed in order to improve eating behavior, increase physical activity, control body mass, discontinue tobacco smoking in persons between the ages of 25 and 64, as well as children and adolescents.

Keywords: MERIDIAN-RO study, risk factor of cardiovascular disorders.

Введение

Распространение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) принимает масштабы эпидемии в 21 веке. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на ССЗ, сахарный диабет, хронические респираторные и онкологические заболевания приходится более 60% всех смертей в мире и за следующие 10 лет, по

прогнозам, смертность возрастет на 17% [1]. В России смертность от ССЗ остается очень высокой, что оказывает существенное влияние на ожидаемую продолжительность жизни (рис. 1). Как видно из рисунка, она сопоставима со смертностью от ССЗ в Финляндии 70-х годов и отличается от настоящей (2011) более чем в 2,5 раза [2].

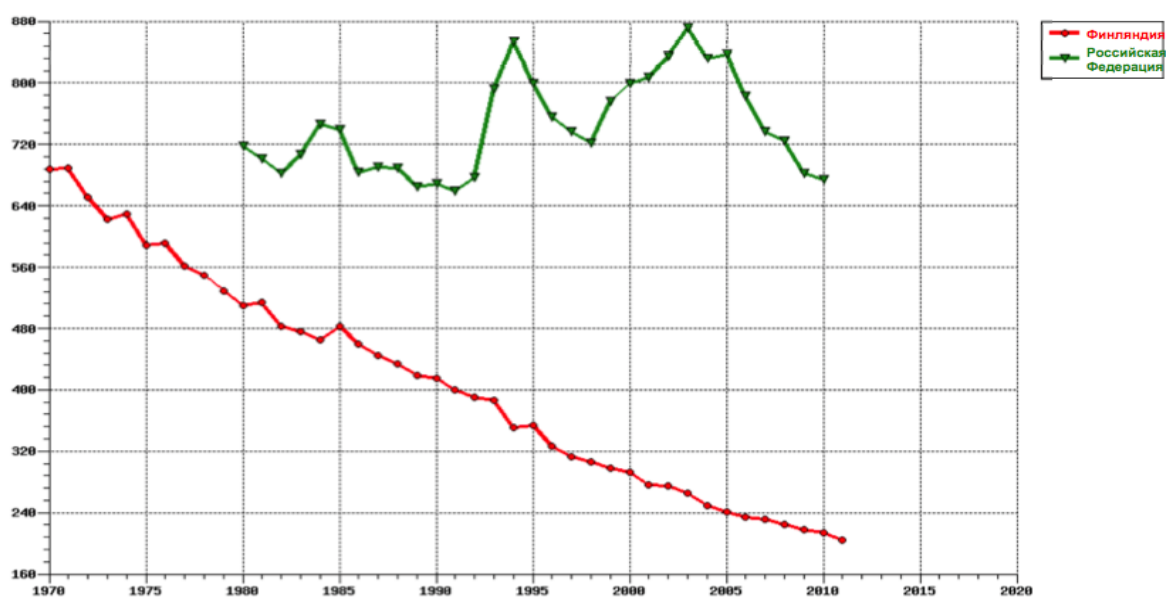


Рис. 1. Смертность от болезней системы кровообращения в РФ и Финляндии, на 100000 населения (адаптировано из Европейской базы данных ЗДВ (HFA-DB), июль 2013) [2]

Еще в 50-х годах было показано, что основной вклад в развитие ССЗ вносят факторы риска, поэтому общепринятой концепцией снижения смертности является борьба с ними [3]. Их распространенность в Российской Федерации довольно высока, однако, в ряде регионов до сих пор остается неизвестной.

Цель исследования

Изучение распространенности основных факторов риска ССЗ в Рязанской области и их комплексное влияние на сердечно-сосудистый риск.

Материалы и методы

МЕРИДИАН-РО (Эпидемиологическое исследование состояния здоровья и поведенческих факторов риска у населения Рязанской области) проводился как открытое проспективное кросс-секционное исследование.

В исследование включались лица 25-64 лет на момент обследования, подписавшие информированное согласие. Им проводилось анкетирование по стандартизированному опроснику, ЭКГ, измерение АД, ЧСС, объема талии, роста, веса, забор биобразцов для определения биохимического профиля риска, комплексная оценка риска с помощью адаптированной шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) для Российской Федерации.

В качестве подисследования всем лицам, подписавшим дополнительное информированное согласие, было проведено измерение эндотелиальной функции с помощью аппарата «Ангиоскан» компании ООО «Ангиоскан-Электроникс».

Рандомизация

Первый этап. Из всех поликлиник, обслуживающих население г. Рязани случайным образом были отобраны четыре.

Второй этап. В каждой поликлинике случайным образом были выбраны врачебные участки (по 6 в каждой поликлинике) с населением в среднем 1500 (1200-1700) человек.

Третий этап. На каждом участке была произведена пошаговая рандомизация (улица, дом, квартиры) с шагом 20. Таким образом, с одного участка в исследование было отобрано 75-80 человек. В каждой квартире как возможный участник исследования расценивался только один человек 25-64 лет. Отбор производился по дню и месяцу рождения, независимо от года рождения. Отбирался тот человек, который родился позже (по дате рождения).

Для обследования сельского населения было отобрано село и две деревни в Захаровском районе Рязанской области. Среди всего населения села и прилегающих территорий в возрасте 25-64 лет было случайным

образом выбрано 600 человек для возможного участия в исследовании. Отклик на обследование был 81,2%.

Факторы риска

Факторы риска определялись согласно общепринятым представлениям [3]. Так потребление фруктов и овощей считалось достаточным, если обследованный потреблял их 5 и более раз в день. При этом употребление бананов и картофеля не учитывалось.

Избыточным потреблением простых сахаров считался прием более 7 ложек сахара, варенья, меда в день. Употребление алкоголя более 20 мл в сутки в пересчете на чистый спирт считалось избыточным. Регулярным считалось употребление алкоголя чаще, чем 1 раз в неделю.

Избыточное потребление соли определялось по результатам заполнения опросника. Если, обследуемое лицо на вопрос: «Досаливаете ли Вы уже приготовленную пищу?», отвечало: «Да, не пробуя».

Ожирение устанавливалось лицам с индексом массы тела (ИМТ) $>30 \text{ кг/м}^2$, избыточная масса тела – более 25 кг/м^2 .

Курение оценивалось по результатам опросника, если обследуемый курил регулярно в течение 1 года или более, он считался курящим.

Физическая активность оценивалась по стандартному опроснику, а ее уровень оценивался по рекомендациям протокола CINDI [3].

Липидный спектр и маркеры воспаления оценивались по стандартной методике в лабораториях ГНИЦ Профилактической Медицины (Москва) и Рязанского Областного Клинического Кардиологического Диспансера. Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) рассчитывались по формуле Friedwald. При уровне триглицеридов более $4,5 \text{ ммоль/л}$ ЛПНП не оценивались.

Эндотелиальная дисфункция определялась с помощью окклюзионной пробы. Оценка проводилась по сдвигу фаз на участке дистальнее места окклюзии и индексу окклюзии по амплитуде.

Диагноз артериальной гипертензии устанавливался, если систолическое АД (САД) при измерении было более 140 мм. рт. ст. или диастолическое АД (ДАД) – более 90 мм рт. ст. , или пациент принимал препараты по поводу повышенного АД в течение последних 14 дней.

АД и ЧСС измерялось сидя, после 5 минут отдыха. В случае, если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая или эмоциональная нагрузка, период отдыха увеличивался до 15-30 мин. За 1 час исключалось употребление кофе и крепкого чая; курение – за 30 минут.

Комплексная оценка риска проводилась с помощью апробированной в России системы суммарного кардиоваскулярного риска SCORE [4].

Статистический анализ

Значения представлены в виде описательной статистики при ДИ 95%. Сравнение выборок производилось с помощью U-критерия Манна-Уитни, медианного критерия или хи-квадрат при $p < 0,05$.

При оценке относительного риска использовалась модель риска или модель Mantel-Haenszel. Все тесты проводились с помощью двухсторонних критериев при 95% доверительном интервале (ДИ).

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ SPSSStatistics 20.0 и MicrosoftExcel 2011.

Результаты и их обсуждение

Описание выборки

В исследование МЕРИДИАН-РО было включено 1622 человека (1220 городского и 402 – сельского населения), из которых 42,6% [750] были мужчины, 53,8% [872] – жен-

щины. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено на рис. 2 и соответствует распределению по Рязанскому региону (рис. 3).

Среди всех обследованных лиц 85,5% [1390] были работающими, 1,7% [27] имели инвалидность. 38,9% [631] лиц закончили ВУЗ, среднее специальное образование имели 31,2% [31,2%]. В браке состояло 64,7% [1049], вошедших в выборку.

Питание и избыточная масса тела

Данные по пищевым привычкам в зависимости от места проживания представлены в таблице 1. Из нее следует, что только около 10% обследованных потребляют достаточное количество фруктов и овощей в сутки. Также отмечалось небольшое избыточное потребление соли в популяции. Уровень потребления простых сахаров был повышен в популяции, как города, так и села, причем выше он был в сельской местности.

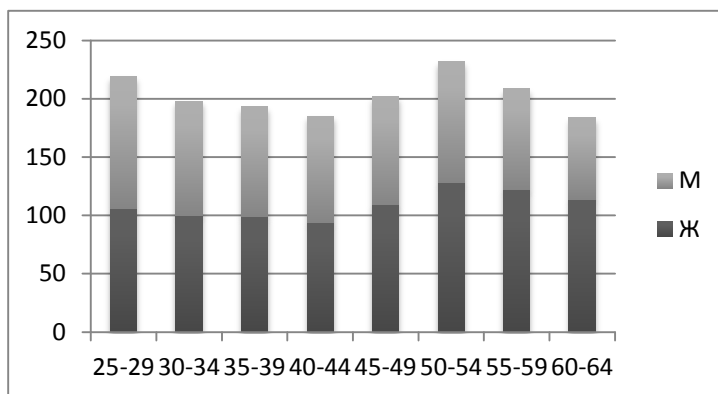


Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту и полу в исследовании МЕРИДИАН-РО

«НАУКА МОЛОДЫХ» (Eruditio Juvenium)

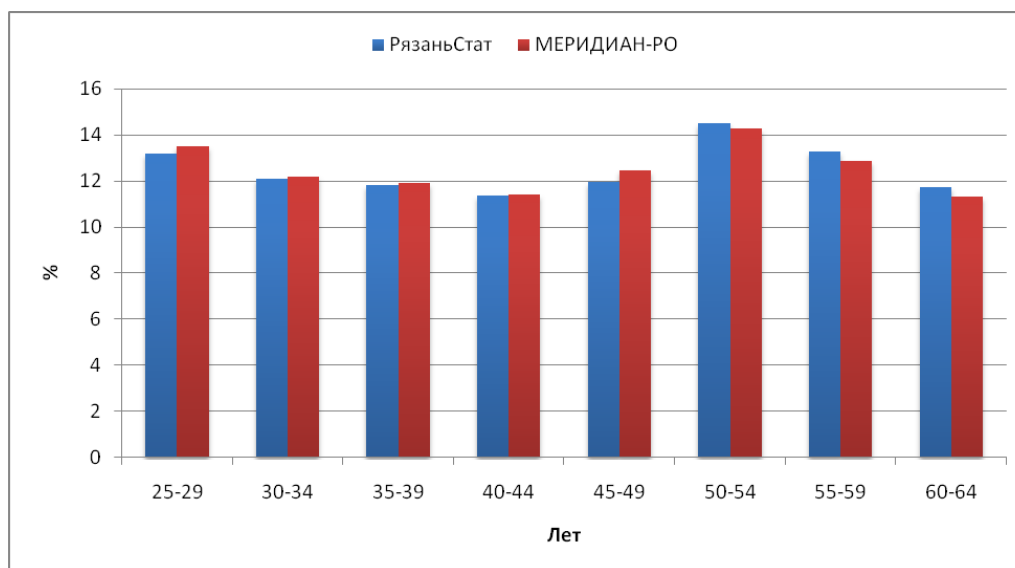


Рис. 3. Распределение пациентов по возрасту в исследовании МЕРИДИАН-РО (по сравнению с данными РязаньСтата (2011))

[Распределение численности населения по полу и возрасту на 1 января 2012 года, доступно по ссылке: ryazan.gks.ru; последнее обновление: 04.03.2012]

Таблица 1

Пищевые привычки обследованных лиц в зависимости от места проживания

Фактор	Село		Город		Значимость
	Значение	%	Значение	%	
Недостаточное потребление фруктов и овощей	381	94,8	1083	88,8	0,0001*
Избыточное потребление соли	27	6,7	55	4,5	0,153
Избыточное потребление простых сахаров	116	89,2	313	74,5	0,0001*
Избыточное потребление алкоголя	6	1,5	44	3,6	0,033*
Регулярное потребление алкоголя	24	5,9	171	14,0	0,0001*
Ежедневное потребление различных продуктов					
Мясо	196	48,8	571	46,8	0,497
Рыба	69	17,2	126	10,3	0,0001*
Птица	145	36,1	438	35,9	0,951
Колбасы	139	34,6	377	30,9	0,170
Соления	135	33,6	236	19,3	0,0001*
Крупы	176	43,8	520	42,6	0,684
Бобовые	9	2,2	25	2,0	0,818
Сладости	235	58,6	669	54,8	0,205
Молочные продукты	304	75,6	932	76,4	0,753
Обращение внимание на калорийность продуктов	113	28,1	428	35,5	0,026*

«НАУКА МОЛОДЫХ» (Eruditio Juvenium)

Обследование					
Вес (кг)	82,0		79,8		0,036*
Окружность талии (см)	96,0		92,1		0,0001*
ИМТ (кг/м ²)	30,3		28,9		0,001*
Ожирение	191	47,5	494	40,5	0,013*

* Изменения значимы (p<0,05).

При анализе ежедневного потребления продуктов было выявлено, что в селе чаще потребляются продукты из рыбы и соленья. В целом потребление мясных продуктов было достаточным в городе и селе, однако, обращает на себя внимание недостаточное потребление рыбы и мяса птицы. Около 1/3 обследованных лиц в регионе ежедневно употребляли колбасные изделия. Избыточно потреблялись сладости, недостаточно – блюда из бобовых. Отмечалось ежедневное потребление молочных продуктов у 3/4 населения города и села.

Обследование населения показало большую распространенность ожирения в селе. Избыточная масса тела не ассоциировалась с ежедневным употреблением каких-либо продуктов. На калорийность продуктов чаще обращало внимание обследованное население в городе, однако, это тоже не влияло на риск развития ожирения (p>0,05).

Регулярно употребляло алкоголь 5,9% и 14,0% населения в селе и городе соответственно. Избыточное потребление отмечалось у 1,5% жителей села и 3,6% – города.

Физическая активность (ФА)

Проведенный анализ показал, что низкий уровень ФА имело всего лишь

1,74% [7] сельских и 0,08% [1] городских жителей (рис. 3). Большинство обследованных имело высокий уровень ежедневной ФА (75,4% и 73,0% в селе и городе соответственно).

Между тем, на вопрос: «Хотели ли Вы увеличить свой уровень ФА?», – 74,5% [1209] всех обследованных отвечало, что да, хотело бы, и только 19,2% [312] не нуждалось в этом. Учитывая такой высокий уровень запроса, был проведен анализ частоты проведения медицинского консультирования по вопросам ФА у этих лиц. Было выявлено, что только 26,3% [318] нуждающихся получили совет от врача по поводу ФА в течение последних 12 месяцев. Значимых различий по уровням ФА, получению консультативной помощи и возрасту между городом и селом не было.

Курение

Согласно полученным данным в исследовании участвовало 34,6% [562] курящих. Среди женщин, куривших было 22,7% [198], среди мужчин – 48,5% [364]. С возрастом отмечалось уменьшение курящих среди женского пола, в то время, как среди мужчин такой динамики не наблюдалось (рис. 4).

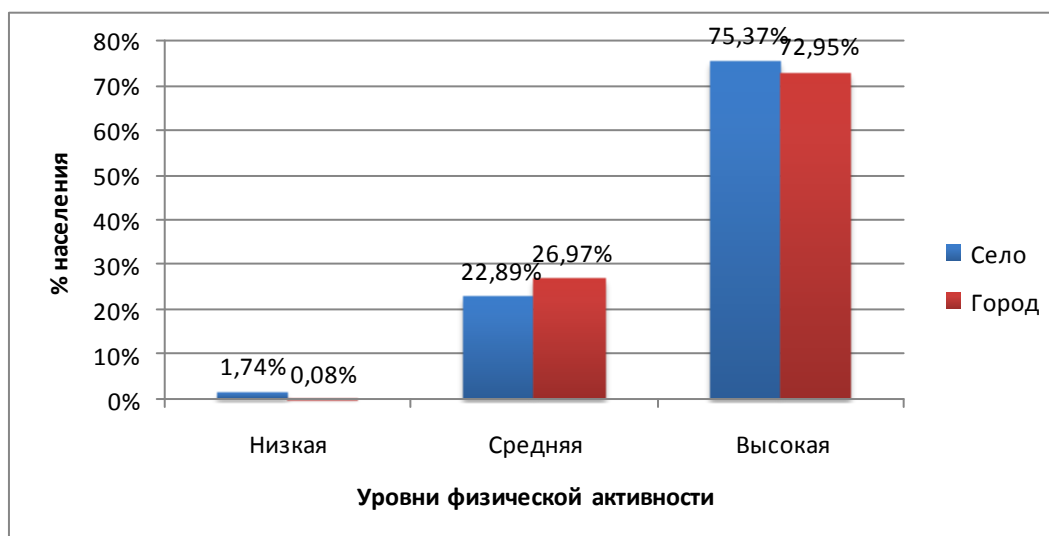


Рис. 3. Уровни физической активности в зависимости от места проживания

Курение ассоциировалось с избыточным употреблением алкоголя (относительный риск 2,01 [1,72-2,54] ДИ 95%) и снижением риска развития избыточной массы тела (0,83 [0,72-0,96] ДИ 95%).

Липидный спектр и маркеры воспаления

Результаты исследований биохимических маркеров заболеваний в зависимости от места проживания представлены в таблице 2. Из нее видно, что уровни общего холестерина (ОХС) и его фракций выше у населения, проживающего в сельской местности, то же справедливо и для такого маркера воспаления, как С-реактивный белок (СРБ). Также выявлено, что уровень аполипопротеина В (апоВ) был выше у жителей села.

Повышение ОХС более 5 ммоль/л и/или липопротеидов низкой плотности

(ЛПНП) более 2,5 ммоль/л наблюдалось у 84,1% [1364] обследованных. При этом количество лиц с «более атерогенным» липидным спектром было больше в сельской местности, чем в городе (89,6% [360] против 82,3% [1004], $p < 0,001$). СРБ > 5,0 мг/л был у 65,9% [265] обследованных в селе и у 56,7% [692] в городе ($p < 0,001$).

При дополнительном анализе была выявлена связь между избыточной массой тела и повышенными уровнями липидов. Так, при ИМТ > 25 кг/м² относительный риск увеличения ОХС > 5 ммоль/л и/или ЛПНП > 2,5 ммоль/л был равен 1,17 при 95% ДИ 1,10-1,24, то же было характерно и для СРБ – 1,45 при 95% ДИ 1,30-1,62. Таких же ассоциаций между липидным спектром, СРБ, уровнем глюкозы плазмы и курением выявлено не было.

Таблица 2

**Биохимические маркеры заболеваний у обследованных лиц
в зависимости от места проживания**

Фактор	Село		Город		Значимость
	Среднее	95% ДИ	Среднее	95% ДИ	
Глюкоза, ммоль/л	5,37	5,28-5,45	5,17	5,12-5,22	0,0001*
ОХС, ммоль/л	5,48	5,36-5,59	5,21	5,15-5,27	0,002*
ТГ, ммоль/л	1,36	1,24-1,47	1,29	1,24-1,33	0,077
ЛПВП, ммоль/л	1,31	1,27-1,34	1,32	1,30-1,34	0,595
ЛПНП, ммоль/л	3,54	3,45-3,64	3,31	3,26-3,36	0,0001*
ЛПд, мг/дл	30,7	26,5-34,8	25,9	23,8-27,9	0,475
АпоА1, мг/л	162,7	159,7-165,7	160,1	158,5-161,8	0,015*
АпоВ, мг/л	103,8	100,9-106,6	98,0	96,4-99,6	0,001*
ГГТП, Е/л	39,1	34,8-43,4	38,7	35,6-41,7	0,705
Креатинин, мкмоль/л	80,2	78,4-82,0	80,6	79,6-81,6	0,348
Мочевая кислота, мкмоль/л	315,1	307,6-322,6	309,3	305,1-313,5	0,179
СРБ, мг/л	6,73	6,29-7,18	6,00	5,75-6,25	0,0001*
Фибриноген, г/л	3,55	3,46-3,64	3,47	3,42-3,52	0,195

* Изменения значимы ($p < 0,05$)

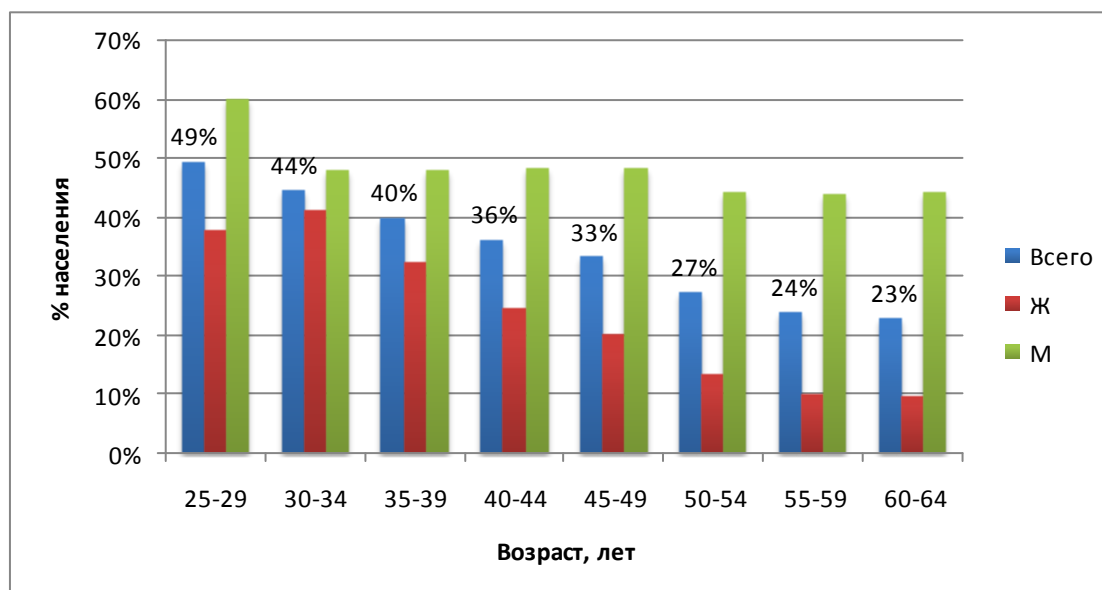


Рис. 4. Распределение курящих по возрастным категориям в зависимости от пола

Артериальная гипертензия

Согласно полученным данным распространенность артериальной гипертензии составила 45,9% [744], среди городского населения – 49,3% [198], среди сельского – 44,8% [546]. Различий по половому составу групп среди сельского и городского населения выявлено не было. С возрастом количество пациентов с АГ увеличивалось (рис. 5) и с возраста 60 лет достигало 62,9% у мужчин и 63,2% у женщин. При сравнении городского и сельского населения отмечались более низкие значения САД и ДАД в группе городского населения (табл. 3).

Анализ всей группы пациентов с АГ показал, что эффективно лечились 41,0% [305] пациентов. Одинаково эффективно контролировали свое АД мужчины и женщины (по 50,1% от общего числа мужчин/женщин). Однако, в городе процент лиц, достигающих целевых значений был выше и составил 54,0% против 39,4% в сельской местности($p=0,002$).

АГ в нашем исследовании ассоциировалась с повышением СРБ, фибриногена и атерогенности липидного спектра (таблица 4). Также у пациентов с АГ повышался риск развития сахарного диабета (на 73%) и хронической болезни почек (на 46%).

Таблица 3

Уровни АД у обследованных лиц в зависимости от места проживания

Фактор	Сельское население		Городское население		Значимость
	Среднее	95% ДИ	Среднее	95% ДИ	
САД, мм ртст	141,8	138,8-144,7	135,4	133,2-137,7	0,001*
ДАД, мм ртст	90,4	88,7-92,0	83,6	83,6-86,1	0,0001*
Пульсовое АД, мм ртст	46,8	45,2-48,4	45,4	44,7-46,2	0,584

* Изменения значимы ($p<0,05$)

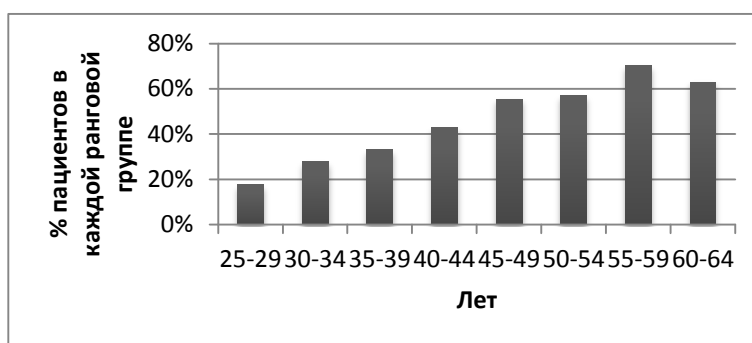


Рис. 5. Распределение пациентов с АГ по возрастным рангам

«НАУКА МОЛОДЫХ» (Eruditio Juvenium)

Частота сердечных сокращений (ЧСС)

При оценке средней ЧСС у населения, проживающего в городе или селе не было выявлено достоверных различий (73,7 против 73,8 при $p > 0,05$). Учитывая, что ЧСС более 70 уд/мин может влиять на сердечно-сосудистые исходы была оценена

распространенность ЧСС=50-60 уд/мин, ЧСС>75 уд/мин и ЧСС>85 уд/мин. Результаты представлены в табл. 5. Различий в группах сельского и городского населения также выявлено не было. Распространенность ЧСС более 75 уд/мин в городе составила 40,7%, в селе – 42,8%.

Таблица 4

Влияние артериальной гипертензии на липидный спектр, маркеры воспаления, риск развития сахарного диабета и хронической болезни почек

Фактор	Относительный риск	95% ДИ
СРБ>5 мг/л	1,34	1,23-1,45*
Фибриноген>4 г/л	1,34	1,13-1,58*
ОХС>5 ммоль/л	1,32	1,22-1,44*
ЛПНП>2,5 ммоль/л	1,07	1,03-1,12*
ОХС>5 ммоль/л + ЛПНП>2,5 ммоль/л	1,07	1,02-1,11*
ЛПн, мг/дл	1,08	0,91-1,27
АпоА1, мг/л	0,75	0,36-1,53
АпоВ, мг/л	1,48	1,32-1,66*
СКФ<60 мл/мин/1,73 м ² (MDRD)	1,46	1,02-2,08*
Сахарный диабет	1,73	1,27-2,36*

* Изменения значимы ($p < 0,005$)

Таблица 5

Распространенность различной ЧСС у жителей города и села

Фактор	Сельское население	Городское население	Значимость
ЧСС=50-60 уд/мин	8,2% [33]	8,1% [99]	0,952
ЧСС>75 уд/мин	42,8% [172]	40,7% [497]	0,419
ЧСС>85 уд/мин	18,4% [74]	14,7% [179]	0,073

При дополнительном анализе были выявлены ассоциации высокой ЧСС (>85 уд/мин) с наличием ожирения (1,36 при 95% ДИ 1,08-1,70), повышенным СРБ (1,71 при 95% ДИ 1,33-2,21), избыточным употреблением алкоголя (1,84 при 95% ДИ 1,16-

2,92), и сахарным диабетом (1,44 при 95% ДИ 1,04-2,00).

Комплексная оценка риска по системе Heart SCORE

Распределение обследованных лиц по группам риска в зависимости от места проживания представлено на

«НАУКА МОЛОДЫХ» (Eruditio Juvenium)

рис. 6. Из него видно, что количество лиц с высоким и очень высоким риском составляет 23,1%. Значимых различий по распределению профиля риска в городе и селе не выявлено.

При оценке изменений риска в зависимости от возраста выявлено, что

чем старше был обследуемые, тем больше была встречаемость высокого и очень высокого риска (рис. 7). Так у лиц 35-39 лет их распространенность составила 7,8%, а у лиц 60-64 лет – уже 57,6%. Корреляция возраста с высокими степенями риска Спирмана составила 0,42.

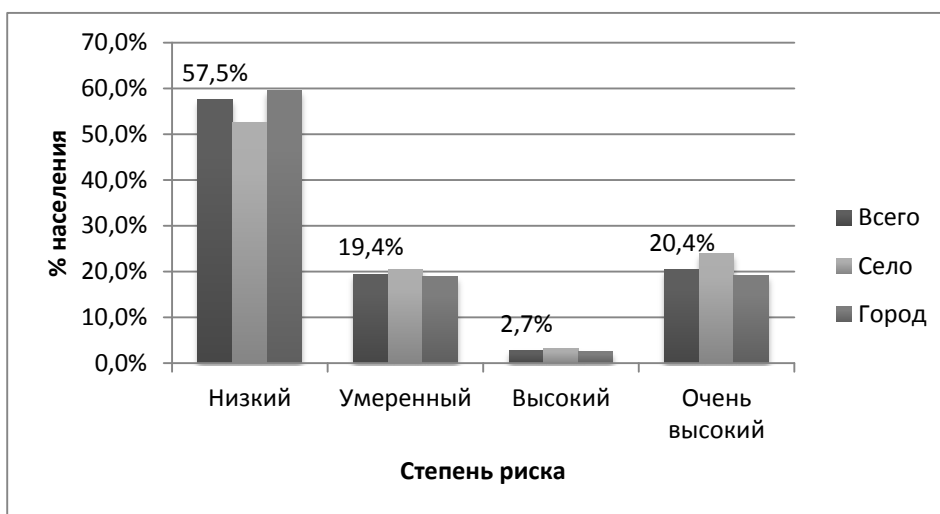


Рис. 6. Распределение обследованных лиц по группам риска в зависимости от места проживания

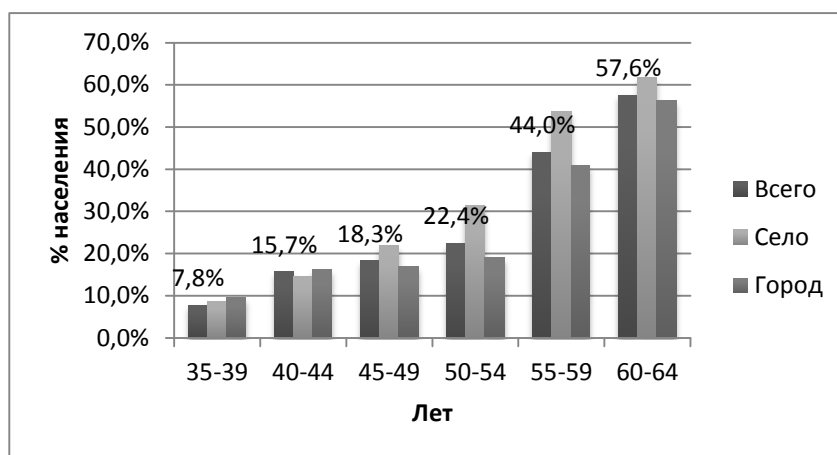


Рис. 7. Распределение высоких степеней риска (высокий + очень высокий) в зависимости от возраста

Данные были получены на выборке пациентов, сформированной исходя из половозрастной структуры населения Рязанской области. Ожидается 85,5% обследованных лиц были работающими. Более трети лиц имели высшее образование и 64,7% – состояли в браке. Эти цифры выше, чем в среднем по России, поскольку учитывалась “неофициальная” занятость населения, гражданские браки и т.д.

Питание населения отличалось от рекомендуемого в настоящее время. [5]. Так всего около 10% обследованных употребляли достаточное количество овощей и фруктов, что является минимальным потреблением на уровне популяции. Также более 80% населения злоупотребляли простыми сахарами. Алкоголем злоупотреблял небольшой процент жителей, что может быть связано с тем, что оценка этого параметра проводилась на основании опроса. Количество лиц злоупотребляющих солью было также относительно небольшим. Однако, например, соленья ежедневно употребляли 19,3% и 33,6% лиц, проживающих в городе и селе соответственно. Такие данные могут быть связаны с проведением исследования в зимний период.

Ожирением страдало 47,0% лиц в селе и 40,5% в городе (в России – около 30% [6]). В тоже самое время на калорийность продуктов обращало внимание не более 1/3 жителей области. Структура ежедневного употребления различных продуктов в пищу также

отличалась от рекомендованной. Эти данные демонстрируют необходимость принятия неотложных профилактических мер по изменению пищевых привычек и снижению веса в популяции.

При оценке физической активности было выявлено, что очень небольшое число жителей области имело недостаточный ее уровень. До 75% обследованных имело высокую физическую активность, что было показано, например, в исследовании CINDI [7].

Среди всех обследованных 34,6% курили регулярно. Эти данные согласуются с исследованием GATS, завершившемся в 2009 г., где курили 60,2% мужчин и 21,7% женщин [8]. Прослеживается тенденция к снижению количества регулярно курящих жителей с возрастом. Однако, увеличивается число курильщиков среди молодых людей, что требует проведения среди них и подростков профилактических мероприятий. Прослеживается связь курения со злоупотреблением алкоголем, что дополнительно может повышать риск неблагоприятных событий.

В значительном проценте – у 84,1% обследованных лиц показатели ОХС и ЛПНП были выше рекомендованных значений. Более того, у жителей села «атерогенность» липидного спектра была достоверно выше, чем в городской популяции. Уровень липидов был связан с избыточной массой тела ($p < 0,05$). Таким образом, профилактические мероприятия, направленные на изменение

пищевых привычек могут также улучшить состояние липидного обмена.

СРБ также был повышен как у жителей села, так и города. Его уровень более 5 мг/л ассоциировался с наличием АГ и ожирения.

Распространенность АГ соответствовала предыдущим эпидемиологическим исследованиям в РФ [9] и составила 45,9%. С возрастом распространенность АГ увеличивалась. Эффективно в Рязанской области лечился 41% пациентов, при этом в сельской местности этот процент был ниже. Это диктует необходимость усиления профилактики, прежде всего на селе, а не только в городе.

Высокая ЧСС также оценивалась, как фактор риска неблагоприятных осложнений. Распространенность ЧСС >75 уд/мин в селе составила 42,8%, в городе – 40,7%. Была выявлена связь между ЧСС >85 уд/мин с ожирением, повышенными воспалительными маркерами, злоупотреблением алкоголем и сахарным диабетом.

При комплексной оценке кардиоваскулярного риска по SCORE было выявлено, что 23,1% обследованных имели высокий и очень высокий риск, что требовало неотложных мероприятий по его снижению. Всем участникам исследования с высоким риском были даны письменные рекомендации по немедикаментозной профилактике. Также им был назначен визит к участковому терапевту для решения вопроса о медикаментозной коррекции риска.

Выводы

Учитывая высокую распространенность традиционных поведенческих факторов риска в популяции Рязанской области, необходимо внедрение комплексной долгосрочной программы профилактики неинфекционных заболеваний для формирования правильного пищевого поведения, повышения уровня физической активности, снижения избыточной массы тела, отказа от курения как среди лиц 25-64 лет, так детей и подростков, и, соответственно, снижения заболеваемости и смертности от ССЗ.

Полученные региональные особенности распространенности традиционных факторов риска у лиц городского и сельского населения, диктуют необходимость при разработке программ профилактики определять точки максимального воздействия и финансирования. В частности, в Рязанской популяции этими точками являются: коррекция избыточной массы тела и изменение пищевого поведения, а также отказ от курения.

Необходимо оценивать суммарный кардиоваскулярный риск по SCORE каждому пациенту, обратившемуся к врачу или пришедшему на осмотр для выявления групп высокого и очень высокого риска. Профилактические мероприятия в этих группах будут иметь максимальный эффект, который будет способствовать снижению смертности от ССЗ.

Литература

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), РФ, 2009 г. – М., 2009. – 185 с.
2. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) Европейского регионального бюро ВОЗ, доступно по ссылке: <http://euro.who.int>; последнее обновление: июль 2013.
3. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике / под ред. Р.Г. Оганова, С.А. Бойцова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011; 10 (6) Приложение 2. – 64 с.
4. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 216 с.
5. Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба / под ред. П. Пушка [и др.]. – Хельсинки: Изд-во Ун-та Хельсинки, 2011. – 291 с.
6. Протокол и практическое руководство. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕВБ ВОЗ. – Копенгаген, 1996. – 112 с.
7. Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в Российской Федерации (2005-2007 гг.), проведенного в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации»: информационно-статистический сборник / под ред. С.А. Шальной. – М., 2008. – 224 с.
8. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации / под ред. И.С. Глазунова, S. Stachenko. – 2006. – 149 с., доступно по ссылке http://cindi.gnicpm.ru/monograph_r.pdf.
9. Чазова И.Е. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Российского респираторного общества) / И.Е. Чазова [и др.] // Системные Гипертензии. – 2013. – 10: 5-34.
10. Conroy R.M. On behalf of the SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy [et al.] // EHJ. – 2003. – 24: 987-1003.

Сведения об авторах

Якушин Сергей Степанович – д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань
E-mail: Yakushin@kafedra.ryazan.ru.

Филиппов Евгений Владимирович – канд. мед. наук, ассист. кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.