

Найден Т.В., Бартош-Зеленая С.Ю.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ТРУДОСПОСОБНЫХ МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, kazimir_gizm@mail.ru

Цель: оценить роль некоторых факторов риска в развитии мультифокального атеросклероза (МФА) у трудоспособных мужчин среднего возраста.

Материалы и методы: В основную группу вошли 128 лиц мужского пола в возрасте от 45 до 59 лет с сочетанным атеросклеротическим поражением сосудистого русла. Контрольную группу составили 40 здоровых мужчин. Статистически значимых различий возраста пациентов в основной и контрольной группах ($p = 0,045$) получено не было.

Результаты. В основной группе 112 пациентов (88%) с МФА отмечали наличие проявлений данного заболевания в анамнезе у близких родственников. Причем у большинства из них (105 человек – 82% от общей численности основной группы) локализация сочетанного поражения у членов семьи отмечалась по коронарному и брахицефальному бассейнам. Наследственный характер атеросклеротического поражения брюшной аорты с бассейном нижних конечностей и почечных артерий (ПА) отметили только 8 пациентов (6% от общего числа). 16 пациентов основной группы (12%) не отмечали случаев аналогичного заболевания у близких родственников.

Среди пациентов основной группы изменения липидограммы атерогенного характера обнаружены в 97% случаев. Все пациенты контрольной группы имели нормальные показатели липидограммы. Наличие дислипидемии было связано с преимущественным поражением коронарных артерий (КА) на фоне МФА ($p = 0,03$). Тогда как у пациентов с более выраженным поражением других артериальных бассейнов подобной зависимости не наблюдалось ($p = 0,7$).

Наличие артериальной гипертензии (АГ) и развитие гемодинамически значимых стенозов и осложнений (в виде острого инфаркта миокарда, ишемического инсульта) были взаимосвязаны у пациентов с сочетанным поражением церебрального, коронарного и почечного бассейнов ($p = 0,02$), тогда как связь АГ с прогрессированием атеросклероза артерий нижних конечностей (АНК) оказалась сомнительной ($p = 0,55$).

Большинство обследованных (96%) с МФА имели стаж курения 10 и более лет, при этом количество сигарет, выкуриваемых за сутки, составило 10 и более

штук. Тогда как в группе контроля данное количество сигарет курил только каждый 5-й пациент, что указывает на большую частоту МФА у курящих лиц ($p = 0,001$).

В настоящем исследовании висцеральное ожирение имели 45% пациентов основной группы и 48% пациентов контрольной группы. Достоверной корреляции с поражением какого-либо бассейна и наличием ожирения выявлено не было ($p = 0,6$). Однако эти данные не могут служить достаточным основанием для опровержения значимости данного фактора в развитии МФА.

У пациентов основной группы наличие сахарного диабета (38 человек – 30%) с высокой степенью достоверности определяло тяжесть проявлений МФА, в особенности при поражении ПА и АНК ($p = 0,025$). Рассматривая наличие хронической почечной недостаточности как фактора риска МФА, удалось выявить статистически значимые различия между пациентами контрольной группы и пациентами с сочетанным атеросклерозом КА и ПА (всего 20 человек, $p = 0,001$).

Выводы.

Риск развития мультифокального атеросклероза выше у лиц, близкие родственники которых страдали данным заболеванием, причем часто наследственный фактор определяет локализацию наиболее выраженных сосудистых поражений.

Известно, что наличие таких модифицируемых факторов риска, как дислипидемия, АГ, курение и сахарный диабет увеличивают риск возникновения и развития МФА и его осложнений, причем, по данным настоящего исследования, наличие дислипидемии имеет прямую связь с преимущественным поражением КА, артериальной гипертензии – с поражением КА, ПА и брахицефальных артерий, сахарного диабета – с более тяжелым течением облитерирующего атеросклероза АНК.

Курение, несомненно, является неблагоприятным фактором, т.к. имеет прямую связь с распространенностью атеросклеротического поражения.

Таким образом, роль перечисленных факторов риска достаточно велика, что особенно важно для своевременной диагностики МФА, а также с учетом возможности модификации большинства из них – для планирования тактики лечения и профилактики заболеваний, связанных с атеросклерозом.