

5. Бирюкова Л. А. Приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца с болевой и безболевой формой. Сиб. мед. журн. 2008; 4: 75—77.
6. Журавлева И. Ю., Рутковская Н. В., Одаренко Ю. Н., Горбунова Е. В. Основные принципы ведения пациентов с искусственными клапанами сердца: Метод. рекомендации. Кемерово, 2011.
7. Погосова Г. В., Колтунов И. Е., Рославцева А. Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца — ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиология 2007; 3: 79—85.
8. Гуревич К. Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию. Качеств. клин. практика 2003; 4: 53—58.
9. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P. et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. Blood Press 2003; 12 (1): 49—55.
10. Хохлова А. Л., Лисенкова Л. А., Раков А. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. Качеств. клин. практика 2003; 4: 59—66.
11. Ragot S., Sosner P., Bouche G. et al. Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension results of a regional survey. J. Hum. Hypertens. 2005; 19 (7): 577—584.
12. Давыдов С. В. Артериальная гипертония: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань; 2004.
13. Кондради А. О., Полуничева Е. В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции. Артериал. гипертенз. 2004; 3: 137—143.

Поступила 10.11.11

© С. А. МАТВЕЕВА, 2012
УДК 616.127-005.4-02-07

СВОЕВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА — ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

С. А. Матвеева

Медицинский центр «Атенон», Рязань

Изучена сравнительная распространенность и длительность воздействия распространенных факторов риска (ФР): артериальной гипертонии (АГ), курения, злоупотребления алкоголем, избыточного употребления продуктов, содержащих животные жиры, углеводы, психоэмоционального напряжения, наследственной отягощенности по ишемической болезни сердца (ИБС), АГ, сахарному диабету (СД), а также избыточной массы тела/ожирения, гиперхолестеринемии (ГХС) и гипертриглицеридемии (ГТГ) в формировании сочетанной сердечно-сосудистой патологии и выявления риска развития инфаркта миокарда (ИМ).

Проведено комплексное обследование 190 больных ИБС (средний возраст $53,0 \pm 0,6$ года): 82 (43,2%) мужчины и 108 (56,8%) женщины со стенокардией напряжения (СН) I—III функционального класса, метаболическим синдромом и СД 2-го типа.

Установлено, что сочетание таких ФР, как АГ, ГХС, ГТГ, психоэмоциональное напряжение, неправильное питание, избыточная масса тела/ожирение, СД 2-го типа, курение, злоупотребление алкоголем, ассоциируется с развитием ИБС, ИМ. При этом 4 ФР определялись у мужчин и женщин в 37,4 и 31,1% случаев соответственно, 5 ФР — в 33,1 и 39,5%, 6 ФР — в 29,5 и 15,3%, 7 ФР выявлялись у 14,1% мужчин.

ИМ в анамнезе диагностирован у 101 (53,2%) больного, Q-ИМ — у 55 (28,9%), неQ-ИМ — у 46 (24,3%). Q-ИМ установлен у мужчин и женщин с частотой 14,2 и 14,7%, неQ-ИМ — у женщин в 1,2 раза чаще, чем у мужчин.

Ранняя диагностика и коррекция ФР у людей молодого, среднего возраста могут способствовать профилактике или замедлению прогрессирования АГ, метаболического синдрома, ИБС и СД 2-го типа.

Ключевые слова: распространенность и длительность воздействия факторов риска, ишемическая болезнь сердца, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа, инфаркт миокарда

TIMELY ESTIMATION OF RISK FACTORS OF CORONARY HEART DISEASE AS A BASIS OF PREVENTION OF ITS COMPLICATIONS

S.A. Matveeva

Atenon Medical Centre, Ryazan

We compared the prevalence and duration of action of common risk factors (RF) of arterial hypertension (AH), smoking, alcohol abuse, excess consumption of animal fats and carbohydrates, psychoemotional stress, inherited risk of coronary heart disease (CHD), AH, diabetes mellitus (DM), overweight/obesity, hypercholesterolemia (HC) and hypertriglyceridemia (HTG) contributing to combined cardiovascular pathology. In addition, RF of myocardial infarction (MI) were elucidated. The study involved 190 patients with CHD including 82 (43.2%) and 108 (56.8%) (mean age 53.0 ± 0.6 yr) suffering functional class I-III angina of effort (AE), metabolic syndrome and DM2. A combination of such RF as AH, HC, and HTG, psychoemotional stress, unhealthy diet, overweight/obesity, DM2, smoking, and alcohol abuse were found to be associated with CHD and MI. Four RF were identified in 37.4 and 31.1% of the men and women respectively, 5 FR in 33.1 and 39.5%, 6 RF in 29.5 and 15.3%; 7 RF were revealed in 14.1% of the men. The history of IM was documented in 101 (53.2%) patients, Q-wave IM in 55 (28.9%), non-Q-wave MI in 46 (24.3%). Q-wave MI occurred in 142 and 14.7% of men and women respectively; non-Q-wave MI occurred 1.2 times more frequently in women than in men. It is concluded that early diagnosis of RF in young and middle-aged subjects may promote prevention or slow down progression of metabolic syndrome, AH, CHD, and DM2.

Key words: prevalence and duration of action of common risk factors, ischemic heart disease, metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus, myocardial infarction

Термин «фактор риска» (ФР) был предложен в 1961 г. W. Kannel — одним из пионеров Framingham Study [1].

Это исследование ввело понятие «факторы риска» (модифицируемые, немодифицируемые).

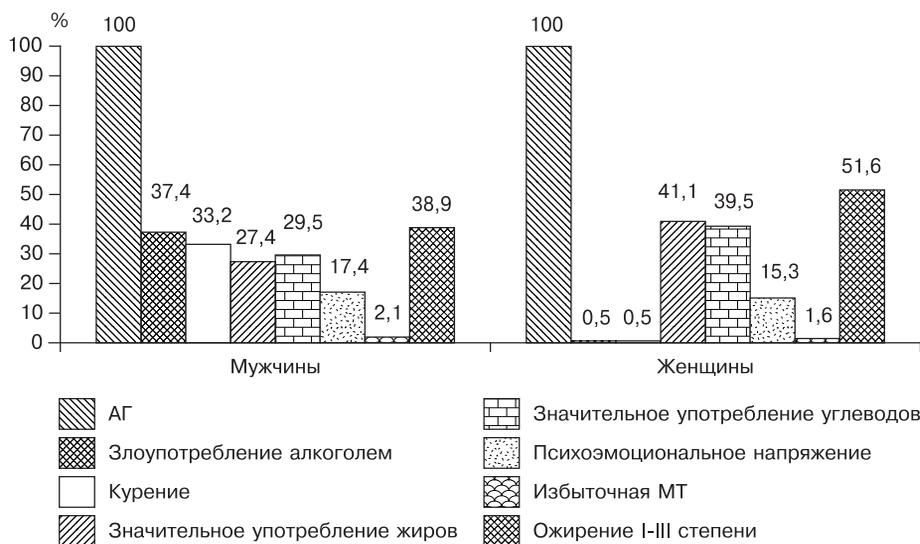


Рис. 1. Распространенность ФР у больных ИБС, СН, МС и СД 2-го типа.

В 80-х годах XX века основными факторами риска считали артериальную гипертензию (АГ), гиперхолестеринемию (ГХС) и курение. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, вклад этих ФР в преждевременную смертность населения Российской Федерации от всех причин составляет 75%, а у 58% населения ухудшается качество жизни из-за АГ, курения, злоупотребления алкоголем и ГХС [2].

В 1991 г. V. Dzau и E. Braunwald [3] предложили концепцию единого сердечно-сосудистого континуума («cardiovascular continuum»), представляющего собой цепь последовательных событий, приводящих в финале к развитию хронической сердечной недостаточности и смерти больного. Пусковыми звеньями этого «фатального каскада» являются сердечно-сосудистые ФР: АГ и сахарный диабет (СД).

Согласно результатам эпидемиологического исследования INTERHEART, основными ФР, способствующими прогрессированию коронарного атеросклероза, ассоциированного с развитием инфаркта миокарда (ИМ), являются такие классические факторы, как ГХС, АГ, СД и курение [4].

Согласно современным представлениям, метаболический синдром (МС) — один из важнейших факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и СД 2-го типа, сопровождающийся повышением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [5, 6].

Основными компонентами МС являются абдоминальное ожирение, АГ, дислипидемия/гиперлипидемия (ДЛП/ГЛП) с повышением в сыворотке крови концентрации триглицеридов (ТГ), холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и/или снижением уровня ХС липопротеинов высокой плотности, гипергликемия, нарушенная толерантность к глюкозе и др. [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение сравнительной распространенности и длительности воздействия некоторых ФР: АГ, курения, злоупотребления алкоголем, значительного употребления продуктов, содержащих животные жиры, углеводы, психоэмоционального напряжения, а также определение роли избыточной массы тела/ожирения, наследственной отягощенности по ИБС, АГ, СД; ГХС и гипертриглицеридемии (ГТГ) в формировании ИБС, МС и СД 2-го типа и развитии ИМ у мужчин и женщин среднего возраста.

Материал и методы

Проведено комплексное обследование 190 пациентов (средний возраст $53,0 \pm 0,6$ года). Программа обследо-

вания включала клинические данные: анамнез, семейный анамнез с детальным расспросом в отношении наличия ИБС, АГ, СД у родственников первой степени родства, изучение медицинской документации, в том числе указанной на ИМ в анамнезе, подтвержденный документально, объективное исследование органов по системам; результаты лабораторного (липидный спектр сыворотки крови, белковый, углеводный, электролитный обмен, функциональные пробы печени и почек и др.), инструментального (электрокардиографического и ультразвукового исследования сердца, сосудов, рентгенологического исследования органов грудной полости) методов исследования.

Обследованную группу составили 82 (43,2%) мужчины и 108 (56,8%) женщины с ИБС, стенокардией напряжения (СН) I—III функционального класса (ФК), МС и СД 2-го типа.

Исследование осуществлялось с информированного согласия пациентов и соответствовало этическим нормам Хельсинкской декларации (2000).

В диагностике ИБС, СН использовали российские рекомендации «Диагностика и лечение стабильной стенокардии», разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2008) [7]. Диагноз АГ (гипертонической болезни — ГБ) ставили, используя критерии, разработанные Комитетом экспертов ВНОК «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2008) [8]. МС верифицировали на основе критериев, сформулированных Рабочей группой ВОЗ [9] и Комитетом экспертов ВНОК «Диагностика и лечение метаболического синдрома» (2009) [6]. СД 2-го типа устанавливали в соответствии с критериями ВОЗ [10] и IDF [11], оценивали тяжесть диабета [12].

Антропометрические характеристики обследованных включали определение массы тела и роста. Для количественной оценки массы тела и тяжести ожирения использовали индекс массы тела (ИМТ) [13]. Производили измерение массы тела с точностью до 0,1 кг и роста с точностью до 0,5 см; рассчитывали ИМТ по формуле Кетле: масса тела/рост ($\text{кг}/\text{м}^2$). ИМТ $< 25 \text{ кг}/\text{м}^2$ расценивали как показатель нормальной массы тела более $30 \text{ кг}/\text{м}^2$ — как критерий диагностики ожирения, промежуточные значения — как показатель избыточной массы тела [13].

ДЛП/ГЛП верифицировали на основе рекомендаций ВНОК [14], ГХС считали показателями общего ХС более 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП более 2,5 ммоль/л; ГТГ — уровень ТГ 1,7 ммоль/л и более. Данные представлены в виде вариант и 10 перцентилей (≤ 10 и > 90).

Статистическую обработку данных проводили с помощью специально составленной программы, вычисляли средние значения показателей (M) и средние квадратические отклонения (m).

Результаты и обсуждение

Средний возраст мужчин составил $50,5 \pm 0,9$ года, женщин — $54,9 \pm 0,7$ года. АГ (ГБ) имела место у всех больных — обязательный критерий МС в проведенном исследовании (рис. 1), соотношение диагнозов ГБ II стадии/ГБ III стадии у мужчин равнялось 0,7, у женщин — 1,0.

Повышение артериального давления у больных с ГБ II стадии/ГБ III стадии регистрировалось длительно: у мужчин — $14,23 \pm 1,31/15,6 \pm 1,12$ года, у женщин —

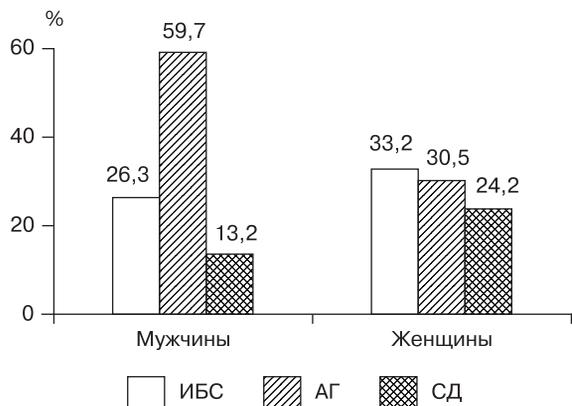


Рис. 2. Наследственная отягощенность по ИБС, АГ и СД у больных ИБС, СН, МС и СД 2-го типа.

14,68 ± 1,29/17,5 ± 9,52 года соответственно.

Статус курения отмечался у 63 (33,2%) мужчин и 1 (0,5%) женщины — 29,13 ± 1,72 и 22,0 года соответственно. На избыточное употребление алкоголя указывали 71 (37,4%) мужчина и 1 (0,5%) женщина — 35,37 ± 1,35 и 4,0 года соответственно.

Психоэмоциональное напряжение определено у 33 (17,4%) мужчин (длительность 24,31 ± 13,77 года) и 29 (15,3%) женщин (25,17 ± 7,69 года).

Нерациональное питание: значительное употребление продуктов, содержащих животные жиры, выявлено у 52 (27,4%) мужчин и 78 (41,1%) женщин (длительность 20,81 ± 0,88 и 24,31 ± 0,89 года соответственно); значительное употребление углеводов — у 39 (20,5%) мужчин и 75 (39,5%) женщин (24,0 ± 1,31 и 23,23 ± 0,94 года соответственно).

Избыточная масса тела (предожирение) установлена у 4 (2,1%) мужчин и 3 (1,6%) женщин, ожирение I—III степени — у 74 (38,9%) мужчин и 98 (51,6%) женщин.

На наследственную отягощенность по ИБС указывали 26,3 мужчин и 33,2% женщин; АГ — 59,7 и 30,5%, СД — 13,2 и 24,2% соответственно (рис. 2).

При сравнении показателей липидограммы у пациентов установлено, что показатели общего ХС (варианта — 5,93 ± 0,10 ммоль/л, ≤ 10 перцентиля — 4,04 ± 0,14 ммоль/л и > 90 перцентиля — 8,35 ± 0,57 ммоль/л) выше у женщин, чем у мужчин, на 11,0, 8,2 и 13,3% соответственно.

Значения ХС ЛПНП (варианта — 2,91 ± 0,09 ммоль/л, ≤ 10 перцентиля — 1,08 ± 0,11 ммоль/л и > 90 перцентиля — 5,02 ± 0,17 ммоль/л) выше у женщин, чем у мужчин, на 18,0, 24,5 и 20,6% соответственно.

Показатели ТГ (варианта — 2,41 ± 0,09 ммоль/л и ≤ 10 перцентиля — 1,07 ± 0,05 ммоль/л) у женщин на

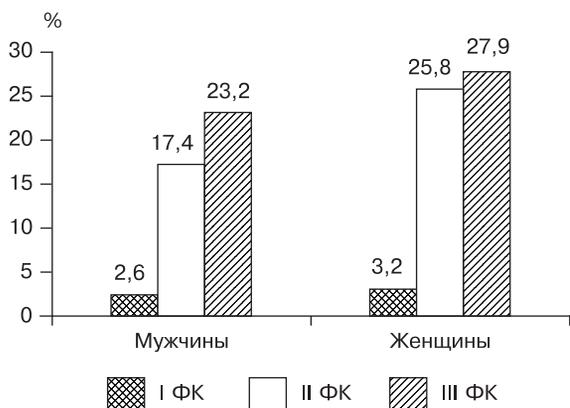


Рис. 3. Частота ФК СН у больных ИБС, МС и СД 2-го типа.

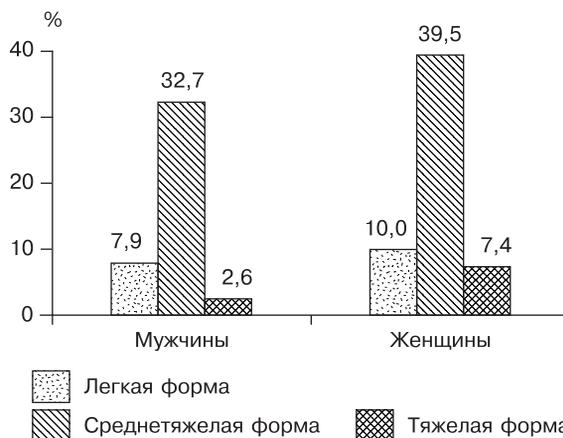


Рис. 4. Формы СД 2-го типа у больных с ИБС, СН и МС.

9,1 и 28,0% превышают соответствующие показатели у мужчин; значения > 90 перцентиля (5,31 ± 0,30 ммоль/л) у мужчин на 12,2% выше, чем у женщин.

ИБС, СН I—II—III ФК диагностирована у 2,6, 17,4 и 23,2% мужчин и 3,2, 25,8 и 27,9% женщин соответственно (рис. 3).

Легкая форма СД 2-го типа установлена у 15 (7,9%) мужчин и 19 (10%) женщин (рис. 4), среднетяжелая форма — у 62 (32,7%) мужчин и 75 (39,5%) женщин; тяжелая форма СД 2-го типа определялась в 2,8 раза чаще у женщин — у 14 (7,4%), чем у мужчин, — у 5 (2,6%).

ИМ в анамнезе диагностирован в 101 (53,2%) случае: инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ) — в 55 (28,9%), инфаркт миокарда без зубца Q (неQ-ИМ) — в 46 (24,3%). Q-ИМ установлен у мужчин и женщин с частотой 14,2 и 14,7%; неQ-ИМ — у женщин в 1,2 раза чаще, чем у мужчин (рис. 5).

Итак, в группе больных ИБС, СН, МС и СД 2-го типа женщины (средний возраст 54,9 года) — 56,8%. СД 2-го типа выявляется в среднетяжелой форме у большинства (72,2%) больных — у 32,7% мужчин и 39,5% женщин. ИМ в анамнезе выявлен у 53,2% больных: Q-ИМ у 28,9%, с практически одинаковой частотой у мужчин и женщин; неQ-ИМ у 24,3%, у женщин в 1,2 раза чаще, чем у мужчин.

Обобщая вклад ФР в формирование сердечно-сосудистой патологии, следует отметить некоторые особенности, которые имеют важное значение в клинической практике.

Известно, что ФР подразделяются следующим образом:

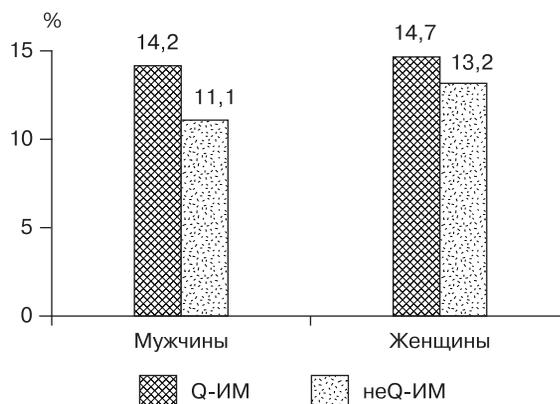


Рис. 5. Частота ИМ в анамнезе у больных ИБС, СН, МС и СД 2-го типа.

- модифицируемые (АГ, курение, нерациональное питание, увеличенный ИМТ/ожирение и др.);
- частично модифицируемые (СД, психоэмоциональное напряжение, ГЛП);
- немодифицируемые (возраст, пол, наследственность).

АГ (ГБ) является ведущим фактором высокой смертности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы, увеличивая риск развития ИБС в 3—4 раза [8, 15, 16]. При этом риск развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ в сочетании с МС в 5 раз выше (25%), чем при АГ без метаболических нарушений (5%) [17].

Показано также, что курение и злоупотребление алкоголем провоцируют развитие ИБС [18, 19]. При курении одной сигареты в день риск ИБС возрастает на 39% [20]. При этом вредные привычки отмечались в основном у мужчин: курение в 33,2% случаев (длительность $29,13 \pm 1,72$ года) и злоупотребление алкоголем в 37,4% случаев ($35,37 \pm 1,35$ года).

Увеличение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в течение последних десятилетий обусловлено высоким уровнем психосоциального стресса у широких слоев населения [21]. Депрессия и тревога являются независимыми предикторами смертности больных с сердечно-сосудистой патологией [22]. Так, длительное психоэмоциональное напряжение (в течение 24 лет и более) определялось у мужчин (17,4%) несколько чаще, чем у женщин (15,3%).

Факторами внешней среды, способствующими развитию ожирения, является избыточное употребление в питании продуктов, содержащих жиры. Установлено, если масса потребляемого жира превосходит возможности организма по его окислению, то происходит развитие и прогрессирование ожирения [23]. При употреблении жиров организм получает в 2 раза больше калорий, чем при употреблении белков и углеводов, при одинаковом объеме пищи [7]. Среди обследованных жиры и углеводы в избыточном количестве употребляли 27,4 и 20,5% мужчин в течение 20,8 и 24,0 года и более; отдавали предпочтение пище, богатой жирами и углеводами, 41,1 и 39,5% женщин в течение 24,3 и 23,2 года и более.

Ожирение не только является независимым ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний и СД, но и приводит к развитию метаболических нарушений, потенцирующих развитие атеросклероза [6, 24, 25]. Так, ожирение I—III степени развивалось чаще у женщин (51,6%), чем у мужчин (38,9%).

Повышенный риск, связанный с ожирением, во многом обусловлен большей частотой коронарных и церебральных расстройств у людей с избыточной массой тела [26]. Кроме того, наличие ожирения у больных ИБС способствует прогрессированию заболевания и повышению смертности [27].

Биохимические и эпидемиологические исследования свидетельствуют о важности липидных показателей (общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ) как ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний [28—30]. Известно, что имеется тесная прямая зависимость между уровнем ХС ЛПНП в сыворотке крови и смертностью от ИБС [28, 31]. ГЛП, согласно критериям ВНОК [14]: ГХС (в том числе за счет повышения уровня ХС ЛПНП) и ГТГ определялись у 74 (90%) мужчин и 97 (90%) женщин в различных сочетаниях.

В исследовании Multiple Risk Factor Intervention Trial выявлено, что при СД 2-го типа риск развития сердечно-сосудистых осложнений выше в 2—3 раза, чем в общей популяции, а при АГ и СД риск этих осложнений возрастает еще в 2—3 раза [28]. У большинства (72,2%) больных СД 2-го типа проявлялся в среднетяжелой форме; при этом чаще у женщин (39,5%), чем у мужчин (32,7%), и тяжелая форма диабета диагностировалась чаще у жен-

щин (7,4%), чем у мужчин (2,6%), что также способствовало увеличению риска развития осложнений (ИМ).

Кроме того, сочетание нескольких ФР и наличие МС ведут к прогрессированию коронарного атеросклероза и развитию ИМ [17, 32, 33]. В проведенном нами исследовании установлено, что сочетание таких ФР, как АГ, ГХС, ГТГ, психоэмоциональное напряжение, неправильное питание, избыточная масса тела/ожирение, СД 2-го типа, курение, злоупотребление алкоголем, ассоциируется с развитием ИБС, ИМ. При этом 4 ФР определялись у мужчин и женщин соответственно в 37,4 и 31,1% случаев, 5 ФР — в 33,1 и 39,5%, 6 ФР — в 29,5 и 3%; 7 ФР выявлялись у 14,1% мужчин.

Полученные результаты согласуются с данными исследования INTERHEART [4] с участием больных с острым ИМ из 52 стран (15 152 и 14 820 больных в контрольной группе), в котором отмечено, что присутствие любого из основных ФР (курение, СД, АГ, ДЛП) связано с показателем дополнительного риска развития ИМ. Так, сочетание трех основных ФР увеличивает добавочный риск до показателя 13,1, что составляет 53% риска развития ИМ. Наличие четырех основных ФР повышает показатель добавочного риска до 42,3 или 75,8% риска ИМ. Добавление к основным ФР абдоминального ожирения, психосоциальных факторов, отсутствие в рационе фруктов и овощей, регулярное потребление алкоголя увеличивают риск до 90 и 94% у мужчин и женщин соответственно [4].

Согласно рекомендациям международных организаций и обществ — Всемирной организации здравоохранения [9], National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (АТР III) [5], International Diabetes Federation (IDF) [34], Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) [6], в качестве диагностических критериев МС предложены практически одни и те же компоненты, а конечная цель — выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Вместе с тем критерии МС включают уже сформировавшуюся патологию: АГ, ожирение, нарушенную толерантность к глюкозе/СД, ГЛП и др.; исходя из этого, о первичной профилактике не может быть и речи, а можно говорить лишь о проведении вторичной профилактики. При наличии основных критериев МС и детальном обследовании отмечено, что ИБС часто проявляется в течение нескольких лет.

Наследственной отягощенности по сердечно-сосудистой патологии не уделяется должного внимания, но и при изучении семейного анамнеза у мужчин и женщин наследственная отягощенность определялась часто и составляла соответственно по ИБС 26,3 и 33,2%, по АГ 59,7 и 30,5%, по СД 13,2 и 24,2%.

Наследственная отягощенность — немодифицируемый фактор; вместе с тем наличие еще более двух традиционных ФР (курение + чрезмерное употребление алкоголя/неправильное питание или курение + неправильное питание/избыточная масса тела или психоэмоциональное напряжение + курение/чрезмерное употребление алкоголя и т. д.) способствует ранней диагностике начальных проявлений МС и своевременной профилактике ИБС и СД 2-го типа.

Согласно общепринятым критериям, МС чаще встречается у мужчин и женщин в среднем возрасте [6]. Вместе с тем нами показано, что молодые люди в возрасте до 30 лет уже имеют несколько традиционных ФР и должны наблюдаться как группа риска с целью проведения ранней профилактики развития ожирения, АГ, МС, ИБС, СД 2-го типа. При этом необходимо проведение клинического, лабораторного (липидный спектр, углеводный, пуриновый обмен и др.), инструментального обследования (электрокардиография, велоэргометрическая проба, эхокардиография и др.).

Выявление среди населения молодого и среднего возраста групп риска и адекватная коррекция ФР — реальные механизмы улучшения ситуации в отношении первичной профилактики и адекватного лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение

Длительное воздействие у мужчин таких факторов риска, как артериальная гипертензия, психоэмоциональное напряжение, курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, избыточная масса тела/ожирение, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, у женщин — артериальная гипертензия, неправильное питание, психоэмоциональное напряжение, избыточ-

ная масса тела/ожирения, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия определяет неблагоприятное течение метаболического синдрома и развитие ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения и сахарного диабета 2-го типа. Инфаркт миокарда с зубцом Q выявляется у мужчин и женщин с примерно одинаковой частотой — 14,2 и 14,7%; инфаркт миокарда без зубца Q — у женщин в 1,2 раза чаще, чем у мужчин.

Ранняя диагностика и коррекция факторов риска у людей молодого, среднего возраста могут способствовать профилактике или замедлению прогрессирования артериальной гипертензии, метаболического синдрома, ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2-го типа.

Сведения об авторе:

Медицинский центр «Атено», Рязань

Матвеева Светлана Александровна — канд. мед. наук, доцент, врач-кардиолог и терапевт высшей категории;
e-mail: ryazan01@g-richter.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Kannel W. B., Dawber T. R., Kagan A. et al. Factors of risk in the development of coronary heart disease six year follow-up experience. The Framingham Study. Ann. Intern. Med. 1961; 55: 33—50.
2. Оганов Р. Г., Погосова Г. В. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология 2007; 12: 4—9.
3. Dzau V., Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. Am. Heart J. 1991; 121 (4): 1244—1263.
4. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364 (9438): 937—952.
5. Grundy S. M., Cleeman J. I., Daniels S. R. et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation 2005; 112: 2735—2752.
6. Диагностика и лечение метаболического синдрома: российские рекомендации. [Прил. 2 к журн. Кардиоваск. тер. и профилактик. 2009; 8 (6)]. М.; 2009.
7. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: национальные клинические рекомендации. М.; 2008.
8. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Рекомендации. [Прил. 2 к журн. Кардиоваск. тер. и профилактик. 2008; 4]. М.; 2008.
9. Iberti K. G., Zimmet P. Z. Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and its complications, part I: diagnosis and classification of diabetes mellitus: provisional report of a WHO consultation. Diabet. Med. 1998; 15 (7): 539—553.
10. WHO. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabet. Care 1999; 23 (1): 4—16.
11. Global Guideline for type 2 diabetes. International Diabet Federation, 2005.
12. Балаболкин М. И. Диабетология. М.; 2000.
13. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization 1997. 218—219.
14. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: российские рекомендации. [Прил. 3 к журн. Кардиоваск. тер. и профилактик. 2009; 8 (6)]. М.; 2009.
15. Шальнова С. А., Деев А. Д., Карпов Ю. А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога. Кардиоваск. тер. и профилактик. 2006; 5 (2): 73—80.
16. European Society of Hypertension — European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the ESH and ESC. Hypertension 2007; 25 (6): 1105—1187.
17. Girman C. J., Rhodes T., Mercuri M. et al. the 4S Group, the AFCAPS/TexCAPS Research Group: The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS). Am. J. Cardiol. 2004; 93: 136—141.
18. Law M.R., Morris J.K., Wald N.J. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of evidence. Br. Med. J. 1997; 315: 973—980.
19. Нужный В. П., Огурцов П. П. Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации. В кн.: Иванец Н. Н. (ред.). Руководство по наркологии. М.; 2002.
20. Law M. R., Morris J. K., Wald N. J. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of evidence. Br. Med. J. 1997; 315: 973—980.
21. Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным программы КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; 8: 38—44.
22. Barefoot J. C., Scholl M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in community sample. Circulation 1996; 93: 1976—1980.
23. Аметов А. С., Демидова Т. Ю., Пархолина Е. С. Ожирение — основа метаболического синдрома. Лечащий врач 2001; 5: 28—32.
24. Must A., Spadano J., Coakley E. et al. The disease burden associated with overweight and obesity. J.A.M.A. 1999; 282: 1523—1529.
25. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия. М.; 2006.
26. Stevens J., Cai J., Pamuk E. R. et al. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. N. Engl. J. Med. 1998; 338: 1—7.
27. Garrison R. J., Higgins M. W., Kannel W. B. Obesity and coronary heart disease. Curr. Opin. Lipidol. 1996; 7: 199—202.
28. Neaton J. D., Blackburn H., Jacobs D. et al. Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Arch. Intern. Med. 1992; 152: 1490—1500.
29. Lamarche B., Tchernof A., Moorjani S. et al. Small, dense low-density lipoprotein particles as a predictor of the risk of ischemic heart disease in men. Prospective results from the Quebec Cardiovascular Study. Circulation 1997; 95: 69—75.
30. Shepherd J. Plasma triglyceride and the risk for vascular disease. Medscape Cardiology. 2005; 9 (2). www.medscape.com/viewarticle/512941.
31. Lerner D. J., Kannel W. B. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A twenty-six year follow-up of the Framingham population. Am. Heart J. 1986; 111: 383—390.
32. Stamler J., Vaccaro O., Neaton J. D., Westworth D. Diabetes, other cardiovascular risk factors, and 12-year cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. Diabet. Care 1993; 16: 434—444.
33. Malik S., Wong N. D., Franklin S. S. et al. Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease and on all causes in United States adults. Circulation 2004; 110: 1245—1250.
34. International Diabetes Federation. World wide definition of the metabolic syndrome. Available at: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf. Accessed August 24, 2005.

Поступила 24.06.11