

Р. Т. ДИДИГОВА

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИИ

*Кафедра госпитальной терапии медицинского факультета
Ингушского государственного университета,
386102, Республика Ингушетия, г. Назрань, ул. Муталиева, 11,
Ингушская республиканская клиническая больница, тел. 8 (8732) 22 2051. E-mail: roza2007@mail.ru*

Целью исследования является изучение социальных и поведенческих показателей в когорте пациентов со стенокардией напряжения в Республике Ингушетии.

В исследование были включены 530 пациентов со стенокардией напряжения ФК I–III ст. (300 мужчин в среднем возрасте $54 \pm 0,4$ года и 230 женщин в среднем возрасте $55,7 \pm 0,5$ года соответственно) в четырех лечебных учреждениях Республики Ингушетии. Для определения социальных и поведенческих показателей была использована анкета, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предназначенная для проведения клинических и эпидемиологических исследований.

Анализ социальных и поведенческих показателей показал, что в когорте мужчин с ишемической болезнью сердца каждый четвертый курит, с возрастом отмечается уменьшение числа курящих в 2–4 раза. Злоупотребление алкоголем не имеет связи с возрастом и выявляется у 12% мужчин со стенокардией напряжения. По данным опроса, ни одна женщина из когорты с ишемической болезнью сердца не курит и не употребляет алкоголь, что связано с религиозно-этническими традициями данного региона. Среди женщин со стенокардией напряжения выраженные нарушения питания выявлялись в три раза чаще по сравнению с мужчинами. В среднем каждый второй пациент ведет малоподвижный образ жизни, при этом среди женщин частота оказалась достоверно чаще.

Таким образом, у пациентов со стенокардией напряжения выявляются нарушения ряда поведенческих показателей. Существуют также серьезные социальные проблемы, без комплексного решения которых вторичная профилактика ССЗ не может дать желаемых результатов.

Ключевые слова: стенокардия напряжения, социальные показатели, поведенческие факторы.

R. T. DIDIGOVA

ANALYSIS OF THE SOCIAL AND BEHAVIORAL FACTORS IN A COHORT OF PATIENTS WITH ANGINA IN THE REPUBLIC OF INGUSHETIA

*Ingush state university, department of hospital therapy medical faculty,
386102, Republic of Ingushetia, Nazran, 11 Mutsalieva str., Ingush republican hospital,
tel. (8732) 22 2051. E-mail: roza2007@mail.ru*

The aim of the study is to examine the social and behavioral indicators in a cohort of patients with angina in the Republic of Ingushetia.

The study included 530 patients with stable angina FC I–III (an average of 300 men aged $54 \pm 0,4$ years and 230 women in middle age $55,7 \pm 0,5$ years, respectively) in four hospitals of the Republic of Ingushetia. To determine the social and behavioral indicators was used a questionnaire developed by the experts of the World Health Organization (WHO), designed for clinical and epidemiological studies.

Analysis of the social and behavioral indicators showed that in a cohort of men with coronary heart disease (CHD) every four smokers with age marked decrease in the number of smokers by 2–4 times. Alcohol abuse is not related to age and is diagnosed in 12% of men with stable angina. According to the survey, no woman from a cohort with CHD does not smoke or drink alcohol because of the religious and ethnic traditions of the region. Among women with angina expressed malnutrition detected three times more often than men. On average, every second patient is sedentary, with the rate among women was significantly more frequent.

Thus, in patients with stable angina revealed a number of violations of a number of behavioral indicators. There is also a serious social problem, without a comprehensive solution that secondary prevention can not give the desired results.

Key words: stable angina, social indicators, behavioral factors.

Введение

По прогнозу экспертов ВОЗ, в ближайшие 20 лет ожидается увеличение частоты хронических неинфекционных заболеваний, к числу которых относятся ИБС, онкологические заболевания и мозговой инсульт. Во всем мире в структуре смертности трудоспособного населения осложнения ССЗ занимают первое место. Доля этих осложнений в России несколько превышает аналогичные показатели развитых стран Европы, США и Японии [1, 2].

За последние 10 лет в некоторых регионах России отмечается рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. По данным Госстата, на Северном Кавказе смертность среди населения от болезней системы кровообращения в структуре общей смертности составляет 49%. Из них на долю ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни приходится соответственно 44,1% и 27,5% [3]. Этой тенденции способствует ряд причин: социально-экономические проблемы, общее социальное напряжение, обусловленное локальными вооруженными конфликтами, неадекватное обеспечение лекарственными средствами, медицинской техникой и др. С другой стороны, отмечается высокая распространенность некоторых основных факторов риска (ФР) ССЗ. Так, в 1998 г. больных с артериальной гипертензией (АГ) зарегистрировано 5252 человека, в 1999 г. – 7002 человека, в 2000 г. – 12 010 человек. Интересно отметить, что в обследованной популяции из 3967 лиц АГ впервые выявляется у 25% [5].

Социальные показатели и поведенческие факторы риска вносят большой вклад в развитие ССЗ [6]. При проведении вторичной профилактики ССЗ этим показателям не уделяют должного внимания. Коррекция основных факторов риска без учета социальных и поведенческих факторов не приводит к желаемым результатам.

Целью настоящего исследования является изучение социальных и поведенческих показателей в когорте пациентов со стенокардией напряжения в Республике Ингушетии.

Материалы и методы

В исследование были включены 530 пациентов со стенокардией напряжения ФК I–III ст. (300 мужчин в среднем возрасте $54 \pm 0,4$ года и 230 женщин в среднем возрасте $55,7 \pm 0,5$ года соответственно) в четырех лечебных учреждениях Республики Ингушетии:

1. Республиканская клиническая больница, $n=170$.
2. Назрановская городская больница, $n=130$.
3. Сунженская центральная районная больница, $n=125$.
4. Ингушская республиканская поликлиника, $n=105$.

Критерии включения:

- мужчины и женщины в возрасте 40–69 лет;
- стенокардия напряжения ФК I–III ст. в сочетании или без инфаркта миокарда в анамнезе.

Критерии исключения:

- возраст до 40 и старше 69 лет;
- нарушения ритма сердца высоких градаций по lown;
- пороки сердца и сосудов;
- миокардиты, миокардиодистрофии;
- почечная, печеночная недостаточность;
- заболевания крови;
- легочная недостаточность;

- онкологические заболевания (3–4-й ст.);
- эндогенные психические заболевания.

Стандартный опрос

Для определения социальных и поведенческих показателей была использована анкета, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предназначенная для проведения клинических и эпидемиологических исследований [6, 8].

Информация и сведения о респонденте не разглашаются и являются конфиденциальными. Доступ к этим документам имеют непосредственный исследователь, локальные руководители, координаторы и руководитель проекта.

Анкета состоит из нижеперечисленных частей:

- паспортные данные;
- антропометрические данные;
- статус курения;
- употребление алкоголя;
- сведения о наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету;
- физическая активность;
- питание;
- психологический статус, включая оценку уровня тревоги, депрессии и хронического стресса;
- анамнез по состоянию основных систем и органов, перенесенным заболеваниям и операциям, наличию хронических заболеваний, климактерический статус для женщин;
- вопросник Роуза;
- форма для расшифровки электрокардиограммы (ЭКГ) в покое.

Анкета является главным документом – основным материалом для проведения статистической обработки.

К курящим относились лица, выкуривавшие хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки. Статус курения определялся следующим образом: никогда не курившие, курившие в прошлом, курящие в настоящее время.

Статус потребления алкоголя оценивался по следующим критериям: никогда не употребляли алкоголь в течение последнего года, для мужчин: мало и умеренно – < 168 г этанола в неделю, много – > 168 г этанола в неделю; для женщин: мало и умеренно – < 84 г этанола в неделю, много – > 84 г этанола в неделю.

Физическая активность определялась в двух формах. Нормальная физическая активность: сидение менее 5 часов в день и ходьба пешком ежедневно не менее 30 минут и/или занятия физкультурой не менее 2 часов в неделю. Малоподвижный образ жизни: сидение > 5 часов в день и ходьба пешком ежедневно менее 30 минут, и/или занятия физкультурой менее 2 часов в неделю, или ходьба пешком ежедневно менее 30 минут и занятия физкультурой менее 2 часов в неделю.

Оценка нарушения питания проводилась с помощью вопросника ВОЗ, включавшего вопросы по частоте питания, приему пищевой соли, углеводов, животных жиров и белков. За нарушение приема пищевой соли принималось досаливание приготовленной пищи и/или ежедневный прием соленых продуктов. Избыточный прием животных жиров оценивался при ежедневном употреблении колбасных изделий, и/или употреблении сливочного масла более 4 чайных ложек в день, и/или более трех яиц в неделю. За нарушение употребления углеводов принималось ежедневное употребление мучных и кондитерских изделий. Нарушение питания определялось как легкой степени (один из видов

нарушения углеводного, жирового и минерального обмена), средней степени (два вида нарушения питания), выраженной степени (все три нарушения) и здоровое питание (в случае отсутствия вышеуказанных нарушений).

Наряду с этим всем пациентам проводились клинический осмотр, стандартный набор клинических и лабораторных исследований.

Статистический анализ

Ввод данных в региональном исследовательском центре производился в системе «ACCESS MS OFFICE». Редактирование и статистический анализ осуществлялись программой SAS (Statistical Analysis System) сотрудниками ФГБУ Государственного научного исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России (Москва). Описательные числовые характеристики исследуемых переменных: средние, частоты, стандартные отклонения и стандартные ошибки – получались с помощью процедур PROC SUMMARY, PROC UNIVARIATE, PROC FREQ. Использовались стандартные критерии значимости: χ^2 и t-тест Стьюдента (двухвыборочный).

Результаты исследования

Согласно исходному протоколу в исследование были включены пациенты в возрастном диапазоне 40–69 лет (абсолютное число пациентов в возрастных группах представлено в таблице 1).

Большинство мужчин и женщин с ИБС оказались в возрастном диапазоне 50–59 лет, тогда как почти каждый третий мужчина с ИБС находился в возрасте 60–69 лет, что достоверно чаще по сравнению с женщинами аналогичного возраста ($p < 0,01$).

Женщины в старшей группе составили 15% от общего числа. Интересно, что среди обследованных мужчин в возрасте 40–49 лет оказались только 18%, тогда как среди женщин этот показатель составил 23%. У 38

женщин (16% от общего числа) ИБС диагностирована до климактерического периода, у 140 женщин (61%) менопауза наступила в возрасте до 50 лет.

Статус работы. Анализ статуса работы когорты пациентов с ИБС продемонстрировал, что, большинство пациентов не работали, хотя и находились в возрасте моложе 60 лет. В частности, 65% мужчин не работали, из них 42% находились в возрасте до 60 лет. Работающих мужчин с ИБС было 23%, все они находились в возрасте старше 60 лет. Женщин, включенных в исследование и не работавших, было 81%, причем каждая вторая из них была моложе 55 лет. Каждая пятая работавшая женщина с ИБС была в возрасте старше 55 лет.

Семейное положение. Анализ семейного положения когорты пациентов с ИБС показал, что 84% мужчин и 86% женщин состояли в браке, тогда как число разведенных и неженатых составляло не более 10%. Среди женщин с ИБС вдов оказалось в два раза больше по сравнению с мужчинами, имевшими аналогичный семейный статус.

Образование. Одним из актуальных вопросов изучения связи социальных факторов и ИБС является изучение статуса образования (табл. 2).

Каждый второй пациент с ИБС имел среднее или неоконченное среднее образование, тогда как о наличии высшего образования заявили не более 20% мужчин и женщин с ИБС. По сравнению с женщинами мужчин с ИБС, имевших специальное образование, было в два раза больше (10,4% против 20,3%). При этом между мужчинами и женщинами по статусу образования не выявлены достоверные различия.

Оценка поведенческих факторов риска у мужчин и женщин, страдающих ИБС

Одной из главных задач настоящего исследования было изучение особенностей поведенческих ФР риска среди мужчин и женщин, страдающих ИБС. С этой

Таблица 1

Возраст и гендерные показатели обследованной когорты пациентов с ИБС

Возрастной диапазон	Мужчины, N=300	Женщины, N=230
40–49 лет	54	54*
50–59 лет	155***	142***
60–69 лет	91****	34

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$, достоверность различий по численности мужчин или женщин с ИБС в трех возрастных диапазонах, **** – $p < 0,01$, достоверность различий по численности мужчин и женщин с ИБС в возрасте 60–69 лет.

Таблица 2

Уровень образования обследованных пациентов с ИБС

Статус образования	Мужчины	Женщины
Высшее	63 (21%)	42 (18,3%)*
Специальное	61 (20,3%)**	24 (10,4%)
Среднее	139 (46,4%)*	130 (56,5%)*
Неоконченное среднее	37 (12,3%)	34 (14,8%)

Примечание: * – $p < 0,05$, *** – $p < 0,0001$, достоверность различий уровня образования мужчин или женщин с ИБС.

целью нами изучались: характер питания, физическая активность, статус курения и употребления алкоголя. Все анализируемые параметры оценивались с помощью рекомендованных экспертами ВОЗ анкет-вопросников.

Питание

Согласно результатам анкетирования 29,8% и 25,8% пациентов с ИБС имели легкое и выраженное нарушение питания, тогда как среднее нарушение питания выявлено у 44,3%, что имеет статистически значимую разницу по сравнению с первыми двумя видами нарушения питания ($p < 0,001$).

В целом анализ гендерных особенностей характера питания продемонстрировал общую тенденцию среди пациентов обоих полов (табл. 3). Однако среди мужчин преобладало умеренное нарушение питания, второе место по частоте занимало легкое нарушение, и каждый пятый мужчина имел выраженное нарушение питания. Женщины с ИБС имели одинаковую частоту нарушений, питания. По сравнению с мужчинами женщины достоверно чаще имели выраженные нарушения питания ($p < 0,01$).

Физическая активность

В анализируемой когорте пациентов с ИБС каждый второй (53%) вел малоподвижный образ жизни. В целом 63% ($n=145$ из 230) женщин вели малоподвижный образ жизни, что достоверно чаще по сравнению с мужчинами (46,3%, $n=139$ из 300 $p < 0,05$), страдавшими ИБС.

Нами также проведен анализ образа жизни в различных возрастных диапазонах как среди мужчин, так и среди женщин. В двух возрастных группах (40–49 и 50–59 лет) женщины достоверно чаще вели малопод-

вижный образ жизни, тогда как в старшей возрастной группе разница между мужчинами и женщинами была статистически недостоверная.

Во всех трех возрастных диапазонах женщины вели малоподвижный образ жизни с сопоставимой частотой (табл. 4). Среди мужчин наблюдалась противоположная тенденция: частота малоподвижного образа жизни увеличивалась с возрастом. Так, если в возрасте 40–49 лет малоподвижный образ жизни наблюдался только у 15% пациентов с ИБС, то в возрасте 50–59 лет, частота лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, увеличивалась в два раза, а в возрасте 60–69 лет частота достигала 78%.

Курение

Среди пациентов с ИБС статус курения оценивали с использованием вопросника, разработанного экспертами ВОЗ. По данным опроса, ни одна из женщин с ИБС не курила в прошлом и на момент обследования. Среди мужчин с ИБС на момент обследования каждый четвертый (24,3%, $n=73$) курил. С возрастом частота курения снижалась (табл. 5). Так, если среди мужчин в возрасте 40–49 лет, страдавших ИБС, курило 44%, то в 50–59 лет частота курящих уменьшалась вдвое, а в 60–69 лет курили только 13% мужчин с ИБС.

Злоупотребление алкоголем

Согласно результатам анкетирования 36 из 300 (12%) злоупотребляли алкоголем, тогда как 88% либо употребляли алкоголь в невысоких дозах, либо не употребляли вовсе. В различных возрастных группах частота злоупотребления алкоголем была примерно одинаковой и составляла 11% в возрасте 40–49 лет, 11,6% в возрасте 50–59 лет и 13,2% в возрасте 60–69 лет (табл. 5).

Таблица 3

Анализ степени нарушения питания среди мужчин и женщин с ИБС

Степень нарушения питания	Мужчины	Женщины
Легкая	95 (31,7%)*	63 (27,4%)
Умеренная	146 (48,7%)* ^{&}	89 (38,7%)
Выраженная	59 (19,6%)	78 (33,9%) ^{##}

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, достоверность различий по сравнению с выраженным нарушением питания среди мужчин; [&] – $p < 0,05$, достоверность различий по сравнению с легким нарушением питания среди мужчин; ^{##} – $p < 0,01$, достоверность различий между мужчинами и женщинами по частоте выраженного нарушения питания.

Таблица 4

Анализ связи малоподвижного образа жизни с возрастом среди пациентов с ИБС

Возрастной диапазон	Мужчины	Женщины
40–49 лет	8 (14,8%)	28 (51,8%)*
50–59 лет	59 (38%) [#]	96 (67,1%)*
60–69 лет	71 (78%) ^{##}	22 (64,7%)

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, достоверность различий по частоте малоподвижного образа жизни между мужчинами и женщинами идентичного возраста; [#] – $p < 0,05$, ^{##} – $p < 0,01$, достоверность различий по частоте малоподвижного образа жизни среди мужчин в различных возрастных диапазонах.

Частота курения и злоупотребления алкоголем в различных возрастных диапазонах

Возрастной диапазон	Курение	Злоупотребление алкоголем
40–49 лет (n=54)	24 (44,4%)*##	6 (11%)
50–59 лет (n=155)	38 (24,5%)	18 (11,6%)
60–69 лет (n=91)	12 (13,2%)	12 (13,2%)

Примечание: * – $p < 0,05$, достоверность различий по сравнению с возрастным диапазоном 50–59 лет;
– $p < 0,01$, достоверность различий по сравнению с возрастным диапазоном 60–69 лет.

Обсуждение

Одним из важных факторов, влияющих на течение и прогноз ИБС, являются социально-демографические показатели. Известно, что стенокардия является клиническим проявлением атеросклероза коронарных артерий. Риск развития атеросклероза существенно увеличивается при наличии таких ФР, как мужской пол, пожилой возраст, табакокурение, низкая физическая активность, избыточная масса тела, злоупотребление алкоголем, и т. д. В настоящей работе о роли вышеуказанных показателей можно судить по социально-демографической характеристике анализируемой когорты пациентов, страдающих ИБС, стенокардией напряжения.

Исследование носит клинико-эпидемиологический характер и, следовательно, проведено на определенной когорте, что не позволяет рассудить о гендерных особенностях распространенности стенокардии напряжения во взрослой популяции Республики Ингушетии. Согласно полученным результатам большинство мужчин и женщин с ИБС оказались в возрастном диапазоне 50–59 лет, тогда как, по данным исследования РЕЛИФ, в среднем по России возраст пациентов с АГ и ИБС составляет 60 лет и старше [7]. Анализ семейного положения когорты пациентов с ИБС показал, что 84% мужчин и 86% женщин состоят в браке, тогда как число разведенных и неженатых составляет не более 10%. Это, безусловно, связано с высокой приверженностью пациентов к местным социально-этническим традициям. В среднем в России среди пациентов с ИБС одиноко живут около 40%, среди которых преобладают вдовцы/вдовы, что может быть связано с возрастными различиями. При этом женщины были одинокими в 2,5 раза чаще мужчин.

Известно, что низкое образование является одним из факторов риска ССЗ. В целом, по мнению российских врачей, высокие сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность в нашей стране имеют социальную природу. Это в первую очередь связано с низкой культурой здоровья населения (92,3%). Каждый второй пациент с ИБС имеет среднее или неоконченное среднее образование, тогда как о наличии высшего образования заявили не более 20% мужчин и женщин с ИБС, что заметно отличается от среднестатистических российских данных. По данным исследования РЕЛИФ каждый третий пациент с АГ и ИБС имеет низкий уровень образования. Мужчины имели более высокий уровень образования и дохода, кроме того, среди них было меньше пенсионеров, чем среди женщин [7].

В целом в регионе Северного Кавказа уровень безработицы наиболее высокий по России. По данным Росстата, за первый квартал 2011 года без работы

в Северо-Кавказском федеральном округе находятся в среднем 16,5% населения. При этом безработица в Республике Ингушетии достигла 48,8%, а в Чеченской республике – 38,9% [8]. Общая тенденция отражается и в статусе работы пациентов с ИБС. Так, анализ статуса работы когорты пациентов с ИБС продемонстрировал, что 65% мужчин не работают, из них 42% находятся в возрасте до 60 лет. 23% работающих мужчин с ИБС находятся в возрасте старше 60 лет. Среди женщин с ИБС неработающими оказались 81%, при этом каждая вторая женщина находится в возрасте менее 55 лет. Каждая пятая работающая женщина с ИБС имеет возраст старше 55 лет. В данном случае потеря трудоспособности в результате болезни только частично объясняет причину этой тенденции. Безусловно, этот социальный фактор негативно влияет как на заболеваемость, так и на прогноз ИБС.

Преждевременное развитие ИБС считается важным медицинским последствием курения сигарет. Приблизительно 25% более чем из 500 тысяч смертей от ИБС, возникающих ежегодно в США, обусловлено курением. При этом установлена доза-эффект между курением сигарет и риском развития ИБС. В частности, у курящих мужчин риск возникновения ИБС на 60–70% выше, чем у некурящих. Результаты проспективного наблюдения, проведенного в России, продемонстрировали, что у мужчин 40–59 лет атрибутивный риск курения составляет 41% для смерти от ИБС и 21% – для смерти от мозгового инсульта [3]. В России частота курения является одной из высоко распространенных среди развитых стран мира. Так, 63% мужчин являются регулярными курильщиками. Распространенность курения среди женщин составляет 9,7%. По данным опроса, ни одна женщина из когорты с ИБС Республики Ингушетии не курит и не употребляет алкоголь в настоящее время и в прошлом, что, очевидно, связано с религиозно-этническими традициями региона. Среди мужчин с ИБС на момент осмотра каждый четвертый (24,3%) курит. Эти данные сопоставимы с результатами международного исследования АТР (в число когорты вошли и российские пациенты), но более выражены по сравнению с российским исследованием РЕЛИФ (15%) [7]. Можно было ожидать, что с возрастом частота курения изменяется. Так, если в возрасте 40–49 лет 44% мужчин с ИБС курят, то в возрасте 50–59 лет частота курильщиков уменьшается вдвое, а в возрасте 60–69 лет курят только 13% мужчин с ИБС. По мнению Комитета экспертов ВОЗ, полный отказ от курения позволил бы снизить смертность от ИБС на 31%, от других ССЗ – на 21% [9]. Примерно до 20% курильщиков бросают курить по совету врача. Но эти меры должны носить комплексный и последовательный характер. В нашей стра-

не, к сожалению, государственной программы борьбы с курением пока нет. Медицинские стандарты по борьбе с табакокурением не внедрены в систему первичного звена здравоохранения.

Не вызывает сомнения тот факт, что злоупотребление алкоголем резко повышает общую смертность, смертность от ИБС в частности. В России этот вопрос носит актуальный характер [10]. Данные одномоментного и проспективного 20-летнего наблюдения мужчин 40–59 лет в гг. Москве и Санкт-Петербурге не выявили сильной зависимости между потреблением алкоголя и смертностью от ССЗ. Злоупотребление алкоголем может способствовать развитию ИБС не столько непосредственно, сколько через возникновение новых ФР или усиление патогенного влияния уже имеющихся ФР. В частности, известно, что злоупотребление приводит к повышению АД, массы тела, уровня триглицеридов, усилению интенсивности курения и т. д.

Согласно результатам анкетирования 12% в когорте мужчин с ИБС злоупотребляют алкоголем, тогда как 88% либо употребляют алкоголь в небольших дозах, либо не употребляют вовсе, что в два раза меньше по сравнению с аналогичными среднероссийскими показателями (25%). В отличие от курения нет связи между частотой употребления алкоголя и возрастом. Так, в различных возрастных диапазонах частота злоупотребления алкоголем примерно одинаковая и составляет 11% в возрасте 40–49 лет, 11,6% в возрасте 50–59 лет и 13,2% в возрасте 60–69 лет. Как было упомянуто выше, в когорте женщин с ИБС в Республике Ингушетии алкоголь не употребляют вовсе.

Питание и пищевые привычки являются одним из основных показателей, характеризующих образ жизни. Влияние нарушений питания на развитие атеросклероза многообразно: изменение липидного спектра крови, процессы тромбообразования и т. д. Для выявления нарушений питания мы использовали анкету ВОЗ, включающую вопросы по частоте питания, приема пищевой соли, углеводов, животных жиров и белков. Согласно результатам анкетирования 29,8% и 25,8% пациентов с ИБС имели легкое и выраженное нарушение питания, тогда как среднее нарушение питания встречалось достоверно часто – в 44,3% случаев ($p < 0,001$). Среди мужчин преобладало умеренное нарушение питания, второе место по частоте занимает легкое нарушение, каждый пятый мужчина имеет выраженное нарушение питания. Женщины с ИБС имеют одинаковую частоту нарушения питания. По сравнению с мужчинами женщины достоверно чаще имеют выраженные нарушения питания (39,9% и 11,6% соответственно, $p < 0,01$). Следует иметь в виду, что при анкетировании пациентов число приверженных к немедикаментозным рекомендациям неизбежно оказывается завышенным.

По данным J. A. Iestra и соавторов, относительный риск малоподвижного образа жизни сопоставим с такими мощными ФР, как курение, АГ и гиперхолестеринемия. Известно, что у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, ИБС встречается в 1,5–2,4 раза чаще, чем у физических активностей [11]. В настоящее время для выявления лиц с низкой физической активностью широко используются анкетные методы (вопросники). В нашем исследовании для оценки физической активности респондентов использовали стандартную анкету, включающую вопросы по продолжительности сидения на рабочем месте, ежедневной ходьбе пешком и занятиям физкультурой. В анализируемой когорте пациен-

тов с ИБС каждый второй (53%) вел малоподвижный образ жизни. Среди женщин 63% ведут малоподвижный образ жизни, что достоверно чаще по сравнению ($p < 0,05$) с мужчинами (46,3%), страдающими ИБС. Нами также был проведен анализ образа жизни в различных возрастных диапазонах как среди мужчин, так и среди женщин. В двух возрастных группах (40–49 лет и 50–59 лет) женщины достоверно чаще вели малоподвижный образ жизни, тогда как в старшей возрастной группе частота малоподвижного образа жизни между мужчинами и женщинами не различалась (78% и 64,7% соответственно).

По мнению ведущих экспертов, малоподвижный образ жизни и нарушение питания наряду с психосоциальными отклонениями приводят к формированию каскада метаболических нарушений, что, в свою очередь, способствует развитию сердечно-сосудистых осложнений. Это наглядно продемонстрировано в результатах международного многоцентрового исследования INTERHEART (29 972 участника из 52 стран), в котором оценивали взаимосвязь девяти факторов риска (а также их сочетание) с развитием острого инфаркта миокарда [12]. Оказалось, что инфаркт миокарда развивается в 20 раз чаще у лиц с сочетанием дислипидемии, АГ, СД и ожирением по сравнению с одним из этих факторов риска и двукратно превышает количество больных с сочетанием первых трех факторов риска.

Анализ социальных и поведенческих показателей показал, что в когорте мужчин с ишемической болезнью сердца каждый четвертый курит, с возрастом отмечается уменьшение числа курящих в 2–4 раза. Злоупотребление алкоголем не имеет связи с возрастом и выявляется у 12% мужчин со стенокардией напряжения. По данным опроса, ни одна женщина из когорты с ишемической болезнью сердца не курит и не употребляет алкоголь, что связано с религиозно-этническими традициями данного региона. Среди женщин со стенокардией напряжения выраженные нарушения питания выявлялись в три раза чаще по сравнению с мужчинами. В среднем каждый второй пациент ведет малоподвижный образ жизни, при этом среди женщин частота оказалась достоверно чаще.

Таким образом, у пациентов со стенокардией напряжения выявляются нарушения ряда поведенческих показателей. Существует также серьезные социальные проблемы, без комплексного решения которых вторичная профилактика ССЗ не может дать желаемых результатов.

ЛИТЕРАТУРА

- Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Развитие профилактической кардиологии в России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 3. – С. 11–14.
- ACC/AHA/ACP-ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American college of cardiology / American heart association task force on practice guidelines // J. amer. col. cardiol. – 2003. – № 41. – P. 159–168.
- Здравоохранение в России. Официальное издание Федеральной службы государственной статистики (Росстат). – М., 2009. – 365 с.
- Константинов В. В., Жуковский Г. С., Тимофеева Т. Н. и др. Распространенность артериальной гипертензии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов // Кардиология. – 2001. – № 4. – С. 39–43.

5. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 2. – С. 3–7.

6. Brindle P., Emberson J., Lample F. et al. Predictive accuracy of the framingham coronary risk score in british men: prospective cohort study // BMJ. – 2003. – № 327. – P. 1267–1270.

7. Погосова Г. В., Колтунов И. Е., Соколова О. Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. Издание ГНИЦ ПМ (Викас-принт). – М., 2009. – 154 с.

8. Глазунов И. С., Потемкина Р. А., Попович М. В., Деев А. Д., Камардина Т. В., Оганов Р. Г., Соловьева И. М. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России (исследование в Москве). – М.: Макс-пресс, 2002. – С. 6–95.

9. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. The task force of the management of stable

angina pectoris of the European society of cardiology // Eur. heart. j. – 2006. – № 27. – P. 1334–1381.

10. Евдокимова А. А., Мамедов М. Н., Шальнова С. А., Деев А. Д., Токарева З. Н., Еганян Р. А., Оганов Р. Г. Оценка распространенности факторов риска в случайной городской выборке мужчин и женщин // Профилактическая медицина. – 2010. – Том 13. № 2. – С. 3–4.

11. Iestra J. A., Kromhout D., vander Schouw Y. T. et al. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review // Circulation. – 2005. – № 112. – P. 924–934.

12. Rosengren A., Hauken S., Ounpuu S. et al. Association of psychosocial risk factors with risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (The Interheart study): case –control study. www.thelancet.com. – September. 3, 2004.

Поступила 07.09.2012