

ФАКТОРЫ РИСКА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ю.Ю. Шамурова

*Кафедра госпитальной терапии (зав. - проф. А.С. Празднов)
Челябинской государственной медицинской академии*

Актуальность проблемы множественных заболеваний или полипатий, обусловленных сочетанными и комбинированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, болезнями обмена веществ, онкологическими заболеваниями не вызывает сомнений [2, 4, 7, 9]. Данные болезни являются основной причиной смертности, инвалидизации населения и больших трудовых потерь [5]. Высокая распространенность хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) обусловлена чрезвычайно высокой распространенностью их факторов риска (ФР) [6, 8], однако роль ФР в формировании полипатий до сих пор изучена недостаточно.

Целью работы была оценка распространенности ФР при множественных заболеваниях среди мужчин и женщин сельской популяции и установление ведущих ФР полипатий.

Проведено одномоментное комплексное популяционное обследование 1050 мужчин и 1271 женщины Кунашакского района Челябинской области в возрасте от 18 лет и старше. Популяционные методы обследования включали стандартный опрос, измерения на выявление ФР по протоколу ВОЗ-CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Prevention) [8], специальные клинические, лабораторные и инструментальные методы, осмотры терапевтом, хирургом, невропатологом, окулистом, оториноларингологом и по показаниям врачами других специальностей. Заболевания, диагностированные у мужчин и женщин данной популяции, были распределены по классам МКБ-10. В соответствии с классификацией полипатий и моделью формулирования диагноза на основе при-

нципа квалификации и квантификации и в зависимости от количества диагностированных заболеваний в работе было использовано понятие основного заболевания, а обследованные подразделены на три группы: лица с одним заболеванием (монозоология), двумя (бинозоология), тремя и более (мультинозоология) [1, 7].

Для решения вопроса о приоритетности ФР при полипатиях в обследовании определялись практически все основные ФР ХНИЗ: артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, курение, потребление алкоголя, низкая физическая активность, отягощенная наследственность, нарушения липидного обмена по данным липидограммы (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности - ХсЛПВП, холестерин липопротеинов низкой плотности - ХсЛПНП, коэффициент атерогенности), глюкоза, креатинин сыворотки крови и патологическое изменение ЭКГ. Последнее, согласно результатам Фрэмлингемского исследования, отнесено к независимым факторам кардиоваскулярного риска [10]. Нам представляется, что при отсутствии болезней сердечно-сосудистой системы целесообразно рассматривать патологические изменения ЭКГ как маркер ХНИЗ. Критериями ФР ХНИЗ считались следующие: АГ - систолическое АД ≥ 140 мм Нг, диастолическое АД ≥ 90 мм Нг; избыточная масса тела при индексе массы тела (ИМТ) $\geq 25,0$; курение - регулярное курение по крайней мере одной сигареты в день в течение последних 12 месяцев; алкоголь - употребление алкоголя в течение последних 12 месяцев независимо от вида и количества употребляемых спиртных напитков; низкая физическая активность (НФА) - пребывание на работе в по-

Таблица 1

Распространенность ФР при моно-, би- и мультинозологии

Количество болезней		ФР																	
		НФА*		алкоголь		курение		ИМТ*		ОН*		АГ		ДЛП*		ГТЕ*		ЭКГ-п*	
		п	ФР	п	ФР	п	ФР	п	ФР	п	ФР	п	ФР	п	ФР	п	ФР	п	ФР
Мужчины																			
Моно-	абс.	122	29	123	112	120	82	121	13	108	59	122	12	116	37	119	14	120	62
	%	100	23,8	100	91,1	100	68,3	100	10,7	100	54,6	101	9,8	100	31,9	100	11,8	100	51,7
Би-	абс.	148	24	148	124	147	96	146	26	127	67	149	20	142	51	142	20	145	68
	%	100	16,2	100	83,8	100	65,3	100	17,8	100	52,8	100	13,4	100	35,9	100	14,1	100	46,9
Мульти-	абс.	599	165	600	500	593	364	592	247	527	353	591	247	589	286	583	117	591	402
	%	100	27,5	100	83,3	100	61,4	100	41,7	100	67,0	100	41,8	100	48,6	100	20,1	100	68,0
Женщины																			
Моно-	абс.	74	31	75	50	75	2	70	19	67	37	73	1	75	17	75	17	75	35
	%	100	41,9	100	66,7	100	2,7	100	27,1	100	55,2	100	1,4	100	22,7	100	9,3	100	46,7
Би-	абс.	130	48	129	92	129	2	128	49	123	70	129	18	130	52	129	16	130	81
	%	100	36,9	100	71,3	100	1,6	100	38,3	100	56,0	100	14,0	100	40,0	100	12,4	100	62,3
Мульти-	абс.	823	304	827	472	829	11	824	575	689	469	820	384	811	416	813	222	814	615
	%	100,0	36,9	100,0	57,1	100,0	1,3	100,0	69,8	100,0	68,1	100,0	46,8	100,0	51,3	100,0	27,3	100,0	75,6

Примечание: п – число обследованных; ФР – число лиц, с данным фактором риска; * – расшифровка сокращений указана в тексте.

ложении сидя 5 и более часов в день при активном досуге менее 10 часов в неделю; отягощенная наследственность (ОН) - наличие сердечно-сосудистых заболеваний, болезней обмена веществ, онкологических заболеваний у ближайших родственников мужского пола в возрасте ≤ 55 лет, а у родственников женского пола в возрасте ≤ 65 лет; дислипидемия (ДЛП) - общий холестерин $\geq 5,0$ ммоль/л и/или триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л, и/или ХсЛПНП $\geq 3,0$ ммоль/л, и/или ХсЛПВП $\leq 1,0$ ммоль/л, и/или коэффициент атерогенности $> 6,0$; гипергликемия (ГПЕ) - глюкоза крови $\geq 5,5$ ммоль/л [8] и ЭКГ-маркер полипатий сердца (ЭКГ-п) - выделение патологических типов ЭКГ согласно рекомендациям ВОЗ [11].

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью пакета программ прикладной статистики SPSS-12.0. Влияние ФР ХНИЗ на развитие полипатий устанавливалось методом множественной логистической регрессии (пошаговый метод) [3, 10].

Анализ комплексной оценки состояния здоровья мужчин и женщин сельской популяции показал, что различные заболевания с I по XXI класс МКБ-10 были диагностированы у 971 (92,5%) мужчины и 1238 (97,4%) женщин обследованной популяции. Распространенность мононозонологии (1:1000) составляла у мужчин 154,4‰, у женщин - 81,9‰, бинозонологии - соответственно у 166,8‰ и 137,8‰, мультинозонологии - 604,4‰ и 755,1‰.

В формировании сочетанной патологии установлена ведущая роль заболеваний внутренних органов (класс III, IV, IX, X, XI, XIII, XIV), которые были диагностированы у 875 (90,1%) мужчин и 1036 (83,7%) женщин. Из них доля лиц с мультинозологией среди мужчин составила 68,9% (603), среди женщин - 80,3% (832).

Анализ данных о распространенности ФР в мужской популяции показал, что употребление алкоголя занимает первое место по распространенности среди всех ФР при моно-, би- и мультинозо-

логии (табл. 1). Курение и отягощенная наследственность как ФР также наиболее распространены при моно-, би- и мультинозологии. При мультинозологии ведущими ФР у мужчин являются употребление алкоголя (83,3%) и отягощенная наследственность (67,0%). К маркерам полипатий следует также отнести патологические изменения ЭКГ (68,0%).

Распространенность таких ФР, как избыточная масса тела, АГ, дислипидемия, возрастают по мере увеличения общего числа болезней в группах мужчин с моно-, би- и мультинозологией. Указанные ФР, а также ЭКГ-п, распространенность которой носит нелинейный характер, встречаются при мультинозологии достоверно чаще, чем при мононозологии ($p < 0,05$) и бинозологии ($p < 0,05$). Показатель распространенности отягощенной наследственности также достоверно выше при мультинозологии, чем при бинозологии ($p < 0,05$). Различия в частоте остальных ФР у мужчин при моно-, би- и мультинозологии недостоверны.

Анализ данных о распространенности ФР в женской популяции показал, что употребление алкоголя занимает первое место среди всех ФР при моно- и бинозологии. Отягощенная наследственность как ФР, и наличие патологической ЭКГ также наиболее распространены во всех группах женщин при моно-, би- и мультинозологии (табл. 2). При мультинозологии ведущими ФР являются ЭКГ-п (75,6%), избыточная масса тела (69,8%) и отягощенная наследственность (68,1%). Распространенность таких ФР, как избыточная масса тела, АГ, дислипидемия, наличие ЭКГ-п, возрастают по мере увеличения общего числа болезней в группах женщин с моно-, би- и мультинозологией. Данные ФР и патологическая ЭКГ, за исключением дислипидемии, при мультинозологии встречаются достоверно чаще, чем при мононозологии ($p < 0,05$) и бинозологии ($p < 0,05$), а дислипидемия регистрируется при мультинозологии достоверно чаще, чем при мононозологии ($p < 0,05$). Показатель распространенности гипергликемии

Таблица 2

ФР, определяющие развитие полипатий (логистическая регрессия)

Переменная (фактор риска)	Коэффициент В	Стандартная ошибка	р	ОШ
Избыточная масса тела	1,190	0,149	< 0,001	3,298
АГ	1,128	0,201	< 0,001	3,088
Возраст	1,111	1,114	< 0,001	3,037
Отягощенная наследственность	0,540	0,142	< 0,001	0,715
Повышенный показатель глюкозы в крови	0,447	0,195	0,022	1,563
Константа	-2,535	0,263	< 0,001	-

при мультинозологии был выше, чем при бинозологии ($p < 0,05$). Различия в распространенности остальных ФР у женщин при моно-, би- и мультинозологии были недостоверны.

У мужчин и женщин обследованной популяции на основе метода логистической регрессии выявлены статистически значимые переменные (ФР), определяющие наличие или отсутствие множественных заболеваний.

Проведенные расчеты показали, что избыточная масса тела является приоритетным и ведущим ФР, оказывающим влияние на развитие полипатий с отношением шансов (ОШ) = 3,298 (табл. 2). Второе место по степени оказываемого влияния занимает такой ФР, как АГ (ОШ = 3,088), третье - возраст (ОШ = 3,037), который также является ФР полипатий и находится в прямой корреляции со множественностью заболеваний. Далее по мере убывания указанного влияния располагаются такие ФР, как отягощенная наследственность (ОШ = 1,715) и повышенный уровень глюкозы в крови (ОШ = 1,563).

Таким образом, наиболее распространены при мультинозологии у мужчин такие факторы, как употребление алкоголя, ЭКГ-п и отягощенная наследственность, у женщин - ЭКГ-п, избыточная масса тела и отягощенная наследственность. Частота таких ФР, как избыточная масса тела, АГ, дислипидемия, ЭКГ-п, в группах мужчин и женщин при мультинозологии достоверно выше, чем при моно- и

бинозологии. Указанные ФР являются общими для всей группы неинфекционных заболеваний. Полученные данные служат основой для организации ранней диагностики и профилактики полипатий у лиц с указанными ФР.

Заболевания, связанные с выявленными ФР, характеризуются сложными патогенетическими механизмами, что определяет непрерывность и силу патологического воздействия на многие органы и системы и неизбежно приводит к нарушению гомеостаза, развитию заболеваний различных органов и систем.

ВЫВОДЫ

1. Употребление алкоголя выступает в качестве наиболее распространенного фактора риска среди мужчин при моно-, би- и мультинозологии, а среди женщин при моно- и бинозологии.

2. Распространенность таких факторов риска, как избыточная масса тела, АГ, дислипидемия, наличие ЭКГ-п, возрастает по мере увеличения общего числа болезней в группах мужчин и женщин с моно-, би- и мультинозологией. Данные факторы риска встречаются при мультинозологии достоверно чаще, чем при мононозологии и бинозологии. Имеются некоторые особенности в факторах риска, формирующих множественные заболевания у мужчин и женщин.

3. Избыточная масса тела, АГ и возраст являются ведущими факторами риска полипатий. Менее выражено влияние

таких факторов риска, как отягощенная наследственность и повышенный уровень глюкозы в крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калев О.Ф., Шамурова Ю.Ю., Коваленко В.Л. и др. Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции Уральского федерального округа «Полипатии в общей врачебной практике (семейной медицине)». – Челябинск, 2007. – С. 13–19.
2. Крылов А.А. //Клин. мед. – 2000. – № 1. – С.56–58.
3. Медик В.А., Токмачев М.С. Математическая статистика в медицине. – М., 2007.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Том 2. – Сборник инструкций. ВОЗ. Женева, 1995. – С. 3–18.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. //Кардиоваскул. тер. и профилактика. – 2003. – № 3. – С. 4–8.
6. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. //Сердце. – 2003. – № 2. – С. 58–61.
7. Пальцев М.А. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В. и др. Правила формулирования диагноза // Общие положения. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. – М., 2006. – Часть 1. – С. 299–315.
8. Протокол и практическое руководство: Общена-

циональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ), (пересмотр 1994 г.) ВОЗ ЕРБ. – Копенгаген. 1996.

9. Эльштейн Н.В. //Русск. мед. журн. – 1997. –№ 6. – С. 227–232.

10. Kannel W.B. // An. Heart. J. –1986. – Vol. III. – P. 391–397.

11. Kleinbaum D.G., Kupper L.L., Muller K.E. et al. Applied Regression Analysis and other multivariable methods. Duxbury Press. An Imprint of Books/ Cole Publishing Company. ITP An International Thomson Publishing Company. –1998.

Поступила 02.02.07.

RISK FACTORS OF MULTIPLE DISEASES

Yu.Yu. Shamurova

Summary

The purpose of this investigation was to study the prevalence of risk factors of multiple diseases based on multiple logistic regression method. Studying 1050 male and 1271 female adult patients, it was revealed that alcohol is the most common risk factor among males and females in mono-, bi- and multipathology. Prevalence of overweight, arterial hypertension, dyslipidemia and abnormal ECG significantly increased in the groups of males and females from mono-, bi- and multipathology. Overweight, arterial hypertension and age were the main risk factors in multiple diseases.

УДК 616.124-2-007.61-073.97

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОЛЬТАЖНЫХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДИСПЕРСИЕЙ ИНТЕРВАЛА QT И СКОРОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ

Л.Н. Мовчан, Э.Г. Волкова

*Кафедра терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины
(зав. – проф. Э.Г. Волкова) Уральской государственной медицинской академии
дополнительного образования, г. Челябинск*

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений и смертности как у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), так и у лиц без АГ [7]. Выявляемость ГЛЖ зависит от выбора метода диагностики (ЭКГ, рентгенологическое исследование, магнитно-резонансная терапия и как золотой стандарт – ЭХО-КГ). Однако при популяционных исследованиях для оценки ГЛЖ в силу недостаточной чувствительности, специфичности и экономической рентабель-

ности наиболее приемлемы вольтажные электрокардиографические признаки [13]. Изменения некоторых других показателей электрической активности сердца (ЭАС), а именно удлинение интервала QT, характеризующего процесс нарушения реполяризации [7], и снижение скоростных характеристик, отражающих состояние мембран клеток миокарда [9], также рассматриваются как факторы риска сердечно-сосудистых осложнений. Снижение такого показателя, как скорость активации желудочков (САЖ) и