

Эпидемиологическая ситуация в отношении основных факторов риска и суммарного сердечно-сосудистого риска среди населения г. Вологды 35–64-летнего возраста

А.И. Попугаев¹, А.М. Калинина¹, С.А. Шальнова¹, А.Д. Деев¹, А.В. Концевая¹,
В.С. Нечаев², Р.А. Касимов¹, Н.В. Рыжкова³

¹ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологии. Москва, Россия; ²ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. Москва, Россия; ³Медицинский информационный аналитический центр Департамента здравоохранения Вологодской области. Вологда, Россия

Epidemiology of the main risk factors and total cardiovascular risk among Vologda citizens aged 35–64-years

A.I. Popugaev¹, A.M. Kalinina¹, S.A. Shalnova¹, A.D. Deev¹, A.V. Kontsevaya¹,
V.S. Nechaev², R.A. Kasimov¹, N.V. Ryzhkova³

¹State Research Centre for Preventive Medicine, Federal Agency on High Medical Technologies. Moscow, Russia; ²National Research Institute of Public Health, Russian Academy of Medical Sciences. Moscow, Russia; ³Medical Informational and Analytical Centre, Healthcare Department, Vologda Region. Vologda, Russia

Цель. Оценить распространенность основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), суммарный сердечно-сосудистый риск (ССР), необходимый объем профилактического консультирования в практическом здравоохранении на примере населения г. Вологды 35–64-летнего возраста.

Материал и методы. Проведено стандартизованное, эпидемиологическое обследование репрезентативной выборки населения г. Вологды 35–64-летнего возраста: опрос, измерение артериального давления, антропометрия, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ)-покоя, анализ крови на липидный спектр, глюкозу, креатинин. Проведена стратификация суммарного ССР по шкале ВНОК, 2008. Обследовано 1483 человек (отклик 82,4 %).

Результаты. Стенокардия напряжения выявлена у 9,0 %, ишемические ЭКГ изменения — у 3,5 %, артериальная гипертония — у 42,3 %, курение — у 32,4 %, избыточная масса тела и ожирение — у 59,6 %, выраженная гиперхолестеринемия — у 11,0 %, гипоα-холестеринемия — у 13,3 %, гипертриглицеридемия — у 24,8 %, гипергликемия — у 2,0 %, 2 и более признаков метаболического синдрома — у 31,2 %, частые стрессовые ситуации — у 20,9 %, клинически выраженная тревога — у 11,7 %, депрессия — у 9,6 %. Только у 3,2 % обследованных имел место незначимый ССР, у 22,7 % — низкий дополнительный ССР, у 23,0 % — средний дополнительный ССР, у 31,3 % — высокий дополнительный, у 19,8 % — очень высокий дополнительный ССР.

Заключение. Среди населения г. Вологды 35–64-летнего возраста существует не реализованная потребность (хотят ее получить) в медицинской профилактической помощи и адресной коррекции ФР в количестве 94 тыс. профилактических консультаций и программ снижения риска.

Ключевые слова: эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, факторы риска, суммарный сердечно-сосудистый риск, профилактика, потребность в профилактике, первичное звено здравоохранения, мотивация к сохранению здоровья.

Aim. To assess the prevalence of main risk factors (RFs) of cardiovascular disease (CVD), total CVD risk, and the need for preventive counselling in primary healthcare, with 35–64-year-old Vologda population as an example.

Material and methods. The standard epidemiological examination of a representative sample of 35–64-year-old Vologda City population included: interview, blood pressure measurement, anthropometry, electrocardiography (ECG) at rest, blood lipid profile, glucose and creatinine level measurement. Total CVD risk was stratified by the National Society of Cardiology scale (2008). In total, 1483 people were examined (response rate 82,4%).

©Коллектив авторов, 2008
e-mail: akalнина@gnicpm.ru;
institute@niph.ru
Тел.: (495) 917–48–82; (8172) 54–18–39

Results. Effort angina was diagnosed in 9,0%, ischemic ECG – in 3,5%, arterial hypertension – in 42,3%, smoking – in 32,4%, overweight and obesity – in 59,6%, hypercholesterolemia – in 11,0%, hypoalphacholesterolemia – in 13,3%, hypertriglyceridemia – in 24,8%, hyperglycaemia – in 2,0%, at least 2 metabolic syndrome components – in 31,2%, frequent stressful events – in 20,9%, clinically manifested anxiety – in 11,7%, and depression – in 9,6%. Only in 3,2%, total additional CVD risk was not elevated, in 22,7% it was low, in 23,0% – moderate, in 31,3% – high, and in 19,8% – very high.

Conclusion. Among 35-64-year-old Vologda citizens, there is an unmet demand for medical preventative help and targeted RF correction, including 94 000 preventative consultations and risk reduction programs.

Key words: Cardiovascular disease epidemiology, risk factors, total cardiovascular risk, prevention, need for prevention, primary healthcare, health motivation.

На основании многочисленных эпидемиологических исследований создана и неоднократно была подтверждена научная концепция факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом. Эта концепция является фундаментом для современных мероприятий по профилактике ССЗ [1,2]. Наряду с этим для формирования профилактического направления в здравоохранении необходимы обоснованные расчеты и ориентация как на эпидемиологические данные о распространенности ФР, так и на реально существующую потребность в профилактической помощи для оптимизации ресурсного обеспечения при ограниченном финансировании здравоохранения [3,4].

Известно, что условно ФР делят на две группы: факторы, которые изменить невозможно и те, которые поддаются коррекции. К I группе относятся пол, возраст и наследственность, ко II – факторы образа жизни: поведенческие привычки, курение, питание, двигательная активность и пр., и ряд биологических факторов: дислипидемия (ДЛП), избыточная масса тела (МТ), гипергликемия, метаболические нарушения и др. [5–7]. Особое место занимает артериальная гипертензия (АГ), которая является и самостоятельным ССЗ, и ФР развития других ССЗ, в частности ишемической болезни сердца (ИБС), поражений аорты, мозговых сосудов, периферических артерий.

Оценка общего сердечно-сосудистого риска (ССР) имеет ключевое значение для профилактики. Прежде всего, это связано с тем, что врачи занимаются лечением конкретных пациентов, а не ФР, у которых ССР обычно отражает сложное взаимодействие нескольких ФР [8–10]. Оценка общего ССР наиболее проста у пациентов с установленным диагнозом ССЗ, и/или сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа, и/или при высоких уровнях отдельного ФР, т. к. во всех этих случаях общий ССР будет высоким, что служит основанием для интенсивной коррекции ФР. Следовательно, оценивая прогноз, следует учитывать не только все имеющиеся у пациента ФР, но и определять суммарный ССР [11–15].

Фремингемское исследование – первое, проспективное, эпидемиологическое исследование, в котором были получены данные для оценки влияния ФР на развитие фатальных и нефатальных ССЗ

[7,10,16,17]. В настоящее время имеется достаточное количество публикаций, свидетельствующих о том, что при использовании данных Фремингемской шкалы риска, например в Европейском регионе, наблюдаемый абсолютный риск часто существенно ниже, чем предсказанный с помощью Фремингемского алгоритма, т. е. происходит завышение реального абсолютного риска, что послужило основанием к разработке регионально адаптированных шкал риска. В 2003г группой экспертов Европейского и других сообществ кардиологов была представлена шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), разработанная на основе данных европейских исследований; были созданы варианты для стран с низким и высоким уровнями смертности от ССЗ [12]. В шкале SCORE объединены следующие ФР: пол, возраст, статус курения, систолическое артериальное давление (САД), общий холестерин (ОХС) и образование, которое является сильным дискриминатором, особенно специфическим для российского населения. Поскольку эта шкала предсказывает фатальные события, порог высокого риска определен как $> 5\%$ за 10 лет.

В последнее время в Европейских клинических рекомендациях по профилактике и лечению АГ [18], а также в отечественных рекомендациях ВНОК (Всероссийского научного общества кардиологов) 2008 предложен расширенный подход к стратификации ССР у больных АГ, имеющий целью перехода к профилактике ССЗ в клинической практике, принимая во внимание общность многих патогенетических процессов и ФР развития ССЗ, в основе которых лежит атеросклеротический процесс [19]. Этот подход может быть применен к популяционным исследованиям, т. к. в стратификацию риска включены категории уровней АД $<$ критериев АГ (высокое нормальное).

Целью настоящего исследования было оценить распространенность суммарного ССР среди населения г. Вологды 35–64-летнего возраста для расчета необходимых объемов профилактических мероприятий в практическом здравоохранении.

Материал и методы

Выполнено стандартизованное, эпидемиологическое исследование в рамках многоцентрового

исследования РОСЭПИД (Российское эпидемиологическое исследование традиционных и новых факторов риска), проводимого при координации ФГУ ГНИЦ ПМ.

Методом случайных чисел из всех территориальных участков муниципальных поликлиник г. Вологды по спискам страховых компаний отображены лица в возрасте 35–64 лет численностью 1800 человек (чел.), обследованы 1483 чел. (отклик 82,4 %).

Обследование включало: стандартизованный опрос по унифицированной “Карте профилактического обследования”, содержащей вопросы по анамнезу, стандартные вопросники ВОЗ на выявление болей в грудной клетке при физическом напряжении, оригинальные вопросники по оценке поведенческих привычек, влияющих на формирование отдельных ФР и ССР; данные объективного обследования: антропометрию, измерение АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС), регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в покое, исследование крови экспресс-методом на содержание ОХС, глюкозы, исследование липидного спектра (ЛС), биохимическое исследование крови на содержание креатинина.

АД измеряли механическим манометром с точностью до 2 мм рт.ст. двукратно с 5-минутным интервалом в положении сидя в покое. САД фиксировали при появлении I тона Короткова (I фаза), диастолическое АД – при исчезновении тонов (V фаза). Для анализа рассчитывается средний показатель из двух последовательных измерений. ЧСС оценивали по частоте пульса за 1 мин. Критерии АД оценивались в соответствии с национальными рекомендациями [19].

Измерение роста проводилось с точностью до 0,5 см, МТ – с точностью до 0,1 кг.

ЭКГ регистрировали в покое в 12 отведениях. ЭКГ оценивалась по адаптированной схеме на основе классов Миннесотского кода [20].

Критерии ФР:

- Индекс МТ (ИМТ) определяли по биомасс-индексу – индекс Кетле (ИК) = вес (кг) / рост (м²). Использованы критерии ВОЗ: низкая МТ – ИК < 18,5; нормальная МТ – 18–24,9; избыточная МТ – 25–29,9; ожирение ≥ 30.
- Курящими считались лица, выкуривающие не менее 1 сигареты в день и/или бросившие курить < 12 мес. назад (по данным опроса).
- Физически неактивными рассматривали лиц, сидячих профессий (> 5 ч в день) или неработающие, которые тратят на ходьбу < 30 мин в день в свободное от работы время.
- Для оценки уровня стресса использовался опросник Reeder LG [21].

Стратификация риска проводилась на основе шкалы, предложенной ЕОК в 2007г [18] и ВНОК 2008г [20], в которую внесены некоторые модифи-

кации для получения популяционных распределений уровней ССР и планирования необходимых объемов профилактических мероприятий в здравоохранении, а именно – в категорию незначимого риска включены все обследованные с АД < 140/90 мм рт.ст. при отсутствии ФР. Остальные категории ССР оценивались строго по таблице риска [19]:

- *низкий добавочный риск:* АГ I степени (ст.) при отсутствии ФР или АД < 140/90 мм рт.ст. при наличии 1–2 ФР;
- *средний добавочный риск:* АГ I ст. при наличии 1–2 ФР или АГ II ст. при отсутствии ФР или при наличии 1–2 ФР или АД < 130/85 мм рт.ст. при наличии ≥ 3 ФР/поражения органов-мишеней (ПОМ) /СД /метаболический синдром (МС);
- *высокий добавочный риск:* АД < 130–139/85–89 мм рт.ст. при наличии ≥ 3 ФР/ПОМ/СД/МС или АГ I–II ст. при наличии ≥ 3 ФР/ПОМ/СД/МС;
- *очень высокий добавочный риск:* АГ III ст. при наличии ФР/ПОМ/СД/МС или при наличии ССЗ, или заболеваний почек вне зависимости от уровня АД.

При статистической обработке был использован пакет прикладных программ Statistica, достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента.

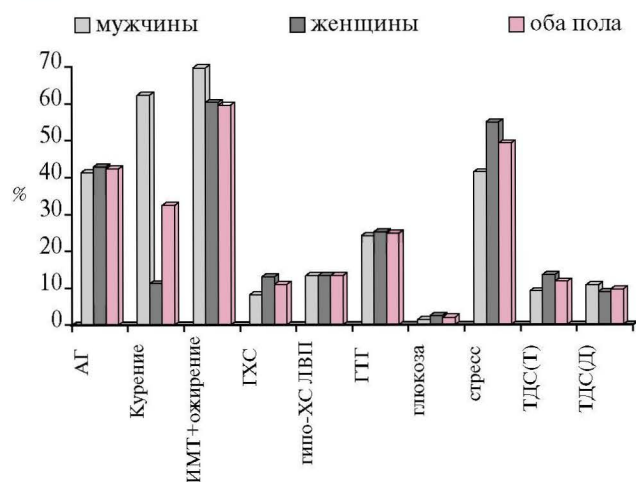
Результаты и обсуждение

Характеристика контингента обследованных.

Среди обследованных мужчины составили 41,5 %, женщины – 58,5 %, средний возраст – 49,6 лет: мужчины – 49,8 лет, женщины – 49,4 года ($p > 0,05$). Большинство (72,4 %) обследованных имели средний уровень образования: среди мужчин – 79,1 %, среди женщин – 67,7 %. Высшее образование было у четверти обследованных (24,7 %), чаще среди женщин (28,9 %), чем среди мужчин (18,7 %) ($p < 0,001$). Большинство (78,5 %) обследованных работали, практически с одинаковой долей среди мужчин (77,9 %) и женщин (78,9 %) ($p > 0,05$). Инвалидность была у 3,8 %, не работали в связи с пенсионным возрастом 9,5 %, временно не работали 9,5 %: мужчин – 9,7 %, женщины – 6,7 %.

Личный и семейный анамнез. Среди обследованных у 47,5 % в семейном анамнезе отмечены ССЗ – у 41,2 % мужчин и у 52,0 % женщин ($p < 0,05$); у 13,9 % – бронхо-легочные заболевания: у 11,7 % мужчин и у 15,6 % женщин ($p < 0,05$); у 6,1 % ближайших родственников – СД: у 5,8 % мужчин и у 6,2 % женщин ($p > 0,05$).

Среди участников исследования 1,4 % перенесли в прошлом инфаркт миокарда (ИМ) – 2,3 % мужчин и 0,7 % женщин ($p < 0,05$); 1,7 % – инсульт: 2,4 % мужчин и 1,2 % женщин ($p > 0,05$); 40,1 %



Примечание: ТДС - тревожно-депрессивный синдром.

Рис. 1 Распространенность АГ и основных ФР среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста по данным стандартизованного, эпидемиологического обследования.

имели в прошлом повышенное АД – 34,4 % мужчин и 44,2 % женщин ($p < 0,05$); у 3,6 % была диагностирована в анамнезе сердечная недостаточность (СН) – 3,6 % мужчин и 3,7 % женщин ($p > 0,05$); 9,2 % имели симптомы хронической обструктивной болезни легких – 14,2 % мужчин и 5,8 % женщин ($p < 0,05$); у 2,9 % – СД в анамнезе; 1,3 % среди мужчин и 4,0 % среди женщин ($p < 0,05$).

Клиническая симптоматика ИБС (стенокардия напряжения) имела место у 9,0 % обследованных, что соответствует показателю распространенности этого заболевания среди населения определенной возрастной группы по данным других эпидемиологических обследований, применявших вопросник ВОЗ для выявления стенокардии напряжения [20]. Достоверные различия между мужчинами (8,6 %) и женщинами (9,2 %) отсутствовали ($p > 0,05$). Регистрация ЭКГ в покое позволила обнаружить рубцовые изменения миокарда у 1,6 % мужчин и 0,4 % женщин, т. е. практически у половины больных, указавших на наличие в анамнезе перенесенного ИМ. Типичные для ИБС ишемические изменения на ЭКГ обнаружены у 3,7 % мужчин и 3,0 % женщин, причем отмечено, что практически все случаи выявления изменений на ЭКГ, типичных для ИБС, были отмечены у больных, уже ранее знавших о наличии у них заболевания или имевших клиническую картину стенокардии напряжения.

Таким образом, распространенность ИБС по эпидемиологическим данным в популяции г. Вологды 35–64-летнего возраста не превышала 10 %.

АГ. По результатам эпидемиологического, стандартизованного обследования АГ по критерию АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. или ниже этого уровня при приеме антигипертензивных препаратов (АГП) в период обследования, выявлена у 42,3 % – у 41,4 % мужчин и 43,0 % женщин ($p > 0,05$), что соответству-

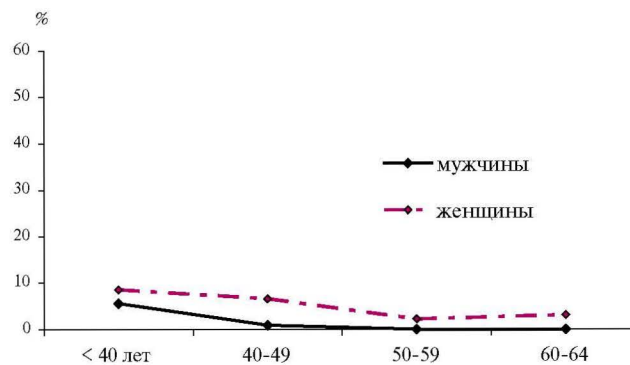


Рис. 2 Распространенность незначимого ССР среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста.

ет результатам последнего мониторинга АГ в Российской Федерации [22] и практически не отличается от данных эпидемиологического обследования выборки всего взрослого населения г. Вологды, проводившегося в 2001г – 41,6 % [23]. Из числа лиц с выявленной АГ, не знали о наличии у них повышения АД 18,5 % – 28,5 % мужчин и 10,9 % женщин ($p < 0,05$). Показатели осведомленности об АГ на фоне реализации федеральной целевой программы в России существенно изменились [24]. Эти тенденции отмечены и среди населения г. Вологды. По данным аналогичных эпидемиологических исследований прошлых лет среди всего взрослого населения эффективно лечились от АГ только 3,7 % больных АГ [23]. Сравнение данных, к сожалению, невозможно в связи с тем, что в обследование были включены разные возрастные группы: в 2001г – все взрослое население > 18 лет; в 2007г – население 35–64-летнего возраста. Результаты настоящего исследования позволили установить, что среди лиц с АГ лечились 58,9 % – среди мужчин 46,6 %, среди женщин 67,4 % ($p < 0,05$), а эффективно лечились 13,4 % от всех лиц с АГ – 10,8 % среди мужчин и 15,3 % среди женщин ($p > 0,05$). В последние годы расчет эффективно леченных больных АГ в популяции стал проводиться относительно не всех пациентов с АГ по той причине, что часть больных ранее не знала о повышении АД и, соответственно, не лечилась, а только больных АГ и принимавших АГП. Этот показатель более точно отражает клиническую эффективность лечения АГ, а именно снижение АД на фоне приема АГП. По полученным данным этот показатель среди обследованных в г. Вологде оказался также невысоким – эффективно лечились 22,8 % больных от числа принимавших АГП – 23,1 % среди мужчин и 22,7 % среди женщин ($p > 0,05$). Таким образом, доля эффективно леченных больных АГ остается низкой, что требует дальнейшего совершенствования программных мероприятий по повышению качества контроля АГ на региональном уровне.

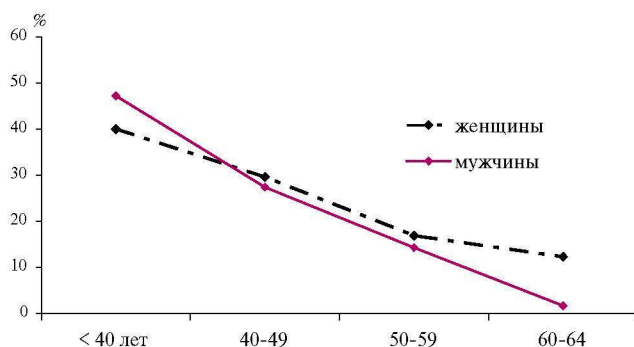


Рис. 3. Распространенность низкого дополнительного ССР среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста.

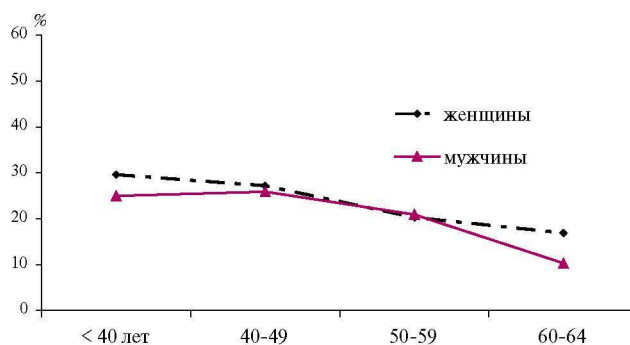


Рис. 4. Распространенность среднего дополнительного ССР среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста.

Распространенность АГ и основных ФР среди обследованных и гендерные особенности представлены на рисунке 1.

Курение. Среди обследованных курят в настоящее время 32,4 % – 62,3 % мужчин и 11,2 % женщин ($p < 0,05$). Курили в прошлом 8,4 % обследованных – 14,1 % мужчин и 4,3 % женщин ($p < 0,05$).

Физическая активность (ФА). Около пятой части населения занимается теми или иными физическими упражнениями (20,1 %), причем практически с одинаковой частотой мужчины (19,0 %) и женщины (20,9 %) ($p > 0,05$).

Избыточная МТ. Среди обследованных клиническая форма избыточной МТ – ожирение выявлена у 17,2 % – 8,7 % у мужчин и 23,0 % у женщин ($p < 0,05$). Избыточная МТ (ИК 25–29,9 кг/м²) имела место у 42,3 % – 48,7 % среди мужчин и 51,3 % среди женщин ($p > 0,05$). Таким образом, в целом частота избыточной МТ и ожирения у обследованных составила 59,6 % – 69,7 % у мужчин и 60,3 % у женщин ($p > 0,05$).

ЛЛП. В рамках эпидемиологического исследования практически всем лицам (89,3 %) было выполнено определение ЛС крови. Высокие уровни ОХС ($> 6,5$ ммоль/л) обнаружены у 11,0 % обследованных – 8,1 % у мужчин и 13,0 % у женщин ($p < 0,05$), гипоα-холестеринемия обнаружена у 13,3 % обследованных – 13,3 % у мужчин и 13,3 % у женщин ($p > 0,05$), гипертриглицеридемия (ГТГ) – у 24,8 % обследованных: 24,2 % у мужчин и 25,2 % у женщин ($p > 0,05$).

Гипергликемия. Высокие уровни сахара натощак ($> 6,7$ ммоль/л) отмечены у 2,0 % обследованных – 1,4 % среди мужчин и 2,5 % среди женщин ($p < 0,05$).

МС. По совокупности выявленных ФР у трети обследованных (31,2 %) обнаружены 2 и более признаков МС, что, как известно, значительно повышает ССР.

Психологические ФР. Среди обследованных более половины часто оказываются в стрессовых ситуациях: 20,9 % ежедневно, 28,3 % – несколько раз в месяц. Среди женщин уровень стресса достоверно выше – 22,0 % по частоте ежедневного стрес-

са и 32,9 % несколько раз в месяц, чем среди мужчин – 19,4 % и 21,8 % соответственно. Таким образом, частые стрессовые ситуации в целом испытывают около половины обследованных – 49,2 %: 41,4 % мужчин и 54,9 % женщин ($p < 0,05$).

Среди обследованных у 11,7 % отмечены признаки клинически выраженной тревоги (Т) – 9,1 % среди мужчин и 13,5 % среди женщин ($p > 0,05$) и у 28,9 % – субклинические признаки: 23,4 % у мужчин и 32,8 % у женщин ($p < 0,05$). Признаки клинически выраженной депрессии (Д) наблюдались у 9,6 % обследованных – 10,7 % среди мужчин и 8,9 % среди женщин ($p > 0,05$), 20,4 % имели субклинические признаки Д – 19,8 % у мужчин и 20,8 % у женщин ($p > 0,05$).

Анализ показал, что при выполнении всего набора исследований в соответствии с указанными выше рекомендациями, стратегия высокого риска должна быть реализована практически среди половины населения 35–64-летнего возраста: высокий дополнительный ССР имел место у 31,3 % обследованных, очень высокий дополнительный ССР – у 19,9 %.

Только у 3,2 % участников исследования выявлен незначимый уровень ССР, у 22,7 % установлен низкий дополнительный, у 23,0 % – средний дополнительный, у 31,3 % – высокий дополнительный, у 19,8 % – очень высокий дополнительный ССР.

На рисунках 2–6 представлены результаты гендерного сравнения уровней ССР. Для визуального сравнения на всех рисунках шкалы по оси ординат приведены в единой размерности по максимальной частоте уровня ССР среди возрастнo-половых групп. Из полученных данных видно, что доля лиц с незначимым уровнем ССР как среди мужчин, так и женщин мала и не превышает 10 % (рисунок 2) и с увеличением возраста значительно уменьшается, особенно среди мужчин. У мужчин > 40 лет в популяции г. Вологды уровень незначимого ССР практически отсутствует. Сходные тенденции отмечены в отношении изменения с возрастом частоты уровня низкого добавочного ССР (рисунок 3). Частота среднего дополнительного ССР как среди мужчин, так и среди женщин с возрастом также уменьшается

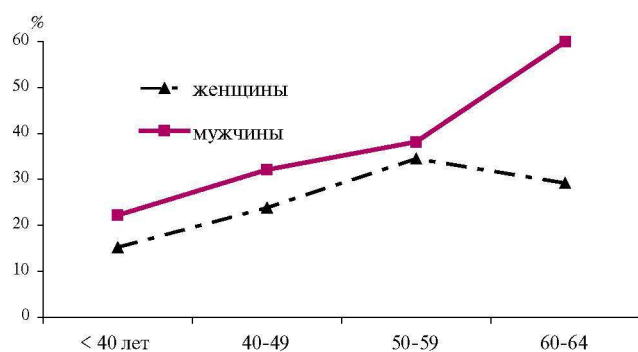


Рис. 5 Распространённость высокого дополнительного ССР среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста.

(рисунок 4).

Обращает на себя внимание более резкое увеличение с возрастом числа лиц с категориями высокого дополнительного ССР (рисунок 5) и очень высокого дополнительного ССР (рисунок 6) среди мужчин, чем среди женщин, что соответствует известным тенденциям более высокого уровня фатальных сердечно-сосудистых событий у мужчин по сравнению с женщинами.

В возрастной группе > 50 лет отмечаются существенные гендерные различия по частоте высокого и очень высокого ССР. У мужчин по сравнению с женщинами в возрастной группе 60–64 года наблюдается более низкая частота очень высокого риска, что может свидетельствовать о том, что высокий ССР у мужчин реализуется в фатальные осложнения в более молодом возрасте, чем у женщин. Эти результаты согласуются с демографическими гендерными особенностями, демонстрирующими, что рост смертности от ССЗ среди женщин по сравнению с мужчинами отсрочен по возрасту, особенно в старших возрастных группах [25].

Принимая во внимание репрезентативность выполненного стандартизованного обследования, проведен пересчет частоты различных уровней ССР на абсолютное количество лиц данной возрастной группы среди населения г. Вологды, чтобы представить реально необходимые объемы медицинской помощи для последующих профилактического и лечебного вмешательств в условиях профилактического обследования. Для анализа использованы данные бюро статистики г. Вологды. В 2007г (на год проведенного эпидемиологического обследования) в городе проживали 136618 жителей этой возрастной группы.

В пересчете распространённости различных уровней ССР на численность проживающего в г. Вологде населения в возрасте 35–64 лет количество населения с незначимым риском (3,2 %) составляет ~ 4,3 тыс. чел., и они могут быть отнесены к практически здоровым. Однако, хотя эта категория не требует систематического медицинского контроля по коррекции риска, и, принимая во внимание, что обследованная популяция была > 35-летнего

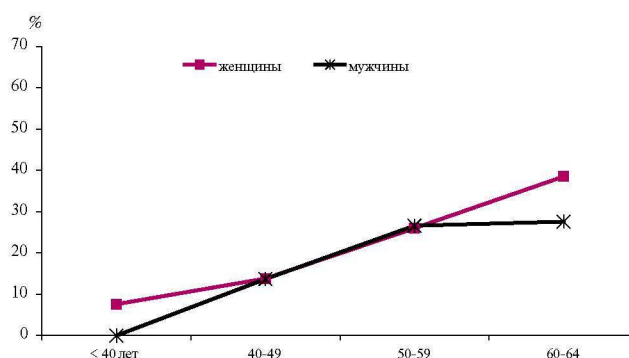


Рис. 6. Распространённость очень высокого ССР среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста.

возраста, согласно международным рекомендациям, в этой возрастной группе помимо общих рекомендаций по здоровому образу жизни необходимо регулярно контролировать уровень ССР: до 40 лет — 1 раз в 2 года, после 40 лет — ежегодно. Это предполагает участие службы первичного звена здравоохранения, оценку и расчеты потребности и объемов, соответственно, а также организацию внутри первичного звена системы оценки ССР на регулярной основе.

Низкий дополнительный риск имел место у 31012 чел. (22,7 %). Эта категория подлежит профилактическим вмешательствам, прежде всего в отношении ФР, что является одной из задач структурных подразделений медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Врачи первичного звена должны обращать внимание на этих лиц и проводить обязательное профилактическое консультирование по ФР в ходе очередных визитов по любым причинам.

Средний дополнительный риск обнаружен у 31422 чел. (23,0 %). Это лица с АГ I-II ст. и ФР или без АГ с ПОМ или СД.

Более чем у половины лиц выявлен высокий (42761 чел. — 31,3 %) и очень высокий (27050 чел. — 19,8 %) дополнительный риск. Эта категория требует постоянного медицинского контроля, лечения, коррекции ФР и обязательного динамического наблюдения с ориентацией на конечный результат и достижение целевых уровней ФР, влияющих на риск и, соответственно, на прогноз.

При опросе обследованных было установлено, что не все пациенты с поведенческими ФР, влияющими на ССР, выражают желание что-либо менять в своих привычках, т. е. не испытывают потребности в сохранении и укреплении здоровья, что свидетельствует, безусловно, о необходимости усиления немедицинских мер по пропаганде принципов и основ здорового образа жизни среди населения: СМИ, образование, культура и пр. Наряду с этим часть лиц с ФР выражает готовность получать от врачей конкретные советы (профилактическое консультирование) по коррекции ФР, что связано с установлением приоритетов и потребности акти-

визации медицинских мер в здравоохранении по предоставлению этих услуг (ориентация на потребителя). По полученным данным оказалось возможным рассчитать существующую *потребность со стороны населения* в профилактическом консультировании (готовность к изменениям) на примере обследованного контингента населения г. Вологды 35–64-летнего возраста: реально востребованное количество консультаций по коррекции ФР составляет 22 тыс. по отказу от курения, 25 тыс. по повышению ФА, 22 тыс. по снижению психоэмоционального напряжения, 25 тыс. по питанию. Следует признать, что в настоящее время эту помощь в здравоохранении оказывают недостаточно по целому ряду причин, что требует ее внедрения и формирования инновационных форм работы по профилактике в здравоохранении.

Естественно, что численно населения, желающего изменить, оздоровить свой образ жизни с помощью конкретных врачебных советов, будет меньше простой суммы приведенных выше цифр, т. к. ФР могут сочетаться. Однако действенная коррекция поведенческих ФР требует не только информирования, но стандартного протокола консультирования, следовательно, можно утверждать, что выполненное эпидемиологическое обследование и его анализ выявили потребность в профилактическом консультировании, объем которого при ориентации на готовность пациентов составляет 94 тыс. консультаций (22 тыс. курение) + (25 тыс. ФА) + (22 тыс. стресс) + (25 тыс. здоровое питание), а при реализации масштабных просветительских мер и формировании среди населения мотивации к сохранению здоровья это количество может увеличиться и приблизиться к эпидемиологической ситуации (~ 180 тыс. консультаций населения города в 35–64-летнем возрасте).

Таким образом, потребность в профилактической помощи (услугах, консультировании и программах коррекции ФР) по данным профилактического обследования составляет ~ 180 тыс. в расчете на население г. Вологды 35–64-летнего возраста. Однако, ориентируясь на готовность популяции к получению медицинской профилактической помощи, необходимо 94 тыс. профилактических консультаций и программ снижения риска, т. к. около половины населения не мотивировано к оздоровлению поведенческих привычек. Этот объем профилактического консультирования можно оценить в настоящее время как нереализованную потребность в медицинской профилактической помощи и адресной коррекции ФР, что требует организационных преобразований, прежде всего, в первичном звене по расширению услуг по профилактике.

В перспективе, при условии поддержания и развития стратегии межсекторного взаимодействия и формирования среди населения большей осведомленности о ССР и мотивации к сохранению и укреплению здоровья, необходимо планировать расширение объемов медицинской профилактики (индивидуального консультирования, школ здоровья и других видов профилактической помощи по снижению ФР), а также проведения выборочных стандартизованных обследований всего населения для полных расчетов потребности в медицинской профилактике.

Безусловно, что конечной целью развития медицинской профилактики в отношении ССЗ должен быть полный охват населения. Вместе с тем, начальный этап планирования должен ориентироваться на уже сформированные жизненно востребованность и готовность населения откликнуться на этот вид медицинской помощи, что, сегодня не представляет сложной ресурсоемкой технологии и может быть обеспечено создаваемыми на региональном уровне в Вологодской области структурами медицинской профилактики: кабинеты медицинской профилактики в ЛПУ и на фельдшерско-акушерских пунктах.

Выводы

Результаты эпидемиологического обследования репрезентативной выборки населения позволили определить приоритеты и требуемые объемы профилактических мероприятий среди населения 35–64-летнего возраста г. Вологды, в частности по коррекции основных управляемых ФР ССЗ: курения – 32,4 % - 62,3 % среди мужчин и 11,2 % среди женщин ($p < 0,05$), избыточной МТ и ожирения у 59,6 %, выраженной гиперхолестеринемии у 11,0 %, гипо α -холестеринемии у 13,3 %, ГТГ – у 24,8 %, гипергликемии у 2,0 %. В комплексе профилактических мер необходимо учитывать наличие среди населения частых стрессовых ситуаций (20,9 %), клинически выраженных симптомов тревоги (11,7 %) и депрессии (9,6 %).

По результатам обследования определен уровень суммарного ССР по классификации ВНОК 2008 – у 3,2 % незначимый, у 22,7 % – низкий дополнительный, у 23,0 % – средний дополнительный, у 31,3 % – высокий дополнительный и у 19,8 % – очень высокий дополнительный ССР, что свидетельствует о необходимости включения в профилактические обследования оценки суммарного ССР для реализации на практике профилактической стратегии высокого риска.

Литература

1. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting healthy life. Geneva 2002.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических инфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваск тер профил 2002; 3: 4–8.
3. Аарва П., Калинина А.М., Костович Л. и др. Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке. Москва 2002; 40–3.
4. Калинина А.М., Шатерникова И.Н., Еганян Р.А. и др. Маркетинг медицинских профилактических услуг в территориальной поликлинике крупного города. Профил забол укреп здор 2005; 2: 3–9.
5. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. Оценка и управление риском сердечно-сосудистых заболеваний для населения России. Кардиоваск тер профил 2004; 4: 4–11.
6. Шальнова С.А., Вихирева О.В. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. РФК 2005; 3: 54–6.
7. Thomsen TF, McGee D, Davidsen M, Jorgensen T. A cross-validation of risk-scores for coronary heart disease mortality based on data from the Glostrup Population Studies and Framingham Heart Study. Int J Epidemiol 2002; 31: 817–22.
8. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. и др. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования. Кардиология 2005; 10: 7–12.
9. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вилков В.Г. и др. Индивидуальный прогноз вероятности смерти по данным исследования факторов риска и нагрузочного тестирования у мужчин трудоспособного возраста. Профил забол укреп здор 2005; 8(4): 18–22.
10. Brindle P, Emberson J, Lampe F, et al. Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: prospective cohort study. BMJ 2003; 327: 1267–70.
11. Brindle P, Fahey T. Primary prevention of coronary heart disease. BMJ 2002; 325: 56–7.
12. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24: 987–1003.
13. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. JAMA 2001; 286: 180–7.
14. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003; 24: 1601–19.
15. Haq IU, Ramsay LE, Yeo W, et al. Is the Framingham risk function valid for northern European populations? A comparison of methods for estimating absolute coronary risk in high risk men. J Heart 1999; 81: 40–6.
16. Батюшин М.М. Модернизация шкалы SCORE оценки десятилетнего риска сердечно-сосудистой смертности. РКЖ 2005; 6: 15–9.
17. Pocock SJ, McCormack V, Gueyffier F, et al. A score for predicting risk of death from cardiovascular disease in adults with raised blood pressure, based on individual patient data from randomised controlled trials. BMJ 2001; 323: 75–81.
18. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов - 2007. Комитет по разработке практических рекомендаций для повышения уровня качества оказания медицинской помощи пациентам в Европе (адаптировано по Eur Heart J, 2007; 1462–1536). Москва “МЕДИ Экспо” 2008; 186 с.
19. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов “Диагностика и лечение артериальной гипертензии”. Приложение 2 к Ж Кардиоваск тер профил 2008; 7(6): 32с.
20. Чазова Л.В., Калинина А.М. Основные эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска. Пособие для врачей. Москва 1993; 68 с.
21. Metcalfe C, Smith GD, Wadsworth E, et al. A contemporary validation of the Reeder Stress Inventory. Br J Health Psychol 2003; 8(Pt.1): 83–94.
22. Результаты первого этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в РФ (2003–2004 гг.). Москва “Медицина для вас” 2005; 144 с.
23. Банщиков Г.Т. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация и оптимизация ее контроля в первичном звене здравоохранения областного центра. Автореф дисс докт мед наук. Москва 2004; 45 с.
24. Приказ МЗ РФ № 347 от 29.08.01 г. “О мерах по реализации федеральной целевой программы “Профилактика и лечение артериальной гипертензии Российской Федерации”.
25. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации. (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). РКЖ 2005; 2: 3–9.

Поступила 01/11–2008