

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ СТЕНОКАРДИИ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ (ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ (WHS) И ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОБАЛЬНОГО СТАРЕНИЯ И ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛЫХ (SAGE))

Максимова Т. М., Белов В. Б., Лушкина Н. П.

Цель. По данным продольных исследований установить, под влиянием каких факторов происходит развитие ишемических болезней сердца.

Материал и методы. По результатам двух исследований (2003г и 2007г), проведенных по методике ВОЗ, были отобраны 471 чел. в возрасте 50 лет и старше (135 мужчин и 336 женщин), обследованные как в 2003г, так и в 2007 г. Определены 3 группы респондентов, отличающихся по наличию ишемических болезней сердца (ИБС) или стенокардии: I группа – наличие ИБС (стенокардии) в 2003г и в 2007г; II группа – ИБС (стенокардия), зафиксирована в 2007г и не была отмечена в 2003г; III группа – не было указаний на ИБС (стенокардию) ни в 2003г, ни в 2007 г. Получены и проанализированы основные характеристики здоровья респондентов, элементы образа жизни и обращаемости за медицинской помощью.

Результаты. Средний возраст лиц без ИБС (стенокардии) в 2003г был значительно ниже, чем у тех, у кого это заболевание было установлено ($p < 0,05$). Как у мужчин, так и у женщин I группы отмечается снижение средних значений роста к 2007г, а у мужчин статистически значимое снижение веса тела ($p < 0,05$). Наибольшая доля лиц с нормальным весом (ИМТ=18,5–24,9) у лиц без ИБС (стенокардия) до 2007г (у мужчин – 60%, у женщин – 42,1%); во II группе у мужчин – 21,4%, у женщин – 33,2%, среди длительно болевших женщин – 22,6% (у мужчин около трети). Отмечается формирование ИБС на фоне нормального и даже недостаточного веса тела, повышенных уровней заболеваний суставов, сахарного диабета, стоматологической патологии. Среди лиц I группы чаще отмечались серьезные трудности в связи с нарушением сна (31,3%). Различий в распространенности изученных факторов риска во II и III группах не выявлено. Выявлена достаточно высокая обращаемость в медицинские учреждения при низком, по сравнению с другими странами, уровне госпитализации больных ИБС.

Заключение. После 50 лет возрастные изменения являются основными факторами в развитии ИБС как при наличии, так и при отсутствии изученных факторов риска. Необходимо проведение длительных проспективных исследований формирования патологии в разных условиях, развития профилактики, ранней диагностики и обеспечения современного уровня терапии.

Российский кардиологический журнал 2013, 4 (102): 45-51

Ключевые слова: ишемические болезни сердца, стенокардия, факторы риска, проспективное исследование.

ФГБУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, отдел исследований общественного здоровья, Москва, Россия.

Максимова Т. М.* – д. м.н., профессор, главный научный сотрудник, Белов В. Б. – к. м.н., заведующий отделом, Лушкина Н. П. – к. э.н., ведущий научный сотрудник.

* Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
tmaximova@mail.ru

ИБС – ишемические болезни сердца, ИМТ – индекс массы тела.

Рукопись получена 08.07.2013

Принята к публикации 16.08.2013

Проспективные (лонгитудинальные) исследования являются основными при изучении закономерностей формирования здоровья, позволяя проследить популяционные реакции характеристик здоровья на конкретные воздействия среды с выявлением факторов, определяющих различные изменения.

На сегодня особенно важным является познание закономерностей формирования в популяции условий, способствующих развитию патологии системы кровообращения. В результате продольных исследований может быть установлено, под влиянием каких факторов происходит развитие этой патологии, влияют ли только возрастные изменения, сопутствующие условия или их конкретные сочетания. Более того, возможно, что неизбежные биологически обусловленные возрастные процессы протекают в разных условиях различными темпами.

Материал и методы

Для анализа были использованы материалы Всемирного Исследования Здоровья (WHS), проведенных под руководством ВОЗ в России в 2003 г., а затем – в 2007–2010гг – исследования глобального старения и здоровья взрослых (SAGE). В составе выборочных контингентов этих исследо-

ваний были выделены респонденты, впервые обследованные в 2003г и повторно – в 2007г, что позволило определить группы лиц с различной динамикой состояния здоровья в течение этого периода. Всего были прослежены изменения в состоянии здоровья у 471 чел. в возрасте старше 50 лет (135 мужчин и 336 женщин), отличающихся по наличию ишемических болезней сердца (ИБС) или стенокардии, как наиболее массовой клинической формы ишемической болезни сердца, и времени возникновения этой патологии. В ходе опроса и обследования в 2007г было оценено состояние здоровья лиц, указавших на наличие ИБС (стенокардии) в 2003г и подтвердивших это заболевание в 2007г, (I группа) – 25,2% от всех лиц, охваченных динамическим наблюдением. В 2007г зафиксировано наличие новых случаев ИБС (стенокардии), не отмеченных в 2003г (II группа) – 21,9%, а также оценено состояние тех респондентов (III группа), у которых не было указаний на наличие ИБС (стенокардии) как в 2003г, так и в 2007г – 52,9%. В течение периода между наблюдениями не было запланировано каких-либо специальных вмешательств, которые могли сказаться на возникновении патологии или торможении ее развития, но имели

Таблица 1

Средний возраст (годы) групп лиц с различными вариантами динамики здоровья в период с 2003г по 2007г

Наличие ИБС (стенокардии)	Мужчины		Женщины	
	2003г	2007г	2003г	2007г
– отмечено как в 2003г, так и в 2007 г.	69,4±1,0	73,4±1,2	69,7±1,3	74,2±0,8
– не было отмечено в 2003г, но появилось в 2007 г.	61,6±2,04	66,0±1,1	66,5±1,1	70,7±0,8
– не отмечено ни в 2003г, ни в 2007 г.	61,6±1,2	65,9±1,1	60,5±0,9	64,8±0,5

Таблица 2

Динамика среднего роста и веса в группах лиц с различными изменениями здоровья с 2003г по 2007г

Наличие ИБС (стенокардии)	Мужчины		p	Женщины		p
	2003г	2007г		2003г	2007г	
	M±m	M±m		M±m	M±m	
Рост (в см)						
– отмечено как в 2003г, так и в 2007 г.	170,9±1,3	164,9±1,2	<0,05	161,4±	157,4±0,6	<0,05
– не было отмечено в 2003г, но появилось в 2007 г.	170,2±1,4	171,4±1,4	>0,05	163,4±0,8	159,7±0,7	<0,05
– не отмечено ни в 2003г, ни в 2007 г.	170,0±0,9	170,0±0,8	-	161,5±0,6	160,0±0,5	>0,05
Вес (в кг)						
– отмечено как в 2003г, так и в 2007 г.	80,3±1,8	73,4±1,7	<0,05	74,0±1,5	73,7±1,4	>0,05
– не было отмечено в 2003г, но появилось в 2007 г.	74,2±1,8	82,4±1,8	<0,05	74,9±1,6	73,1±1,5	>0,05
– не отмечено ни в 2003г, ни в 2007 г.	71,6±1,6	74,1±1,7	>0,05	69,2±1,3	72,4±1,2	>0,05

Таблица 3

Особенности величины ИМТ в группах лиц, отличающихся по наличию (отсутствию) ИБС (стенокардии) в 2003г и 2007г

ИМТ	Мужчины						Женщины					
	I группа		II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г
<18,5	-	-	7,1	-	-	-	-	1,4	-	-	0,8	2,3
18,5–24,9	33,1	33,3	21,4	15,0	60,0	49,2	22,6	15,7	33,2	21,4	42,1	21,8
25–29,9	33,5	44,5	57,1	65,0	32,7	32,3	43,4	37,1	39,3	42,9	39,5	46,6
≥30	33,4	22,2	14,3	20,0	7,3	18,5	34,0	45,7	27,5	35,7	17,6	29,3

место, хотя и не были не связаны с исследованием изменения в жизни респондентов и их семей.

Обработка данных проведена с использованием PPP SPSS, получены и проанализированы основные характеристики здоровья респондентов, элементы образа жизни и обращаемости за медицинской помощью лиц, входящих в выделенную группу лонгитудинального наблюдения. Достоверность различий анализируемых показателей в сравниваемых группах оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Антропометрические признаки, характеризующиеся нормальным распределением, представлены как ($M \pm m$).

Результаты

За период с 2003г по 2007г средний возраст сравниваемых групп изменился на 4–4,5 года, т. е. увеличение возраста соответствовало длительности периода наблюдения. Как у мужчин, так и у женщин, средний возраст тех, кто не указал на наличие ИБС

(стенокардии) в 2003г был значительно ниже, чем у тех, у кого это заболевание было установлено ($p < 0,05$). Также более молодыми по сравнению с теми, кто указал на наличие заболевания в 2003г, а затем подтвердил его наличие в 2007г, были те респонденты, у которых ИБС (стенокардия) не отмечалась ни в 2003г, ни в 2007г (табл. 1).

В то же время у мужчин был отмечен одинаковый возраст как у тех, у кого ИБС (стенокардии) не было в 2003г и она не возникла и к 2007г, так и у тех, у кого болезнь развилась в течение этого периода, т. е. при одинаковом увеличении “паспортного” возраста действовали какие-то другие факторы.

Женщины, у которых в течение данного периода (с 2003г по 2007г) был установлен диагноз ИБС (стенокардии), были старше тех, у кого это заболевание за это время не развилось. При этом женщины были старше мужчин только во второй группе лиц – у тех, у кого заболевание возникло и развилось в течение периода наблюдения.

Результаты оценки динамики средних величин антропометрических признаков (роста, веса) показывают (табл. 2), что у тех лиц, кто болен ИБС (стенокардией) с 2003г, как у мужчин, так и у женщин, отмечается снижение средних значений роста к 2007г, а у мужчин имеет место статистически значимое снижение веса тела ($p < 0,05$).

У тех респондентов, кто не отметил ИБС (стенокардии) ни в 2003г, ни в 2007г, длина тела за этот период не изменилась, а вес несколько увеличился, хотя различия статистически незначимы ($p > 0,05$). У тех, кто не страдал ИБС (стенокардией) в 2003г, но это заболевание развилось к 2007г — у мужчин длина тела не изменилась, но увеличился вес тела, а у женщин снизилась длина тела.

Если сравнивать группы лиц, отличающихся по наличию (отсутствию) ИБС (стенокардии) в течение периода наблюдения по динамике индекса массы тела (ИМТ), можно отметить увеличение доли лиц с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30$) практически в каждой из них, за исключением мужчин I группы (табл. 3) с длительным течением заболевания.

На начальном этапе динамического наблюдения, в 2003г, наибольшая доля лиц с нормальным весом ($\text{ИМТ} = 18,5 - 24,9$) наблюдалась среди тех, у кого ИБС (стенокардия) в последствии, к 2007г, не возникла, составляя у мужчин 60%, у женщин — 42,1%; среди тех, у кого это заболевание сформировалось за 4 года — 33,2% женщин и 21,4% мужчин; женщин, у кого это заболевание было отмечено как в 2003г, так и в 2007г, — 22,6%, мужчин — около трети. Среди мужчин, указавших на наличие болезни с 2003г, отмечено снижение доли лиц с ожирением — с 33,4% до 22,2 в 2007г (хотя эта группа небольшая по численности).

Если сравнивать одинаковые по среднему возрасту группы мужчин, у которых не было ИБС (стенокардии) в 2003г, но это заболевание развилось к 2007г (II группа) или по-прежнему отсутствует (III группа), можно отметить среди последних существенно большую долю лиц с нормальным ИМТ (18,5–24,9), весом тела (в 2003г — 60%, в 2007г — 49,2%), во второй группе — 21,4% и 15%.

При анализе самооценки здоровья на плохое состояние в 2003г указали около половины (47,5%) женщин и 45,5% мужчин, отнесенных к I группе. Через четыре года доля лиц, оценивших свое здоровье как плохое и очень плохое, в этих группах увеличилась до 50 и более процентов (табл. 4).

За четыре года увеличилась и доля лиц, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, и среди тех лиц, у кого в 2003г не была отмечена, но за этот период развилась ИБС (стенокардия), среди них также существенно снизилась и доля лиц, оценивших свое здоровье как хорошее. В третьей группе, где наличие ИБС (стенокардии) не отмечено и в 2007г, доля лиц с низкими оценками здоровья достоверно

не возросла, более того у мужчин отмечен некоторый рост доли тех, кто оценил свое здоровье как хорошее.

Если сравнивать одинаковые по возрасту (средний — возраст 61,6 года) группы мужчин, с отсутствием ИБС (стенокардии) в период наблюдения и с формированием ее к 2007г, выявляется практически идентичность оценок здоровья в них в 2003г и достоверно ($p < 0,05$) большая доля лиц, оценивающих (32%) свое здоровье как плохое и очень плохое в 2007г по сравнению с теми мужчинами, у кого этот диагноз не был установлен (17,1%).

Если оценивать особенности образа жизни в сравниваемых группах населения, то обнаруживается, что привычка к регулярному табакокурению в 2003г была более свойственна тем мужчинам, у которых не была отмечена ИБС (стенокардия) как в 2003г, так и в 2007г (регулярно куривших среди них — 45,7%). Среди тех мужчин, у кого это заболевание имело место с начала периода наблюдения и было подтверждено в 2007г, доля регулярно курящих наименьшая (27,3%) и это, возможно, в связи с тем, что они бросили курить после установления диагноза. Среди мужчин с различными характеристиками здоровья лишь 9–14,3% лиц не употребляли алкоголь, среди женщин их доля существенно выше и достигает 40–50%.

Среди лиц, длительно страдающих ИБС (стенокардией) значительно чаще отмечались серьезные и очень серьезные трудности в связи с нарушением сна (31,3%), наименьшая доля лиц с такими расстройствами (менее 10%) среди тех, у кого не отмечено данного заболевания. Промежуточный уровень (13–14%) данного нарушения сна с негативной динамикой — у лиц с развившейся кардиологической патологией в период наблюдения.

Имеются особенности распространенности и динамики некоторых видов патологии у лиц, указавших и не указавших на наличие ИБС (стенокардии) (табл. 5)

Ответы на вопрос о нуждаемости в медицинской помощи в 3-х группах респондентов (табл. 6), отличающихся по наличию ИБС (стенокардии) в течение нескольких лет (I), указавших на ее наличие к концу периода лонгитудинального наблюдения (II) и отсутствие этого диагноза (III), показывают, что как мужчины, так и женщины, не страдающие этой патологией в течение всего периода наблюдения (при одинаковом среднем возрасте мужчин с возникшей к 2007г и не развившейся ИБС (стенокардией)) значительно чаще, чем представители других групп указывают, что они не испытывали когда-либо потребности в медицинской помощи и достоверно реже испытывали потребность в получении медицинской помощи в течение последних 3-х лет. Таким образом, это, несомненно, более здоровый контингент.

Анализируя сведения о времени последнего обращения за медицинской помощью (данные 2003г),

Таблица 4

Динамика субъективных оценок здоровья в группах лиц, отличающихся по наличию ИБС (стенокардии) (%)

Состояние здоровья	Мужчины						Женщины					
	I группа		II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г	2003г	2007г
Очень хорошее и хорошее	4,5	-	12,0	-	12,8	21,4	1,3	1,3	9,4	1,6	22,8	11,8
Удовлетворительное	50,0	45,5	68,0	68,0	67,1	61,4	51,3	47,5	57,8	54,7	58,6	66,7
Плохое и очень плохое	45,5	54,5	20,0	32,0	20,0	17,1	47,5	51,3	32,9	43,8	18,6	21,5

Таблица 5

Особенности распространенности и динамики некоторых видов патологии у лиц, указавших и не указавших на наличие ИБС (стенокардии) (%)

Заболевания	ИБС не указана в 2003г; указана в 2007г		ИБС не указана в 2003г и в 2007г	
	2003г	2007г	2003г	2007г
Болезни суставов	30,3	50,6	21,4	28,4
Бронхиальная астма	4,5	4,5	0,9	0,5
Сахарный диабет	4,5	14,6	0,9	3,7
Отсутствие всех своих естественных зубов	16,9	30,3	19,5	20,0

Таблица 6

Последнее обращение за медицинской помощью (данные на 2003г) (%)

Период времени последнего обращения	Мужчины			Женщины		
	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа
До 1 года, в т. ч.:	50,9	44,0	51,4	47,5	54,7	35,2
– в течение 30 дней	40,9	12,0	10,0	27,5	18,8	21,4
1–3 года	9,0	20,0	18,6	16,3	14,1	17,9
3–5 лет и более или никогда	4,5	24,0	20,0	8,8	12,5	25,8

можно отметить, что в течение последнего года, в т. ч. последних 30 дней до начала опроса чаще обращались за медицинской помощью респонденты, как мужчины, так и женщины, уже страдавшие ИБС (стенокардией) в 2003г (мужчины 40,9% и 27,5% женщин в течение последних 30 дней).

Доля лиц, обращавшихся 3 года назад и более или никогда, наиболее высока среди тех, у кого не было этого заболевания в 2003г, но оно появилось к 2007г и также тех, у кого оно не развилось и к 2007г.

Как среди мужчин, так и среди женщин, существенно различается состав причин обращений за медицинской помощью в 2003г в группах лиц, у которых ИБС (стенокардия) выявлена в 2003г и подтверждена в 2007г, у тех, у кого это заболевание возникло в течение периода наблюдения, и у тех, кто не указал на наличие этого заболевания ни в 2003г, ни в 2007г (табл. 7).

Наиболее частой причиной обращения были заболевания сердца, только в первой группе респондентов, в остальных группах более частыми причинами были острые заболевания, болезни зубов и полости рта.

Как мужчины, так и женщины без патологии системы кровообращения чаще указывали на обращения за медицинской помощью по поводу травм. У женщин в отличие от мужчин, как и среди тех, кто страдал ИБС (стенокардией) с 2003г, так и у тех, кто указал на ее наличие в 2007г, одной из ведущих причин (более 15%) обращения за медицинской помощью были заболевания суставов.

В течение периода наблюдения наивысший уровень госпитализации за 3 года отмечают мужчины, страдающие ИБС (стенокардией) уже в 2003г, из них были госпитализированы за этот период около 40% (38,1%) (табл. 8).

Среди женщин, длительно страдающих этой патологией, за 3 года была госпитализирована каждая четвертая, а среди тех, у кого заболевание возникло за это время – 38,3%. Наиболее низкие уровни госпитализации как среди мужчин, так и среди женщин, отметили те, кто не страдал и не страдает ИБС (стенокардией). Тем не менее, среди них были госпитализированы в течение этого периода 16% женщин и более 20% мужчин, случаи госпитализации могли быть по поводу других заболеваний или травм.

Таблица 7

Особенности состава причин обращений за медицинской помощью в 2003г в разных группах (%)

Заболевания	Мужчины			Женщины		
	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа
Острые заболевания	9,1	26,1	20,0	8,9	11,1	20,5
Стоматологическая патология	9,1	17,4	16,9	6,3	14,3	11,8
Болезни сердца	54,5	8,7	6,2	42,5	4,8	6,3
Болезни суставов	4,5	-	7,7	16,3	15,9	10,2
Травмы и хирургия	4,5	4,3	10,8	6,3	3,2	9,6

Обсуждение

По результатам лонгитудинального исследования, основным фактором формирования ИБС (стенокардии) является возраст, при этом у мужчин различные формы ИБС, в т. ч. стенокардия, возникают в более молодом возрасте, чем у женщин. Этот факт подтверждается и по результатам других исследований [1]. По данным регистрации врачебных диагнозов в городской поликлинике (г. Липецк) в 2011г [2] средний возраст выявления впервые в жизни некоторых форм ИБС (I20.8 согласно МКБ-10) составлял у женщин 64,9 года, а у мужчин – 62,6 года, при других формах ИБС (I25.8) у женщин – 66,1 года, а у мужчин – 62,6 года. Диагноз “атеросклероз болезней сердца” (I25.1) впервые в жизни устанавливался врачами у женщин в 68,2 года, у мужчин – в 66,5 года. На основании данных настоящего исследования можно предположить, что заболевание сердца сформировалось у наблюдаемых респондентов II группы в середине (у мужчин) и даже в начале (у женщин) периода наблюдения. В то же время необходимо отметить существенную близость полученных в результате различных исследований значений среднего возраста начала заболеваний.

В течение периода наблюдения отмечались различия в динамике морфологических характеристик респондентов, отличающихся по состоянию здоровья, наличию ИБС (стенокардии).

Наличие длительной болезни приводит к выраженному снижению антропометрических параметров как у мужчин, так и у женщин (снижение длины тела у лиц, указавших на наличие ИБС (стенокардии), как в 2003г, так и в 2007г, более выражено по сравнению с другими группами). У мужчин развитие ИБС (стенокардии) в течение периода наблюдения связано с увеличением веса тела (в 2003г – 74,2 кг, в 2007г – 82,4 кг). У женщин – значения среднего веса достаточно близки в сравниваемых группах населения. Среди респондентов, которые не указали на развитие ИБС (стенокардии) в 2003г и в 2007г, была наибольшая доля лиц с нормальным весом тела (ИМТ = 18,5–24,9), достигая 60% у мужчин.

Таким образом, как было показано в других работах, наличие избыточного веса тела и, особенно, ожирения связано с развитием ИБС (стенокардии).

Таблица 8

Доля лиц, госпитализированных в течение последних трех лет, в разных группах респондентов (с 2003г по 2007г) (%)

Наличие ИБС (стенокардии)	Мужчины	Женщины
Была в 2003г и в 2007г	38,1	24,7
Не было в 2003г, появилась в 2007г	28,0	38,3
Не отмечено ни в 2003г, ни в 2007г	23,1	15,9

Но нельзя не отметить, что среди тех, у кого не было этих заболеваний в 2003г, они развились к 2007г и по сравнению с их ровесниками без этой патологии выявляется не только меньшая доля лиц с нормальным весом и большая – с избыточным, но и доля (7,1%) тех, у кого вес расценивается как недостаточный. Практически у трети мужчин и женщин ИБС (стенокардия) развивалась на фоне нормального и даже недостаточного (у мужчин) веса тела.

По данным ряда крупных исследований, различные формы ИБС выявлялись у лиц, не имевших ведущих факторов риска, способствующих их развитию [3]. По материалам данного исследования – доля регулярно курящих мужчин в 2003г была практически одинакова среди тех, кто указал на развитие ИБС (стенокардии) к 2007г и среди тех, у кого не было этого заболевания (45,7 и 40,0%, соответственно). Женщины, которые указали на наличие у них ИБС (стенокардии) в 2003г и в 2007г не имели привычку к табакокурению к моменту обследования, в остальных группах – курили 6–7%. В целом среди женщин старше 50 лет 4,5% регулярно курящих. По данным литературы [4], в 2008–2011гг в Германии курили 23,2% женщин и 25,6% мужчин в возрасте 45–64 лет (среди мужчин и женщин старше 65 лет – до 10%), никогда не куривших было соответственно 41,9 и 26,7%.

Достаточно сложно связать формирование кардиологической патологии и особенностей употребления алкоголя. Некоторые авторы [1] относят употребление малых доз алкоголя к факторам антириска.

В целом нельзя не согласиться с тем, что связь между приверженностью к профилактической деятельности и исходами в здоровье на сегодня недоста-

точно ясна, на что указывают авторы [5]. Также эти авторы показывают, что в реальной практике до 50% больных не контролируют артериальное давление, сахар крови, 20% продолжают курить. Остается не ясным, в чем причина — практические врачи не обращают на это внимание или, возможно, имеют место проблемы с доступностью медицинской помощи. Также можно предположить и то, что совершенно другие факторы ответственны за возникновение заболевания. В разных исследованиях, в т. ч. [6], показано, что больший набор из 7 параметров идеального кардиологического здоровья (по критериям Американской кардиологической ассоциации), включающих как поведенческие факторы, так и некоторые элементы состояния здоровья, связан с более низкими уровнями смертности, в т. ч. от болезней системы кровообращения, но распространенность наличия всех указанных факторов в норме имеет место у очень небольшого числа лиц в возрасте старше 20 лет (в США до 1,2% в 2005–2010гг). По России такие данные отсутствуют, хотя в условиях активной реализации в стране профилактического направления такие оценки очень важны как для объективного понимания современной ситуации, так и оценки эффективности внедряемых профилактических мероприятий [7].

Как мужчины, так и женщины, указавшие на наличие ИБС (стенокардии) и в 2003г и в 2007г давали более низкие оценки своему здоровью, чем представители других групп.

Развитие ИБС (стенокардии) в течение периода лонгитудинального наблюдения имеет место на фоне более высокой частоты ряда заболеваний, таких как заболевания суставов, сахарный диабет, потеря всех своих естественных зубов, отмечается более интенсивный рост распространенности этих заболеваний в группе лиц с формированием патологии сердца по сравнению с теми, у кого это заболевание к концу периода наблюдения не развилось. Следует также отметить, что в 2007г у 77,5% лиц с развившейся патологией сердца была зарегистрирована гипертония, в противоположной группе — 42,3%. По данным [8] в Германии имели гипертонию около половины мужчин и женщин в возрасте от 50 до 70 лет и более 60% — старше 70 лет.

Респонденты, как страдавшие ИБС (стенокардией) в 2003г, так и те, у кого это заболевание возникло или не возникло к 2007г, достаточно активно контактировали с медицинскими учреждениями в связи с различными поводами, в т. ч. по поводу указанных заболеваний. В течение 2003г за медицинской помощью по тем или иным причинам обращались более 40% мужчин и более 50% женщин из тех, кому в последующем был установлен диагноз ИБС (стенокардия). В связи с этим возникает вопрос — должны ли были и на основании каких данных наблюдавшие их врачи предпо-

ложить развитие в ближайшие годы данной патологии? Теоретически медицинские работники должны были предположить возможность развития заболевания по клиническим симптомам или набору факторов риска даже при достаточно ограниченных возможностях выявления этой патологии на донологическом уровне. В массовой медицинской практике должны быть более широко обеспечены возможности применения современных методов доклинического выявления атеросклеротических изменений, что требует соответствующего оснащения. Врачи первичных медицинских учреждений недостаточно ориентированы в необходимости учета при диагностике не только традиционных факторов риска, но и новых диагностических критериев, таких как исследование С-реактивного белка, неинвазивных методов диагностики субклинического атеросклероза (например, применение УЗИ сонных артерий, измерение коронарного кальциевого индекса (ККИ)), при этом медицинские учреждения не всегда практикуют подобные методики, и они не стали частью массовых скрининг — программ [1]. В то же время массовые профилактические обследования должны минимально вовлекать врачей и использовать экономически эффективные технологии [9].

Значительная часть респондентов указали, что они были госпитализированы за последние 3 года. Если сравнивать уровень госпитализации больных по поводу стенокардии в России и других странах, участвовавших во Всемирном исследовании здоровья (WHS), уровни госпитализации российских больных в связи с этим заболеванием, как в течение последнего года, так и в течение последних 5 лет существенно ниже, чем в странах Западной Европы и лишь незначительно превышают соответствующие значения, рассчитанные для Китая и Индии. Несмотря на достаточно частые контакты с амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими учреждениями, необходимо отметить, что доля лиц с установленным врачом диагнозом ИБС (стенокардии), не испытывающих болей в сердце в течение года, по-прежнему как в 2003г, так и в 2007г, остается небольшой — на уровне 10–15%, т. е. это заболевание у наших больных недостаточно корректируется медицинскими мерами, протекает тяжелее по сравнению с состоянием таких больных в европейских странах, где доля больных с компенсированными состояниями уже в 2003г была более 40%, т. е. существенно выше [10]. Подобную ситуацию отмечают и другие авторы [11], которые указывают, что в когорте российских больных по-прежнему остается большая доля пациентов с высокой частотой развития ангиальных приступов — до 65–75% больных испытывают по 4–5 приступов неделю.

Заключение

Материалы исследования показывают, что после 50 лет возрастные изменения являются основными факторами в развитии ИБС, которое происходит как при наличии так и в отсутствии известных факторов риска.

Выявлена достаточно высокая обращаемость в медицинские учреждения при низком, по сравнению с другими странами, уровне госпитализации больных ИБС.

Литература

1. Sercelik A., Fettser D. V., Turkmen S. et al. Comparative Assessment of Risk Factors and Hospital Results in Male and Female Patients Underwent to Coronary Artery Bypass Surgery. *Cardiology* 2012; 52 (11): 12–6. Russia (Серчелик А., Флетцер Д. В., Туркмен С. и др. Сравнительная оценка факторов риска и госпитальных результатов у пациентов мужского и женского пола, подвергшихся коронарному шунтированию. *Кардиология*, 2012; 52 (11):12–6).
2. Maximova T. M., Belov V. B., Lushkina N. P. et al. The Average Age of the First Identification of the Main Diseases of the Circulatory System in Outpatient Conditions. *Bulletin of National Research Institute of Public Health RAMS*. Moscow; 2013. Ed. 2:173–6. Russian (Максимова Т. М., Белов В. Б., Лушкина Н. П. и др. Средний возраст выявления впервые в жизни основных заболеваний системы кровообращения в амбулаторно-поликлинических условиях. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН*. Москва; 2013. Вып. 2:173–6.)
3. Bernstein L. L., Katamadze N. O., Laznam S. S. et al. Individual Coronary Heart Disease Risk Prediction as Part of Primary Prevention. *Cardiology* 2012; 52 (10):65–74. Russian (Берштейн Л. Л., Катамадзе Н. О., Лазнам С. С. и др. Индивидуальное прогнозирование риска развития ИБС в рамках первичной профилактики. *Кардиология* 2012; 52 (10):65–74).
4. Lampert T., von der Lippe E., M ters S. Prevalence of smoking in the adult population of Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *English version. Bundesgesundheitsbl*, 2013; 56:802–8.
5. Ali M. K., Bullard K. McK., Saaddine J. B. et al. Achievement of Goals in U. S. Diabetes Care, 1999–2010 – *N Engl J Med* 2013; 368:1613–24.
6. Yang Q., Cogswell M. E., Flanders W. D. et al. Trends in cardiovascular health metrics and associations with all cause and CVD mortality among US adults. *Jama*. – 2012 Mar 28; 307 (12):1273–83.
7. Maximova T. M., Belov V. B., Lushkina N. P. The Prevalence of Behavioral Risk Factors among Population at the Age over 50. *Bulletin of National Research Institute of Public Health RAMS*. Moscow; 2013. Ed. 2: 169–72. Russian (Максимова Т. М., Белов В. Б., Лушкина Н. П. Распространенность поведенческих факторов риска среди населения в возрасте 50 лет и старше. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН* Москва; 2013. Вып. 2:169–72).
8. Neuhauser H., Thamm M., Ellert U. Blood pressure in Germany 2008–2011: Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *English version. Bundesgesundheitsbl*, 2013; 56 (5–6):795–801.
9. Holland W. Periodic Health Examination – A brief history and critical assessment. *Eurohealth*, 2009; 15 (4): 16–20.
10. Maximova T. M., Lushkina N. P., Ogryzko E. V. Problems in medical care for patients with cardiovascular diseases. *Vestnik RAMS*. *Вестник РАМН*. 2012; 3:15–22. (Максимова Т. М., Лушкина Н. П., Огрызко Е. В. Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных. *Вестник РАМН*. 2012; 3: 15–22).
11. Giezer M. G., Saygitov R. T. Adherence of Patients With Stable Angina to Treatment With Trimetazidine MR and Frequency of Emergency Medical Care: Results of the EFFECT Study. *Cardiology* 2012; 52 (11):4–11. Russia (Глезер М. Г., Сайгитов Р. Т. приверженность больных со стабильной стенокардией к лечению триметазидином МВ и ее связь с частотой обращений за медицинской помощью по экстренным показаниям: результаты исследования ЭФФЕКТ. *Кардиология* 2012; 52 (11):4–11).

Features of angina development across age groups: data from the World Health Survey (WHS) and the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE)

Maksimova T. M., Belov V. B., Lushkina N. P.

Aim. Using the data from longitudinal studies, to identify the determinants of coronary heart disease (CHD) development.

Material and methods. Using the data from the two studies (2003 and 2007), a sample of people aged 50 years and older (135 men and 336 women), who were examined both in 2003 and 2007, was selected. All participants were divided into three groups: Group I – with CHD (angina) in 2003 and 2007; Group II – with CHD (angina) in 2007 only; and Group III – with no symptoms or signs of CHD (angina) in 2003 and 2007. The main health parameters, lifestyle characteristics, and health service use were assessed and analysed.

Results. Mean age of people free from CHD (angina) in 2003 was significantly lower than in those with CHD ($p < 0.05$). In men and women from Group I, mean height values decreased by 2007, and in Group I men, there was also a statistically significant reduction in body weight ($p < 0.05$). The highest percentage of individuals with normal body weight (body mass index 18.5–24.9) was observed in people without CHD (angina) by 2007 (60% men and 42.1% women). In Group II, this percentage was 21.4% in men and 33.2% in women (approximately 33% and 22.6%, respectively, among people with long duration of the disease). CHD developed even

Актуальна дальнейшая модернизация и развитие как профилактики и ранней диагностики, так и терапии кардиологической патологии в массовой медицинской практике, а также необходимость проведения длительных проспективных исследований популяционного здоровья.

Авторы являются ответственными исполнителями проведения Всемирного Исследования Здоровья (WHS) в 2003 г. и Исследования глобального старения и здоровья взрослых (SAGE) в 2007–2010 гг. в России под руководством ВОЗ.

in people with normal or low body weight. Joint pathology, diabetes mellitus, and dental health problems were associated with the development of CHD. In Group I, there was an increase in the prevalence of sleep disturbances (31.3%). No differences in the prevalence of risk factors were observed for Groups II and III. While hospital admissions due to CHD were less frequent than in other countries, the proportion of people seeking medical help was quite large.

Conclusion. In people aged 50+, age-related changes determine the development of CHD, regardless of the presence of risk factors. There is a need for more long-term prospective studies on the disease development, preventive measures, early diagnostics and adequate therapy across different contexts.

Russ J Cardiol 2013, 4 (102): 45–51

Key words: coronary heart disease, angina, risk factors, longitudinal study.

Department of Population Health Studies, National Research Institute of Population Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia.