

УДК 616.127-005.4-036.12-053.9

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

И.С. Сабиров, Ахмад Насир, С.А. Искендерова

Представлены результаты изучения частоты встречаемости основных факторов риска среди больных хронической ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста и их гендерные различия.

Ключевые слова: хроническая ишемическая болезнь сердца; факторы риска; пожилой и старческий возраст.

PREVALENCE OF RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE IN ELDERLY AND SENILE AGE

I.S. Sabirov, Ahmad Nasir, S.A. Iskenderova

There are results of the study of the frequency of occurrence of the major risk factors among elderly and senile patients with chronic coronary heart disease and its gender differences.

Key words: chronic ischemic heart disease; risk factors; elderly and senile age.

Введение. Демографические тенденции в мире в последние десятилетия четко обозначили проблему пожилых пациентов. Возрастной состав населения меняется в сторону преобладания лиц пожилого и старческого возраста, особенно среди женщин. В настоящее время 10 % всей мировой популяции составляют пожилые люди. Прогнозируется, что в недалеком будущем эта пропорция увеличится до 30 %. Уровень заболеваемости с возрастом растет. По данным эпидемиологических исследований, практически здоровые люди среди пожилого населения составляют примерно 9 %, остальные страдают различными заболеваниями. Сегодня не менее 1/2 пациентов, обращающихся за терапевтической помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. Большинство из них подвержены таким распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), как артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз магистральных артерий головы и шеи, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и др. [1].

Проблема ССЗ у пожилых лиц высоко актуальна ввиду не только значительной распространенности этих заболеваний, но и их общепризнанного негативного влияния на прогноз.

Ведущей патологией в структуре ССЗ является ИБС. Согласно данным Фремингемско-

го исследования, стенокардия напряжения является первым признаком ИБС у мужчин в 40,7 и у женщин – в 56,5 % случаев [2]. Заболеваемость стенокардией за последние годы увеличилась на 40,5 %, а острым инфарктом миокарда на 15,3 % [3]. Кроме того, ИБС – наиболее частая причина смерти лиц пожилого возраста. Ежегодная смертность среди больных старше 65 лет составляет 2–3 % [4].

На сегодня недостаточно данных современных масштабных рандомизированных клинических исследований (РКИ), посвященных ИБС у пожилых больных (их доля составляет суммарно < 10 %) [4].

В связи с вышеизложенным, в настоящее время можно констатировать, что своевременная диагностика ИБС является важнейшим направлением клинической медицины, имеет большое социальное и экономическое значение.

Цель исследования – изучение распространенности факторов риска ССЗ у больных пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материалы и методы. В исследование были включены 190 пациентов в возрасте 60–90 лет (средний возраст $67,8 \pm 5,9$ года), в том числе 78 мужчин и 112 женщин. Из них 147 больных

Таблица 1 – Распространенность факторов риска хронической ишемической болезни сердца среди пациентов различных возрастных групп

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	р
АГ (n, %)	46 (54,1%)	151 (79,5%)	<0,001
СД (n, %)	14 (16,4%)	23 (12,1%)	нд
Курение (n, %)	12 (14,1%)	17 (8,9%)	нд
Ожирение (n, %)	51 (60%)	86 (45,3%)	<0,05
ОХС \geq 5,2 ммоль/л (n, %)	42 (49,4%)	87 (45,8%)	нд
Возраст, лет	53,9 \pm 3,9	67,8 \pm 5,9	<0,001

Примечание: АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет; ОХС – общий холестерин; нд – различия между группами недостоверны.

Таблица 3 – Показатели липидного обмена у больных хронической ишемической болезнью сердца различных возрастных групп

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	р
ОХС, ммоль/л	5,18 \pm 0,97	5,23 \pm 1,01	нд
ХС-ЛПНП, ммоль/л	3,10 \pm 0,90	3,23 \pm 0,95	нд
ХС-ЛПВП, ммоль/л	1,01 \pm 0,30	1,10 \pm 0,31	<0,05
ТГ, ммоль/л	2,35 \pm 2,06	2,06 \pm 1,14	нд
ИА, ед.	5,66 \pm 2,51	5,2 \pm 2,4	нд
Не-ЛПВП-ХС, ммоль/л	4,17 \pm 0,98	4,13 \pm 0,99	нд
ТГ/ЛПВП, ед.	2,47 \pm 2,22	2,02 \pm 1,35	<0,05

Примечание: ТГ – триглицериды; ИА – индекс атерогенности; не-ЛПВП-ХС = (ОХ – ХС-ЛПВП); нд – различия между группами недостоверны.

пожилого и 43 пациента старческого возраста – старше 60 и 80 лет соответственно. Группой контроля послужили данные 85 пациентов с ХИБС зрелого возраста (45–59 лет; средний возраст 53,9 \pm 3,9 года). В ходе обследования изучалось наличие таких факторов риска ССЗ, как ожирение, курение, АГ, сахарный диабет (СД), нарушения липидного обмена, проводилось анкетирование согласно опроснику Роузе. Наличие ожирения оценивалось по данным индекса массы тела (ИМТ) – индекса Кетле, который рассчитывается как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м²). За ожирение принимали значения ИМТ выше

Таблица 2 – Гендерные различия в распространенности основных факторов риска хронической ишемической болезни сердца среди пациентов основной группы

Показатели	Мужчины (n = 78)	Женщины (n = 112)	р
АГ (n, %)	56 (71,8%)	95 (84,8%)	< 0,05
СД (n, %)	12 (15,4%)	11 (9,8%)	нд
Курение (n, %)	16 (20,5%)	1 (0,9%)	< 0,001
Ожирение (n, %)	28 (35,9%)	58 (51,8%)	< 0,01
ОХС \geq 5,2 ммоль/л (n, %)	26 (33,3%)	61 (54,5%)	< 0,01
Возраст, лет	67,2 \pm 5,8	68,3 \pm 5,9	нд

Примечание: АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет; ОХС – общий холестерин; нд – различия между группами недостоверны.

Таблица 4 – Гендерные различия в показателях липидного обмена у больных хронической ишемической болезнью сердца основной группы

Показатели	Мужчины (n=78)	Женщины (n=112)	р
ОХС, ммоль/л	4,99 \pm 0,97	5,40 \pm 1,01	< 0,01
ХС-ЛПНП, ммоль/л	3,07 \pm 0,91	3,35 \pm 0,97	< 0,05
ХС-ЛПВП, ммоль/л	0,99 \pm 0,26	1,17 \pm 0,33	< 0,001
ТГ, ммоль/л	2,04 \pm 1,17	2,08 \pm 1,13	нд
ИА, ед.	5,5 \pm 3,1	4,9 \pm 1,6	нд
Не-ЛПВП-ХС, ммоль/л	3,99 \pm 0,95	4,22 \pm 1,0	нд
ТГ/ЛПВП, ед.	2,07 \pm 1,11	1,98 \pm 1,50	нд

Примечание: ТГ – триглицериды; ИА – индекс атерогенности; не-ЛПВП-ХС = (ОХ – ХС-ЛПВП); нд – различия между группами недостоверны.

30 кг/м². Измерение артериального давления (АД) проводили ртутным манометром с точностью до 2 мм рт. ст. двукратно с интервалом 5 минут в положении сидя в покое. АГ диагностировалась при АД выше 140/90 мм рт. ст. Проводили подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) за 1 минуту. Определением уровня гликемии в капиллярной крови устанавливали наличие СД (уровень глюкозы натощак более 6,1 ммоль/л и свыше 11,1 ммоль/л через 2 часа после приема пищи). При изучении показателей липидного обмена оценивали уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой

Таблица 5 – Гендерные различия в частоте дислипидемий среди больных хронической ишемической болезнью сердца основной группы

Показатели	Мужчины (n=78)	Женщины (n=112)	p
ОХС $\geq 5,2$ ммоль/л	26 (33,3%)	61 (54,5%)	<0,01
ХС-ЛПНП $\geq 2,58$ ммоль/л	54 (69,2%)	92 (82,1%)	<0,05
ХС-ЛПВП $\leq 1,0$ ммоль/л (м); $\leq 1,2$ ммоль/л (ж)	30 (38,4%)	56 (50%)	нд
ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л	38 (48,7%)	69 (61,6%)	нд

Примечание: ТГ – триглицериды; нд – различия между группами недостоверны.

Таблица 7 – Частота метаболических нарушений и артериальной гипертензии среди больных хронической ишемической болезнью сердца различных возрастных групп

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	p
ИМТ, кг/м ²	31,0 \pm 4,9	29,7 \pm 4,9	<0,05
Ожирение, %	51 (60%)	86 (45,3%)	<0,05
Уровень сахара, ммоль/л	5,76 \pm 2,56	5,48 \pm 2,02	нд
Сахар $\geq 6,1$ ммоль/л	19 (22,1%)	40 (21,2%)	нд
СД, %	14 (16,4%)	23 (12,1%)	нд
АГ, %	46 (54,1%)	151 (79,5%)	<0,001
САД, мм рт. ст.	168 \pm 22	168 \pm 23	нд
ДАД, мм рт. ст.	101 \pm 9	99 \pm 8	=0,05
ЧСС, уд/мин	78,3 \pm 11,6	79,5 \pm 12,6	нд

Примечание: САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; нд – различия между группами недостоверны.

и высокой плотности (ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ), а также рассчитывали такие показатели, как индекс атерогенности (ИА) и соотношение ТГ к ЛПВП. За гиперхолестеринемию принимали уровень ОХС более 5,2 ммоль/л, а за гипертриглицеридемию – уровень ТГ более 1,7 ммоль/л. Дислипидемия (нарушение соотношения между ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП) устанавливалась при уровне ХС-ЛПНП более 2,58 ммоль/л и ХС-ЛПВП менее 1,0 ммоль/л у мужчин, 1,2 ммоль/л у женщин. ИА рассчитывали по формуле: ИА = (ОХС – ХС-ЛПВП)/ЛПВП.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью паке-

Таблица 6 – Частота дислипидемий среди больных хронической ишемической болезнью сердца различных возрастных групп

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	p
ОХС $\geq 5,2$ ммоль/л	42 (49,4%)	87 (45,8%)	нд
ХС-ЛПНП $\geq 2,58$ ммоль/л	60 (70,6%)	146 (76,8%)	нд
ХС-ЛПВП $\leq 1,0$ ммоль/л (м); $\leq 1,2$ ммоль/л (ж)	52 (61,2%)	86 (45,2%)	<0,05
ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л	48 (56,5%)	107 (56,3%)	нд

Примечание: ТГ – триглицериды; нд – различия между группами недостоверны.

Таблица 8 – Гендерные различия в распространенности метаболических нарушений и артериальной гипертензии среди больных хронической ишемической болезнью сердца основной группы

Показатели	Мужчины (n=78)	Женщины (n=112)	p
ИМТ, кг/м ²	28,9 \pm 4,7	30,3 \pm 6,0	нд
Ожирение, %	28 (35,9%)	58 (51,8%)	<0,01
Уровень сахара, ммоль/л	5,61 \pm 2,01	5,39 \pm 2,04	нд
Сахар $\geq 6,1$ ммоль/л	19 (24,4%)	21 (18,8%)	нд
СД, %	12 (15,4%)	11 (9,8%)	нд
АГ, %	56 (71,8%)	95 (84,4%)	<0,05
САД, мм рт. ст.	168 \pm 21	169 \pm 22	нд
ДАД, мм рт. ст.	98 \pm 8	100 \pm 9	нд
ЧСС, уд/мин	81,1 \pm 12,9	79,0 \pm 12,4	нд

Примечание: САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; нд – различия между группами недостоверны.

та прикладных программ “Microsoft Excel 2007” и “Statistica 7,0”. Различия признавались достоверными при $p < 0,05$, значимость различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Полученные в ходе анализа данные по распространенности факторов риска ХИБС среди пациентов различных возрастных групп представлены в таблице 1.

При сравнении гендерных особенностей выявлены существенные различия по частоте основных риск-факторов ИБС (таблица 2).

При сравнительном анализе частоты липидных нарушений у больных с ХИБС различных воз-

растных групп были получены следующие результаты (таблица 3).

В ходе проведенного исследования были выявлены существенные гендерные различия в уровнях липидов среди больных с ХИБС основной группы, как показано в таблице 4.

Наиболее часто регистрируемой дислипидемией у больных ХИБС основной группы являлось повышение уровня ХС-ЛПНП, которое выявлялось у 76,8 % обследованных пациентов, чаще у женщин, чем у мужчин (82,1 против 69,2 % соответственно, $p < 0,05$) (таблица 5).

Следует отметить, что достоверного различия в частоте данного вида дислипидемии между больными основной и контрольной групп получено не было (таблица 6).

В ходе изучения метаболических нарушений и АГ в сравниваемых группах выявлены изменения, представленные в таблице 7.

Выявлены гендерные различия в распространенности АГ у пожилых лиц: ее частота была несколько выше у женщин по сравнению с мужчинами (84,8 и 71,8 % соответственно, $p < 0,05$) (таблица 8).

Таким образом, для больных основной группы был характерен существенно более высокий уровень ХС-ЛПВП, низкая частота гипо-ЛПВП-емии, ожирения по сравнению с пациентами контрольной группы. При этом в старшей возрастной группе имелись гендерные различия в уровнях липидов, а именно у женщин выявлялись более высокие значения концентрации ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, а также частоты ожирения и АГ.

Взаимоотношение между старением и болезнью является камнем преткновения для современной медицины. Упорное желание некоторых пациентов списать некоторые свои недуги на возраст находит отклик у медицинских работников. На са-

мом деле старость – неизбежный этап развития организма, а болезнь – нарушение его жизнедеятельности, которое может возникнуть в любом возрастном периоде. Такая точка зрения на соотношение старения и болезни в настоящее время наиболее правомочна [5].

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что устранение либо уменьшение влияния факторов риска при уже существующей ИБС оказывает положительное влияние на течение заболевания даже у больных пожилого возраста [6].

Литература

1. Чернявская Т.К. Пожилой ученик в Школе больных артериальной гипертензией. Неврологические причины невывученных уроков / Т.К. Чернявская // Журнал Consilium medicum, Неврология. 2011. № 2. С. 23–24.
2. Steven R. Arikian, M.D., and Jack M. Gorman, M.D. A review of the Diagnosis, pharmacologic treatment, and economic aspects of anxiety disorders. Primary care companion // J Clin Psychiatry. 2001. V. 3. P. 110–117.
3. Туданова О.А. Оценка систолической функции правого желудочка у больных хронической обструктивной болезнью легких / О.А. Туданова // Тез. докл. 11-го нац. конгр. по болезням органов дыхания. М., 2001. С. 311.
4. Дядык А.И., Багрий А.З. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых / А.И. Дядык, А.З. Багрий. Киев, 2013. С. 8–18.
5. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Журнал Consilium medicum. 2005. Т. 07. № 12. С. 45.
6. Коркушко О.В. Лечение больных хронической ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста: метод. рекомендации / О.В. Коркушко, Д.Н. Котко, Ю.Т. Ярошенко и др. Киев, 1991. С. 27.