

Необходима ли е преоценка на настоящата рискова констелация за сърдечно-съдовите заболявания (част I)

Д-р Емилия Караславова

Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, МУ, Пловдив

Превантивната стратегия за борба със сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) се гради на солидна и точна информация за кардио-васкуларните рискови фактори. Класифицирането им на основни, условни, предразполагащи, модифицируеми, константни и т.н., е с изключително значение за правилно структуриране и оптимизиране на борбата със ССЗ. Основната и най-важната цел на многобройните проучвания върху ССЗ е идентификацията на рисковите им фактори и възможността за тяхната корекция. В медицинското информационно пространство се натрупана достатъчен обем данни от противоречиви изследвания относно ролята и значението на основните клинични рискови фактори.

Подценяването на ролята на социалната компонента в етиологията на социално-значимите заболявания, като част от определението на понятието за здраве от СЗО, е вероятно пропуск, който води до невъзможността да се овладее непрестанно растящата заболеваемост и смъртност от ССЗ.

Ключови думи: сърдечно-съдови заболявания, сърдечно-съдови рискови фактори, превантивна сърдечно-съдова стратегия.

Превантивната стратегия за борба със сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) се гради на солидна и точна информация за кардиоваскуларните рискови фактори. Класифицирането им на основни, условни, предразполагащи, модифицируеми, константни и т.н., е с изключително значение за правилно структуриране и оптимизиране на борбата със ССЗ. Становището за кардиологична превенция на Б. Тулевски и И. Дянкова, че: „Най-мощната ѝ стратегия за овладяване на епидемията от ССЗ е профилактичната, базираща се на точната преценка на разпространението на факторите на риска за тези болести в обществото“, отразява световния опит и стратегия за борбата със ССЗ.

Международните експерти не са в състояние да обяснят защо има разминаване между прогнозирания значителен спад от ССЗ и смъртност в резултат на профилактичните програми и действителното незадоволително понижение на тези здравно-демографски индикатори.

Основната и най-важна цел на многобройните проучвания върху ССЗ е идентификацията на сърдечно-съдовите рискови фактори и възможността за коригирането им. Тези изследвания са основата, на която се гради настоящата кардиологична профилактика, терапия и рехабилитация.^{37, 72, 73}

Фрамингамското проучване е едно от най-мощните и продължителни международни изследвания, започнало през 1948 година. Основната цел на изследователите е била откриването на индивидуалните коронарни рискови фактори за ССЗ, като данните от него са източник за методите на съвременната борба срещу ССЗ.⁵⁴ Това проучване въвежда термина рисков фактор през 1961 г.⁵³ В настоящия момент в медицинската литература са установени повече от 246 рискови фактори за КБС.¹ Този огромен фактологичен материал за етиологията на ССЗ и не дотам ефективната борба със тях до настоящия момент навеждат на мисълта, че едностранчивата клинична насоченост за търсене на причините за появата на този клас заболявания е дискутабилна.

Настоящата превантивна и терапевтична сърдечно-съдова стратегия се гради върху възможността за модифициране на основните клинични рискови фактори: повишено артериално налягане, захарен диабет, повишен общ серумен и LDL-холестерол, нисък серумен HDL-холестерол, повишени серумни триглицериди, затлъстяване, тютюнопушене. Редица изследвания в последните 2-3 десетилетия ревизират действителната стойност на традиционните сърдечно-съдови рискови фактори. Преоценява се самостоятелното значение на трите класически рискови фактори: артериална хипертония, общ серумен холестерол (ОСХ) и тютюнопушене.^{23, 41}

Без отговор са въпросите: Защо в Швеция, въпреки че намаляването на рискови фактори е подобно на това в САЩ, смъртността е понижена по-малко (L. Wilhelmson сътр., 1986)? Защо жителите на Лондон имат по-ниска смъртност, независимо от това, че начинът им на живот не се отличава с особени здравословни характеристики (D. P. Barker и сътр., 1992)? Защо намаляването на смъртността не винаги е голямо и се различава съществено от първоначално

предвиденото, въпреки значителното понижаване на нивото на основните рискови фактори? Защо в Южна Франция и Испания смъртността от КБС е ниска, независимо от обилната консумация на наситени мазнини и високи серумни концентрации на ОСХ при равнища на ЛПВП, ТН и АХ, подобни на тези в другите страни? и т.н.^{16, 62}

Проучванията за ролята на първичната профилактика са твърде противоречиви и според много автори тя има ограничена цел - намаляване на рисковите фактори, а не на заболяемостта и смъртността. Оттук и потребността да се проучва „полезността“ на профилактичните програми, коригиращи рискови фактори.¹² Американски изследователи правят оценка на ползата, икономическата стойност и вредите от хипохолестеролемията, израз на стратегията за първична коронарна профилактика. Съобщават, че средно годишно в САЩ се изразходват около \$6 милиарда до \$11.5 милиарда за холестерол-понижаващи медикаменти и \$13 милиарда за скрининг, класифициране и мониториране на нивото на серумния ОСХ. Потенциалните вредни последици на националната програма National Cholesterol Education Program (NCEP) включва възможен риск от ниски холестеролови нива (инфекции, карциноми, депресии и т.н.), страничните ефекти на медикаментите и други.⁴⁰

Един от примерите за неясноти по въпросите за реалната функция на действащите фактори е наблюдаваният спад в смъртността от ССЗ в последните десетилетия в западноевропейските страни, САЩ и Япония средно годишно с 3%-5%, факт, за който няма категорична позиция,^{2, 88} като смъртността е намаляла значително, но все още остава водеща причина за смърт в развиващите се страни.^{13, 33, 68} И. Томов отбелязва, че в САЩ: „...антихипертензивното лечение... редуцира много малко риска от КБС. Причините за това са твърде неясни...“.^{20, 41} Незначителна редукция на коронарния риск след адекватно проведено антихипертензивно лечение върху 69 907 души се отбелязва и от експертите на проекта MONICA.²⁸ P. Mazon-Ramos, V. Vertomeu-Martinez, J.L. Palma-Gamiz и съавт. отбелязват, че, въпреки реализираната модерна антихипертензивна терапия за снижаването на смъртността от ИМ, трябва да се подобрят и социално-икономическите показатели на коронарно болните.⁶³

Мета-анализът на рандомизирани опити с общо над 40 000 индивиди показва, че средно за 5-годишен период понижаването на диастолното налягане с 5-6 mmHg между лекуваната и контролната група води до редукция на риска от МСБ с около 50%, но редукцията на КБС е само около 15%. Причините за това слабо повлияване на ИБС не са достатъчно изяснени.²⁰

Масщабните клинични проучвания (ATTMН, MRCT, STOP, EWPHE, SHER, Syst-Euro), изследващи ефекта от лечението на артериалната хипертония у лица на възраст над 60 години (и не само), установяват незначителен ползотворен ефект по отношение на снижението на смъртността от коронарни ин-

циденти.^{8, 35, 44, 83, 84} Според Н. А. Мазуров и G. Mancía някои от медикаментите за хипотензивната терапия повлияват неблагоприятно липидната обмяна и други фактори (калий, пикочна киселина и др.), което увеличава коронарния риск.

Високото артериално налягане е основен модифицируем кардио-васкуларен рисков фактор, който се повлиява от: редукцията на тегло, антихипертензивна терапия, приема на сол.^{30, 47, 79} Озадачаващ е фактът, че не е установен прагът, от който започва рискът, свързан с високото кръвно налягане.⁶⁴ Е. Браунвалд отбелязва, че не рядко остри коронарни инциденти се регистрират и при лица със САН 120-140 mmHg стойности, които се приемат за нормални.³

Първостепенен и основен рисков фактор на ССЗ е повишеното артериално налягане. Медицинската литература в последните десетилетия изобилства с информация, че артериалната хипертония придобива масов характер сред учениците.²⁰ Доказано е, че около 10-20% от учениците у нас са с високо артериално налягане.¹⁷ Ранното излагане на въздействието на артериалната хипертония, която участва в генезата на атеросклерозата и на ССЗ, е още една предпоставка за дискусия по въпроса, дали възрастта е основен рисков фактор за ССЗ.

Атеросклерозата е биологичният субстрат на ССЗ и се счита от медицинското съсловие, че колерира пряко с рисковия фактор възраст. Връзката между нея и ИБС се обуславя от обстоятелството, че над 95% от причините за тази болестна група се дължат на коронаросклероза.^{3, 20} Атеросклерозата на коронарните съдове е с различна степен на развитие и влияе по различен начин на коронарния кръвоток. Кръвоснабдяването на сърцето зависи не само от коронарните стенози, но и от еластичността на стените на коронарните съдове. W. Кох, R. Peters и сътрудници от Нидерландия доказват, че еластичитет на коронарните съдове е самостоятелен и независим фактор от възрастта, броя и степенята на стенозите, фактор, който определя както миокардната перфузия, така и коронарния дебит.⁵⁸ Някои данни на български патологоанатоми ни озадачават. К. Миленков и сътр. (1971) съобщават, че 69% от аутопсираниите над 20-годишна възраст имат атеросклероза, а според А. Ангелов и М. Златева (1979) във възрастта 26-44 г. при 48% се открива коронаросклероза.¹⁶

В потвърждение на факта, че коронаросклерозата е заболяване, започващо в ранна възраст, са аутопсионните данни при нещастни случаи в Корея (1953), Нови Орлеан (1958), Виетнам (1972), показващи значими лезии още преди навършването на 20 години (Т. Йовкова и съавт.), а Н. Иванов посочва, че „заболяването не е задължителен и неизбежен спътник на възрастта“.¹²

За първи път значението на СХ като независим и най-значим коронарен рисков фактор се разглежда във Framingham Heart Study (1948).^{27, 52} Със същите изводи завършва и проучването на седемте страни – Seven Country Study (1970) (САЩ, Япония, Югославия,

Финландия, Гърция, Холандия и Италия),^{55, 56, 67} както и това на Claudio Burchfiel и сътрудници.⁹² Редица групи епидемиологични проучвания, изучаващи рискови фактори на ССЗ - MRFACT, CCCC, INTERHELTH, CINDI, DIABALT, DIAMOND, European Atherosclerotic Society, потвърждават тази хипотеза.^{39, 85, 86}

Според резултатите от проучването PROCAM (The Prospective Cardiovascular Munster Study, 1998) ОСХ няма самостоятелно значение по отношение на сърдечно-съдовата заболяемост и смъртност.²⁹ В международното проучване върху сърдечните рискови фактори MONICA, включващо 26 страни, се установи, че в 14 популации ОХС е без пряка връзка със ССЗ.²¹ Докладът от The National Heart, Lung and Blood Institute Conference (NHLBI, 1997) демонстрира резултатите от връзката между наличието на хипохолестеролемията и риска от смърт и заболяване в 26 държави в САЩ, Европа и Азия. Мета-анализът върху включените в доклада проучвания демонстрира J-образна зависимост по отношение на общата смъртност и поставя проблемите за съотношението полза-риск, свързани с хиполипемичната терапия.⁷³

В публикуваната книга „Живот с холестирун“ на М. Апфелбаум се изтъква, че страхът от повишаване на серумния ОСХ е неоправдан, че само една трета от плазменният СХ се получава с храната, докато останалото количество се синтезира в организма, че продължителното намаляване на ОСХ действително понижава смъртността от ИБС, но повишава интензитета на смъртността от други причини. D. Smith и J. Рекканен предлагат мораториум върху медикаментите, намаляващи серумния ХС, тъй като те увеличават „несърдечно-съдовата смъртност“.

Списанието „British medical journal“ открива рубрика, озаглавена: „Холестеролови противоречия“, в която да се сондират мнения на различни автори и данни от редица проучвания върху хипер- и хипохолестеролемията. Американският изследовател Р. Марик и др. (2006) установяват, че хипохолестеролемията при критично болни предразполага към сепсис и адреналинен срив, а покачането на холестероловото ниво води до по-сигурно възстановяване на пациента.⁶¹

W. Voggs (2007) доказва, че намаляването на серумното ниво на ОХС маркира ранни процеси, които отразяват невродегенеративните промени и също водят до влошаване на общия здравен статус.³² К. Јано и сътрудници (1989) са на мнение, че твърде ниските холестеролови концентрации увеличават ранимостта на малките интрацеребрални съдове и подчертават необходимостта от поддържане на оптимални нива на серумния ХС - 200 ml/dL. При Фрамингамското изследване е била потвърдена по-голямата честота на хеморагичните инсулти сред жените с АХ и ниски нива на серумния ОСХ. Разпространението на МСБ е най-значително сред контингентите със серумен ОСХ под 160 ml/dL (M. G. Marmot, N. R. Poulter, 1992) и 168 ml/dL (K. Јано и сътр., 1989).¹⁶

От патофизиологията е известно, че над 2/3 от холестерола се синтезира в черния дроб, тънките черва и гр., следователно неговата генеза ще бъде по-опосредствана от състоянието на организма, отколкото от алиментарния прием. От тази гледна точка е необходимо да се разгледа ефективността на медикаментозната холестеролопонижаваща терапия.

България е на челните места в световната скала по сърдечно-съдова смъртност и по всички правила на традиционните рискови прогностики би било логично рискови фактори да са с по-високи стойности у нас, но при сравняване на данните от проучването на Л. Георгиева върху 1996 лица в София (1994) със страните-участнички в проучването MONICA се получават изненадващи резултати. Авторката съпоставя стандартизирания медианен ОСХ на SHS с тези от MONICA и установява, че с 5.0 mmol/l София заема втора позиция от общо 43 страни в интервала от 4.1 до 6.4 mmol/l при мъжете и също второ място при жените с 5.0 mmol/l в диапазона от 4.2 до 6.4 mmol/l, т.е. ние сме с едно от най-ниските нива на ОСХ спрямо другите Европейски държави и следователно „хиперхолестеролемията не може да се счита за рисков фактор за наблюдаваната популация и не може да разясни високото разпространение на ССЗ у нас“.^{23, 41} Авторката е на мнение, че „даже при активно действащите програми за лечение на хипертонията и другите рискови фактори за ССЗ това едва ли би довело до овладяване на епидемията“. Данните за артериалното налягане от проучването са: Стандартизираните медиани на САН и ДАН при мъжете заемат съответно 23 и 24 място между 43 участнички в проучването MONICA. За жените стандартизираното медианно САН заема 18 място, а ДАН – 33 място, което вижда се, че хипертонията „не обяснява“ високата смъртност от ССЗ сред българската популация.^{6, 7, 23, 42} Логичен извод от това проучване: при тези стойности на САН и ДАН, общ серумен холестерол, ТН, ИТМ и употреба на алкохол в България трябва да се очаква населението ни да не се нарежда в първите места в света по причини за смърт от ССЗ, но, напълно необяснимо, това не е така.^{15, 22, 42}

Книгопис

1. Берберян К. Превантивни аспекти на коронарната болест. *Социална медицина* 2000.VIII. 4.18-19с.
2. Бийгълхол Р, Бонита Р, Келстрьом Т. Основи на епидемиологията. Женева, Световна здравна организация 1993; Варна; Конквиста 1995:204
3. Браунвалд Е. Болести на сърцето. Том IV. Под редакцията на проф. Чудомир Начев. София. ИК „ФОКУС“ И ЕТ“ Арсо - Асен Петров“ 1999.
4. Василевски Н, Вуков М. Носителство на фактори на риска сред изследваните мъже в зоните на програмата за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести. (СИНДИ) *Социална медицина* 2003; 4.
5. Василевски Н, Тулевски Б., Вуков М. Програмата СИНДИ – България, фактори на риска за здравето на населението на възраст 25-64 години в демонстрационна зона В. Търново. *Информационен бюлетин на НЦЗИ* 1998; 2:88.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.