

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

Д-р Емилия Караславова¹, г-р Марияна Дякова², г-р Десислава Тодорова³

¹Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, МУ, Пловдив

²Катедра Превантивна медицина, Факултет Обществено здраве, МУ, София

³Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, МУ, София

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 информационното 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.

Тютюнопушенето е друг основен кардио-васкуларен рисков фактор. Проведените проспективни епидемиологични проучвания в САЩ за ИБС сред мъже на възраст от 40 до 60 години установяват, че рискът от появата на ИБС при пушещите над 20 цигари дневно е 2,5 пъти по-висок, отколкото при непушачите, а заболеваемостта от ИБС се наблюдава над 3 пъти по-често при пушачите.⁷¹ Според Н. Иванов продължителното ТН е самостоятелен първичен рисков фактор за коронарна и на периферните съдове атеросклероза,¹¹ но данните за ТН от SHS (1992-1994-1999) на Е. Шупковенска обобщават: „начинът на пушене у нас не може да обясни досегашната ни висока смъртност от ССЗ“^{23, 42}

Наднорменото тегло е един от основните кардиоваскуларни рискови фактори и е свързан със сърдечно-съдовата смъртност.⁸⁵ Абдоминалното

затлъстяване, характеризиращо се чрез съотношението на обиколките на талия/ханш, е по-сигурен коронарен рисков фактор от ИТМ.^{24, 31, 38}

В Англия е реализирано 15-годишно проучване за влиянието на наднорменото тегло върху 16 113 мъже и жени. Изследователите констатираха, че затлъстяването е сигурен самостоятелен рисков фактор при мъжете и вероятен при жените.⁵⁰ В противовес на английското изследване е представително проучване в САЩ относно риска за МИ. Обхванати са 13 031 мъже и жени за 13-годишен период. Статистическият анализ на данните сочи, че наднорменото телесно тегло не е самостоятелен рисков фактор, като този извод противоречи на резултатите от други авторитетни проучвания.^{23, 42, 60}

През 1988 г. В. Минчева прави пълен литературен обзор върху основните рискови фактури на ИБС, изтъквайки противоречивостта на данните за значението на наднормената телесна маса и физическия инактивитет.

Резултатите за ИТМ, регистрирани от SHS (1992-1994-1999), не се различават съществено от тези на други популации, характеризиращи се с много по-ниско ниво на заболеваемост и смъртност от ССЗ и продължаващи да намаляват тези показатели. В проучването е разгледана и употребата на алкохол, физическата активност, консумацията на сол, плодове и зеленчуци и отново не е открита съществена разлика с другите държави.^{23, 42}

В епидемиологичното изследване „Сегем страни“ се установява, че досегашните проучвания са показали позитивни, отрицателни или липсващи взаимоотношения между затлъстяването и атеросклерозата. Е. L. Varret-Connor (1985) смята, че хипотезата за затлъстяването като атерогенен фактор е дискуссионна. Н. Норра и съпр. (1980) откриват, че връзките между затлъстяването и коронарните инциденти са слаби или липсващи.^{16, 69}

Все повече съвременни изследователи намират връзка между психо-социалните фактори и затлъстяването.^{26, 51, 65, 89} Това е подчертано от изследователите на програмата SINDI.⁹³ Стресът и отрица-

телните житейски събития често се „потушават“ с обилно количество висококалорична храна.

Употребата на алкохол като рисков фактор за ИБС е предмет на дискусии. Различни аспекти на този проблем са обект на сериозни проучвания, но крайните резултати са противоречиви.³³ Негативната връзка между умерената консумация на алкохол и атеросклеротичната сърдечно-съдова болест е установена отдавна.⁷⁷ Изследователите на Фрамингамското проучване съобщават, че често пиещите имат по-малка вероятност да починат от ИБС от въздържателите.⁴³ Наблюдателите от различни международни изследвания „изглаждат“ противоположните алкохолни зависимости върху ИБС с въвеждането на U- или J-образна зависимост между количеството приет алкохол и риска от ИБС.^{59, 81} Френско проучване на Hans Ole Hein и сътрудници доказва, че честата употреба на малки количества алкохол не е рисков фактор за ИБС. При изследването на 172 мъже на средна възраст във Франция се установява, че пациентите с концентрация на алкохол в серума >5.25 mmol/l са с най-висок риск за ИБС, следвани от групата с концентрация >3 mmol/l, които не приемат редовно алкохол.⁴⁸ Французите запазват първенството си по употреба на спиртни напитки, обаче смъртността от ИБС остава сравнително ниска.⁹¹

Реализирано е ретроспективно проучване на Н. Иванов и П. Вълков от 1978-1995 г. в КЦРП на МО – Баня, върху 433 болни с МИ на възраст от 19 до 65 години. Пациентите са военнослужещи и са постъпили за клинична рехабилитация след прекаран МИ. Направените изводи подкрепят сърдечно-съдовата тенденция на последните десетилетия: увеличаване на броя болни с ИБС или ИМ; налице е „подмладяване“ на засегнатите от ИБС; агресията като рисков фактор има по-високо относително тегло в сравнение с АХ, ТН и еднакво с това на хиперхолестеролемията; 45,5% от пациентите с МИ са с АХ, а 54,5% са без АХ; у значителна част от болните в детството е отбелязана повишена тревожност предимно на майката; авторите съветват да не се забравя, че ИБС е заболяване, което се заражда десетилетия преди неговата клинична изява.^{12, 90}

В. И. Метелица (1976), Ч. Мерджанов (1995), I. Vidimski и сътр. (1986) и др. приемат, че полът и възрастта са некоригиреми фактори и не е правилно да се причисляват към рискови показатели за ССЗ. В медицинската литература тези фактори се прибавят към останалите без да се прави обосноваването по-горе диференцировка.¹⁶ Смъртността при хората над 65 години е статистически достоверно по-висока от тези в по-млада възраст. Причина за това е по-грубото третиране на възрастните и невключването им в разработването на рехабилитационните програми на болните след ОИМ.⁷⁰ В патогенезата на остриите коронарни синдроми лежи руптурата на атероматозната плака. И. Томов, разглеждайки тригерира-

щите механизми на плаковата руптура, счита, че „...руптурата на плаката няма връзка с възрастта на пациентите. ...Не е установена пряка зависимост между честотата на остриите коронарни атаки и разпределението им, съобразно пола на болните“.²⁰ Мнението на Е. Braunwald за пола, като сърдечно-съдов рисков фактор, е следното: „Защитеността на жените от коронарна болест е много по-слабо изявена в годините след менопаузата, когато честотата на ИБС в двата пола се приближава... развитието на атеросклерозата при мъжете и жените не се различава, като рискови фактори, корелиращи с коронарна болест, изглежда се отнасят еднакво и за двата пола.“¹⁶ Редица автори отчитат по-висока смъртност при жените (16%) след получаване на ОИМ спрямо мъжете (11%),^{36, 57, 87} което частично се обяснява с по-късно потърсената помощ от началото на симптомите на сърдечната криза от жените.^{49, 78, 80}

Дискусията върху „установените и приети“ за традиционни коронарни рискови фактори – пол и възраст, продължава.^{19, 34, 46} В проучването MONICA не се забелязва разлика в смъртността след ОИМ между двата пола.⁷⁶ Значителното нарастване на заболяемостта и смъртността от ОИМ при жените за последните три десетилетия е факт, който не бива да се пренебрегва.⁷⁵

По данни на СЗО за 1992 година 75% от болестите се дължат на нездравословен начин на живот и замърсяване на околната среда. Световната медицинска общественост приема факта, че ИБС е болест на „начина/стила на живот“, т. е. човек „създава“ заболяването по начина, по който живее, а не с възрастта и пола си.

Според Ц. Цонев и П. Маринов при изследването с теста на Framingham се установява, че повече от 40% от лицата, изложени на традиционните коронарни рискови фактори, не са имали ССЗ и обратно, при някои от лицата, преболедали ОИМ, тези фактори са отсъствали.¹⁰ Още по-категорични са академик И. Томов и Е. Браунвалд, които поставят границата на 50% на болните с ИМ без традиционните рискови фактори,^{3, 20} като 11 години след това изказано твърдение изследователите Р. Alboni и М. Alboni отново го потвърждават: „...Откакто половината пациенти с ОИМ парадоксално показват резултати с нисък сърдечно-съдов риск... някои психосоциални фактори придобиват независим характер като предиктори на атеросклерозата и ССЗ.“²⁵

Във връзка с генетичната предиспозиция на ИБС и МСБ, И. Томов е на мнение, че двете заболявания: „...не показват ясни генетични белези за наследствено предаване. Поради това, че болестта е толкова честа и засяга повече от половината Западната популация, не е изненада, че в някои фамилии има много засегнати от атеросклероза индивиди“.^{18, 20}

Е. Шинковенска, в изводи на лонгитудиналното проучване Sofia Heart Study, обобщава: „Сравни-

телният анализ между основните рискови фактори в Европейския регион показва, че трудно бихме обяснили високата сърдечно-съдова смъртност у нас само с честотата на разпространение на основните рискови фактори за ССЗ, тъй като медианните стойности и честотните показатели на получените у нас резултати не показват съществени различия с останалите страни от Европейския регион".^{4, 5, 14, 16, 23, 42, 66}

Многобройните и често взаимно изключващи се клинични коронарни етиопатогенетични хипотези водят до логичния извод, че едностранчивата клинично-биологична насока на търсене може би не е най-правилния път за разгадаване на генезиса на ССЗ.⁴⁵

Днес напълно актуално е запитването на кардиолога Ф. Григоров "Основни рискови фактори за ИБС - има ли основание да се промени разбирането за ролята им?".⁹

Превантивната стратегия за борба със ССЗ се гради на солидна и точна информация за кардио-васкуларните рискови фактори. Класифицирането им на основни, предразполагащи, модифицируеми и т. н., е с основополагащо значение за правилното и фундаментално значение за съвременната превенция и терапия на ССЗ. Подценяването на ролята на социалната компонента в етиологията на социално-значимите заболявания, като част от определението на понятието за здраве от СЗО, е вероятно пропускът, който води до невъзможността да се овладее непрестанно растящата заболеваемост и смъртност от ССЗ.

В този аспект може да се търсят отговори на въпросите, които се пораждат от нарастващата пандемия от ССЗ в света въпреки огромните финансови разходи, които се правят за изясняване на етиологията им в редица международни проучвания.

Разгледаните проучвания могат да послужат за размисъл върху възможността за подобряване ефективността на борбата със ССЗ и за търсене на по-различна гледна точка за превантивна сърдечно-съдова стратегия.

В информационното медицинско пространство са натрупани достатъчно по обем данни от проучвания върху сърдечно-съдовите рискови фактори, които налагат необходимостта от преразглеждане на концепцията за кардио-васкуларната рискова констелация. До настоящия момент приоритет на изследване и анализ са основно клиничните рискови фактори. Психосоциалните рискови фактори се разглеждат във фрагментирани проучвания, като резултатите от тях не получават заслужено внимание и място в клиничната практика. Интердисциплинарен диалог между клиницисти, психолози, психиатри, социалмедици, социолози, икономисти и др. на практика в България липсва.

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 „Арсен - 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.
6. Василевски Н. Фактори на риска за здравето на жените в зоната на програмата СИНДИ. *Обща медицина* 2002; 3.
7. Генчев Г, Георгиева Л. Интегрирано въздействие на рисковите фактори при сърдечно-съдовите заболявания. *Социална медицина* 2003; XI(2): 23-25.
8. Гочева Н, Аврамов Д. Комбинирано лечение на артериалната хипертония. *МЕДИНФО* 2007; 3:52-57.
9. Григоров Ф. Основни рискови фактори-има ли основание да се промени разбирането за ролята им? Юбилейна научна конференция 30 години ВМИ - Плевен 15-17. 10. 2004:89
10. Иванов Вл. Стрес и психосоматични разстройства. *Психосом. медицина* 1993;1(1):9-14.
11. Иванов Н, Възможност за ранно откриване, функционална оценка и военноекарска експертиза на стабилна стенокардия и безболкова форма на коронарна недостатъчност при военнослужещи от БНА; Дисертация; София 1986.
12. Иванов Н, Миокарден инфаркт – профилактика. *Princers*. София, 2002:182.
13. Иванов Н., Проблеми на кардиологичната рехабилитация в условията на рехабилитационен център. Докторска дисертация; София 1996.
14. Кориния Д. Кризис в области здроворвья. Централная и Восточная Европа в переходный период. Региональный мониторинговый доклад № 2, ЮНИЦЕФ 1994; 116.
15. Манчев И, Минева П, Лазарова В и съвт. Популяционно епидемиологично проучване на дислипидемиите при възрастни клинично здрави лица. *Мозъчно съдови заболявания* 2000; 8:8-11.
16. Мерджанов Ч. Едно компрометиращо първенство. Унив издат. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“, София, 1995, 569.
17. Николова С. Маринов П. Психиатрия, психология и психотерапия 2002. Унив. издателство София. 585с.
18. Носиков А, Савов А, Бянов К и съвт. Възможности и перспективи за генитични проучвания с миокарден инфаркт в България. *МЕДИНФО* 2007; (1): 20-23.
19. Петкова М, Ганева С, Велкова А. Ишемична болест на сърцето и сърдечно-съдови фактори при пациенти с тип 2 захарен диабет. *Българска кардиология* 2004;(4):10-15.
20. Томов И. Кардиология. Том 2, „Знание“ ЕООД, София 2003; 697.
21. Шупковенска Е, Георгиева Л, Генчев Г. Медикогеографска характеристика и рискови фактори на сърдечно съдови заболявания. *Медицинска география на България*; София; Изд. на Съюза на учените в България. 2004 :105-146.
22. Шупковенска Е. Резултати от епидемиологичното проучване: „Bulgaria Heart Study 1998“. Национална конференция на БНАМ 1999, 18 октомври, София.
23. Шупковенска Е. Сърдечно-съдов риск. Проблем с много неизвестни. София, Филвест 2004;152.
24. Aaron RF, Yihe L, Xuhu R et al. Body mass, fat distribution and cardiovascular risk factors in a lean population of south China. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 173-181.
25. Alboni P, Alboni M. Psychosocial factors as predictors of atherosclerosis and cardiovascular events: contribution from animal models. *G Ital Cardiol* (Rome). 2006 Nov;7(11):747-53.
26. Altenhoener T, Leppin A, Grande G et al. Social inequality in patients' physical and psychological state and Participation in rehabilitation after myocardial infarction in Germany. *Int J Rehabil Res*. 2005 Sep;28(3):251-7.
27. Anderson KM, Castelli WP, Levy D. Cholesterol and mortality: 30 years of follow-up from Framingham Study. *BMJ* 1987; 257: 2176-2180.

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