

ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ 5-РІЧНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ОРГАНІЗОВАНОЮ ПОПУЛЯЦІЄЮ

*Рішко М.В., Лінчевська С.О., Кишко М.М., Бичко М.В., Голубка Т.В., Долгош М.Ю.,
Корабельщикова М.О., Максимов С.Д., Манто І.Ю., Пічкарь І.І., Рудакова С.О.*

За останні десятиріччя ішемічна хвороба серця (ІХС) набуває все більш широкого розповсюдження та, уражаючи осіб молодого віку, являється основною причиною захворюваності, втрати працездатності та смертності в усіх індустріально розвинутих країнах. Так, в США від цього захворювання щорічно вмирає 600 000 чоловік, а економічні втрати обчислюються умовно багатьма мільярдами доларів у рік. З цих 600 000 смертельних наслідків 165 000 приходить на осіб працездатного віку. Одномоментні епідеміологічні

дослідження, що проведені в одному з районів Москви, дозволили встановити, що серед чоловічого населення у віці 50-59 років ІХС зустрічається в 19.5%, в тому числі в 7.4% випадків має місце один або декілька перенесених інфарктів міокарду [3]. З досвіду Фремінгемського дослідження біля 25 % випадків інфаркта міокарду не діагностується, і хворі не госпіталізуються через відсутність клінічних проявів захворювання. Діагноз в таких випадках інфаркта був встановлений лише під час епідеміологічного дослідження [6].

Епідеміологічні дослідження дозволили виділити ряд факторів ризику розвитку ІХС. Найбільш достовірні з них: гіперхолестеринемія, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, паління, гіподінамія, ожиріння, нервові та емоційні перенапруження. Питома вага кожного фактора окремо різна. Особливе значення надають їх сполученому впливу, при якому частота розвитку атеросклерозу та ІХС різко зростає [4]. Наявність артеріальної гіпертензії збільшує ризик розвитку ІХС в 1.5-6 раз [5,7]. Паління підвищує ризик смерті від ІХС в 3-3.5 раза, приблизно так само збільшують ризик смерті артеріальна гіпертензія та порушення ліпідного обміну. Сполучена дія цих факторів підвищує ризик смерті від ІХС в 10 раз і більше в порівнянні з особами, що не зазнали їх дії [1]. Одночасний вплив декількох факторів ризику виявляється при аналізі випадків раптової смерті від ІХС. В групі осіб без факторів ризику летальність за 5-річний строк спостереження склала 1.8 %, а в групі осіб з трьома факторами ризику і більше вона була в 4 рази вище, склавши 6.8% [2].

Метою дослідження явилось вивчення поширеності ІХС і факторів ризику серед організованої популяції населення, оцінка ефективності цільових профоглядів та результатів вторинної профілактики ІХС.

Спочатку за стандартною програмою було обстежено 2016 працівників одного з промислових підприємств м.Ужгорода в віці від 18 до 60 років. Стандартна програма епідеміологічного дослідження включала: опитування по анкеті Роуза, вимірювання АТ, антропометричні вимірювання, фізикальне дослідження серцево-судинної системи, ЕХГ в спокої у 12 загальноприйнятих відведеннях з наступною оцінкою за Міннесотським кодом. На основі уніфікованих критеріїв оцінки результатів обстеження ІХС діагностована у 280 чоловік, які склали 2 групи: 1 група - особи з ІХС певною (істинною) - 103 чоловіка, 2 група - особи з ІХС ймовірною - 177 чоловік. Серед обстежених 26 чоловік перенесли інфаркт міокарда, 21 чоловік знав про своє захворювання, у 5 - перенесений інфаркт міокарда був виявлений лише в ході цільового огляду. До цільового профогляду на диспансерному обліку з приводу ІХС перебувало лише 44 хворих (32.2% від усієї групи), серед яких 21 хворий переніс в минулому інфаркт міокарда, 59 хворих на ІХС певну (57.3%) і 177 чоловік з ІХС ймовірною виявлені лише в ході масового обстеження.

Таким чином, система диспансеризації за зверненням за медичною допомогою не відбиває дійсної картини захворюваності, так як хворі з безбольовою формою ІХС, в ранніх стадіях захворювання до лікаря звертаються рідко.

В подальшому під динамічним спостереженням знаходилось 280 хворих на ІХС, з них на пропозицію отримати профілактичне лікування позитивно відгукнулись 136 чоловік, що склали основну групу, 144 чоловіка від лікування відмовились, вони склали контрольну групу. Всім хворим додатково було проведено ретельне клінічне та інструментальне обстеження (велоергометрія, тетраполярна грудна реографія, ЕхоКГ, вивчення стану реологічних властивостей крові та інше). Хворі основної групи 2-3 рази на рік протягом 6-8 тижнів отримували обзидан, корватон або нифедіпін (корінфар) в індивідуально підібраних дозах. Оцінка ефективності вторинної профілактики проведена за показниками тимчасової непрацездатності. Кількість хворих, які знаходились на лікарняному листі протягом останніх двох років, була майже в 5 раз менше в основній групі, ніж в групі контролю (відповідно 14 і 68). В основній групі лише 10.3 % знаходились на лікарняному листі, в той час, як в контрольній групі - 47.2 %. Кількість випадків перебування на лікарняному листі на кожного хворого, тобто кількість загострень захворювання, в основній групі склала 1.8 проти 3.0 в контрольній групі. Кількість днів непрацездатності в групі контролю була в 12 разів більше, ніж в основній, середня кількість днів втрати працездатності на один випадок - на 5 днів більша.

Таблиця 1

Оцінка ефективності вторинної профілактики ІХС за показниками тимчасової непрацездатності за два роки

Показники тимчасової непрацездатності	Основна група	Контрольна група
Кількість хворих на ІХС, що знаходились на лікарняному листі	14	68
Кількість випадків перебування на лікарняному	25	203
Загальна кількість днів непрацездатності	266	3170
Середня кількість днів перебування на лікарняному листі на 1 випадок	10.6	15.6

Наведені результати переконливо свідчать про значну ефективність вторинної профілактики ІХС не тільки в медичному, але і в соціально-економічному плані.

Повторні дослідження організованого контингенту по стандартній програмі проведено через 5 років. Були враховані показники поширеності ІХС в різних вікових групах, в зв'язку з чим в подальшій роботі використані дані дослідження тільки 1037 працюючих в віці від 30 до 60 років, серед яких було 713 чоловіків та 324 жінки. Згідно з суворими критеріями ВООЗ ІХС певна виявлена у 136 чоловік (13.1%), ІХС ймовірна - у 135 чоловік (13%). Оскільки на час повторного обстеження 1 група складалась із 99 чоловік, то заново виявлених хворих на ІХС певну (істинну) показалося 37 (27.2%). Переважна більшість цих хворих (32) за результатами першого цільового профогляду перебувала в групі з ІХС ймовірною і не отримувала профілактичне лікування. У 67 чоловік (6.4%) ІХС певна діагностована на підставі опитувальника Роуза, у 30 чоловік (2.8%) - на підставі опитувальника Роуза та ЕКГ одночасно, у 39 (3.6%) - на підставі лише характерних змін на ЕКГ. Прийняті для ІХС категорії Міннесотського коду виявлені у 69 серед 136 хворих на ІХС певну (50.7%), тобто у кожного другого хворого та у 57 із 135 хворих на ІХС ймовірну. За період спостереження інфаркт міокарда (8 чоловік), інсульт (1 чоловік), летальний випадок (1 чоловік) мали місце лише в групі хворих на ІХС, що не отримували профілактичне лікування.

Як було відмічено вище, метою дослідження явилось також виявлення поширеності факторів ризику ІХС серед організованого контингенту.

Ми вивчали поширеність таких факторів ризику як паління, надлишкова маса тіла (НМТ), артеріальна гіпертонія (АГ). Надлишкову масу тіла визначали, використовуючи біомас-індекс-відношення маси тіла до квадрата росту ($\text{кг}/\text{м}^2$). При НМТ біомасіндекс дорівнює або перевищує 29.0. Рівень АТ визначали сфігмоманометром на обох руках в положенні сидячи. Згідно з рекомендаціями ВООЗ рівень АТ 160/95 мм рт ст. та більше розцінювали, як АГ.

В обстеженій популяції на першому місці по поширеності знаходиться куріння (31.4%), тобто палить майже кожен третій працюючий, майже кожен п'ятий працюючий (19.3%) має НМТ, 15.9% обстежених - АГ. Сполучення 2-3 факторів ризику відмічено в 12.6%. В групі хворих на ІХС певну просліджується та ж закономірність: найбільш розповсюджено паління (28.7%), рідше зустрічається НМТ (16.9%), ще рідше АГ (14.0%). Нами не виявлено суттєвої різниці в поширеності факторів ризику серед обстеженого організованого контингенту та серед хворих ІХС, що пов'язано, мабуть з виділенням диспансерної групи хворих на гіпертонічну хворобу. Для хворих на ІХС виявлені ті ж закономірності щодо факторів ризику, які мають місце в обстеженій популяції. Сполучення 2-3 факторів ризику в 5 разів частіше зустрічається серед хворих на ІХС, ніж в обстеженій популяції (відповідно 61.0 % та 12.6%).

Нами виявлена поширеність паління, НМТ, АГ серед осіб з категоріями Міннесотського коду, прийнятими для ІХС певної і ІХС ймовірної. Отримані дані свідчать про те, що такі фактори ризику, як паління, АГ, НМТ зустрічаються частіше у хворих з ЕКГ-ознаками ІХС певної і ймовірної, ніж в цілому по даним групам хворих. Особливо суттєва різниця в розповсюдженості вказаних факторів ризику серед осіб з ЕКГ-ознаками. ІХС ймовірної і в цілому по групі. Положення важливе в плані діагностики, лікування, прогнозу та профілактики у даної категорії хворих.

Наведені віддалені результати 5 річного перспективного дослідження свідчать про ефективність цільових профоглядів і вторинної профілактики ІХС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахметели М.А. Эпидемиологические исследования сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика.- Советское здравоохранение, 1982, п.5.- С. 22.
2. Мазур Н.А. Внезапная коронарная смерть.- Кардиология, 1985, п.4.- С. 7.
3. Метелица В.И., Мазур Н.А.- Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца.- М.: Медицина, 1976.- 161 с.
4. Шхвацабая И.К. - Ишемическая болезнь сердца (Руководство по кардиологии под ред. Е.И.Чазова.- Т.3.- М.: Медицина, 1982.- С.5-53.
5. Daubner D., Tyroler H., Cassel J. et al. Attributable risk and population attributable fraction of death associated with hypertension in a biracial population.- Circulation, 1985. vol.52.- p.901
6. Kannel W., Yordon T. The Framingham study. An epidemiological investigation of cardiovascular disease.- Washington: Gov. print. OFF, 1981 & Sect.27.- 208 p.
7. Rosenman R., Brand R., Sholts R. Friedman M. Multivariate Prediction of coronary heart disease during 8.5 years follow in the Western collaborative group study.- Amer. Cardiol., 1986, Vol. 37, p.903.

SUMMARY

SOME RESULTS OF 5-YEARS PROSPECTIVE OBSERVATION OF ORGANIZED POPULATION

M.V.Rishko, S.O.Linchevska, M.M.Kishko, M.V.Bichko, T.V.Golubka, M.J. Dolgosh, M.O.Korabelshchikova, S.D.Maksimov, G.J.Manto, J.J.Pichkar, S.O.Rudakova

It was investigated 2016 workers of an industrial enterprise according to the standart program. It was revealed that the system of dispanserisation did not reflect the real situation of the sick-rate. The process of the total investigation allows to reveal the real and probable ishemic desease of heart. The second time of preventive mesures loweres the sick-rate.