

Автор: Директор ГУ РНПЦ «Кардиология» А.Г.Мрочек



В Республике Беларусь одно из первых мест в структуре заболеваемости смертности и инвалидности населения, как и в предыдущие годы, занимают болезни системы кровообращения (БСК). Актуальность проблемы БСК обусловлена высокой распространенностью данной патологии приводящей к временной утрате трудоспособности.

Общая заболеваемость от БСК в 2009г. составила 2934,8, рост с 2765,4 в 2008г. на 10 тысяч населения. Уровень первичной заболеваемости у взрослого населения уменьшился на 11,2% (с 354,8 на 100 тысяч населения в 2008г. до 315,2 в 2009г.).

В структуре болезней системы кровообращения отмечается рост уровня ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных болезней (ЦВБ): общая заболеваемость ИБС в 2009 году составила 1215,9 на 10 тыс. взрослого населения (в 2008г. – 1125,0, в 2007г. - 988,6; 2006г. – 942,4), общая заболеваемость ЦВБ – 554,2 на 10 тыс. взрослого населения (в 2008г. – 533,1, в 2007г. - 479,0; 2006г. - 568,2).

В 2009г. имело место увеличение числа случаев смерти от всех причин на 0,5%, в том числе от БСК на 2,9%, от ИБС на 4,1%; от ЦВБ на 2,6%. Смертность от БСК по Республике Беларусь выросла с 729,5 в 2008г. до 760,9 в 2009г., по предварительным данным за 2010г. составила 764,0 (рост на 1,1%) на 100 тысяч жителей.

Смертность от БСК по Республике Беларусь у трудоспособного населения составила 167,5 в 2009г. (164,9 в 2008г.), в 2010г. – по предварительным данным – 168,9 на 100 тысяч населения.

При анализе динамики численности населения республики с 2000г. наблюдается уменьшение численности населения с 10 млн. чел. до 9,481 млн. в 2010г. (по предварительным данным). Численность населения в 2010г. на 1,1% была меньше, чем в 2009г. При этом отмечается уменьшение численности населения трудоспособного возраста на 4,4% и увеличение лиц старше трудоспособного возраста на 0,4%. Таким образом, в республике имеет место старение населения, что также способствует росту заболеваемости и смертности от БСК.

Несмотря на то, что смертность от БСК в Беларуси ниже, чем в странах СНГ, в 2010г. наблюдалось уменьшение ее доли в общей структуре смертности до 54,1% в 2009г. до 53,8% в 2010г. Рост смертности от БСК произошел за счет увеличения смертности от хронической ИБС на 1,3% , при этом отмечалось снижение смертности от всех острых форм ИБС.

Среди основных причин увеличения смертности в трудоспособном возрасте (по данным регионов) являются неадекватное отношение пациентов к своему здоровью, отсутствие мотивации к лечению (58,0% случаев); социальное неблагополучие, в частности, злоупотребление алкоголем (до 50,0%); несвоевременное обращение за медицинской помощью (около 14%). Наличие сопутствующей патологии, отягощающей прогноз (10%), наиболее часто - сахарного диабета II типа и цирроза печени алиментарно-токсического генеза.

Особо следует отметить отсутствие у населения ответственности за собственное здоровье и мотивации к соблюдению здорового образа жизни и лечению артериальной гипертензии (АГ), ИБС. При анализе медицинских карт больных АГ, находящихся на диспансерном учете (результаты Программы «ПРЕСТИЖ»), установлено, что доля больных АГ, получающих эффективное лечение составляет 43,2%, а среди больных АГ с сахарным диабетом существенно меньше – 17,3%. Большинство больных АГ (87,1%) информированы об имеющихся у них факторах риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в то же время лишь 54,7% регулярно контролируют уровень АД и 64,1% ежедневно принимают антигипертензивное лечение. На фоне приема антигипертензивных препаратов (АГП) целевой уровень АД (<140/90 мм рт. ст.) отмечает 47,3% опрошенных больных АГ.

На здоровье населения влияют различные факторы, как личностные, так и действующие на уровне каждой семьи и всего населения в целом. Примерами таких факторов являются уровень осведомленности, характер питания, образ жизни, соблюдение санитарных норм, доступность медицинских услуг. Немаловажную роль играют

социально–экономические условия, влияющие на степень уязвимости к воздействию факторов риска. Имеют значение и такие параметры, как размер дохода, образовательный уровень, условия труда. Хотя все эти факторы находятся в определенной зависимости друг от друга, они не являются взаимозаменяемыми: каждый из них отражает самостоятельные аспекты социально–экономического статуса населения. Реальным результатом усилий кардиологов стало снижение в 2010-2009 г. по сравнению с 2008г. количества инфарктов и инсультов в группе диспансерного наблюдения пациентов с АГ.

По мнению экспертов ВОЗ, положительная динамика в уровне заболеваемости и смертности вследствие БСК может быть достигнута только при условии комплексного воздействия на факторы, влияющие на состояние здоровья населения, повышение мотивации людей к соблюдению здорового образа жизни и лечению артериальной гипертензии, дающей такие осложнения, как инфаркты, инсульты.

### Рациональная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смерти и инвалидности как в большинстве европейских стран, так и в Беларуси, что приводит к увеличению затрат на медицинскую помощь. В основе патологии обычно лежит атеросклероз, который развивается незаметно в течение многих лет и обычно проявляется в дальнейшем определенной симптоматикой.

Смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто случаются внезапно, когда невозможно оказать квалифицированную медицинскую помощь, и поэтому многие терапевтические вмешательства – неприменимы или паллиативны.

Значительное количество случаев ССЗ зависит от стиля жизни и переменных физиологических факторов.

Снижение факторов риска, несомненно, приводит к снижению смертности и заболеваемости.

## **Каких целей необходимо достигнуть в борьбе с факторами риска?**

### **Избыточный вес и ожирение**

Предотвращение избытка веса или уменьшение уже имеющегося является важной целью. Снижение веса решительно рекомендуется лицам с ожирением (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>) и лицам с избыточным весом (ИМТ более 25 и менее 30 кг/м<sup>2</sup>), а также пациентам с увеличением абдоминального отложения жировой ткани, что оценивается по окружности талии (у мужчин – более 102 см, у женщин более 88 см).

Ограничение общего потребления калорий и регулярные физические упражнения нужно рекомендовать пациентам с ожирением или избыточным весом.

### **Выбор здоровой пищи**

Все лица должны получить профессиональную консультацию по выбору пищи и соблюдать диету, которая ассоциируется с минимальным риском развития ССЗ.

**Общие рекомендации (определяется в соответствии с культурными традициями):**

- пища должна быть разнообразной, энергетическое потребление быть оптимальным для поддержания идеального веса;
- поощряться потребление следующих продуктов: фрукты и овощи, цельные зерна злаков и хлеб, нежирные молочные продукты, мясо, рыба;
- употреблять продукты, содержащие рыбий жир и  $\omega$ -омега, имеющие особые защитные свойства;
- общее содержание жиров должно быть не более 30% общего энергетического состава, а содержание насыщенных жиров превышать треть всех употребляемых жиров; количество потребляемого ХС менее чем 300 мг/сутки;
- при изокалорийной диете насыщенные жиры должны быть заменены частично углеводами, частично – мононенасыщенными и полиненасыщенными жирами из овощей и морских животных.

В пищевом рационе рекомендуется ограничить потребление продуктов животного происхождения, богатых ХС и насыщенными жирами: жирных сортов мяса, сала, сливочного масла, сметаны, яичного желтка, жирного сыра, колбасы, сосисок, всех субпродуктов, рыбной икры, креветок, кальмара. Рекомендуется заменить животный жир растительным, так как последний богат антиатерогенными ненасыщенными жирами. Полиненасыщенные жиры (ПНЖ) содержатся в виде омега-6 линолевой кислоты в растительном масле (подсолнечном, кукурузном, хлопковом) и в виде омега-3 альфа-линоленовой кислоты в льняном и соевом маслах. Минимальная суточная потребность человека в незаменимой линолевой кислоте составляет 2-6 г., что эквивалентно 10-15 г. подсолнечного масла (2-3 чайные ложки). Рыбий жир богат полиненасыщенными омега-3 жирными кислотами (омега-3 ПНЖК) - эйкозапентаеновой и докозагексаеновой. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей омега-3 ПНЖК (скумбрия, сардины, тунец, лосось, макрель, сельдь, палтус). Установлено, что полиненасыщенные жирные кислоты существенно снижают уровень ТГ и в меньшей степени ОХС. Среди других эффектов омега-3 ПНЖК отмечено ее влияние на уровень АД, подавление тромбообразования и улучшение функции эндотелия. Установлено, что вероятность развития ИБС снижается, по крайней мере, на 25-30% при употреблении рыбы 2-4 раза в неделю.

В пищевой рацион необходимо включать оливковое масло, в нем содержится достаточное количество антиатерогенной мононенасыщенной олеиновой кислоты. Растительные масла не содержат холестерина (ХС), но являются высококалорийными, поскольку это 100% жир. Потребление их в объеме, превышающем 10% от суточной калорийности может вызвать снижение уровня липидов высокой плотности ХС-ЛВП в крови (этот эффект нивелируется к концу первого года), повышение окисляемости липидов низкой плотности (ЛНП) и увеличение массы тела. Поэтому не рекомендуется употреблять более 1 чайной ложки оливкового масла в день.

За последнее десятилетие в питании широко используются гидрогенизированные растительные масла. Уровень транс-изомеров (вредных веществ) в твердых маргаринах может достигать до 60%. Транс-изомеры ненасыщенных жирных кислот в обмене ЛП подобны насыщенным жирным кислотам. Доказано, что их потребление (более 1%) увеличивает риск развития и прогрессирования ИБС за счет значительного повышения уровней общего ХС и ХС ЛНП и снижения концентрации ХС ЛВП. Для профилактики атеросклероза рекомендуется использовать в пищу только мягкий маргарин, выпускаемый в тубиках (маргарин-спред) и пластмассовых коробочках, с низким содержанием насыщенного жира и транс-изомеров жирных кислот (ЖК) (менее 1%). Замена сливочного масла на "мягкий" маргарин снижает риск ИБС на 10%. Количество потребляемого мягкого маргарина следует ограничить, намазывая на хлеб не более пяти грамм.

Обычно при ограничении потребления пищевого ХС до 300 мг в день с течением времени удается снизить его уровень в крови на 10-15%, а при снижении потребления общего жира с 40 до 30% от общей калорийности пищевого рациона - еще на 15-20%.

Другой важный принцип антиатерогенного питания - увеличение потребления продуктов растительного происхождения, способных связывать и выводить ХС из организма.

### **Рекомендуется употреблять:**

- пищевые волокна (не менее 30 г. в день); они содержатся в большом количестве в фруктах (груши, яблоки, апельсины, персики), ягодах (малина, клубника, черника), овощах (цветная капуста, брокколи, зеленая фасоль), бобовых (горох, чечевица, фасоль);
- пектины (не менее 15 г. в день), содержатся в свежих фруктах (яблоки, сливы, абрикосы, персики), ягодах (черная смородина), овощах (морковь, свекла);
- растительные станола (не менее 3 г. в день); содержатся в соевом и рапсовом маслах, экстрактах хвойных масел;

В последнее время было показано, что стеролы/станола, являясь растительными липидами, снижают уровень ХС ЛНП в крови за счет конкурентного ингибирования абсорбции ХС в тонком кишечнике. Доказано, что их регулярный прием сопровождается снижением концентрации ХС-ЛНП на 10-15%; в настоящее время выпускаются маргарины и кисломолочные продукты, обогащенные стеролами/станолами, которые

могут быть полезной добавкой к гипополипидемической (ГЛП) диете или медикаментозному лечению ГЛП.

Для профилактики атеросклероза рекомендуется употреблять больше фруктов - не менее 400г или 5 порций в день: 1 порция = 1 яблоко/1банан/1апельсин/1груша/2киви/2сливы/1 столовая ложка сухофруктов/1 большой ломтик дыни или ананаса/1 стакан сока. Количество вареных или свежих овощей в пищевом рационе должно быть не менее 400 г. (2 чашки).

### **Основные принципы диеты, рекомендуемой для профилактики атеросклероза и ДЛП:**

1. регулярное потребление разнообразных овощей, фруктов;
2. соотношение между насыщенными, моно- и полиненасыщенными жирами должно составлять 1:1:1;
3. умеренное потребление молочных продуктов (снятое молоко, сыр с низким содержанием жира и обезжиренный йогурт);
4. рыбе и домашней птице (без кожи) отдавать предпочтение перед мясными продуктами;
5. из мясных продуктов выбирать тощее мясо, без прослоек жира;
6. употреблять не более 2-3 яиц в неделю (ограничивается употребление желтков, но не белка, который можно не ограничивать);

### **Отказ от курения**

Врач должен убедить больного прекратить любую форму курения, используя для этого все необходимые аргументы. В настоящее время применяются 5 принципов, которые помогут врачу и пациенту справиться с нелегкой задачей **отвыкания от пристрастия к табаку**:

- спрашивать – систематически выявлять курильщиков (при каждом обращении);
- оценивать – определить степень привыкания пациента и его готовность к

прекращению курения;

- советовать – убедить всех курильщиков категорически отказаться от курения;
- помогать – способствовать стратегии прекращения курения, включающей советы по изменению стиля жизни, никотинзаместительную терапию и/или фармакологическое воздействие;
- длительный контроль, с обязательным регулярным посещением врача больным-курильщиком.

Отказ от курения сопровождается некоторым снижением ХС-ЛНП и заметным повышением ХС ЛВП уже через месяц. Прекращение курения в течение двух лет приводит к снижению риска коронарной смерти на 36 % и нефатального инфаркта миокарда на 32 %.

□

## **Повышение физической активности**

Пациентам нужно объяснить, что повышение их физической активности ассоциируется с наиболее низким уровнем риска развития ССЗ. Хотя целевыми являются физические упражнения длительностью, по крайней мере, полчаса в день в большинстве дней недели, более умеренная активность также ассоциируется с пользой для здоровья.

Здоровым людям должна быть рекомендована физическая активность, соответствующая их ежедневному режиму, предпочтительно 30–45 мин 4–5 раз в неделю с достижением частоты сокращений сердца до 60–75 % максимальной. Для пациентов с установленным ССЗ рекомендации должны основываться на всестороннем клиническом обследовании, включающем результаты нагрузочной пробы.

## **Артериальное давление**



У пациентов с установленной ишемической болезнью сердца целевой уровень АД составляет ниже 140/90 мм рт. ст., а выбор антигипертензивных препаратов зависит от основного ССЗ, сопутствующих болезней, а также от наличия или отсутствия других сердечно-сосудистых факторов риска.

Принятие решения о начале терапии у “бессимптомных” пациентов зависит не только от уровня АД, но также и от оценки общего сердечно-сосудистого риска и наличия либо отсутствия поражения органов-мишеней.

### **Уровень холестерина.**

В общей популяции уровень ХС в сыворотке крови должен быть ниже 5 ммоль/л (190 мг/дл), а уровень ХС ЛПНП – ниже 3 ммоль/л (115 мг/дл). У пациентов с клиническими проявлениями ССЗ, а также у пациентов с диабетом целевые уровни должны быть ниже: для общего ХС – менее 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) и для ХС ЛПНП – менее 2,5 ммоль/л (100 мг/дл).

### **Сахарный диабет.**

У пациентов с диабетом I и II типа жесткий метаболический контроль предотвращает развитие микроангиопатий и сердечно-сосудистых событий. У пациентов с диабетом I типа контроль уровня глюкозы требует адекватной терапии инсулином, а также сопутствующей профессиональной диетотерапии. У пациентов с диабетом II типа первостепенным для контроля уровня глюкозы являются выполнение профессиональных советов по диете, уменьшение избыточной массы и повышение физической активности.

## Метаболический синдром.

Больные с метаболическим синдромом обычно имеют высокий риск развития ССЗ. Диагностируют этот синдром при наличии трех или более из ниже представленных показателей:

- окружность живота больше 102 см у мужчин, больше 88 см у женщин;
- уровень триглицеридов в плазме 1,7 ммоль/л (150 мг/дл) и более;
- уровень ХС ЛПВП менее 1 ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин, менее 1,3 ммоль/л (50 мг/дл) у женщин;
- АД 130/85 мм рт. ст. и выше;
- уровень глюкозы в плазме крови 6,1 ммоль/л (110 мг/дл) и более.

Основными методами воздействия на метаболический синдром являются профессиональные рекомендации и контроль их выполнения по изменению образа жизни, уменьшению массы тела и повышению физической активности.

Пациенты с повышенным АД, дислипидемией и гипергликемией (сахарным диабетом) могут, однако, нуждаться в медикаментозной терапии.

Таким образом, **для эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений** необходимо выполнять всего 6 правил:

1. Контролируйте ваше артериальное давление.

2. Контролируйте уровень холестерина.

3. Питайтесь правильно.

4. Занимайтесь физическими упражнениями: даже немного лучше, чем ничего.

5. Не начинайте курить, а если курите - попытайтесь бросить, каким бы трудным это не казалось.

6. Попытайтесь избегать длительных стрессов.