



І.М. Січкарук<sup>3</sup>, Н.Д. Сидор<sup>2</sup>, Ю.Г. Кияк<sup>1</sup>, Л.П. Духневич<sup>3</sup>, А.Я. Базилевич<sup>1</sup>, А.В. Ягенський<sup>1</sup>

## ПОШИРЕНІСТЬ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

<sup>2</sup>Волинська обласна клінічна лікарня,

<sup>3</sup>Луцька міська клінічна лікарня

**Ключові слова:** інфаркт міокарда, фактори ризику.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, факторы риска.

**Key words:** myocardial infarction, risk factors.

У статті проведено оцінку поширеності факторів ризику серед пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда. Поширеність факторів ризику вивчалась у 333 пацієнтів, рандомізованих з 912, яких госпіталізовано з приводу інфаркту міокарда в 2000–2005 рр. У домашніх умовах проведено анкетування, вимірювання АТ, антропометричних параметрів. Лабораторно-інструментальні обстеження проведено в умовах клініки. Найпоширенішим фактором ризику виявилась артеріальна гіпертензія – 84,1%, найменш поширеним – цукровий діабет – 13,8%. Гіперхолестеринемія виявлялась у 55,4% і часто поєднувалась з підвищенням рівня ЛПНЩ і ТГ (45,5%). Загальне ожиріння виявлено у 44,7%, абдомінальне у 58%, при цьому, кожен сьомий пацієнт з нормальною вагою мав абдомінальне ожиріння. Поширеність АГ, ЦД, ГХол й абдомінального ожиріння вища серед жінок та у осіб, старших 60 років. Поширеність куріння становила 18,3%, гіподинамії – 27,9%. Більше ніж половина пацієнтів після інфаркту міокарду мали одночасно 3–4 фактори ризику.

В статті проведена оцінка розповсющеності факторів ризику серед пацієнтів після інфаркту міокарда. Розповсющеність факторів ризику вивчалась серед 333 пацієнтів, рандомізованих з 912, котрі були госпіталізовані в 2000–2005 гг. В домашніх умовах проводилось анкетування, вимірювання АД, антропометричних параметрів. Лабораторно-інструментальні обстеження проводились в умовах клініки. Найбільш розповсюденим фактором ризику оказалась артеріальна гіпертензія – 84,1%, найменше – сахарний діабет – 13,8%. Гіперхолестеринемія зустрічалась у 55,4% пацієнтів і часто поєднувалась з підвищенням рівня ЛПНЩ і ТГ (45,5%). Общее ожирение выявлено у 44,7%, абдомінальное у 58%, при этом, абдомінальное ожирение также имел каждый седьмой пациент с нормальным весом. Распространенность курения составила 18,3%, гиподинамии – 27,9%. Более половины пациентов после инфаркта миокарда имели одновременное сочетание 3–4 факторов риска.

The aim of the study was to evaluate prevalence of major risk factors (RF) in post myocardial infarction (Post MI) patients. Prevalence of RF assessed in 333 patients randomized from 912 after MI hospitalized in 2000–2005. Questionnaire, physical examination (BP and anthropometric measurement) was performed at home. Laboratory and instrumental examinations were provided in clinic. Arterial hypertension (AH) was the most prevalence RF - 84,1%. Diabetes mellitus (DM) had 13,8% of patients. Hypercholesterolemia was found in 55,4% patients and in 45,5% was associated with increased LDL and TG levels. Obesity was revealed in 44,7% patients, abdominal obesity – 58,0% patients. Every seven pt with normal weight had abdominal obesity. Prevalence of AH, DM, hypercholesterolemia, abdominal obesity was greater in women vs. men and elder 60 years patients vs. younger 60 years. Prevalence of smoking was 18,3%, insufficient physical activity had 27,9% patients. More than a half of Post MI patients had the combination of three or four RF.

Поширеність серцево-судинної захворювань серед населення України зросла протягом останніх 25 років втричі [1]. Надалі високим залишається рівень смертності й летальності внаслідок хвороб системи кровообігу, що за останні десятиріччя збільшився в Україні на 45% [1,2]. У європейських країнах смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) сягає 48% у загальній структурі. Україна ж посідає сьогодні одне з перших місць у Європі за цим показником – смертність від серцево-судинних захворювань складає 801,6 на 100 тис. населення [3].

Основними факторами ризику (ФР) розвитку серцево-судинних захворювань і їх ускладнень є артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, куріння, гіподинамія, порушення ліпідного обміну, зокрема гіперхолестеринемія (ГХол), і цукровий діабет (ЦД). Основою як первинної, так і вторинної профілактики серцево-судинних захворювань є корекція основних ФР, які сприяють розвитку захворювання або ж погіршують його перебіг і призводять до розвитку ускладнень. За даними Горбась І.М., при поєднанні в особи 4 ФР рівень смертності від усіх причин зростає втричі

порівно з тими, у яких не виявлено жодного ФР [1].

Особливо важливою є корекція ФР на етапі вторинної профілактики у хворих, які перенесли інфаркт міокарда чи інсульт.

### МЕТА РОБОТИ

Оцінка поширеності основних ФР серцево-судинних захворювань у пацієнтів після ІМ.

### ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проведено в рамках міжнародного проекту з оцінки якості вторинної профілактики у хворих після ІМ, який відбувся у містах Луцьк та Гдиня (Польща). У Луцьку з 912 хворих, які знаходились на лікуванні з приводу ІМ в 2000–2005 рр., рандомізовано 333 хворих (234 чоловіків і 99 жінок), середній вік – 62,5±9,8 років. Термін після перенесеного ІМ в середньому становив 2,5 ± 1,6 років.

Проект складався з двох етапів. На першому в домашніх умовах проводилось анкетування (67 запитань), вимірювання АТ й антропометричних параметрів. На другому в умовах клініки проводились лабораторні (ліпідограма, СРБ, цу-

Таблиця 1

Порівняння пацієнтів за основними клініко-лабораторними показниками, залежно від наявності АГ і ГХол.

	Пацієнти з АГ	Пацієнти без АГ	p	Пацієнти без ГХол	Пацієнти з ГХол	p
Вік, років	63,06 ± 9,50	59,25 ± 10,73	0,01	61,17 ± 9,71	63,31 ± 9,40	0,09
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	30,00 ± 4,82	27,13 ± 5,11	<0,0001	28,51 ± 5,06	30,58 ± 4,89	p<0,0001
Окружність талії, см	102,66 ± 12,59	95,30 ± 12,57	<0,0001	99,34 ± 12,36	103,46 ± 14,43	0,02
САТ, мм рт. ст.	156,55 ± 27,27	120,03 ± 10,54	<0,0001	152,50 ± 29,46	150,43 ± 25,92	0,57
ДАТ, мм рт. ст.	93,12 ± 14,96	77,39 ± 7,27	<0,0001	91,11 ± 14,62	90,52 ± 14,42	0,76
Цукор крові, ммоль/л	6,04 ± 2,60	5,95 ± 2,86	0,85	5,60 ± 2,00	6,39 ± 3,03	0,02
Заг холестерин, моль/л	5,47 ± 1,26	5,11 ± 1,39	0,11	4,27 ± 0,70	6,33 ± 0,83	p<0,0001
ЛПВЩ, моль/л	1,27 ± 0,41	1,25 ± 0,43	0,82	1,16 ± 0,40	1,35 ± 0,41	p<0,0001
ТГ, ммоль/л	1,77 ± 1,45	1,52 ± 0,82	0,30	1,51 ± 0,82	1,92 ± 1,67	0,02
ЛПНЩ, ммоль/л	3,40 ± 1,16	3,16 ± 1,22	0,27	2,43 ± 0,73	4,11 ± 0,89	p<0,0001
hs-CРБ, ммоль/л	6,04 ± 3,50	6,61 ± 4,04	0,53	5,98 ± 3,71	6,21 ± 3,55	0,75

кор крові) й інструментальні обстеження. Анкетування мало на меті оцінити знання пацієнтів щодо лікувальних і профілактичних заходів після перенесеного ІМ та їх застосування, прихильність до лікування, обізнаність пацієнтів щодо стану їх здоров'я, частоту відвідування лікаря та якого саме за спеціальністю, також з'ясувалась наявність перенесених в анамнезі захворювань, наявність супутніх хвороб тощо. За результатами анкетування й інструментально-лабораторного обстеження оцінювалась поширеність таких факторів ризику: АГ, ЦД, гіперхолестеринемії (ГХол), загального ожиріння, абдомінального ожиріння (АО), куріння, гіподинамії.

Статистичний аналіз виконано за допомогою програми STATISTICA v.6.0 (StatSoft, USA). Результати подано як середнє значення ± стандартне відхилення (M±σ). При нормальному розподілі кількісних перемінних для порівняння 2 груп застосовували t-тест Стьюдента для незалежних категорій. Якщо розподіл перемінних не відповідав критеріям нормальності, використовувався метод Манна-Уїтні. Для порівняння груп за якісними показниками чи за частотою наявності ознаки застосовували критерій  $\chi^2$ , за необхідності – з поправкою Йейтса, або точний критерій Фішера. Різниця вважалась достовірною при рівні  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Поширеність досліджуваних факторів ризику зображена на рис. 1. Найбільш поширеним ФР у хворих після ІМ виявилась АГ. Поширеність АГ серед хворих після ІМ склала 84,1% (виявлена у 280 осіб). Пацієнти з АГ були старшими порівняно з хворими без неї (63,1 ± 9,5 і 59,2 ± 10,7 років відповідно,  $p=0,01$ ).

При цьому виявлено, що жінки з АГ були старшими, ніж чоловіки з АГ (61,6 ± 9,6 та 66,1 ± 8,5 років відповідно,  $p<0,005$ ), тоді як серед пацієнтів без АГ подібної різниці не було.

АГ частіше виявлялась серед жінок – 90,9% порівняно з чоловіками (81,2%,  $\chi^2=4,9$ ;  $p=0,03$ ). Поширеність АГ серед пацієнтів після ІМ, що взяли участь у поданому дослідженні, закономірно збільшувалась з віком, але це зростання виявилось лише відносним і статистично достовірно не підтвердилось. Так, частота АГ у віковій групі до 60 років становила 79,7%, серед пацієнтів 60–74 років – 86,7% й у старших 74 років – 88,1% ( $\chi^2=3,2$ ;  $p=0,2$ ). Хоча при порівнянні впливу вікового чинника залежно від статі виявилось, що серед жінок у віковій групі 60–74 років АГ більш поширена, ніж серед чоловіків. Отже, у жінок, порівняно з чоловіками, поширеність АГ залежала від віку й була найвищою (майже 95%) у віковій групі 60–74 роки (табл. 2)

Таблиця 2

Поширеність АГ, залежно від віку у чоловіків і жінок

Поширеність АГ (%)	< 60 років	60–74 років	>74 років
Чоловіки	78,3	82,5	88,0
Жінки	85,2	94,6*	88,2
Загалом	79,7	86,7	88,1

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з чоловіками.



Отже, АГ виявилась найбільш поширеним фактором ризику у пацієнтів після ІМ. Частка пацієнтів з АГ збільшувалась з віком і була більшою серед жінок, порівняно з чоловіками. Пацієнти з АГ мали більші, ніж пацієнти без АГ, середні показники індексу маси тіла (ІМТ) –  $30,0 \pm 4,8$  і  $27,1 \pm 5,1$  кг/м<sup>2</sup>,  $p=0,0001$ ; окружності талії ( $102,7 \pm 12,6$  і  $95,3 \pm 12,6$  см,  $p=0,0001$ ). Лабораторні показники (ліпідограма, цукор крові, вч-СРБ) не відрізнялись у двох порівнюваних групах пацієнтів (табл. 1).

Поширеність ЦД серед післяінфарктних пацієнтів склала 13,8% (46 осіб) (табл. 2). Серед пацієнтів з ЦД було 54,4% чоловіків і 45,6% жінок. Середній вік пацієнтів з ЦД склав  $67,8 \pm 8,7$  років:  $66,4 \pm 9,3$  у чоловіків і  $69,4 \pm 7,7$  у жінок ( $p=0,3$ ). Пацієнти, які не мали ЦД були молодшими –  $61,6 \pm 9,7$  років ( $p<0,005$ ). Рівень глюкози крові у пацієнтів з ЦД у середньому становив  $10,4 \pm 4,3$  ммоль/л і був закономірно вищим порівняно з середнім рівнем глюкози пацієнтів без ЦД ( $5,4 \pm 1,5$  ммоль/л,  $p<0,0001$ ). Інші клініко-лабораторні показники (вага, ІМТ, ліпідограма) не відрізнялись при порівнянні в групах залежно від наявності ЦД, який виявлявся частіше серед пацієнтів, старших 60 років (19,1%), тоді як у молодших 60 років поширеність ЦД становила 6,5% ( $\chi^2=10,8$ ;  $p=0,001$ ). Виявлено залежність поширеності ЦД від статі: жінки частіше мали ЦД (21,2%), ніж чоловіки (10,7%,  $\chi^2=6,5$ ;  $p=0,01$ ).

Серед пацієнтів з ЦД 89,1% мали АГ. При цьому, лише 9,8% пацієнтів з ЦД й АГ мали рівень АТ, що відповідає рекомендованому для пацієнтів після перенесеного ІМ. Отже, ЦД виявлявся у кожного сьомого пацієнта після ІМ, майже у 90% випадків супроводжувався АГ, яка досягла цільових рекомендованих рівнів ( $\leq 130/80$  мм рт. ст.) лише у 9,8% випадків. Поширеність ЦД була більшою серед пацієнтів, старших 60 років, і серед жінок.

Поширеність ГХол (рівень загального холестерину (ЗХ)  $\geq 5,2$  ммоль/л) серед 231 пацієнта, у яких визначались рівні ЗХ і ліпопротеїдів склала 55,4%. Середній вік пацієнтів з ГХол склав  $63,3 \pm 9,4$  років:  $62 \pm 9,8$  у чоловіків і  $65,6 \pm 8,2$  у жінок і не відрізнявся від такого у пацієнтів без ГХол ( $61,2 \pm 9,7$  років,  $p=0,1$ ). Середній рівень ЗХ для пацієнтів з ГХол становив  $6,3 \pm 2,8$  ммоль/л. Поширеність ГХол була більшою серед жінок (77,8%), порівняно з чоловіками (49,4%,  $\chi^2=8,6$ ;  $p=0,003$ ) і пацієнтів, старших 60 років (62,3%), порівняно з молодшими (45,2%,  $\chi^2=6,6$ ;  $p=0,01$ ).

При порівнянні пацієнтів з ГХол і без ГХол виявилось, що серед пацієнтів з ГХол більшим був середній показник ІМТ ( $30,6 \pm 4,9$  проти  $28,5 \pm 5,1$  кг/м<sup>2</sup>,  $p=0,002$ ) і середнє значення окружності талії ( $103,5 \pm 14,4$  проти  $99,3 \pm 12,4$  см,  $p=0,02$ ). Пацієнти з ГХол мали вищі середні рівні глюкози крові ( $6,4 \pm 3$  проти  $5,6 \pm 2$  ммоль/л,  $p=0,02$ ). Пацієнти обох груп не відрізнялись за показниками АТ і середнім рівнем вч-СРБ (табл. 1).

Пацієнти з ГХол у 86,7% випадків мали АГ й у 17,2% – ЦД. Поширеність ГХол при АГ становила 57,2%, при ЦД – 89,7%. Водночас, поширеність ГХол серед пацієнтів з ЦД достовірно вища, ніж серед пацієнтів без ЦД – 75,9% і 52,5% відповідно ( $\chi^2=5,6$ ;  $p=0,02$ ). Одночасне поєднання трьох ФР – АГ, ЦД, ГХол зафіксовано у 7,8% пацієнтів.

Загалом, ГХол у досліджуваній популяції були досить поширеним явищем і посідали друге місце за частотою виявлення серед пацієнтів після ІМ, часто супроводжувались АГ і особливо часто траплялись у пацієнтів з ЦД. Поширеність ГХол залежала від статі й віку.

Поширеність загального ожиріння (ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) становила 44,7%, при цьому 4% пацієнтів мали ожиріння ІV ступеня з ІМТ  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup>. Більше половини пацієнтів після ІМ (58%) мали АО (57,5% чоловіків і 42,5% жінок). Середній вік пацієнтів з загальним ожирінням склав  $62,2 \pm 9,1$  років і не відрізнявся у зіставленні з пацієнтами, які мали нормальну вагу –  $62,4 \pm 10,3$  років ( $p=0,8$ ). Пацієнти з АО виявились старшими порівняно з тими, які не мали АО –  $63,5 \pm 9,3$  і  $60,9 \pm 10,3$  років відповідно ( $p=0,02$ ). Однак, абдомінальне ожиріння частіше виявлялось серед старших 60 років пацієнтів – 62,7%, порівняно з молодшими – 51,8% ( $\chi^2=3,9$ ;  $p<0,047$ ). Поширеність як загального (63,6% і 37,2%,  $\chi^2=19,5$ ;  $p<0,0001$ ), так і абдомінального ожиріння (82,8% і 47,6%,  $\chi^2=35,3$ ;  $p<0,0001$ ) виявилась більшою серед жінок, порівняно з чоловіками.

Пацієнти з загальним ожирінням мали більший середній показник ЗХ –  $5,7 \pm 1,3$  ммоль/л, порівняно з пацієнтами, які не мали ожиріння –  $5,2 \pm 1,3$  ммоль/л ( $p=0,006$ ). При АО, аналогічно, середній рівень ЗХ був вищим ( $5,6 \pm 1,3$  ммоль/л), ніж серед пацієнтів без АО ( $5,2 \pm 1,3$  ммоль/л,  $p=0,007$ ). Середні рівні глюкози крові не відрізнялись.

Поширеність АО, закономірно, була більшою серед пацієнтів з загальним ожирінням – 89,9%, проте й серед хворих без надлишкової ваги АО виявлялось також нерідко – у 15% випадків, тобто майже у кожного сьомого пацієнта з ІМТ, що відповідає нормальній вазі. Цей факт, на нашу думку, є досить важливим, оскільки традиційне використання ІМТ може призвести до недооцінки ризику у значної кількості пацієнтів. Отже, можливо, з практичної точки зору вимірювання окружності талії дає змогу оцінити ризик точніше.

Серед пацієнтів з загальним ожирінням 92% осіб мали АГ, 17,5% страждали ЦД і 65,4% пацієнтів мали ГХол. Абдомінальне ожиріння супроводжувалось АГ у 88,6% пацієнтів, ЦД – 15,5%, ГХол – 62,8%. При цьому частота виявлення АГ ( $\chi^2=12,1$ ;  $p=0,0005$ ), ЦД ( $\chi^2=4,0$ ;  $p=0,045$ ) серед пацієнтів з ожирінням була достовірно вищою, ніж у пацієнтів без ожиріння. При абдомінальному ожирінні достовірно частіше виявлялась АГ ( $\chi^2=7,2$ ;  $p=0,007$ ) і ГХол ( $\chi^2=6,4$ ;  $p=0,01$ ), порівняно з пацієнтами без абдомінального ожиріння. Пацієнти із загальним ожирінням мали достовірно вищі середні рівні як САТ ( $154,4 \pm 29,5$  мм рт. ст. і  $148 \pm 27,6$  мм рт. ст.,  $p=0,04$ ), так і ДАТ ( $92,6 \pm 14,4$  мм рт. ст. та  $89,2 \pm 15,4$  мм рт. ст.,  $p=0,04$ ) порівняно з пацієнтами без ожиріння. Одночасно, хворі з абдомінальним ожирінням відрізнялись від пацієнтів, які його не мали, лише за середнім рівнем ДАТ ( $92,4 \pm 15,5$  мм рт. ст. і  $88,1 \pm 14,4$  мм рт. ст.,  $p=0,01$ ). Виявлено, що 7,5% пацієнтів після ІМ мали поєднання загального ожиріння, ЦД та АГ.

Поширеність куріння серед пацієнтів після ІМ склала 18,3% (серед чоловіків – 23,1%, серед жінок – 7,1%,  $p<0,005$ ).

Курці виявились молодшими порівняно з пацієнтами, які не курили –  $59,0 \pm 9,4$  проти  $63,2 \pm 9,7$  років ( $p=0,003$ ). Пацієнти не відрізнялись за середніми значеннями АТ, глюкози крові, ЗХ залежно від куріння. Проте, середній показник ІМТ серед курців був значно меншим ( $27,4 \pm 5,5$  кг/м<sup>2</sup>) порівняно з пацієнтами, які не курили ( $30 \pm 4,7$  кг/м<sup>2</sup>,  $p<0,005$ ).

Поширеність АГ серед курців становила 78,7% і не відрізнялась від поширеності серед некурців – 85,3% ( $\chi^2 = 1,6$ ;  $p = 0,2$ ). Серед курців 51,2% мали ГХол, подібно до некурців – 56,4% ( $\chi^2 = 0,4$ ;  $p = 0,5$ ). Курці рідше мали загальне ожиріння й АО порівняно з некурцями – 41% і 62% для загального ожиріння ( $\chi^2 = 9$ ;  $p = 0,003$ ), і 31,6% і 48,3% – для абдомінального ( $\chi^2 = 5,9$ ;  $p = 0,01$ ). Виявлено також тенденцію до меншої поширеності ЦД серед курців порівняно з некурцями – 6,6% і 15,4% ( $\chi^2 = 3,3$ ;  $p = 0,07$ ). Поєднання куріння, АГ, ГХол і ЦД зареєстровано у 3,2% пацієнтів, що взяли участь у даному дослідженні.

Поширеність гіподинамії ( $\leq 30$  хв/добу рухової активності) серед пацієнтів після ІМ склала 21,6%. Серед пацієнтів з гіподинамією було 68,1% чоловіків і 31,9% жінок. Поширеність гіподинамії не залежала від статі (20,9% у чоловіків і 23,2% у жінок,  $\chi^2 = 0,2$ ;  $p = 0,6$ ). Виявлено, що гіподинамія значно частіше виявлялась серед пацієнтів, старших 74 років (42,9%), порівняно з молодшими 60 років (17,3%) й віком 60–74 років (19,6%),  $\chi^2 = 13,0$ ;  $p = 0,001$ . Поширеність АГ, ЦД, куріння й ГХол майже не відрізнялись серед пацієнтів з гіподинамією та без неї.

Отже, найпоширенішими ФР у пацієнтів після ІМ виявились АГ і ГХол, які значною мірою асоціюються з можливістю медикаментозної корекції. Серед 231 пацієнта, яким виконано ліпідограму, осіб, котрі не мали жодного досліджуваного ФР виявлено 3%. Один ФР мали 6,9% пацієнтів, два ФР – 19,9% пацієнтів, три ФР – 30,3% пацієнтів, чотири ФР – 23,8% пацієнтів, п'ять ФР – 13,9%, шість ФР мали 2,2% пацієнтів (рис. 1, 2).

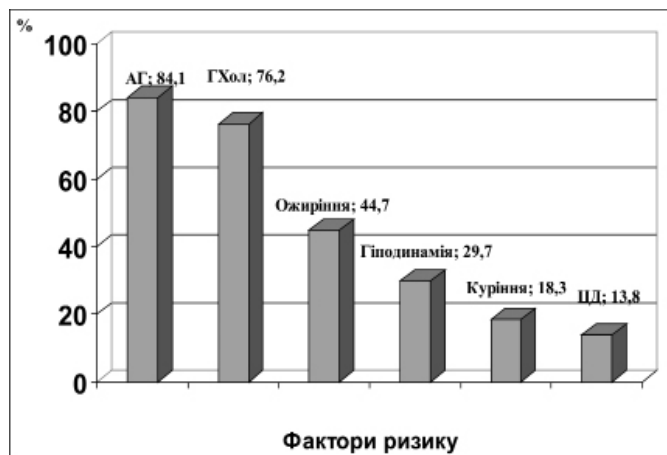


Рис. 1. Поширеність основних факторів ризику у пацієнтів після ІМ.

За результатами одного з найбільших і найтриваліших європейських досліджень EUROASPIRE, поширеність

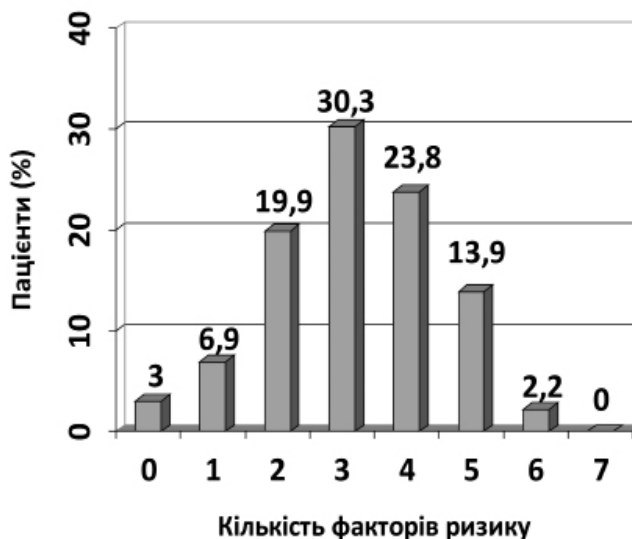


Рис. 2. Частота поєднань факторів ризику.

і стан корекції ФР у пацієнтів з ІХС за останні 10 років залишає бажати кращого [5]. За даними EROASPAIRE III, поширеність АГ загалом не зменшилась за останні 10 років – 58,1% і 60,9%. Значно зросла поширеність ЦД (17,4% і 28%) загального (25% і 38%,  $p=0,0006$ ) й абдомінального ожиріння (з 42,2% до 54,9%,  $p<0,0001$ ). Майже не змінилась поширеність куріння – 20,3% і 18,2% ( $p=0,6$ ). Чи не єдиним показником, який має позитивну динаміку, є поширеність ГХол – від 94,5% до 46,2% ( $p<0,0001$ ). При цьому зареєстровано достовірне збільшення застосування основних груп кардіологічних препаратів – дезагрегантів, в-блокаторів, ІАПФ і, особливо, статинів [5,6]. Отже, на недостатньому рівні лишається немедикаментозний компонент корекції ФР.

Отримані дані свідчать, що показники поширеності ЦД, ожиріння й абдомінального ожиріння відрізняються від вище представлених незначно, тоді як поширеність АГ і ГХол у поданому дослідженні виявилась істотно вищою. Однією з вагомих причин, імовірно, є недостатнє призначення статинів і антигіпертензивних засобів.

Інше дослідження, проведене серед пацієнтів, які перенесли ІМ у країнах з низьким і середнім рівнем економічного розвитку (в Росії та Туреччині), продемонструвало, що 47% хворих надалі мали два й більше факторів ризику (куріння, АГ, ГХол, гіподинамію) [7], що співвідносне з отриманими результатами дослідження.

Отже, незважаючи на досягнення останніх років у діагностиці й лікуванні серцево-судинних захворювань, поширеність ФР у хворих, які перенесли ІМ, залишається досить високою навіть у економічно розвинутих країнах, що потребує додаткових зусиль у сфері вторинної профілактики.

## ВИСНОВКИ

Зареєстровано високу поширеність ФР у хворих після ІМ. Найпоширенішим ФР у пацієнтів після ІМ виявились АГ (84,1%) і гіперхолестеринемія (55,4%). Рідше реєструвався ЦД (13,8%), куріння (18,3%), гіподинамія (21,6%), загальне



ожиріння (44,7%).

Поширеність АГ, ЦД, ГХол й АО була вищою серед жінок (порівняно з чоловіками) й у старших 60 років пацієнтів, порівняно з молодшими.

У 70,2% пацієнтів виявлено одночасне поєднання трьох і більше ФР, що свідчить про необхідність активного комплексного підходу до їх корекції.

Перспективами подальших досліджень в окресленому напрямку є дослідження впливу корекції ФР на прогноз (повторні госпіталізації та смертність) у пацієнтів після ІМ.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2007. – №2. – С. 62–63.
2. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: малорухомих спосіб життя / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2009. – №10. – С. 60–61.
3. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Здоров'я України. – 2009. – №21. – С. 58–59.
4. Рідкер П. Розширення меж впливу на серцево-судинний ризик: що можна зробити на сучасному етапі для оптимізації оцінки та лікування? / П. Рідкер, Дж. Шеферд, В. Кеніг // Ліки України. – 2009. – №4. – С. 24–26.
5. Risk factor management in coronary patients – results from a European wide survey – EUROASPIRE III / D.A. Wood on behalf of EUROASPIRE Study Groupe // www.escardio.org – 2009.
6. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries / K. Kotseva, D. Wood, G. De Backer [et al.] // European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. – 2009. – Vol. 6. – P. 121–137.
7. WHO study on Prevention of REcurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHO-PREMISE) / S. Mendis, D. Abegunde, S. Yusuf [et al.] // Bull World Health Organ. – 2005. – Vol. 83 (11). – P. 820–829.
8. Ridker P.M. The JUPITER Trial Results, Controversies, and Implications for Prevention / P.M. Ridker // Circulation. – 2009. – Vol. 2. – P. 279–285.

#### Відомості про авторів:

Січкарук І.М., лікар-кардіолог Луцької міської клінічної лікарні.

Сидор Н.Д., лікар-кардіолог Волинської обласної клінічної лікарні.

Кияк Ю.Г., д. мед. н., професор, зав. каф. сімейної медицини ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Духневич Л.П., к. мед. н, головний лікар Луцької міської клінічної лікарні.

Базилевич А.Я., д. мед. н., доцент каф. пропедевтики внутрішньої медицини №1 ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Ягенський А.В., д. мед. н, керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології і тромболізісу, професор каф. сімейної медицини ЛНМУ ім. Данила Галицького

#### Адреса для листування:

Базилевич Андрій Ярославович. 79013, м. Львів, вул. Коновальця, 22.

Тел./факс: (032) 2373114, (050)3171700.

E-mail: abazylevych@ukr.net