

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ շԱՏՈՒՑՄԱՆ ՆԵՐԿՑԱՆՔԱՑԻՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ
ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԵՐԱԳՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդների վերականգնման ժամանակ անպայման պետք է հաշվի առնել սրտամկանի նեկրոզի անատոմիական զանգվածը, հիվանդության ֆունկցիոնալ կարգը, հատուցման պրոցեսների ընթացքը համապատասխան կենսաքիմիական ցուցանիշներով: Սրտամկանի ինֆարկտի հատուցման տեմպի արագացում ֆիզիկական վերականգնման ժրազրի անհատականացման ռեալիզացիայի ժամանակ տեղի չի ունեցել:

B. L. Movshovich, G. V. Barmotin

The Estimation of Myocardial Infarction Reparation During the Individualized Program of Physical Rehabilitation

S u m m a r y

It is established that at rehabilitation of patients with myocardial infarction it is necessary to take into account the anatomical mass of myocardial necrosis, the functional class of the disease, the course of reparative processes in accordance to the adequate biochemical parameters.

The increase of the terms of reparation during realization of the individualized program of physical rehabilitation was not observed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградов А. В., Мовшович Б. Л., Бармотин Г. В. Индивидуализированная программа реабилитации больных инфарктом миокарда под объективным контролем процессов заживления. Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1984, 16.
2. Кузьмак Н. И. Лабор. дело, 1970, 3, 146—150.
3. Неверов И. В., Титоренко Н. И. Сов. медицина, 1979, 1, 28—31.
4. Николаева Л. Ф., Аронов Д. М. Кардиология, 1984, 24, 12, 104—109.
5. Bartosova D., Chvapil M. J. Physiol. (London), 1969, 200, 285—300.
6. Bergman I., Loxley R. Analyst (London), 1969, 94, 575—578.
7. Bergman I., Loxley R. Clin. Chem. Acta, 1970, 27, 2, 347—349.

УДК 616.12—005.4:577.161.2.011(478) (—22)

В. И. БОТНАРЬ, Л. Л. КИШЛАРЬ, А. М. БОРТНОВ, К. П. ЖУКОВСКИЙ,
О. А. БАЛАШОВА, Г. М. СОКИРКА

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ И ЕГО СВЯЗЬ
С ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ МОЛДАВИИ

Известно, что частота ишемической болезни сердца (ИБС) возрастает с повышением уровня общего холестерина (ХС) в сыворотке крови [4, 10]. Однако концентрация общего ХС не позволяет четко раз-

граничить здоровых и больных, поскольку повышенный уровень данного показателя не означает неперемного развития ИБС, а только отражает высокую вероятность заболевания. В связи с этим, своевременное выявление и корреляция гиперхолестеринемии (ГХСЕ) имеет большое значение для предупреждения ИБС. В настоящее время доказана роль различных тонких нарушений качественного и количественного состава липопротеидов крови в атерогенезе, однако, их выявление очень трудоемко и требует сложных биохимических анализов. Поэтому определение общего ХС крови не потеряло практического значения.

Изучению распространенности ГХСЕ посвящено значительное количество работ. Показана зависимость уровня общего ХС от возраста, пола, этнических факторов, географической зоны проживания. Меньше внимания уделялось изучению данной проблемы в популяционных обследованиях сельского населения.

Целью настоящей работы явилось определение частоты ГХСЕ и ее связи с основными факторами риска ИБС среди жителей села Молдавской ССР.

Материал и методы. Обследована случайная выборка населения двух сел в возрасте 30—55 лет—всего 239 человек. Кровь брали утром натощак, спустя 12 часов после последнего приема пищи. Содержание общего ХС сыворотки определяли прямой фотоколориметрией по методу ИЛЬКА. Повышенным считали уровень ХС 6,76 ммоль/л и более. Артериальное давление измеряли дважды ртутным сфигмоманометром на правой руке, учитывались средние значения от двух измерений. Использованы критерии ВОЗ для артериальной гипертонии [2]. Курящими считали лиц, выкуривающих по крайней мере одну сигарету в день. Избыточной расценивали массу тела в случаях, когда индекс Кетле превышал 29 кг/м².

Результаты и их обсуждение. Среднее значение общего ХС крови для всех селян составило 4,99 ммоль/л, что совпадает с данными других авторов, обследовавших население нашей республики [1] и незначительно отличается от результатов обследования жителей городов других регионов СССР [3, 8, 9]. Полученные нами значения полностью совпадают с результатами работы Константиновой О. С. и соавт. [7], обследовавших 2485 мужчин и женщин в возрасте 20—69 лет в Москве.

С возрастом среднее значение общего ХС крови увеличивается. У женщин более резкое увеличение происходит после 50 лет и совпадает с увеличением массы тела. Средний уровень общего ХС у мужчин равен 4,94 ммоль/л, а у женщин—5,04 ммоль/л ($P > 0,05$). Выявлена положительная корреляционная связь уровня ХС крови с диастолическим АД, систолическим АД, массой тела и индексом Кетле (коэффициент корреляции от 0,26 до 0,63), причем слабая корреляция ($r < 0,03$) была отмечена только с диастолическим АД в подгруппе мужчин.

Распространенность ГХСЕ (по критериям ВОЗ) в нашей популяции составляет 21,8%, несколько больше среди женщин (24,0%) чем

«среди мужчин, хотя различие не достигает статистической значимости ($P > 0,05$). Наши данные соответствуют результатам исследования Волож О. И. с соавт. [5], которые отметили ГХСЕ у 18,8% обследованных мужчин 35—59 лет в Таллине и значительно превышают распространенность ГХСЕ в сельской популяции Узбекистана: по данным Турсунова С. Ю. и соавт. [6] она составляет 3,2% (даже при том, что в качестве критерия ГХСЕ ими были применены более низкие значения ХС). Иными словами, средние значения общего ХС и распространенность ГХСЕ в сельской популяции Молдавии отличается не столь значительно от показателей в городских популяциях Москвы, Киева, Таллина, как показатели в сельской популяции Узбекистана.

Таблица

Связь уровня общего холестерина в сыворотке крови с артериальным давлением и массой тела (коэффициент корреляции)

Группы обследованных	Показатель			
	диастолическое АД	систолическое АД	масса тела	индекс Кетле
Мужчины n=98	0,263	0,426	0,473	0,630
Женщины n=141	0,364	0,377	0,501	0,479

Среди лиц с артериальной гипертонией (АГ) при скрининге ГХСЕ обнаружена в 38,3% случаев, тогда как в группе лиц с нормальным АД—в 16,2% случаев ($P < 0,001$). Повышенный уровень ХС среди лиц с избытком в весе (42,9%) отмечается достоверно чаще чем среди лиц с нормальной массой тела (10,3%; $P < 0,001$). ГХСЕ одинаково часто установлена у лиц курящих и некурящих ($P > 0,05$). В целом у обследованных частота других основных факторов риска ИБС довольно высока: АГ встречается у 25%, избыточная масса тела—у 35% и табакокурение—у 19,1%, причем почти все курящие (98%) мужчины.

Таким образом, повышенный уровень общего холестерина крови достоверно чаще отмечен среди имеющих и другие факторы риска ИБС, такие как АГ и избыточная масса тела. Хорошо известно, что сочетание двух или трех факторов риска значительно увеличивает риск заболевания ИБС. Поэтому именно на этих лиц должны быть направлены интенсивные меры первичной профилактики этого серьезного заболевания.

Выводы

1. При обследовании сельских жителей 30—55 лет повышенный уровень ХС в сыворотке крови выявлен у 21,8%; частота гиперхолестеринемии увеличивается с возрастом.

2. ГХСЕ встречается одинаково часто среди мужчин и среди женщин и достоверно чаще среди лиц, имеющих такие факторы риска ИБС как АГ и избыточная масса тела.

Молдавский НИИ профилактической и
клинической медицины МЗ МССР

Поступила 24/І 1988 г.

Վ. Ի. ԲՈՏՆԱՐ, Լ. Լ. ԿԻՇԼԱՐ, Ա. Մ. ԲՈՐՏՆՈՎ, Կ. Պ. ԺՈՒԿՈՎՍԿԻ,
Օ. Ա. ԲԱԼԱՇՈՎԱ, Գ. Մ. ՍՈԿԻՐԿԱ

ԱՐՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԽՈՒՆԹԵՐԻՆԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԸ ԵՎ ՆՐԱ ԿԱՊԸ ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՌԻՍԿԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՖԱԿՏՈՐՆԵՐԻ ՀԵՏ ՄՈՂԴԱՎԻԱՅԻ
ԳՅՈՒՂԱԿԱՆ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՄՈՏ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Մոլդավիայի գյուղական բնակչության մոտ հիպերխոլեսթերինեմիայի առաջացման հա-
ճախականությունը գտնվում է խոշոր արդյունաբերական կենտրոնների մակարդակի վրա և
նկատելի գերազանցում է այդ ցուցանիշը գյուղական այլ պոպուլյացիաների մոտ:

V. I. Botnar, L. L. Kishlar, A. M. Bortnov, K. P. Zhoukovski,
O. A. Balașhova, G. M. Sokirka

The Level of Total Cholesterolin in the Blood and its Connection with Main Risk Factors of Ischemic Heart Disease in Peasants of Moldavia

S u m m a r y

The frequency of revealence of hypercholesterinemia among the Moldavian peasants in one of the villages corresponds to the level in big industrial centers and significantly exceeds this index of other country populations.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Анестиади З. Г.* Здравоохранение (Кишинев), 1976, 5, 9—112.
2. Артериальная гипертензия. ВОЗ, Женева, 1980.
3. *Виноградов А. Г., Щербакова И. А.* Дислипидопротеидемии и ишемическая болезнь сердца. М.: Медицина, 1980, 193—197.
4. *Волож О. И., Мутсо Ю. Х., Солодка Э. С.* и др. Кардиология; 1984, 24, 11, 20—24.
5. *Климов А. Н.* Превентивная кардиология. М., Медицина, 1977, 260—321.
6. *Константинова О. С., Жуковский Г. С., Константинов В. В.* и др. Тер. архив, 1985, 57, 1, 25—28.
7. *Климов А. Н., Герасимова Е. Н., Шестов Д. Б.* и др. Кардиология, 1979, 19, 4, 61—67.
8. *Смирнова И. П., Кукля Ю. И., Чоботьево Г. М.* и др. Гипертензионная болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность—Киев: Здоров'я, 1981, 13, 68—71.
9. *Турсунов С. Ю., Хаджиев А. К., Фазылова Р. К., Жуковский Г. С.* Тер. архив, 1985, 57, 12, 55—59.
10. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний.—М., Медицина, 1977.