

УДК 611.1-084(477)

# РІВЕНЬ ЧИННИКІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У НЕОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ХАРКОВА

*Л.Б. Ушкварок, Т.А. Лавренко*

*ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої АМН України», Харків*

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, чинники ризику, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, куріння, ожиріння.

На початку третього тисячоліття серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються головною причиною госпіталізації, інвалідизації та смертності населення. Кожен третій випадок смерті у світі — внаслідок захворювання серця та судин, і за прогнозом ВООЗ до 2020 р. цей показник збільшиться до 37% [26].

Аналіз показників, що характеризують стан здоров'я населення України, свідчить про збереження високого рівня смертності від серцево-судинних захворювань, які посідають перше місце серед різних причин всього населення (61,7%), і друге місце серед осіб працездатного віку [1, 7]. Залишається тенденція збільшення смертності (на 20%) від ССЗ серед осіб молодого віку [7]. За різними даними тільки у 17—25% дорослого населення країни немає ні ішемічної хвороби серця, ні чинників ризику. Решта дорослого населення потребує первинної і/або вторинної профілактики [7].

З системи державної статистики в Україні нині можна дістати певну інформацію тільки про показники смертності й тривалість життя. Захворюваність в Україні вивчають за даними звернення в лікарняні заклади. Це дає неточне, викривлене уявлення про стан здоров'я населення. Слід зазначити, що оцінка здоров'я населення повинна ґрунтуватися не тільки на показниках смертності, а й на вивченні поведінкових чинників ризику неінфекційних захворювань. Моніторингування найпоширеніших захворювань та їхніх чинників ризику на підставі представницьких випадкових вибірок, сформованих за загальнодержавним або територіальним принципом, дає змогу дістати точну й оперативну інформацію та впливати на здоров'я населення. Зменшення кількості чинників ризику, особливо поведінкових, здійснюється скоріше та помітніше і точно передбачає зниження смертності й захворюваності, пов'язане з ними. Ці дослідження значно дешевші, ніж створення реєстрів хвороб.

На сьогодні недостатньо вивчено епідеміологічні особливості поширеності ССЗ в Україні та їхні

фактори ризику, які несприятливо впливають на стан здоров'я населення.

Серед головних чинників ризику ССЗ виділяють ті, що модифікуються і становлять найбільший інтерес для профілактики, а саме: поведінкові, які характеризують нездоровий спосіб життя (куріння, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, недостатня фізична активність); біологічні (підвищений артеріальний тиск, дисліпопротеїдемія, надлишкова маса тіла), що реалізуються в процесі взаємодії генетичних особливостей організму з поведінковими і довколишніми чинниками [9].

За даними дослідження INTERHEART, дев'ять традиційних чинників ризику більше ніж у 90% випадків були пов'язані з розвитком інфаркту міокарда. Це куріння, дисліпідемія, гіпертензія, цукровий діабет, абдомінальне ожиріння, психологічні фактори, дієта, зловживання алкоголем, знижена фізична активність. Тільки 0,4% популяції дослідження INTERHEART не мали жодного з цих чинників ризику. Нетрадиційні чинники ризику ССЗ викликали незначну фракцію захворювань (не більше як 10%) [36].

За даними Фремінгемського дослідження, до нетрадиційних чинників ризику ССЗ належать: гіпергомоцистеїнемія, ліпопротеїд  $\alpha$ , аполіпопротеїд Е, дія вільних радикалів та пероксидів, гіперфібриногенемія, дисфункція ендотелію, інфекційні агенти, тригліцериди, С-реактивний білок [3].

Слід зазначити, що нетрадиційні детермінанти серцево-судинного ризику можуть бути доволі копісними в щоденній практиці для стратифікації ризику як ранні маркери серцево-судинних хвороб. При цьому високі показники традиційних чинників ризику не повинні перешкоджати пошуку нетрадиційних [33].

Поширеність серцево-судинних захворювань залежить від кількості чинників ризику (рис. 1) [27].

Посуднюються кілька чинників ризику (численний чинник ризику) найчастіше в осіб з надлишковою масою тіла, курців, а також у тих, що злов-

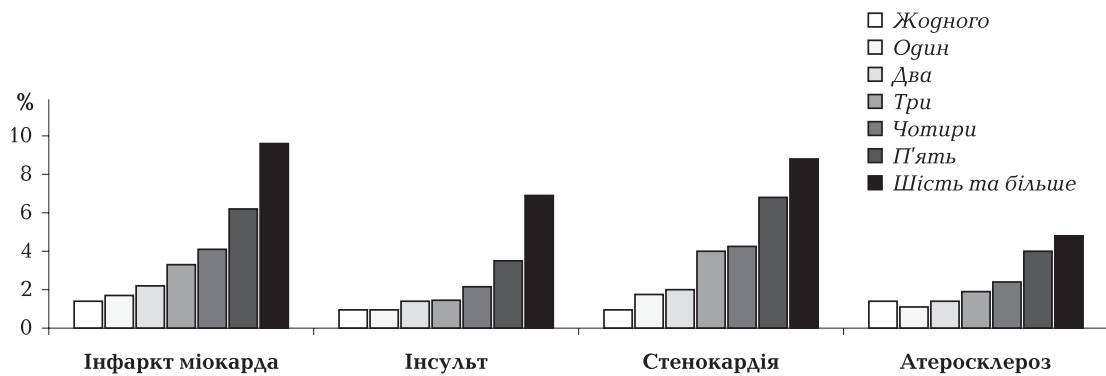


Рис. 1. Залежність поширеності серцево-судинних захворювань від кількості чинників ризику [27]

Фактори ризику: ожиріння, високий артеріальний тиск, високі рівні загального холестерину, цукровий діабет 1 та 2 типу, знижена фізична активність, куріння, зловживання алкоголем, зменшене споживання овочів та фруктів.

живають алкоголем. Багато хто з цих груп має підвищений рівень артеріального тиску.

Також є спостереження, що в жінок 60-річного віку численний чинник ризику збільшується удвічі порівняно із 40-річними, тоді як серед чоловіків цей показник з віком майже не змінюється [30].

Надзвичайно важливо сьогодні контролювати за окремими чинниками ризику, що сприятиме зниженню захворюваності та смертності не лише від ССЗ, а й від інших хронічних серцево-судинних хвороб, тому формування профілактичних заходів, здорового способу життя серед населення України є актуальною проблемою [7].

Мета роботи — вивчити рівень чинників ризику серцево-судинних захворювань у неорганізованій популяції Харкова.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 1520 мешканців Жовтневого району м. Харкова, з них 618 чоловіків та 902 жінки віком від 35 до 65 років.

Усім пацієнтам вимірювали артеріальний тиск (АТ) на обох верхніх кінцівках, робили антропометричні виміри (зріст, маса тіла), визначали індекс маси тіла (ІМТ) (кг/м<sup>2</sup>), досліджували рівень загального холестерину в крові, а також проводили анкетування за адаптованим опитувальником для вивчення поведінкових чинників ризику ССЗ (розроблений Державним науково-дослідним центром профілактичної медицини МОЗ Росії та центрами з контролю і профілактики захворювань (CDC), США, програма CINDI).

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЕ ОБГОВОРЕННЯ

Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед мешканців Жовтневого району Харкова становить 45,6%. За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я, в Україні 2006 року зареєстровано понад 11 млн осіб з АГ, тобто 29,1% дорослого населення. Однак усе ще зберігаються певні розбіжності між даними офіційної статистики і результатами епідеміологічних досліджень щодо кількості хворих з підвищенням АТ в Україні. Так, дані дослідження, проведеного в Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стра-

жеска АМН України», свідчать, що підвищений (> 140/90 мм рт. ст.) АТ мають майже 44% дорослого населення. За даними обстеження національної представницької вибірки в Росії у 40% мешканців визначається АГ з рівнем АТ > 140/90 мм рт. ст. (39% чоловіків та 41% жінок) [13]. Таку ж кількість хворих з гіпертензією реєструють в інших європейських країнах та США [2]. Результати багатьох клінічних досліджень, проведених у Європі, США та інших країнах, переконливо доводять, що високий рівень як систолічного, так і діастолічного АТ є сильним незалежним чинником ризику виникнення інсульту і коронарної смерті [35, 29].

Про вагомий негативний вплив підвищеного рівня АТ на смертність населення свідчить метааналіз Prospective Studies Collaboration, проведений у 2002 році. Доведено, що смертність від інсульту та ішемічної хвороби серця прямо залежить від рівня АТ. Зі зростанням систолічного АТ від 115 мм рт. ст. на кожні 20 мм рт. ст. загальна смертність зростає удвічі. Така кореляція простежується в пацієнтів усіх вікових категорій. Для діастолічного АТ залежність має аналогічний характер: від з 75 мм рт. ст. його зростання на кожні 10 мм рт. ст. підвищує рівень смертності у 2 рази. За даними цього ж метааналізу, зниження АТ на 2 мм рт. ст. зменшує ризик смерті на 7—10% [17].

У нашому дослідженні частота підвищення АТ зростала з віком: у віковій групі 40—49-річних АГ спостерігається у 27,6% випадків, у групі 50—59-річних у 52,1%, серед осіб за 60 років у 57,6%. В більшості країн світу підвищення АТ реєструють у 20—60% дорослого населення, при цьому поширеність АГ значно збільшується з віком: від 10% у популяції 18—49-річних до 50—70% серед осіб за 60 років [4].

Гендерний аналіз поширеності АГ серед мешканців Жовтневого району Харкова свідчить, що в жінок частіше спостерігається підвищення АТ, ніж у чоловіків — 47,3 та 44,1% відповідно. За даними епідеміологічного дослідження, проведеного С. Шальновою, серед дорослого населення Росії підвищений АТ виявляють у 39,2% чоловіків та 41,1% жінок [21]. Певні розбіжності в показниках можна пояснити стрімким зростанням АГ серед населення останнім часом.

Результати нашого дослідження продемонстрували, що значна кількість опитаних (69,1% чоловіків та 87,5% жінок) знають цифри свого АТ, причому обізнаність у жінок майже на 20% більше, ніж у чоловіків. Аналіз засвідчив, що 38,5% чоловіків та 46,4% жінок медичні працівники інформували про підвищений АТ.

В епідеміологічних дослідженнях, проведених на базі Національного наукового центру «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска АМН України», виявлено, що серед осіб з підвищеним АТ знають про наявність захворювання 46,9% сільських і 69,4% міських мешканців [16].

Визнаним чинником ризику атеросклерозу та ішемічної хвороби серця вважається гіперхолестеринемія (ГХс).

Вплив рівня холестерину на фатальні серцево-судинні події протягом 10 років у взаємодії з іншими чинниками ризику представлено на рис. 2 [25].

Встановлено, що в неорганізованій популяції Харкова від ГХс страждають 41,6% мешканців: 40,8% чоловіків та 42,2% жінок. За даними Національного наукового центру «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска АМН України», поширеність ГХс в Україні становить 21,5% для чоловіків і 21,2% для жінок [19]. За даними того ж інституту в українській популяції рівень загального холестерину перевищує норму у віковій групі від 40 до 60 років у 48,5% чоловіків і 56,3% жінок [11]. В економічно розвинених країнах поширеність гіперхолестеринемії становить 23%. Як свідчать результати кооперативного дослідження в семи країнах, поширеність гіперхолестеринемії становить: у Японії — 7%, Італії — 13%, Греції — 14%, Нідерландах — 32%, США — 39%, Фінляндії — 56% [19].

Хвороби серцево-судинної системи є причиною приблизно 80% смертей хворих на цукровий діабет (ЦД). Ризик інфаркту міокарда (ІМ) у хворих на ЦД дорівнює ризикові пацієнтів, що мали в анамнезі ІМ і не хворіли на ЦД [23]. Також при ЦД спостерігається зростання німої ішемії з 20 до 50% [34, 24].

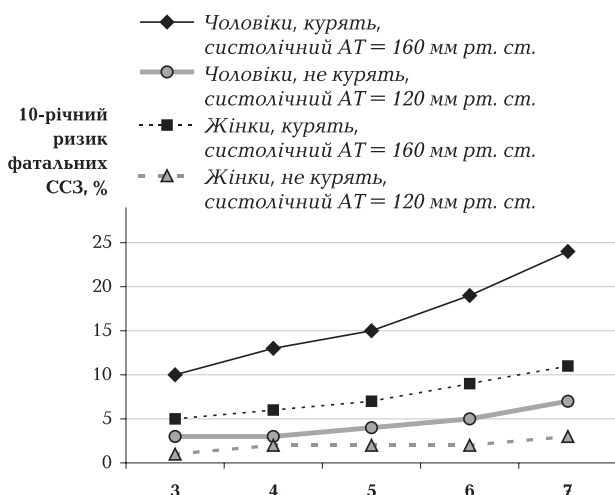


Рис. 2. Мультиплікативні ефекти чинників ризику [25]

В нашому дослідженні рівень захворюваності на ЦД становив 10,8%: 10,5% жінок та 11,3% чоловіків. Також з'ясовано, що частіше на ЦД хворіють у віці 60 років і старші (13,6%), значно менше 40—49-річні — 6,5%.

В країнах Європи та Південної Америки поширеність маніфестованого ЦД серед дорослого населення становить 4—6%. Так званий латентний ЦД спостерігається у 5—7% населення, у групах високого ризику частота явного або латентного діабету сягає 20—30%. В Україні зареєстровано майже 1 млн пацієнтів із ЦД. Якщо враховувати, що на кожний випадок діагностованого діабету припадає 1—2 випадки недиагностованого, то реальна кількість пацієнтів, що страждають від ЦД, в Україні становить 2—3 млн осіб [8, 15]. У розвинених країнах пік захворюваності припадає на вік після 65 років, а в країнах, що розвиваються, — на 45—64 роки. Суттєва різниця в поширеності діабету залежно від статі не простежується, хоча після 70 років є певне зростання рівня захворюваності у жінок [6].

ЦД мають 21 млн американців та 284 000 помирають від нього щорічно. Причому 65% смертей пов'язані з серцево-судинними причинами. У трирічному дослідженні SANDS продемонстровано, що активне зниження рівнів холестерину та АТ в осіб з ЦД 2 типу нижче за цільові показники сприяє запобіганню, а також зворотному розвитку атеросклерозу. Ці дані доводять, що агресивніші цільові рівні АТ та холестерину, аніж існуючі на сьогодні рекомендації, у пацієнтів із ЦД можуть знизити кардіоваскулярний ризик в майбутньому [22].

Куріння є одним із головних чинників ризику виникнення ССЗ. В досліджуваній популяції цю звичку мають 17,9% осіб, причому чоловіків серед них значно більше, ніж жінок (36,8 та 7,4% відповідно). Також значну розбіжність зафіксовано між віковими групами, де найбільший показник куріння (30,7%) спостерігається серед 40—49-річних, а найменший (7,3%) — серед 60-річних і старших.

За даними відділення популяційних досліджень Національного наукового центру «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска АМН України», поширеність куріння серед міських жінок працездатного віку за 20-річний період (з 1979 до 1999 року) зросла майже в чотири рази — з 5,4 до 20,5%. Серед чоловіків цей показник становить 51,1%. Найбільше курців серед міських мешканців реєструють у віковій групі 20—29 років; до цієї звички схильні 60,5% чоловіків та 31,9% жінок. З віком частка курців закономірно зменшується до 37,2% серед чоловіків та до 2,6% серед жінок [18]. Поширеність куріння у світі залишається дуже високою і коливається в різних вікових групах від 20 до 75% серед чоловіків та від 5 до 40% серед жінок [20].

Одним з головних модифікованих чинників ризику кардіоваскулярної патології є надлишкова маса тіла. За останніми оцінками, більше ніж 1 млрд людей на планеті мають зайву масу тіла, з них у 250 млн виявляють ожиріння [5].

Ожиріння та чотири провідні причини смертності населення — захворювання серця, рак, інсульт та

ЦД 2 типу — тісно взаємопов'язані зі способом життя. Здоров'я маса тіла, раціональна дієта та щоденна фізична активність, безперечно, разом відіграють важливу роль у первинній та вторинній профілактиці цих та інших хронічних хвороб. Майже 65% популяції дорослого населення мають зайву вагу або ожиріння, у зв'язку з чим схуднення та підтримання досягнутої маси тіла надто актуальні. Оптимізація ліпідного профілю, АТ, чутливості до інсуліну та еуглікемія асоційовані зі зниженням маси тіла або її нормальним значенням. Таким чином, підтримання нормальної маси тіла є універсальною рекомендацією для збереження здоров'я населення [31].

У більшості проспективних досліджень доведено, що збільшення маси тіла впливає на рівень АТ та бере участь у процесі розвитку атеросклерозу та пов'язаних із ним хвороб [14]. За даними Фремінгемського дослідження, зі зростанням маси тіла на 10% концентрація холестерину в плазмі крові підвищується на 0,3 ммоль/л, а кожні зайві 4,5 кг збільшують систолічний АТ на 4,4 мм рт. ст. Ризик розвитку хронічної серцевої недостатності зростає на 5% зі збільшенням індексу маси тіла в чоловіків на 1 кг/м<sup>2</sup> [28].

У нашому дослідженні встановлено, що від ожиріння різного ступеня страждають 41,4% мешканців Жовтневого району Харкова. Жінки частіше за чоловіків підлягають впливу цього чинника ризику (48,2 проти 30,5% відповідно). Також з'ясовано, що ожиріння I, II, III та IV ступенів спостерігається у 19,9; 15,3; 3,9 та 1,6%, мешканців відповідно. Нормальний трофологічний статус мають 34,7%, а посилене харчування — 23,3% осіб.

В Україні надмірну масу тіла реєструють у 12,2% чоловіків та в 19,8% жінок віком 20—29 років. Ожиріння мають 2,2% чоловіків та 1,6% жінок ві-

ком до 30 років. Серед 60—69-річних частка осіб з надмірною вагою збільшується до 44,8% у чоловіків та до 38,6% у жінок, а з ожирінням — до 20,9 та 40,3% відповідно [12]. В країнах Західної Європи більше половини дорослого населення віком 35—65 років мають або зайву масу тіла (ІМТ від 25 до 29,9 кг/м<sup>2</sup>) або ожиріння (ІМТ понад 30 кг/м<sup>2</sup>). У США третина населення має зайву масу тіла (на 20% і більше перевищує ідеальний показник) [32]. В Росії майже 30% осіб працездатного віку мають ожиріння, а 25% — зайву масу тіла [10].

За даними популяційних досліджень, в Україні серед міських чоловіків віком 20—29 років поширеність ожиріння становить лише 4,2%, а серед 30—39-річних його визначають уже в кожного десятого, серед 50—59-річних — у кожного п'ятого. В жінок після 30 років надлишкову масу тіла реєструють у кожній третій, а після 50 років — майже в половині міських мешканок [20].

Досвід багатьох країн, які досягли значних успіхів у зниженні захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань переконливо доводить, що саме зменшення чинників ризику статистично вірогідно впливає позитивно на показники здоров'я, а боротьба з чинниками ризику, що піддаються корекції, є одним із економічно найефективніших напрямів у сфері охорони здоров'я.

#### ВИСНОВКИ

Зважаючи на високі показники чинників ризику серцево-судинних захворювань, основою первинної профілактики повинна стати корекція підвищеного артеріального тиску, проведення скринінгових тестів виявлення дисліпідемій, метаболічних розладів (цукровий діабет 2 типу, ожиріння), боротьба з курінням та здоровий спосіб життя.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Апанасенко Г.Л. Валеология: неизбежность новой стратегии здравоохранения // Укр. мед. часопис.— 2003.— № 10-11.— С. 90—92.
2. Артеріальна гіпертензія: профілактика, рання діагностика та лікування: Рекомендації Української асоціації кардіологів // Нова медицина.— 2004.— № 4.— С. 21—46.
3. Балкаров И., Фомин В., Щербак А. Результаты Фремингемского исследования и практика интерниста // Врач.— 2001.— № 7.— С. 20—23.
4. Безродная Л.В. Артериальная гипертензия в сочетании с ишемической болезнью сердца // Здоров'я України.— 2006.— № 7 (140).— С. 45—46.
5. Беляков Н.А., Мазуров В.И. Ожирение: Руководство для врачей.— СПб, 2003.— 107 с.
6. Бондар П.М. Сучасні тенденції в терапії цукрового діабету типу 2 // Здоров'я України.— 2005.— № 19.— С. 10—11.
7. Гжегодський М.Р. Концептуальна модель профілактичної медицини з позиції фізіології людини // Журн. АМН України.— 2003.— Т. 9, № 3.— С. 312—324.
8. Диабетология: реальность и перспективы // Здоров'я України.— 2005.— № 11—12.— С. 10—11.

9. Европейські рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці 2003 р. // Eur. Heart J.— 2003.— Vol. 24, № 17.— Р. 1601—1610.
10. Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф // РМЖ.— 2003.— Т. 11, № 3.— С. 42—48.
11. Лутай М.І. Дисліпідемії: клінічне значення та класифікації // Нова медицина.— 2003.— № 4 (9).— С. 16—21.
12. Москаленко В.Ф. Формування здорового способу життя — стратегічний напрям розвитку охорони здоров'я // Междунар. мед. журн.— 2002.— № 3.— С. 6—8.
13. Оганов Р.Г. Лечение артериальной гипертензии: ответственный выбор врача // Здоров'я України.— 2007.— № 5 (162).— С. 28—29.
14. Перова Н.В., Метельская В.А. Ожирение ведет к атеросклерозу // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.— 2004.— № 1.— С. 40—45.
15. Савран Е.В. Амарил в лечении сахарного диабета 2-го типа // Здоров'я України.— 2005.— № 15-16.— С. 20—21.
16. Свіщенко Є.П. Основні напрямки реалізації Національної програми з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Здоров'я України.— 2003.— № 15-16.— С. 3.

17. Сіренко Ю.М. Як покращити лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Здоров'я України.— 2007.— № 3 (160).— С. 52—53.
18. Смирнова І.П., Кваша Е.А. Табакокурение в Украине // Доктор.— 2001.— № 2 (6).— С.69—71.
19. Смирнова І.П. Дисліпопротеїдемії: методи діагностики та епідеміологія // Нова медицина.— 2003.— № 4 (9).— С. 22—25.
20. Смирнова І.П., Кваша О.О. Модифікація способу життя — головний принцип профілактики хронічних неінфекційних захворювань // Лікування та діагностика.— 2001.— № 4.— С. 20—23.
21. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вухирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.— 2001.— № 2.— С. 3—7.
22. Aggressively Lowering Cholesterol and Blood Pressure May Reverse Atherosclerosis in Adults with Diabetes // NIH News.— April 8, 2008, 4:00 PM — [www документ] URL <http://www.nhlbi.nih.gov/> (16 мая 2008 г.)
23. Ali Y.S., Maron D.J. Screening for Coronary Disease in Diabetes: When and How // Clinical Diabetes.— 2006.— Vol. 24.— P. 169—173.
24. Di Carli M.F., Hachamovitch R. Should we screen for occult coronary artery disease among asymptomatic patients with diabetes? // J. Am. Coll. Cardiol.— 2005.— Vol. 45.— P. 50—53.
25. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // Eur. Heart J.— 2007.— Vol. 28.— P. 2375—2414.
26. From what will we die 2020? // Lancet.— 1997.— Vol. 349.— P. 1263.
27. Living dangerously. Australians with multiple risk factors for cardiovascular disease // Bulletin.— Is. 24.— February, 2005.— P. 1—24.
28. Massie B.M. Obesity and heart failure — risk factor or mechanism? // New Engl. J. Med.— 2002.— Vol. 347, N 5.— P.358—359.
29. Miura K., Daviglus M.L., Dyer A.R. et al. Relationship of blood pressure to 25-year mortality due to coronary heart disease, cardiovascular diseases, and all causes in young adult men: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry // Arch. Intern. Med.— 2001.— Vol. 161.— P. 1501—1508.
30. Noriko T., Michiko O. Epidemiological study on multiple risk factors in medical examinations by municipal governments // Bulletin of Minamikyushu University. Natural Science.— 2006.— Vol. 36 (A).— P. 41—50.
31. O'Neil C.E., Nicklas T.A. State of the art reviews: relationship between diet/physical activity and health // Am. J. Lifestyle Med.— 2007.— Vol. 1, N 6.— P. 457—481.
32. Poirier P., Giles T.D., Bray G.A. et al. Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss // Circulation.— 2006.— Vol. 113.— P. 898—918.
33. Smulders Y.M., Thijs A., Twisk J.W. New cardiovascular risk determinants do exist and are clinically useful // Eur. Heart J.— 2008.— Vol. 29 (4).— P. 436—440.
34. Wackers F.J., Young L.H., Inzucchi S.E. et al. Detection of silent myocardial ischemia in asymptomatic diabetic subjects: the DIAD study // Diabetes Care.— 2004.— Vol. 27.— P. 1954—1961.
35. Yusuf S. Preventing vascular events due to elevated blood pressure // Circulation.— 2006.— Vol. 113.— P. 2166—2168.
36. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // The Lancet.— 2004.— Vol. 364.— P. 937—952.

## УРОВЕНЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ХАРЬКОВА

Л.Б. Ушкварок, Т.А. Лавренко

В неорганизованной популяции Харькова была изучена распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ожирение, курение) в разных половозрастных группах. Также проведен сравнительный анализ этих показателей в Украине и других странах мира. Учитывая высокие уровни факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, основой первичной профилактики должна стать коррекция повышенного артериального давления, проведение скрининговых тестов для выявления дислипидемий и метаболических расстройств (сахарный диабет 2 типа, ожирение), борьба с курением и здоровый образ жизни.

## THE LEVEL OF RISK FACTORS OF CARDIO-VASCULAR DISEASES IN UNORGANIZED POPULATION OF KHARKOV

L.B. Ushkvarok, T.A. Lavrenko

In unorganized population of Kharkov prevalence of cardio-vascular risk factors (arterial hypertension, hypercholesterolemia, obesity, smoking) was studied in the different gender- and age-related groups. Moreover the comparative analysis of these indexes in Ukraine and other countries of the world has been held. Taking into account the high levels of risk factors of cardio-vascular diseases, the correction of the increased arterial pressure, conducting of screening tests for identification of dyslipidemias and metabolic disorders (diabetes 2 type, obesity), smoking control and healthy lifestyle should be the basis for the primary prophylaxis.