

Проблема приверженности к лечению пациентов с АГ в настоящее время становится, по мнению многих специалистов, одной из важных для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [4-5].

#### **Выводы**

1. Такая форма группового профилактического консультирования, как Школа здоровья для пациентов с АГ, способствует формированию у обучаемых адекватных представлений о причинах АГ, дает осознанное понимание о сердечно-сосудистых факторах риска, значительно повышает приверженность пациентов к рекомендациям и назначениям врача.

2. Групповые занятия в Школе здоровья для пациентов с АГ целесообразно широко внедрять в работу учреждений здравоохранения.

#### **Литература**

1. Распространенность факторов риска в зависимости от уровней артериального давления в городской неорганизованной популяции (данные одномоментного исследования) / В.П. Подпалов [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2012. – №4. – С. 76–88.

2. Ощепкова, Е.В. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению / Е.В. Ощепкова, Л.Г. Исаева // Атмосфера. Кардиология: Журнал для практикующих врачей. – 2003. – № 3. – С. 33–36.

3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии: Национальные рекомендации / А.Г. Мрочек [и др.]. – Мн., 2010. – 52 с.

4. Пиманов, С.И. Приверженность к фармакотерапии – необходимое условие эффективного лечения / С.И. Пиманов, Е.А. Дикарева, Е.В. Макаренко // Лечебное дело. – 2014. – № 5. – С. 47–52.

5. Погосова Н.В. Вторичная профилактика в клиническом ведении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ключевые компоненты, стандарты и критерии / Н.В. Погосова // Кардиология. – 2014. – № 6. – С. 87.

6. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281–1357.

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И РАЗВИТИЕ ИНЦИДЕНТОВ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

*Сурунович Ю.Н.<sup>1</sup>, Подпалов В.П.<sup>2</sup>*

*УЗ «Рогачевская центральная районная больница»<sup>1</sup>, г. Рогачев  
УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>, г. Витебск*

**Актуальность.** В Республике Беларусь по-прежнему сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК). Это обуславливает необходимость выявления факторов риска, оказывающих влияние на развитие данной патологии.

Ведущая роль в структуре смертности принадлежит БСК. Тем не менее, ВОЗ придает огромное значение и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Прогноз, составленный экспертами ВОЗ до 2020 г., свидетельствует, что ХОБЛ станет не только одной из самых распространенных форм патологии человека, но войдет в число лидирующих причин смертельных исходов [1]. В эпидемиологических исследованиях заболеваемости и смертности часто недооценивают значение и распространенность ХОБЛ, так как обычно она не диагностируется до развития клинически выраженных тяжелых стадий заболевания. В то же время у больных ХОБЛ риск сердечно-сосудистой смерти повышен в 2-3 раза, причем последние ответственны приблизительно за 50 % всех летальных исходов [2].

Вместе с тем, роль ХОБЛ в развитии инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК в настоящее время требует дальнейшего изучения.

**Целью** исследования является изучение влияния ХОБЛ на развитие инцидентов БСК в городской неорганизованной популяции.

**Материал и методы.** Проведено 5-ти летнее проспективное исследование 3500 лиц г. Витебска в 2007/2008 гг. (охват обследованием составил 97,9%), в 2010/2011 (охват обследованием составил 77,8%) и в 2012/2013 (охват обследованием составил 84,3%).

Обследование всего изучаемого контингента начиналось с заполнения разработанной регистрационной карты профилактического обследования, которая включала: социально-демографические данные (возраст, пол, адрес проживания); стандартные опросники по кардиологической анкете; информацию о перенесенных заболеваниях; антропометрию (рост, вес, окружность талии); а также в обследование включалось заполнение клинических опросников по ХОБЛ.

Артериальное давление измерялось сфигмоманометром двукратно в положении сидя после 10-минутного отдыха с точностью до 2 мм рт.ст. Степень артериальной гипертензии и группы риска у обследуемых лиц

определялись согласно рекомендациям ВОЗ/МОАГ (1999) с учетом клинических, инструментальных и лабораторных данных [3].

Обследованным были выполнены электрокардиография на электрокардиографе FucudaDenshi FX-7202 (Япония) в 12 стандартных отведениях: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V<sub>1-6</sub>, эхокардиографическое исследование - на аппарате Vivid7pro (GE, США), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий – с использованием ультразвукового аппарата "Vivid7pro" (GE, США) с частотой излучения датчика 7,0–9,0 МГц и точностью измерительной системы 0,1 мм; лабораторные исследования с определением уровней глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, С-реактивного протеина, в сыворотке крови и микроальбуминурии в моче.

Диагноз хронической обструктивной болезни легких устанавливался на основании Постановления МЗ РБ № 28 от 21 апреля 2006 г. [4].

В течение 5 лет регистрировались инциденты БСК (инфаркт миокарда, инсульт, смерть от БСК).

Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12, SPSS 17.0, STATISTICA 6.0. Использовались стандартные методы описательной статистики. Факторы риска представлены в виде дихотомической переменной. Для выявления достоверно значимых факторов риска развития инцидентов БСК использовалась многофакторная регрессионная модель пропорционального риска Кокса (количество степеней свободы (df), критерий значимости ( $\chi^2$ Вальда), уровень достоверности (p)). Факторы риска, не достигшие статистической значимости во множественном логистическом регрессионном анализе, исключались из заключительной модели.

**Результаты и обсуждение.** Проспективное 5-летнее наблюдение (2007/2008 гг. - 2012/2013 гг.), проведенное в неорганизованной городской популяции, включало 3500 человек отобранных методом случайных чисел. Охват обследованием составил 97,9% (3427 человек) и включал 2170 пациентов с нормальным артериальным давлением и 1257 пациентов с артериальной гипертензией.

В течение третьего (5-ти летнего) скрининга (2012/2013 гг.) обследовано 2888 человек с заполнением регистрационной карты профилактического обследования (охват составил 84,3%).

В течение 5 лет было зафиксировано 70 инцидентов БСК (2%: 3,5% среди мужчин и 0,8% среди женщин).

Установлено, что частота развития новых случаев инцидентов БСК имеет прямую связь с возрастом ( $p<0,001$ ); полом ( $p<0,001$ ); хронической сердечной недостаточностью ( $p<0,001$ ); наличием отеков нижних конечностей ( $p<0,01$ ); стенокардией ( $p<0,01$ ); артериальной гипертензией ( $p<0,01$ ); ХОБЛ ( $p<0,05$ ); перемежающейся хромотой ( $p<0,05$ ); низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности ( $\leq 1,08$  ммоль/л) ( $p<0,05$ ); IV квартилью уровня триглицеридов (1,87-5,67 ммоль/л) ( $p<0,05$ ); перенесенным инфарктом миокарда ( $p<0,05$ ), а также тенденцию к прямой связи с III квартилью уровня триглицеридов (1,61-1,86 ммоль/л) ( $p<0,1$ ); низкой физической активностью ( $p<0,1$ ) и наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям ( $p<0,1$ ).

После множественного регрессионного анализа была получена многофакторная модель, которая включала ХОБЛ ( $p<0,01$ ), в то время как стенокардия, перемежающаяся хромота, уровень триглицеридов, перенесенный инфаркт миокарда, низкая физическая активность, наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям не достигли статистической значимости, и пошаговым отбором данные факторы были исключены из заключительной многофакторной модели.

### **Выводы**

1. Развитие новых случаев инцидентов БСК имеет прямую связь с возрастом, полом, хронической сердечной недостаточностью, наличием отеков нижних конечностей, стенокардией, артериальной гипертензией, ХОБЛ, перемежающейся хромотой, перенесенным инфарктом миокарда, уровнем триглицеридов и обратную зависимость с уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности; а также тенденцию к прямой связи с наличием низкой физической активности и наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям.

2. В городской неорганизованной популяции ХОБЛ является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на развитие инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК.

### **Литература**

1. Чучалин, А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Часть I. ХОБЛ и поражения сердечно-сосудистой системы / А.Г. Чучалин // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – № 2. – С. 58–64.

2. Авдеев, С.Н. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ХОБЛ: проблемы выбора лекарственных препаратов / С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймакова // Практическая пульмонология – 2008. – №2. – С. 3–8.

3. WHO/ISH Hypertension Practice Guidelines for Primary Care Physicians / J. Chalmers [et al.] // Journal of Hypertension. – 1999. – Vol.17. – P.151–83.

4. Хроническая обструктивная болезнь легких: постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, 21 апреля 2006 г., №28. // – Минск, 2006. – 10с.