

УДК 616.1(476)

**ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

*Подпалов В. П.¹, Укла А.², Сурунович Ю. Н.¹, Подпалова О. В.³,
Деев А. Д.⁴, Журова О. Н.¹, Маханькова А. А.⁵*

¹Учреждение образования

**«Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»**

г. Витебск, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр “Кардиология”»

г. Минск, Республика Беларусь,

⁴Федеральное государственное бюджетное учреждение

**«Национальный медицинский исследовательский центр
профилактической медицины»**

г. Москва, Российская Федерация,

⁵Учреждение здравоохранения

«Ореховская участковая больница»

г.п. Ореховск, Республика Беларусь

Введение

подавляющее число исследований, направленных на изучение болезней системы кровообращения (БСК) касаются экономически развитых стран [1]. Тем не менее прогнозы экспертов ВОЗ остаются неутешительны, при этом основное бремя сердечно-сосудистой смертности в течение следующих десятилетий будет приходиться на развивающиеся страны. Выявление значимых традиционных и «новых» факторов риска развития БСК особенно в развивающихся странах может позволить стабилизировать ситуацию и наметить новые пути решения существующих проблем. Для оценки влияния факторов риска на развитие БСК возможно использование динамического суммарного показателя, включающего в себя новые случаи неблагоприятных исходов БСК, фиксируемых ежегодно. Таким суммарным показателем может быть изучение развития «инцидентов» БСК, к которым относятся все новые случаи инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК в изучаемой популяции за изучаемый период времени [2]. Одним из направлений может быть изучение вклада коморбидной патологии в развитии БСК. В частности определение места хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) как одного из самых распространенных коморбидных заболеваний, может быть значимым ввиду увеличения ее распространенности и места в структуре смертности [3].

Цель

Определить традиционные и новые факторы риска развития артериальной гипертензии (АГ) и «инцидентов» БСК по данным 5-летнего и 10-летнего проспективных исследований.

Материал и методы исследования

В 2007/2008–2013/2014 гг. проведено проспективное рандомизированное исследование в городской неорганизованной популяции г. Витебска. Методом случайных чисел было отобрано 3500 человек, наблюдаемых в поликлиниках № 3 и № 6 г. Витебска. В поликлинике № 6 было отобрано 1700 человек из 5 врачебных участков, а в поликлинике № 3 — 1800 человек из 6 врачебных

участков. В 2007–2008 гг. было обследовано 3427 (97,9 %) человек. В 2010–2011 гг. был проведен второй скрининг с охватом обследования 2680 (78,2 %) человек. В 2012–2013 гг. был проведен 3-й пятилетний скрининг, с охватом обследования 2888 (84,3 %) человек. Всего за период наблюдения выбыло 436 (12,7 %) человек, 100 (2,9 %) человек умерло; 3 (0,1 %) человека отказалось от обследования.

В 2004/2005–2014/2015 гг. среди работников ОАО «Нафтан» отобранных методом случайных чисел и работающих в цехе 3, 7, 13, 17 и 18 было проведено 10-летнее проспективное клинико-эпидемиологическое исследование, включающее 1434 человека (охват обследования составил 99,8 %). В 2004–2005 гг. было обследовано 1431 человек и сформировано две группы: первую группу составили работники в количестве 460 человек, которые работали без вредных условий труда, вторую группу составили работники в количестве 971 человек, которые работали с неблагоприятными производственными факторами. В 2014–2015 гг. было обследовано 1251 человек (охват обследования составил 87,2 %), из них 372 человека работали без вредных условий труда (охват обследования составил 80,9 %) и 879 человек с неблагоприятными производственными факторами (охват обследования составил 90,5 %).

При первичном обследовании в обоих проспективных исследованиях заполнялась разработанная регистрационная карта, которая включала в себя социально-демографические данные (возраст, пол, уровень образования, профессиональную принадлежность, адрес проживания), опрос по анкетам ВОЗ для определения уровня физической активности, пищевого поведения, статуса курения, употребления алкоголя, установления отягощенной наследственности по развитию сердечно-сосудистых заболеваний. В регистрационную карту вносились также данные антропометрии (рост, вес, окружность талии), информация о перенесенных заболеваниях для последующей оценки коморбидности, результаты физикальных, инструментальных и лабораторных методов исследований. По данным проведенных исследований регистрировались новые случаи АГ и «инцидентов» БСК.

Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12, SPSS 17.0, «Statistic» 6.0 в лаборатории биостатистики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным 5-летнего исследования достоверно значимыми факторами риска, независимо от возраста и пола, являются уровень суммы амплитуд зубцов SV1+RV5-V6 > 25 мм ($p < 0,001$), уровень систолического АД > 120 мм рт. ст. ($p < 0,001$), уровень мочевой кислоты ≥ 339 мкмоль/л ($p < 0,001$), ИМТ $> 25,7$ кг/м² ($p < 0,001$), $23,7$ кг/м² $<$ ИМТ $\leq 25,7$ кг/м² ($p < 0,001$), ЧСС > 70 уд/мин ($p < 0,01$), злоупотребление алкоголем ($p < 0,01$), наследственная отягощенность по инсульту ($p < 0,05$). По данным 10-летнего исследования в организованной популяции ОАО «Нафтан» достоверно значимыми факторами риска развития АГ независимо от пола и возраста выявлены уровень суммы амплитуд зубцов SV1+RV5-6 ≥ 24 мм ($p < 0,001$), злоупотребление алкоголем ($p < 0,001$), уровень порога вкусовой чувствительности к поваренной соли $\geq 0,25$ % ($p < 0,001$), уровень диастолического АД ≥ 80 мм рт. ст. ($p < 0,001$), низкая физическая активность ($p < 0,01$), ИМТ ≥ 25 кг/м² ($p < 0,01$), фактор профессиональной деятельности ($p < 0,05$), уровни глюкозы $> 6,4$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТГ $\geq 2,0$ ммоль/л ($p < 0,05$), ОХС $\geq 5,20$ ммоль/л ($p < 0,05$), СКФ $< 88,0$ мл/мин/1,73м² и ≥ 100 мл/мин/1,73 м² ($p < 0,1$), курение в настоящем ($p < 0,1$), уровень ХС-ЛПВП $\leq 1,25$ ммоль/л ($p < 0,1$). Путем множественного регрессионного анализа достоверно значимыми факторами риска развития «инцидентов» БСК установлены возраст ($p < 0,001$), пол ($p < 0,001$), ХОБЛ ($p < 0,01$), ХСН ($p < 0,01$), уровень ХС-ЛПВП $\leq 1,08$ ммоль/л ($p < 0,01$), отеки нижних конечностей ($p < 0,05$), АГ ($p < 0,05$).

Выводы

Наряду с традиционными факторами риска уровни суммы амплитуд зубцов SV1+RV5-V6 > 25мм и мочевой кислоты ≥ 339 мкмоль/л, а также фактор профессиональной деятельности являются новыми факторами риска развития АГ, в то же время ХОБЛ является коморбидным состоянием, значимо влияющим на развитие «инцидентов» БСК в белорусских рандомизированных популяциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yusuf, S. Global burden of cardiovascular diseases, part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization / S. Yusuf, S. Reddy, S. Öunpuu // *Circulation*. — 2001. — Vol. 104. — P. 2746–2753.

2. Мамедов, М. Н. Суммарный сердечно-сосудистый риск: от теории к практике: пособие для врачей / М. Н. Мамедов, Н. А. Чепурина. — М., 2007. — 40с.

3. WHO (2018) The Top 10 Causes of Death, World Health Organization. — <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

УДК 616-056.52+616.5-004]-08

КОРРЕЛЯЦИЯ ОЖИРЕНИЯ И ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Порошина Л. А.¹, Беловец С. А.², Бербека В. И.¹, Морозова Е. А.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ожирение — длительное нарушение метаболических процессов, трактуемое накоплением избыточной жировой ткани [1]. Ожирение существенно влияет на физиологические процессы в коже, в том числе на эффективность кожи как барьера, работу сальных и потовых желез, движение лимфы по лимфатическим сосудам кожи и микроциркуляцию, скорость и качество заживления повреждений. Жировая ткань обладает выраженной нейрогуморальной активностью. Под ее влиянием происходит активация симпатико-адреналовой системы, продукция большого количества биологически активных веществ, воспалительных маркеров и активных форм кислорода, дисфункции эндотелия и нарушение кровотока на уровне микроциркуляторного русла с развитием воспалительных сдвигов, транспортных нарушений, стимуляция фиброобразования. Такой каскад метаболических нарушений лежит в основе патофизиологии поражения органов-мишеней и определяет коморбидную патологию, в том числе и заболевания кожи. Так воспалительные маркеры, такие как фактор некроза опухоли- α , интерлейкины 17, 23, окислительный стресс, по-видимому, участвуют в патогенезе многих аутоиммунных и воспалительных заболеваний кожи [2].

Ожирение часто встречается у пациентов, страдающих заболеваниями кожи. К таким заболеваниям относятся: склеродермия, акне в зрелом возрасте, псориаз, инфекционные заболевания кожи, красный плоский лишай, стрии кожи [3]. Ограниченная склеродермия — долго протекающее хроническое заболевание кожи, связанное с аутоиммунным повреждением и характеризующееся воспалительными поражением кожи с образованием фиброзно-атрофическими участками на кожном покрове организма, реже на слизистой оболочке [4]. Ограниченная склеродермия может возникать в любом возрасте, но чаще выявляется в возрасте 30–55 лет. Женщины болеют в 3–10 раз чаще мужчин. Пациенты женского пола в возрасте 40–55 лет составляют 75 % больных ограниченной склеродермией [5]. Патогенетическими факторами развития ограниченной склеродермии являются аутоиммунное воспаление, нарушение функции эндо-