

Василькова Т.Н.^{1,2}, Матаев С.И.¹, Рыбина Ю.А.², Сорокин Д.В.³

Неконвенционные факторы риска прогрессирования хронической обструктивной болезни легких, ассоциированной с гипертонической болезнью

1 - Федеральное государственное учреждение Научный центр профилактического и лечебного питания Тюменского научного центра СО РАМН, г. Тюмень; 2 - ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, г. Тюмень; 3 - ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница №1», г. Тюмень

Vasyilkova T.N., Mataev S.I., Rybina Y.A., Sorokin D.V.

Non-conventional risk factors progression chronic obstructive pulmonary disease associated with hypertension

Резюме

С целью изучения роли психосоциальных факторов риска в прогрессировании ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью было обследовано 82 пациента в возрасте 40-59 лет с ХОБЛ средней степени тяжести в стадии неполной ремиссии и ГБ II стадии. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1 группа – 49 больных ХОБЛ, 2 группа – 33 больных ХОБЛ в ассоциации с ГБ. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-функциональное исследование и оценка неконвенционных факторов риска. В результате проведенного исследования получены корреляционные взаимосвязи клинико-функциональных показателей с неконвенционными факторами риска доказывающих их отрицательное воздействие на прогрессирование как ХОБЛ, так и гипертонической болезни.

Ключевые слова: ХОБЛ, гипертоническая болезнь, неконвенционные факторы риска

Summary

In order to study the role of psychosocial risk factors in the progression of COPD in combination with hypertension were examined 82 patients aged 40-59 years with COPD of moderate severity in partial remission stage and stage II hypertension. All subjects were divided into 2 groups: Group 1 - 49 patients with COPD, group 2 - 33 patients with COPD in association with GB. All patients underwent a complete clinical and functional study and evaluation of non-conventional risk factors. The study obtained correlations of clinical and functional parameters with non-conventional risk factors proving their adverse effects on the progression of COPD as well as hypertension.

Key words: COPD, hypertension, non-conventional risk factors

Введение

Несмотря на позитивные тенденции, наметившиеся в последние годы, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания в нашей стране продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе и составляет по данным разных авторов от 61 до 70% [2].

Наряду с этим по прогнозу экспертов ВОЗ, к 2020 году в ряду десяти ведущих причин инвалидизации и смертности мирового населения произойдут существенные сдвиги – ожидается, что тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) выйдут на третье место после гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) по значимости причин потери трудоспособности и смерти населения [3].

Политические и экономические преобразования в России сопровождаются ухудшением здоровья населе-

ния и ростом смертности от кардиореспираторной патологии, которую нельзя полностью объяснить с позиции конвенционных факторов риска. В связи с этим все большее внимание в научной литературе уделяется проблеме изучения неконвенционных, в том числе психосоциальных факторов риска коморбидной кардиореспираторной патологии.

По данным отечественных и зарубежных авторов, психосоциальные факторы вносят значительный вклад в заболеваемость и смертность от кардиореспираторной патологии [2].

Предполагается, что именно неконвенционные (психосоциальные) факторы (образование, брачный статус, тревожно-депрессивные и астенические расстройства, нарушение сна, враждебность, жизненное истощение, злоупотребление алкоголем, курение, ожирение) могут

быть существенной причиной ухудшения состояния здоровья населения [4].

Кроме того, тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) остаются наиболее частыми отклонениями непсихотического уровня у пациентов в клинике внутренних болезней. По данным последних популяционных исследований, психоэмоциональные нарушения выявляются у каждого третьего пациента соматического профиля [5]. В многочисленных работах было показано негативное влияние ТДР на течение и прогноз хронических заболеваний [6]. Однако, связь ХОБЛ, ГБ и ТДР во многих аспектах остаются недостаточно изученными.

В настоящее время по-прежнему остаются не до конца рассмотрены механизмы формирования психосоматических соотношений у больных ХОБЛ с различной степенью тяжести заболевания, отсутствуют алгоритмы выбора и назначения антидепрессантов, не изучено их влияние на клиническое течение ХОБЛ и качество жизни пациентов (КЖ). Многие авторы рассматривают ХОБЛ как «болезнь образа жизни», поскольку наиболее существенной причиной данного заболевания является курение табака [2].

Именно неконвенционные факторы риска, такие как курение, алкоголизм и ожирение по существующей международной систематике болезней относится к психическим и поведенческим расстройствам, а именно к болезням зависимости, которые могут иметь решающее значение для формирования неблагоприятной эпидемиологической ситуации по сердечно-легочной заболеваемости и смертности от них в российских популяциях в последние десятилетия, вместе с тем, роль этих факторов риска применительно к сердечно-легочным заболеваниям изучена недостаточно [4].

В настоящее время психосоциальные факторы риска не удается эффективно контролировать ни кардиопульмонологической службе, ни общественному здравоохранению, в то же время, оценка нужд и потребностей конкретной популяции в отношении превентивных мер является основой разработки концепции качества оказания лечебно-профилактической помощи в здравоохранении [5].

В связи с вышеизложенным, представляется актуальным исследование неконвенционных факторов риска у больных с ассоциацией ХОБЛ и ГБ, а именно - изучение структуры неконвенционных факторов риска, взаимосвязи данных факторов и их роли в прогрессировании ХОБЛ и ГБ.

Цель исследования. Изучить роль психосоциальных факторов риска в прогрессировании хронической обструктивной болезни легких в сочетании с гипертонической болезнью.

Материалы и методы

Обследовано 82 человека в возрасте 55-59 лет: мужчины – 47 человек (57,3%) от 55 до 59 лет (средний возраст $56,02 \pm 1,2$); женщины – 35 человек (42,6%) от 55 до 57 лет (средний возраст $55,1 \pm 2,2$). Все больные были сопоставимы по возрасту, длительности заболеваний. Сред-

няя длительность ХОБЛ в группах составила более 6 лет ($6,5 \pm 1,2$), длительность ГБ - 8 лет ($8,1 \pm 1,0$). Большинство больных обеих групп имели средне-специальное образование (64,4%).

Обследованные соответствовали этическим стандартам биоэтического комитета, разработанными в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Все обследованные дали письменное информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

При проведении комплексного клинического исследования выявлялись заболевания и синдромы, явившиеся обоснованием для включения и исключения в исследование.

В исследование включены больные в возрасте 40-59 лет с ХОБЛ средней степени тяжести в стадии неполной ремиссии и ГБ II стадии.

Наличие избыточной массы тела и степени ожирения верифицировали согласно индексу Кетле. Стаж курения и индекс курящего человека (ИК) оценивали согласно формуле $ИК = Ч \times С / 20$, где Ч – число выкуренных сигарет (в сутки), С – стаж курения (годы). Степень злоупотребления алкоголем верифицировали согласно классификации Портнова А.А. (1973).

Во время проведения обследования пациенты не принимали следующие препараты: антиагрегационных, психостимуляторов, нейролептиков, ноотропов, антидепрессантов, анксиолитиков и гипнотиков; миорелаксантов, седативных средств.

Все обследованные были разделены на 2 группы: 1 группа – 49 больных ХОБЛ, 2 группа – 33 больных ХОБЛ в ассоциации с ГБ. Средний возраст обследованных в первой группе составил $55,6 \pm 2,2$ года; во второй $57,8 \pm 5,4$ года.

Диагноз ХОБЛ верифицирован у 82 больных, среди которых – 49 больных с изолированным ХОБЛ и 33 больных с сопряженным течением ХОБЛ и ГБ. Группы больных, имеющих ХОБЛ, были репрезентативны по полу, возрасту, длительности заболевания. Все больные ХОБЛ были обследованы в период неполной ремиссии, которая характеризовалась относительно стабильными клиническими симптомами и показателями функции внешнего дыхания при проведении спирометрии в динамике. Все больные получали стандартную базисную терапию согласно степени тяжести заболеваний.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием параметрических методов в программе BIostat (2009). Для оценки правильности распределения нами рассчитан показатель асимметрии (A_s), анализ показал, что он равен 0,02, то есть распределение правильное. Полученные данные представлены в виде $M \pm m$ (M – выборочное среднее, m – ошибка среднего, p – достигнутый уровень значимости). Достоверность показателей определяли с помощью парного критерия t

-Стьюдента. За достоверность различий изучаемых параметров принимали критический уровень значимости «р», $p < 0,05$. Для определения линейной связи количественных признаков применяли коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение

При анализе семейного и социального (образоване) статуса наиболее благоприятными оказались показатели у больных изолированным ХОБЛ, где выявлено наибольшее число лиц с высшим (9,1% против 3,5%, $p < 0,05$) и средним специальным образованием (63,9% против 32,1%, $p < 0,001$), а также наименьшее число разведенных (9,1% против 17,0%, $p < 0,05$) и овдовевших лиц (4,5% против 10,6%, $p < 0,05$).

Оценивали такие поведенческие факторы риска, как курение, злоупотребление алкоголем, ожирение.

При коморбидной кардиореспираторной патологии негативное влияние обусловлено воздействием, прежде всего табачного дыма – очень важным неконвенционным фактором риска (ФР) прогрессирования заболеваний. Установлено, что тяжесть табакозависимости прямо пропорциональна присоединению ГБ, так при присоединении ГБ увеличивается стаж курения больных как в мужской, так и в женской популяции. У женщин с ассоциацией ХОБЛ и ГБ стаж курения достоверно выше, чем с изолированной ХОБЛ (10,3 против 3,5 $p < 0,001$), у мужчин наблюдается подобная ситуация (23,0 против 19,7 $p < 0,01$) соответственно. Индекс курящего (ИК), являющийся главным предиктором формирования обструктивных нарушений, в мужской популяции был достоверно выше, чем в женской, как 1-й, так и во 2-й группах. Так, у мужчин во 2-й группе ИК был выше, чем в 1-й (28,4 против 23,7 $p < 0,001$) соответственно. Подобно мужчинам ИК в женской популяции составил (10,3 против 3,5 $p < 0,001$).

Нами изучен еще один неконвенционный ФР прогрессирования коморбидного кардиореспираторного состояния - злоупотребление алкоголем, который оказывает еще и непосредственное влияние на КЖ больных.

Выявлен высокий процент лиц злоупотребляющих алкоголем, причем женщины злоупотребляли алкоголем достоверно чаще, чем мужчины (30,0% против 16,7% $p < 0,01$), крепкие спиртные напитки чаще употребляли тоже женщины. При оценке уровня употребления алкоголя установлено, что редко его употребляли 26,0% больных, умеренно- 52,0%, злоупотребляли-22,0%.

Известно, что ХОБЛ и сердечно – сосудистые заболевания, являются энергоемкими процессами и приводят к снижению массы тела, но по данным проведенных ранее исследований отмечена высокая частота сочетания ХОБЛ и ожирения с развитием системного субклинического воспаления и прогрессированием заболеваний [1]. В нашем исследовании только в 9,5% случаев у мужчин выявлен недостаток массы тела, а в 75% - избыток массы тела. У женщин вообще не выявлено недостатка массы тела. Средний ИМТ у женщин был достоверно выше, чем у мужчин (30,6±0,8 против 25,6±0,7, $p < 0,05$), что соответствовало у них ожирению 1 степени, которое выявлено

в 27,3%, избыточная масса тела у 77,2 %; у мужчин - в 74,9% установлена избыточная масса тела, ожирения выявлено не было.

Коморбидные депрессивные расстройства, как правило, оказывают негативное влияние на течение основных заболеваний. Негативное влияние депрессии находит свое отражение в худшем прогнозе основного заболевания и увеличении смертности пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с пациентами, страдающими теми же заболеваниями, но без депрессии. Оценка депрессии по шкале Гамильтона показала, что у больных с ХОБЛ и ГБ наблюдались разной степени выраженности депрессивные расстройства от легкой степени до крайне тяжелой. Причем депрессия легкой степени тяжести достоверно чаще встречалась у мужчин, чем у женщин (15,0% против 1,0%, $p < 0,001$). Депрессия средней степени тяжести с одинаковой частотой встречалась как в мужской популяции, так и в женской (25,0% против 24,0% $p < 0,05$), а тяжелой степени у мужчин (34,0% против 25,0% $p < 0,01$). Кроме того, у женщин со средним течением ХОБЛ достоверно чаще встречалась крайне тяжелая депрессия (49,0% против 25,0%, $p < 0,001$).

В группе больных с изолированной ХОБЛ у мужчин в отличие от женщин чаще была верифицирована депрессия легкой степени тяжести (50,0% против 20,0% $p < 0,001$) и средней степени (33,0% против 20,0% $p < 0,01$). Тяжелые депрессивные расстройства чаще наблюдались у женщин, чем у мужчин (49,0% против 8,0% $p < 0,001$) и крайне тяжелая депрессия у мужчин (8,0% против 1,0% $p < 0,01$). Полученные данные свидетельствуют о прогрессировании ХОБЛ в ассоциации с ГБ сопровождающиеся нарастанием распространенности и глубины депрессивных нарушений. В структуре депрессии у больных с кардиореспираторной патологией преобладают астенические (98,0%) и тревожные (53,5%) расстройства с широко представленными соматовегетативными нарушениями, в 16,9% случаев была выявлена ипохондрическая депрессия, 2,1% - истерическая и в 3,6% случаев адинамическая депрессии. Тревожная депрессия была обнаружена у (53,5%) больных. В ее клинической картине наблюдались внутреннее беспокойство, тревога, страх смерти, расстройства сна (затруднение при засыпании, беспокойный сон, ранние утренние пробуждения). Выявлена повышенная тревожность и опасение за свое здоровье и жизнь, жизнь близких («как будут жить без меня», «что с ними будет»). В структуре ипохондрической депрессии (16,9%) преобладали следующие: уход в болезнь, преувеличение тяжести своего состояния, стремление к постоянному лечению и обследованию. У исследуемых больных с адинамической депрессией (3,6%) в клинической картине на первый план выступали невозможность или затруднение выполнения умственных или физических нагрузок в результате отсутствия желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижение уровня побуждений. У больных с истерической депрессией отмечались демонстративность и манерность поведения. Нередко тоска сочеталась с раздражительностью, слезливостью, требованием к себе повышенного внимания. Больные во всем

обвиняли окружающих, высказывали преувеличенные опасения по поводу своего здоровья.

Наряду с депрессивными расстройствами у больных с кардиореспираторной патологией астеническая симптоматика диагностирована у 100% пациентов. Она характеризовалась общей слабостью, вялостью, повышенной утомляемостью, снижением настроения с явлениями физического бессилия, так как любая физическая нагрузка вызывала у больных чувство нехватки воздуха, утратой энергии, снижением толерантности к ранее адекватно переносимой физической нагрузке. Астения была постоянной и не зависела от внешних нагрузок. Сознательно избегали ситуаций малейшего напряжения, которые могли вывести из хрупкого внутреннего равновесия и привести к нехватке воздуха. Малейшее напряжение вызывало панику или тревогу, так как воспринималась как реальная угроза своему здоровью.

Среди внегочной симптоматики у пациентов с ХОБЛ и ГБ, в отличие от пациентов с изолированной ХОБЛ, достоверно чаще выявлялись ранняя бессонница (32,1% против 22,7% $p < 0,001$), поздняя бессонница (36,3% против 9,0% $p < 0,001$), у одних пациентов наблюдалась заторможенность (39,2% против 9,0 $p < 0,001$), у других, напротив, раздражение (35,7% против 27,2% $p < 0,01$) соответственно. Соматическая тревога достоверно чаще наблюдалась в группе пациентов с ассоциацией ХОБЛ и ГБ в отличие от группы с изолированной ХОБЛ (100,0% против 40,9% $p < 0,001$) и проявлялась со стороны желудочно-кишечного тракта: сухостью во рту (10,0% против 5,0% $p < 0,01$), диспепсией (7,0% против 1,0% $p < 0,05$), метеоризмом (5,0% против 3,0% $p < 0,05$). Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с ассоциацией ХОБЛ и АГ достоверно чаще преобладали: сердцебиение (78,0% против 25,0% $p < 0,001$), головные боли (45,6% против 20,0% $p < 0,001$), головокружение (45,0% против 15,0% $p < 0,001$) соответственно, что наиболее характерно для вегетативных проявлений сочетанной соматической патологии, что ведет к формированию астенического состояния.

Астеническое состояние, непосредственно связано с воздействием соматической вредности. Общая астения была выявлена в 100,0% случаев у больных с ассоциацией ХОБЛ и ГБ, тогда как у больных с изолированной ХОБЛ в 84,9% случаев, психическая астения (35,0% (2 группа) против 31,4 % (1 группа) $p < 0,05$), физическая (25,0% (2 группа) против 20,0% (1 группа) $p < 0,05$), пониженная активность (10,0% (2 группа) против 6,8% (1 группа) $p < 0,01$) и снижение мотивации (10,0% (2 группа) против 8,9% (1 группа) $p < 0,05$).

Таким образом, формирование астенических расстройств сопряжено с присоединением ГБ и приводит к снижению важных параметров КЖ.

При анализе КЖ больных были выявлены достоверные различия по всем показателям, кроме показателя интенсивности боли между больными с изолированной ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ГБ. Эти различия были связаны как с психологическими проблемами, так и с физическим функционированием ($p < 0,001$).

Пациенты с изолированной ХОБЛ значительных ограничений в установлении социальных контактов не отмечают (ср. балл по шкале социального функционирования 58,3%), в то время как у обследуемых с ХОБЛ и ГБ, отмечается значительное уменьшение уровня общения (37,1 $p < 0,001$). Также ассоциированная ГБ сказывалась на психическое состояние больных (27,1 против 33,3 $p < 0,001$).

При анализе качества жизни больных, были выявлены достоверные различия по всем показателям, кроме показателя интенсивности боли между больными с изолированной ХОБЛ и ХОБЛ с ГБ. Эти различия были связаны как с психологическими проблемами, так и с физическим функционированием ($p < 0,01$).

Пациенты с ХОБЛ значительных ограничений в установлении социальных контактов не отмечают (ср. балл по шкале социального функционирования 58,3%), в то время как у обследуемых с ассоциацией ХОБЛ и ГБ, отмечается значительное уменьшение уровня общения (37,1 $p < 0,001$). Также ассоциированная ГБ сказывалась на психическое состояние больных (27,1 против 33,3 $p < 0,05$).

В целом, можно отметить снижение КЖ по всем параметрам. Больше всего в повседневной жизни пациентов беспокоит нарушенное болезнью физическое функционирование («Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» – $RF=23,75$). Клиническая картина болезни характеризуется длительным кашлем, продукцией мокроты, одышкой, усиливающимися по мере присоединения ГБ. Пациенты, жалуется на то, что, в общем, чувствуя себя более или менее здоровыми, они зачастую не способны на выполнение большинства физических нагрузок, вплоть до самообслуживания, поэтому пациенты негативно оценивают состояние своего здоровья на данный момент. Значительное влияние физическое состояние оказывает на ролевое функционирование («Физическая активность» – $FA=38,8$) (профессиональную деятельность, выполнение повседневных обязанностей и т.д.).

Кроме того, ярко выражено влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование («Роль эмоциональных проблем» – $RE=35,8$). Пациенты жалуются, что переживания по поводу своего заболевания делают их раздражительными, мешают выполнению любой повседневной деятельности.

Так же болезнь и, сопровождающие ее эмоциональные переживания, существенно ограничивают социальную активность пациентов («Социальная активность» – $SA=47,7$). Они реже, или практически вообще не выходят из дома. Причинами этого являются опасения за свое здоровье, особенно боязнь обострения, которое следует рассматривать как фактор прогрессирования соматического кардиореспираторного состояния, а также сложности в общении – больные жалуются, что из-за своей несамостоятельности чувствуют себя неловко, часто говорят, что не хотят беспокоить друзей и близких постоянным кашлем, который, по их мнению, доставляет сильный дискомфорт не только им, но и окружающим.

Выявляется, что пациенты часто ощущают себя утомленными и уставшими, причем зачастую с утра, что также значительно снижает их качество жизни («Психическое здоровье» – ПЗ=30,2; «Жизнеспособность – ЖС=27,3»). Эта утомляемость, отчасти, связана с нарушениями сна у пациентов данной группы.

Наименьшее влияние на повседневную деятельность оказывает интенсивность боли («Боль» – Б=90,55). Эти данные связаны с особенностями ХОБЛ, не сопровождающейся выраженным болевым синдромом.

По результатам исследования, можно сделать заключение о том, что при ХОБЛ в ассоциации с ГБ происходит значительное снижение КЖ ($p < 0,05$). Статистически значимые различия между изолированной ХОБЛ и с ассоциацией ГБ обнаружены по всем шкалам опросника, кроме шкалы «Интенсивность боли». Можно сказать, что уровень положительных эмоций у пациентов с ХОБЛ изначально находится на достаточно низком уровне и с присоединением ГБ снижается незначительно. Основными факторами, снижающими КЖ пациентов, страдающих коморбидной кардиореспираторной патологией, являются не только выраженность функционально-гипоксических нарушений, но и тревожно-депрессивные, астенические расстройства, а также нарушение сна, враждебность, жизненное истощение, выраженность которых нарастает с присоединением ГБ. В ходе проведенного анализа выявлено взаимоотягивающее влияние неконвенционных (психосоциальных) факторов риска прогрессирования коморбидного кардиореспираторного состояния снижающих КЖ больных.

При исследовании корреляционных взаимосвязей клинико-функциональных показателей и факторов риска у больных с ассоциацией ХОБЛ и гипертонической болезнью, установлено влияние курения на степень АД, как сАД ($r=0,74$, $p < 0,05$), так и дАД ($r=0,55$, $p < 0,05$) и получены взаимосвязи ИК и уровня сАД ($r=0,68$, $p < 0,05$) и дАД ($r=0,63$, $p < 0,05$). Выявлены взаимосвязи ИМТ с частотой обострения ХОБЛ ($r=0,38$, $p < 0,05$), ассоциацией ХОБЛ и ГБ ($r=0,77$, $p < 0,05$). Установлено, что с нарастанием индекса массы тела (ИМТ) увеличивается уровень как сАД ($r=0,78$, $p < 0,05$), так и дАД ($r=0,41$, $p < 0,05$). В ходе корреляционного анализа выявлены тесные взаимосвязи длительности ($r=0,69$, $p < 0,05$), частоты обострения ХОБЛ ($r=0,69$, $p < 0,05$) и степени повышения АД, как сАД ($r=0,81$, $p < 0,05$), так и дАД ($r=0,42$, $p < 0,05$). Учитывая тот факт, что прогрессирование и ХОБЛ, и ГБ тесно связано с воздействием табачного дыма, нами установлена взаимосвязь ХОБЛ в ассоциации с ГБ и стажа курения ($r=0,98$, $p < 0,01$), ИК ($r=0,71$, $p < 0,01$). Корреляционный анализ показал, что депрессивные расстройства тесно взаимосвязаны у больных с ассоциацией ХОБЛ и ГБ ($r=0,58$, $p < 0,05$). Все вышеперечисленные неконвенцион-

ные факторы прогрессирования ХОБЛ и ГБ были тесно взаимосвязаны между собой и выраженностью астено-депрессивных расстройств, влияющих на КЖ больных.

Анализируя в целом полученные данные, становится очевидным, что клиническая картина при ассоциации ХОБЛ и ГБ, характеризуется более тяжелым течением как ХОБЛ, так и ГБ. При этом данные изменения характеризуются не просто потенцированием негативных эффектов, а представляя собой новое качество.

Таким образом, в результате комплексной оценки неконвенционных факторов риска, установлено крайне отрицательное воздействие их на больных, что, в свою очередь, способствует прогрессированию клинических проявлений при патологическом тандеме.

Заключение

При сочетанной кардиореспираторной патологии отмечается высокая распространенность негативных поведенческих характеристик: злоупотребление алкоголем (54,0%), длительный стаж курения (23,7±2,1 года), индекс курящего >10, индекс массы тела >25 в отличие от больных с изолированной ХОБЛ. Сочетание ХОБЛ с ГБ характеризуется большой частотой выявления высоких градаций неконвенционных (психосоциальных) факторов риска: низкий образовательный статус, высокий процент лиц с безбрачием, выраженные астенические и тревожно-депрессивные расстройства и их компоненты (нарушение сна, враждебность, жизненное истощение) на фоне низких показателей качества жизни. Кроме того, полученные корреляционные связи клинико-функциональных показателей с неконвенционными факторами риска доказывают их отрицательное воздействие на прогрессирование как ХОБЛ, так и гипертонической болезни. ■

Василькова Татьяна Николаевна, д.м.н., терапевт, кардиолог, диетолог, заместитель директора по лечебной и научной работе ФГУ НЦ ПуЛП ТюмНЦ СО РАМН, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ТюмГМА, г. Тюмень; Матаев Сергей Иванович, д.м.н., профессор, директор ФГУ НЦ ПуЛП ТюмНЦ СО РАМН, г. Тюмень; Сорокин Дмитрий Владимирович д.м.н., зав. пульмонологическим отделением Тюменская областная клиническая больница №1, г. Тюмень; Рыбина Юлия Александровна, студентка VI курса лечебного факультета ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, Россия, г. Тюмень; Автор, ответственный за переписку - Рыбина Юлия Александровна, 625023 г. Тюмень, ул. Котовского 56-230, Контактный телефон: 89224854591 E-mail: doctorulia555@mail.ru

Литература:

1. Василькова Т.Н., Попова Т.Н., Медведева И.В. / Метаболический синдром и бронхообструкция – две

составляющие системного воспаления // Врач. – 2008. – ч 8. – С.19-22.

2. Евдокимова А.А., Мамедов М.Н., Шальнова С.А., Деев А.Д., Токарева З.Н., Еганян Р.А., Оганов Р.Г. / Оценка распространенности факторов риска и определение суммарного сердечно-сосудистого риска в случайной городской выборке мужчин и женщин // Профилактическая медицина. - 2010. - ц 2. - С.3-8.
 3. Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. / Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2007. - ц 6. - С.7-14.
 4. Поликарпов Л.С., Лапко А.В. Метеотропные реакции сердечно-сосудистой системы и их профилактика.- Новосибирск: Наука, 2005. - С.196.
 5. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по лечению больных хронической обструктивной болезнью легких [под ред. А.Г.Чучалина].- Москва: Изд-во BINOM 2007. - С.225.
 6. Шальнова С.А., Деев А.Д. / Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - ц 6. - С.58-63.
- References.
1. Vasilkova T.N., Popova T.N., Medvedev I.V. Physician, 2008, no. 8, pp.19-22.
 2. Evdokimova A.A., Mamedov M.N., Shalnova S.A., Deev A.D., Tokareva Z.N., Eganjan R.A., Oganov R.G. Preventive Medicine, 2010. - no. 2, - pp. 3-8.
 3. Oganov R.G., Maslennikova G.Ja. Cardiovascular therapy and prevention, 2007, no. 6, - pp.7-14.
 4. Polikarpov L.S., Lapko A.V. Metetropic of cardiovascular diseases and their prevention [Metetropic of cardio-vascular diseases and their prevention] Novosibirsk, Nauka Publ. 2005.196 p.
 5. Chuchalin A.G. Clinical practice guidelines for the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease [Chronic obstructive pulmonary disease]. Moscov, BINOM Publ., 2007. 225 p.
 6. Shalnova S.A., Deev A.D. Cardiovascular therapy and prevention, 2006, no. 6, pp.58-63.