[The quality of life of workers of chemical proizvodstvo methanol and formaldehyde]. Medicinskie nauki [Medical sciences]. 2012; 2: URL: <http://www.science-education.ru/102-6102>

15. Gafarov VV, Panov DO, Gromova EA, Gagulin IV, Gafarova AV. Svjaz' lichnostnoj trevozhnosti s informirovannost'ju o svoem zdorov'e i ee vlijanie na 16-letnij risk razvitiya ostryh

serdechno-sosudistyh zabolevanij v otkrytoj populjacii sredi zhenshhin 25–64 let [Communication of personal anxiety with awareness of your health and its impact on the 16-year risk of acute cardiovascular disease in the open population of women 25–64 years old]. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal [Russian Cardiology Journal]. 2014; 8 (112): 63–67.

© Т.Г. Шаповалова, А.Ю. Рябова, Е.С. Пластинина, О.А. Пономарева, Н.В. Шелобанова, М.М. Шашина, В.Б. Закирова, 2016

УДК 616.24-036.12:616.1

DOI: 10.20969/vskm.2016.9(1).79-83

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ШАПОВАЛОВА ТАТЬЯНА ГЕРМАНОВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Россия, 410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112, e-mail: meduniv@sgmu.ru

РЯБОВА АННА ЮРЬЕВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Россия, 410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112, e-mail: meduniv@sgmu.ru

ПЛАСТИНИНА ЕЛЕНА СЕРГЕЕВНА, врач МУЗ «Городская клиническая больница № 8 г. Саратова», Россия, 410052, Саратов, ул. Одесская, 46А, e-mail: sargkb8@mail.ru; lenocka-08@mail.ru

ПОНОМАРЕВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА, врач МУЗ «Городская поликлиника № 11 г. Саратова», Россия, 410000, Саратов, ул. Высокая, 8, e-mail: muzgp11@yandex.ru; lelikpon@yandex.ru

ШЕЛОБАНОВА НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА, врач МУЗ «Городская клиническая больница № 8, г. Саратова», Россия, 410052, Саратов, ул. Одесская, 46А, e-mail: sargkb8@mail.ru; shelobanova-nata@list.ru

ШАШИНА МАРИНА МИХАЙЛОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, e-mail: meduniv@sgmu.ru; maric56@mail.ru

ЗАКИРОВА ВЕНЕРА БИЛАЛОВНА, канд. мед. наук, врач-кардиолог Межрегионального клинко-диагностического центра, Россия, 420138, Казань, ул. Карбышева, 12А, e-mail: vzakirova@bk.ru

Реферат. Цель — изучение распространенности, а также качества диагностики и поддерживающей терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в популяции пациентов кардиологических отделений стационаров. Отмечена недостаточная диагностика ХОБЛ на ранних стадиях у 104 пациентов кардиологических отделений муниципальной клинической больницы. **Результаты и их обсуждение.** Значимые факторы риска развития ХОБЛ были выявлены у 29 (27,9%) чел. У 20 (19,2%) чел. обнаружены функциональные признаки ХОБЛ, однако только 8 (7,7%) пациентов из них имели ранее установленный диагноз респираторного заболевания. Ранее диагностированные хронические обструктивные заболевания легких имелись у 10 (9,6%) чел., в том числе ХОБЛ в фазе стабильного течения — у 8 (7,7 %) чел. и бронхиальная астма вне обострения — у 2 (2%) чел. У 7 пациентов с ХОБЛ имели место нарушения бронхиальной проходимости средней степени тяжести (GOLD II) и у 1 — тяжелой степени (GOLD III). **Выводы.** Необходима диагностическая настороженность специалистов-кардиологов в отношении ХОБЛ у пациентов, имеющих факторы риска развития заболевания и соответствующие симптомы (одышка, продуктивный кашель).

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, факторы риска, сердечно-сосудистая болезнь, спирометрия, пациенты кардиологического профиля.

Для ссылки: Хроническая обструктивная болезнь легких у пациентов кардиологического профиля: проблемы диагностики и лечения / Т.Г. Шаповалова, А.Ю. Рябова, Е.С. Пластинина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 1. — С. 79—83.

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS CARDIOLOGY: PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

SHAPOVALOVA TATIANA G., D. Med. Sci., professor of the Department of therapy, pediatric and dental faculties of V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Russia, Saratov, Bolshaya Kazachia str., 112, tel. 8-927-105-84-99, e-mail: T.G.Shapovalova@gmail.com

RYABOVA ANNA YU., D. Med. Sci., professor of the Department of therapy, pediatric and dental faculties of V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Russia, Saratov, Bolshaya Kazachia str., 112, tel. 8-917-203-31-23, e-mail: anna917@bk.ru

PLASTININA ELENA S., physician of Municipal hospital № 8 of Saratov, Russia, e-mail: lenocka-08@mail.ru;

PONOMAREVA OLGA A., physician of functional diagnostic of City clinic № 11 of Saratov, Russia, e-mail: lelikpon@yandex.ru

SHELOBANOVA NATALIA V., pulmonologist of Municipal hospital № 8 of Saratov, e-mail: shelobanova-nata@list.ru

SHASHINA MARINA M., C. Med. Sci., associate professor of the Department of therapy pediatric and dental faculties of V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, e-mail: maric56@mail.ru

ZAKIROVA VENERA B., C. Med. Sci., cardiologist of International Clinic Diagnostic Centre, Russia, Kazan, Karbishev str., 12A, e-mail: vzakirova@bk.ru

Abstract. Cardiovascular (CV) diseases represent a common comorbidity among COPD patients. CV comorbidities increase the rate of mortality 2—5 fold in COPD patient population. **Aim of study.** Detection of COPD among patients hospitalized in a CV department of a multi-profile hospital. **Material and methods.** Evaluation of COPD risk factors among patients hospitalized in CV department. Evaluation of efficacy of maintenance therapy in patients with confirmed COPD diagnosis. **Results.** Pts hospitalized in CV departments by using a questionnaire for evaluation of COPD symptoms. FEV1 was measured for patients with confirmed risk factors for COPD. Severity of dyspnea was evaluated by mMRC scale. Post-bronchodilator FEV1 was assessed in patients with significant COPD risk factors and FEV1<80% predicted (pre-bronchodilator values). Dyspnea score was significantly higher in patients with CV comorbidities ($p<0,05$). 29 patients had increased risk of developing COPD, smoking index >10 pack years. Of those 20 patients had FEV1/FVC<80%, although only 8 (7,7%) were previously diagnosed with COPD. Spirometry data analysis showed that 7 patients had airflow obstruction stage GOLDI and 13 pts — GOLDII. In this group COPD was present with the following comorbidities: arterial hypertension stage II-III (7pts), myocardial infarction (9 pts), unstable angina (1 pt), effort angina (3 pts). 13 pts had mMRC≥2 and 7 pts mMRC<2. Exacerbation risk was higher in 6 pts previously diagnosed with COPD. **Conclusion.** We found insufficient detection of early-stage COPD in pts hospitalized in CV departments.

Key words: COPD, cardio-vascular disease, spirometry, CV departments.

For reference: Shapovalova TG, Ryabova AY, Plastinina ES, Ponomareva OA, Shelobanova NV, Shashina MM, Zakirova VB. Chronic obstructive pulmonary disease in patients cardiology: problems of diagnosis and treatment. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (1): 79—83.

Введение. Современная концепция хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения, основана на том, что эта болезнь относится к числу тех, развитие которой можно предотвратить и достаточно успешно лечить [1]. Однако течение ХОБЛ, лечебные и профилактические программы в значительной степени зависят от сопутствующих заболеваний, на фоне которых протекает респираторная патология. Имеется ряд исследований, посвященных изучению сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ранее диагностированной ХОБЛ [2, 3]. Взаимное отягощение ХОБЛ и сердечно-сосудистой патологии может базироваться на объединении некоторых общих звеньев патогенеза, нарушений функционального состояния камер сердца, эндотелиальной дисфункции, гемореологии, вентиляции и др., которые способствуют прогрессированию заболевания как при изолированно протекающих ХОБЛ и ИБС, так и еще в большей степени при их сочетании [3, 4]. Однако ХОБЛ недостаточно диагностируется на всех стадиях заболевания, особенно при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (в связи с схожими симптомами — одышка, плохая переносимость физической нагрузки и др.) [3, 5]. В связи с этими обстоятельствами представляет интерес изучение распространенности, а также качество диагностики и поддерживающей терапии ХОБЛ в популяции пациентов кардиологических отделений стационаров. В задачи исследования входило изучение частоты встречаемости факторов риска ХОБЛ и ее клинико-функциональных особенностей среди пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, а также оценка адекватности поддерживающей терапии ХОБЛ у пациентов с ранее установленным диагнозом.

Материал и методы. Дизайн исследования. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе было проведено анкетирование 104 пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения многопрофильного стационара муниципальной клинической больницы № 8 г. Саратова. Был использован вопросник для диагностики ХОБЛ [6]. Диагноз ХОБЛ считали вероятным, если пациент набирал 17 и более баллов. В декабре 2013 г. и в

феврале 2014 г. было анкетировано 48 и 56 пациентов соответственно. На втором этапе пациентам с выявленными факторами риска и симптомами ХОБЛ выполнялось измерение однократного выдоха ($ОФВ_1$) портативным спирометром (Cord 6). Выраженность одышки оценивалась по шкале Medical Research Council (mMRC) [1]. Рассчитывался также индекс курящего человека (ИКЧ) по формуле: $ИКЧ (пачка/лет) = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{стаж курения (годы)} / 20$ [8]. Пациенты со значимыми факторами риска ($ИКЧ > 10$ пачка/лет, наличие профессиональных вредностей в анамнезе), а также при обнаружении снижения $ОФВ_1 < 80\%$ от должной величины дополнительно направлялись на спирометрию. У пациентов с ранее установленным диагнозом ХОБЛ также оценивались наличие и адекватность поддерживающей терапии в соответствии с международными и национальными рекомендациями [1, 6]. Критерии включения в исследование: госпитализированные пациенты в кардиологическое отделение с 1 по 31 декабря 2013 г. и с 1 по 28 февраля 2014 г. Критерии исключения: пациенты, госпитализированные по тяжести состояния в отделение реанимации и интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда, прогрессирующей сердечной недостаточностью и пароксизмальными нарушениями ритма. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакетов статистических программ «Microsoft Excel», «Биостатистика», «Statistica 5.5», «SPSS 16.0 for Windows» с использованием параметрических и непараметрических методов одномерной и многомерной статистики. Результаты описывались с указанием средней по совокупности $M \pm m$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных пациентов составил ($64,5 \pm 0,06$) года. Мужчин было 54 (52%) чел. и женщин — 50 (48%) чел. По сердечно-сосудистым заболеваниям, послужившим причиной поступления в стационар, пациенты распределились следующим образом: нестабильная стенокардия (НС) — 20 (19,2%) чел., артериальная гипертензия (АГ) — 22 (21%) чел., перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ) — 21 (20,2%) чел., стенокардия напряжения (СтН) — 3 (2,9%) чел., дисгормональная кардиопатия — 2 (1,9%) чел., хро-

ническая сердечная недостаточность — 32 (30,8%) чел., фибрилляция предсердий — 16 (15,4%) чел. Ранее диагностированные хронические обструктивные заболевания легких имелись у 10 (9,6%) чел., в том числе ХОБЛ в фазе стабильного течения — у 8 (7,7%) чел. и бронхиальная астма вне обострения — у 2 (2%) чел. У 7 пациентов с ХОБЛ имели место нарушения бронхиальной проходимости средней степени тяжести и у 1 — тяжелой степени. ХОБЛ у этих пациентов сочеталась со следующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы: АГ (7 чел.), ПИМ (4 чел.), НС (1 чел.), СтН (3 чел.), сахарный диабет (1 чел.). Важный фактор риска развития ХОБЛ — курение — выявлен у 34 (32,7%) чел. В табл. 1 приведен ИКЧ у обследованных пациентов.

Таблица 1

**Индекс курящего человека
у обследованных пациентов**

Пациенты, n (%)	ИКЧ<10, пачка/лет (%)	ИКЧ>10, пачка/лет (%)	ИКЧ> 25, пачка/лет (%)
34 (32,7)	5 (4,8)	22 (21,5)	7 (6,7)

Как видно из табл. 1, у 29 (27,9%) чел. ИКЧ был >10, т.е. статус курения у этих пациентов являлся достоверным фактором риском развития ХОБЛ, причем 7 (6,7%) чел. из них были злостными курильщиками [8]. Контакт с профессиональными вредностями (пыль, кислоты, щелочи) отметили 17 (16%) чел. Оба фактора риска развития ХОБЛ были выявлены у 13 (12,5%) чел.

Хронический продуктивный кашель отметил 21 (20,2%) пациент. Одышка по шкале mMRC была выявлена у 91 (87,5%) больного, из них соответствующая одному баллу — у 22 (23%) чел., двум — у 46 (50%) чел., трем — у 7 (7%) чел. и четырем баллам — у 16 (18%) чел. В табл. 2 представлены сравнительные данные о выраженности одышки по шкале mMRC в трех группах обследованных пациентов: с НС (19 чел.), ПИМ (17 чел.) и у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и наличием функциональных признаков и достоверных факторов риска развития ХОБЛ (20 чел., из них у 8 чел. заболевание было диагностировано ранее).

Таблица 2

**Одышка по шкале mMRC (в баллах)
у обследованных пациентов**

Баллы по шка- ле mMRC	НС, n — 19	ПИМ, n — 17	Сочетание с ХОБЛ, n — 20
0	2	3	1
1	8	7	3
2	5	3	4
3	2	2	7
4	2	2	5
M±m	1,68±0,11	1,59±0,16	2,60±0,12*,**

Примечание: *достоверное различие с группой пациентов с НС, $p<0,05$; **достоверное различие с группой пациентов с ПИМ, $p<0,05$.

Как видно из табл. 2, у пациентов с сочетанной патологией отмечался более высокий балл одышки по

шкале mMRC. При аускультации легких у 17 (16,3%) чел. обнаруживались сухие свистящие хрипы, а у 8 (7,7%) чел. было отмечено удлинение выдоха. Эти симптомы становились более отчетливыми при форсировании дыхания. Снижение ОФВ₁ менее 80% от должной величины было выявлено у 12 (11,5%) чел. Вместе с тем диагноз ХОБЛ ранее был установлен только у 8 пациентов с выявленными обструктивными нарушениями функции внешнего дыхания. Результаты спирометрии представлены в табл. 3.

Обращает на себя внимание группа пациентов (29 чел.) с достоверными факторами риска развития ХОБЛ (ИКЧ>10 пачка/лет). В этой группе у 20 (19,2%) чел. был обнаружен функциональный признак ХОБЛ: отношение ОФВ₁ к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ)<80% от должной величины (ДВ). Таким образом, имела место гиподиагностика ХОБЛ у 12 пациентов. С учетом данных спирометрии у 8 из них была диагностирована ХОБЛ с нарушениями бронхиальной проходимости легкой степени, у 4 — нарушения бронхиальной проходимости средней степени тяжести. Этим пациентам были даны рекомендации бросить курить, назначены ингаляция бронхолитиков и повторная консультация пульмонолога через месяц.

Современные рекомендации по диагностике и лечению ХОБЛ с целью более качественного подбора поддерживающей терапии предлагают учитывать не только степень тяжести нарушений бронхиальной проходимости, но также выраженность клинических симптомов по шкале mMRC или оценочный тест по ХОБЛ [COPD Assessment Test (CAT)] и частоту обострений за последний год, в том числе требующих госпитализации в стационар [1]. По перечисленным критериям больного следует отнести в соответствующую группу (А, В, С, D) для подбора поддерживающей терапии [1, 6]. В соответствии с этими критериями у 6 пациентов имело место ХОБЛ с выраженными симптомами (mMRC≥2) и у 2 чел. — с невыраженными симптомами (mMRC<2). Риск последующих обострений ХОБЛ был высоким у 6 больных: так, у 5 пациентов было два обострения за последний год, у 1 — одно, но с госпитализацией (см. табл. 3).

Основу современной поддерживающей терапии ХОБЛ составляют ингаляционные бронхолитики, причем длительно действующие лекарственные формы являются предпочтительными методами лечения, начиная с легкой ХОБЛ [1, 6]. В ряде исследований было показано, что длительная бронходилатация при терапии ультралдлительным бронхолитиком приводит к уменьшению гиперинфляции легких и снижению симптомов ХОБЛ, а также способствует повышению выносливости и улучшению качества жизни пациентов [9]. Кроме того, назначение пролонгированных бронхолитиков в ранней стадии болезни достоверно снижает темпы падения легочной функции [1, 9]. В табл. 4 представлены результаты анализа качества поддерживающей терапии ХОБЛ у пациентов с ранее диагностированной ХОБЛ.

Показатели спирометрии у обследованных пациентов

Пациенты	ОФВ ₁ ≥80% от ДВ (постбронходилатационный), n	ОФВ ₁ <80% от ДВ (постбронходилатационный), n	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ >80% от ДВ (постбронходилатационный), n	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ <80% от ДВ (постбронходилатационный), n
С установленным ранее диагнозом ХОБЛ	—	8	—	8
Без диагноза ХОБЛ	17	4	9	12

Таблица 4

Комплексная оценка течения и поддерживающая терапия ХОБЛ у пациентов с ранее диагностированным заболеванием

Возраст, лет	Тяжесть спирометрических нарушений	mMRC	Обострения	Группа	Терапия	Сердечно-сосудистая патология
64	Средняя	2	Одно с госпитализацией	В	Тиотропий (нерегулярно)	АГ
58	Средняя	4	Два с госпитализацией	В	Формотерол	ПИМ, АГ
43	Средняя	0	Одно	А	Бронхолитики короткого действия по требованию	АГ
52	Средняя	2	Одно	В	Бронхолитики короткого действия по требованию	АГ
74	Средняя	2	Два с госпитализацией	В	Бронхолитики короткого действия по требованию	СтН, ПИМ
70	Средняя	2	Два с госпитализацией	В	Бронхолитики короткого действия по требованию, беклометазон; будесонид+формотерол; тиотропий (нерегулярно)	НС, ПИМ
57	Средняя	3	Два с госпитализацией	В	Бронхолитики короткого действия по требованию, беклометазон; будесонид+формотерол (нерегулярно)	СтН, АГ
65	Тяжелая	3	Два с госпитализацией	Д	Бронхолитики короткого действия по требованию, беклометазон; будесонид+формотерол (нерегулярно)	СтН, ПИМ

Как видно из табл. 4, качество поддерживающей терапии ХОБЛ у 7 пациентов нельзя назвать удовлетворительным. Пациенты преимущественно получали бронхолитики короткого действия, длительно действующие лекарственные препараты использовали нерегулярно (ввиду экономии). Не вполне обоснованно были назначены ингаляционные глюкокортикостероиды двум пациентам, особенно в виде монотерапии (беклометазон). Все пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ были проконсультированы у пульмонолога, им была проведена коррекция поддерживающей терапии.

Выводы. Значимые факторы риска развития ХОБЛ были выявлены у 29 (27,9%) чел. У 20 (19,2%) чел. обнаружены функциональные признаки ХОБЛ, однако только 8 (7,7%) пациентов из них имели ранее установленный диагноз респираторного заболевания. Таким образом, имела место гиподиагностика ХОБЛ ранних стадий у пациентов кардиологического профиля. У пациентов с сочетанной патологией отмечался более высокий балл одышки по шкале mMRC. Необходима диагностическая настороженность специалистов-кардиологов в отношении ХОБЛ у пациентов, имеющих факторы риска развития заболевания и соответствующие симптомы (одышка, продуктивный кашель) и направление их на спирометрию. У большинства пациентов с ранее установленным диагнозом ХОБЛ поддерживающая терапия респираторного заболевания не

соответствовала международным и национальным рекомендациям.

Степень прозрачности. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2014 года. — М.: Российское респираторное общество, 2015. — 90 с.
2. Патогенетические особенности дисфункции эндотелия при респираторно-кардиальной коморбидности / А.К. Ахминеева, О.С. Полунина, И.В. Севостьянова, Л.П. Воронина // Кубанский научно-медицинский вестник. — 2014. — № 4. — С. 11—15.
3. Чучалин, А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Часть 1. ХОБЛ и поражения сердечно-сосудистой системы / А.Г. Чучалин // Российский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С. 246—249.
4. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program /

- S. Sidney, M. Sorel, C.P.Jr. Quesenberry [et al.] // Chest. — 2005. — № 128. — P.2068—2075.
- Comorbidities in Chronic Obstructive Pulmonary Disease / W.M. Chatila, B.M. Thomashow, O.A. Minai [et al.] // Proc. Am. Thorac. Soc. — 2008. — № 5(4). — P.549—555.
 - Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. — М.: Российское респираторное общество, 2014. — 41 с.— URL: www.pulmonology.ru (дата обращения: 30.01.2004).
 - Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years / N.R. Anthonisen, J.E. Connett, R.P. Murray [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 2002. — № 166. — P.675—679.
 - Особенности ремоделирования сердца при ХОБЛ с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией на фоне различного медикаментозного фона / А.Ю. Рябова, Т.Г. Шаповалова, М.М. Шашина // Рецепт. — 2012. — № 1. — С.88—94.
 - Beeh, K.M. The Short, the Long, and the «Ultra-long»: Why Duration of Bronchodilator Action Matters in Chronic Obstructive Pulmonary Disease / K.M. Beeh // Adv. Ther. — 2010. — № 27(3). — P.150—159.
 - vestnik [Cuban scientific and medical Gazette]. 2014; 4: 11—15.
 - Chuchalin AG. Chronicheskaya obstruktivnaya bolesn leghix i sopushtvuuychie zabolevaniya [Chronic obstructive pulmonary disease and related diseases], chast 1 CHOBL i porageniye serdechno-sosudistoy sistemy [Part 1 of COPD and the defeat of the cardiovascular system]. Rossijskij medicinskij zhurnal [Russian Medical Journal]. 2008; 5: 246—249.
 - Sidney S, Sorel M, Quesenberry CP Jr, DeLuise C, Lanes S, Eisner MD. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. Chest. 2005; 128: 2068—2075.
 - Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA, Criner GJ, Make BJ. Comorbidities in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Proc Am Thorac Soc. 2008 May 1; 5 (4): 549—555.
 - Federalnye klinicheskie rekomendacii po diagnostici i lecheniyu chronicheskoy obstruktivnoy bolesni leghich [Federal clinical guidelines for diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease]. 2013; www.pulmonology.ru
 - Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP, et al. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166: 675—679.
 - Ryabova AY, Shapovalova TG, Shashina MM. Osobennosti remodelirovaniya serdca pri CHOBL s sopushtvuuychey serdechno-sosudistoy patologiej na phone raslichnog omedicamentoznogo phona [Features of cardiac remodeling in COPD with associated cardiovascular disease against the background of various medical backgrounds]. Recept [Recipe]. 2012; 1: 88—94.
 - Beeh KM. The Short, the Long, and the «Ultra-long»: Why Duration of Bronchodilator Action Matters in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Adv Ther. 2010; 27 (3): 150—159.

REFERENCES

- Globalnaya strategiya diagnostiki, lecheniyai profilaktiki chronicheskoy obstruktivnoy bolesni leghich [The global strategy of the diagnosis, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease], revision of the 2011. M, Russian Respiratory Society. 2012; 78 p.
- Ahmineeva AK, Polunina OS, Sevostyanova IV, Voronina LP. Patogeneticheskie osobennosti disfunkcii endotelii prirespiratorno-cardialinoy comorbidnosti [Pathogenic features of endothelial dysfunction in respiratory cardiac comorbidity]. Kubanskij nauchno-medicinskij

© П.К. Яблонский, О.А. Суховская, 2016

УДК 613.84

DOI: 10.20969/vskm.2016.9(1).83-86

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОАКТИВНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ ПОДДЕРЖКИ В ОТКАЗЕ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

ЯБЛОНСКИЙ ПЕТР КАЗИМИРОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург, тел. 8-812-579-25-54, e-mail: spbniif_all@mail.ru

СУХОВСКАЯ ОЛЬГА АНАТОЛЬЕВНА, докт. биол. наук, руководитель консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург, тел. 8-800-200-0-200, e-mail: ktc01@mail.ru

Реферат. Цель исследования — проанализировать эффективность оказания телефонной консультативной помощи в отказе от табакокурения в зависимости от пола, возраста, медико-социальных факторов, статуса курения. **Материал и методы.** Проанализированы обращения на «горячую линию» (8-800-200-0-200) 27 069 граждан. Определялось число сигарет в день, возраст начала курения, длительность курения, мотивация к отказу от табакокурения, степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрёма, уровень тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии). **Результаты и их обсуждение.** Среди граждан, обратившихся за помощью в отказе от курения, 12293 человека согласились на месячное сопровождение при отказе от курения (45,4%). Высокая степень никотиновой зависимости, число выкуриваемых в день сигарет, низкая мотивация к отказу были факторами, снижающими длительность воздержания от табака. Эффективность отказа от курения при проведении когнитивно-поведенческой терапии методом телефонного интервью не зависела от возраста, пола, длительности табакокурения. **Заключение.** Телефонное консультирование при отказе от табакокурения является востребованным видом помощи в Российской Федерации, особенно в возрастной группе 18—35 лет.

Ключевые слова: табакокурение, телефонное консультирование, отказ от табакокурения.

Для ссылки: Яблонский, П.К. Эффективность проактивной телефонной поддержки в отказе от потребления табака / П.К. Яблонский, О.А. Суховская // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 1. — С.83—86.