

Анализ заболеваемости беременных, уровня рождаемости и состояния здоровья новорожденных детей в г. Томске

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск

С 1997 по 2010 г. в г. Томске отмечены сокращение числа женщин репродуктивного возраста, повышение рождаемости на 55,4%, снижение количества преждевременных родов. При этом повышается уровень заболеваемости беременных. В структуре заболеваний преобладает анемия. За анализируемый период наблюдается достоверное снижение числа детей с нормальной массой тела при рождении и увеличение числа новорожденных с большой массой тела. Выявлена корреляционная зависимость между патологией щитовидной железы и анемией беременных, заболеваниями системы кровообращения беременных и низкой массой тела новорожденных, числом недоношенных детей.

Ключевые слова: беременные; рождаемость; заболеваемость беременных; масса тела при рождении; недоношенные новорожденные.

THE ANALYSIS OF MORBIDITY OF PREGNANT WOMEN, BIRTH RATE LEVEL AND HEALTH CONDITIONS OF NEWBORN CHILDREN

Nagorniyak Yu.G., Volkotrub L.P., Krasutskaya A.Yu.

The Siberian state medical university of Ministry of Health of Russia, 634050, Tomsk, Russia

In Tomsk, a decrease of number of women of reproductive age, increase of birth rate up to 55.4% and decrease of number of premature deliveries occurred from 1997 to 2010. At that, the level of morbidity of pregnant women increased. The anemia prevails in the structure of diseases. During analyzed period, a reliable decrease of number of children with normal body mass at birth and increase of number of newborns with big body mass was observed. The correlation was established between pathology of thyroid and pregnancy anemia, diseases of blood circulation system of pregnant women and low body mass of newborns, number of premature children was established.

Key words: pregnant woman; birth rate; morbidity of pregnant women; body mass at birth; premature newborn.

Рождаемость является важным демографическим показателем, который существенно влияет на численность населения, естественный прирост и определяет демографическую ситуацию территории. В связи с этим анализ долгосрочных, охватывающих десятилетие тенденций в изменении уровня рождаемости весьма актуален. Масса тела новорожденных не только отражает количественные характеристики процесса внутриутробного развития, но и является маркером морфологических и функциональных особенностей ребенка [1]. По мнению ряда авторов [1, 2], учет массы тела при рождении необходим для дифференцированного подхода при оценке физического развития детей и подростков в последующие периоды их жизни.

Цель работы — изучение уровня рождаемости и распространенности заболеваний беременных, оценка массы тела новорожденных детей г. Томска за 14 лет — с 1997 по 2010 г.

Материалы и методы

Материалами для исследования послужили данные официальной отчетности (форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам») четырех родильных домов г. Томска за 1997—2010 гг. Информация о численности населения и количестве женщин репродуктивного возраста г. Томска получена из статистического сборника территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Томской области за 1997—2010 гг. [3].

Статистическую обработку материала осуществляли с помощью программ Statistica 6 и Microsoft Excel. О до-

стоверности различий судили, используя параметрический *t*-критерий Стьюдента для пропорций. Значимость различий считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

С 1997 по 2010 г. в г. Томске отмечено снижение числа женщин фертильного возраста (15—49 лет) на 5,5%. В среднем доля женщин репродуктивного возраста составляет 54,1%, наибольший показатель приходится на 2001—2002 гг. (56 и 56,2% соответственно), а минимальный — на 2010 г. (50,9%) (табл. 1).

За анализируемый период под наблюдение женских консультаций поступали в среднем в год 5895 женщин. Отмечен прирост данного показателя на 60% к 2007 г., на 78,6% к 2010 г. по сравнению с таковым в 1997 г. Увеличивается число женщин, вставших на учет в консультацию на раннем сроке беременности (см. табл. 1).

За анализируемый период наблюдается стабильное увеличение количества беременностей, закончившихся родами. К 2010 г. прирост данного показателя составил 86,7% по сравнению с таковым в 1997 г. На долю преждевременных родов приходится в среднем 3,1% общего количества, максимальное значение зарегистрировано в 2007 г. (4% общего количества родов), а минимальное — в 2010 г. (2,1%).

Удельный вес аборт составляет в среднем 4% количества беременностей, причем этот показатель сохраняется на относительно постоянном уровне. Наибольшее значение отмечено в 2001 г. (4,7%), минимальное — в

Контингент женских консультаций и родильных домов г. Томска за 1997—2010 гг.

Год	Общая численность женского населения	Число женщин фертильного возраста	Поступили под наблюдение консультаций		Закончили беременность		
			всего	в том числе со сроком беременности до 12 нед, %	родами		абортации, %
					всего	в том числе преждевременными, %	
1997	556 056	299 661	4311	67,9	3766	3,5	3,9
1998	556 203	303 558	4355	68,0	3891	2,9	3,5
2000	554 203	308 409	5105	70,2	4206	3,1	4,3
2001	553 242	309 803	5146	70,9	4703	3,6	4,7
2002	552 577	310 743	5775	69,8	4886	3,1	3,1
2003	548 972	306 504	5972	69,1	5007	3,0	4,3
2005	542 604	293 960	5657	73,2	5205	2,8	4,6
2006	542 226	290 054	6502	75,2	5404	2,9	4,0
2007	544 042	288 106	6896	75,6	5723	4,0	3,9
2008	547 215	286 470	7427	75,5	6367	3,5	3,6
2010	555 901	283 110	7702	77,5	7033	2,1	4,0
Среднее ...	550 392,9 ± 5215,4	298 016,6 ± 9864,6	5895 ± 345,4	72,6 ± 0,9	5108 ± 302,8	3,1 ± 0,1	4,0 ± 0,1

2002 г. (3,1%) (см. табл. 1).

По данным отчетности формы № 32, мы проанализировали уровень соматической заболеваемости беременных. Результаты анализа здоровья беременных женщин свидетельствуют о высоком уровне предшествовавших или возникших во время беременности заболеваний, который имеет тенденцию к росту (табл. 2).

С 2000 по 2010 г. число беременных женщин, у которых диагностированы хронические заболевания, увеличилось с 52,4 до 69,36%. Первое место в структуре заболеваемости занимает анемия — в среднем 28,8%.

Проблема анемии беременных имеет решающее значение в формировании перинатальной патологии: задержки внутриутробного развития плода и гипоксические повреждения ЦНС, в дальнейшем способствует развитию неврологических расстройств у детей [4]. По данным ряда авторов, анемии занимают лидирующее место в структуре заболеваний беременных [5—7]. Примерно 90% всех анемий относится к железодефицитным, имеющим алиментарное происхождение, что обусловлено дефицитом в рационе питания таких микроэлементов, как йод, железо, цинк, а также витаминов.

По данным литературы, ведущим фактором риска

возникновения анемии у беременных женщин г. Томска является несбалансированное и нерациональное питание. Кроме того, к факторам риска относятся поздняя постановка беременных на учет в женские консультации, длительные менструации в период, предшествующий беременности, возраст матери до 19 лет и др. [7].

В 2000 г. частота анемии беременных в Томске составляла 35,78 на 100 женщин, закончивших беременность родами (в России, по данным [8], — 43,9), в течение последующих 10 лет отмечается тенденция к снижению. К 2010 г. частота анемии беременных г. Томска снизилась в 1,7 раза, по России данный показатель уменьшился в 2 раза.

Болезни щитовидной железы занимают в среднем 4,62% заболеваний беременных, наибольший уровень данного показателя приходится на 2002—2003 гг. (5,53 и 5,4% соответственно), к 2010 г. только 2,4% приходится на эту патологию. В России максимальное значение зарегистрировано также в 2002 г. — 9,06%, затем отмечена тенденция к его снижению [8].

Удельный вес болезней системы кровообращения беременных составляет в среднем 8,24% уровня общей заболеваемости. Динамика изменения данного показате-

Таблица 2

Изменение в динамике уровня заболеваемости беременных г. Томска в 2000—2010 гг. (на 100 закончивших беременность)

Год	Число больных беременных	Анемия	Болезни щитовидной железы	Болезни системы кровообращения
2000	52,40	35,78	5,07	6,75
2001	56,18	33,21	4,96	5,65
2002	58,47	30,67	5,53	5,33
2003	55,95	30,36	5,40	8,29
2005	62,31	24,96	3,59	9,14
2006	51,78	29,25	5,22	13,75
2007	58,34	27,99	4,99	8,68
2008	60,15	26,64	4,51	8,70
2010	69,36	20,36	2,40	7,88
Среднее ...	58,32 ± 1,59	28,80 ± 1,51	4,62 ± 0,33	8,24 ± 0,82

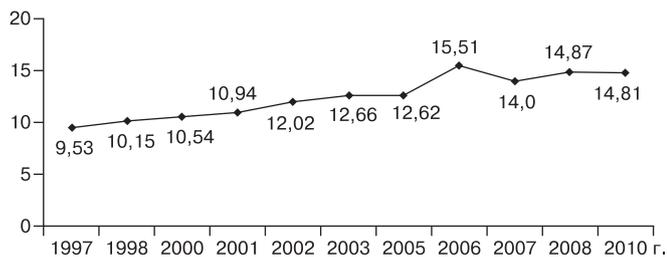


Рис. 1. Изменение в динамике коэффициента (в %) рождаемости (на 1000 населения) в г. Томске.

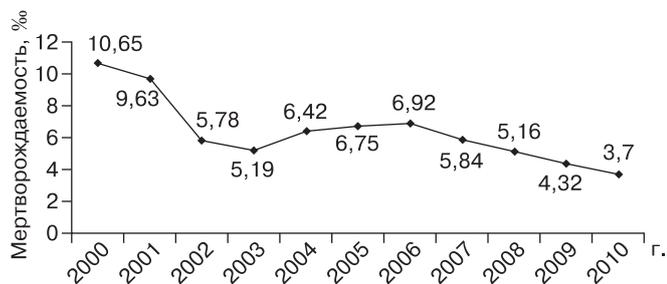


Рис. 2. Изменение в динамике смертности (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) в г. Томске.

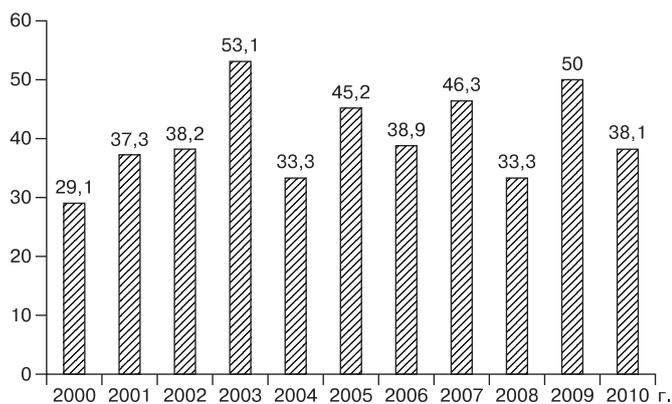


Рис. 3. Доля (в %) доношенных плодов среди мертворожденных в г. Томске.

ля неравномерна и имеет тенденцию к росту (6,75% в 2000 г. и 7,88% в 2010 г.) (см. табл. 2). Частота болезней системы кровообращения беременных в России за исследуемый период сохраняется на одинаковом уровне (10,2%) [8].

Таким образом, уровень заболеваемости беременных в г. Томске ниже, чем по России. Ухудшение здоровья женщин репродуктивного возраста приводит к осложненному течению беременности, родов и послеродового периода [9].

В 2010 г. по сравнению с 1997 г. увеличилось число родившихся детей на 55,4%, что характеризует репродуктивную ситуацию в городе как благоприятную (рис. 1). Максимальный показатель зафиксирован в 2006 г., минимальный — в 1997 г. Прирост за этот период составил 62,7%, к 2010 г. отмечено снижение уровня рождаемости на 4,5% по сравнению с аналогичными показателями в 2006 г. Возможно, низкая рождаемость 1997—1998 гг. связана с негативными социально-экономическими факторами, действовавшими в тот период.

Следует отметить, что в 2008—2010 гг. зафиксировано увеличение количества родившихся детей в среднем на 6% по сравнению с таковым в 2007 г. В этот период

также наблюдается благоприятная тенденция в репродуктивном поведении женщин России [8]. Увеличение рождаемости в России и г. Томске, вероятно, связано и со стимулами экономического характера (материнский капитал, пособия для вставших на учет в женскую консультацию на раннем сроке беременности, увеличение размера детских пособий).

Мертворождаемость носит волнообразный характер, составляя в среднем 6,4‰ (рис. 2). Данный показатель снижается в 3 раза с 2000 г. по 2010 г. (с 10,56 до 3,7‰). За аналогичный период снижение уровня мертворождаемости наблюдается в Сибирском федеральном округе и в целом в РФ [4].

Доля доношенных плодов среди мертворожденных в течение анализируемого периода возросла с 29,1% в 2000 г. до 38,1% в 2010 г., что является неблагоприятной тенденцией (рис. 3). Таким образом, примерно каждый третий погибший в перинатальном периоде ребенок является доношенным. Максимальное значение зафиксировано в 2003 г. — 53% числа мертворожденных (в России — 46,9% [6]). Минимальное значение (29%) отмечено в 2000 г., что существенно ниже, чем по России — 44% [6].

В течение первого десятилетия XXI века перинатальная смертность в России характеризуется ростом антенатальной мертворождаемости (до 83,9% числа мертворожденных), а также доли доношенных среди мертворожденных (51,3%) и погибших в перинатальном периоде (50,6%) [10].

Массу тела новорожденных принято классифицировать как нормальную (2500—3999 г), большую (4000 г и более), низкую (1500—2499 г), очень низкую (1000—1499 г) и экстремально низкую (500—999 г) [11]. В табл. 3 представлено распределение детей по массе тела при рождении.

В среднем 83% новорожденных детей г. Томска имели нормальную массу тела при рождении. В 2001—2005 и 2006—2010 гг. отмечено достоверное снижение данного показателя (см. табл. 3). Минимальное значение (66,2%) зарегистрировано в 2000 г., что согласуется с данными литературы: в этот период отмечено снижение средней массы тела детей при рождении [12].

С большой массой тела (4000 г и более) родились в среднем 7,8% детей общего количества, причем в 1997—1998 гг. указанной группы не отмечено. Согласно данным литературы, в РФ наблюдалось выраженное снижение доли детей массой тела при рождении свыше 4000 г в 1992—1997 гг. [12]. В 2001—2005 гг. наблюдается достоверное увеличение числа более тяжелых новорожденных в 1,5 раза, в 2006—2010 гг. — в 1,7 раза по сравнению с таковым в 1997—2000 гг. К концу ана-

Таблица 3

Год рождения	Масса тела при рождении, г			
	1000—1499	1500—2499	2500—3999	4000 и более
1997—2000	1,1 ± 0,23	6,4 ± 0,54	85,2 ± 3,98	5,5 ± 3,22
2001—2005	0,7 ± 0,06	6,0 ± 0,22	82,2 ± 0,59*	8,6 ± 0,63*
2006—2010	0,8 ± 0,10	6,4 ± 0,39	81,8 ± 0,20*	9,4 ± 0,43*
Среднее...	0,9 ± 0,12	6,3 ± 0,13	83,0 ± 1,07	7,8 ± 1,18

Примечание. * — различия достоверны 2001—2005 и 2006—2010 гг. по сравнению с 1997—2000 гг. по *t*-критерию Стьюдента для пропорций ($p < 0,05$).

Изменение в динамике недоношенности и числа маловесных детей за 1997—2010 гг. (на 100 родившихся живыми) в г. Томске

Число детей	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Недоношенные	6,33	5,36	5,07	5,24	5,45	4,89	4,77	4,90	5,82	5,73	5,50	5,67	5,59
Маловесные	6,49	6,95	7,07	7,54	7,06	6,20	6,48	7,11	5,35	7,48	7,00	6,51	6,34

лизируемого периода происходит снижение доли детей, имеющих очень низкую массу тела при рождении.

Недоношенность, связанная прежде всего с заболеваниями беременных женщин, оказывает отрицательное влияние на физическое развитие детей в последующие периоды их жизни и неизбежно способствует росту перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных. Рост уровня недоношенности среди новорожденных России отмечен в многочисленных исследованиях. При этом подчеркивается, что частота осложнений у недоношенных детей выше, чем у доношенных (респираторный дистресс-синдром, анемия, инфекционные заболевания и др.), а заболевания у недоношенного ребенка сопровождаются выраженными нарушениями метаболических процессов и иммунных расстройств, что обуславливает перинатальную и младенческую смертность, детскую инвалидность [1, 6].

Число родившихся недоношенными уменьшилось с 6,33% в 1997 г. до 5,59% в 2010 г. Уровень недоношенности снижался опережающими темпами (13,2%) в сравнении с числом маловесных детей (на 2,4% за те же годы) (табл. 4).

На протяжении всего анализируемого периода сохраняется превышение числа маловесных новорожденных над числом недоношенных, что свидетельствует о негативном влиянии социальных факторов на качество воспроизводства потомства и неблагоприятных последствиях пережитого кризиса 1990-х годов. Возможно, вступает в силу фактор ухудшения репродуктивного здоровья родителей, чей период полового созревания пришелся на кризисные 1990-е годы [6].

Результаты корреляционного анализа показали, что существует сильная прямая связь ($r > 0,75$) достоверного коэффициента корреляции Пирсона между патологией щитовидной железы и анемией беременных ($r = 0,89$; $p < 0,05$); заболеваниями системы кровообращения беременных и низкой массой тела новорожденных ($r = 0,83$; $p < 0,05$); заболеваниями системы кровообращения беременных и количеством недоношенных детей ($r = 0,79$; $p < 0,05$).

Выводы

1. С 1997 по 2010 г. на 78,6% увеличилось количество беременных, поступивших под наблюдение женской консультации, в том числе отмечен прирост женщин, вставших на учет на раннем сроке беременности.

2. За 14 лет анализируемого периода рождаемость возросла на 55,4%, отмечено достоверное увеличение числа новорожденных с большой массой тела, сохраняется превышение числа маловесных новорожденных над числом недоношенных.

3. Уровень мертворождаемости с 2000 г. по 2010 г. снижен в 3 раза, при этом возрастает доля доношенных плодов среди мертворожденных.

4. Увеличение показателей воспроизводства населения происходит на фоне снижения уровня здоровья беременных женщин. В структуре заболеваний преобладает анемия.

5. Отмечается сильная прямая связь между патологией щитовидной железы и анемией беременных, забо-

леваниями системы кровообращения беременных и низкой массой тела новорожденных, а также количеством недоношенных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Димитриев Д.А., Димитриев А.Д. Масса тела при рождении и ее использование в системе социально-гигиенического мониторинга. *Гигиена и санитария*. 2007; 1: 76—9.
2. Трухина С. И., Трухин А.Н., Циркин В.И. Влияние массы тела при рождении на физическое развитие детей и подростков. *Гигиена и санитария*. 2012; 2: 73—7.
3. Численность и половозрастной состав населения Томской области за 1997—2010 гг. Статистический сборник Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Томской области. Томск: Томскстат; 2011.
4. Суханова Л.П. Статистика родовспоможения как фактор обеспечения качества акушерской и перинатальной помощи в России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2007; 4. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/47/30>. (Дата обращения: 07.02.2013).
5. Даутов Ф.Ф., Тухватуллина Л.М., Черепанова Е. Н. Репродуктивное здоровье женщин на территориях города с разным уровнем антропогенной нагрузки. *Гигиена и санитария*. 2009; 1: 17—9.
6. Суханова Л.П. Перинатальная ситуация в современной России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2007; 2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/30/32>. (Дата обращения: 07.02.2013).
7. Шихин А.В. *Гигиеническое обоснование системы мероприятий по профилактике анемии у беременных женщин*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2001.
8. Суханова Л.П., Леонов С.А. Родовспоможение в России — состояние, тенденции развития, пути совершенствования. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010; 2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/201/30>. (Дата обращения: 07.02.2013).
9. Савельева Г.М. Пренатальный период и его значение в развитии плода и новорожденного. *Акушерство и гинекология*. 2004; 2: 60—2.
10. Суханова Л.П., Глушенкова В.А., Кузнецова Т.В. Эволюция акушерской патологии в России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2010; 4: 27—32.
11. Шабалов Н.П. *Неонатология*. т. 1. М.: Медпресс-информ; 2004.
12. *Дети России 2000—2001 гг.* Отчет Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. М.; 2002.

REFERENCES

1. Dmitriev D.A., Dmitriev A.D. Birth weight and its application in the socio-hygienic monitoring system. *Gigiena i sanitariya*. 2007; 1: 76—9 (in Russian).
2. Trukhina C.I., Trukhin A.N., Tsirkin V.I. The influence of birth weight on the physical growth of children and adolescents. *Gigiena i sanitariya*. 2012; 2: 73—7 (in Russian).
3. Amount and gender /age structure of the Tomsk region population during from 1997 till 2010. Statistical compendium of Tomsk region Territorial agency of Federal service of state statistics. Tomsk: Tomskstat; 2011 (in Russian).
4. Sukhanova L.P. Obstetric aid statistics as a factor to ensure the quality of obstetric and perinatal care in Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online]. 2007 [cited 2013 Feb 7]. 4. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/47/30/lang.ru/> (in Russian).

5. Dautov F.F., Tukhvatullina L.M., Tcherepanova E.N. Women reproductive health on the territories of the cities with a different level of anthropogenic load. *Gigiena i sanitariya*. 2009; 1: 17—9 (in Russian).
6. Sukhanova L.P. The prenatal situation in modern Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online]. 2007 [cited 2013 Feb 7]; 2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/30/32/lang.ru/> (in Russian).
7. Shikhin A.V. *Hygienic basis of the system of anaemia prevention for pregnant women*: Diss. Moscow; 2001 (in Russian).
8. Sukhanova L.P., Leonov S.A. Obstetric aid in Russia — status, trends of development and ways of improvement. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [serial online]. 2010 [cited 2013 Feb 7]. 2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/201/30/lang.ru/> (in Russian).
9. Savelyeva G.M. The prenatal period and its importance in the development of the fetus and newborn. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2004; 2: 60—2 (in Russian).
10. Sukhanova L.P., Glushenkova V.A., Kuznetsova T.V. The evolution of obstetric pathology in Russia. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2010; 4: 27—32 (in Russian).
11. Shabalov N.P. *Neonatology*. vol. 1. Moscow: Medpress-inform; 2004 (in Russian).
12. Children of Russia 2000—2001. N.A. Semashko scientific research institute of social hygiene, economy and health care management report. Moscow; 2002 (in Russian).

Поступила 28.10.13
Received 28.10.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2:616.24-007.272-036.12-08]:33

АКРАМОВА Э.Г.¹, ХАМИТОВА Р.Я.², БАКИРОВ Р.С.¹

Клинико-экономический анализ стационарного лечения хронической обструктивной болезни легких

¹Государственное автономное учреждение здравоохранения центральная городская клиническая больница № 18, 420101, г. Казань; ²Казанский (приволжский) федеральный университет, 420008, г. Казань

Результаты анализа данных муниципальной больницы крупного города за 2010—2012 гг. показали, что средняя длительность пребывания на койке при обострении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ) с учетом 95% доверительного интервала по сравнению с изолированным вариантом ХОБЛ возрастает на 0,7—1,4 дня; стоимость стационарного курса фармакотерапии повышается в 1,4 раза; при ХОБЛ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) — на 0,5—1,9 дня и в 2,5 раза соответственно. Доля лиц с госпитализацией более 1 раза в три года при коморбидных формах выше — 28 и 14% соответственно. В результате ультразвукового и функционального обследования 150 пациентов с ХОБЛ, 86 с АГ и ИБС, 33 практически здоровых лиц с использованием 611 показателей, полученных непосредственно или расчетным путем, установили, что сердечно-сосудистая патология формируется у заметной части пациентов с ХОБЛ на начальных стадиях.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких; сопутствующая кардиальная патология; ультразвуковое обследование; медицинская и экономическая эффективность диагностики.

THE CLINICAL ECONOMIC ANALYSIS OF HOSPITAL TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE OF LUNGS

Akramova E.G.¹, Khamitova R.Ya.², Bakirov R.S.¹

¹The central municipal clinical hospital №18, 420101, Kazan, Russia; ²The Kazan (Privolzhsky) federal university of the Russian Federation, 420008, Kazan, Russia

The analysis of data of municipal hospital of large city in 2010-2012 demonstrated that mean duration of stay at bed in case of exacerbation of chronic obstructive disease of lungs with consideration for 95% confidence interval as compared with isolated case of chronic obstructive disease of lungs increases up to 0.7-1.4 days. Correspondingly, the cost of hospital course of pharmacotherapy increases up to 1.4 times. In case of chronic obstructive disease of lungs associated with ischemic heart disease the mentioned indicators increases up to 0.5-1.9 days and 2.5 times accordingly. The percentage of patients with hospitalization more than once per three years under comorbide forms is higher - 28% and 14% correspondingly. The ultra-sound and functional examination of 150 patients with chronic obstructive disease of lungs, 86 patients with arterial hypertension and ischemic heart disease and 33 healthy persons was applied using 611 indicators derived immediately or by estimated means. The results made it possible to establish that cardiovascular pathology is formed at initial stages in marked percentage of patients with chronic obstructive disease of lungs.

Key words: chronic obstructive disease of lungs; concomitant cardiac pathology; ultra-sound examination; medical and economic effectiveness; diagnostic.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из важнейших проблем здравоохранения и по наносимому в глобальном масштабе ущербу, по данным ВОЗ, выходит на пятое место. При целенаправленном исследовании среди взрослых в возрасте от 40 лет и старше выявлена ХОБЛ у 8,2% [1]. По мнению специалистов, половине из 24 млн больных ХОБЛ в США либо диагноз не выставлен, либо они имеют не-

правильный диагноз [2]. В РФ, согласно официальной статистике, ХОБЛ диагностирована у более 840 тыс. пациентов. Однако одномоментный скрининг продемонстрировал, что распространенность ХОБЛ в 5,4 раза выше заявленных данных [3].

Первое ключевое положение: ХОБЛ — заболевание, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, которые способны дополнительно отягощать