

УДК 616.12-036.22(574.51)

С.Ф. БЕРКИНБАЕВ, Г.А. ДЖУНУСБЕКОВА, Н.А. АБДИКАЛИЕВ,  
А.Т. МУСАГАЛИЕВА, К.М. КОШУМБАЕВА, А.Х. ИСАБЕКОВА,  
Б.А. АХЫТ, Д.М. АКПАНОВА, Г.Р. УСАЕВА

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗСР РК, г. Алматы

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(по данным эпидемиологического исследования  
в г. Алматы и Алматинской области)



Беркинбаев С.Ф.

Опыт многих государств показывает, что с сердечно-сосудистыми заболеваниями можно успешно бороться только при наличии системы эффективных мер их профилактики. Так как здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, одной из основных задач системы здравоохранения является воздействие на основные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель исследования.** Провести одномоментное (кросс-секционное) многоцентровое исследование в г. Алматы и Алматинской области для получения исходных эпидемиологических показателей.

**Материал и методы.** Материалом для проведения исследования послужили лица в возрасте 18-69 лет, проживающие в г. Алматы и Алматинской области. В данном исследовании были использованы определения факторов риска в соответствии со стандартизированной методикой Всемирной организации здравоохранения STEPS.

**Результаты и обсуждение.** Абдоминальное ожирение выявлено у 55,6% обследованных мужчин и у 75,8% женщин ( $p < 0,001$ ,  $RR-0.7336$ ,  $CI\ 0.6683, 0.8052$ ). Преобладание абдоминального ожирения среди женщин отмечается как в городе, так и селе (в городе  $p < 0,001$ ,  $RR-0.713$ ,  $CI\ 0.6202, 0.8196$ ; в селах Алматинской области  $p < 0,001$ ,  $RR-0.74$ ,  $CI\ 0.6528, 0.8389$ ). Нет значимых различий по распространенности артериальной гипертензии среди мужчин и женщин. В сельской местности достоверно выше гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия у мужчин, по сравнению с женщинами.

**Выводы.** Наиболее распространенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний являются избыточная масса тела, дислипидемия и малоподвижный образ жизни. Антигипертензивные препараты регулярно принимают 45,6% лиц, страдающих артериальной гипертензией. При оценке приверженности больных с перенесенным инфарктом миокарда к лечению установлено, что антиагреганты регулярно принимают 80%, бета-блокаторы – 70%, тогда как статины – лишь 5% из них.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска.

По данным ВОЗ здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, на 20% – от генетических особенностей, на 20% – от состояния окружающей среды и только на 10% – от медицинской помощи [1, 2, 3]. Анализ причин снижения смертности в развитых странах Америки и Европы показал, что вклад интервенционных и кардиохирургических методов в снижение, например, сердечно-сосудистой смертности составляет лишь около 7%, тогда как снижение общего холестерина приводит к 24%, контроль артериальной гипертензии – к 20%, отказ от курения – к 12% и физическая активность – к 5% снижения смертности [4, 5, 6]. Вышеизложенное свидетельствует о том, что чрезвычайно важным является воздействие на основные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Врачи ПМСР являются ключевой фигурой, способной проводить активную первичную и вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. В большинстве

стран мира именно врачи первичного звена обеспечивают более 90% консультаций и лечебно-профилактических мероприятий (профилактика, скрининг болезней, мониторинг хронических заболеваний и долговременное наблюдение). Особенно важна их роль для выявления лиц с факторами риска ССЗ [7].

Поскольку проблема борьбы с ССЗ требует комплексного подхода, решить ее можно только путем целенаправленных скоординированных действий органов законодательной и исполнительной власти, здравоохранения, научных и общественных организаций.

В связи с этим целью нашего исследования являлось провести одномоментное (кросс-секционное) многоцентровое исследование в г. Алматы и Алматинской области для получения исходных эпидемиологических показателей факторов риска основных ССЗ для последующей реализации научно обоснованных лечебно-профилактических программ.

**Контакты:** Беркинбаев Салим Фархатович, д-р мед. наук, профессор, директор НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗСР РК, г. Алматы. Тел.: + 7 (727) 29 67 51, e-mail: ncvb-dir@yandex.kz

**Contacts:** Salim Farkhatovich Berkinbayev, MD, professor, Director of the Research Institute of Cardiology and Internal Disease of the Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Almaty c. Ph.: + 7 (727) 29 67 51, e-mail: ncvb-dir@yandex.kz

Дизайн исследования: аналитическое, сквозное, кросс-секционное исследование.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом для проведения исследования послужили лица в возрасте 18-69 лет, проживающие в г. Алматы и Алматинской области (г. Талгар, с. Ушканыр, с. Панфилово, с. Жандосово).

В данном исследовании были использованы определение факторов риска в соответствии со стандартизированной методикой Всемирной организации здравоохранения STEPS [8]. Исследование одобрено Локальной этической комиссией НИИ кардиологии и внутренних болезней (протокол №22 от 31.07.2015 г.). Статистический анализ данных исследования состоит из двух основных этапов – одномерного и многомерного.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общее количество обследованных – 1575 взрослых лиц в возрасте от 18 до 69 лет. Среди обследованных лиц 25,5% (401 человек) составили мужчины, 74,5% (1174 человека) – женщины. Во всех возрастных группах количество женщин значительно превышало количество обследованных мужчин. Средний возраст обследованных лиц –  $47 \pm 14$  лет (мужчин –  $47 \pm 15$  лет, женщин –  $47 \pm 14$  лет,  $p > 0,05$ ). Среди обследованных мужчин 46,9% составили лица старше 50 лет, среди женщин данная группа составила 48,9% ( $p > 0,05$ ) (табл. 1).

К числу основных биомедицинских факторов рисков, которые характеризуют наличие негативных физиологических/метаболических изменений, повышающих вероятность большинства БСК, относятся: 1) избыточная масса тела и ожирение; 2) повышенный уровень артериального давления; 3) повышенный уровень холестерина в крови.

Среди всех обследованных лиц не выявлено гендерных значимых различий по распространенности нормального ИМТ, избыточной массы тела и ожирения ( $p > 0,05$ ). Нормальный ИМТ имели 44,25% обследованных лиц, в 25% случаев было выявлено ожирение. Следует отметить, что нормальный ИМТ среди жителей города (51,5%) встречался достоверно чаще, чем среди сельских жителей (33,59%) ( $p < 0,001$ , RR 1.165, CI 1.072, 1.267), причем у женщин на селе ожирение встречается чаще, чем у мужчин ( $p < 0,01$ , RR 0.7605 CI 0.5904, 0.9796), таблица 2.

Абдоминальное ожирение выявлено у 55,6% обследованных мужчин и у 75,8% женщин ( $p < 0,001$ , RR-0.7336, CI 0.6683, 0.8052). Преобладание абдоминального ожирения среди женщин отмечается как в городе, так и на селе (в городе  $p < 0,001$ , RR 0.713 CI 0.6202, 0.8196; в селах Алматинской области  $p < 0,001$ , RR 0.74, CI 0.6528, 0.8389).

При сравнении показателей ИМТ и ОТ у лиц с артериальной гипертензией и без нее установлено, что как среди городских, так и среди сельских жителей у лиц с нормальным уровнем АД ИМТ и ОТ достоверно ниже, чем у лиц с повышенным АД, что подтверждает связь ожирения с повышенным артериальным давлением.

Таким образом, в обследованной популяции среднее значение ИМТ превышает нормальный показатель как среди мужчин, так и среди женщин. С возрастом отмечено нарастание ИМТ, в большей степени выраженное у женщин. Среди жителей села чаще встречается ожирение, а абдоминальное ожирение встречается чаще среди женщин, как среди городских, так и среди сельских жителей. Установлена связь артериальной гипертензии с повышенным ИМТ и абдоминальным ожирением.

По данным проведенного анкетирования, 43% респондентов отметили, что у них отмечалось повышенное АД. Значимых различий среди городских и сельских жителей по распространенности повышенного АД не наблюдалось ( $p > 0,05$ ). Нет значимых различий по распространенности артериальной гипертензии среди мужчин и женщин (табл. 3).

Таблица 1 – Характеристика обследованных лиц по полу и возрасту

| Возраст | Мужчины |      | Женщины |      | Оба пола |      |
|---------|---------|------|---------|------|----------|------|
|         | N       | %    | N       | %    | N        | %    |
| 18-29   | 68      | 27,9 | 175     | 72,1 | 243      | 15,4 |
| 30-39   | 65      | 28,5 | 163     | 71,5 | 228      | 14,5 |
| 40-49   | 80      | 23,5 | 261     | 76,5 | 341      | 21,7 |
| 50-59   | 93      | 21,3 | 344     | 78,7 | 437      | 27,7 |
| 60-69   | 95      | 29,1 | 231     | 70,9 | 326      | 20,7 |
| Всего   | 401     | 25,5 | 1174    | 74,5 | 1575     | 100  |

Таблица 2 – Распространенность абдоминального ожирения среди респондентов (ОТ  $\geq 94$  см для мужчин,  $\geq 80$  см для женщин)

| Населенный пункт | Всего мужчин | Мужчины с ОТ $\geq 94$ см |          | Всего женщин | Женщины с ОТ $\geq 80$ см |       |
|------------------|--------------|---------------------------|----------|--------------|---------------------------|-------|
|                  | абс.         | абс.                      | %        | абс.         | абс.                      | %     |
| Город            | 195          | 103                       | 52,8**   | 737          | 546                       | 74,1  |
| Село             | 206          | 120                       | 58,25*** | 437          | 344                       | 78,72 |
| Всего            | 401          | 223                       | 55,61*   | 1174         | 890                       | 75,81 |

\* – достоверность различий между мужчинами и женщинами  $p < 0,001$ , RR-0.7336, CI 0.6683, 0.8052; \*\* – достоверность различий между мужчинами и женщинами в городе  $p < 0,001$ , RR 0.713 CI 0.6202, 0.8196; \*\*\* – достоверность различий между мужчинами и женщинами в селе  $p < 0,001$ , RR 0.74, CI 0.6528, 0.8389

Таблица 3 – Распространенность артериальной гипертензии, по данным опроса

| Пол     | Всего обследовано | Повышалось АД |      |       |      |      |      |
|---------|-------------------|---------------|------|-------|------|------|------|
|         |                   | всего         |      | город |      | село |      |
|         |                   | N             | %    | N     | %    | N    | %    |
| Мужчины | 401               | 163           | 40,6 | 80    | 49,1 | 83   | 50,9 |
| Женщины | 1174              | 515           | 43,9 | 308   | 59,8 | 207  | 40,2 |
| Всего   | 1575              | 678           | 43   | 388   | 57,2 | 290  | 42,8 |

Таблица 4 – Средние значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления

| Населенный пункт | САД, мм рт. ст. |            |            | ДАД, мм рт. ст. |           |           |
|------------------|-----------------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|
|                  | Мужчины         | Женщины    | оба пола   | Мужчины         | Женщины   | оба пола  |
| Город            | 122,7±1,48      | 119±0,86   | 119,7±0,74 | 80,6±0,8        | 77,1±0,46 | 77,8±0,4  |
| Села             | 123,3±1,63      | 123±1,04   | 123±0,88   | 80,4±1,02       | 79,7±0,59 | 79,9±0,52 |
| Всего            | 123±1,1         | 120,5±0,67 | 121,2±0,58 | 80,5±0,66       | 78±0,36   | 78,7±0,32 |

Таблица 5 – Средние значения показателей липидного спектра крови в зависимости от возраста

| Годы  | ОХ       |          | ЛПНП     |          | ТГ        |          | ЛПВП      |           |
|-------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
|       | мужчины  | женщины  | мужчины  | женщины  | мужчины   | женщины  | мужчины   | женщины   |
| 17-29 | 4,72±0,1 | 4,95±0,1 | 2,9±0,1  | 2,9±0,07 | 1,3±0,08  | 1,4±0,07 | 1,5±0,04  | 1,57±0,03 |
| 30-39 | 4,86±0,1 | 5,06±0,1 | 2,94±0,1 | 3,05±0,1 | 1,4±0,09  | 1,49±0,1 | 1,5±0,05  | 1,56±0,03 |
| 40-49 | 4,9±0,13 | 4,9±0,1  | 2,8±0,13 | 2,9±0,06 | 1,36±0,09 | 1,7±0,34 | 1,5±0,04  | 1,54±0,02 |
| 50-59 | 4,95±0,1 | 5,04±0,1 | 3,0±0,12 | 3,03±0,1 | 1,49±0,1  | 1,59±0,1 | 1,45±0,04 | 1,57±0,02 |
| 60-69 | 5,1±0,10 | 5,06±0,1 | 2,98±0,1 | 3,09±0,1 | 1,46±0,08 | 1,5±0,07 | 1,6±0,04  | 1,59±0,03 |

Таблица 6 – Частота дислипидемии среди обследованных лиц

| Населенный пункт |          | всего | ОХ>5,0 ммоль/л |        | Тг>1,7 ммоль/л |       | ЛПНП>3,0 ммоль/л |         |
|------------------|----------|-------|----------------|--------|----------------|-------|------------------|---------|
|                  |          | абс.  | абс.           | %      | абс.           | %     | абс.             | %       |
| Город            | мужчины  | 195   | 68             | 34,87  | 49             | 25,13 | 80               | 41,03   |
|                  | женщины  | 737   | 306            | 41,52  | 191            | 25,92 | 312              | 42,33   |
|                  | оба пола | 932   | 374            | 40,13  | 240            | 25,75 | 392              | 42,06   |
| Село             | мужчины  | 206   | 103            | 50,00* | 55             | 26,7  | 95               | 46,12** |
|                  | женщины  | 437   | 168            | 38,44  | 113            | 25,86 | 162              | 37,07   |
|                  | оба пола | 643   | 271            | 42,15  | 168            | 26,13 | 257              | 39,97   |
| Всего            | мужчины  | 401   | 171            | 42,64  | 104            | 25,94 | 175              | 43,64   |
|                  | женщины  | 1174  | 474            | 40,37  | 304            | 25,89 | 474              | 40,37   |
|                  | оба пола | 1575  | 645            | 40,95  | 408            | 25,90 | 649              | 41,21   |

\* – достоверность различий между мужчинами и женщинами по уровню ОХС в селе ( $p<0,03$ , RR 1.301, CI 1.085, 1.558); \*\* – достоверность различий между мужчинами и женщинами по уровню ХСЛПНП в селе ( $p<0,02$ , RR1.244 CI1.027, 1.507)

Среди лиц, страдающих артериальной гипертензией, регулярно принимают препараты 45,6% лиц, 32,89% принимают препараты только при повышенном артериальном давлении, 19% вообще не принимают антигипертензивной терапии. Значимых различий по характеру приема антигипертензивной терапии в зависимости от пола и места проживания не установлено. В обследованной популяции средние значения систолического артериального давления (САД) – 121,2±0,58 мм рт. ст., диастолического (ДАД) – 78,7±0,32 мм рт. ст. Значимых различий по среднему уровню АД среди мужчин и женщин, как в городе, так и в сельской местности не установлено (табл. 4).

Среднее значение уровня общего холестерина (ОХС) в обследованной популяции составило 4,99±0,03 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПН) – 3,1±0,13 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – 1,53±0,07 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности – 1,56±0,01 ммоль/л (табл. 5). Значимых различий по показателям липидного спектра крови в зависимости от половой принадлежности не установлено. Отмечается небольшая тенденция к нарастанию средних значений липидного спектра крови с возрастом ( $p>0,05$ ). Гиперхолестеринемия обнаружена у 40,95% обследованных лиц. В сельской

местности отмечаются гендерные различия по встречаемости гиперхолестеринемии (мужчины – 50%, женщины – 38,44%,  $p<0,03$ , RR 1.301, CI 1.085, 1.558) (табл. 6).

Гипертриглицеридемия выявлена у 25,95% обследованных лиц. Наблюдается широкое распространение повышенного уровня ХС ЛПНП (41,21%). В сельской местности среди мужчин повышенный уровень ХСЛПНП встречается чаще, чем среди женщин ( $p<0,02$ , RR1.244 CI1.027, 1.507) (табл. 6).

## ВЫВОДЫ

В ходе скрининга у респондентов проводился сбор информации о наличии у них ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, инсульта в анамнезе, а также различных форм фибрилляции предсердий. При анализе данных, полученных при опросе, установлено, что распространенность ИБС, в целом, в обследованных городских и сельских населенных пунктах составляет 17,14%, частота перенесенного ИМ и инсульта – 3,8% и 2,86% соответственно. Как в городах, так и в селах наблюдалось существенное преобладание частоты инфаркта миокарда среди мужчин по сравнению с женщинами; в целом в обследованной популяции перенесенный ИМ отмечен у 8,7% мужчин, что в

4 раз было больше, чем у женщин (2,13%) ( $p < 0,0001$ , RR 4.099 CI 2.485, 6.761). Оценка приверженности больных с перенесенным ИМ (в целом) к лечению показала, что антиагреганты регулярно принимают 80%, бета-блокаторы – 70%, тогда как статины – лишь 5% из них. Среди горожан перенесенный инсульт у мужчин (5,64%) встречался достоверно чаще, чем у женщин (2,44%) ( $p < 0,01$ , RR 2.31 CI 1.109, 4.808). Распространенность фибрилляции предсердий была практически одинаковой среди жителей обследованных городских (3,3%) и сельских (3,26%) населенных пунктов (г. Алматы и Алматинская область).

Таким образом, результаты проведенного этапного исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

1. В обследованных населенных пунктах (г. Алматы, Алматинская область) частота артериальной гипертонии составляет в среднем 43%, ИБС – 17,14%, перенесенного инфаркта миокарда – 3,8%, перенесенного инсульта – 2,86%, фибрилляции предсердий – 3,3%. Наиболее распространенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний являются избыточная масса тела, дислипидемия и малоподвижный образ жизни.

2. Антигипертензивные препараты регулярно принимают 45,6% лиц, страдающих артериальной гипертонией. При оценке приверженности больных с перенесенным инфарктом миокарда к лечению установлено, что антиагреганты регулярно принимают 80%, бета-блокаторы – 70%, тогда как статины – лишь 5% из них.

#### **Прозрачность исследования**

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 статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Wilkinson R., Marmot M. Social determinants of health. The solid facts (2nd Ed). – Geneva: WHO, 2003
- 2 Connolly S., Holden A., Turner E., Fiumicelli G., Stevenson J., Hunjan M., Mead A., Kotseva K., Jennings C., Jones J., Wood D.A. My Action: an innovative approach to the prevention of cardiovascular disease in the community // Br. J. Cardiol. – 2011. – Vol. 18. – Issue. 4. – P. 171-176
- 3 Сайт Всемирной организации здравоохранения. <http://www.who.int/gho/ncd/en/index.html>
- 4 Ford E.S., Capewell S. Coronary heart disease mortality among young adults in the U.S. from 1980 through 2002: concealed leveling of mortality rates // J Am. Coll. Cardiol. – 2007. – Vol. 50. – P. 2128-2132
- 5 WHO. European Health for All Database, January 2013 version. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013
- 6 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012).
- 7 Алиев А.Ф. К вопросу об интегральном критерии

общественного здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №4. – С. 20-22.

8 Мальцев В.Н. Опыт создания региональной системы профилактики заболеваний // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №4. – С. 41-42

#### **REFERENCES**

- 1 Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts (2nd Ed). Geneva: WHO; 2003
- 2 Connolly S, Holden A, Turner E, Fiumicelli G, Stevenson J, Hunjan M, Mead A, Kotseva K, Jennings C, Jones J, Wood DA. My Action: an innovative approach to the prevention of cardiovascular disease in the community. Br. J. Cardiol. 2011;18(4):171-6
- 3 The site of the World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/gho/ncd/en/index.html>
- 4 Ford ES, Capewell S. Coronary heart disease mortality among young adults in the U.S. from 1980 through 2002: concealed leveling of mortality rates. J Am. Coll. Cardiol. 2007;50:2128-32
- 5 WHO. European Health for All Database, January 2013 version. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013
- 6 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012).
- 7 Aliyev AF. On the question of integral criteria of public health. Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny = Problems of Social Hygiene, health and medical history. 2001;4:20-2 (In Russ.)
- 8 Maltsev VN. The experience of setting up a regional disease prevention system. Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny = Problems of Social Hygiene, health and medical history. 2001;4:41-2 (In Russ.)

#### **Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**С.Ф. БЕРКІНБАЕВ, Г.А. ЖҮНІСБЕКОВА,  
Н.А. ӘБДІҚАЛИЕВ, А.Т. МҰСАҒАЛИЕВА,  
К.М. ҚОШЫМБАЕВА, А.Х. ИСАБЕКОВА,  
Б.А. АХЫТ, Д.М. АҚПАНОВА Г.Р. УСАЕВА**

ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ., Қазақстан

**НЕГІЗГІ ЖҮРЕК ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ТӘУЕКЕЛДІК ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ (Алматы қаласы мен Алматы облысында жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулердің деректері бойынша)**

Көптеген елдердің тәжірибесі жүрек-қантамырлары ауруларына олардың алдын алу бойынша іс-шаралардың тиімді жүйесі болған жағдайда ғана табысты күресуге болады деп көрсетеді. Денсаулық сақтау өмір салтының 50% тәуелді болғандықтан, денсаулық сақтау жүйесінің басты міндеттерінің бірі жүрек-қантамырлары ауруларының негізгі тәуекел факторларына әсер ету болып табылады.

**Зерттеудің мақсаты.** Бастапқы эпидемиологиялық көрсеткіштерді алу үшін Алматы қ. және Алматы облыстарында бір сәтті (кросс-секциялық) көп орталықты зерттеулер жүргізу.

**Материал және әдістері.** Зерттеуді жүргізуге материал ретінде Алматы қ. және Алматы облыстарында тұратын 18-69 жас аралығындағы тұлғалар болды. Бұл зерттеуде STEPS Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының стандартталған

әдістемесіне сәйкес қауіп факторларын анықтамасы пайдаланылды.

**Нәтижелері және талқылауы.** Абдоминальдық семіздік тексерілген ер адамдардың 55,6%-ында және 75,8% әйелдерде ( $p < 0,001$ , RR-0.7336, CI 0.6683, 0.8052) анықталды. Әйелдер арасында абдоминальдық семіздіктің басым болуы қалада да, ауылда да (қалада  $p < 0,001$ , RR0.713 CI 0.6202, 0.8196; Алматы облысының ауылдарында  $p < 0,001$ , RR 0.74, CI 0.6528, 0.8389) байқалады. Артериялық гипертензияның ер адамдар мен әйелдер арасында таралуында айқын айырмашылық жоқ. Ауылдық жерлерде әйелдермен салыстырғанда ер адамдарда гиперхолестеринемия мен гипертриглицеридемия мейлінше жоғары.

**Қорытынды.** Жүрек-қан тамыр ауруларының мейлінше кең таралған қауіп факторлары дененің артық салмағы, дислипидемия және жүріс-тұрысы аз өмір салты болып табылады. Антигипертензивті препараттарды артериялық гипертониямен ауыратын тұлғалардың 45,6%-ы үнемі қабылдайды. Миокард инфарктімен ауырған науқастардың емге бейімділігін бағалау кезінде статиндерді тек қана 5% ғана қабылдаған кезде, антиагреганттарды 80%, бета – блокаторларды – 70% үнемі қабылдайтындығы анықталды.

**Негізгі сөздер:** тәуекел факторлары, жүрек-қан тамырлары аурулары.

#### SUMMARY

S.F. BERKINBAYEV, G.A. DJUNUSBEKOVA,  
N.A. ABDIKALIEVA, A.T. MUSAGALIEVA,  
K.M. KOSHUMBAYEVA, A.Kh. ISABEKOVA,  
B.A. AKHYT, D.M. AKPANOVA, G.R. USAEVA  
Research Institute of Cardiology and Internal Disease  
of the Ministry of Health and Social Development  
of the Republic of Kazakhstan, Almaty c., Kazakhstan

#### COMMON RISK FACTOR OF MAJOR CARDIOVASCULAR DISEASES (according to an epidemiological study in the city of Almaty c. and Almaty region)

The experience of many countries shows that cardiovascular diseases can be fought successfully only if there is an effective system of measures to prevent them. Since health is 50% dependent on lifestyle, one of the main tasks of the health care system is the impact on the main risk factors for cardiovascular disease.

**Objective.** To conduct a one-time (cross-sectional) multicenter study in Almaty and Almaty region for initial epidemiological indicators.

**Material and methods.** The material for the research were persons aged 18-69 years living in the city of Almaty and Almaty region. In this study were used to determine risk factors according to a standardized procedure STEPS World Health Organization.

**Results and discussions.** Abdominal obesity was found in 55.6% of the surveyed men and 75.8% women ( $p < 0,001$ , RR-0.7336, CI 0.6683, 0.8052). The prevalence of abdominal obesity in women is celebrated in the city and in the village (in the city  $p < 0,001$ , RR0.713 CI 0.6202, 0.8196; in the villages of Almaty oblast  $p < 0,001$ , RR 0.74, CI 0.6528, 0.8389). No significant differences in the prevalence of hypertension among men and women. In rural areas, significantly higher hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia in men compared to women.

**Conclusion.** The most common risk factors for cardiovascular diseases are overweight, dyslipidemia and sedentary lifestyle. Antihypertensive drugs regularly 45.6% of persons suffering from hypertension. When assessing compliance of patients with myocardial infarction treatment revealed that antiplatelets regularly 80% beta – blockers – 70%, while the statins – only 5% of them.

**Key words:** cardiovascular diseases, cardiovascular disease.

Для ссылки: Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Абдиалиева Н.А., Мусагалиева А.Т., Кошумбаева К.М., Исабекова А.Х., Ахыт Б.А., Акпанова Д.М., Усаева Г.Р. Распространенность факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний (по данным эпидемиологического исследования в г. Алматы и Алматинской области) // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 9 (171). – P. 14-18

Статья поступила в редакцию 16.09.2016 г.

Статья принята в печать 26.09.2016 г.