

ставляющие возможности для обучения управлению образом жизни и поведенческому консультированию будущих практикующих врачей.

Литература

1. Орлова Н.В. и др. Влияние ожирения на течение воспалительных реакций у больных острым инфарктом миокарда. *Вестн. Рос. гос. мед. ун-та*, 2011; 2: 8–12.
2. Орлова Н.В. и др. Изучение взаимосвязи уровней острофазных белков и нарушений липидного обмена у больных ИБС с поражением коронарных
3. Чукаева И.И. и др. Гендерные отличия жесткости стенки артерий у больных артериальной гипертензией и высоким суммарным сердечно-сосудистым риском. *Вестн. соврем. клин. медицины*, 2014; 3: 35–38.
4. Арутюнов Г.П. и др. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 199 с.
5. Пинчук Т.В. и др. Интерактивные методы обучения в высшем медицинском образовании (Аналитический обзор). *Мед. образование и проф. развитие*, 2020; 3 (39): 102–117.

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-233-234

Эпидемиология факторов риска сердечно-сосудистых событий среди взрослого населения г. Москвы

С.А. Сапожников, Н.В. Щепетин

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Эпидемиологический переход в XX веке сопровождался снижением смертности и инвалидности от инфекционных заболеваний и ростом неинфекционных заболеваний. Среди неинфекционных заболеваний сердечно-сосудистые (ССЗ) в настоящее время являются ведущей причиной смертности и заболеваемости во всем мире. Формирование здорового образа жизни является основой профилактики ССЗ. В целях ВОЗ для измерения прогресса стран в улучшении показателей здоровья на всех уровнях развития до 2030 года планируется снижение смертности от ССЗ более чем на 25 %. Однако для эффективных действий требуются надежные глобальные данные о ССЗ, основных факторах риска, а также информация об основных препятствиях на пути к эффективному лечению и профилактике ССЗ [1]. В амбулаторном звене Российской Федерации созданы Центры здоровья для выявления факторов риска и их коррекции. Обследование в Центре здоровья позволяет выявить повышение артериального давления (АД), нарушения углеводного и липидного обменов. Проводится врачебное консультирование населения по борьбе с курением, избыточным весом, гиподинамией, коррекция выявленных обменных нарушений и АД. [2]. Коррекция факторов риска значительно улучшает прогноз больных ССЗ. Проведенные исследования свидетельствуют, что коррекция диеты по снижению животных жиров, потребления соли, легкоусвояемых углеводов, повышение употребления овощей и фруктов способствуют снижению риска ССЗ и смертности от

них [3, 4]. Для борьбы с факторами риска в амбулаторном звене также действуют школы здоровья для больных ССЗ, их целью являются первичная и вторичная профилактика ССЗ и повышение приверженности пациентов к здоровому образу жизни и медикаментозной терапии [5].

Цель: определить распространенность факторов риска ССЗ среди взрослого населения.

Материал и методы. Проведен День Здоровья «Проверь свое сердце и легкие» с участием врачей Центра здоровья. Обследовано и проконсультировано 388 человек: измерялось АД, определялся индекс массы тела, проводилось тестирование на выявление факторов риска ССЗ и когнитивных нарушений.

Результаты. Средний возраст обследованных – 42,9 года (18–81 г.); женщин обследовано – 286 (74 %), мужчин – 102 (24 %); при опросе знают свое АД 207 человек (53 %), не знают 181 (47 %). Вредные привычки: курильщики – 93 (24 %), из них 61 женщина (21 % от всех женщин) и 32 мужчины (31 % от числа всех мужчин). Избыточная масса по индексу массы тела – 19 % обследованных, ожирение по индексу массы тела – 28,5 % обследованных, нормальный индекс массы тела – 52,5 % обследованных. ССЗ имели 7,5 % граждан. При обследовании повышение АД выявлено у 14 %, учащение пульса – 11 % участников. Значимые изменения на кардиовизоре определялись у 16,5 % обследованных. При выявлении факторов риска развития ССЗ (артериальная гипертензия, курение, избыточный вес) врачами проводилась индивидуальная профилактическая беседа

да по здоровому образу жизни и профилактике заболеваний сердца.

Заключение. Снижение распространенности и смертности от ССЗ требует активных прогрессивных форм работы с населением. В настоящее время в летний период в практическом здравоохранении г. Москвы работает программа по выездной работе Центров здоровья в общественных местах для более широкого охвата населения обследованием и проведением профилактических мероприятий. Дни Здоровья являются дополнительной эффективной мерой по выявлению и профилактике ССЗ. Опрос населения выявил высокую распространенность факторов риска и низкую осведомленность населения об их опасности.

Литература

1. Сторожаков Г.И. и др. Поликлиническая терапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 701 с.
2. Орлова Н.В. и др. Организационно-правовые аспекты деятельности центров здоровья. *Мед. право*, 2011; 1: 38–43.
3. Чукаева И.И. и др. Изучение влияния воспаления на прогноз острой кардиоваскулярной патологии. Пути коррекции. *Рос. кардиол. журн.*, 2009; 5: 30–34.
4. Орлова Н.В. и др. Влияние ожирения на течение воспалительных реакций у больных острым инфарктом миокарда. *Вестн. Рос. гос. мед. ун-та*, 2011; 2: 8–12.
5. Арутюнов Г.П. и др. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М., 2021. 200 с.

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-234-236

Выраженность и структура коморбидности при наличии артериальной гипертензии

Е.В. Севостьянова, Ю.А. Николаев, И.М. Митрофанов, В.Я. Поляков

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», г. Новосибирск, Россия

Введение. Течение и прогноз, а также лечебно-профилактические мероприятия при артериальной гипертензии (АГ) значительно осложняются наличием множественной сопутствующей патологии при этом заболевании, что существенно влияет на стоимость лечения, прогноз и качество жизни пациентов [1–4]. Описаны особенности течения, клинические проявления и отдельные патогенетические звенья при формировании коморбидности АГ с отдельными нозологическими формами [5–8], однако системный подход к данной проблеме не разработан. Структура коморбидности у больных АГ с учетом возрастной и гендерной принадлежности в полной мере не изучена.

Цель: изучить величину и структуру коморбидности при наличии АГ у больных терапевтической клиники, жителей Сибири, с учетом возрастной и гендерной принадлежности.

Материал и методы. В анализ включены данные историй болезни 20 560 пациентов (из них 10 459 больных АГ и 10 101 человек с отсутствием АГ), мужчин ($n = 8202$) и женщин (12 358), в возрасте от 18 до 92 лет. Всех пациентов, включенных в исследование, разделили на три группы в зависимости от принадлежности к определенному возрастному периоду: молодому (18–39 лет) ($n = 3787$); зрелому (40–59 лет) ($n = 9845$) и пожилому (60 лет и старше) ($n = 6928$). Коморбидность оценивали по коли-

честву нозологий, соответствующих трехзначной рубрификации Международной классификации болезней (МКБ-10), у одного больного. Для изучения структуры коморбидной патологии учитывали встречаемость основных классов болезней по МКБ-10.

Результаты. Выявлен более высокий (на 16,8 %) показатель КМ у пациентов при наличии АГ ($6,25 \pm 0,03$) по сравнению с пациентами с отсутствием АГ ($5,20 \pm 0,03$) ($p < 0,00001$). В структуре коморбидной патологии у мужчин с АГ в возрастной группе 18–39 лет преобладали заболевания органов пищеварения, в возрастных группах 40–59 и 60 лет и старше – коморбидная патология системы кровообращения (табл. 1).

При анализе структуры коморбидности в зависимости от наличия или отсутствия АГ у мужчин разного возраста выявлено значимое повышение частоты сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы у больных разных возрастных групп при наличии АГ по сравнению с пациентами с отсутствием АГ: в возрастной группе 18–39 лет – на 46 %; 40–59 лет – на 36,2 %; 60 лет и старше – на 9,2 %. Сочетанные заболевания эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ у пациентов мужского пола, в случае наличия АГ, встречались значимо чаще, чем у мужчин с отсутствием АГ: в возрастной группе 18–39 лет –