

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 —

Таблица 1

Структура коморбидной патологии у мужчин в зависимости от наличия или отсутствия АГ, *n* (%)

Класс МКБ	18–39 лет		40–59 лет		60 лет и старше	
	1-я группа (больные с АГ) ( <i>n</i> = 502)	2-я группа (больные без АГ) ( <i>n</i> = 1263)	1-я группа (больные с АГ) ( <i>n</i> = 2335)	2-я группа (больные без АГ) ( <i>n</i> = 1674)	1-я группа (больные с АГ) ( <i>n</i> = 1609)	2-я группа (больные без АГ) ( <i>n</i> = 819)
Класс II (новообразования)	6 (1,2 %)	15 (1,2)	58 (2,5)*	60 (3,6)	102 (6,3)	66 (8,1)
Класс IV (болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ)	174 (34,7)***	195 (15,4)	1044 (44,7)***	429 (25,6)	574 (35,7)*	255 (31,1)
Класс IX (болезни системы кровообращения)	317 (63,1)***	216 (17,1)	2126 (91,0)***	917 (54,8)	1549 (96,3)***	713 (87,1)
Класс X (болезни органов дыхания)	185 (36,9)	432 (34,2)	620 (26,6)	466 (27,8)	446 (27,7)	211 (25,8)
Класс XI (болезни органов пищеварения)	364 (72,5)	882 (69,8)	1620 (69,4)*	1217 (72,7)	1054 (65,5)*	500 (61,1)
Класс XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани)	284 (56,6)*	641 (50,8)	1637 (70,1)	1163 (69,5)	990 (61,5)	503 (61,4)
Класс XIV (болезни мочеполовой системы)	158 (31,5)*	334 (26,4)	1132 (48,5)***	689 (41,2)	1031 (64,1)**	470 (57,4)

Примечание. Значимость различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,001$ , \*\*\* –  $p < 0,0001$  по сравнению с больными без АГ соответствующей возрастной группы.

на 19,3 %; 40–59 лет – на 19,1 %; 60 лет и старше – на 4,6 %. Другой сочетанной патологией, наиболее часто встречающейся у мужчин при наличии АГ во всех возрастных группах, были заболевания мочеполовой системы. Сопутствующая патология костно-мышечной системы и соединительной ткани встречалась чаще у мужчин при наличии АГ в возрастной группе 18–39 лет. Частота сочетанной патологии органов пищеварения у лиц мужского пола была выше в группе больных АГ в возрастной группе 60 лет и старше. В структуре коморбидной патологии у больных АГ, женщин, в возрастных группах 18–39 и 40–59 лет преобладали заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, в возрастной группе 60 лет и старше – системы кровообращения (98,3 %) (табл. 2).

Во всех возрастных группах женщин, так же как и у мужчин, было выявлено значимое повышение частоты сочетанных заболеваний системы органов кровообращения в случае наличия АГ: в возрастной группе 18–39 лет – на 30 %; 40–59 лет – на 39,3 %; 60 лет и старше – на 9,3 %. Сочетанные заболевания эндокринной системы, расстройства питания и

нарушения обмена веществ также встречались чаще у женщин с АГ, чем у женщин при отсутствии АГ. Это отмечалось во всех возрастных группах. При наличии АГ заболевания данного класса встречались чаще, чем у больных при ее отсутствии: в возрастной группе 18–39 лет – на 45,2 %; 40–59 лет – на 10,1 %; 60 лет и старше – на 7,3 %. У женщин с наличием АГ в возрастных группах 18–39 и 40–59 лет чаще встречались новообразования, чем у женщин с отсутствием АГ, на 10,6 и 3,1 % соответственно. Коморбидные заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани среди женщин выявлялись чаще в случае наличия АГ в возрастных группах 18–39 лет (на 16,9 %) и 40–59 лет (на 3,1 %).

**Заключение.** Таким образом, у больных терапевтического профиля, мужчин, с наличием АГ, значимо чаще, чем у мужчин с ее отсутствием, встречаются коморбидные заболевания системы кровообращения, эндокринной системы, нарушений питания и обмена веществ, мочеполовой системы (во всех возрастных группах); болезни органов пищеварения (в возрастной группе 60 лет и старше), а также костно-мышечной

Таблица 2

Частота классов заболеваний (по МКБ-10) у женщин в зависимости от наличия или отсутствия АГ, n (%)

Класс МКБ	18–39 лет		40–59 лет		60 лет и старше	
	1-я группа (больные с АГ) (n = 212)	2-я группа (больные без АГ) (n = 1810)	1-я группа (больные с АГ) (n = 2824)	2-я группа (больные без АГ) (n = 3012)	1-я группа (больные с АГ) (n = 2977)	2-я группа (больные без АГ) (n = 1523)
Класс II (новообразования)	31 (14,6)***	72 (4,0)	629 (22,3)**	578 (19,2)	234 (7,9)	131 (8,6)
Класс IV (болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ)	113 (53,3)***	419 (23,1)	1695 (60,0)***	1332 (44,2)	1768 (59,4)***	794 (52,1)
Класс IX (болезни системы кровообращения)	108 (50,9)***	147 (8,1)	2519 (89,2)***	1503 (49,9)	2926 (98,3)***	1356 (89,0)
Класс X (болезни органов дыхания)	75 (35,4)	592 (32,7)	770 (27,3)	856 (28,4)	594 (20,0)	339 (22,3)
Класс XI (болезни органов пищеварения)	135 (63,7)	1172 (64,8)	1875 (66,4)	2035 (67,6)	1958 (65,8)***	1093 (71,8)
Класс XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани)	156 (73,6)***	1027 (56,7)	2274 (80,5)**	2331 (77,4)	2226 (74,8)	1123 (73,7)
Класс XIV (болезни мочеполовой системы)	80 (37,7)	612 (33,8)	1119 (39,6)	1128 (37,5)	1498 (50,3)	739 (48,5)

Примечание. Значимость различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,001$ , \*\*\* –  $p < 0,0001$  по сравнению с больными без АГ соответствующей возрастной группы.

системы и соединительной ткани (в возрастной группе 18–39 лет). У женщин, больных терапевтического профиля, с наличием АГ, значимо чаще, чем у женщин с ее отсутствием, встречаются коморбидные заболевания системы кровообращения, эндокринной системы, нарушений питания и обмена веществ (во всех возрастных группах); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и новообразования (в возрастных группах 18–39 и 40–59 лет).

### Литература

- Чесникова А.И., Батюшин М.М., Терентьев В.П. Артериальная гипертензия и коморбидность: современное состояние проблемы. *Артериальная гипертензия*, 2016; 22 (5): 432–440.
- Noh J., Kim H.C., Shin A., Yeom H., Jang S.Y., Lee J.H., Kim C., Suh I. Prevalence of comorbidity among people with hypertension: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2013. *Korean Circ. J.*, 2016; 46 (5): 672–680.
- Park C., Fang J., Hawkins N.A., Wang G. Comorbidity status and annual total medical expenditures in U.S. hypertensive adults. *Am. J. Prev. Med.*, 2017; 53 (53): 172–181.
- Sum G., Salisbury C., Koh G.C., Atun R., Oldenburg B., McPake B., Vellakkal S., Lee J.T. Implications of multimorbidity patterns on health care utilisation and quality of life in middle-income countries: cross-sectional analysis. *J. Glob. Health*, 2019; 9 (2): 020413.
- Адашева Т.В., Саморукова Е.И., Долбин С.С., Ли В.В., Задонченко В.С., Высоцкая Н.В. Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия: существуют ли особенности ведения пациентов? *Рус. мед. журн.*, 2020; 3: 33–38.
- Zuo J., Hu Y., Chang G., Chu S.L., Tan I., Butlin M., Avolio A. Relationship between arterial stiffness and chronic kidney disease in patients with primary hypertension. *J. Hum. Hypertens*, 2020; 34 (8): 577–585.
- Фомина Е.С., Никифоров В.С. Артериальная жесткость и сосудистое старение: последствия артериальной гипертензии. *Архивъ внутренней медицины*, 2021; 11 (3): 196–202.
- Чумакова Г.А., Кузнецова Т.Ю., Дружилов М.А., Веселовская Н.Г. Индуцированная ожирением артериальная гипертензия. Основные патофизиологические механизмы развития. *Артериальная гипертензия*, 2021; 27(3): 260–268.