

ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.С. Асфандиярова¹, О.В. Дашкевич¹, Е.В. Заикина¹, Е.И. Сучкова¹, Н.В. Хотеевкова², А.Н. Якубенко²,
И.А. Прокудина², Т.С. Волхонцева², Е.А. Печенкина², Е.В. Красильникова², О.А. Маркина³, М.Н. Алексеева³

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России;
Россия, 390026 Рязань, ул. Высоковольтная, 9;

²ГБУ РО «Городская поликлиника № 6»; Россия, 390005 Рязань, ул. Гагарина, 53;

³ГБУ РО «Городская клиническая больница № 10»; Россия, 390044 Рязань, ул. Крупской, 26

Контакты: Наиля Сайфуллаевна Асфандиярова n.asfandiyarova2010@yandex.ru

Цель исследования — изучить гендерную и возрастную структуру множественных хронических заболеваний (МХЗ) среди больных, обратившихся к терапевту.

Материалы и методы. Обследовано 1940 пациентов, находящихся под наблюдением врачей-терапевтов ряда поликлиник г. Рязани и Рязанской области: 646 мужчин и 1294 женщины в возрасте от 18 до 99 лет. Перечень заболеваний включал сердечно-сосудистые заболевания, заболевания легких, органов желудочно-кишечного тракта, почек, онкологические заболевания, сахарный диабет и др. Все диагнозы установлены согласно общепринятым критериям. Больные были разделены на 5 возрастных групп; определяли возрастную и гендерную структуру МХЗ, а также рассчитывали индекс полиморбидности (общее число болезней/1 пациент).

Результаты. Среди пациентов с МХЗ во всех возрастных категориях отмечено преобладание женщин. В структуре МХЗ выявлено преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек и суставов. По мере старения установлено нарастание доли больных с поражением большинства органов и систем. Однако у долгожителей язвенная болезнь, сахарный диабет, онкологические и аутоиммунные заболевания встречались реже. У мужчин количество болезней, приходящихся в среднем на 1 пациента, выше, однако после 75 лет количество заболеваний у женщин превышало аналогичные показатели у мужчин. При ожирении с увеличением возраста индекс полиморбидности увеличивался большими темпами, чем при его отсутствии. Гендерные различия заключаются в преобладании язвенной болезни желудка/двенадцатиперстной кишки, хронических неспецифических заболеваний легких, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей у мужчин и заболеваний почек, сахарного диабета 2-го типа у женщин.

Заключение. Основными причинами полиморбидности являются старение и ожирение. В структуре МХЗ преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, суставов, почек. Отмечается гендерное различие распространенности ряда заболеваний.

Ключевые слова: множественные хронические заболевания, полиморбидность, старение, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, хронические неспецифические заболевания легких, заболевания печени, заболевания почек, сахарный диабет, онкологические заболевания

Для цитирования: Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Заикина Е.В. и др. Гендерная и возрастная структура множественных хронических заболеваний пациентов Рязанской области. Клиницист 2017;11(3–4):65–72.

DOI: 10.17650/1818-8338-2017-11-3-4-65-72

GENDER AND AGE STRUCTURE OF MULTIPLE CHRONIC DISEASES IN PATIENTS OF RYAZAN REGION

N.S. Asfandiyarova¹, O.V. Dashkevich¹, E.V. Zaikina¹, E.I. Suchkova¹, N.V. Khoteevкова², A.N. Yakubenko², I.A. Prokudina²,
T.S. Volkhontseva², E.A. Pechenkina², E.V. Krasilnikova², O.A. Markina³, M.N. Alekseeva³

¹ I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia; 9 Vysokovoltmaya St., Ryazan 390026, Russia;

²City polyclinic № 6; 53 Gagarin St., Ryazan 390005, Russia;

³City Clinical Hospital № 10; 26 Krupskaya St., Ryazan 390044, Russia

The study objective is to investigate gender and age structure of multiple chronic conditions (MCC) among patients seeking medical help from a primary care physician.

Materials and methods. In total, 1940 patients under the care of primary care physicians in several polyclinics of Ryazan and the Ryazan Region were examined: 646 men and 1294 women aged 18–99. The list of conditions included cardiovascular disorders, lung, gastrointestinal, kidney diseases, oncological diseases, diabetes mellitus, etc. All diagnoses were made per the generally accepted criteria. The patients

were divided into 5 age groups; age and gender structure of MCC, as well as polymorbidity index (total number of conditions per 1 patient), were determined.

Results. Among all patients with MCC in all age groups, the number of women was larger than men. In the structure of MCC, predominance of cardiovascular disorders, diseases of the kidneys and joints was observed. With age, the fraction of patients in whom the majority of organs and systems was affected increased. However, in older patients, peptic ulcer disease, diabetes mellitus, oncological and autoimmune diseases were comparatively rare. In men, the mean number of diseases per 1 patient was higher, but after 75 years of age the number of conditions in women exceeded the number in men. In obese patients, age increase led to quicker polymorbidity increase than in normal patients. The gender differences consisted of the prevalence of stomach/duodenal peptic ulcer, non-specific lung diseases, obliterating atherosclerosis of the lower extremities in men, and kidney diseases, diabetes mellitus type 2 in women.

Conclusion. The main causes of polymorbidity are old age and obesity. In the structure of MCC, cardiovascular diseases, kidney and joint disorders are the most common. A gender difference in the incidence of some diseases is observed.

Key words: multiple chronic conditions, polymorbidity, ageing, obesity, cardiovascular diseases, chronic non-specific lung diseases, liver disorders, kidney disorders, diabetes mellitus, oncological diseases

For citation: Asfandiyarova N.S., Dashkevich O.V., Zaikina E.V. et al. Gender and age structure of multiple chronic diseases in patients of Ryazan region. *Klinitsist = The Clinician* 2017;11(3-4):65-72.

Введение

Демографическое старение населения, отмечаемое в последние десятилетия не только во всем мире, но и в России, включая Рязанскую область [1], сопровождается увеличением числа больных, страдающих множественными хроническими заболеваниями (МХЗ), когда у 1 пациента выявляются 2 и более заболеваний. И если раньше МХЗ уделялось недостаточно внимания, то сейчас перед медициной остро встала проблема полиморбидности (мультиморбидности), так как каждое последующее заболевание, развивающееся на фоне морфофункциональных изменений органов и систем, сопутствующих старению, ухудшает течение предшествующих заболеваний, усложняет лечение, утяжеляет прогноз, ухудшает качество жизни, требует больших экономических затрат на обслуживание пациента [2-8].

В большинстве работ, посвященных проблеме, отмечено, что фенотипические проявления при полиморбидности отличаются от простой суммы клинических проявлений заболеваний, составляющих МХЗ. Это обусловлено не только взаимовлиянием различных заболеваний, но и инволютивными процессами, наблюдающимися в организме, на фоне которых развиваются МХЗ. Это, безусловно, требует персонализированного подхода к диагностике, лечению и реабилитации данной категории пациентов. Несмотря на большое количество работ по исследованию полиморбидности, проблема далека от разрешения. Это обусловлено отсутствием стандартизованного перечня заболеваний (в научной литературе рассматривают варианты от 4 до 185), позволяющих изучить распространенность и структуру МХЗ. Также недостаточно изучены факторы риска МХЗ, нет общепринятого критерия прогноза, не разработаны варианты лечения, реабилитации и профилактики [9, 10].

Это и определило основную цель настоящего исследования: на 1-м этапе изучить гендерную

и возрастную структуру МХЗ (полиморбидности, мультиморбидности) среди больных, обратившихся к терапевту.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели было обследовано 1940 больных (646 мужчин и 1294 женщины в возрасте от 18 до 99 лет), находящихся под диспансерным наблюдением врачей-терапевтов ряда поликлиник г. Рязани и Рязанской области и отобранных методом случайной выборки. Критерии включения пациентов в исследование: добровольное согласие на участие в эксперименте, наличие 2 и более заболеваний. Перечень заболеваний, которые были включены в список, представлял собой видоизмененный перечень заболеваний, разработанный М. Charlson и соавт. [11] для определения прогностического индекса полиморбидности, и включал следующие заболевания/состояния: ожирение, остеоартрит, артериальную гипертензию, стенокардию, инфаркт миокарда, хроническую сердечную недостаточность, цереброваскулярную болезнь, гемиплегию после острого нарушения мозгового кровообращения, деменцию, хронические неспецифические заболевания легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), язвенную болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, заболевания печени (стеатоз, гепатит, цирроз), почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), онкологические заболевания, сахарный диабет (СД), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, лейкозы/лимфомы, диффузные заболевания соединительной ткани, ВИЧ-инфекцию/синдром приобретенного иммунодефицита человека. Все диагнозы установлены на основании результатов клинико-биохимических, инструментальных и морфологических исследований согласно общепринятым критериям, разработанным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Национальными обществами кардиологов,

Таблица 1. Возрастная и гендерная характеристика больных

Table 1. Age and gender characteristics of patients

Возраст, лет Age, years	Число обследованных пациентов, n (%) Number of examined patients, n (%)	Мужчины, n Men, n	Женщины, n Women, n	Мужчины : женщины Men : women
18–44	136 (7,01)	58	78	1:1,34
45–59	493 (25,41)	191	302	1:1,58
60–74	740 (38,14)	247	493	1:2,0
75–89	534 (27,53)	145	389	1:2,68
>90	37 (1,91)	5	32	1:6,40
Всего Total	1940 (100)	646	1294	1:2,0

гастроэнтерологов, пульмонологов. Все данные обследований получены при анализе амбулаторных карт.

Больные были распределены на 5 возрастных групп согласно классификации ВОЗ от 2016 г.: 18–44 года (молодой возраст), 45–59 лет (средний возраст), 60–74 года (пожилой возраст), 75–90 лет (старческий возраст), старше 90 лет (долгожители). Определяли распространенность МХЗ, а также возрастную и гендерную структуру среди населения Рязанской области. Вычисляли индекс полиморбидности по Л.Б. Лазебнику и др. (общее число болезней/1 пациент) [3]; данный показатель позволяет судить о степени обремененности болезнями или о степени отягощенности коморбидного статуса. В каждой возрастной группе определяли число больных, имеющих 2 или более 6 заболеваний.

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США). Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1. По мере старения число больных увеличивается; однако после 75 лет, особенно после 90 лет, численность больных резко уменьшается. Во всех возрастных категориях отмечено преобладание женщин.

Индекс полиморбидности по мере увеличения срока жизни увеличивается вне зависимости от пола; однако количество заболеваний в среднем до 75 лет превалирует у мужчин с последующей инверсией, когда у женщин количество заболеваний выравнивается, а затем превышает аналогичные показатели у мужчин (табл. 2). Число больных, имеющих 2 заболевания, по мере старения уменьшается, и, напротив, число больных, страдающих 6 и более заболеваниями, увеличивается; однако среди долгожителей (старше 90 лет) число больных с 6 заболеваниями почти в 2 (1,84) раза ниже, чем в группе лиц старческого возраста.

Структура МХЗ среди больных, обратившихся к терапевту, представлена в табл. 3. Гендерные различия

Таблица 2. Индекс полиморбидности в зависимости от пола и возраста ($M \pm SD$)

Table 2. The index of polymorbidity, depending on gender and age ($M \pm SD$)

Группа Group	18–44 года 18–44 years	45–59 лет 45–59 years	60–74 года 60–74 years	75–90 лет 75–90 years	>90 лет >90 years
Вся группа All group	2,54 ± 0,82	3,16 ± 1,45#	4,13 ± 1,74#	5,05 ± 1,61#	6,50 ± 1,64#
Мужчины Men	2,66 ± 0,83	3,45 ± 1,80#	4,41 ± 1,92#	4,86 ± 1,63#	6,00 ± 2,16#
Женщины Women	2,42 ± 0,72*	2,98 ± 1,15***#	3,98 ± 1,62*#	5,12 ± 1,60	6,57 ± 1,59**#

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – различия статистически значимы по сравнению с мужчинами той же возрастной группы; # $p < 0,001$ – различия статистически значимы по сравнению с последующей возрастной группой.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – differences are statistically significant compared to men in the same age group; # $p < 0,001$ – differences are statistically significant compared to the next age group.

Таблица 3. Возрастная структура множественных хронических заболеваний, %

Table 3. Age structure of multiple chronic conditions, %

Заболевание Condition	18–44 года, n = 136 18–44 years, n = 136	45–59 лет, n = 493 45–59 years, n = 493	60–74 года, n = 740 60–74 years, n = 740	75–90 лет, n = 534 75–90 years, n = 534	>90 лет, n = 37 > 90 years, n = 37
Артериальная гипертензия Arterial hypertension	47,8	82,6	93,4	77,7	97,3
Стенокардия Angina	1,5	14,6	45,4	75,3	89,2
Инфаркт миокарда Myocardial infarction	0,7	3,0	8,8	12,7	10,8
Хроническая сердечная недостаточность Chronic heart failure	3,7	14,4	38,1	61,0	75,7
Цереброваскулярная болезнь Cerebrovascular disease	7,4	13,8	34,7	63,7	89,2
Хронические неспецифические заболевания легких Chronic non-specific lung diseases	25	17,4	18,2	14	16,2
Язвенная болезнь Peptic ulcer disease	13,2	9,5	10,9	6,6	2,7
Сахарный диабет Diabetes mellitus	4,4	10,8	22,4	20,4	8,1
Заболевания печени Liver disorders	39,7	19,5	20,8	15,4	37,8
Заболевания почек Kidney disorders	55,9	42,4	34,7	35,0	67,6
Онкологические заболевания Oncological diseases	5,9	10,1	12,2	11,8	2,7
Лимфомы/лейкозы Lymphomas/leukemias	1,5	1,4	0,7	0,7	0
Диффузные заболевания соединительной ткани Diffuse connective tissue disease	2,9	1,1	2,2	0,9	0
Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей Obliterating atherosclerosis of the lower extremities	0	1,4	2,3	3,0	5,4
Остеоартрит Osteoarthritis	35,2	55,2	57,7	68,7	100
Ожирение Obesity	27,4	28,1	24,2	27,8	30,0

в структуре МХЗ отмечены уже в возрасте 18–44 года: артериальная гипертензия чаще встречается у мужчин, чем у женщин (62,1 % против 37,2 %; $p < 0,01$), при этом у женщин артериальная гипертензия обычно ассоциирована с заболеваниями почек. Стенокардия, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность в этом возрастном периоде встречаются в единичных случаях и исключительно среди мужчин. По остальным заболеваниям значимых различий не установлено, за исключением язвенной болезни, которая преобладает у мужчин (20,7 % против 7,7 %; $p < 0,05$), и заболеваний почек, которые чаще встречаются у женщин (34,5 % против 71,8 %; $p < 0,001$).

В возрасте 45–59 лет различия в доле пациентов, обратившихся к терапевту с артериальной гипертензией, стираются: ею страдают 84,8 % мужчин и 81,8 % женщин. Однако гендерное различие в доле сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом, становится более выраженным: стенокардия выявлена у 25,1 % мужчин и у 7,9 % женщин ($p < 0,001$); инфаркт миокарда – у 7,3 % против 0,3 % ($p < 0,001$); хроническая сердечная недостаточность – у 18,8 % против 11,6 % ($p < 0,05$); цереброваскулярная болезнь – у 18,8 % против 10,6 % ($p < 0,05$). У мужчин продолжает преобладать язвенная болезнь ($p < 0,001$), а у женщин – заболевания почек ($p < 0,001$). Вместе

с тем у мужчин начинает нарастать доля больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (23 % против 14 %; $p < 0,05$) и с заболеваниями печени (26,7 % против 14,9 %; $p < 0,001$). По остальным заболеваниям (СД, аутоиммунные и онкологические заболевания, остеоартрит) значительных различий не выявлено. Впервые в этой возрастной группе появляются пациенты с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, и несмотря на то что женщин было в 3,7 раза меньше, различия оказались статистически незначимы.

В возрасте 60–74 года на фоне нарастания доли пациентов с ССЗ гендерное различие сохраняется, несмотря на стремительное увеличение числа женщин с заболеваниями, обусловленными атеросклеротическими изменениями: стенокардия у мужчин – 51,4 %, у женщин – 42,4 % ($p < 0,05$); инфаркт миокарда – 17,4 % против 4,5 % ($p < 0,001$). Тенденция по доле выявления тех или иных заболеваний идентична таковой в группе среднего возраста, за исключением нарастания доли пациентов с СД среди женщин пожилого возраста по сравнению с мужчинами (17,4 % против 24,9 %; $p < 0,05$) и появления статистически значимого различия по выявлению облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей у мужчин (4,5 % против 1,2 %; $p < 0,01$).

В возрасте 75–90 лет доля больных с ССЗ продолжает нарастать, и в этой возрастной группе стенокардия уже чаще встречается у женщин (69,7 % против 77,4 %; $p > 0,05$). Несмотря на то что доля больных инфарктом миокарда у мужчин увеличилась незначительно, а у женщин более чем в 2 раза, гендерные различия сохраняются. У мужчин в 2 раза чаще встречается гемиплегия, несмотря на одинаковую частоту цереброваскулярной болезни. На фоне снижения доли больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких и язвенной болезнью эти заболевания продолжают превалировать среди мужчин. Гендерное преобладание женщин по заболеваниям почек исчезло.

У долгожителей гендерные различия по частоте заболеваний нивелируются.

Ожирение в исследованной популяции встречалось у 25,7 % больных, при этом значительных различий по мере старения не отмечено. Гендерное различие в группах не выявлено, несмотря на некоторое преобладание женщин с ожирением в молодом возрасте (19,0 % против 32,1 %; $p > 0,05$). Среди долгожителей-мужчин пациенты с ожирением отсутствуют. С увеличением возраста индекс полиморбидности при ожирении увеличивается большими темпами, чем при его отсутствии ($p < 0,05$ для всех возрастных групп, начиная с возраста 45–59 лет).

Обсуждение

Проведение сравнительного анализа результатов настоящего исследования по изучению гендерной

и возрастной структуры МХЗ и данных других исследователей затруднено из-за различий в количестве заболеваний, включенных в перечень, а также возрастной градации пациентов (не все исследователи придерживаются рекомендаций, принятых ВОЗ). Мы полагаем, что есть настоятельная необходимость, во-первых, придерживаться возрастной градации, предложенной ВОЗ, во-вторых, включить в перечень такие заболевания, как артериальная гипертензия, остеоартрит и ожирение, так как именно они часто определяют уровень индекса полиморбидности, а ожирение является фактором риска развития ССЗ и онкологических заболеваний, определяющих прогноз.

Учитывая вышеописанные проблемы, мы тем не менее провели сравнительный анализ и установили, что доля больных с МХЗ среди жителей Рязанской области, обратившихся к терапевту, несколько превышает частоту в других странах, что обусловлено различием перечней заболеваний [12, 13]. Однако наши результаты сопоставимы с данными, полученными S.M. Ornstein и соавт., которые при обследовании 667 379 человек выявили МХЗ у 45,2 % больных [7]. Вместе с тем A. Marengoni и соавт. сообщают, что распространенность МХЗ может колебаться от 21 до 98 % [9]. Это подтверждают результаты изучения частоты МХЗ по патологоанатомическим вскрытиям: они встречаются в разных возрастных группах до 94,2 % случаев [14, 15]. Это может свидетельствовать о том, что не все заболевания выявляются при клиническом обследовании.

Увеличение числа больных МХЗ по мере старения объяснимо: именно возраст обуславливает инволютивные процессы, которые способствуют развитию заболеваний; также по мере старения идет накопление заболеваний от воздействия внешних факторов. Снижение общего числа больных после 75 и особенно после 90 лет связано с естественной убылью населения в этот возрастной период. Преобладание женщин во всех возрастных категориях, особенно выраженное в пожилом возрасте и старше, свидетельствует о большей продолжительности жизни у женщин, возможно, обусловленной протективным эффектом эстрогенов, в результате чего атеросклеротические процессы начинаются значительно позже. Преобладание женщин и пожилых среди пациентов с МХЗ наблюдали и другие исследователи, но никто из них не отмечал, что у мужчин количество заболеваний в среднем выше, поскольку индекс полиморбидности не высчитывался.

Увеличение индекса полиморбидности по мере старения обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами, в том числе дефицитом половых гормонов, сопутствующих старению, а также влиянием внешних факторов (курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, нарушение рационального питания, стрессы и проч.), и, безусловно,

влиянием наследственности. Индекс полиморбидности исследуется только отечественными авторами [3, 4, 14], и результаты настоящей работы соответствуют данным, полученным этими исследователями. Мы согласны с мнением А.Л. Верткина, отметившего несколько периодов в развитии МХЗ, когда по мере влияния факторов риска с увеличением возраста в организме происходят изменения, приводящие к развитию заболеваний, с последующим увеличением их количества и формированием полиорганной недостаточности, обуславливающих летальный исход [3].

Отмечаемое гендерное различие индекса полиморбидности, когда количество заболеваний на 1 человека до 75 лет преобладает у мужчин, а затем происходит инверсия, и индекс полиморбидности становится выше у женщин, может быть следствием протективного эффекта эстрогенов в молодом и среднем возрасте; а в последующем, когда инволютивные изменения гормональной системы уже не в состоянии защитить женщин, начинается развитие атеросклеротических и метаболических процессов и у них, что приводит к увеличению количества ассоциированных с ними заболеваний. У женщин эти процессы начинаются на 20 лет позже, чем у мужчин, и достигают своего максимума на 75-м году жизни. Об этом свидетельствует возрастной сдвиг развития ССЗ, ассоциированных с атеросклерозом (стенокардия, инфаркт миокарда, цереброваскулярная болезнь): у мужчин эти заболевания начинают формироваться раньше, начиная с молодого возраста, встречаются чаще, и только к 75 годам показатели по сравнению с женщинами выравниваются, хотя инфаркт миокарда и облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей по-прежнему превалируют среди мужчин. Следует подчеркнуть, что важной причиной развития ССЗ является высокая распространенность факторов риска их развития, выявленная как в Рязанской области, так и во всем мире [2].

Особую группу составляют долгожители (пациенты старше 90 лет), так называемая генетическая элита. И несмотря на то что нами не обнаружено снижения индекса полиморбидности у этой категории пациентов, выявленное другими исследователями [15, 16], число пациентов с 6 заболеваниями было почти в 2 (1,84) раза ниже, чем в группе лиц старческого возраста. Сложно предположить, что индекс полиморбидности составляет в среднем 2,37 при наличии инволютивных процессов практически во всех органах и системах, что может свидетельствовать о недообследованности пациентов или недоверии больных к медицине, когда больные не обращаются к врачам, рассматривая свои болезни как результат старения. Старение этой группы больных, видимо, идет по инволютивному пути (более благоприятному), когда преобладают дегенеративно-дистрофические процессы, а не по полиморбидному, когда отмечается развитие тяжелых заболеваний,

сокращающих срок жизни. Снижение доли больных язвенной болезнью может быть обусловлено либо снижением реактивности организма, либо бессимптомным, вялотекущим процессом, не позволяющим выявить заболевание. Следует отметить, что у долгожителей снижается доля онкологических заболеваний и СД, являющихся вескими причинами смерти, что, возможно, и позволило пациентам достичь преклонных лет.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что старение является одной из глобальных причин полиморбидности.

Другой независимой причиной развития МХЗ является ожирение, распространенность которого в Рязанской области достаточно высока [2]. Исследование индекса полиморбидности показало, что в молодом возрасте (18–44 года) ожирение не оказывает значительного воздействия на частоту развития МХЗ; однако после 45 лет у мужчин и 60 лет у женщин количество заболеваний на 1 пациента лавинообразно нарастает. Инсулинорезистентность, лежащая в основе ожирения, способствует развитию ССЗ и СД, что соответственно обуславливает развитие поражения почек, печени, онкологических заболеваний и пр.

В структуре МХЗ особое место принадлежит артериальной гипертензии как наиболее распространенной сердечно-сосудистой патологии: в возрасте до 45 лет она встречается примерно в половине случаев, при этом у мужчин значительно чаще, чем у женщин (62,1 % против 37,2 %; $p < 0,05$). У последних артериальная гипертензия обычно обусловлена заболеванием почек, что, возможно, связано с особенностями анатомического строения мочевыделительной системы у женщин, родами и проч., хотя встречается и эссенциальная артериальная гипертензия [17]. После 75 лет гендерные различия по заболеваниям почек нивелируются, что, возможно, обусловлено одинаково выраженными в них склеротическими процессами.

Наращение доли пациентов с поражением суставов по мере старения одинаково у мужчин и женщин и свидетельствует о дегенеративно-дистрофических и метаболических нарушениях, сопутствующих старению. Влияние оказывают и внешние факторы, такие как ожирение, физические нагрузки, нарушающие конгруэнтность суставов, и др.

На 4-м месте после ССЗ, заболеваний почек и суставов стоят хронические неспецифические заболевания легких. Начиная с 45 лет они преобладают у мужчин. Возможно, к этому периоду заканчивается формирование хронической обструктивной болезни легких как результат курения, которое чаще встречается среди мужчин. По статистике распространенность хронических неспецифических заболеваний легких должна быть несколько выше. Вероятно, низкая распространенность в целом связана с недообследованно-

стью пациентов. Другим фактором может быть отсутствие учета интерстициальных заболеваний легких, рост которых увеличивается с возрастом.

Гендерное различие касается и язвенной болезни, которая доминирует среди мужчин.

Более высокая доля пациентов с поражением печени в настоящем исследовании объясняется тем, что мы включали в исследование не только тяжелые, но и легкие формы ее поражения, такие как стеатоз печени.

Большое значение в формировании МХЗ принадлежит СД. Макро- и микроваскулярные ангиопатии, ассоциированные с нарушением углеводного обмена, вносят определенный вклад в развитие полиморбидности. Среди больных СД около 95 % пациентов страдали СД 2-го типа, преобладали женщины старше 60 лет. Аналогичные результаты получены и другими исследователями [14].

Заключение

Анализ результатов по изучению гендерных и возрастных особенностей свидетельствует о том,

что основополагающими причинами развития МХЗ являются старение и ожирение. В структуре МХЗ преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, суставов, почек. По мере старения отмечается увеличение количества болезней, приходящихся в среднем на 1 пациента. У мужчин индекс полиморбидности выше, чем у женщин; однако после 75 лет ситуация кардинально меняется: количество заболеваний у женщин нарастает. Гендерные различия заключаются в преобладании язвенной болезни, хронических неспецифических заболеваний легких, облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей у мужчин и заболеваний почек, СД 2-го типа у женщин. Сердечно-сосудистая патология начинает формироваться у мужчин уже в молодом возрасте с увеличением частоты развития заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом коронарных сосудов, в среднем и пожилом возрасте с последующим нивелированием по сравнению с женщинами в старческом возрасте и у долгожителей.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Артемьева Г.Б., Гехт И.А. Некоторые демографические тенденции в Рязанской области. Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова 2012;(3):78–82. [Artemyeva G.B., Gekht I.A. Demographic tendencies in the Ryazan Region. Rossiiskii medicobiologicheskii vestnik im. akad. I.P. Pavlova = Medicobiologic Bulletin n.a. acad. I.P. Pavlov 2012;3:78–82. (In Russ.)].
2. Бойцов С.А., Филиппов Е.В., Шальнова С.А. и др. Факторы риска неинфекционных заболеваний населения Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО как пилотного проекта исследования ЭССЕ-РФ). Профилактическая медицина 2013;(6):48–54. [Boitsov S.A., Filippov E.V., Shalnova S.A. et al. Risk factors for noncommunicable diseases in the Ryazan Region (according to the data of the MERIDIAN-RU trial as the ESSE-RF pilot project). Prophylakticheskaya meditsina = Preventive Medicine 2013;6:48–54. (In Russ.)].
3. Верткин А.Л. Коморбидный пациент. Руководство для практических врачей. М.: Эксмо, 2015. 150 с. [Vyortkin A.L. A comorbid patient. Guideline for practitioners. Moscow: Eksmo, 2015. 150 p. (In Russ.)].
4. Лазебник Л.Б., Верткин А.Л., Конев Ю.В. и др. Старение. Профессиональный врачебный подход. М.: Эксмо, 2014. 320 с. [Lazebnik L.B., Vyortkin A.L., Konev Yu.V. et al. Aging. Professional medical approach. Moscow: Eksmo, 2014. 320 p. (In Russ.)].
5. Ширинский В.С., Ширинский И.В. Коморбидные заболевания – актуальная проблема клинической медицины. Сибирский медицинский журнал 2014;29(1):7–12. [Shirinsky V.S., Shirinsky I.V. Comorbid diseases is an important problem of clinical medicine. Sibirskii meditsinskii zhurnal = Siberian Medical Journal 2014;29(1):7–12. (In Russ.)].
6. Fortin M., Bravo G., Hudon C. et al. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. Ann Fam Med 2005;3(3):223–8.
7. Ornstein S.M., Nietert P.J., Jenkins R.G., Litvin C.B. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. J Am Board Fam Med 2013;26(5):518–24.
8. Ward B.W., Black L.I. State and regional prevalence of diagnosed multiple chronic conditions among adults aged ≥18 years – United States, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65(29):735–8.
9. Marengoni A., Angleman S., Melis R. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011;10(4):430–9.
10. Schellevis F.G. Epidemiology of multiple chronic conditions: an international perspective. J Comorb 2013;3(Spec Issue):36–40. eCollection 2013.
11. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L., MacKenzie C.R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373–83.
12. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F. et al. Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases. J Clin Epidemiol 1998;51(5):367–75.
13. Britt H.C., Harrison C.M., Miller G.C., Knox S.A. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. Med J Aust 2008;189(2):72–7.
14. Верткин А.Л., Петрик Е.А., Аристархова О.Ю. Полиморбидность – причина диагностических ошибок и расхождения клинического и морфологического диагноза. Врач скорой помощи 2011;(6):18–22. [Vyortkin A.L., Petrik E.A., Aristarkhova O.Yu. Polymorbidity – the reason of diagnostic mistakes and difference in clinical and morphological diagnosis. Vrach skoroi pomoschi = Emergency Doctor 2011;6:18–22. (In Russ.)].
15. Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Окончательный диагноз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 576 с. [Vyortkin A.L., Zairat'yants O.V., Vovk E.I. The final diagnosis. Moscow: GEOTAR-Media, 2008. 576 p. (In Russ.)].
16. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и

долгожителей. Современные науко-
емкие технологии 2005;(4):40–2.
[Gorshuno-va N.K., Medvedev N.V.
Health, polymorbidity and life quality of
elderly and long-livers persons. Sovre-
mennye naukoemye tehnologii = Mod-

ern High Technologies 2005;4:40–2.
(In Russ.)].
17. Ражабова Г.Б., Хамидова З.Н. Арте-
риальная гипертензия и поражение
почек у женщин фертильного возрас-
та. Наука молодых (Eruditio Juvenium)

2016;(2):139–46. [Razhabova G.B.,
Khamidova Z.N. Arterial hypertension
and kidney damage in fertile women.
Nauka molodyh = Science of Youth
(Eruditio Juvenium) 2016;2:139–46.
(In Russ.)].

ORCID авторов

Н.С. Асфандиярова: <http://orcid.org/0000-0002-2025-8119>
О.В. Дашкевич: <https://orcid.org/0000-0002-6383-5078>
Е.В. Заикина: <https://orcid.org/0000-0002-6615-6222>
Е.И. Сучкова: <http://orcid.org/0000-0002-7997-0338>
Н.В. Хотеенкова: <https://orcid.org/0000-0002-2628-0333>
А.Н. Якубенко: <https://orcid.org/0000-0002-0870-1077>
И.А. Прокудина: <https://orcid.org/0000-0002-7773-9984>
Т.С. Волхонцева: <https://orcid.org/0000-0002-7928-1743>
Е.А. Печенкина: <https://orcid.org/0000-0002-0532-4720>
Е.В. Красильникова: <https://orcid.org/0000-0001-7472-2004>
О.А. Маркина: <https://orcid.org/0000-0002-7018-551X>
М.Н. Алексеева: <https://orcid.org/0000-0001-5403-5194>

ORCID of authors

N.S. Asfandiyarova: <http://orcid.org/0000-0002-2025-8119>
O.V. Dashkevich: <https://orcid.org/0000-0002-6383-5078>
E.V. Zaikina: <https://orcid.org/0000-0002-6615-6222>
E.I. Suchkova: <http://orcid.org/0000-0002-7997-0338>
N.V. Khoteenkova: <https://orcid.org/0000-0002-2628-0333>
A.N. Yakubenko: <https://orcid.org/0000-0002-0870-1077>
I.A. Prokudina: <https://orcid.org/0000-0002-7773-9984>
T.S. Volkhontseva: <https://orcid.org/0000-0002-7928-1743>
E.A. Pechenkina: <https://orcid.org/0000-0002-0532-4720>
E.V. Krasilnikova: <https://orcid.org/0000-0001-7472-2004>
O.A. Markina: <https://orcid.org/0000-0002-7018-551X>
M.N. Alekseeva: <https://orcid.org/0000-0001-5403-5194>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Статья поступила: 05.12.2017. **Принята в печать:** 26.02.18.

Article received: 05.12.2017. **Accepted for publication:** 26.02.18.