

ПРОФИЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Синеглазова А.В. ORCID 0000-0002-7951-0040,
Нуриева А.Р. ORCID 0000-0001-7518-0964, Маланчева А.Н.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Казань, Россия, e-mail: albina-rashidovna@mail.ru

Увеличение распространенности терапевтических заболеваний и омоложение пациентов с мультиморбидностью определило цель исследования: изучить половые особенности и структуру заболеваний соматического профиля у лиц молодого и среднего возраста без кардиометаболических заболеваний. Материал и методы исследования. В сплошное поперечное когортное исследование включено 178 лиц, мужчин=43,2% и женщин=56,8%, в возрасте $Me=40,77$ года [25-59], прошедших профилактический осмотр или диспансеризацию. Проведены анализ медицинской документации, анкетирование с использованием опросников, физикальный осмотр, углубленное лабораторное и инструментальное обследование. Под термином «мультиморбидность» рассматривалось сочетание ≥ 2 патологических состояний и/или заболеваний. Результаты исследования. Мультиморбидность установлена в 64,0%. Среднее значение числа патологий составило 2 и не зависело от пола. Диагностированы: дислипидемия в 77,0% случаев, индекс массы тела ≥ 25 кг/м² – 62,9%, абдоминальное ожирение – 59,6%, деформирующие дорсопатии – 31,5%, боль внизу спины – 30,3%, артериальная гипертензия – 25,3%, болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки неуточненная – 25,3%, варикозное расширение вен нижних конечностей – 20,8%, анемия – 20,2%, синдром запора – 8,4%, вероятный синдром обструктивного апноэ сна – 3,9% и др. У лиц женского пола статистически значимо чаще встречались варикозное расширение вен нижних конечностей, анемия, синдром запора по сравнению с мужчинами. У лиц мужского пола – $25,0 \leq$ индекс массы тела $\leq 29,9$ кг/м² и вероятный синдром обструктивного апноэ сна, чем у женщин. Заключение. У лиц молодого и среднего возраста без кардиометаболических заболеваний в структуре заболеваний лидирующие позиции заняли дислипидемия, абдоминальное ожирение, индекс массы тела ≥ 25 кг/м². Анализ особенностей соматического профиля среди женщин и мужчин выявил половые различия.

Ключевые слова: соматический профиль заболеваний, мультиморбидность, полипатия, молодой и средний возраст, половые различия.

PROFILE OF SOMATIC DISEASES IN YOUNG AND MIDDLE-AGED ADULTS

Sineglazova A.V. ORCID 0000-0002-7951-0040,
Nurieva A.R. ORCID 0000-0001-7518-0964, Malancheva A.N.

Federal State Financed Educational Institution of Higher Education (FSFEI HE) "Kazan State Medical University"
of the Ministry of Health of Russia, Department of Primary Care and General Practice, Kazan, Russia,
e-mail: albina-rashidovna@mail.ru

The study aimed to determine the increase in the prevalence of therapeutic diseases and the rejuvenation of patients with multimorbidity. Aim: To study the sex characteristics and structure of somatic diseases in young and middle-aged adults without cardiometabolic diseases. Material and methods. This cross-sectional cohort study included a total of 178 patients (Females: 101; Males: 77) with a median age of 40.77 [25-59] years who had undergone a preventive check-up or dispensary examination. Analysis of medical records, questionnaires, physical examination, laboratory and instrumental examinations were performed. "Multimorbidity" refers to the combination of ≥ 2 pathological conditions and/or diseases. Results. Multimorbidity was established at 64.0%. The average value of the number of pathologies was 2 and did not depend on sex. Dyslipidemia was observed in 77.0% of cases, body mass index ≥ 25 kg/m² – 62.9%, abdominal obesity – 59.6%, degenerative-dystrophic diseases of the spine – 31.5%, low back pain – 30.3%, hypertension – 25.3%, disease of stomach and duodenum, unspecified – 25.3%, varicose veins of lower extremities – 20.8%, anemia – 20.2%, constipation syndrome – 8.4%, probable obstructive sleep apnea syndrome – 3.9, et al. Varicose veins of lower extremities, anemia, constipation syndrome were statistically significantly more common in female compared to male. In male – $25,0 \leq$ body mass index $\leq 29,9$ kg/m² and probable obstructive sleep apnea syndrome, then female. Conclusion. In young and middle-aged adults without cardiometabolic diseases, dyslipidemia, abdominal obesity and body mass index ≥ 25 kg/m² were more

common in the structure of diseases. The analysis of somatic profile features among female and male revealed sex differences.

Keywords: somatic profile of diseases, multimorbidity, polypathy, young and middle age, sex differences.

Введение. Увеличение распространенности терапевтических заболеваний и омоложение пациентов с мультиморбидностью стали серьезными проблемами общественного здравоохранения во всём мире. Под термином «мультиморбидность» подразумевается сочетание двух и более заболеваний без возможности выделения основного заболевания и не связанных между собой на патогенетическом уровне [1].

По данным систематического обзора и метаанализа 2023 года выявлен большой диапазон распространенности наличия двух или более хронических заболеваний (от 4,0% до 92,8%) среди участников из 54 стран мира среднего возраста 57 лет [2]. Важно отметить, что, по их данным, распространенность общей глобальной мультиморбидности соответствовала 37,2%.

В Российской Федерации (РФ) многоцентровое исследование эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах РФ (ЭССЕ-РФ) изучило среднее значение числа заболеваний обследованных в возрасте от 25 до 64 лет из 13 регионов [3]. Авторами продемонстрировано, что на одного пациента в среднем приходится 2,5 заболевания. Согласно амбулаторно-поликлиническому регистру многопрофильного медицинского центра (ТЕРРА), включающему 32 264 лица среднего возраста 44 года, обратившихся в клинко-диагностический центр Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России, в 54,1% случаев пациенты имели хотя бы одно хроническое заболевание, при этом сочетание двух и более патологий установлено в 26,0% случаев [4]. Данные работы демонстрируют значимую распространенность двух и более заболеваний как во всем мире, так и в РФ.

При детализации мультиморбидности по количеству заболеваний превалирует число пациентов, имеющих три и более патологий. Так, результаты регистра многопрофильного медицинского центра (СОФИТ) 21 783 стационарных пациентов Тульской областной клинической больницы среднего возраста 51,8 года выявили, что наличие одного заболевания терапевтического профиля наблюдалось у 22,9% лиц, двух заболеваний – у 19,3% пациентов, а трех и более заболеваний – у 42,1% [5]. В связи с этим актуально выделение понятия «полипатия», под которым понимается наличие трех и более заболеваний [6].

Имеются половые различия в распространенности мультиморбидности. Сочетание двух и более заболеваний чаще встречается у женщин (39,4%), чем у мужчин (32,8%) [2]. При этом среднее значение числа заболеваний для женщин составило 2,7; для мужчин – 2,3 [3]. Кроме того, известно, что у мужчин чаще встречаются жизнеугрожающие сердечно-

сосудистые и онкологические заболевания. В то же время женщины чаще страдают от аутоиммунных, неврологических заболеваний и болезней опорно-двигательного аппарата, которые снижают качество жизни [7]. Понимание существующих половых различий в соматическом профиле мужчин и женщин [2; 8] должно учитываться при планировании профилактических мероприятий и скрининговых программ.

Учитывая актуальность вопросов укрепления здоровья лиц, имеющих факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ФР ХНИЗ), важно знание структуры патологических состояний и заболеваний с акцентом на пол пациента до момента развития серьезных клинически выраженных форм кардиоваскулярной патологии, сердечной недостаточности и сосудистых катастроф (кардиометаболических изменений) [9]. Полученная в ходе исследования информация может иметь значение для совершенствования профилактических программ и сохранения трудового потенциала страны.

Цель исследования. Изучить половые особенности и структуру заболеваний соматического профиля у лиц молодого и среднего возраста без кардиометаболических заболеваний.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на клинической базе кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики в консультативно-диагностическом центре Авиастроительного района г. Казани. Дизайн соответствовал сплошному поперечному когортному исследованию. Обследовано 178 лиц в возрасте $Me = 39$ [34-48] лет, включая 77 мужчин (43,2%) и 101 (56,8%) женщину. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России (протокол № 6 от 22.06.2021 г.).

Набор пациентов проводился из числа прошедших диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр. В изучаемую когорту вошли лица с ФР ХНИЗ согласно критериям включения и исключения. Критерии включения: подписанное информированное добровольное согласие на участие в исследовании; возраст от 18 до 59 лет. Критерии исключения: отказ пациента подписать информированное добровольное согласие; верифицированные кардиометаболические заболевания на момент обследования (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, цереброваскулярные болезни, хроническая болезнь почек, хроническая сердечная недостаточность, в том числе с сохраненной фракцией выброса); вторичные причины ожирения, включая заболевания эндокринной системы с нарушениями функции гипофиза, надпочечников, щитовидной железы; декомпенсированные заболевания жизненно важных органов; психические нарушения, затрудняющие контакт; острые инфекционные заболевания; беременность и период лактации.

Методы исследования: анализ медицинской документации; анкетирование с использованием опросников, в том числе the WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS) для оценки ФР развития ХНИЗ [10]; физикальный осмотр; углубленное лабораторное и инструментальное обследование.

У всех обследованных измерен рост, вес, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитан индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле. При наличии хотя бы одного критерия: $ОТ \geq 94$ см (для мужчин), ≥ 80 см (для женщин) и/или соотношение $ОТ/ОБ > 0,9$ (для мужчин), $> 0,85$ (для женщин) – диагностировалось абдоминальное ожирение (АО) [11].

Артериальное давление (АД) измерялось на аппарате Omron M2 Basic (производитель OMRON Healthcare Co. Ltd., Китай/Япония) с соблюдением условий и техники в соответствии с клиническими рекомендациями. Артериальная гипертензия (АГ) устанавливалась у лиц с документально зафиксированным диагнозом при зафиксированном факте приема антигипертензивных препаратов на постоянной основе и/или впервые выявленном $АД \geq 180/100$ мм рт. ст. Остальные случаи $АД \geq 140/90$ мм рт. ст. во время физикального осмотра были классифицированы как повышение АД при отсутствии диагноза АГ. Данные лица были приглашены для последующего наблюдения для верификации диагноза.

Общий анализ крови исследован при помощи автоматических анализаторов XP 300 (Sysmex, Япония), MicroCC-20Plus (High Technology Inc.) и CELL-DYN Emerald (Abbott, США). На основании уровня гемоглобина менее 120 г/л для женщин, 130 г/л для мужчин была диагностирована анемия.

На биохимическом анализаторе AU480 (Beckman Coulter, США) исследованы: ферментативным колориметрическим методом развернутая липидограмма, ферментативным гексокиназным методом глюкоза крови натощак, ультрафиолетовым кинетическим методом аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза (тест-комплект – Beckmann Coulter, Япония, Ирландия); методом турбидиметрического иммуноингибирования гликированный гемоглобин (тест-комплект – Randox, Великобритания). Методом иммуноферментного анализа на анализаторе Immulite 1000 (Siemens, Германия) исследован N-терминальный мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP) (тест-комплект – Siemens Healthcare Diagnostics, США) в турборежиме. Результаты трактовались согласно клиническим рекомендациям.

Проведены ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы, почек и эхокардиография на аппарате Mindray DC-8 (Китай), стандартная электрокардиография в покое – на аппарате «МИОКАРД-12» (НИИМП ЕЧН, г. Саров, Нижегородская область). Критериями наличия стеатоза послужили повышение эхогенности паренхимы и нарушение

видимости сосудистых структур в печени или поджелудочной железе по сравнению с почками при исключении других этиологий [12; 13].

Синдром стенокардии оценивался и диагностировался по результатам модифицированного опросника Роуза для выявления стенокардии [14] с последующим подсчетом предтестовой вероятности у пациентов со стабильными симптомами боли в грудной клетке [15].

Наличие вероятного гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) оценивалось по опроснику GerdQ при результате ≥ 8 баллов [16]. На использование шкалы GerdQ получено разрешение от компании AstraZeneca, «©AstraZeneca. All rights reserved» (30.06.2021 г.).

Вероятный синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) выставлялся на основе валидированных опросников и рассматривался у лиц при одномоментном сочетании высокого риска по опроснику STOP-Bang, с измерением окружности шеи, и значимой дневной сонливости по Эпвортской шкале сонливости [17].

Остальные патологические состояния и/или заболевания были задокументированы на основе данных, предоставленных обследованными, и результатов анализа медицинской документации, которые отражали коды Международной классификации болезней (МКБ) - 10.

Под термином «мультиморбидность» рассматривалось сочетание двух и более патологических состояний и/или заболеваний [1]. Отдельно анализировалось количество патологических состояний и/или заболеваний методом простого сложения с выделением лиц с моно-, би- и полипатией. Под термином «полипатия» подразумевалось наличие трех и более патологий [6, с. 15-16].

Для статистической обработки использована программа SPSS Statistics 26. Количественные показатели представлены в виде медианы и интерквартильного размаха – Ме [25–75%]. Качественные показатели описаны в виде абсолютных чисел и процентов. Для анализа применялись U-критерий Манна - Уитни, критерии Пирсона χ^2 и точного критерия Фишера. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) и его 95%-ный доверительный интервал (95% ДИ). Различия между группами считались статистически значимыми при уровне значимости $<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В среднем число одновременно установленных соматических патологических состояний и/или заболеваний в общей когорте составило 2 [1-3] и не зависело от пола: 2 [1-3] – у женщин, 2 [1-3] – у мужчин ($p = 0,917$).

У лиц молодого и среднего возраста мультиморбидность установлена в 64,0% случаев. Особенности соматического профиля обследованных с учетом количества патологических состояний и/или заболеваний представлены на рисунке 1.

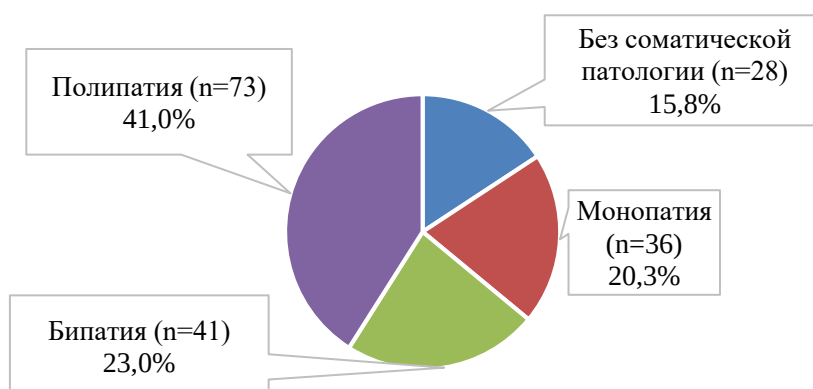


Рис. 1. Структура по количеству выявленных патологических состояний и/или заболеваний соматического профиля

Примечание: составлено авторами по результатам данного исследования.

Как видно из рисунка 2, частота встречаемости моно-, би-, полипатий среди мужчин и женщин статистически значимо не различалась ($p = 0,441$).

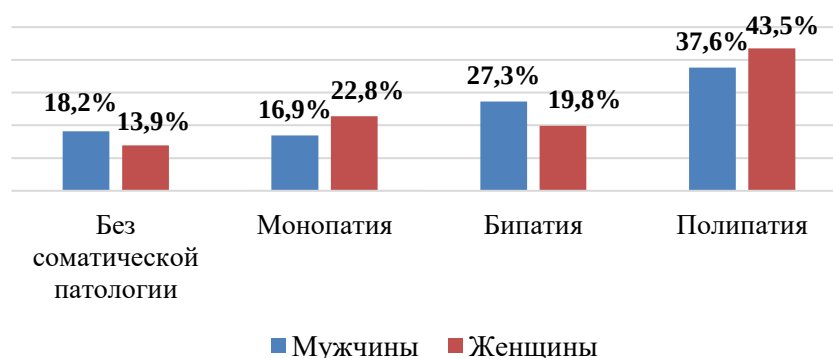


Рис. 2. Частота моно-, би-, полипатии среди мужчин и женщин

Примечание: составлено авторами по результатам данного исследования.

Анализ соматического профиля в общей когорте и различия среди мужчин и женщин представлены в таблице.

Характеристика соматического профиля обследованных с учетом пола

Соматические заболевания	Всего (n = 178)	Мужчины (n = 77)	Женщины (n = 101)	p _{м/ж}
	n (%)	n (%)	n (%)	
Болезни системы кровообращения (IX класс, XVIII класс МКБ - 10)				
АГ	45 (25,3)	18 (23,4)	27 (26,7)	0,610
АД ≥ 140/90 мм рт. ст. при отсутствии диагноза АГ	16 (9,0)	9 (11,7)	7 (6,9)	0,300
Варикозное расширение вен нижних конечностей	37 (20,8)	6 (7,8)	31 (30,7)	0,000
Синдром стенокардии*	5 (2,8)	3 (3,9)	2 (2,0)	0,653
Нарушение обмена веществ (IV класс, XVIII класс МКБ - 10)				

Дислипидемия	137 (77,0)	60 (43,8)	77 (56,2)	0,858
Гиперхолестеринемия	91 (51,4)	37 (48,1)	54 (54,0)	0,432
↑ ХС-ЛПНП	119 (68,0)	51 (67,1)	68 (68,7)	0,824
↓ ХС-ЛПВП	40 (22,6)	17 (22,4)	23 (22,8)	0,949
ГТГ	33 (18,5)	14 (18,2)	19 (18,8)	0,915
Предиабет	33 (18,5)	19 (24,7)	14 (13,9)	0,066
ИМТ ≥ 25 кг/м ²	112 (62,9)	53 (68,8)	59 (58,4)	0,163
Избыточная масса тела ($25,0 \leq \text{ИМТ} \leq 29,9$ кг/м ²)	76 (42,7)	42 (54,5)	34 (33,7)	0,005
Экзогенно-конституциональное ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	36 (20,2)	11 (14,3)	101 (24,8)	0,093
АО	106 (59,6)	43 (55,8)	63 (62,4)	0,379
Болезни органов пищеварения (XI класс МКБ – 10)				
Вероятный ГЭР*	11 (6,2)	6 (7,8)	5 (5,0)	0,535
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе	16 (9,0)	8 (10,4)	8 (7,9)	0,605
Жировая дегенерация печени	15 (8,4)	6 (7,8)	9 (8,9)	1,000
Болезни поджелудочной железы	19 (10,7)	9 (11,7)	10 (9,9)	0,808
Желчнокаменная болезнь	19 (10,7)	4 (5,2)	15 (14,9)	0,050
Болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки неуточненная, в т.ч. функциональные расстройства	45 (25,3)	17 (22,1)	28 (27,7)	0,391
Синдром запора	15 (8,4)	1 (1,3)	14 (13,9)	0,002
Функциональная диарея	7 (3,9)	3 (3,9)	4 (4,0)	1,000
Заболевания костно-мышечной системы (XIII класс МКБ – 10)				
Остеоартрит	41 (23,0)	11 (14,3)	30 (29,7)	0,160
Деформирующие дорсопатии	56 (31,5)	21 (27,3)	35 (34,7)	0,293
Боль внизу спины	54 (30,3)	25 (32,5)	29 (28,7)	0,589
Болезни нервной системы, расстройства сна (VI класс МКБ – 10)				
Вероятный СОАС*	7 (3,9)	6 (7,8)	1 (1,0)	0,044
Болезни крови (III класс МКБ – 10)				
Анемия	36 (20,2)	4 (5,2)	32 (31,7)	0,000
Болезни органов дыхания (X класс МКБ – 10)				
Хронический бронхит	16 (9,0)	7 (9,1)	9 (8,9)	1,000
Хроническая обструктивная болезнь легких	1 (0,6)	1 (1,3)	0 (0)	0,251
Бронхиальная астма	3 (1,7)	0 (0)	3 (3,0)	0,259
Прочие болезни аллергической природы (VII, X, XII класс МКБ – 10)				
Аллергический ринит	18 (10,1)	4 (5,2)	14 (13,9)	0,078
Аллергический конъюнктивит	6 (3,4)	3 (3,9)	3 (3,0)	1,000
Дерматит/экзема	8 (4,5)	2 (2,6)	6 (5,9)	0,469
Крапивница	15 (8,4)	5 (6,5)	10 (9,9)	0,588
Ангиоотек	3 (1,7)	1 (1,3)	2 (2,0)	1,000
Болезни мочевой системы (XIV класс МКБ – 10)				
Острый тубулоинтерстициальный нефрит в анамнезе	6 (3,4)	1 (1,3)	5 (5,0)	0,237
Мочекаменная болезнь	6 (3,4)	3 (3,9)	3 (3,0)	1,000

Примечание: п – количество лиц, у которых выявлен признак; % – доля лиц, у которых выявлен признак; $p_{м/ж}$ – уровень статистической значимости между мужским (м) и женским (ж) полом по критерию χ^2 . АГ – артериальная гипертензия; АД – артериальное давление; АО – абдоминальное ожирение; ГТГ – гипертриглицеридемия; ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс, ИМТ – индекс массы тела; МКБ – Международная

классификация болезней; СД – сахарный диабет; СОАС – синдром обструктивного апноэ сна; ХС-ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности; ХС-ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности.

* Синдром стенокардии, вероятный ГЭР и СОАС установлены по результатам заполнения опросников и требуют инструментального подтверждения.

Источник: составлено авторами по результатам данного исследования.

Из болезней системы кровообращения наиболее часто была установлена АГ, с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. В то же время варикозное расширение вен нижних конечностей встречалось у каждого пятого обследованного, но значительно преобладало у женщин по сравнению с мужчинами [ОШ = 5,2; 95% ДИ = 2,1 – 13,3; $p = 0,000$].

Дислипидемия в изучаемой когорте диагностирована более чем в половине случаев. Особенности дислипидемии не различались по полу. Как у мужчин, так и у женщин чаще установлено повышение холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП).

С высокой частотой диагностировано АО как среди мужского, так и среди женского пола, достигая 62% у женщин. Избыточная масса тела ($25,0 \leq \text{ИМТ} \leq 29,9 \text{ кг/м}^2$) установлена у каждого второго мужчины, а шанс его наличия был в 2,4 [95% ДИ = 1,3 – 4,4; $p = 0,005$] раза выше, чем у женщин.

В четверти случаев пациенты имели жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, требующие дальнейшей верификации. Согласно МКБ-10, данные случаи отнесены к неуточненным болезням желудка и/или двенадцатиперстной кишки, в том числе функциональные расстройства. При сопоставлении болезней органов пищеварения между мужчинами и женщинами установлен с высокой частотой синдром запора среди женского пола, чем среди мужского [ОШ = 12,2; 95% ДИ = 1,6 – 90,9; $p = 0,002$].

Заболевания костно-мышечной системы чаще были представлены деформирующими дорсопатиями и болью внизу спины. Данные состояния диагностировались у трети обследованных, не имея различия по частоте встречаемости среди мужчин и женщин.

Анемия установлена у пятой части обследуемых. Каждая вторая женщина страдала данной патологией. Вероятность наличия анемии была в 8,5 раза выше среди женского пола [95% ДИ = 2,8 – 25,0; $p = 0,000$], чем у мужского.

Вероятный СОАС в изучаемой когорте встречался в 3,9% случаев. Чаще диагностирован среди мужчин, достигая 7,8%, по сравнению с женщинами (ОШ = 8,5; 95% ДИ = 1,0 – 71,7; $p = 0,044$).

В проведенном исследовании у лиц трудоспособного возраста более чем в половине случаев установлена мультиморбидность (64,0%). По данным систематического обзора и метаанализа, распространенность мультиморбидности варьируется от 4,0% до 92,8% в зависимости от изучаемой выборки, возраста исследуемых и диагностируемых заболеваний [2]. Высокая частота встречаемость сочетания двух и более патологий в данной работе связана с тем, что было проведено углубленное исследование каждого пациента в рамках научно-

исследовательской работы. Данный подход позволил выявить в том числе субклинические состояния у пациента, что увеличило перечень диагностируемых патологических состояний и/или заболеваний соматического профиля. Важно подчеркнуть, что в представленной работе все изучаемые патологии были задокументированы по классификации МКБ-10.

Среднее число патологических состояний и/или заболеваний в изучаемой когорте составило 2,2 и не зависело от пола. Полученные данные противоречат ряду работ, в которых демонстрируют преобладание мультиморбидности среди женского пола [2; 3]. Однако анализ среди возрастных групп выявил, что в молодом возрасте, от 25 до 34 лет, число заболеваний одинаково как у мужчин, так и у женщин [3]. Преобладание мультиморбидности у женщин наблюдается лишь после 45 лет (4,1 заболевания среди женского пола; 3,0 – среди мужского). Представленные данные указывают на необходимость и важность детализированного подхода в изучении наличия двух и более патологий в каждой возрастной категории.

В структуре изучаемых патологических состояний и/или заболеваний в данном исследовании лидирующие позиции заняли дислипидемия, повышение ИМТ ≥ 25 кг/м², АО, заболевания костно-мышечной системы, АГ, болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, что согласуется с результатами других исследований. Так, по данным регистра ТЕРРА, доля случаев болезней органов пищеварения составила 33,1%, АГ – 19,6%, ожирения – 6,5%, остальные заболевания встречались реже [4]. Структура выявленных заболеваний у госпитализированных в многопрофильный стационар, по данным регистра СОФИТ, была представлена: АГ – в 58,3%, болезнями органов пищеварения – в 32,8%, ожирением – в 20,5%. Остальные заболевания встречались реже [5]. Несомненно, структура заболеваний во многом зависит от дизайна исследования, выявляемых и анализируемых патологий, изучаемой когорты, в том числе возраста обследуемых.

В проведенном авторами исследовании выявлены половые особенности соматического статуса. У женщин чаще диагностированы варикозное расширение вен нижних конечностей, анемия и синдром запора. У мужчин – вероятный СОАС, избыточная масса тела. Это согласуется с результатами других работ, изучающих различия по половому признаку [3; 7; 8]. Полученные результаты об особенностях соматического профиля у лиц в зависимости от пола могут объясняться тем, что на мужской и женский организм оказывают различное влияние ряд факторов: поведенческие ФР, особенности питания, физическая активность, особенности гормональной регуляции [18].

Таким образом, анализ особенностей и структуры заболеваний соматического профиля у лиц молодого и среднего возраста без кардиометаболических заболеваний с учетом пола представляет собой важный аспект для понимания здоровья населения с позиции формирования персонифицированного, полоориентированного ведения, что может составить

основу для дальнейших исследований в данной области и совершенствования профилактических программ.

Заключение. У лиц молодого и среднего возраста без кардиометаболических заболеваний в структуре заболеваний лидирующие позиции заняли нарушения обмена веществ: более чем в половине случаев диагностированы повышенный ХС-ЛПНП, ИМТ ≥ 25 кг/м², АО, гиперхолестеринемия. Треть обследованных имели деформирующие дорсопатии и/или боль внизу спины. Каждый четвертый страдал АГ, болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки неуточненной, в том числе функциональным расстройством.

Анализ особенностей соматического профиля среди женщин и мужчин выявил половые различия. Было установлено, что у лиц женского пола чаще встречались варикозное расширение вен нижних конечностей, анемия, синдром запора по сравнению с мужчинами. У лиц мужского пола – избыточная масса тела и вероятный СОАС.

Список литературы

1. Драпкина О.М., Шутков А.М., Ефремова Е.В. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз – синонимы или разные понятия? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Т. 18 (2). С. 65-69. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-2-65-69.
2. Chowdhury S.R., Chandra Das D., Sunna T.C., Beyene J., Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis // EClinicalMedicine. 2023. Vol. 57. P. 101860. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.101860.
3. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д., Имаева А.Э., Лукьянов М.М., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Гринштейн Ю.И., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Ильин В.А., Либис Р.А., Минаков А.В., Невзорова В.А., Недогода С.В., Романчук С.А., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Мамедов М.Н., Гутнова С.К., Тогузова З.А., Толпаров Г.В., Кулакова Н.В., Шестакова Н.В., Мокшина М.В., Родионова Л.В., Чумачек Е.В., Ледяева А.А., Касимов Р.А., Шабунова А.А., Леонидова Г.В., Калашников К.Н., Калачикова О.Н., Россошанский А.И., Кондакова Н.А., Попов А.В., Устинова К.А., Фурменко Г.И., Бабенко Н.И., Азарин О.Г., Бондарцов Л.В., Хвостикова А.Е., Назарова О.А., Белова О.А., Шутекова Е.А., Петрова М.М., Данилова Л.К., Евсюков А.А., Топольская Н.В., Шабалин В.В., Аристов А.И., Руф Р.Р., Косинова А.А., Шматова Е.Н., Каскаева Д.С., Басырова И.Р., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В., Гудкова С.А., Черепанова Н.А., Карпов Р.С., Кавешников В.С., Серебрякова В.Н., Серебрякова И.В., Шава В.П., Шалаев С.В., Барбараш О.Л., Скрипченко А.Е., Индукаева Е.В., Мулерова Т.А., Максимов С.А., Черкасс Н.В., Табакаев М.В., Данильченко Я.В.

Сочетания ишемической болезни сердца с другими неинфекционными заболеваниями в популяции взрослого населения: ассоциации с возрастом и факторами риска // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015. Т. 14(4). С. 44-51. DOI: 10.15829/1728-8800-2015-4-44-51.

4. Лукьянов М.М., Андреев Е.Ю., Смирнов А.А., Кудрявцева М.М., Кузина Н.Н., Кляшторный В.Г., Шепель Р.Н., Рыжакова Л.Н., Драпкина О.М. Амбулаторно-поликлинический регистр многопрофильного медицинского центра (ТЕРРА): общая характеристика и первые результаты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22(6). С. 3598. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3598. EDN: JBGLFL.

5. Лукьянов М.М., Гомова Т.А., Савищева А.А., Андреев Е.Ю., Андреев С.М., Смирнов А.А., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Регистр многопрофильного медицинского центра (СОФИТ): основные задачи, опыт создания и первые результаты // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26 (6). С. 46-54. DOI: 10.17116/profmed20232606146.

6. Шамурова Ю.Ю., Калев О.Ф. Полипатии: монография. М.: Издательство «Перо», 2019. 192 с. ISBN: 978-5-00150-195-4.

7. Драпкина О.М., Ким О.Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть II. Клиническая и медико-социальная // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22(12). С. 3831. DOI: 10.15829/10.15829/1728-8800-2023-3831. EDN: WJNNUC.

8. Goldney J., Barker M.M., Sargeant J.A., Daynes E., Papamargaritis D., Shabnam S., Goff L.M., Khunti K., Henson J., Davies M.J., Zaccardi F. Burden of vascular risk factors by age, sex, ethnicity and deprivation in young adults with and without newly diagnosed type 2 diabetes // Diabetes Res Clin Pract. 2025. Vol. 220. P. 112002. DOI: 10.1016/j.diabres.2025.112002.

9. American Heart Association. Cardiovascular-KidneyMetabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association // Circulation. 2023. Vol. 148 (20). P. 1606-1635. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001184.

10. Bonita R., Winkelmann R., Douglas K. A., De Courten, J. The WHO stepwise approach to surveillance (STEPS) of non-communicable disease risk factors. In: McQueen D., Puska P., editors. Global Behavioural Risk Factor Surveillance. New York: Kluwer Academic; 2003. P. 9-22. ISBN: 978-1-4613-4910-5.

11. Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А., Мазурина Н.В., Андреева Е.Н., Бондаренко И.З., Гусова З.Р., Дзгоева Ф.Х., Елисеев М.С., Ершова Е.В., Журавлева М.В., Захарчук Т.А., Исаков В.А., Клепикова М.В., Комшилова К.А., Крысанова В.С., Недогода С.В., Новикова А.М., Остроумова О.Д., Переверзев А.П., Роживанов Р.В., Романцова Т.И., Рюткина Л.А., Саласюк А.С., Сасунова А.Н., Сметанина С.А., Стародубова А.В., Суплотова Л.А., Ткачева О.Н., Трошина Е.А., Хамошина М.Б., Чечельницкая С.М.,

Шестакова Е.А., Шереметьева Е.В. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм. 2021. Т. 18 (1). С. 5-99. DOI: 10.14341/omet12714.

12. Лазебник Л.Б., Голованова Е.В., Туркина С.В., Райхельсон К.Л., Оковитый С.В., Драпкина О.М., Маев И.В., Мартынов А.И., Ройтберг Г.Е., Хлынова О.В., Абдулганиева Д.И., Алексеенко С.А., Ардатская М.Д., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Буеверов А.О., Виницкая Е.В., Волынец Г.В., Еремина Е.Ю., Гриневич В.Б., Долгушина А.И., Казюлин А.Н., Кашкина Е.И., Козлова И.В., Конев Ю.В., Корочанская Н.В., Кравчук Ю.А., Ли Е.Д., Лоранская И.Д., Махов В.М., Мехтиев С.Н., Новикова В.П., Остроумова О.Д., Павлов Ч.С., Радченко В.Г., Самсонов А.А., Сарсенбаева А.С., Сайфутдинов Р.Г., Селиверстов П.В., Ситкин С.И., Стефанюк О.В., Тарасова Л.В., Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Хавкин А.И., Цыганова Ю.В., Шархун О.О. Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых: клиника, диагностика, лечение. Рекомендации для терапевтов, третья версия // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. Т. 1 (1). С. 4-52. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-4-52 .

13. Paul J., Shihaz A.V.H. Pancreatic steatosis: a new diagnosis and therapeutic challenge in gastroenterology // Arq Gastroenterol. 2020. Vol. 57 (2). P. 216-220. DOI: 10.1590/s0004-2803.202000000-27.

14. Rose G.A. The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys // Bull World Health Organ. 1962. Vol. 27 (6). P. 645-58. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2555832/#supplementary-material1>.

15. Барбараш О.Л., Карпов Ю.А., Панов А.В., Акчурин Р.С., Алесян Б.Г., Алехин М.Н., Аронов Д.М., Арутюнян Г.К., Беленков Ю.Н., Бойцов С.А., Болдуева С.А., Бощенко А.А., Бубнова М.Г., Булкина О.С., Васюк Ю.А., Галявич А.С., Глезер М.Г., Голубев Е.П., Голухова Е.З., Гринштейн Ю.И., Давидович И.М., Ежов М.В., Завадовский К.В., Иртюга О.Б., Карпов Р.С., Кашталап В.В., Козиолова Н.А., Кореннова О.Ю., Космачева Е.Д., Кошельская О.А., Кухарчук В.В., Лопатин Ю.М., Меркулов Е.В., Миронов В.М., Марцевич С.Ю., Миролубова О.А., Михин В.П., Недошивин А.О., Никулина Н.Н., Никулина С.Ю., Олейников В.Э., Панченко Е.П., Перепеч Н.Б., Петрова М.М., Протасов К.В., Саидова М.А., Самко А.Н., Сергиенко И.В., Сеницын В.Е., Скибицкий В.В., Соболева Г.Н., Шалаев С.В., Шапошник И.И., Шевченко А.О., Ширяев А. А., А.А., Шляхто Е.В., Чумакова Г.А., Якушин С.С. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2024 // Российский кардиологический журнал. 2024. Т. 29(9). С. 6110. DOI: 10.15829/1560-4071-2024-6110. EDN: HHJJUT.

16. Jones R., Junghard O., Dent J., Vakil N., Halling K., Wernersson B., Lind T. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care // *Aliment Pharmacol Ther.* 2009. Vol. 30 (10). P. 1030-1038. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2009.04142.x.
17. Chiu H.Y., Chen P.Y., Chuang L.P., Chen N.H., Tu Y.K., Hsieh Y.J., Wang Y.C., Guilleminault C. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis // *Sleep Med Rev.* 2017. Vol. 36. P. 57-70. DOI: 10.1016/j.smr.2016.10.004.
18. Драпкина О.М., Ким О.Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть I. Эволюционная // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2023. Т. 22 (8). С. 3657. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3657. EDN: FMHVVK.