

Формирование коморбидности у пациентов с артериальной гипертензией, проживающих в сельской местности

Денисов И. Н.¹, Заугольникова Т. В.¹, Попова Т. С.^{1,2}, Морозова Т. Е.¹

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Москва; ²ООО Клиника “Первый доктор”. Москва, Россия

Цель. Провести анализ особенностей формирования коморбидности и возрастных закономерностей распределения факторов риска (ФР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), проживающих в сельской местности.

Материал и методы. В 2015–2017гг был выполнен ретроспективный анализ базы данных 2500 пациентов на двух участках врачей общей практики Конаковского района Тверской области. Из них отобрано 350 (14% от всех изучаемых амбулаторных карт) амбулаторных карт пациентов в возрасте 44-53 лет (164 мужчины и 186 женщин), которые содержали более полную информацию о проводимой диспансеризации населения. Дополнительно было проведено анкетирование этой группы населения для более подробного ретроспективного анализа заболеваемости и наличия ФР в течение жизни продолжительностью 25–35 лет.

Результаты. В структуре коморбидности преобладает АГ, которая была диагностирована у 50,86% пациентов; чаще всего диагностируется в возрасте 44-53 лет (81,06%). 2 место после АГ занимают дорсопатии (24%), 3 — заболевания желудочно-кишечного тракта (12%). На долю хронической обструктивной болезни легких и цереброваскулярных болезней приходится <3%. 96,1% мужчин с АГ курили постоянно с 18 лет до 53 лет. К 53 годам у 40,26% мужчин и 36,63% женщин установлено увеличение массы тела; гиперхолестеринемия — у 48,05% и у 22,77%, соответственно.

Заключение. У жителей сельской местности формирование коморбидности происходит преимущественно в возрасте 44-53 лет. Из особенностей коморбидности у этих пациентов следует отметить частое сочетание АГ с дорсопатиями, и относительно редкое — с хронической обструктивной болезнью легких и цереброваскулярными болезнями. Наблюдаемый в возрасте 34-43 лет “диагностический провал” диктует необходимость особое внимание уделять именно этой возрастной категории с целью своевременного обследования и раннего выявления начальных стадий заболеваний. Структура распределения ФР в течение жизни неоднородна и достигает максимальных значений к периоду формирования коморбидности (кроме курения и профессиональных вредностей). Все рассматриваемые ФР более выражены у мужчин, чем у женщин.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, коморбидность, факторы риска.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018; 17(2): 17–23
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-2-17-23>

Поступила 02/04-2018

Принята к публикации 20/04-2018

Established comorbidity in arterial hypertension patients in rural areas

Denisov I. N.¹, Zaugolnikova T. V.¹, Popova T. S.^{1,2}, Morozova T. E.¹

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health (Sechenov University). Moscow; ²LLC Clinic “First Doctor”. Moscow, Russia

Aim. To analyze the specifics of comorbidity forming and age-related correlations of the risk factors (RF) distribution in arterial hypertension (AH) patients living in rural areas.

Material and methods. In 2015-2017 a retrospective analysis of 2500 patients database was done at two general practitioners offices in Konakovsky District of Tverskaya Oblast. Of those, 350 were selected (14%) at the age 44-53 (164 males, 186 females) among the charts containing most complete data on the dispensarization. Additionally, surveying of the group was done for more detailed retrospective analysis of comorbidity and RF existence during lifetime of 25-35 years.

Results. In the structure of comorbidity AH predominates, which has been diagnosed in 50,86% of patients; mostly it is diagnosed at the age 44-53 (81,06%). After AH, 2nd place is held by dorsopathies (24%),

3rd — gastrointestinal disorders (12%). For chronic pulmonary obstructive disease and cerebrovascular disease — it is less than 3%. 96,1% of men with AH are smokers at the age 18 to 53 y.o. By the age 53, in 40,26% of men and 36,63% of women there is bodyweight increase; and raised cholesterol — in 48,05% and 22,77%, respectively.

Conclusion. In rural areas inhabitants, the formation of comorbidity is ongoing mostly at age 44-53 y.o. Of the specifics of comorbidity in these patients, there is often combination of AH with dorsopathies, and quite rare — with chronic obstructive lung disease or cerebrovascular diseases. The observed at the age 34-43 “diagnostic gap” points on the necessity for attention to this exact age strata with the aim of ontime diagnostics and early stages of diseases reveal. The structure of RF during the lifetime is not homogenic and is the highest at the age of

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (906) 73-15-118

e-mail: bluesfinks@mail.ru

[Денисов И. Н. — д. м. н., академик РАН, профессор кафедры семейной медицины, Заугольникова Т. В. — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины института профессионального образования, Попова Т. С. — ¹соискатель ученой степени кандидата медицинских наук на кафедре семейной медицины, ²врач терапевт, врач кардиолог, Морозова Т. Е. — д. м. н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины].

comorbidity forming (except smoking and professional harms). All the considered RF are more prominent in men than in women.

Key words: arterial hypertension, comorbidity, risk factors.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2018; 17(2): 17–23
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-2-17-23>

АГ — артериальная гипертензия, ВОП — врачи общей практики, ГХС — гиперхолестеринемия, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения в XXI веке в развитых странах 80% смертей будут связаны с сердечно-сосудистой патологией, онкологическими и бронхолегочными заболеваниями, сахарным диабетом. В основе хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) лежит мультифокальный характер повреждений, который характеризуется системностью поражений и коморбидностью [1]. Рост числа пациентов с коморбидной патологией на приеме врача “первой линии” — врача терапевта, участкового, врача общей практики (ВОП), требует усовершенствования организации оказания помощи населению, лечения и профилактики.

Изучение коморбидных состояний и их роли в общей структуре ХНИЗ проводятся многими исследователями. По данным зарубежных ученых распространенность коморбидности составляет 21–98% [2]. По результатам >600 тыс. аутопсий, проведенных в медицинских организациях взрослой сети Москвы в течение 20 лет, выявлена высокая распространенность коморбидности с ее ежегодным приростом.

Наблюдается рост коморбидности с возрастом. В возрасте 18–44 лет частота коморбидности составляет 69%, увеличивается до 93% у лиц средних лет (45–60 лет) и достигает 98% у пациентов в группе >60 лет.

При исследовании структуры коморбидности часто встречаются комбинации из двух и трех нозологий, но в единичных случаях у одного пациента сочетаются до 6–8 болезней одновременно. По разным авторам структура коморбидности немного отличается, но однозначно преобладают болезни системы кровообращения, заболевания костно-мышечной и мочеполовой системы, сахарного диабета, проблемы психического здоровья.

Коморбидные пациенты значительно чаще других консультируются с ВОП, узкими специалистами и чаще нуждаются в госпитализации. У них больше возникает осложнений, чаще требуются длительная или повторная госпитализация либо помещение в дом-интернат [3]. Изменение классического течения заболевания при коморбидности увеличивает время постановки правильного диагноза. Коморбидность существенно влияет на прогноз заболевания и качество жизни. При увеличении числа ХНИЗ, значительно увеличивается риск смерти. При наличии 3–4 нозологий риск смерти

составляет 25%, при увеличении числа заболеваний >5 риск смерти достигает 80%. Распространенность коморбидности увеличивает рост инвазивности.

В многочисленных исследованиях доказано, что большинство ХНИЗ можно избежать, если снизить частоту поведенческих факторов риска (ФР): употребление табака, низкую физическую активность, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, ожирение.

Артериальная гипертензия (АГ) считается одним из наиболее важных модифицируемых ФР. В России >40 млн взрослого населения имеет повышенное артериальное давление, однако лечатся лишь половина из них, и эффективность лечения составляет ~50% [4]. Наиболее значимые по вкладу в смертность и снижение выживаемости являются “традиционные” ФР [5].

Таким образом, исследования коморбидности показывают, что актуальным является ранее выявление ФР и специфических признаков коморбидных заболеваний, ассоциированных с АГ у взрослых пациентов, для их своевременной диагностики, профилактики и улучшения прогноза.

Известно, что структура заболеваемости и коморбидности может различаться у лиц, проживающих в различных социально-бытовых условиях, в частности в условиях крупных городов или сельской местности. Это определяется особенностями образа жизни людей, проживающих в сельской местности, среди которых можно отметить их более низкую мобильность, большую долю физического труда, особенности условий быта, социальной инфраструктуры и прочие факторы.

Однако в литературе недостаточно много исследований, посвященных изучению особенностей формирования коморбидности и ФР ее развития у лиц, проживающих в сельской местности.

В связи с этим целью представленной работы явился анализ особенностей формирования коморбидности и возрастных закономерностей распределения ФР у пациентов с АГ, проживающих в сельской местности.

Материал и методы

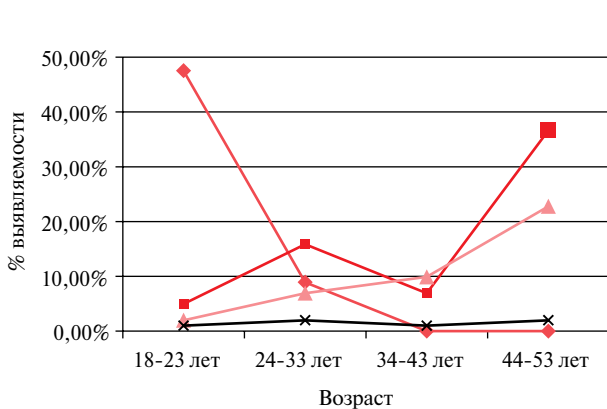
Объектом исследования являлись отчетные формы Мокшинской сельской амбулатории двух участков врачей общей практики Конаковского района Тверской области: основные показатели 2011–2015гг: годовые отчеты ф.30, в т.ч. 2500 “Медицинских карт амбулаторного больного”

Таблица 1

Гендерные особенности распределения ФР у 178 пациентов (77 мужчин и 101 женщины) с АГ в определенные возрастные периоды (по результатам ретроспективного исследования продолжительностью 25-35 лет)

ФР	Возраст и пол							
	18-23 лет		24-33 лет		34-43 лет		44-53 лет	
	М n (%)	Ж n (%)	М n (%)	Ж n (%)	М n (%)	Ж n (%)	М n (%)	Ж n (%)
Курение	74* (96,1%)	48* (47,5%)	74* (96,1%)	9* (8,9%)	74* (96,1%)	-* (0,0%)	74* (96,1%)	-* (0,0%)
Избыточная масса тела и ожирение	3 (3,9%)	5 (5,0%)	8 (10,4%)	16 (15,8%)	7 (9,1%)	7 (6,9%)	31 (40,3%)	37 (36,7%)
ГХС	6 (7,8%)	2 (2,0%)	2 (2,6%)	7 (6,9%)	1* (1,3%)	10* (9,9%)	37* (48,1%)	23* (22,8%)
Гиподинамия	- (0,0%)	1 (1,0%)	- (0,0%)	2 (2,0%)	1 (1,3%)	1 (1,0%)	4 (5,2%)	2 (2,0%)
Профессиональные вредности	2 (2,6%)	- (0,0%)	10* (13,0%)	-* (0,0%)	- (0,0%)	- (0,0%)	1 (1,3%)	- (0,0%)

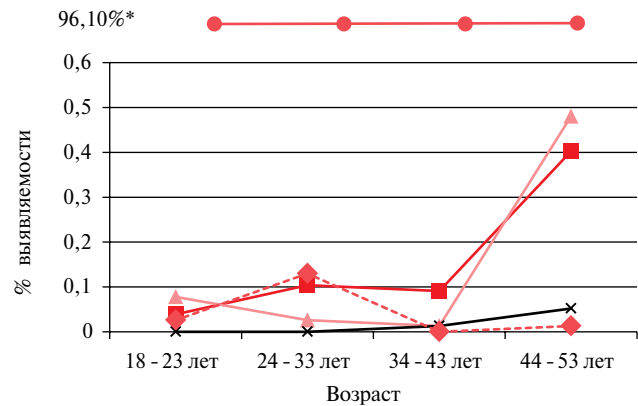
Примечание: за 100% у мужчин принято общее количество мужчин с АГ (n=77), за 100% у женщин принято общее количество женщин с АГ (n=101), * — наличие статистически значимых различий в распространенности этого ФР между мужчинами и женщинами (точный тест Фишера).



- ◆ Курение
- Избыточная масса тела
- ▲ ГХС
- ✕ Гиподинамия

Рис. 1 Динамика выявления ФР у 101 женщины в течение жизни (с 18 до 53 лет).

Примечание: * — за 100% взяты 101 женщина.



- Курение
- Избыточная масса тела
- ▲ ГХС
- ✕ Гиподинамия
- ◆ Профессиональные вредности

Рис. 2 Динамика выявления ФР у 77 мужчин в течение жизни (с 18 до 53 лет).

Примечание: * — за 100% взяты 77 мужчин.

(УФ-025/у); “Контрольные карты диспансерного наблюдения” (форма УФ-030/у); “Карты учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина” (форма № 131/у-ДД-10) и другие учетные формы о профилактических и дополнительных диспансеризациях работающих граждан. Из них были отобраны 350 (14% от всех изучаемых амбулаторных карт) амбулаторных карт пациентов в возрасте 44-53 лет (164 мужчины и 186 женщин), которые содержали более полную информацию о проводимой диспансеризации населения. Дополнительно было проведено анкетирование этой группы населения для более подробного ретроспективного анализа заболеваемости и наличия ФР продолжительностью до 25-35 лет. Протокол исследования одобрен локальным комитетом по этике ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России.

Диагностические критерии ФР и других патологических состояний и заболеваний устанавливались со-

гласно критериям, рекомендованным Приложением № 2 Приказа Минздрава России от 03.12.2012г № 1006н.

Диагноз АГ устанавливали при регистрации артериального давления $\geq 140/90$ мм рт. ст.; лица, выкуривающие хотя бы одну сигарету/папиросу в сут., были отнесены к группе курящих; гиперхолестеринемия (ГХС) была диагностирована при повышении общего холестерина $\geq 5,00$ ммоль/л; гиподинамией устанавливали при ходьбе в умеренном или быстром темпе < 30 мин/сут.; избыточная масса тела — при индексе массы тела 25-29,9 кг/м², ожирение — при > 30 кг/м².

При статистической обработке и ретроспективном анализе медико-социальных данных пациентов с АГ продолжительностью 25-35 лет (до 18-летнего возраста каждого пациента в возрастной группе 44-53 лет) с целью выявления динамики появления основных ФР и ХНИЗ использовали пакет программ Statistica for Windows 6.0. Применен точный критерий Фишера и тест Стьюдента

Таблица 2

Структура возникновения и распределения ХНИЗ
у 178 пациентов с АГ в определенные возрастные периоды
(по результатам ретроспективного исследования глубиной 25-35 лет)

ХНИЗ	Возраст			
	18-23 лет n (%)	24-33 лет n (%)	34-43 лет n (%)	44-53 лет n (%)
АГ	31 (17,4%)	- (0,0%)	3 (1,5%)	144 (81,1%)
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	- (0,0%)
Хронический гастродуоденит	9 (34,6%)	14 (53,9%)	3 (11,5%)	- (0,0%)
Хронический холецистит	- (0,0%)	3 (11,5%)	7 (26,9%)	16 (61,5%)
Дорсопатия	- (0,0%)	- (0,0%)	2 (2,2%)	88 (97,8%)
Хроническая болезнь почек	1 (8,3%)	- (0,0%)	2 (16,7%)	9 (75,0%)
Сахарный диабет	1 (10,0%)	- (0,0%)	2 (20,0%)	7 (70,0%)

Примечание: за 100% взято количество пациентов с каждой нозологией в возрасте 44-53 лет.

Таблица 3

КИ для отдельных ХНИЗ в определенные промежутки времени

АГ				
Возраст	n	N	T	КИ (на 10000)
18-23	31	350	5	177.14286
24-33	0	319	10	0.00000
34-43	3	319	10	9.40439
44-53	144	316	10	455.69620
Язвенная болезнь				
Возраст	n	N	T	КИ
18-23	2	350	5	11.42857
24-33	6	348	10	17.24138
34-43	1	342	10	2.92398
44-53	0	341	10	0.00000
Хронический гастродуоденит				
Возраст	n	N	T	КИ
18-23	9	350	5	51.42857
24-33	14	341	10	41.05572
34-43	3	327	10	9.17431
44-53	0	324	10	0.00000
Хронический холецистит				
Возраст	n	N	T	КИ
18-23	0	350	5	0.00000
24-33	3	350	10	8.57143
34-43	7	347	10	20.17291
44-53	16	340	10	47.05882
Дорсопатия				
Возраст	n	N	T	КИ
18-23	0	350	5	0.00000
24-33	0	350	10	0.00000
34-43	2	350	10	5.71429
44-53	82	348	10	235.63218
Хроническая болезнь почек				
Возраст	n	N	T	КИ
18-23	1	350	5	5.71429
24-33	0	349	10	0.00000
34-43	2	349	10	5.73066
44-53	9	347	10	25.93660
Сахарный диабет				
Возраст	n	N	T	КИ
18-23	1	350	5	5.71429
24-33	0	349	10	0.00000
34-43	2	349	10	5.73066
44-53	7	347	10	20.17291

Примечание: КИ (кумулятивная инцидентность) = $n/(N \times T)$, где n — число ХНИЗ, N — размер выборки, T — величина временного интервала в годах.

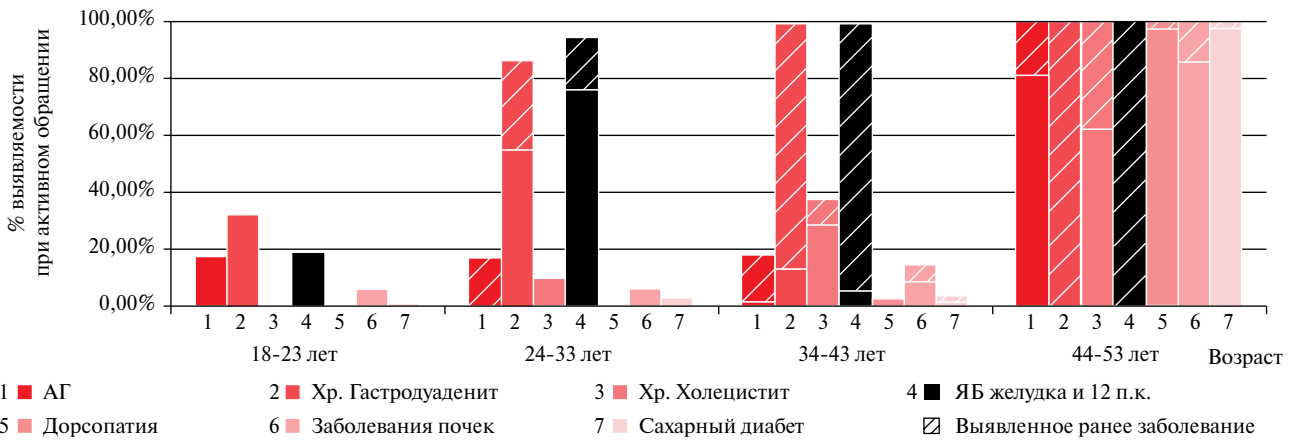


Рис. 3 Формирование коморбидности у пациентов с АГ в течение жизни (18-53 года).

Примечание: изменения статистически значимы для всех заболеваний, точный тест Фишера, $p < 0,001$. ЯБ — язвенная болезнь.

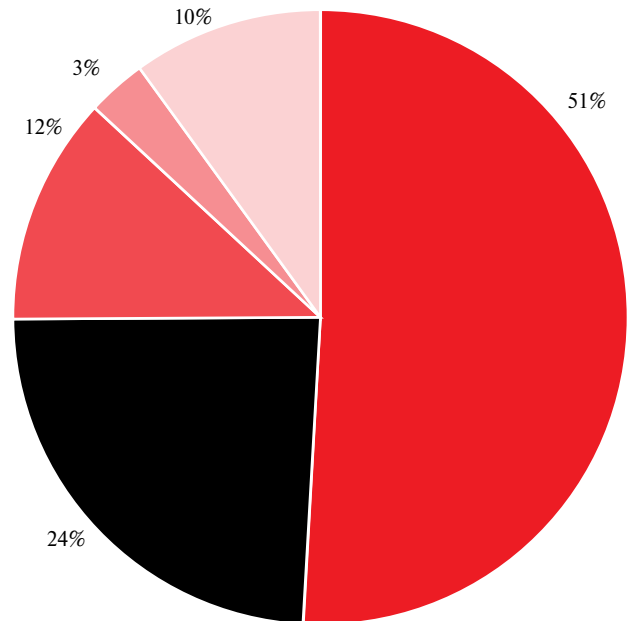
для повторных измерений. Пороговое значение статистической значимости 5%.

Результаты

АГ выявлена у 178 (50,86%) пациентов — 77 мужчин и 101 женщина ($p=0,101$). Диагностика АГ приходится преимущественно на периоды жизни 18-23 и 44-53 лет. Пациентов с АГ без выявленных ФР было 31 (17,42%) — 3 мужчин и 28 женщин, с одним или двумя ФР — 100 (56,18%) человек, с ≥ 3 ФР — 47 (26,4%), т.е. в группе пациентов с АГ 44-53 лет ФР имели 147 (82,58%) пациентов. Особенности распределения ФР у мужчин и женщин представлены в таблице 1.

На рисунках 1 и 2 приведены данные о наличии ФР в каждый временной промежуток: 18-23 лет, 24-33 лет, 34-43 лет, 44-53 лет, у пациентов с АГ. Основным ФР у мужчин на протяжении жизни оставалось курение. Несмотря на большой % курящих женщин 18-23 лет — 47,52%, почти все пациентки оставили вредную привычку к 34 годам. При дополнительном анкетировании 97% опрошенных ранее куривших женщин объясняли отказ от курения к 34 годам появлением детей в их семье. И только 3% опрошенных связывали отказ от курения с ухудшением состояния своего здоровья. Важно отметить, что хотя у мужчин распространенность избыточной массы тела с возрастом к 53 годам увеличилась чуть более чем у женщин — 40,3% и 36,6%, соответственно, различия в росте частоты, связанной с ней ГХС, выросли непропорционально — 48,05% и 22,77%, соответственно.

Выборочная распространенность ХНИЗ у пациентов с АГ когорты 45-54 лет в период с 18 лет до 45-54 лет составила: заболевания органов пищеварения у 61 (34,3%) человека, дорсопатии у 90 (50,1%), хроническая болезнь почек у 12 (6,7%), сахарный диабет у 10 (5,6%) человек. По нозологиям в возрасте 18-23 лет лидировала АГ — 31



- АГ
- Дорсопатия
- Заболевания ЖКТ
- Другие заболевания
- Без заболеваний

Рис. 4 Структура коморбидности у пациентов с АГ в возрасте 44-53 лет.

Примечание: ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.

(17,41%) человек, в 24-33 лет — хронический гастродуоденит у 14 (53,9%), в 34-43 лет — хронический холецистит у 7 (26,9%), в 44-53 лет — АГ у 144 (81,06%) человек. В возрасте 34-43 лет отмечается наименьшее количество впервые выявленных ХНИЗ — 20 нозологий, наибольшее — в возрасте 44-53 лет — 258 нозологий (таблица 2). Кумуля-

тивная инцидентность для отдельных ХНИЗ в каждый временной промежуток представлена в таблице 3.

Таким образом, с 34 до 43 лет в исследуемой группе пациентов обнаружен “диагностический провал” — время наименьшего выявления заболеваний и период, когда клиническая симптоматика заболеваний еще слабо выражена, а трудовая активность пациентов достаточно высока. К 44-53 годам накапливаются ФР, прогрессируют метаболические и гормональные нарушения, формируются стойкие патоморфологические изменения. Это период самой высокой выявляемости АГ и максимальных значений ФР у исследуемых пациентов. Формирование коморбидности с 18 лет до 53 лет отражено на рисунке 3.

Сформированная коморбидность у жителей села имеет свои особенности (рисунок 4). Второе место после АГ занимает дорсопатия (24%), третье — заболевания желудочно-кишечного тракта (12%). Обращает на себя внимание тот факт, что хроническая обструктивная болезнь легких и цереброваскулярные болезни у данной группы пациентов 44-53 лет встречаются редко, и составляют не более 3% в сумме с другими мало диагностируемыми нозологиями, а у пациентов с АГ вообще не были зарегистрированы.

Обсуждение

Уникальность настоящей работы заключается в том, что выполнен ретроспективный анализ на глубину 25-35 лет. Учитывая тот факт, что полученная информация была сверена по трем источникам: амбулаторные карты пациентов, анкетирование изучаемых пациентов и “Карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)”, можно судить о достоверности картины формирования коморбидности у этой группы пациентов на фоне накопления ФР в течение жизни. В литературе, к сожалению, не были обнаружены исследования формирования коморбидности у одних и тех же пациентов за такой длительный временной промежуток.

Авторами изучалась распространенность ХНИЗ, анализ проводили не на репрезентативной выборке и его нельзя сравнивать с эпидемиологическими данными. Тем не менее, в обсуждении целесообразно привести в пример работы, которые оказались очень интересными. Результаты представленного исследования подтвердили тот факт, что АГ является ведущей патологией среди населения в РФ. Проблема раннего начала курения среди пациентов с АГ, преимущественно у лиц мужского пола, подтверждается также в исследовании 423 человек со средним возрастом обследуемых по медиане 22 года [6]. Наличие такого ФР как курение сохраняется у большинства

мужчин в течение всей жизни. Исследования авторов [7] (2006) у мужчин и женщин с АГ в возрасте $56,5 \pm 0,2$ и $60,3 \pm 0,2$ лет, соответственно, определяет соотношение частоты курения среди мужчин и женщин как 30:1

Полученное в исследованиях прогрессирующее показателем ГХС у мужчин свидетельствует в пользу того, что принадлежность к мужскому полу в настоящее время является самым значимым единственным ФР ранней смерти [8]. Быстрый рост частоты ГХС у мужчин ($p=0,021$) и у женщин ($p=0,043$), который наблюдают в возрасте с 34-43 до 44-53 лет (рисунки 1 и 2) также совпадает с результатами, полученными в работе (2016) [9] при исследовании пациентов с АГ: средний показатель общего холестерина в группе пациентов 20-35 лет — 5,0 ммоль/л (3,9-5,5), а в группе 36-45 лет — 6,2 ммоль/л (4,3-6,9). Статистически значимая связь липидного обмена с возрастом подтверждается работой (2014) [10] при изучении особенностей АГ у мужчин в разных возрастных диапазонах.

У 17,4% из 178 пациентов с АГ не были выявлены традиционные ФР, что дает основание для расширения списка изучаемых ФР при дальнейших исследованиях. Например, в работе (2000г) [8] из Медицинской школы Бостонского университета в “Стратификация риска при гипертонии: новые идеи из исследования Фремингема” считаются важными такие ФР при АГ, как повышение частоты сердечных сокращений, гипертрофии левого желудочка, маркеры хронического воспаления. Связь между АГ и ФР подтверждается и во многих других работах.

Заключение

Таким образом, у жителей сельской местности формирование коморбидности происходит преимущественно в возрасте 44-53 лет. Из особенностей коморбидности у этих пациентов следует отметить частое сочетание АГ с дорсопатиями, и относительно редкое — с хронической обструктивной болезнью легких и цереброваскулярными болезнями. Структура распределения ФР в течение жизни неоднородна и достигает максимальных значений (по количеству ФР у одного пациента и степени их выраженности) к периоду формирования коморбидности (кроме курения и профессиональных вредностей). Все рассматриваемые ФР более выражены у мужчин, чем у женщин.

В возрасте 34-43 лет наблюдается так называемый “диагностический провал” — период чрезвычайно низкой выявляемости заболеваний, в связи с чем необходимо особое внимание уделять именно этой возрастной категории с целью своевременного обследования и раннего выявления начальных стадий заболеваний.

Литература

- Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Russian Journal of Cardiology 2014; 1 (105): 7-94. (In Russ.) Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013. Российский кардиологический журнал 2014; 1 (105): 7-94. DOI: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.
- Pedersen HS, Vestergaard M, Prior A, et al. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. Jensen Clinical Epidemiology 2017; 9: 279-89. DOI: 10.2147/CLEPS129415.
- Hillas G, Perlikos F, Tsiligianni I, Tzanakis N. Managing comorbidities in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2015; 10: 95-109. DOI: 10.2147/COPD.S54473.
- Health care in Russia. 2015. Article collection Rosstat. Moscow, 2015. 174 p. (In Russ.) Здоровье населения в России. 2015. Стат. сб. Росстат. М., 2015. 174 с. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf. ISBN 978-5-89476-399-6.
- Boytsov SA, Balanova YA, Shalnova SA, et al. Arterial hypertension among individuals of 25-64 years old: prevalence, awareness, treatment and control (data from the ESSE study). Cardiovascular Therapy and Prevention 2014; 13 (4): 4-14. (In Russ.) Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13 (4): 4-14. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-4-4-14.
- Lyamina NP, Nalivaeva AV, Senchikhin VN, Lipchanskaya TP. Intensity of cardiovascular and behavioral risk factors in masked and stable arterial hypertension in young subjects. Arterial Hypertension 2016; 22 (3): 244-52. (In Russ.) Лямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П. Выраженность кардиоваскулярных и поведенческих факторов риска при маскированной и стабильной артериальной гипертонии у лиц молодой возрастной группы. Артериальная гипертония 2016; 22 (3): 244-52. DOI: 10.18705/1607-419X-2016-22-3-244-252.
- Shalnova SA, Deev AD, Karpov YA. The arterial hypertension and ischemic heart disease in actual practice cardiologist. Cardiovascular Therapy and Prevention 2006; 5 (2): 73-80. (In Russ.) Шальнова С.А., Деев А.Д., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2006; 5 (2): 73-80.
- Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. Am J Hypertens 2000; 13(1), Pt. 2: 3-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10678282> PMID: 10678282 [Indexed for MEDLINE].
- Sumerkina VA, Chulkov VS, Golovneva ES, Chulkov VS. Age features of lipid, carbohydrate metabolism and hemostasis in young patients with different components of the metabolic syndrome. Arterial Hypertension 2016; 22 (6): 594-609. (In Russ.) Сумеркина В.А., Чулков В.С., Головнева Е.С., Чулков В.С. Возрастные особенности липидного, углеводного обмена и показателей системы гемостаза у молодых пациентов с различными компонентами метаболического синдрома. Артериальная гипертония 2016; 22 (6): 594-609. DOI: 10.18705/1607-419X-2016-22-6-594-609.
- Pastukhov AV, Cherkashin DV, Solncev VN, et al. Peculiarities of arterial hypertension in men of different age ranges. Arterial Hypertension 2014; 20 (4): 296-306. (In Russ.) Пастухов А.В., Черкашин Д.В., Солнцев В.Н. и др. Особенности артериальной гипертонии у мужчин в разных возрастных диапазонах. Артериальная гипертония 2014; 20 (4): 296-306. DOI: 10.18705/1607-419X-2014-20-4-296-306.

“Платиновая Унция XVIII” определила лидеров фармацевтической отрасли

Каждую весну в стране проходит значимое для фармацевтической индустрии событие — проведение Всероссийского открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли “Платиновая Унция”.

В течение почти четырёх месяцев Экспертный совет и Организационный комитет рассматривали и обсуждали заявки претендентов на конкурс. И до самого последнего момента — вскрытия конвертов — организаторы конкурса сохраняли интригу относительно программы самой Церемонии награждения, да и гости праздника не знали — кто станет лауреатом Премии “Платиновая Унция XVIII”. И вот 12 апреля отечественный приз “Фарм-Оскар” по номинациям вручен 23-м победителям.

Важная составляющая конкурса — это чистота и контроль подсчета голосов экспертов. Ей традиционно занимается компания “Эрнст и Янг”. В процессе проверки были выявлены 6 голосов экспертов с некорректным голосованием за “родную” компанию, препарат или проект. Данные голоса аннулированы и не учитывались при подведении итогов голосования, так как контроль и качество — базис как фарминдустрии, так и Всероссийского конкурса профессионалов фармацевтической отрасли “Платиновая Унция”.

Отдельные слова благодарности от Организаторов конкурса представителям прессы. Это генеральным информационным спонсорам — “Европейская Медиагруппа” и “Бионика Медиа”, которые приняли

активное участие в информационной подготовке и освещении Церемонии награждения. Хочется отметить, что количество видеокамер, фотокорроров и корреспондентов на празднике было не меньше чем на Каннском фестивале, причем прямую трансляцию праздника впервые показали на “Фармвестник-ТВ”. А тот кто не желал общаться с прессой смог поразвлекаться в специальной фотозоне, спонсором которой выступил препарат “Фосфоглив”.

“Платиновая Унция” — это не только яркий праздник профессионалов фарминдустрии, но и благотворительная акция. Организаторы подготовили для гостей “Благотворительную арт-галерею” и аукцион картин, средства от продажи которых направлены в благотворительный фонд “Подсолнух” **Тимура Бекмамбетова**. Высоко оценены меценаты: компания “Неофарм”, основатель компании **Евгений Олегович Нифантьев**, компания “ААРОН ЛЛОЙД”, генеральный директор **Юрий Витальевич Уляшев**, “Школа Искусств Перотти”, основатели школы **Светлана и Федерико Перотти** (Москва — Верона). Отмечены и индивидуальные благотворители: **Владислав Николаевич Шестаков**, директор ФБУ “Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик”, художник **Владислав Штельц**, а также **Герман Иноземцев**, главный редактор газеты “Фармацевтический вестник” (www.pharmvestnik.ru), “Фармвестник-ТВ”. Главным спонсором “Благотворительной арт-галереи” стала компания “Материя Медика”.