

Особенности течения артериальной гипертонии у мужчин и женщин (по данным Национального регистра артериальной гипертонии)

И.Е. Чазова, А.В. Аксенова, Е.В. Ошепкина

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Современные клинические рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии (АГ) не предусматривают различных стратегий терапии отдельно для мужчин и женщин. Анализ гендерных различий сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и особенностей терапии АГ способствует разработке индивидуализированного подхода к диагностике и лечению АГ.

Целью данного исследования являлось изучение влияния пола на особенности терапии АГ и развития ССО.

Материалы и методы. С помощью пакета статистических программ STATISTICA 10 проанализированы данные регистра артериальной гипертонии из поликлиник и кардиологических диспансеров 22 регионов Российской Федерации. Данные медицинских карт 33 564 больных с АГ [12 141 (36,2%) мужчины и 21 423 (63,8%) женщины] вводились в он-лайн компьютерную программу.

Результаты. Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания чаще диагностируются у мужчин: атеросклеротическое поражение периферических артерий, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, ишемический инсульт, расслаивающая аневризма аорты. Начало развития ССО у мужчин с повышенным артериальным давлением (АД) отмечается уже в молодом возрасте, что говорит о необходимости проведения профилактических мероприятий в юношеском возрасте и более пристального контроля лечения в молодом возрасте.

Заключение. Исследование подтвердило роль мужского пола как фактора риска развития ССО у больных с АГ при сопоставимых цифрах АД у мужчин и женщин. Выявленные гендерные особенности необходимо учитывать при проведении диагностики больных с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, гендерные особенности, сердечно-сосудистые осложнения, цереброваскулярные осложнения, регистр артериальной гипертонии.

Для цитирования: Чазова И.Е., Аксенова А.В., Ошепкина Е.В. Особенности течения артериальной гипертонии у мужчин и женщин (по данным Национального регистра артериальной гипертонии). *Терапевтический архив.* 2019; 91 (1): 4–12.

DOI: 10.26442/00403660.2019.01.000021

Clinical features of arterial hypertension in men and women (according to the National Registry of Arterial Hypertension)

I.E. Chazova, A.V. Aksenova, E.V. Oschepkova

National Medical Research Center of Cardiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Modern clinical guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension (AH) do not provide different treatment strategies separately for men and women. The analysis of gender differences in cardiovascular complications and features of AH therapy contributes to the development of an individualized approach to diagnosis and treatment of hypertension.

The purpose of this study is to study the effect of sex on the features of therapy of arterial hypertension and the development of cardiovascular complications.

Materials and methods. Data from the register of AH from outpatient hospital and cardiology departments of hospitals of 22 regions of the Russian Federation were analyzed. Data of medical documents of 33 564 patients with AH [(36.2%) men and 21 423 (63.8%) women] were entered into the on-line computer program and were analyzed using the statistical software package STATISTICA 10.

Results. Cardiovascular and cerebrovascular diseases are more often diagnosed in men: peripheral artery disease, coronary heart disease, acute coronary syndrome, congestive heart failure, ischemic stroke, dissecting aortic aneurysm. The beginning of development cardiovascular disease in men with elevated blood pressure is already observed at age of 25–44 years, which indicates the need for preventive measures already in adolescence and closer monitoring of treatment at a young age.

Conclusion. The study confirmed the role of the male sex as a risk factor for the development of cardiovascular disease in hypertensive men and women with comparable figures of blood pressure in. Identified gender features must be considered when diagnosing patients with AH.

Keywords: arterial hypertension, gender differences, sex differences, cardiovascular complications, cerebrovascular complications, registry of arterial hypertension.

For citation: Chazova I.E., Aksenova A.V., Oschepkova E.V. Clinical features of arterial hypertension in men and women (according to the National Registry of Arterial Hypertension). *Therapeutic Archive.* 2019; 91 (1): 4–12.

DOI: 10.26442/00403660.2019.01.000021

АГ – артериальная гипертония
АГТ – антигипертензивная терапия
АД – артериальное давление
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМ – инфаркт миокарда
МИ – мозговой инсульт
Нд – недостоверно
ОКС – острый коронарный синдром

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
САД – систолическое артериальное давление
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ССО – сердечно-сосудистые осложнения
ТИА – транзиторная ишемическая атака
ФК – функциональные классы
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

Таблица 1. Показатели АД (в мм рт. ст.) у больных с АГ в зависимости от пола и возраста

Возрастные группы	АД	Мужчины	Женщины	p
25–44 года (молодые больные)	САД, кл.	130,0 [130,0; 140,0] (n=1216)	135,0 [130,0; 140,0] (n=1228)	Нд
	ДАД, кл.	80,0 [80,0; 90,0] (n=1216)	80,0 [80,0; 90,0] (n=1228)	Нд
45–59 лет (больные среднего возраста)	САД, кл.	135,0 [130,0; 145,0] (n=4892)	140,0 [130,0; 150,0] (n=7390)	<0,001
	ДАД, кл.	80,0 [80,0; 90,0] (n=4892)	80,0 [80,0; 90,0] (n=7390)	Нд
60–74 года (больные пожилого возраста)	САД, кл.	140,0 [130,0; 150,0] (n=4419)	140,0 [130,0; 150,0] (n=8713)	<0,001
	ДАД, кл.	80,0 [80,0; 90,0] (n=4419)	80,0 [80,0; 90,0] (n=8713)	<0,01
75–89 лет (больные старческого возраста)	САД, кл.	140,0 [130,0; 150,0] (n=1134)	140,0 [130,0; 150,0] (n=3411)	<0,001
	ДАД, кл.	80,0 [80,0; 90,0] (n=1134)	80,0 [80,0; 90,0] (n=3411)	<0,001
Более 90 лет (долгожители)	САД, кл.	136,0 [120,0; 150,0] (n=19)	140,0 [130,0; 150,0] (n=67)	Нд
	ДАД, кл.	80,0 [78,0; 90,0] (n=19)	80,0 [80,0; 90,0] (n=67)	Нд

Примечание. ДАД – диастолическое АД, кл. – клиническое. Здесь и далее: Нд – недостоверно.

Хорошо известный принцип: «лечить не болезнь, а больного» сформулирован знаменитым врачом древности Гиппократом. Однако современные рекомендации, основанные на анализе больших унифицированных статистических данных, не разделяются на рекомендации отдельно для мужчин и женщин. Выбор начальной терапии, комбинаций препаратов, целевой уровень артериального давления (АД) не зависят от пола и возраста больного [1, 2]. Несмотря на то, что доля включенных в рандомизированные клинические исследования женщин составляет 44%, данные анализа в зависимости от пола опубликованы только в 24% сердечно-сосудистых исследований. Концепция «персонализированной медицины» должна быть реализована в индивидуальном подходе к больному на основании принципов доказательной медицины. Артериальная гипертония является ведущим фактором риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) и смертности [3]. В мире около 54% инсультов, 47% диагнозов ишемической болезни сердца (ИБС) и 25% других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) связаны с высоким АД [4]. Распространенность кардиоваскулярных заболеваний и смертность от них у мужчин выше, чем у женщин.

Целью данного исследования являлось изучение клинических характеристик больных с АГ, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений в гендерном аспекте.

Материалы и методы

Проведен анализ данных медицинских карт 33 564 больных [12 141 (36,2%) мужчина и 21 423 (63,8%) женщины] в возрасте от 18 до 99 лет, вошедших в общую базу данных Национального регистра артериальной гипертонии (АГ), функционирующего с 2012 г. Проанализированы данные больных только пяти возрастных групп (25–44 года – молодые больные, 45–59 лет – больные среднего возраста, 60–74 года – пожилого возраста, 75–90 лет – старческого воз-

раста и более 90 лет – долгожители), исключив больных с АГ в возрасте 18–25 лет, принимая во внимание низкий риск развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений АГ в этой возрастной группе.

Исследование проводилось методом регистра в 22 регионах Российской Федерации на базе 53 городских поликлиник и 5 кардиологических диспансеров, подробно методика его проведения описана ранее [5]. Медицинские данные карт больных в обезличенном виде передаются по сертифицированному выделенному каналу безопасности и хранятся на сервере ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России (в соответствии с Федеральными законами от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» и №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации»). В карту регистра АГ вносились данные анамнеза и клинико-инструментального обследования. Показатели АД, измеренные в соответствии с действующими рекомендациями, во время амбулаторного приема вносились врачами в амбулаторные карты больных. Данные анамнеза включали в себя сведения о наличии ИБС, хронической сердечной недостаточности (ХСН), атеросклерозе периферических артерий, о перенесенном инфаркте миокарда (ИМ), перенесенном остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК), транзиторной ишемической атаке (ТИА). Статистика: для анализа данных использован пакет статистических программ STATISTICA 10 в зависимости от типа распределения переменных величин, данные представлены как среднее \pm стандартное отклонение (STD), или как медиана \pm интерквартильный размах. Для анализа таблиц сопряженности $n \times m$, где ($n > 2$, $m > 2$) применялся критерий χ^2 Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

На антигипертензивной терапии (АГТ) находились от 84,9 до 95,2% больных в различных возрастных группах. Проведенный анализ показателей АД выявил различие в 5 мм рт. ст. по уровню систолического артериального давления (САД) в группе больных среднего возраста с АГ: у мужчин ($n=4892$) САД – 135,0 [130,0; 145,0] мм рт. ст., а у женщин ($n=7390$) САД – 140,0 [130,0; 150,0] мм рт. ст. (табл. 1).

Контактная информация:

Аксенова Анна Владимировна – к.м.н., м.н.с. отд. гипертонии ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России; тел.: +7(903)231-99-55; e-mail: aksenovaannav@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8048-4882

Сведения об авторах:

Чазова Ирина Евгеньевна – акад. РАН, д.м.н., проф., директор Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, руководитель отд. гипертонии; ORCID: 0000-0002-9822-4357

Ощепкова Елена Владимировна – д.м.н., проф., г.н.с. лаб. мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России; ORCID: 0000-0003-4534-9890

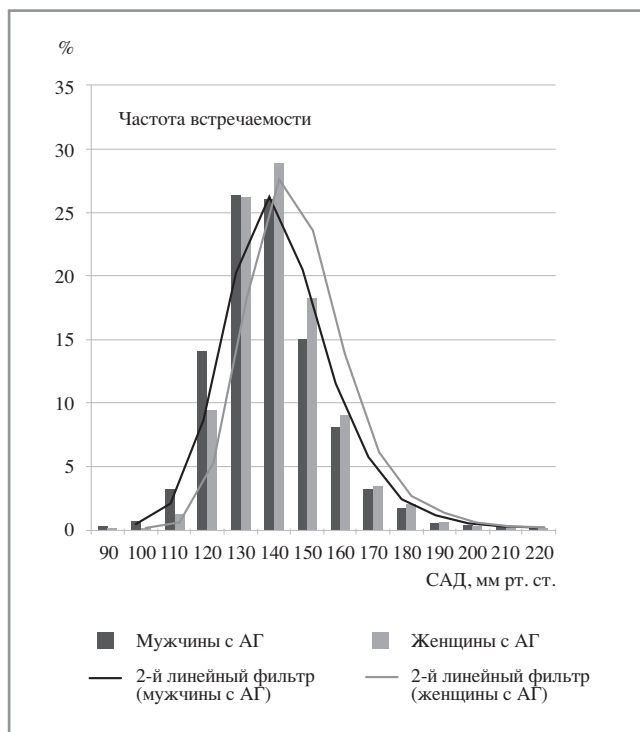


Рис. 1. Частота встречаемости показателей САД у больных с АГ при градации по 10 мм рт. ст. в зависимости от пола [n (САД) = 32 590].

Таблица 2. Частота АД у больных с АГ при градации по 10 мм рт. ст. у больных с АГ в зависимости от пола [n (САД) – 32 590, n (ДАД) – 32 581; n (%)]

САД, мм рт. ст.	Мужчины с АГ	Женщины с АГ
90 (<95)	29 (0,25)	11 (0,05)
100 (95≤САД<105)	86 (0,73)	38 (0,18)
110 (105≤САД<115)	384 (3,27)	245 (1,18)
120 (115≤САД<125)	1660 (14,12)	1949 (9,36)
130 (125≤САД<135)	3097 (26,34)	5456 (26,19)
140 (135≤САД<145)	3066 (26,08)	6037 (28,98)
150 (145≤САД<155)	1766 (15,02)	3808 (18,28)
160 (155≤САД<165)	953 (8,11)	1891 (9,08)
170 (165≤САД<175)	376 (3,20)	713 (3,42)
180 (175≤САД<185)	206 (1,75)	428 (2,05)
190 (185≤САД<195)	63 (0,54)	120 (0,58)
200 (195≤САД<205)	41 (0,35)	92 (0,44)
210 (205≤САД<215)	18 (0,15)	22 (0,11)
220 (215≤САД)	12 (0,10)	23 (0,11)
ДАД, мм рт. ст.	Мужчины с АГ	Женщины с АГ
50 (<55)	12 (0,10)	9 (0,04)
60 (55≤ДАД<65)	196 (1,67)	189 (0,91)
70 (65≤ДАД<75)	1157 (9,85)	1596 (7,66)
80 (75≤ДАД<85)	5458 (46,45)	10032 (48,16)
90 (85≤ДАД<95)	3688 (31,38)	6915 (33,20)
100 (95≤ДАД<105)	1025 (8,72)	1799 (8,64)
110 (105≤ДАД<115)	153 (1,30)	212 (1,02)
120 (115≤ДАД<125)	44 (0,37)	63 (0,30)
130 (125≤ДАД<135)	15 (0,13)	9 (0,04)
140 (≥135)	3 (0,03)	6 (0,03)



Рис. 2. Частота встречаемости показателей ДАД у больных с АГ при градации по 10 мм рт. ст. в зависимости от пола [n (ДАД) = 32 581].

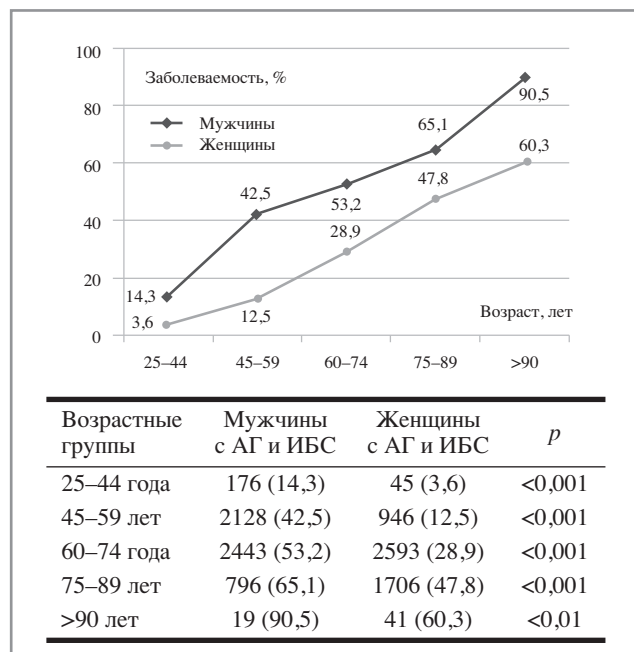


Рис. 3. Заболеваемость ИБС у больных с АГ (n=26 836) [n (%)].

Высокая представленность в базе данных «округленных» показателей АД объясняет наличие статистической значимости различий показателей АД при одинаковых округленных значениях медиан. Проведен дополнительный анализ частоты различных цифр АД при разделении по группам в 10 мм рт. ст. (табл. 2, рис. 1, 2).

Проведенный анализ выявил большую частоту более низких показателей как САД, так и ДАД у мужчин

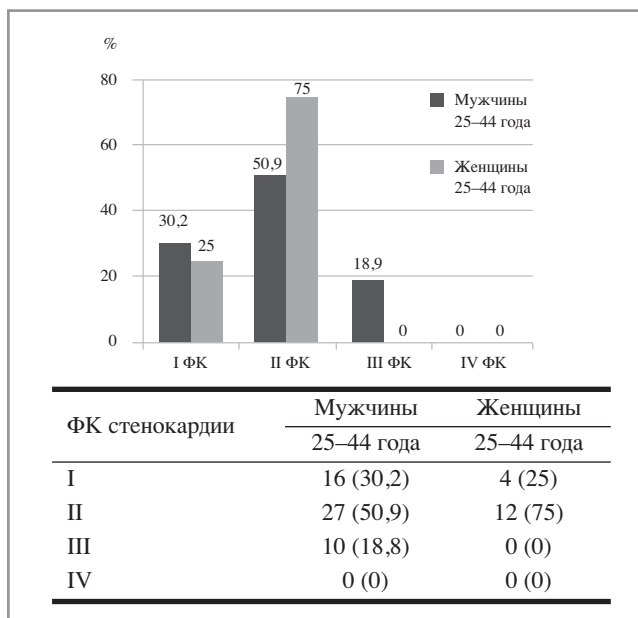


Рис. 4.1. Частота ФК стенокардии у больных с АГ и ИБС 25–44 лет ($p > 0,05$) [n (%)].

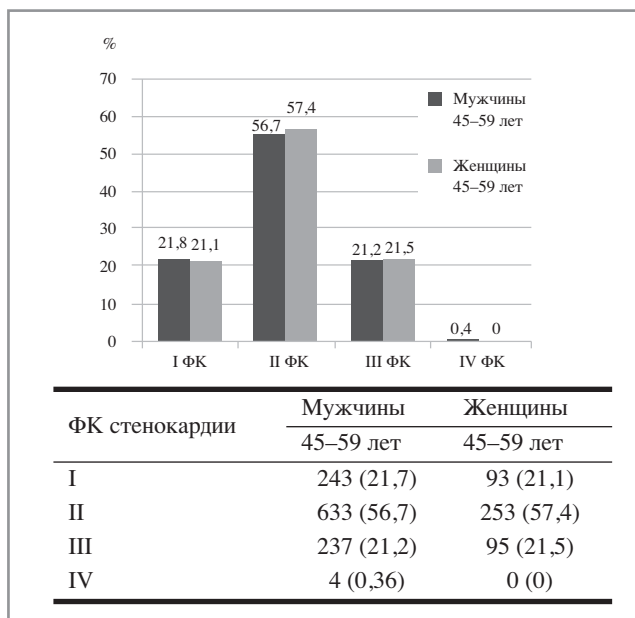


Рис. 4.2. Частота ФК стенокардии у больных с АГ и ИБС 45–59 лет ($p > 0,05$) [n (%)].

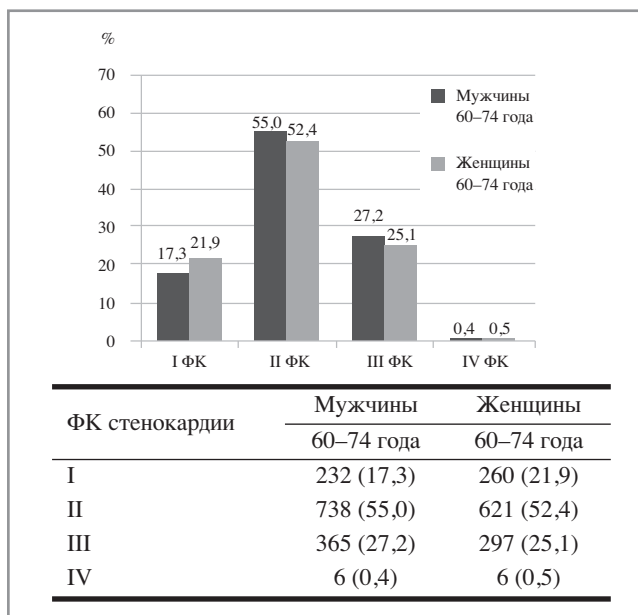


Рис. 4.3. Частота ФК стенокардии у больных с АГ и ИБС 60–74 лет ($p < 0,05$) [n (%)].

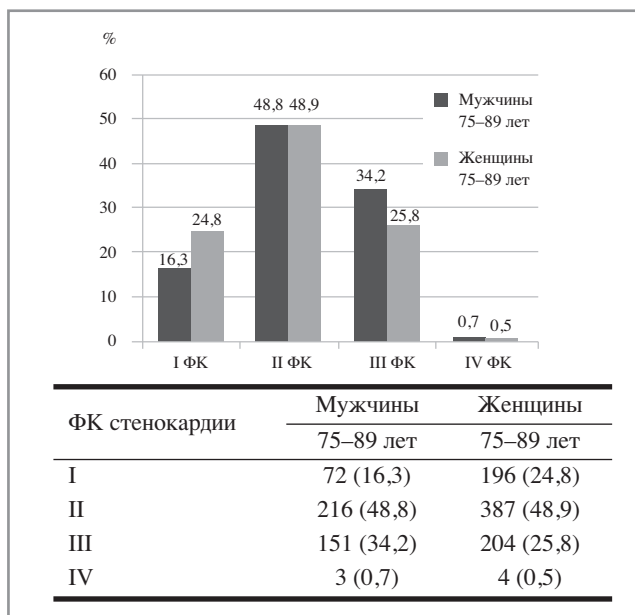


Рис. 4.4. Частота ФК стенокардии у больных с АГ и ИБС 75–89 лет ($p > 0,05$) [n (%)].

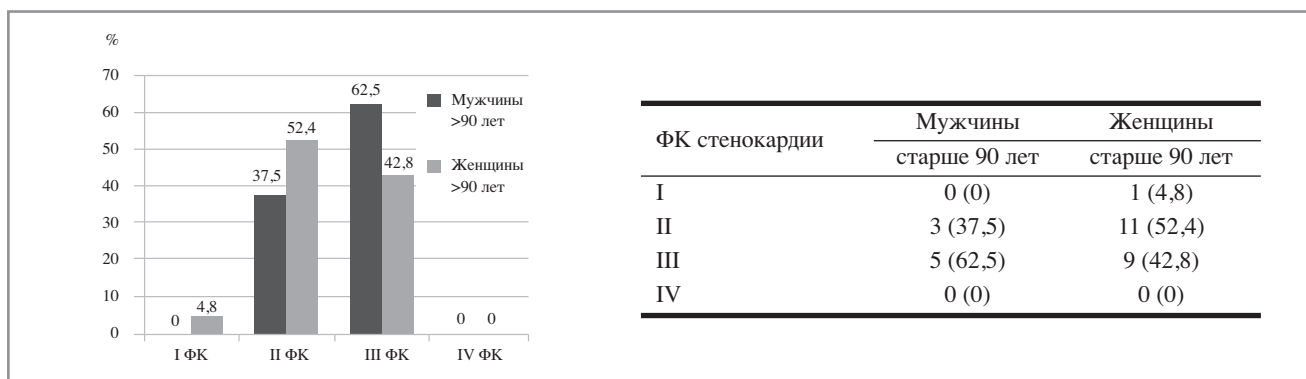


Рис. 4.5. Частота ФК стенокардии у больных с АГ и ИБС старше 90 лет ($p > 0,05$) [n (%)].

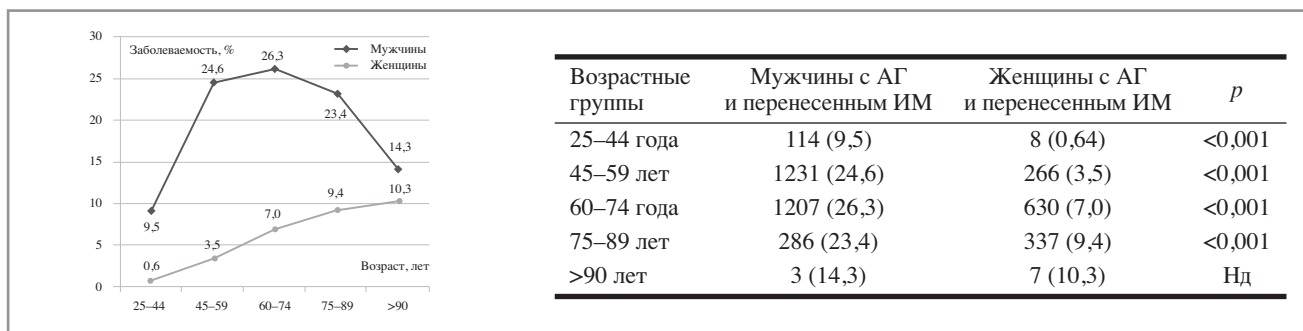


Рис. 5. Частота перенесенного ИМ у больных с АГ (n=26 836) [n (%)].

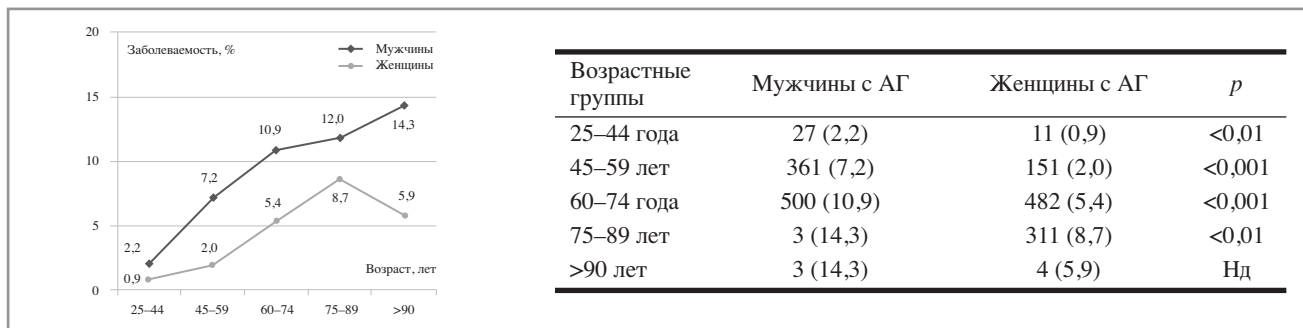


Рис. 6. Атеросклеротическое поражение периферических артерий у больных с АГ [n (%)].

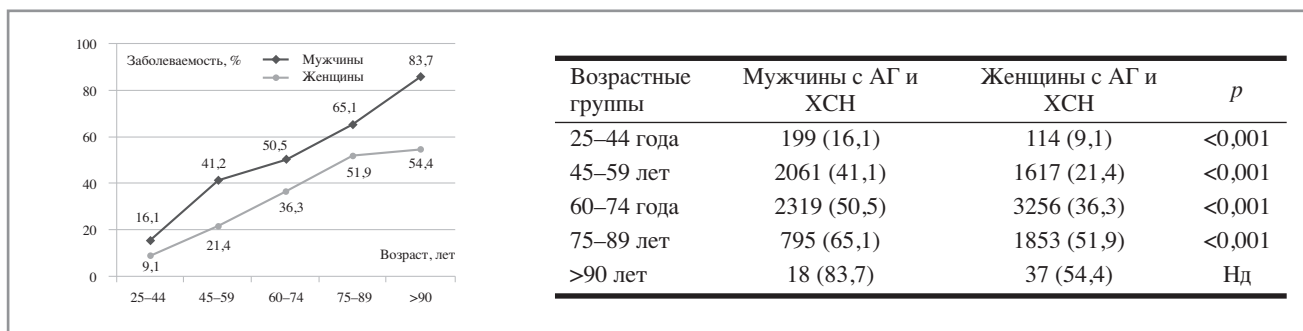


Рис. 7. Заболеваемость ХСН у больных с АГ (n=31 472) [n (%)].

с АГ (САД<145 мм рт. ст., а ДАД<95 мм рт. ст.). У женщин с АГ чаще регистрировалось САД≥45 мм рт. ст. и ДАД≥5 мм рт. ст.

У мужчин с АГ уже в молодом возрасте (14,3%) имела ИБС, что в 3,9 раза было чаще, чем у женщин с АГ этой же возрастной группы (рис. 3).

В среднем возрасте этот показатель у мужчин составил 42,5%. Порог в 50% (т.е. каждый второй больной с АГ имеет и ИБС) достигнут у мужчин в возрастной группе 60-74 года, а у женщин в 75-89 лет. С возрастом частота ИБС прогрессивно увеличивалась и достигла 90,5% у мужчин и 60,3% у женщин в группе долгожителей, хотя в абсолютных цифрах эта группа была малочисленна (19 мужчин с АГ и ИБС и 41 женщина). Высокая частота ИБС у женщин с АГ отмечалась в пожилом возрасте (28,9% в группе 60-74 года) с дальнейшим постепенным увеличением.

В мировом когортном исследовании INTERHEART Study, включавшем более чем 52 000 человек с ИМ, также было показано, что у женщин симптомы ИБС впервые появляются примерно на 10 лет позже, чем у мужчин, чаще всего после менопаузы. Данные регистра АГ подчеркивают необходимость более раннего начала профилактики ИБС у мужчин с АГ, начиная уже с подросткового и молодого возраста, так как повышенное АД оказывает влияние на

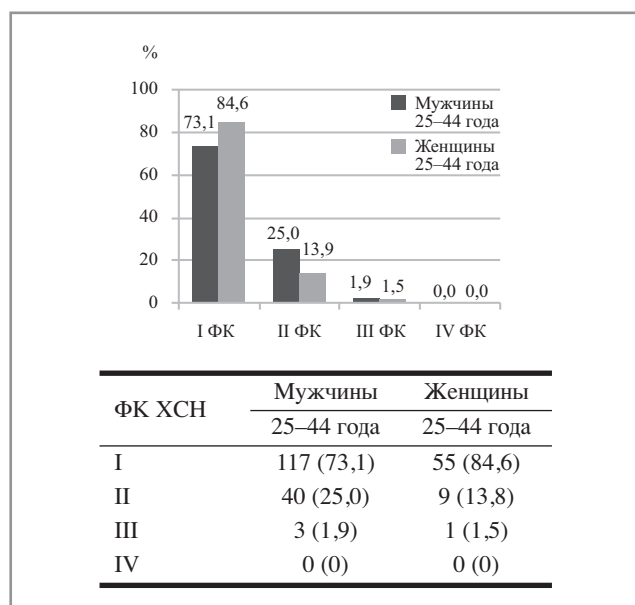


Рис. 8.1. Частота ФК ХСН у больных с АГ 25-44 лет (p>0,05) [n (%)].

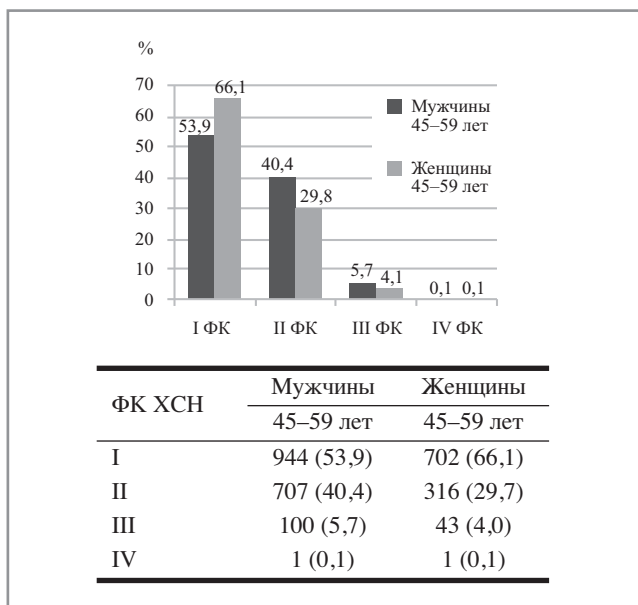


Рис. 8.2. Частота ФК ХСН у больных с АГ 45–59 лет ($p < 0,001$) [n (%)].

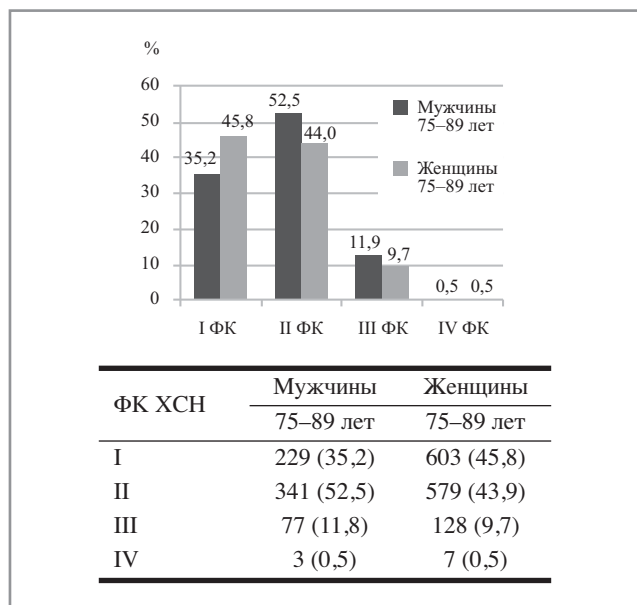


Рис. 8.4. Частота ФК ХСН у больных с АГ 75–89 лет ($p < 0,001$) [n (%)].

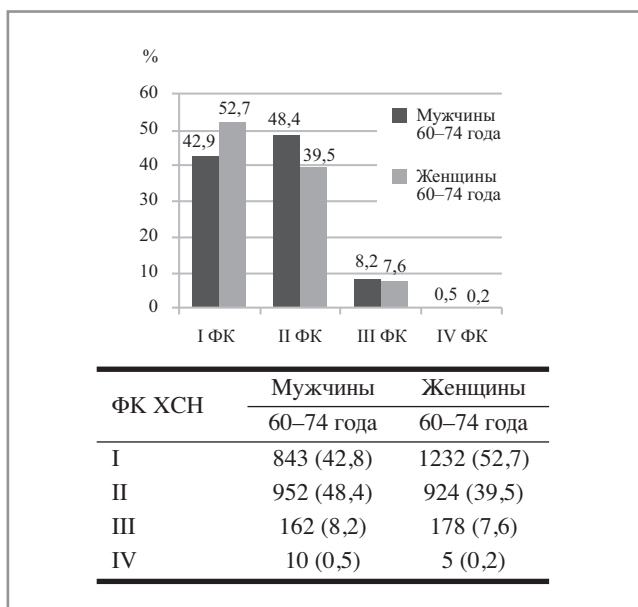


Рис. 8.3. Частота ФК ХСН у больных с АГ 60–74 года ($p < 0,001$) [n (%)].

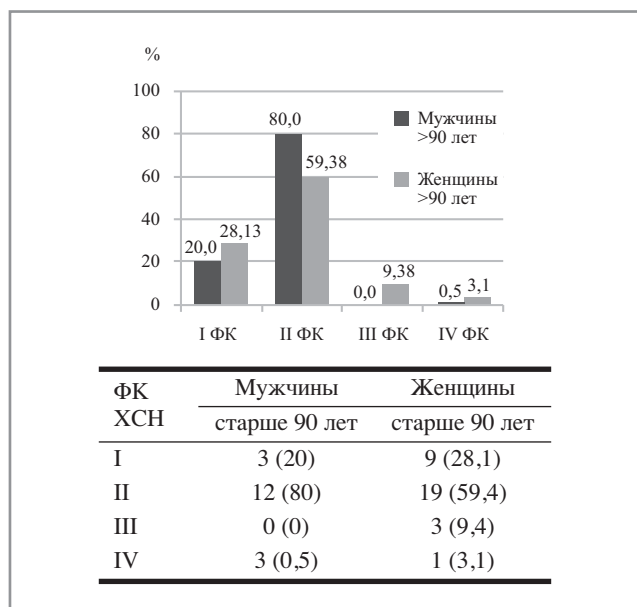


Рис. 8.5. Частота ФК ХСН у больных с АГ старше 90 лет ($p > 0,05$) [n (%)].

прогрессирование атеросклеротической бляшки, а повышение пульсового давления и артериальная жесткость – на изменение коронарной перфузии. У женщин активный гормональный статус обладает протективным действием и приводит как к защите от развития ИБС, так и к «нетипичному» представлению симптомов по сравнению с классической моделью у мужчин, неправильному их распознаванию как самими больными, так и врачами (рис. 4). Наиболее часто у женщин отмечается микрососудистая и вазоспастическая стенокардия. Этим обусловлена необходимость более пристального внимания к женщинам с АГ и проведения диагностических тестов ИБС. Особенно учитывая тот факт, что доля женщин с ИБС, включенных в исследования, составляет около 30% [6], и современные клинические рекомендации по лечению ИБС преимущественно основаны на данных изучения мужской популяции. Распределение

частоты функциональных классов (ФК) стенокардии (см. рис. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) статистически значимо различалось в группах мужчин и женщин пожилого (60–74 года) и старческого (75–89 лет) возрастов, с преобладанием более тяжелых форм стенокардии у больных мужского пола старше 75 лет. В пожилом возрасте распределение тяжести стенокардии было сопоставимо в группах мужчин и женщин, в группе мужчин старческого возраста отмечалось увеличение представленности IV ФК стенокардии приблизительно на 10% за счет уменьшения I ФК по сравнению со структурой тяжести стенокардии у женщин той же возрастной категории.

Анализ сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ показал, что частота перенесенного ИМ кардинально различалась между мужчинами и женщинами (рис. 5). Статистически значимыми были различия во всех возрастных

группах, кроме долгожителей. У мужчин молодого возраста с АГ частота ИМ уже в молодом возрасте была в 14,5 раза выше, чем у женщин, и составила 9,3% у мужчин и 0,6% у женщин. После 45 лет в группе мужчин почти каждый четвертый больной с АГ имел в анамнезе ИМ: в группе среднего возраста частота перенесенного ИМ выросла в 2,6 раза и достигала 24,6%, что в 7 раз выше, чем у женщин в этой же возрастной группе – 3,5%. В пожилом возрасте разница частоты перенесенного ИМ между мужчинами и женщинами сократилась еще больше и составила 3,7 раза (26,3% мужчины и 7,0% женщины). В старческом возрасте 23,4% мужчин и 9,4% женщин с АГ перенесли ИМ, т.е. риск развития ИМ у мужчин оставался более высоким (в 2,4 раза выше) по сравнению с женщинами с АГ. Куполообразная форма кривой перенесенного ИМ у мужчин может свидетельствовать о меньшей продолжительности жизни и высоком уровне смертности у мужчин.

По данным мета-анализа, острый коронарный синдром (ОКС) до 60-летнего возраста встречается в 3–4 раза чаще у мужчин с АГ по сравнению с женщинами с АГ [7]. После 75 лет, по данным V. Regitz-Zagrosek и соавт., женщины представляют большую часть больных, перенесших ОКС. При проведении анализа данных регистра АГ у женщин после 60 лет не отмечалось настолько выраженного увеличения частоты постановки диагноза ИМ, что, возможно, связано со сложностями постановки диагноза, перенесенного ИМ у женщин. Особенности клинической картины ИБС у женщин приводят к тому, что и анализы для определения тропонинов, и инструментальные исследования, такие как коронароангиография, у женщин проводятся реже.

В возрасте 45–65 лет у женщин преобладает функциональная ИБС, микрососудистое поражение при ИБС, меньшая обструкция коронарных артерий по сравнению с мужчинами; развитие ОКС типа II, связанного с развитием коронарного спазма, коронарной эмболией, анемией, аритмиями, гипертензией или гипотензией (см. рис. 4). Все вышеописанное акцентирует внимание на необходимости использования принципов доказательной медицины и клинических рекомендаций у женщин наравне с мужчинами и повышения осведомленности о гендерных особенностях сердечно-сосудистого риска у женщин и мужчин пожилого и старческого возраста [8].

Более чем в 2,4 раза повышение частоты атеросклеротического поражения периферических артерий наблюдается уже в молодом возрасте у мужчин с АГ, которое подтверждает то, что мужской пол является независимым фактором риска развития ССО (рис. 6). Так, в молодом возрасте атеросклеротическое поражение присутствует у 0,9% женщин и у 2,2% мужчин. В среднем возрасте разница между мужчинами и женщинами достигает максимума в 3,6 раза и составляет 2 и 7,2% соответственно.

В пожилом и старческом возрасте она постепенно сокращается, оставаясь выше у мужчин в 2 раза (5,4 и 10,9%) и в 1,4 раза (8,75 и 11,9%) соответственно.

Одним из наиболее грозных ССО является развитие ХСН, которая затрагивает до 10% пожилых людей, в абсолютном количестве больше женщин, чем мужчин [9]. Проведенный анализ показал, что каждый второй больной с АГ имел диагноз ХСН в группе мужчин в пожилом возрасте (60–74 года), в группе женщин – в старческом возрасте (75–89 лет; рис. 7). Кривая частоты заболеваемости ХСН у мужчин практически полностью повторяла график заболеваемости ИБС у мужчин с АГ. У женщин с АГ частота заболеваемости ИБС и ХСН совпала только в старческом возрасте.

В молодом возрасте у женщин с повышенным АД ХСН регистрировалась в 2,5 раза чаще, чем ИБС, в среднем возрасте – в 1,7 раза, в пожилом возрасте – в 1,3 раза чаще.

Распределение тяжести ФК ХСН среди мужчин и женщин с АГ характеризовалось более тяжелыми формами у мужчин и постепенным увеличением их представленности с возрастом (рис. 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5). В большинстве проведенных международных исследований развитие ХСН отмечалось у женщин позже, чем у мужчин, причина развития ХСН была реже связана с ишемией, что согласуется с данными регистра АГ [10]. Этиологически ХСН у мужчин чаще, чем у женщин, обусловлена перенесенным ИМ. Клинические рекомендации по лечению и диагностике ХСН не различаются у мужчин и женщин, однако для постановки диагноза ХСН у женщин реже используются объективные тесты, включая эхокардиографию [11]. По данным исследований, число женщин с ХСН и сохранной фракцией выброса больше, чем количество мужчин, а ХСН со сниженной фракцией выброса затрагивает больше мужчин [12]. Данные особенности необходимо учитывать при анализе полученных результатов и информировать врачей первичного звена с целью улучшения качества оказания медицинской помощи.

ОНМК является ведущей причиной смерти, инвалидности и развития деменции. При лечении больных с АГ и ОНМК необходимо учитывать тип перенесенного нарушения и остроту процесса. Повышенное АД является независимым фактором развития ОНМК для людей всех этнических групп вне зависимости от пола и возраста [13].

По данным регистра АГ, более высокая заболеваемость ОНМК ишемического генеза (инфаркта мозга) отмечена в мужской популяции (рис. 9). Статистически достоверной является разница между группами мужчин и женщин с АГ среднего и пожилого возраста. Так, в возрасте 44–59 лет и в возрасте 60–74 года среди больных с АГ мозговой инфаркт мужчины переносят в 1,7 раза чаще, чем женщины. Заболеваемость увеличивается в зависимо-

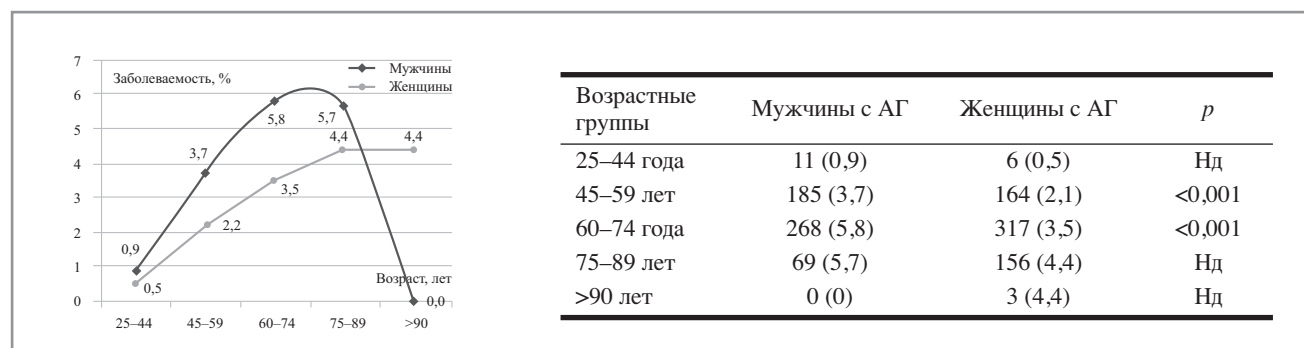
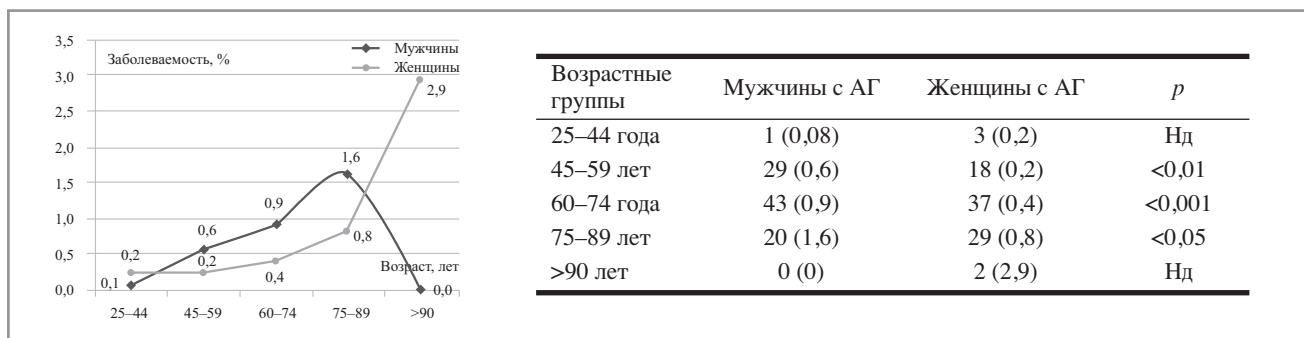
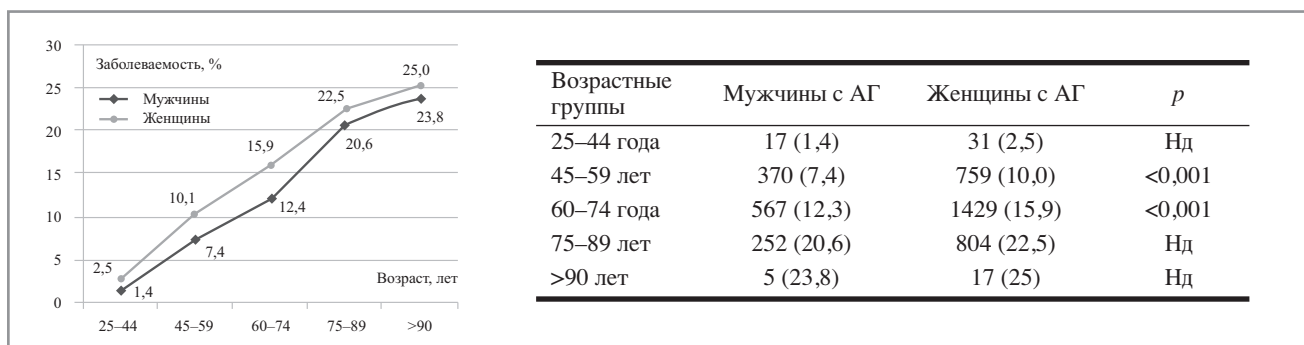
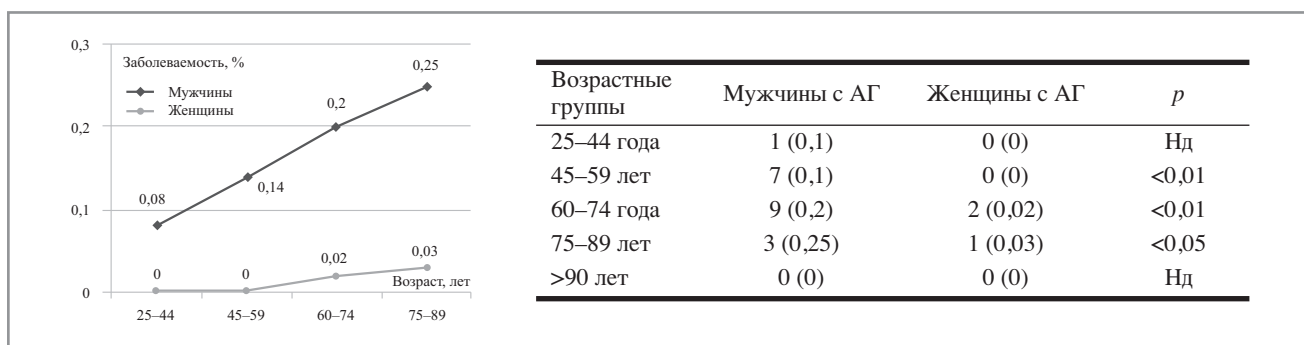


Рис. 9. Частота ОНМК ишемического генеза у больных с АГ (n=33 570) [n (%)].

Рис. 10. Инсульт мозга неуточненной этиологии у больных с АГ ($n=33\ 570$) [n (%)].Рис. 11. Частота диагноза «дисциркуляторной энцефалопатии» у больных с АГ ($n=33\ 570$) [n (%)].Рис. 12. Частота расслаивающей аневризмы аорты у больных с АГ [n (%)].

сти от возраста. В группе больных мужского пола она составила 0,9% в молодом возрасте с достижением максимума в пожилом (5,8%), далее отмечалось некоторое снижение в старческом возрасте. В группе мужчин-долгожителей с АГ случаи мозгового инфаркта не зафиксированы. Полученные результаты говорят как о малочисленности данной группы, так и о трудностях получения истинных данных по распространенности заболевания, в частности, из-за сложности посещения поликлиник. Показатель заболеваемости ОНМК ишемического генеза у женщин составляет 0,5% в группе молодого возраста и возрастает до 4,4% в пожилом возрасте и в группе долгожителей. По данным анализа частоты развития ОНМК геморрагического типа, статистически значимой разницы между мужчинами и женщинами выявлено не было, одинаковые максимальные цифры составили 0,3% у мужчин и женщин в возрасте 75–80 лет. Диагноз «инсульт мозга неуточненной этиологии» превалировал у мужчин. У мужчин среднего и пожилого возраста он отмечался в 3–4 раза чаще, в старческом возрасте – в 2 раза чаще, чем у женщин с АГ соответствующих возрастных групп (рис. 10). В процентном

выражении показатели составили от 0,1 до 1,6% у мужчин и от 0,2 до 0,8% у женщин. Среди долгожителей 0% мужчин и 2,9% женщин имели диагноз неуточненного инсульта мозга.

По данным статистики перенесенных ОНМК в мире, отмечается схожая с данными национального регистра АГ тенденция. В обзоре литературы 2008 г. M.J. Reeves и соавт. описали большую частоту ОНМК у женщин [14]. Анализ данных регистра АГ показал, что частота перенесенного ОНМК у мужчин выше. Это согласуется с международными данными, полученными после 2013 г., что указывает на изменение гендерного распределения инсультов в мире [15]. Поскольку АГ является важнейшим фактором риска развития фатальных инсультов, в рамках Федеральной целевой программы и основной деятельности медицинских и научных организаций с организационно-методическим руководством Российского кардиологического научно-производственного комплекса как головного учреждения по профилю «Кардиология» в 2002–2012 гг. была внедрена Федеральная целевая программа по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России. Анализ динамики

смертности населения от ОНМК за это время показал снижение на 114,8 тыс. случаев начиная с 2004 г. [16].

Для обозначения нейробиологических и неврологических симптомов в поликлинических учреждениях остается популярным диагноз дисциркуляторной энцефалопатии, несмотря на то, что в современной международной классификации болезней (МКБ-10) термин «дисциркуляторная энцефалопатия» не упоминается [17]. В рубрике «Цереbro-васкулярные болезни» можно найти заболевания, которые будут близки по клинико-патогенетическим характеристикам: I67.2 – церебральный атеросклероз, I67.3 – прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (болезнь Бинсвангера), I67.4 – гипертензивная энцефалопатия и т.д.

Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии достаточно распространен и у мужчин (от 1,4 до 23,8%), и у женщин (от 2,5 до 25%), со статистически значимым преобладанием женщин в среднем и пожилом возрасте (рис. 11).

Расслаивающаяся аневризма аорты – редко встречающееся осложнение с высоким риском летального исхода, поражающее преимущественно мужчин (рис. 12).

Расслаивающаяся аневризма аорты в 8–10 раз чаще выявлялась у мужчин, чем у женщин (пик заболеваемости приходился на старческий возраст).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Gueyffier F. Effect of Antihypertensive Drug Treatment on Cardiovascular Outcomes in Women and Men. *Annals of Internal Medicine*. 1997;126(10):761. doi:10.7326/0003-4819-126-10-199705150-00002
- Turnbull F, Woodward M, Neal B, Barzi F, Ninomiya T, Chalmers J. Do men and women respond differently to blood pressure-lowering treatment? Results of prospectively designed overviews of randomized trials. *European Heart J*. 2008;29(21):2669-80. doi:10.1093/eurheartj/ehn427
- Ezzati M, Oza S, Danaei G, Murray CJL. Trends and Cardiovascular Mortality Effects of State-Level Blood Pressure and Uncontrolled Hypertension in the United States. *Circulation*. 2008;117(7):905-14. doi:10.1161/circulationaha.107.732131
- Lawes CM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008;371(9623):1513-18. doi:10.1016/s0140-6736(08)60655-8
- Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Чазова И.Е. Оценка качества обследования больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения (по данным российского Регистра артериальной гипертензии). *Системные гипертензии*. 2017;2:29-34 [Oshchepkova EV, Lazareva NV, Chazova IE. Quality assessment of examination of patients with arterial hypertension in primary health care (according to the Russian arterial hypertension register data). *Systemic Hypertension*. 2017;14(2):29-34 (In Russ.)]. doi:10.26442/2075-082x_14.2.29-34
- Angela HEM Maas, Yvonne T van der Schouw, Vera Regitz-Zagrosek, Eva Swahn, Yolande E. Appelman, Gerard Pasterkamp, Hugo ten Cate, Peter M Nilsson, Menno V Huisman, Hans CG Stam, Karin Eizema, Marco Stramba-Badiale. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: Proceedings of the Workshop held in Brussels on Gender Differences in Cardiovascular disease. 29 September, 2010. *European Heart J*. 2011(1 June);32(11):1362-68. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv048>
- Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart J*. 2015;37(1):24-34. doi:10.1093/eurheartj/ehv598
- Roffi M, Patrono C, Collet J-P, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, Windecker S. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart J*. 2015;37(3):267-315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320
- Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene S J, Vaduganathan M, Gheorghide M. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure. *J Am College Cardiol*. 2014;63(12):1123-33. doi:10.1016/j.jacc.2013.11.053
- Velagaleti RS, Pencina MJ, Murabito JM, Wang TJ, Parikh NI, D'Agostino R B, Vasan R S. Long-Term Trends in the Incidence of Heart Failure After Myocardial Infarction. *Circulation*. 2008;118(20):2057-62. doi:10.1161/circulationaha.108.784215
- Dahlström BA, Ulf. Patients in primary health care diagnosed and treated as heart failure, with special reference to gender differences. *Scandinavian J Primary Health Care*. 2001;19(1):14-9. doi:10.1080/02813430117814
- Cleland J. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe Part 1: patient characteristics and diagnosis. *European Heart J*. 2003;24(5):442-63. doi:10.1016/s0195-668x(02)00823-0
- Brown D, Giles W, Greenlund K. Blood Pressure Parameters and Risk of Fatal Stroke, NHANES II Mortality Study. *Am J Hypertension*. 2007;20(3):338-41. doi:10.1016/j.amjhyper.2006.08.004
- Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, Khatiwoda A, Lisabeth L. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol*. 2008 Oct;7(10):915-26. doi:10.1016/S1474-4422(08)70193-5.
- Barker-Collo S, Bennett DA, Krishnamurthi RV, Parmar P, Feigin VL, Naghavi M. Sex Differences in Stroke Incidence, Prevalence, Mortality and Disability-Adjusted Life Years: Results from the Global Burden of Disease Study 2013. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):203-14. doi:10.1159/000441103
- Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002–2012 гг. *Вестник РАМН*. 2013;68(2):4-11 [Chazova IE, Oshchepkova EV. Results of the federal (national) project for prevention and treatment essential hypertension patients in Russia from 2002–2012 years. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2013;68(2):4-11 (In Russ.)]. doi:10.15690/vramn.v68i2.542
- <https://mkb10.su/> Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

Поступила 02.10.2018