

**НАРМУХАМЕДОВА Н.А.
АСАДОВ Х.Д., ХУСИНОВА Ш.А.**



**ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**



НАРМУХАМЕДОВА Н.А., АСАДОВ Х.Д., ХУСИНОВА Ш.А.

**ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Монография

Самарканд - 2023

УДК 616.12-008

КБК 54.10

Авторы:

Нармухамедова Н.А. - д.м.н., доцент кафедры
Общественного здоровья и управления здравоохранением
ЦРПКМР.

Асадов Х.Д. - д.м.н., начальник Районного Медицинского
Объединения Ташкентского района Ташкентской области.

Хусинова Ш.А. - к.м.н., доцент, заведующая кафедрой общей
практики/семейной медицины Самаркандского государственного
медицинского университета

Рецензенты:

Ризаев Ж.А. - д.м.н., профессор, ректор Самаркандского
государственного медицинского университета

Рустамова Х.Е. - д.м.н., профессор кафедры Общественного
здоровья, управления здравоохранением и физической культуры,
Ташкентского стоматологического института

В монографии приведены результаты проведенного исследования по выявлению факторов риска артериальной гипертонии среди сельского и городского населения. Проведена оценка тактики ведения больных врачами сельских врачебных пунктов и городских поликлиник. Изучена приверженность больных артериальной гипертонией к лечению и следование их рекомендациям врача, а также приведены данные отечественной и зарубежной литературы.

ISBN 978-9943-8288-5-8

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ -	артериальная гипертония
АГТ -	антигипертензивная терапия
АД -	артериальное давление
АК -	амбулаторная карта
АПФ -	ангиотензинпревращающий фермент
БА -	бронхиальная астма
ВОЗ -	Всемирная организация здравоохранения
ЗОЖ -	здоровый образ жизни
ЗСН -	застойная сердечная недостаточность
ИБС -	ишемическая болезнь сердца
ИЗНУ -	Изучение здоровья населения Узбекистана
ИМ -	инфаркт миокарда
ИМТ -	индекс массы тела
ЛПУ -	лечебно-профилактические учреждения
МС -	метаболический синдром
ОР -	относительный риск
ОХС -	общего холестерина
ПЗЗ -	первичное звено здравоохранения
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПОМ -	поражение органов-мишеней
ПСВ -	пункт семейного врача
РКК -	Республика Каракалпакстан
РР -	разница рисков
СВ/ВОП -	семейный врач/врач общей практики
СД -	сахарный диабет
СКАД -	самоконтроль АД
СКФ -	скорость клубочковой фильтрации
СМАД -	суточное мониторирование АД
СН -	сердечная недостаточность
ССЗ -	сердечно-сосудистые заболевания
ССО -	сердечно-сосудистые осложнения
ТГ -	триглицериды
ХС ЛПВП -	холестерина липопротеидов высокой плотности
ХС ЛПНП -	холестерина липопротеидов низкой плотности

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА I АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ.....	7
ГЛАВА II ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	20
§ 2.1. ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	22
ГЛАВА III ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	26
§ 3.1. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	30
§ 3.2. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	38
§ 3.3. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПО ВОПРОСНИКУ «SCORE».....	46
§ 3.4. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЗ «STEPS».....	49
§ 3.5. ВНЕДРЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКА В УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	51
ГЛАВА 4. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	54
ГЛАВА 5. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	59
§ 5.1. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	59
§ 5.2. УЛУЧШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ	65
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	74
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ	90

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), артериальная гипертензия (АГ) считается пандемией неинфекционных заболеваний, вызывающая значительные социально-экономические потери среди населения. Распространенность АГ достигает 30-45% среди взрослого населения; увеличивается с возрастом и у лиц старше 60 лет достигает 62% [48]. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в некоторых странах снизилась за счет проведения широкомасштабных мероприятий среди населения по изменению образа жизни и внедрению профилактических мероприятий [42,47]. Раннее выявление лиц с факторами риска и минимизация их воздействия на организм позволили снизить частоту развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) [50]. Однако, несмотря на проведение многочисленных исследований отмечается рост смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ) и мозгового инсульта, являющихся основными осложнениями артериальной гипертензии. Чаще смерть наступает на догоспитальном этапе [1,8,37].

Абсолютное большинство проведенных исследований по АГ посвящено диагностике и лечению больных с установленным повышенным уровнем артериального давления (АД) [3]. Данных о раннем выявлении АГ, повышенного уровня АД и факторов риска среди населения недостаточно. Часто объектом внимания являются пациенты, обратившиеся к врачу, в то время как основную группу риска составляют больные с повышенным уровнем АД, но не знающие об этом, или больные АГ, не получающие регулярного лечения [3,10]. В некоторых странах смертность от ССЗ за последние 25 лет значительно снизилась благодаря внедрению профилактических мероприятий. Особенно переход первичного звена здравоохранения на принципы общей врачебной практики создало условия для раннего выявления лиц с повышенным уровнем артериального давления и наблюдения пациентов в динамике [19,54].

В Узбекистане проведено много работ, посвященных АГ [25-27,35], но продолжается рост уровня заболеваемости этой формой патологии, так и количества сосудистых осложнений,

ассоциированных с АГ. Особая ответственность в этом плане лежит на первичном звене здравоохранения, призванном формировать у населения здоровый образ жизни, играющий ведущую роль в первичной профилактике АГ. Именно врачи общей практики/семейные врачи (ВОП/СВ) должны своевременно выявлять группы риска и больных АГ, (мероприятия вторичной профилактики) и осуществлять диспансеризацию и лечение с целью профилактики осложнений заболевания и снижения смертности, обусловленной этими осложнениями – элементы третичной профилактики.

Таким образом, необходимо внедрение профилактики артериальной гипертензии, которая остается одной из главных проблем. Изучение этой проблемы, разработка механизма ее решения на уровне учреждений первично медико-санитарной помощи могут быть важной вехой в снижении заболеваемости АГ и профилактики ее осложнений.

ГЛАВА I АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Российские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии (2016) и зарубежные рекомендации по лечению артериальной гипертонии Европейского Общества гипертонии и Европейского общества кардиологов (2019) были созданы на основе данных 20-летнего опыта крупных многоцентровых исследований по различным аспектам диагностики и лечения АГ [3,24,44,48,112,116]. Согласно материалам этих руководств артериальная гипертония – это синдром повышения систолического артериального давления (САД) более 140 мм рт.ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) более 90 мм рт.ст. Эти значения артериального давления были доказаны результатами рандомизированных клинических испытаний (РКИ), показавших необходимость снижения АД при постоянном приеме медикаментов, регулярном контроле уровня артериального давления при его измерении [12,16,50,117,121,129].

Первичная артериальная гипертония или «эссенциальная гипертония» (гипертония) являются идентичными терминами, но в литературе вместо гипертонической болезни для учреждений первичного звена здравоохранения используется термин «артериальная гипертония» (АГ) [31,45,51].

Патогенез АГ выяснен не до конца. Повышение артериального давления происходит из-за повышения тонуса артериол, возникающее вследствие гиперактивации симпатической нервной системы (СНС). В этом принимает участие катехоламины (в первую очередь норадреналин) и серотонин. За счет накопления их в центральной нервной системе повышается тонус симпатического отдела нервной системы. Кроме нейрогенного механизма, в этом процессе дополнительно участвуют другие механизмы, которые повышают АД, это гуморальные, ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС). Следовательно, при артериальной гипертонии можно выделить две группы факторов повышающих АД: нейрогенные, которые влияют на тонус артериол через симпатическую нервную систему, и гуморальные, за счет усиленного выделения катехоламинов и других биологически активных веществ [3,48,51].

Эпидемиология. Артериальная гипертензия является ведущим фактором риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – инфаркта миокарда (ИМ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), цереброваскулярных болезней (ЦВБ) таких как ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака и почечных заболеваний (хроническая болезнь почек). Сердечно-сосудистые заболевания и цереброваскулярные болезни считаются основными болезнями системы кровообращения, приводящие к преждевременной смертности населения [1,34,44,50].

Согласно данным зарубежных исследований в настоящее время распространенность артериальной гипертензии составляет 30–45% среди взрослого населения, по данным российских исследований около 40% [3]. Среди населения России распространенность артериальной гипертензии среди мужчин выше, в некоторых регионах достигая до 47%, распространенность АГ среди женщин составляет около 40%, из общего числа умерших от всех причин 63,2% смертей произошли от сердечно-сосудистых заболеваний [10]. Согласно прогнозам ученых, к 2025 г. количество пациентов с АГ достигнет около 1,5 млрд. человек, значит увеличится на 15-20% [36].

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний необходима среди населения для снижения развития сердечно-сосудистых осложнений и инвалидности больных [48,130,132]. Несмотря на улучшение диагностики и лечения, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной заболеваемости и преждевременной смертности. Во многих странах Европы, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний снизилась из-за внедрения профилактики, но увеличилась распространенность факторов риска, таких как гиподинамия, злоупотребление алкоголем, не рациональное питание, и как следствие избыточный вес, ожирение [48,52,101] и сахарный диабет, которые возросли в 2 раза [52,135]. Если проводимая профилактика будет не эффективной, распространенность ССЗ не будет снижаться. Следовательно, необходимо проводить пропаганду здорового образа жизни (ЗОЖ) [48,104], своевременно проводить коррекцию факторов риска и снижать их влияние на возникновения ССЗ, [1,103]. Доказано, что, если профилактика эффективна, то

снижается воздействие факторов риска, и можно предотвратить развитие около 80% сердечно-сосудистых заболеваний и 40% онкологических заболеваний [102,129,138].

Таким образом, необходимы эффективные профилактические мероприятия по улучшению здоровья среди лиц с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний или с уже установленным заболеванием. Согласно ВОЗ, изменения в поведении населения и экологии снижают заболеваемость системы кровообращения во всех странах [48,129]. Согласно докладу Национального института здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (NICE), национальная программа Великобритании, снижающая популяционный на 1%, предотвратит 25000 случаев сердечно-сосудистых заболеваний и обеспечит экономию в размере 40 млн фунтов стерлингов в год. Показатели смертности от ИБС можно снизить вдвое за счет снижения факторов риска; доказано, что одна лишь коррекция диеты может сократить смертность от ССЗ в два раза [129]. За последние годы снижение смертности от ССЗ было связано с изменением влияния факторов риска среди населения, прежде всего со снижением холестерина, артериального давления и распространенности курения [5,14,32,46,139,140].

Старение населения тоже увеличивает число сердечно-сосудистых заболеваний [2,53]. Но эффективное изменение образа жизни людей и повышение осведомленности может снизить распространенность курения и уровня холестерина. Советы по изменению образа жизни иногда достигают цели заставляя пациентов снижать воздействие факторов риска, но их надо применять совместно с лекарственной терапией [48,98].

Раннее выявление повышенного уровня артериального давления. Артериальная гипертензия является преимущественно бессимптомным заболеванием, при котором повышенный уровень АД выявляется случайно, поэтому всем взрослым лицам старше 40 лет необходимо измерять артериальное давление и регистрировать его уровень в амбулаторной карте.

Диагностика АГ и обследование включают следующие этапы:

- выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- повторные измерения АД;
- физикальное обследование.

Диагноз артериальной гипертонии подтверждается после повторного измерения АД при другом визите, иногда АГ диагностируется сразу у пациентов 3-й степени, с высоким риском [1,21,45,137].

Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет представлена в табл. 1.1.

Таблица 1.1

Классификация уровней АД (мм рт.ст.)

Категория АД	САД		ДАД
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120-129	и/или	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1-й степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2-й степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3-й степени	>180	и/или	>110
НСАГ	>140	и/или	<90

Примечание. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ оценивается по более высокой категории.

Для диагностики артериальной гипертонии и оценки эффективности антигипертензивной терапии необходимо проводить регулярное измерение АД. Измерение артериального давления должно проводиться грамотно с соблюдением правил измерения т.к. цифры будут влиять на диагностику артериальной гипертонии, определение ее степени тяжести и соответственно на тактику лечения пациента. Всем больным с АГ для определения прогноза лечения рекомендуется оценивать общий сердечно-сосудистый риск (ССР), для этого необходимо выявление факторов риска ССЗ, поражения органов-мишеней и ассоциированных заболеваний [1,21,45,129,132,135].

Сбор анамнеза. Согласно данным литературы у пациентов с АГ для оценки семейной предрасположенности к артериальной гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний, рекомендуется собирать полный медицинский анамнез [1,21,45,48]. Опрос анамнеза включает сбор сведений о факторах риска, субклинических симптомах поражения органов-мишеней, наличии в анамнезе ассоциированных заболеваний (ССЗ, ЦВБ, ХБП и

вторичных форм АГ), а также о предшествующем опыте лечения АГ.

Физикальное обследование. Во время осмотра и обследования пациентов с АГ выявляются факторы риска, признаки вторичных форм артериальной гипертензии и поражения органов и тканей. Измеряют рост, массу тела и вычисляют индекс массы тела (ИМТ), путем деления массы тела в килограммах на величину роста в метрах, возведенную в квадрат. Окружность талии измеряют в положении стоя на уровне середины расстояния между вершиной гребня подвздошной кости и нижним боковым краем ребер, с горизонтально расположенной мерной лентой [1,21,45,48,135].

Всем пациентам с АГ для оценки состояния органов-мишеней и выявления возможных причин вторичной АГ рекомендуется проводить аускультацию сердца, сонных и почечных артерий, пальпацию периферических артерий [1,21,45,48], при наличии шума проводится эхокардиографии (ЭхоКГ), дуплексное сканирование брахио-цефальных/почечных/подвздошно-бедренных артерий для первичного выявления поражения органов-мишеней. Для измерения частоты сердечных сокращений (ЧСС) больным с артериальной гипертензией необходимо пальпировать пульс в покое, обращая внимание на наличие аритмий, особенно фибрилляции предсердий [1,21,45].

Лабораторные методы исследования. Пациентам с артериальной гипертензией рекомендуется проводить оценку общего сердечно-сосудистого риска, для этого необходимы рутинные лабораторные методы обследования: общий анализ крови и мочи; определение глюкозы в плазме крови (натощак); общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ); исследование калия, натрия в сыворотке крови [48]. Необходимо также определять скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в мл/мин/1,73м² [1,21,45,48], для оценки общего сердечно-сосудистого риска, снижение СКФ ниже 60 мл/мин/1,73м² подтверждает наличие нарушения функции почек [1].

Также рекомендуется определять концентрацию мочевой кислоты в крови больным с АГ для оценки сердечно-сосудистого риска. Повышение мочевой кислоты в крови - гиперурикемия часто

встречается у пациентов с АГ, а также у больных с метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом (СД), и диагностируется как фактор риска поражения почек. Больным с АГ рекомендуется определять белок в моче (в утренней или суточной порции) для выявления снижения функции почек [1,21,45,48,98].

Пациентам с АГ для диагностики поражения почек необходимо выявлять наличие микроальбуминурии и применять для этого количественные методы, особенно у больных с сахарным диабетом и МС [48,54], а также проводить микроскопическое исследование мочевого осадка с целью выявления эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток, цилиндров, кристаллических и аморфных солей [1,21,45,48].

В последние годы все чаще рекомендуется определение гликированного гемоглобина (HbA1c) наряду с рутинными методами определения уровня глюкозы в плазме крови натощак и через 2 часа после еды - проведение перорального теста толерантности к глюкозе, который проводится всем больным с АГ, особенно с избыточной массой тела и ожирением [1,21,45,48,101,113].

Инструментальные методы исследования. Для определения степени развития сердечно-сосудистого риска и, соответственно, выбора тактики лечения проводится обследование состояния органов-мишеней [1,21,45]. Оценка состояния органов-мишеней чрезвычайно важна, так как позволит определить дальнейшее лечение - в стационаре или амбулаторно. Необходимо больным АГ проведение электрокардиографии (ЭКГ) для выявления гипертрофии левого желудочка и других поражений сердца [1,21,45,106]. При нарушении ритма и проводимости сердца необходимо проведение ЭКГ-теста с нагрузкой (физическая, фармакологическая, чреспищеводная электростимуляция [48]. Для оценки выраженности ГЛЖ, наличия диастолической дисфункции, дилатации левого предсердия и других поражений сердца, больным АГ рекомендуется проведение эхокардиографии (ЭхоКГ) [45,48]. ЭхоКГ проводят также при подозрении на наличие ишемии миокарда [45,48]. В некоторых случаях пациентам с АГ рекомендуют проведение ультразвукового исследования (УЗИ) почек для определения их размеров, структуры и врожденных аномалий [1,21,45,48].

Измерение артериального давления. Больные или члены его семьи могут сами измерять артериальное давление с помощью автоматических или полуавтоматических измерителей АД в домашних условиях. Этот метод называется метод СКАД (самоконтроль АД). Доказано, что измерение АД и контроль АД в динамике способствует своевременному лечению и самостоятельному приему. Однако метод СКАД не даёт информацию об уровнях АД в течение дневного рабочего дня или в ночные часы. Для СКАД чаще используются обычные тонометры с манометрами, или автоматические и полуавтоматические приборы для домашнего применения [12,59,61,62,98,107].

Метод СМАД проводят медицинские работники амбулаторно или в условиях стационара. Это суточное мониторирование АД, которое предоставляет информацию об уровне АД в течение суток, позволяет оценить лечебный эффект терапии, определить суточный ритм АД в различное время суток и динамику АД [16,57,112].

Стратификация сердечно-сосудистого риска. После проведения обследования проводится оценка общего сердечно-сосудистого риска с использованием модели/карты «SCORE», разработанной европейским обществом кардиологов, обществом специалистов по артериальной гипертензии и рекомендуемой ВОЗ. Сердечно-сосудистый риск - это вероятность (%) развития сердечно-сосудистых заболеваний и/или их смертельных и не смертельных осложнений в ближайшие 10 лет. Данная модель используется для оценки популяционного риска у лиц, которые подвержены риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, но которых у него еще нет (первичная профилактика) [11,32,98]. Это 10-летнее прогнозирование развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений и определяется основными факторами риска: полом, возрастом, статусом курения, значением АД, уровнем глюкозы и общего холестерина в крови; а также ассоциированными заболеваниями и симптомами поражения органов мишени. Его оценка проводится всем лицам старше 40 лет. Данная систематическая оценка проводится для того, чтобы оценить риск, и тем самым, предупредить появление или развитие ишемической болезни сердца или цереброваскулярных болезней [32,50,99,135].

Но была выделена другая категория лиц, которая в значительной степени подвержена ССР за счет других факторов риска, которые не учитывались в модели «SCORE», или у них уже были выявлены сердечно-сосудистые заболевания или цереброваскулярные болезни [1,127].

Это следующие факторы риска:

1. Применение гипотензивного лечения в данный момент.
2. Ранний климакс.
3. Ожирение, в том числе в поясничной области.
4. ИМТ ≥ 30 кг/м².
5. Малоподвижный образ жизни.
6. Дислипидемия: общий холестерин более 4,9 ммоль/Л, триглицериды более 2 ммоль/л или 180 мг/дл, низкий ЛПВП: м – менее 1,0 ммоль/Л (40 мг/дЛ), ж – менее 1.2 ммоль/Л (46 мг/дЛ), ЛПНП более 3.0 ммоль/Л (115 мг/дЛ).
7. Микроальбуминурия.
8. Тахикардия.
9. Трудное социально-экономическое положение.
10. Лица, имеющие гипергликемию натощак или нарушение толерантности к глюкозе.
11. Лица, имеющие наследственную отягощенность среди кровных родственников, наличие в семье сердечно-сосудистые заболевания и случаи преждевременной смертности (ранее 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин).
12. Злоупотребление алкоголем, [48].

В связи с этим, этой группе лиц, европейское общество кардиологов, общество специалистов по артериальной гипертонии и ВОЗ, рекомендуют использовать другую таблицу сердечно-сосудистого риска (табл.1.2), разработанную в 1999 и дополненную в 2003, 2007 и 2013 годах, с учетом других факторов риска и состояний. Стратификация риска (табл.1.2) применяется для оценки общего сердечно-сосудистого риска, она позволит более точно определить степень риска и дальнейшую тактику ведения пациента.

Таблица 1.2.

Стратификация риска у пациентов с АГ

Стадия ГБ	ФР, ПОМ, заболевания	АД, мм рт. ст.		
		АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
		САД 140–159 и/или ДАД 90–99	САД 160–179 и/или ДАД 100–109	САД \geq 180 и/или ДАД \geq 110
Стадия I (неосложненная)	Других ФР нет	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1–2ФР	Умеренный риск	Высокий риск	Высокий риск
	3 и более ФР	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия II (бессимптомная)	Субклиническое ПОМ, ХБП III стадии или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Стадия III (осложненная)	ССЗ, ЦВБ, ХБП \geq IV стадии и СД с ПОМ или ФР	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Формулировка диагноза.

При верификации диагноза в первую очередь необходимо ориентироваться на цифры артериального давления, высокое нормальное АД устанавливается при значении 130–139/85–89 мм рт.ст. АГ 1-й степени регистрируется при цифрах 140–159 /90–99 мм рт.ст. АГ 2-й степени – при 160 179/100 109 мм рт.ст. И АГ 3-й степени записывается в диагноз при АД 180/110 и более мм рт.ст.

Стадии гипертонической болезни определяются при поражениях органов-мишеней, наличии ассоциированных сердечно-сосудистых и церебро-васкулярных заболеваний, хронических болезней почек. При отсутствии поражения органов-мишеней – Гипертоническая болезнь I стадии, присутствие изменений одного или нескольких органов-мишеней – гипертоническая болезнь II стадии. При наличии ССЗ, ЦВБ, ХБП устанавливается гипертоническая болезнь III стадии [48].

Тактика ведения пациентов с АГ. Всем пациентам с АГ независимо от уровня артериального давления назначаются немедикаментозные методы лечения (рис. 1.1).

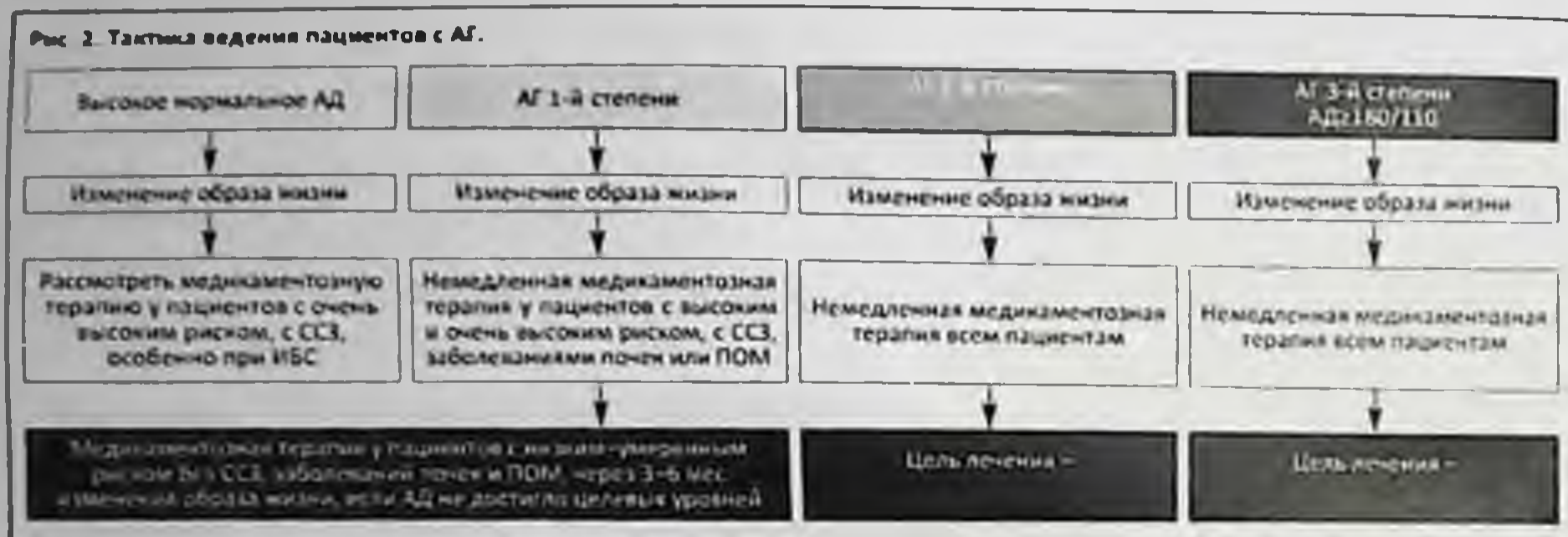


Рис.1.1. Тактика ведения пациентов с АГ

Немедикаментозные методы лечения АГ способствуют снижению АД, уменьшают потребность в АГП и повышают их эффективность, позволяют осуществлять коррекцию факторов риска, проводить первичную профилактику АГ у пациентов с высоким нормальным АД, имеющих ФР.

Для дополнительного снижения АД всем больным с АГ рекомендуется ограничение потребления поваренной соли до 5 г/сут с [48,50]. Избыточное потребление соли может привести к развитию резистентной артериальной гипертензии. Стандартное потребление соли во многих странах составляет от 9 до 12 г/сут, доказано, что потребление менее 5 г/сут у больных с АГ ведет к дополнительному снижению САД на 4–5 мм рт. ст. Влияние ограничения соли более характерно для пациентов пожилого и старческого возраста и у больных с сахарным диабетом, метаболическим синдромом и хроническими заболеваниями почек [1,97]. Ограничение соли может привести к уменьшению числа принимаемых лекарственных препаратов и их доз.

Больным с АГ рекомендуется ограничить потребление алкоголя до 14 ед/нед у мужчин и до 8 ед/нед – у женщин (1 единица равна 125 мл вина или 250 мл пива) [6]. Существует тесная связь между значительным употреблением алкоголя и уровнем артериального давления, распространенностью АГ и риском ССЗ.

Употребление алкоголя может вызвать повышение давления [6], поэтому рекомендуются безалкогольные дни в течение недели [48].

Всем больным с АГ рекомендуется соблюдать рациональное питание для снижения метаболических нарушений и профилактики ожирения [48]. Пациентам с артериальной гипертензией рекомендуют здоровую сбалансированную диету, с акцентом на овощи, бобовые, свежие фрукты, обезжиренные молочные продукты, рыбу и ненасыщенные жирные кислоты (особенно оливковое масло). Необходимо снизить потребление красного мяса и насыщенных жирных кислот [48,52,53,54]. Однако, согласно исследованию PURE, допускается употребление красного мяса в некоторых странах, не имеющих свежие морепродукты, но не более 2 раз в неделю.

Всем больным артериальной гипертензией рекомендуют контроль массы тела для предотвращения развития ожирения [48,54,99]. Существуют убедительные данные связи артериальной гипертензии и избыточной массы тела, снижение которой сопровождается снижением артериального давления. Снижение массы тела также улучшает эффективность медикаментозной терапии. Лицам с нормальным уровнем АД для профилактики развития артериальной гипертензии рекомендуется поддержание индекса массы тела около 25 кг/м² и окружности талии менее 94 см у мужчин и менее 80 см у женщин. Больным с АГ тоже рекомендуются такие уровни ИМТ и окружности талии. У лиц с ожирением уменьшение массы тела на 5–10% от исходной приводит к достоверному снижению риска развития ССО [66]. Наименьшая смертность от сердечно-сосудистых осложнений наблюдается при ИМТ около 22,5–25 кг/м². Орлистат и бариатрическая хирургия могут способствовать снижению массы тела у пациентов с ожирением. Пациентам с АГ следует рекомендовать умеренные аэробные нагрузки (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, фитнес) в течение 30 мин 5-7 дней в неделю, но силовые нагрузки не показаны из-за риска повышения АД.

Всем больным с АГ рекомендуется отказ от курения [48,54], т.к. курение – один из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. Курение способствует острому повышению АД с увеличением числа

сердечных сокращений, это состояние длится около 15 мин после выкуривания одной сигареты. В научной литературе доказано неблагоприятное воздействие пассивного курения на здоровье [66]. Во время каждой консультации необходимо оценить статус курения и всем больным с АГ рекомендовать отказ от него. В некоторых случаях рекомендуются препараты, способствующие отказ от курения.

Медикаментозная терапия. Для лечения артериальной гипертонии рекомендованы 5 основных классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (блокаторы рецепторов ангиотензина II – БРА), блокаторы кальциевых каналов (БКК), диуретики и бета-адреноблокаторы (ББ) (табл.1.3.) [1, 21,28,36, 45,].

Таблица 1.3

Тактика медикаментозного лечения

Шаги лечения	Препараты	Рекомендации
Начальная терапия – 1 шаг	ИАПФ или БРА	Монотерапия для пациентов низкого риска, Пожилых больных (80 лет и старше или Ослабленных пациентов)
Шаг 2	ИАПФ или БРА + АК или диуретик	
Шаг 3	ИАПФ или БРА + АК или диуретик верошпирон	Направить в специализированный стационар для коррекции лечения
	ББ назначаются при наличии особых показаний	

Способность антигипертензивных препаратов предупреждать развитие сердечно-сосудистых осложнений обусловлена за счет непосредственного снижения уровня АД - доказано в многочисленных РКИ. Все эти препараты назначаются для лечения больных с АГ Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II наиболее часто используются для лечения больных АГ как доказанные наиболее эффективные препараты в отношении кардио-, нефро- и

церебропротекции со снижением риска сердечно-сосудистых осложнений. Доказана способность АГП предотвращать развитие и прогрессирование поражения органов-мишеней в нескольких рандомизированных клинических исследованиях (уменьшение гипертрофии левого желудочка, уменьшение МАУ и протеинурии, замедление темпа снижения функции почек). Для ингибиторов ангиотензин превращающего фермента характерно снижение риска развития ССО, связанных с атеросклерозом и улучшение прогноза при хронической сердечной недостаточности [1,21,45,48].

ГЛАВА II ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Государственная программа реформирования системы здравоохранения Узбекистана определила развитие первичного звена здравоохранения приоритетным направлением с совершенствованием структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Врачи общей практики или семейные врачи осуществляют общеврачебную медицинскую помощь - охрану здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни, диагностику, лечение и профилактику заболеваний.

Наиболее часто встречающимся состоянием, требующим постоянного наблюдения врачей ПМСП, является артериальная гипертензия. У нас в Республике в последние два десятилетия отмечается рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии. Наиболее значимой причиной смерти являются болезни системы кровообращения – 63,3% по данным Статистического сборника 2020 г. При этом 91% смертности обусловлено ИБС и АГ, и их осложнениями – инфарктом миокарда и сердечной недостаточностью [46].

Длительное время АГ протекает без симптомов, обнаруживается лишь при развитии сердечно-сосудистых осложнений. Повышение уровня артериального давления оказывает существенное влияние на состояние здоровья пациентов, продолжительность и качество их жизни. АГ, в свою очередь, является одним из основных факторов риска возникновения ССО, обуславливающих высокую смертность [70,71]. Поэтому её иначе называют "тихой убийцей", поскольку АГ играет важную роль в развитии различных заболеваний, приводящих к смерти [2,67]. Длительно существующая артериальная гипертензия вызывает повреждение органов-мишеней и способствует развитию осложнений: сердца, головного мозга, почек, периферических сосудов [5,63,69,72]. Так, у больных АГ общая смертность в 2-5 раз выше, чем у людей без постоянного повышения АД. В трудоспособном возрасте эти причины чаще встречаются у мужчин, у лиц пожилого и старческого возраста – одинаково у мужчин и женщин [2,62,74].

Профилактические мероприятия, проведенные в США на государственном уровне, позволили снизить показатели смертности

от инфаркта миокарда на 40%, а от инсульта – на 50%. Пропаганда здорового образа жизни и воздействие на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний привели к снижению смертности в Японии в 4 раза, в ФРГ - в 2 раза [11,135]. Проведенные профилактические мероприятия в некоторых странах Западной Европы, Канаде, США снизили развитие ССО, что привело к снижению смертности больных артериальной гипертонией. В настоящее время среди причин смерти ССЗ занимают второе место после онкологических заболеваний [47,116].

Много исследований посвящено вопросам лечения больных артериальной гипертонией, эффективности применения антигипертензивных препаратов. Эксперты ВОЗ в своих протоколах и руководствах информируют о преимуществах применения различных лекарственных препаратов при разных вариантах заболевания [5,137]. Разработаны рекомендации по диагностике, профилактике и лечению АГ, однако показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и особенно смертности продолжают расти. Данных о раннем выявлении АГ, повышенного уровня АД и факторов риска среди населения недостаточно. Часто объектом внимания являются пациенты, обратившиеся к врачу, в то время как основную группу риска составляют больные с повышенным уровнем АД, но не знающие об этом, или больные АГ, не получающие регулярного лечения. Наиболее сложным, оказалось, заинтересовать пациентов в приеме медикаментов, добиться их желания постоянно получать лечение и контролировать уровень АД, потому что чаще смерть наступает от осложнений на догоспитальном этапе. Согласно данным литературы, смерть от инсульта регистрируется у больных АГ на дому в 56,3% случаев, значительно реже в стационаре - 18,9% [8,137].

Особая ответственность в этом плане лежит на медицинском персонале первичного звена здравоохранения, призванном формировать у населения здоровый образ жизни, играющий ведущую роль в первичной профилактике АГ. Уточнение этой проблемы, разработка механизма ее решения на уровне учреждений ПМСП могут оказать важное влияние в снижении заболеваемости АГ и профилактики ее осложнений. В странах с развитой системой здравоохранения этот контроль осуществляют врачи общей практики или семейные врачи. Лечение АГ проводится длительно,

постоянно, пожизненно. Артериальная гипертония в начальной стадии развития бессимптомное заболевание, при котором повышенный уровень АД выявляется случайно, поэтому всем взрослым лицам необходимо измерять АД.

§ 2.1. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения

Профилактика ССЗ должна проводиться во всех медицинских учреждениях, особенно в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), потому что в условиях этих учреждений имеется возможность оценить факторы риска ССЗ для определения показателя общего сердечно-сосудистого риска. Врачи общей практики/семейные врачи и медсестры работая в команде, обеспечивают наиболее эффективный междисциплинарный уход [19,48]. В этих мероприятиях врачи общей практики, медсестры и специалисты узких профессий совместно проводят профилактику ССЗ у больных артериальной гипертонией. Врач общей практики/семейный врач является ключевой фигурой, которая инициирует, координирует и обеспечивает долгосрочное ведение за профилактикой ССЗ. В большинстве стран мира врачи учреждений ПМСП оказывают около 90% консультаций по общественному здравоохранению, проводят профилактику и лечение хронических заболеваний [19,48,75]. Оказывают влияние на выявление лиц с сердечно-сосудистым риском и их дальнейшее наблюдение. Но большой проблемой является улучшить обращаемость и посещаемость врачей больными и повысить их ответственность и желание к лечению, особенно среди больных с ССЗ. В Европейских Рекомендациях по профилактике ССЗ рекомендован внеплановый скрининг лиц в возрасте старше 40 лет, но только 36-57% врачей использовали эти Рекомендации, и только половина врачей осуществляли адекватную оценку риска. Основной структуризирующей использованием Рекомендаций, была недостаточная оценка количества рекомендаций, нереалистичные цели для контроля факторов риска, предпочитали использовать субъективную оценку и жаловались на отсутствие знаний для адекватной оценки риска [19,48,74].

Таким образом, рекомендации по профилактике АГ в условиях первичной помощи семейного врача в Европейских

рекомендациях большую роль отводится эффективной роли медсестер в учреждениях ПМСП. Исследование скоординированных медсестрой профилактических кардиологических программ по первичной профилактике ССЗ, в сравнении с рутинной практикой, проведенного в рамках РКИ, в шести европейских странах, показало, что больше пациентов высокого риска придерживались ЗОЖ и достигли целевых уровней фактора риска в группе, координируемой медсестрой, по сравнению с обычной медицинской практикой [48,75,134]. В 2009 г в рандомизированном исследовании в Нидерландах по контролю риска ССЗ и профилактическому вмешательству было выявлено, что спустя 1 год наблюдения медсестры достигли таких же результатов, как и врачи общей практики. Клиническое исследование в США также показало, что высококвалифицированные медсестры, совместно с общественными работниками, могут добиться значительного улучшения факторов риска ССЗ (уровней АД и холестерина, контроля СД) и их работа является более экономически выгодной [48,65,75,126].

Таким образом, рекомендуется обязательно проводить профилактику у пациентов с ССЗ - это изменение образа жизни, коррекция факторов риска и рациональная фармакотерапия, особенно у пациентов с острыми состояниями перед выпиской из больницы. Причем начинать адекватное профилактическое вмешательство необходимо перед выпиской из стационара, поскольку профилактическое лечение после выписки имеет тенденцию к снижению. Как оказалось, количество пациентов, получающих адекватное лечение, уменьшается с течением времени. Специалисты стационаров должны взаимодействовать с врачами и медсестрами учреждений ПМСП, чтобы профилактические меры, начатые во время госпитализации, продолжались амбулаторно после выписки из стационара. Обучение пациента должно быть индивидуальным, с активным участием как пациентов, так и медицинского персонала.

Кардиореабилитация проводится согласно комплексной программы, включающую физическую нагрузку, модификацию факторов риска, образование и психологическую поддержку. Проведенные систематические обзоры по кардиореабилитации (148 РКИ с 98093 испытуемыми) показали, что у пациентов с низким/средним уровнем риска и после ИМ проведение

упражнений по кардиореабилитации уменьшало число госпитализаций и улучшало качество жизни, по сравнению с обычным уходом. Кардиореабилитация может снизить смертность таких пациентов [64,73,76,].

В контролируемых когортных исследованиях было выявлено, что наблюдается лучшая выживаемость пациентов, прошедших кардиореабилитацию, по сравнению с теми, кто ее не прошел [77,78]. Польза кардиореабилитации связана с прямым физиологическим эффектом тренировки, а также с влиянием на факторы риска, поведение и настроение пациентов. Также могут быть эффективными профилактические программы для пациентов с ССЗ, проводимые медсестрами [48].

Виды и содержание профилактических мероприятий больных АГ представлены на рис.2.1.

ПРОФИЛАКТИКА АГ

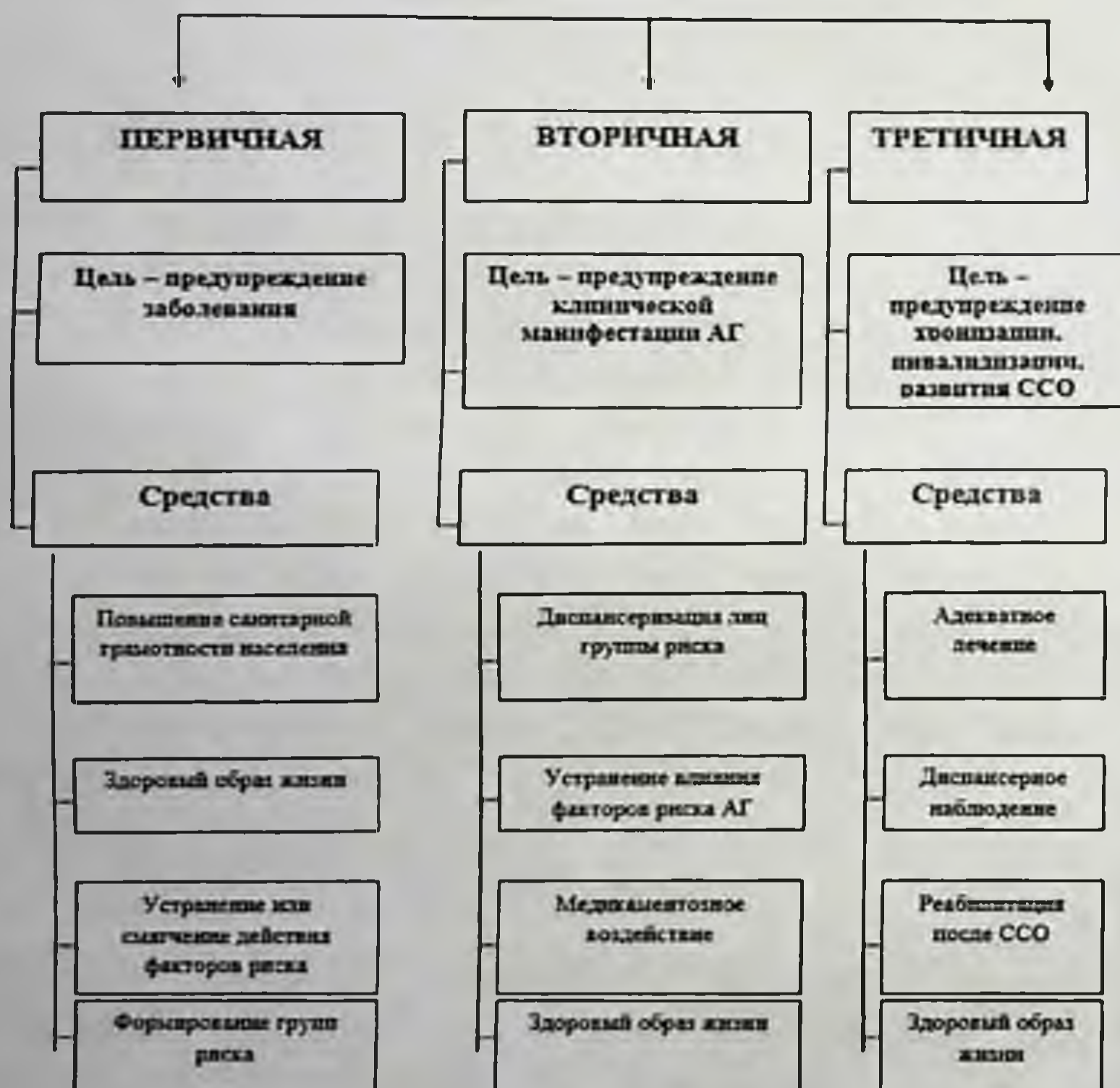


Рис.2.1. Виды и содержание профилактических мероприятий в отношении АГ

Таким образом, главными условиями профилактики смертности от инфаркта миокарда и инсульта считаются раннее выявление повышенного уровня артериального давления, его своевременное снижение и постоянный контроль путем изменения образа жизни, лекарственной терапии и качественного медицинского наблюдения. Все эти меры должны проводиться семейными врачами и медицинскими сестрами. Именно на первичное звено возлагается задача формирования у населения здорового образа жизни, играющего ведущую роль в первичной профилактике АГ; именно перед первичным звеном здравоохранения ставится задача выявления факторов риска и профилактика их влияния на развитие стойкого повышения АД. Несвоевременное выявление повышенного уровня АД и низкое качество его контроля, приводят к прогрессированию заболевания и увеличению смертности.

ГЛАВА III ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Первичная профилактика – это профилактика развития болезни через выявление и воздействие на факторы риска. В развитых странах смертность от ССО значительно снизилась благодаря проведению широкомасштабных мероприятий среди населения по изменению образа жизни и внедрению профилактических мероприятий. Это было достигнуто, прежде всего, за счет внедрения контроля факторов риска, включая изменение образа жизни с акцентом на своевременный отдых и занятия спортом, улучшение информированности населения о факторах риска и симптомах болезни [4,6].

«Фактор риска – это признак или воздействие, увеличивающее вероятность появления болезни или другого определенного исхода» [7]. Для внедрения здорового образа жизни, позволяющего предотвратить возможные осложнения, необходимо применение интенсивных мер на государственном уровне.

В настоящее время экспертами ВОЗ по изучению АГ выделено около 200 факторов риска, из них наиболее значимыми являются 50-60. Согласно их рекомендациям для оценки риска возникновения ССО учитываются следующие факторы риска, табл.3.1.

Таблица 3.1

Факторы, влияющие на прогноз, применяемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска

Факторы Риска	Характеристика
Пол	мужской > женский
Возраст	≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин
Курение (текущее или в прошлом)	Да
Липидный обмен ОХС > 4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или ЛПНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) ХС ЛПВП ТГ	Дислипидемии (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена) >4,9 ммоль/л (190 мг/дл) и/или >3,0 ммоль/л (115 мг/дл) и/или у мужчин – <1,0 ммоль/л (40 мг/дл) у женщин – <1,2 ммоль/л (46 мг/дл) >1,7 ммоль/л (150 мг/дл)

Мочевая кислота	У мужчин \rightarrow 420 мкмоль/л У женщин \rightarrow 150–350 мкмоль/л
Глюкоза плазмы натощак	5,6–6,9 ммоль/л (101–125 мг/дл)
Нарушение толерантности к глюкозе	7,8–11,0 ммоль/л
Ожирение	ИМТ \geq 30 кг/м ²
Абдоминальное ожирение	Окружность талии: у мужчин \geq 102 см у женщин \geq 88 см (для лиц европейской расы)
Семейный анамнез ранних ССЗ	У мужчин $<$ 55 лет У женщин $<$ 65 лет
Ранняя менопауза (до 45 лет)	Да
ЧСС более 80 уд/мин в покое	Да
	Субклиническое ПОМ
Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста)	\geq 60 мм рт.ст.
ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка	Индекс Соколова–Лайона SV1+RV5–6 $>$ 35 мм Корнельский показатель (RAVL+SV3): для мужчин \geq 28 мм для женщин \geq 20 мм, (RAVL+SV3) Корнельское произведение (RAVL+SV3) мм \times QRS мс $>$ 2440 мм \times мс
ЭхоКГ-признаки гипертрофии левого желудочка	ИММ ЛЖ (формула ASE) индексация на рост в м 2,7: Мужчины \rightarrow 50 г/м ^{2,7} женщины \rightarrow 47 г/м ^{2,7} Индексация на ППТ может использоваться у пациентов с нормальной массой тела у мужчин \rightarrow 115 г/м ² у женщин \rightarrow 95 г/м ²
Скорость пульсовой волны («каротидно-феморальной»)	$>$ 10 м/с
ЛПИ систолического давления	$<$ 0,9*
ХБП	III стадии ср СКФ 30–60 мл/мин/1,73 м ² (MDRD-формула)**. Или низкий клиренс креатинина $<$ 60 мл/мин (формула Кокрофта–

	Гаулта)***, Или р СКФ30–60мл/мин/1,73м2 (формула СКД-ЕРІ)****
МАУ	30–300 мг/л или отношение альбумина к креатинину–30–300мг/г; 3,4–34мг/ммоль (предпочтительно в утренней порции мочи)
Тяжелая ретинопатия	Кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва
Глюкоза плазмы натощак, и/или Глюкоза плазмы после нагрузки	≥7,0ммоль/л (126мг/дл) в двух измерениях подряд и/или HbA1c, и/или >7%(53ммоль/моль) ≥11,1ммоль/л(198мг/дл)
	ССЗ, ЦВБ или почечные заболевания
ЦВБ	Ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, ТИА
ИБС	ИМ, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования
Сердечная недостаточность	II–III стадии по Василенко–Стражеско
Клинически значимое поражение периферических артерий	Атеросклеротическая бляшка
ХБП	IV стадии ср СКФ<30мл/мин/1,73м2; протеинурия (>300мг/сут)

*Определяется как методом ультразвуковой доплерографии, так и с помощью осциллометрических измерителей АД.

** $186 \times (\text{креатинин} / 88, \text{мкмоль/л}) - 1,154 \times (\text{возраст, лет}) - 0,203$, для женщин результат умножают на 0,742.

*** $88 \times (140 - \text{возраст, лет}) \times \text{масса тела, кг} / 72 \times \text{креатинин, мкмоль/л}$ (для женщин результат умножают на 0,85)

**** женщины $(\text{возраст/креатинин}) \leq 62 / \leq 0,7$ СКФ=1

80% преждевременной смертности можно было бы избежать, если бы контролировались основные факторы риска, такие как малоподвижный образ жизни, курение, неправильное питание [2,79].

Доказано, что наличие даже только одного фактора риска АГ - гиперхолестеринемии или курения увеличивает вероятность летального исхода у мужчин в возрасте 50-59 лет на 51%, в течение

ближайших 10 лет, а сочетание АГ с курением или гиперхолестеринемией повышает такой риск на 166% [79,81]. При сочетании всех трех указанных факторов смертность от ИБС и инсульта увеличивается более чем в 5 раз. Даже после появления признаков сердечно-сосудистых заболеваний, имеющиеся факторы риска продолжают действовать, способствуя прогрессированию болезни и ухудшает прогноз [2,80].

Многочисленные эпидемиологические исследования доказали существование прямой зависимости между уровнем холестерина и вероятностью развития ИБС, в частности инфаркта миокарда. Снижение уровня холестерина в крови даже на 1% среди населения, ведет к снижению на 2,5% риска развития ИБС [5,82].

Ожирение, одно из самых распространенных хронических заболеваний в мире, которое в настоящее время приобретает размеры пандемии. Доказано, что увеличение распространенности ожирения вызвало рост заболеваемости сердечно-сосудистой системы. По мере нарастания индекса массы тела и отложения жира в абдоминальной области увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний [8,9,58,82].

Изучено влияние следующего фактора риска – курения на возникновение ССЗ. Найдена четкая связь между количеством выкуриваемых сигарет и частотой развития ССЗ. Если человек курит в 15 лет, то продолжительность его жизни уменьшается более чем на 8 лет, у начавших курить в 25 лет – на 4 года. Риск развития ИБС у курящих лиц в 3,3 раза выше, а риск смерти в 2-2,5 раза выше, чем у некурящих. Полный отказ от курения уменьшает заболеваемость ИБС в популяции на 30% [10,11,66].

Злоупотребление алкогольными напитками - один из важнейших факторов риска возникновения различных заболеваний. По данным ВОЗ показатели смертности среди алкоголиков в 2-4 раза выше, чем среди населения в целом. Если от ССЗ мужчины умирают чаще всего в возрасте старше 60 лет, то злоупотребляющие алкоголем умирают от этой причины в возрасте до 60 лет. Среди лиц, которые употребляли алкоголь регулярно гиперлипидемия и ИМ встречались чаще, чем у лиц, не употребляющих или употребляющих его нерегулярно [2,86].

Сахарный диабет пожилых увеличивает риск ИБС в 3 раза у мужчин, а у женщин – еще выше [11,68,88].

По данным Глейзер М. и др. распространенность факторов риска в московской популяции составила: избыточная масса тела (ИМТ более 25) - 81,5%; повышение уровня холестерина более 6,5 ммоль/л – 79,5%; неблагоприятный анамнез по ССЗ - 67%; курение - 21,8%; повышение сахара в крови - 16%; (среди обследованных мужчин в возрасте старше 55 лет - 16,8%, а женщин старше 65 лет – 9,2%); повышение уровня мочевой кислоты - 14,2% [19]. Согласно популяционным исследованиям, лица с факторами риска ССЗ встречаются чаще, чем без них, оказалось, что более половины больных АГ имеют 2-4 фактора риска [11,89].

§ 3.1. Изучение факторов риска сельского населения

Нами был проведен скрининг населения старше 20 лет (6644 чел.), при этом заполняли вопросник и измеряли АД. Анализ полученных результатов показал, что чаще всего в скрининге участвовали лица в возрасте от 20 до 50 лет – 4275 (64,3%) человек: наибольшее число составили лица в возрасте 20-29 лет и 40-49 лет. У опрошенных лиц изучали наличие факторов риска, повышенного уровня артериального давления. Установлено, что те или иные факторы риска артериальной гипертензии имели 3840 (57,8%) человек, среди них мужчин – 1327 (34,6%) и женщин – 2513 (65,4%). Распространенность факторов риска среди сельского населения (на примере Сырдарьинской области) представлена на рис.3.1.

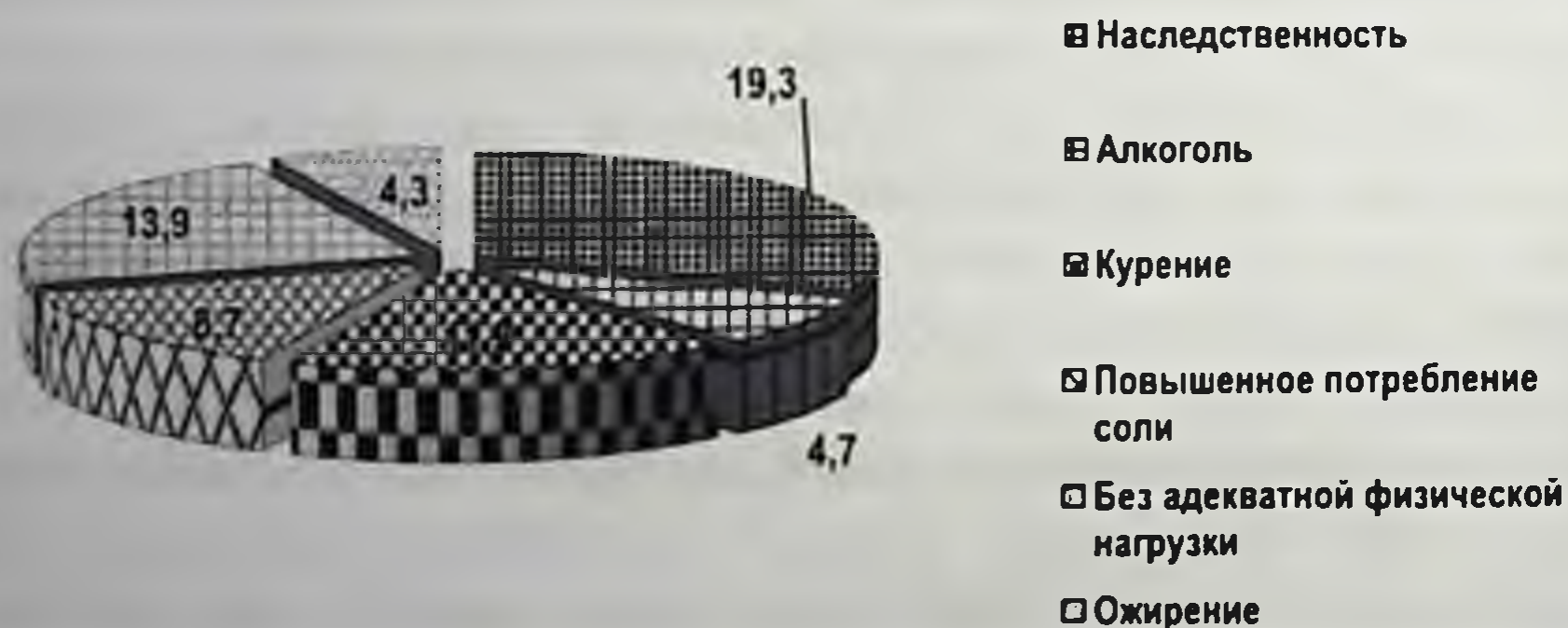


Рис. 3.1. Распространенность факторов риска АГ, % от общего числа лиц с факторами риска

Чаще всего выявляли наследственную предрасположенность (родители или кровные родственники имели артериальную гипертензию) – 1280 человек (19,3%). Генетическая предрасположенность к артериальной гипертензии или наследственность относится к неизменяемым факторам риска. Поэтому при наличии этого фактора у пациентов старше 40 лет врачу следует быть настороже и измерять АД 1-2 раза в год, объяснить пациенту важность контроля уровня артериального давления, рекомендовать занятия физической культурой, рационально питаться.

Следующим фактором риска, требующим внимания врачей, является курение: из 3840 человек 744 (11,2%) признались, что курят. Известно, что курение непосредственно не влияет на уровень артериального давления, однако прекращение курения предупреждает развитие инсульта и ИБС [10, 11,66]. Поэтому в тактике ведения больных АГ очень важны мероприятия по борьбе с курением, которые должны внедрять врачи СВП: активное наблюдение за пациентом, поощрение и поддержка его стремления к отказу от курения, создание школы (клуба) по борьбе с курением, распространение брошюр и буклетов среди населения, информация в СМИ.

Низкая физическая активность отмечена у 921 (13,9%) человек; в основном, это были женщины и пенсионеры. Во время опроса жителей информировали о необходимости регулярных занятий физическими упражнениями, которые снижают уровень АД и предупреждают развитие сердечно-сосудистых осложнений [13,91].

Следующим фактором риска, выявленным среди сельского населения, было чрезмерное употребление соли: 580 (8,7%) человек предпочитали соленую пищу. Таким пациентам рекомендовали уменьшить ее потребление и не досаливать приготовленную пищу. Влияние избытка соли на повышение уровня АД доказано многочисленными исследованиями [13,92].

При измерении артериального давления у респондентов оказалось, что повышение АД выше 140/90 зарегистрировано у 976 (14,7%) человек, из них 531 (54,4%) пациентов состояли на диспансерном учете в СВП по поводу артериальной гипертензии, а у 463 (45,6%) человек повышение артериального давления было

выявлено впервые. Всем лицам с факторами риска в СВП измеряли рост, массу и определяли индекс массы тела (ИМТ) (табл.3.2).

Таблица 3.2

Распределение лиц с факторами риска по величине ИМТ, абс (%)

Индекс массы тела	Всего		С артериальной гипертонией		Без артериальной гипертонии		P
	абс	%	абс	%	абс	%	
До 25	3236	84,3	528	16,3±0,6	2708	83,7±0,6	<0,001
25-30	497	12,9	361	72,6±2,0	136	27,4±2,0	<0,001
31-35	107	2,8	87	81,3±3,8	20	18,7±3,8	<0,001
Итого	3840	100	976	25,4±0,7	2864	74,6±0,7	<0,001

В целом среди опрошенных с факторами риска АГ, лиц без повышенного артериального давления было почти в 3 раза больше, чем с повышенным АД – соответственно 25,4 и 74,6% (P<0,01), однако при учете величины ИМТ четко прослеживается ее значимость как фактора риска АГ.

Расчет индекса массы тела показал, что у лиц с избыточной массой тела в 72,6, а с ожирением - в 81,3% случаев встречалось АГ, тогда как среди лиц без АГ избыток массы тела и ожирение встречались в 27,4 и 18,7% соответственно (P<0,01). Распространенность артериальной гипертонии среди пациентов с избыточной массой тела в 4,5 раза больше, а у больных с ожирением – 5 раз выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Избыточная масса и ожирение – серьезная причина высокого артериального давления и сердечно-сосудистых осложнений [8,10.58]: с увеличением массы тела увеличивается число лиц с АГ и эти лица составляют группу повышенного риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Таких пациентов врач должен обследовать не менее 2-х раз в год, с измерением АД и определением сахара крови.

Большинство лиц с повышенным АД имели 2-4 фактора риска и сопутствующее нарушение обмена веществ. Главным в тактике ведения больных АГ является не только раннее выявление факторов риска, но и определение тех лиц, которым необходима определенная тактика для снижения риска заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Основным

направлением профилактики должно быть изменение образа жизни: коррекция избыточного веса и неправильного питания, прекращение курения, коррекция метаболических нарушений [90,94].

Как указано выше, в 45,6% случаев повышенное артериальное давление у исследованных выявлено впервые. Это свидетельствует о существенном упущении возможностей увеличения эффективности работы вследствие несвоевременного выявления лиц с повышенным уровнем АД. Анализ цифр артериального давления показал, что 345 из 976 человек (35,3%) человек имели систолическое артериальное давление (САД) в пределах 141-150, 275 человек (28,2%) – 151-160, 156 – (15,9%) – 161-170, 109 – (11,2%) – 171-180 мм рт.ст. 91 (9,3%) обследованный имел систолическое АД более 180 мм рт.ст., (рис. 3.2).

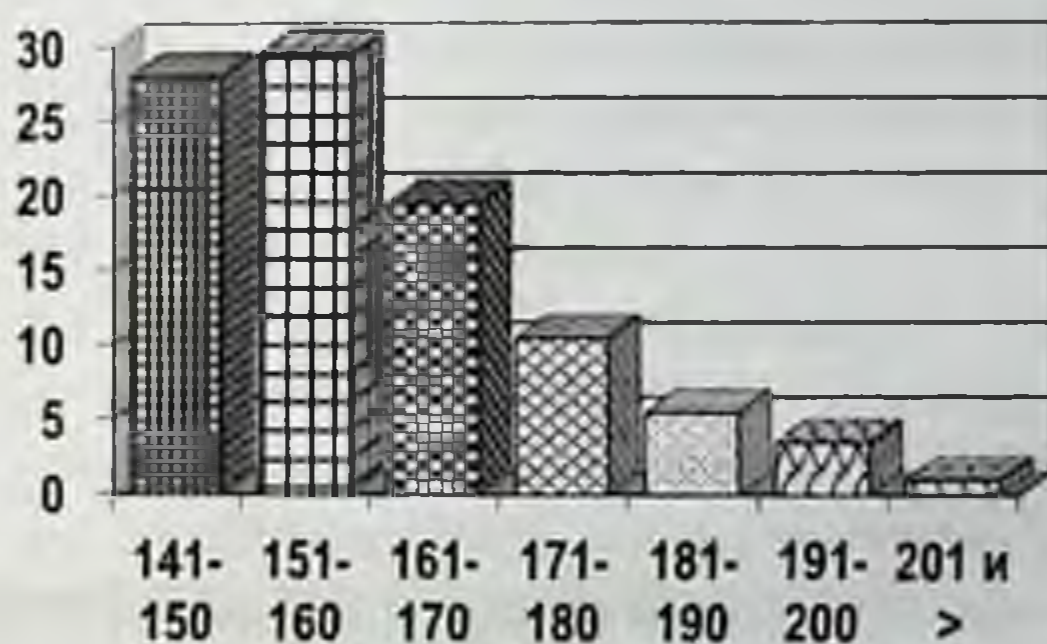


Рис. 3.2. Распределение обследованных в зависимости от величины САД, %

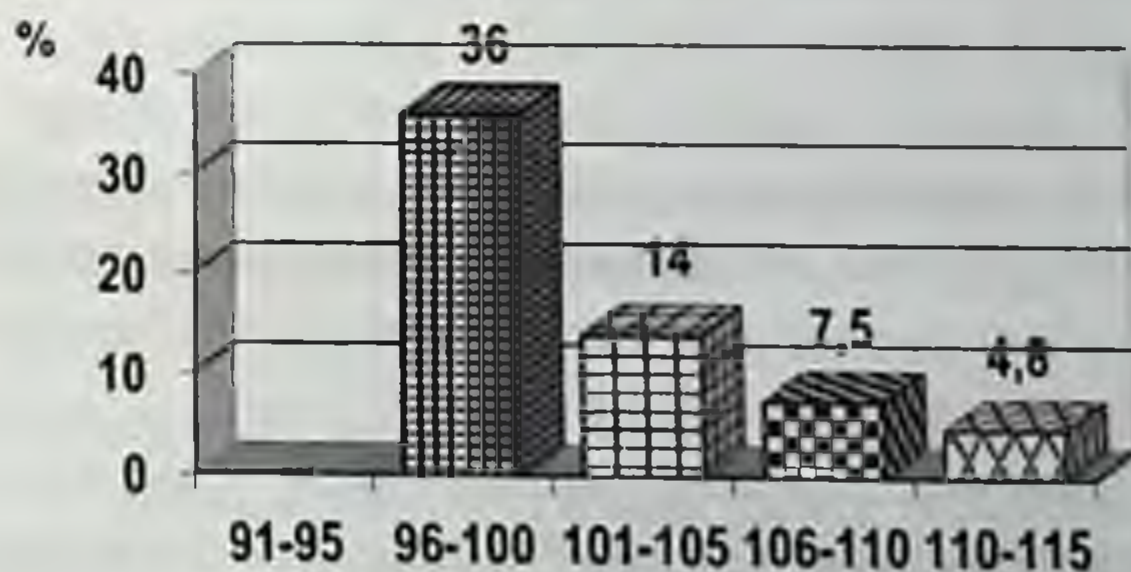


Рис.3.3. Распределение лиц с повышенным АД по величине ДАД, %

Большая часть лиц с повышенным АД - 707 (72,4%) человек имела диастолическое артериальное давление (ДАД) до 100 мм рт. ст., 223 (22,8%) – в пределах 101-110, а 46 (4,8%) пациентов – более 110 мм рт. ст. (рис. 3.3).

Следовательно, ежегодное проведение скрининга с измерением АД среди лиц с факторами риска является эффективным методом раннего выявления артериальной гипертензии. Как показали результаты нашего исследования, около половины больных с повышенным уровнем АД впервые узнала об этом. Этим пациентов обследовали, назначили лечение и взяли на диспансерный учет.

Выявление факторов риска на фоне различной степени артериальной гипертензии необходимо проводить для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений и определения соответствующей тактики ведения этих пациентов. По данным литературы известно, что при мягкой артериальной гипертензии без факторов риска, вероятность развития ССО низкая – менее 15%. При умеренной гипертензии возникает средний риск, при котором вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений достигает 15-20%. При тяжелой гипертензии предполагается высокий риск – осложнения развиваются у 20-30% пациентов с АГ. Причем надо отметить тот факт, что у пациентов с одним или двумя факторами риска в 15-20% случаев ожидается развитие сердечно-сосудистых осложнений даже при низких цифрах артериального давления. При АД более 180/110 мм рт. ст. имеет место очень высокий риск развития осложнений – более, чем у 30% пациентов [20,93,95]. Учитывая вышесказанное, необходимо помнить, что раннее выявление факторов риска и уровня артериального давления является важным этапом в тактике ведения артериальной гипертензии, позволяет объективно оценить состояние пациента, своевременно начать медикаментозное лечение, снизить АД и предупредить развитие осложнений.

Анализ полученных результатов по факторам риска позволил составить четырехпольную таблицу и выявить корреляцию между факторами риска и вероятностью возникновения артериальной гипертензии (табл.3.3.).

Таблица 3.3

Влияние факторов риска на возникновение артериальной гипертонии, человек

Факторы риска	АГ есть, абс	АГ нет, абс	Всего
Есть	912 (a)	2928 (b)	3840
Нет	64 (c)	2740 (d)	2804
	976	5668	6644

Мы установили, что из 976 лиц с повышенным АД, у 912 человек отмечен один или несколько факторов риска. У 64 лиц этой группы факторов риска не имелось. Лиц с факторами риска без повышения артериального давления было 2928. Лица с нормальным уровнем АД и без факторов риска - 2740. Общее число лиц с факторами риска было 3840 чел. Риск воздействия факторов на возникновение артериальной гипертонии составил 0,238, риск возникновения АГ при отсутствии факторов риска - 0,023;

Разница рисков (RR) или риск возникновения артериальной гипертонии у лиц с факторами риска на 21% больше, чем у лиц без факторов риска. Относительный риск (OR) составил 10,4. Это значит, что риск возникновения АГ у лиц с факторами риска в 10,4 раза выше, чем у лиц без факторов риска. Частота новых случаев артериальной гипертонии в исследованной популяции составила 0,14. Каждый год количество больных с АГ в этой популяции под воздействием факторов риска будет увеличиваться на 136 человек.

Проведен также анализ степени значимости для возникновения АГ отдельных факторов. Из 976 больных с артериальной гипертонией отягощенную наследственность имели 337 человек, у 639 из них наследственность не была отягощена. Лица, с нормальным уровнем артериального давления и с отягощенной наследственностью составили 943, а с не отягощенной наследственностью – 4725 человек (табл.3.4).

Таблица 3.4.

Влияние наследственности на риск возникновения артериальной гипертонии, человек

Наследственность	АГ есть, абс	АГ нет, абс	Всего
Отягощена	337 (a)	943 (b)	1280
Не отягощена	639 (c)	4725 (d)	5364
	976	5668	6644

Риск воздействия наследственности на возникновение артериальной гипертонии – абсолютный риск – составил 0,263, риск возникновения АГ при отсутствии этого фактора риска - 0,119. Разница рисков или риск возникновения артериальной гипертонии у лиц с отягощенной наследственностью на 14% больше, чем у лиц с не отягощенной наследственностью. Относительный риск составил 2,2, т.е. артериальная гипертония в 2,2 раз чаще может развиваться у лиц с отягощенной наследственностью.

По той же методике мы вычисляли риск возникновения артериальной гипертонии у курильщиков (табл.3.5).

Таблица 3.5

Влияние курения на риск возникновения артериальной гипертонии

Пациенты	АГ есть, абс	АГ нет, абс	Всего
Курящие	186 (a)	558 (b)	744
Не курящие	790 (c)	5110 (d)	5900
	976	5668	6644

Оказалось, что риск воздействия курения на возникновение артериальной гипертонии составил 0,25, риск возникновения АГ при отсутствии этого фактора риска – 0,13. Риск возникновения АГ у курящих лиц на 12% больше, чем у не курильщиков. Относительный риск составил 1,92, т.е. риск возникновения артериальной гипертонии у курящих лиц почти в 2 раз больше, чем у не курящих лиц.

Изучение влияния соленой пищи на развитие артериальной гипертонии (табл.3.6) показало, что риск АГ при повышенном потреблении соли составил 0,25, риск возникновения АГ при нормальном употреблении соли – 0,13.

Таблица 3.6

Влияние соли на риск возникновения артериальной гипертонии

Потребление соли	АГ есть	АГ нет	Всего
Чрезмерное	145 (a)	435 (b)	580
Нормальное	831 (c)	5233 (d)	6064
	976	5668	6644

Риск возникновения артериальной гипертонии у лиц с чрезмерным употреблением соли на 12% больше. Относительный риск составил 1,92, т.е. риск возникновения артериальной гипертонии у лиц с чрезмерным употреблением соли в 2 раза больше, чем у лиц не злоупотребляющих ею.

Следовательно, курение и чрезмерное употребление соли – равноценные факторы риска развития АГ.

Для вычисления влияния избыточной массы тела на риск возникновения артериальной гипертонии мы также вычисляли абсолютный и относительные риски. Оказалось, что риск воздействия избыточной массы на возникновение артериальной гипертонии составил 0,726, риск возникновения АГ у лиц с нормальной массой - 0,087 (табл.3.7).

Таблица 3.7

Влияние избыточного веса на риск возникновения артериальной гипертонии

Масса тела	АГ есть, абс	АГ нет, абс	Жами
Избыточная	361 (a)	136 (b)	497
Нормальная	528 (c)	5512 (d)	6040
	889	5648	6537

Значит, риск возникновения артериальной гипертонии у лиц с избыточной массой на 63,9% больше. Относительный риск составил 8,3, т.е. риск возникновения артериальной гипертонии у лиц с избыточной массой в 8,3 раз выше, чем у лиц с нормальной массой тела.

Таблица 3.8

Влияние ожирения на риск возникновения артериальной гипертонии, человек

Масса тела	АГ есть, абс	АГ нет, абс	Всего
Ожирение	87 (a)	20 (b)	107
Нормальная масса	528 (c)	5512 (d)	6040
	615	5532	6147

Вычисление абсолютного и относительного рисков при ожирении показало (табл.3.8), что риск возникновения

артериальной гипертензии при ожирении и нормальной массе тела составил 0,81 и 0,08, соответственно.

Разница рисков – 73%. Относительный риск составил 10,1, т.е. при ожирении артериальная гипертензия может возникать в 10 раз чаще.

Таким образом, исследование распространенности факторов риска АГ среди сельских жителей позволило выявить их у 57,8% опрошенного населения, причем среди женщин они отмечены в 1,9 раз чаще, чем среди мужчин. Из общего числа сельских жителей в возрасте более 20 лет, участвовавших в исследовании, в 14,7% случаев выявлено повышенное АД, при этом распространенность АД среди лиц с ИМТ 26-35 в 4,4-5 раз выше, чем при ИМТ менее 25. Из общего числа лиц с повышенным АД на учете СВП состояло лишь 54,4% человек, что свидетельствует о недостаточном выявлении таких лиц, особенно в ранней стадии АГ. Относительный риск возникновения АГ при наличии факторов риска в целом в 10,4 раза выше, чем при их отсутствии; наиболее важными ФР АГ являются ожирение (ОР - 10), избыточный вес (ОР - 8,3), наследственность (ОР - 2,2), курение (ОР - 1,92), повышенное потребление соли (ОР - 1,92).

Таким образом, среди лиц, имеющих те или иные факторы риска, артериальная гипертензия может развиваться чаще, чем при отсутствии этих факторов. Наибольший относительный риск составляют ожирение и избыточная масса тела – они в 10 и в 8 раз, соответственно, повышают риск развития заболевания. Наследственность увеличивает риск АГ в 2,2 раза, курение и прием соленой пищи - в 2 раза. Знание вышеуказанных факторов врачами общей практики среди своих пациентов, выделение их в группы повышенного риска и проведение соответствующих мероприятий по снижению воздействия этих факторов или их устранение, позволит значительно снизить риск возникновения артериальной гипертензии.

§ 3.2. Изучение факторов риска городского населения

Распространенность факторов риска артериальной гипертензии среди городского населения изучали по программе «Принцип

позитивной реализации (STEPS)», разработанной ВОЗ (Приложение 1). Согласно этой программе, мы изучали социально-гигиенические и демографические данные населения: тип питания (привычки), образование, данные о семье, образе жизни и поведении, а также основные факторы риска, влияющие на возникновение артериальной гипертензии.

Согласно дизайну исследования, был проведен скрининг населения старше 40 лет, прикрепленного к поликлинике. Для анализа были отобраны 3049 правильно заполненных анкет. Результаты анализа показали, что около 2/3 исследованного населения составили лица в возрасте 40-60 лет, далее в каждом последующем десятилетии их количество уменьшается в 3 раза. Люди старше 80 лет составили только 1,4%. Снижение количества пожилого населения вызвано увеличением числа смертельных исходов лиц старших возрастных групп, связанное с увеличением частоты осложнений различных заболеваний.

Далее проведен анализ частоты воздействия на респондентов факторов риска, связанных с образом жизни. Среди опрошенных курильщиков оказалось 778 (25,5%) человек. Возраст начала курения значительно варьирует: 223 (28,7%) человек начали курить до 20 лет; одна треть опрошиваемых начала курить в возрасте 21-25 лет, другая (36,5%) – в 26-35 лет.

Основное большинство курящих (87,7%) имеет стаж курения свыше 20 лет, а половина из них курит около 30 лет – (49,2%). Анализ разновидностей используемых курительных средств показал, что в основном опрошенные лица курили сигареты с фильтром – 672 (86,4%) человека, без фильтра – 106 (13,6%) человек, насвай принимали 163 (21 %) человек. Более половины опрошенных лиц курят по пачке сигарет в день – 498 (64%) чел., меньше половины – более 20 сигарет в день; 61 (7,8%) человек выкуривает 40 и более сигарет в день. Результаты анкетирования населения показали, что 378 человек (12,4%) уже бросили курить. Бросили курение в молодом возрасте до 40 лет только 65 (17,2%) человек, до 50 лет курили 82 (21,7%) человек. Большинство из опрошенных лиц продолжали курить до 60 лет – 190 (50,3%); после 60 лет бросили курить 10,8% человек. Помимо сигарет были лица,

использующие самокрутки из табака – 27 человек, нюхательный табак – 24 человека, которые применяли их 3-6 раз в сутки.

Таким образом, мы установили, что четвертая часть взрослого населения курит, причем в основном длительное время - 20-40 лет. Большинство предпочитают сигареты с фильтром, пятая часть принимает местный жевательный табак – насвай.

Следующий изученный фактор - потребление алкогольных напитков. Из числа опрошенных 2143 (70,3%) человек регулярно принимали алкоголь (водка, коньяк, пиво, вино, спирт и др.). В течение последних 12 мес. алкогольные напитки употребляли 806 лиц (37,6%). Мы установили, что около трети опрошенных лиц употребляли алкогольные напитки 3-4 раза в месяц. Количество выпитого алкогольного напитка варьировало от 50 до 500 г за один прием. Наибольшее число опрошенных – 538 (66,7%) выпивало 100-200 г. Для мужчин определяли разновидность алкогольных напитков (пиво, вино, водка). На вопрос анкеты о количестве выпитого алкоголя за год ответили не все респонденты: не помнили точного количества выпитого или не хотели отвечать на вопрос. Мы установили, что более 1 литра в год выпивали 60 чел., пятеро из них употребляли более 10 л.

Таким образом, в группу риска была включена треть опрошенных лиц. Нельзя исключать субъективность полученных результатов - не все лица точно ответили на эти вопросы. Тем не менее, часто, более 2-5 раз в неделю, выпивало около 20% населения. Больше половины опрошенных выпивают до 150 г за один прием, остальные - 200-500 г. Основная масса населения употребляет до 1 литра алкогольных напитков в год, хотя эту информацию мы не считаем достоверной. Около десятой части респондентов выпивает до 10 л в год. Такие лица требуют дополнительного обследования и контроля состояния организма, возможно необходима консультация или специальное лечение у нарколога.

Рациональность питания оценивали по количеству употребляемых в неделю фруктов и овощей, разновидности используемого масла для приготовления пищи.

Овощи ежедневно применяли в пищу более половины респондентов - 55,5%. 769 (25,2%) человек употребляли в пищу овощи 6 дней в неделю. Более половины опрошенных употребляли фрукты 1-3 раза в неделю – 1714 (56,%), но лишь 504 (16,5%) человек ели их 6-7 раз в неделю.

Применение фруктов и овощей изучали также по количеству их разновидностей. Оказалось, что почти у всех опрошенных в ежедневном рационе присутствовали 1-3 разновидности фруктов – 2787 (91,5%) человек. Лишь 26 (0,9%) человек употребляют 6-7 разновидностей фруктов.

Показатели приема овощей: 1897 (62,2%) человек ежедневно применяют в пищу 2-5 разновидностей овощей, 331 (10,9%) – 6-7 видов.

Рациональность питания оценивали также по преимущественному использованию растительного масла для приготовления пищи. 2067 (67,8%) респондентов обычно готовят пищу дома, используя преимущественно хлопковое растительное масло. Гораздо реже используется животный жир, сливочное и смешанное масло – 440 (12,4%) человек.

Таким образом, мы установили, что опрошенные лица (население старше 40 лет) ежедневно применяют в сыром виде в основном 2-4 разновидности овощей; фрукты потребляются 1-3 раза в неделю, 2-4 вида в день. Возможно, это связано с тем, что в пищевом рационе населения меньше отдается предпочтение овощным салатам, традиционно в национальной кухне преобладают мясные и мучные блюда. Кроме того, исследование проводили зимой и весной, когда на базаре мало фруктов. Треть опрошенных лиц при приготовлении пищи употребляли животные жиры.

Оценка физической активности населения показала, что легкую физическую нагрузку на работе выполняли 1321 (43,3%) человек, умеренную физическую нагрузку в течение рабочего дня имели 1301 (42,7%) человек. Тяжелую физическую работу в течение дня (поднятие тяжестей, копание, строительство) выполняли 428 (14%) человек. Физическую работу в течение 1-3 час. выполняли 752 (24,7%) человека, 793 (26%) человек физически

работали 4-6 час., 1257 (41,2%) – 7-9 час., а 247 (8,1%) человек занимались физической работой в течение 10-12 час.

1289 (42,3%) респондентов отметили, что продолжают физическую работу и дома, 692 человек занимались ходьбой или ездой на велосипеде.

После работы низкая физическая активность была у 1261 (41,4%) человек, умеренная физическая нагрузка (быстрая ходьба, езда на велосипеде или плавание) – у 578 (18,9%) человек, тяжелая (поднятие груза, бег) – у 271 (8,9%) человек, 939 (30,8%) человек – не занимались физкультурой или спортом. Большая часть опрошенных лиц проводила свободное время дома, сидя в кресле или на стуле: до 3-4 часов в сутки – 2182 (71,6%) человека, 42 (1,4%) – сидели в инвалидной коляске.

Таким образом, более половины опрошенных лиц имели умеренную физическую нагрузку; тяжелую физическую работу выполняли только 14%. Пятая часть респондентов редко использовала транспорт (автобус, машины), чаще люди ходили пешком или ездили на велосипеде. Во время отдыха больше половины населения старше 40 лет не выполняли физических упражнений. Основная масса людей большую часть свободного времени проводит в кресле или на стуле. Возможно, это связано с возрастным составом исследованной выборки, так как основная масса респондентов – лица в возрасте 50-60 лет. Но рекомендации по использованию активного отдыха, умеренной физической нагрузки целесообразны даже в пожилом возрасте. Участковые врачи городских поликлиник должны уделять большее внимание профилактике артериальной гипертензии – раннему выявлению факторов риска и снижению их воздействия на возникновение и прогрессирование заболевания. Всех больных во время консультации необходимо убеждать изменить образ жизни – бросить курить (проводить беседы о вреде курения, создавать при поликлиниках клубы борьбы с курением, широко пропагандировать его вред в средствах массовой информации). Проводить беседы с населением о влиянии алкоголя на риск развития сердечно-сосудистых осложнений, усилить пропаганду здорового образа жизни, а лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками,

активно выявлять и лечить у специалистов. Рекомендовать рациональное питание: снижение потребления соли, использование овощей и фруктов в неограниченном количестве, регулярно заниматься физической культурой и спортом.

Лиц с выявленными факторами риска артериальной гипертензии пригласили в поликлинику для обследования и заполнения второго вопросника программы «STEPS» (Приложение 2). Среди опрошенных оказалось 636 чел. – 282 (44,3%) женщины и 354 (55,7%) мужчины в возрасте 40-84 года.

Большая часть лиц с факторами риска оказалась в возрасте 55-69 лет, людей в возрасте 70-84 года было 14%. Но и среди лиц 40-44 лет 13,2% имели факторы риска.

Для изучения степени воздействия факторов риска на возникновение артериальной гипертензии в городской популяции была составлена четырехпольная таблица (табл.3.9).

Таблица 3.9

Влияние факторов риска на возникновение артериальной гипертензии у городских жителей

Факторы риска	АГ +, абс	АГ -, абс	Всего
Есть	344 (a)	292 (b)	636
Нет	52 (c)	2361 (d)	2413
	396	2653	3049

636 человек находились под воздействием факторов риска (одного или нескольких) и у 344 из них была обнаружена артериальная гипертензия. Но были выявлены больные артериальной гипертензией, состоящие на диспансерном учете, не имеющие факторов риска (52 человек) и лица с факторами риска без повышения уровня АД - 292 человек. Лиц, с нормальным уровнем АД и без факторов риска оказалось 2361 человек.

Риск воздействия факторов на возникновение артериальной гипертензии составил 0,54, риск возникновения АГ при отсутствии факторов риска – 0,02. Следовательно, у городских жителей с факторами риска на 52% больше, возможности возникновения АГ чем у лиц без факторов риска. При этом т.к. относительный риск

составил 27, следовательно, АГ может возникнуть у лиц с факторами риска в 27 раз чаще, чем у лиц без факторов риска.

Всем лицам с факторами риска, приглашенным для вторичного анкетирования и обследования в городскую поликлинику, измеряли массу тела, рост и вычисляли индекс массы тела (табл.3.10).

Таблица 3.10

Распределение лиц с факторами риска по ИМТ, абс (%)

Индекс массы тела	Всего		Мужчины		Женщины	
	абс	%	абс	%	абс	%
До 25	252	39,6	156	44,1	96	34,0
25-30	281	44,2	177	50,0	104	36,9
31-35	103	16,2	21	5,9	82	29,1
Итого	636	100,0	354	100,0	282	100,0

Оказалось, что среди лиц с избыточной массой (ИМТ 25-29,9) было больше мужчин - 177 (50%), а среди лиц с ожирением – женщин: 82 (29,1%).

Среди пациентов с артериальной гипертонией лишь небольшая часть (10,8%) имела нормальную массу тела. С избыточной массой тела и ожирением - 307 больных АГ. Лиц с уровнем АД ниже 140/90 мм рт.ст. оказалось 292, но 26,3% из них имели избыточный вес и ожирение (табл.3.11).

Таблица 3.11

Влияние избыточной массы тела и ожирения на риск возникновения АГ

Масса тела	АГ +, абс	АГ -, абс	Всего
Избыточная и ожирение	307 (a)	77 (b)	384
Нормальная масса	37 (c)	215 (d)	252
	344	292	636

Риск воздействия избыточной массы на возникновение артериальной гипертонии составил 0,79, риск возникновения АГ при отсутствии этого фактора риска - 0,15. Риск возникновения АГ у лиц с избыточной массой тела оказался на 64 % больше, чем у лиц с нормальной массой тела. Относительный риск составил 5,3,

т.е. избыточная масса тела и ожирение в 5,3 раза повышают риск возникновения артериальной гипертонии. В приеме пациентов поликлиникой особенно важной является оценка артериального давления у всех пациентов, независимо от цели визита, (табл.3.12).

Таблица 3.12

Распределение лиц с факторами риска по уровню АД, чел. (%)

Уровни систолического АД, мм рт. ст.	Число лиц		Уровни диастолического АД, мм рт. ст.	Число лиц	
	абс	%		абс	%
140-150	87	25,3	91-95	124	36,0
151-160	163	47,4	96-100	108	31,4
161-170	44	12,8	101-105	49	14,2
171-180	29	8,4	106-110	32	9,3
181-190	12	3,5	110-115	21	6,1
191-200	9	2,6	115 и выше	10	2,9
Итого	344	100,0	Итого	344	100,0

Как указано выше, из 636 человек с факторами риска повышенное АД было у 344 человек - 54,1%. Как показали результаты мониторинга, систолическое давление более 171-200 мм рт. ст. имел каждый седьмой пациент (14,9%), такой уровень АД требует медикаментозного лечения. Опасение вызывает треть пациентов (32,5%) с уровнем диастолического давления 101 и более мм рт. ст., им часто необходимо стационарное лечение. Эти пациенты являются группой очень высокого риска возникновения ССО с развитием инфаркта миокарда или инсульта с летальным исходом [93,94,95].

Таким образом, проведенный анализ позволяет выявить наиболее важные проблемы в вопросах профилактики артериальной гипертонии и тактики ведения больных АГ среди городского населения. Более половины пациентов с факторами риска имеют повышенное артериальное давление; две трети из них знают о наличии у них заболевания, состоят на учете в поликлинике или имеют своего врача в стационаре. У одной трети пациентов повышение артериального давления было выявлено впервые. Анализ значимости факторов риска показал, что у лиц с факторами риска в 27 раз чаще может развиваться АГ, в том числе в 5

раз чаще - среди мужчин с избыточной массой тела и женщин с ожирением.

§ 3.3. Количественная оценка факторов риска по вопроснику «SCORE»

Обнаружение лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний мы проводили по вопроснику «SCORE» («Systemic Coronary Risk Evaluation» - системная оценка коронарного риска), также проводили количественную оценку степени риска развития ССО в ближайшие 10 лет (Приложение 3).

Общее количество опрошенных лиц составило 672 человека старше 40 лет, в том числе 297 мужчин и 375 женщин. Дизайн – одномоментное поперечное исследование населения. Во время приема в поликлинике врачи общей практики заполняли вопросник-анкету всем пациентам. В нее заносили паспортные данные пациента, перенесенные заболевания, наличие сахарного диабета, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, вредные привычки, характер питания, выполнение физических упражнений, подверженность стрессу; измеряли вес, АД. При обработке анкеты каждый вопрос оценивался установленным, определенным баллом и подсчитывалось их общее количество. В соответствии с методикой Джексона высоким риском сердечно-сосудистой патологии считается при сумме баллов 40 и более, средним – 20-39 баллов, низким – до 20 баллов.

Вопросник «SCORE» предполагает оценку ответов респондентов в баллах, что позволяет оценить степень значимости каждого фактора в качестве фактора риска осложнений АГ. Среди респондентов было 297 (44,2%) мужчин и 375 (55,8%) женщин. 438 (65,2%) человек в возрасте до 55 лет и 234 (34,8%) человек старше 55 лет. Так как вопросник заполняли все пациенты с различной патологией и независимо от цели посещения поликлиники, то число больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (перенесенным инфарктом миокарда, инсультом или после операции на коронарных сосудах) среди них было низким - 39 (5,8%) больных старше 50 лет. Больных с вышперечисленными заболеваниями до 50 лет среди опрошенных лиц не оказалось.

Наследственная предрасположенность к артериальной гипертонии выявлена у 198 (29,5%) человек. Треть анкетированных лиц имела отягощенную наследственность - их кровные родственники умерли от инфаркта миокарда, инсульта или перенесли эти осложнения.

Сахарный диабет, вызывая макро- и микроангиопатию, усиливает развитие сердечно-сосудистых осложнений, особенно при показателе сахара крови натощак более 7 ммоль/л. Изучение наличия сахарного диабета как фактора риска показало, что из общего числа опрошенных пациентов, небольшое число (99 человек - 14,8%) больных имели СД 1 и 2 типа.

Анализ результатов анкетирования показал, что большинство опрошенных никогда не курили. Около 40% пациентов курят, причем 7,2% лиц являются злостными курильщиками (1-2 пачки сигарет в день). Половина курящих лиц употребляют до 20 сигарет в день.

Рациональность питания оценивали по приему определенных продуктов: мяса, птицы, рыбы, яиц, масла, сыра, молока. Было установлено, что только четвертая часть пациентов питается качественно и рационально. Большинство опрошенных употребляло избыточное количество указанных продуктов.

Заполнение анкеты требовало измерения артериального давления всем пациентам, независимо от цели визита. Более 41,5% опрошенных лиц имели повышенное артериальное давление, причем у некоторых оно было выявлено впервые. Небольшая их часть нуждалась в медикаментозной коррекции, а более трети больным необходимо было обследование и первоначальное назначение немедикаментозного лечения.

Вес оценивали по индексу массы тела. Оказалось, что у 53% пациентов была избыточная масса тела, но они не знали об этом, и не считали свой вес избыточным. Более того, большинство этих пациентов не знают о влиянии избыточного веса на риск возникновения артериальной гипертонии, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний.

17% респондентов имели ожирение, но и эта категория пациентов тоже считала себя в основном здоровыми; по их мнению, излишний вес не влиял на качество их жизни. Нормальный вес тела имела только треть опрошенных лиц.

Физическую нагрузку оценивали по частоте занятий физкультурой и спортом (быстрая ходьба, бег, велосипед, плавание) более 15 минут. Было выявлено, что основная масса пациентов спортом практически не занималась. Следовательно, основная часть пациентов занимается физической культурой периодически или не занимается совсем. Лишь 7% опрошенных лиц занимались регулярно физкультурой и спортом 2-3 раза в неделю.

Влияние характера, настроения и поведения на развитие сердечно-сосудистых заболеваний оценивали в зависимости от типа личности. Опрашивали респондентов об их поведении в очереди, быстроте смены настроения в зависимости от окружающей стрессовой ситуации. Больше всего выявлено лиц, чье поведение в очереди и взаимоотношение с окружающими зависит от настроения – 73%.

Более 40% опрошенных лиц имели повышенное артериальное давление. Среди них были лица, у которых высокие цифры АД были выявлены впервые, причем, 6,7% – нуждались в медикаментозной коррекции, а 34,8% – в наблюдении, обследовании и назначении немедикаментозного лечения, рис.3.4.

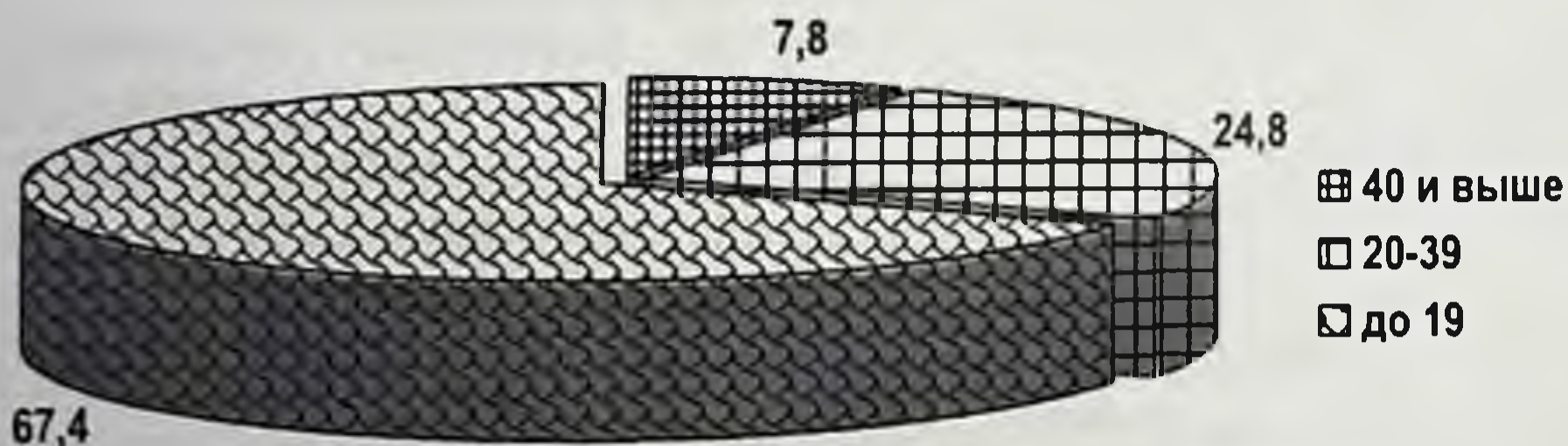


Рис.3.4. Количественная оценка факторов риска, %

Проведение количественной оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний по вопроснику «SCORE» с подсчетом баллов, показало, что у пациентов, не имеющих, по их мнению, сердечно-сосудистых заболеваний, выявлены факторы риска, которые могут вызвать артериальную гипертензию. Подсчет баллов у 672 пациентов показал, что группу лиц среднего риска сердечно-сосудистых заболеваний (20-39 баллов) составили 24,8%, низкого

риска (19 баллов и меньше) – 67,4% человек. Около 8% опрошенных лиц отнесли к группе высокого риска; этим пациентам было рекомендовано дополнительное обследование и стационарное лечение.

Следовательно, простое анкетирование (а его может провести средний медицинский персонал), позволит оценить состояние пациента в настоящее время и прогнозировать развитие возможных осложнений. Рутинное же измерение АД каждому посетителю поликлиники, независимо от цели обращения, позволит выявить АГ на ранних этапах её развития и своевременно начать лечение. Особенно важным является то, что во время заполнения вопросника происходит обучение пациентов. При проведении опроса пациентов мы отметили, что многие не знали о том, что у них избыточный вес или ожирение, об их влиянии на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. Некоторые пациенты не предполагали о необходимости физической активности, рационального питания, аутотренинга для предупреждения развития заболеваний.

Повсеместное введение обязательного заполнения вопросника и количественная оценка риска позволит врачам не только вовремя выявлять заболевания, проводить своевременное обследование и лечение, но и определять возможный риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

§ 3.4. Оценка распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний ВОЗ «STEPS»

В рамках реализации проекта «Здоровье-3» было проведено исследование ВОЗ «STEPS» для выявления распространенности ФР неинфекционных заболеваний среди населения 18-64 лет [35]. Согласно методологии исследования: на первом этапе был проведен опрос 4350 жителей республики по вопроснику для выявления ФР. На втором этапе – проводилось измерение антропометрических показателей, таких как рост, вес для определения индекса массы тела (ИМТ), обхват талии, бедер и вычисляли соотношения обхватов талии/бедер (СОТБ), для выявления степени избыточного веса и ожирения. Наличие абдоминального ожирения определяли согласно критериям ВОЗ

при СОТБ более 0.90 для мужчин и более 0.86 для женщин, на 3 этапе проводили лабораторное обследование крови на сахар, холестерин и протромбиновый индекс.

Анализ распространенности факторов риска показал, что только 11% обследованного населения не имело ФР, в основном это были лица молодого возраста. 66,4% населения имели 1-2 ФР, а 22,6% населения - 3-5 ФР НИЗ. Среди выявленных факторов риска отмечено, что 67,2% лиц употребляют овощи и фрукты в недостаточном количестве, только 32,8% употребляет 5 и более порций овощей или фруктов в день согласно рекомендациям ВОЗ. 96,1% населения используют растительное масло для приготовления пищи.

Физическая активность у 16,4% населения не соответствует рекомендациям ВОЗ для сохранения здоровья, у 22,3% жителей страны отмечен низкий уровень физической активности, 60,9% населения не выполняют интенсивных физических нагрузок.

36,1% взрослого населения часто используют соленые приправы, соленые соусы или подливы, 31,5% взрослого населения более 3 раз в неделю употребляют продукты с высоким содержанием соли, 15,6% лиц часто добавляют соль в пищу перед едой. Хотя 91,3% опрошенных уверены, что употребление большого количества соли может вызвать у них проблемы со здоровьем и 46,8% населения считает очень важным уменьшение соли в рационе питания.

Употребление табака в настоящее время характерно преимущественно для мужчин (30,7%), хотя более половины курильщиков (52,7%) отметили, что медработники рекомендовали им бросить курить. Информацию о вреде курения 61% жителей страны читали в газетах и журналах, 82% слышали по телевидению и 54,1% по радио. Среди курящих табак с дымом 84,3% замечали предупреждения о вреде курения для здоровья на пачках сигарет и 80% задумывались бросить курить. Однако 9,6% опрошенных замечали в магазинах и киосках рекламу или вывески, стимулирующие продажу табачных изделий. Кроме того, курение табака оказывает не только прямое отрицательное воздействие на организм курильщиков, но и требует материальных затрат, а в случае малообеспеченных семей курение одного из членов семьи наносит существенный урон семейному бюджету.

Две трети взрослого населения (66,6%) воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни, 7,0% населения не употребляли алкоголь более года, из них около трети - по медицинским показаниям. 26,4% опрошенных употребляли различные алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев, среди них мужчин в 4 раза больше, чем женщин, они пьют значительно чаще и больше, чем женщины.

У 50,1% населения выявлен избыточный вес, а у 20,2% - ожирение, из них женщин статистически больше по сравнению с мужчинами. Интересно отметить тот факт, что доля лиц с ожирением увеличивается с возрастом: так ожирение в группе лиц 18-29 лет составляет 7,3%, в группе лиц 30-44 лет - 22,9%, а в группе 45-64 лет - уже 38,7%.

§ 3.5. Внедрение первичной профилактики в учреждения первичной медико-санитарной помощи

Для внедрения первичной профилактики в учреждения ПМСП необходимо проведение ежегодного скрининга населения начиная с 40 лет и старше согласно клиническим протоколам ПЕН (PEN - Пакет Основных Мероприятий по Неинфекционным заболеваниям на уровне учреждений ПМСП) ВОЗ [1,89,93]. Качественное оказание медицинской помощи предусматривает использование повсеместно клинических протоколов в качестве стандарта квалифицированных медицинских услуг. Клинические протоколы были представлены ВОЗ, которые уже были апробированы в ведущих зарубежных странах с доказанной эффективностью. При поддержке экспертов ВОЗ клинические протоколы ПЕН ВОЗ были адаптированы для местных условий группой главных специалистов Министерства Здравоохранения и преподавателями профильных кафедр медицинских образовательных учреждений. Затем протоколы были переведены на государственный язык, тиражированы и разосланы во все медицинские учреждения первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) [1].

Далее «Адаптированные клинические протоколы Всемирной организации здравоохранения по основным неинфекционным заболеваниям для учреждений первичной медико-санитарной

помощи» были пересмотрены и дополнены группой главных специалистов в 2021 г.

Среди них первый протокол это - «Адаптированный клинический протокол по артериальной гипертензии и сахарному диабету», который предусматривает стратификацию факторов риска и интегрированное ведение артериальной гипертензии и сахарного диабета с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек. Он состоит из инструкций для медицинского персонала (семейных врачей и бригады медсестер) по проведению скрининга пациентов 40 лет и старше.

- **Действие 1.** Составить список лиц из прикрепленного населения 40 лет и старше. А также пациентов курильщиков и имеющих окружность талии у женщин более 80 см и у мужчин более 94 см. Больных АГ, СД, с ранними ССЗ и заболеваниями почек у кровных родственников);

- Провести опрос жалоб и анамнеза.

- **Действие 2.** Оценка состояния и выявление признаков поражения органов мишеней: клинический осмотр и целевые лабораторные и инструментальные исследования.

- **Действие 3.** Оценка сердечно-сосудистого риска (у пациентов, не направленных на лечение в стационар). См приложения/карты оценки ССР - 1.1; 1.2; ИМТ - 1.3.

- **Действие 4.** Критерии направления на консультацию и лечение у специалистов или на госпитализацию во время всех визитов.

- **Действие 5.** Консультирование пациентов, план наблюдения и лечение больных с АГ и СД по указанной схеме алгоритмов [1].

Таким образом, будут выявлены лица с факторами риска, с ними будет проведена консультация по снижению влияния ФР на организм и преждевременное развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Будет оценен уровень АД и сердечно-сосудистый риск. Медицинский персонал учреждений ПЗЗ должен своевременно выявлять факторы риска, регулярно проводить профилактические мероприятия по снижению воздействия ФР на организм. Следовательно, простой опрос и рутинное измерение жизненно важных показателей (а его может провести средний

медицинский персонал), позволит оценить наличие факторов риска и состояние пациента в настоящее время и прогнозировать развитие возможных осложнений. Семейные врачи и медсестры должны проводить своевременное обследование (1 раз в год) всех жителей прикрепленного участка старше 40 лет с обязательным измерением уровня АД. У всех лиц в условиях ПСВ, сельских, городских и многопрофильных поликлиник или на дому необходимо своевременно выявлять ФР и проводить профилактические мероприятия до развития симптомов болезни. Для этого необходимо формировать группы лиц с факторами риска и проводить дополнительную работу с ними по информированию о воздействии факторов на возникновение заболеваний, влиянии их на качество и продолжительность жизни. Информирование населения следует проводить во время индивидуальных консультаций, бесед с группой риска или во время встреч с населением. Вовлекать в эту работу необходимо весь медицинский персонал учреждения, особенно патронажных медсестер, активистов и лидеров махали.

Необходимо проводить пропаганду здорового образа жизни, нивелирующего влияние факторов риска на развитие АГ, через средства массовой информации – местное радио, областное телевидение, газеты.

Проведенные мероприятия улучшат эффективность оказания медицинской помощи в поликлинике, снизят показатели заболеваемости и смертности на уровне ПЗЗ. Профилактические мероприятия достаточно универсальны, легко выполнимы и не требуют дополнительных затрат, они направлены на оздоровление образа жизни пациента в целом.

ГЛАВА 4. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Вторичная профилактика состоит из ранней диагностики заболевания и своевременного лечения ещё в доклинической стадии. Длительное время артериальная гипертония протекает без симптомов, поэтому единственным методом раннего выявления повышения АД это его постоянное измерение. Контроль АД должны проводить в пунктах семейного врача, в сельских, городских и многопрофильных поликлиниках, в районных и городских больницах. В некоторых странах артериальное давление измеряют даже в аптеках, магазинах, общественном транспорте [94,95]. Измерение АД проводится также в каждом медицинском учреждении: стационаре, диспансере, санатории, начиная с приемного отделения. Каждый сотрудник медицинского учреждения (регистратор, санитарка, медсестра, врач любой специальности) должны уметь правильно измерять артериальное давление [19,44,48,97].

По существующей системе ведения документации в учреждениях ПМСП, обязательным является заполнение амбулаторных карт (форма 025) с описанием каждой консультации. У врачей общей практики за рубежом в амбулаторной карте имеется отдельный лист - «Лист регистрации АД», в котором медсестра записывает дату посещения, цифры АД, получаемое лечение и дату последующего визита [21,45]. Следовательно, эффективный контроль уровня АД у больных артериальной гипертонией должен быть обязательным для пациента и для медицинского персонала [98]. Другим важным инструментом контроля АД является скрининг, во время которого измеряется АД лицам по вызову в поликлинику или на дому. У нас, в условиях ПЗЗ существует также практика проведения профилактических осмотров различного контингента лиц с обязательным измерением АД. Серьезным препятствием в успешном лечении АГ является незнание пациентов о наличии у них повышенного артериального давления. Так по данным Colhoun, в США и Великобритании только 54% больных знали о наличии у них АГ и лишь 11% получали эффективное лечение [28,98]. В нашем исследовании по

второму вопроснику программы СТЕП, были опрошены лица с факторами риска АГ (636 человек); большая часть из них была в возрасте 55-69 лет (62,3%) (Приложение 2). Среди лиц с факторами риска повышение АД было выявлено у 344 человек - 54,1%. Причем, систолическое давление более 171-200 мм рт. ст. имел каждый седьмой пациент (14,9%), такой уровень АД требует медикаментозного лечения. Опасение вызывает также треть пациентов (32,5%) с уровнем диастолического давления 101 и более мм рт. ст., при этом часто необходимо стационарное лечение. Эти пациенты являются группой очень высокого риска развития ССО таких как инфаркт миокарда или инсульт с возможным летальным исходом без лечения.

Согласно рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ по АГ, при выявлении повышенного уровня АД необходимо обследовать их для определения причины повышения АД. [29,99,100]. Минимальное обследование в условиях поликлиники включает: анализ мочи, определение в крови сахара, креатинина, холестерина; электрокардиографию. При обнаружении патологических изменений проводится дополнительное обследование в условиях диагностического центра в городах или в ЦРМП на районном уровне для установления причины повышения АД [21,45].

При выявлении повышенного уровня АД, согласно Клиническому руководству, рекомендуется его повторное измерение. Если повторное измерение выявляет повышение АД более 140/90 мм рт.ст., необходимо установление диагноза «Артериальная гипертензия», с указанием степени АГ согласно цифрам артериального давления:

АГ I степени (мягкая) – 140-159/90-99 мм рт.ст.

АГ II степени (умеренная) – 160-169/100-109 мм рт.ст.

АГ III степени (тяжелая) – 180/110 мм рт.ст. и более.

На основании имеющихся факторов риска, поражения органов-мишеней и наличия ассоциированных заболеваний, пациенту проводится стратификация риска ССО, степень которой записывается в диагноз (табл.4.1).

Перечень факторов риска представлен в предыдущей части, поражение органов-мишеней определяется при выявлении гипертрофии левого желудочка на ЭКГ, протеинурии или повышении креатинина плазмы (106-177 ммоль/л), наличия

атеросклеротических бляшек в сосудах по данным УЗИ, генерализованного или локального сужения артерий сетчатки, которое выявляется при осмотре глазного дна [21, 44,45].

Ассоциированные состояния, согласно определению Комитета экспертов ВОЗ, включают следующие заболевания, существующие на фоне АГ: перенесенный инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, стенокардия, операции на коронарных сосудах, сердечная недостаточность, нефропатия или почечная недостаточность, поражение периферических артерий, ретинопатия III-IV степени [44,48]. Определение степени риска, оно дает четкое представление о прогнозе заболевания, необходимости назначения лечения и целевом уровне снижения АД [32].

Таблица 4.1.

Диагностические критерии стратификации риска ССО

Категория риска	Диагностические критерии
Низкий риск (риск 1)	I степень АГ, нет факторов риска, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и ассоциированных заболеваний
Средний риск (риск 2)	II-III степень АГ - нет факторов риска, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и ассоциированных заболеваний; I-III степень АГ, есть один и более факторов риска, нет поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и ассоциированных заболеваний
Высокий риск (риск 3)	I-III степень АГ, есть факторы риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, нет ассоциированных заболеваний
Очень высокий (риск 4)	I-III степень АГ - есть ассоциированные заболевания или состояния

Результаты мета-анализа по первичной и вторичной профилактике артериальной гипертензии, полученные из проведенных 57 исследований, показали, что вторичная профилактика у лиц с высоким риском развития ССО, достоверно снижает заболеваемость и смертность, наиболее экономически выгодна и эффективна [44].

Систематический обзор статей, опубликованных за рубежом по артериальной гипертензии (1966-2009 гг.), показал, что основной темой публикаций была профилактика в условиях первичного звена здравоохранения: выявление АГ, улучшение обращаемости пациентов за лечением, регулярность контроля уровня АД, повышение профессиональной грамотности врачей и ведение больных с артериальной гипертензией по протоколам [42,43,103]. Следовательно, в деятельности медицинских работников поликлинической службы очень важным является грамотная тактика ведения пациентов – раннее выявление артериальной гипертензии, контроль уровня АД и выполнения рекомендаций врача.

Мы изучили тактику ведения пациентов с артериальной гипертензией врачами городской поликлиники и отношение самих пациентов к лечению. Для этого в поликлинику были приглашены лица с повышенным уровнем артериального давления из числа пациентов с факторами риска; с их слов были заполнены анкеты, в которых были вопросы о частоте измерения АД, приеме лекарства, соблюдении диеты, выполнении рекомендаций врача, частоте обращения к врачу.

Установлено, что медицинские работники измеряют артериальное давление не регулярно, а сами пациенты также не контролируют его уровень (табл.4.2).

Таблица 4.2.

Частота измерения АД пациентами с АГ

Кратность измерения АД	абс	%
1 раз в течение последних 3 мес.	119	34,6
1 раз в течение последних 6 мес.	69	20,1
1 раз в течение последних 12 мес.	129	37,5
Дату последнего измерения АД не помнят	27	7,8

Согласно Клиническому руководству [21,45] при наблюдении лиц с повышенным АД, поставленным на учет поликлиники, врачи во время диспансерного наблюдения должны измерять уровень АД каждые 6 мес., а патронажные медсестры ежемесячно должны посещать диспансерных больных и измерять АД. Но по нашим данным, более трети пациентов не измеряли уровень АД в течение

года, а небольшая часть (7,8%) – даже не помнят дату измерения. Это показывает и отношение пациентов к своему здоровью и проводимому лечению, которые знают, что у них повышена опасность развития сердечно-сосудистых осложнений с риском развития внезапной смерти от инфаркта миокарда или инсульта.

Следующий важный момент – информированность пациентов о наличии у них артериальной гипертонии. Среди 344 пациентов с артериальной гипертонией только 208 (60,5%) человек знали о повышенном у них АД, а 136 человек (39,5%) узнали об этом впервые. Это свидетельствует о том, что в поликлинике не проводится обязательное измерение АД всем пациентам, независимо от цели обращения к врачу и измерение АД всем членам семьи старше 18 лет на дому; в результате отсутствует раннее выявление пациентов с артериальной гипертонией.

Таким образом, проведенный анализ позволяет обозначить наиболее важные проблемы в вопросах профилактики артериальной гипертонии и тактики ведения больных АГ среди городского населения. Более половины пациентов с факторами риска имеют повышенное артериальное давление; две трети из них знают о наличии у них заболевания, состоят на учете в поликлинике или имеют своего врача в стационаре. У одной трети пациентов повышение артериального давления было выявлено впервые. Измерение АД у диспансерных больных АГ проводится нерегулярно (у трети АД не измеряли в течение года, а около 8% больных не помнит дату последнего измерения АД). Но не все пациенты знают о необходимости постоянного приема медикаментов, независимо от уровня АД. Больные не берут на себя ответственность за свое здоровье и легкомысленно относятся к своему состоянию, отказ от приема медикаментов объясняют различными причинами.

Следовательно, во время консультации больных АГ необходимо обязательно информировать о необходимости изменения образа жизни, назначать им немедикаментозное лечение и контролировать выполнение этих рекомендаций.

ГЛАВА 5. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

§ 5.1. Профилактика и диспансерное наблюдение

Динамическое наблюдение чрезвычайно важная составляющая медицинской помощи пациентам с артериальной гипертонией, задачами которого являются: поддержание целевых уровней АД, контроль выполнения врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска, контроль за соблюдением режима приема антигипертензивной терапии, оценка состояния органов-мишеней. Во время приема медикаментозного лечения необходимо ежемесячно проводить осмотр пациента с измерением АД, выявлять побочные эффекты и стабилизировать АД до целевых значений. Частота осмотра будет зависеть от тяжести АГ и наличия сопутствующих заболеваний [15,48,107]. После достижения целевого уровня АД последующие визиты для пациентов с высоким и очень высоким риском, а также для пациентов, получающих только немедикаментозное лечение, и для лиц с низкой приверженностью лечению рекомендуется проводить не реже, чем 1 раз в 3 мес; визиты для пациентов со средним и низким риском, которые регулярно измеряют АД дома, проводить с интервалом в 4–6 мес. [1,15,44,108].

Для повышения эффективности проводимой лекарственной терапии необходимо рекомендовать пациентам регулярно измерять артериальное давление и вести дневник с описанием уровня АД и дозы лекарственных препаратов. Для уменьшения частоты посещений возможна электронная связь с врачом, которая улучшит контроль лечения пациента [16,18]. Необходимо регулярно оценивать факторы риска и поражение органов мишеней в зависимости от степени ССР. При низком риске - 1 раз в год, при среднем риске 2 раза в год, при высоком и очень высоком риске один раз в квартал [1]. Рекомендуется при динамическом наблюдении особое внимание уделять показателям АД в ночные и ранние утренние часы (особенно у пациентов с метаболическим синдромом, сахарном диабете) [21,45,102]. У этих пациентов рекомендуется контролировать достижение целевого уровня АД [1,48].

Очень важно во время лечения пациентов с АГ проводить обучение их болезни, с разработкой программы немедикаментозного и лекарственного лечения, особенно у больных, не желающих принимать регулярное лечение [12,110]. Больным с АГ необходимо рассказывать о имеющихся у них факторах риска и заболеваниях, о возможном риске развития осложнений и необходимости выполнения предписанных врачом рекомендаций (медикаментозное и немедикаментозное лечение АГ) [1,10,100]. Все применяемые методы лечения и профилактики должны быть обсуждены и согласованы с пациентом. При выборе режима назначения препарата необходимо учитывать образ жизни пациента. Желательно рекомендовать пациенту проводить СКАД [16,19,22,107]. Все рекомендации, даваемые пациенту, должны быть ясными, четкими и соответствовать его интеллектуальному уровню. С целью обеспечить осознанное участие пациента в лечебно-профилактическом процессе и повысить эффективность лечения, рекомендовано для ряда пациентов, для которых устных рекомендаций недостаточно, продублировать их в письменном виде.

Основной задачей третичной профилактики артериальной гипертензии является предупреждение ССО, инвалидности и смертности. Она направлена также на реабилитацию больного. Для эффективного наблюдения и лечения больных АГ разработаны и внедрены клинические протоколы и руководства для врачей в первичном звене здравоохранения [1,21,45]. Утверждена методология фармакологического лечения и определены меры по оказанию помощи больным с АГ [1,43,44,45]. Но, несмотря на обучение врачей общей практики тактике ведения больных АГ согласно предложенному протоколу, частота ССО уменьшилась незначительно.

Своевременный контроль состояния пациента и его динамичное наблюдение являются мероприятиями третичной профилактики. Результаты крупных многоцентровых исследований по диагностике и лечению артериальной гипертензии показали, что основным методом предупреждения ССО, приводящих к смертельному исходу является третичная профилактика [1,44,45,107]. Во многих развитых странах такое ведение больных АГ снизило развитие ССО и показатели летальности [42,102].

При установлении диагноза «Артериальная гипертензия» больных берут на диспансерный учет, проводят систематическое обследование каждые 6 месяцев и наблюдают состояние в динамике. С этой целью в условиях пункта семейного врача, сельских и городских поликлиник проводится выявление жалоб и анамнеза, тщательный осмотр, измерение пульса, частоты дыхания, АД, роста и массы тела, вычисляется ИМТ [1,21,45]. Проводится следующее лабораторно-инструментальное обследование: определение в крови сахара, креатинина, холестерина; анализ мочи на белок; осмотр глазного дна и электрокардиография [1,21,45]. Прогрессирование заболевания можно определить на основании полученных результатов, оценить вовлечение поражения новых органов-мишеней или возникновение других ассоциированных заболеваний, чтобы оценить риск развития сердечно-сосудистых осложнений [1,21,45,110].

Как правило при низком и среднем риске назначается немедикаментозное лечение. При высоком риске рекомендуется немедикаментозное лечение и лекарственная терапия, а при очень высоком риске - возможность стационарного лечения [1,21,45,111].

Тактику ведения артериальной гипертензии в поликлинических условиях мы изучали по результатам второго вопроса «СТЕП». Немедикаментозное лечение участковые врачи рекомендовали лишь части больных. Совет об ограничении соли был дан только 6% пациентов с АГ, о снижении веса – пятой части больных. Беседу о вреде курения провели с 22,6% больных, чуть большему количеству больных (27,4%) была рекомендована умеренная физическая нагрузка (табл.5.1).

Таблица 5.1

Выполнение рекомендаций по немедикаментозному лечению пациентов с АД, % от числа диспансерных больных

Рекомендованные мероприятия	Число больных, выполнивших рекомендации	
	абс	%
Снижение массы	41	19,7
Увеличение потребления овощей и фруктов	56	26,9
Отказ от курения	47	22,6
Увеличение физической активности	57	27,4
Уменьшение приема алкоголя	38	18,3
Снижение потребления соли	12	5,8

Указанные мероприятия были рекомендованы не всем больным, а только незначительной их части – по результатам опроса 208 больных, знающих о повышенном у них АД, выявлено, что рекомендации даны не более чем 25% пациентов. Среди больных с впервые выявленным повышенным уровнем артериальным давлением (113 человек), немедикаментозное лечение, эффективное при повышенном уровне АД, участковые врачи рекомендовали ограниченному числу пациентов, три четверти из них о таких рекомендациях даже не слышали. Половине пациентов врачи рекомендовали прием таблеток без назначения немедикаментозного лечения. Это свидетельствует о неправильной тактике ведения больных АГ, отсутствие советов по изменению образа жизни и рекомендаций по немедикаментозному лечению.

Отношение пациентов АГ к лечению оценивали по следующим критериям: регулярный прием лекарств для снижения уровня АД или прием медикаментов только при ухудшении состояния. 83 (39,9%) человека считают обязательным постоянный прием таблеток для снижения АД, остальные 125 (60,1%) – принимали лечение только при ухудшении состояния. То, что больные артериальной гипертонией должны постоянно принимать лекарство независимо от уровня АД, считают 69 (33,2%) пациентов, другие - 139 (66,8%) человек считают необходимым принимать лечение только при повышении уровня артериального давления. Хотя многочисленные исследования убедительно доказали необходимость постоянного приема гипотензивных препаратов, эффективность контролируемого лечения, которое предупреждает развитие сердечно-сосудистых осложнений и увеличивает продолжительность жизни. Но полученные результаты показали, что пациенты поликлиники, а возможно, и сами врачи, не знают об этом.

Анализ причин нерегулярного лечения показал, что 63 (30,2%) пациента не хотят постоянно принимать лечение, 23 (11,1%) из них считают, что лекарства оказывают побочные эффекты и способствуют вредному влиянию на организм. 108 (51,9%) человек считают, что часто из-за отсутствия лекарств в аптеке они не могут постоянно принимать лекарственные препараты. 37 (17,9%) человек полагают, что лечение дорого для них. Следующим

вопросом анкеты было применение альтернативных методов лечения, в частности, посещение табибов (местный лекарь). Оказалось, что за последний год табиба посетили 113 (54,3%) пациентов с АГ, все они принимали его лечение (травы, настои). Следовательно, этих пациентов не удовлетворяли медицинские услуги поликлиники или они имели низкую медицинскую грамотность.

Нами было изучено также назначение медикаментозного лечения врачами общей практики некоторых городских поликлиник г.Ташкента, которые имели базовое образование по диплому: «терапевт», «педиатр», «врач общей практики», но были обучены по 10-месячной программе переподготовки ВОП, табл.5.2.

Таблица 5.2

Назначение групп антигипертензивных препаратов

Препарат	Базовое образование, абс (%)		
	ВОП	Терапевт	Педиатр
Диуретики	42 (93,3)	32 (76,2)	7 (21,9)
Бета-блокаторы	27 (60)	33 (78,6)	8 (25)
Ингибиторы АПФ	27 (60)	32 (76,2)	31 (96,9)
Антагонисты кальция	19 (42,2)	16 (38,1)	5 (15,6)
Альфа-блокаторы	6 (13,3)	4 (9,5)	- (-)
Препараты центрального действия	4 (8,9)	- (-)	1 (3,1)
Симпатолитики	4 (8,9)	- (-)	- (-)

Как показали наши результаты, врачи общей практики в качестве препаратов первого выбора чаще назначают тиазидные диуретики, терапевты – бета-блокаторы, а педиатры – ингибиторы АПФ. Следовательно, не все врачи исследованных городских поликлиник правильно назначают медикаментозное лечение пациентам с АГ.

Медикаментозное лечение необходимо проводить согласно протоколам - стандартам лечения на основе данных доказательной медицины. Клиническое руководство по АГ рекомендует использование бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, тиазидных диуретиков как препаратов первого выбора, если имеются противопоказания, то назначаются препараты второго порядка.

Необходимо назначение дезагрегантов (аспирин, тромбоасс, кардиомагнил) для предупреждения сердечно-сосудистых и

церебро-сосудистых осложнений [55,109]. Согласно нашим данным, если ранее (2004 г.) назначение аспирина в амбулаторных картах больных АГ городских поликлиник было выявлено в 25% случаев, то по данным исследования 2008 г. все врачи общей практики, 85,7% терапевтов и 75% педиатров назначали аспирин.

Исследование информированности населения о своем здоровье, проведенное на основе скрининговой программы ВОЗ «МОНИКА» (Информированность, лечение, контроль) в Новосибирске, показало, что мужчины, менее информированы о наличии у них артериальной гипертензии (37,1%), чем женщины, у последних процент информированности составил 58,9%. Женщины чаще лечатся (46,7% против 21,6%), и лечатся эффективно (17,5% против 5,7%). Выявлено, что у молодых мужчин в возрасте до 40 лет лекарственную терапию получают только 10% больных АГ, а в группе 70-79 лет этот показатель увеличивается до 40%. Следовательно, для увеличения эффективности лечения необходимо информирование пациентов о болезни, проведение регулярных бесед врача с пациентом и его систематическое обучение [10,112].

Таким образом, знание больных о заболевании, умение оценивать свое состояние и регулярно измерять уровень АД предотвратит развитие сердечно-сосудистых осложнений [56,114,128,134].

Наблюдение за больным и его лечением необходимо проводить согласно рекомендациям Клинического руководства [21,112]. Анализируется при каждом визите выполнение рекомендаций врача по изменению образа жизни и снижению воздействия факторов риска: снижение веса, уменьшение потребления соли, алкогольных напитков, отказ от курения, увеличение употребления фруктов, овощей и применение растительного масла, занятия спортом, аутотренинг для снижения воздействия стресса.

Врачи общей практики должны проводить контроль лекарственной терапии, прием лекарств в указанной дозе, согласно определенного режима.

Обучение медицинского персонала проведению качественного диспансерного наблюдения и регулярного контроля уровня АД и проводимого лечения должно проводиться систематически.

Заведующий ПСВ или главный врач районной поликлиники ответственны за обучение медицинского персонала медицинского учреждения и контроль грамотного заполнения документации [1].

Больные АГ должны знать признаки осложнений заболевания, постоянно измерять АД, приходить к врачу на обследование в установленные сроки, выполнять рекомендации врача по медикаментозному лечению [1,121]. Применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует адаптации пациентов к болезни и уменьшает затраты на лечение.

§ 5.2. Улучшение приверженности больных артериальной гипертонией к лечению

Не смотря на эффективные методы лечения АГ, широкий арсенал лекарственной терапии, не удается предотвратить осложнения в связи с несоблюдением принципов немедикаментозного лечения - это режим дня и диеты, отказ от вредных привычек, занятия физической активностью. Для эффективной профилактики артериальной гипертонии необходимо повысить информированность больных о болезни и добиться неукоснительного выполнения рекомендаций врача по лечению и регулярном измерении уровня АД. Соблюдение пациента с артериальной гипертонией и его семьи здорового образа жизни, регулярное измерение уровня АД позволят повысить качество лечения и профилактику этого заболевания. Семейные врачи совместно с пациентами должны обсуждать вопросы лечения, приема лекарственной терапии, развитие возможных осложнений. Участие больного в обсуждении плана лечения повысит его заинтересованность и ответственность за результаты лечения. Поэтому важным звеном в профилактике артериальной гипертонии является обучение населения и больных артериальной гипертонией оценке своего состояния, регулярному контролю уровня артериального давления, правильному приему лекарственных препаратов [19,99,119].

По определению ВОЗ приверженность к лечению – это степень выполнения рекомендаций врача в отношении лечения. Это прием лекарственных препаратов в назначенной дозе, соблюдение

указанной кратности приема, изменение поведения в соответствии с требованиями медицинского персонала - соблюдение здорового образа жизни [42,43,99]. Согласно данным литературы при незаинтересованности больных в результатах лечения снижается терапевтический эффект и повышается вероятность развития осложнений, приверженность достигает до 50% [42,43,117].

Существуют прямые и непрямые или косвенные методы оценки приверженности. Прямые методы - это оценка концентрации принятого препарата или его метаболитов в крови.

Косвенные методы:

- подсчет принятых или оставшихся таблеток
- опрос пациентов, их дневники приема препаратов
- оценка изменения измеримых показателей (пульс, АД, температура, уровень гемоглобина, холестерина, сахара в крови и др.)
- оценка клинического состояния (уменьшение боли, улучшение состояния и др.) [43].

Для достоверности оценки приверженности необходимо применять несколько методов. Индексом использования препарата оценивается приверженность - это количество дней приема полной дозы препарата, деленное на длительность дней приема. Если индекс использования достигает более 80%, то приверженность считается достигнутой [43].

На приверженность влияют факторы, связанные с пациентом, врачом, заболеванием, проводимой терапией и системой здравоохранения.

Факторы, связанные с пациентом, зависят от пола, возраста, согласно данным литературы у мужчин - пациентов старше 65 лет и младше 35 лет приверженность ниже, характерологических особенностей пациента, уровня образования и интеллекта. Нередко низкая приверженность к лечению выявляется у больных с низким уровнем образования, плохой памятью и невысокими волевыми качествами [43,107]. Две трети инвалидов не знали, в какое время нужно принимать лекарственные препараты и менее 15% больных помнили о распространенных побочных эффектах [43,114].

К факторам, связанным с врачом относятся: отсутствие постоянного лечащего врача или отсутствие доверия к врачу,

уровень грамотности врачей и соблюдение врачами рекомендаций клинических протоколов. Иногда сами врачи могут способствовать ухудшению приверженности больного лечению, из-за боязни развития побочных эффектов, нежелания интенсивности лечения, боязни дороговизны лечения – все это приводит к снижению приверженности пациентов к лечению и неэффективности последней [43].

Факторы, связанные с проводимой терапией это, в первую очередь, переносимость проводимой терапии, эффективность и удобство приема лекарств [36]. К этим факторам относятся также длительность терапии, полипрагмазия, стоимость препарата - существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью к лечению [36]. Это может быть связано с большой стоимостью многокомпонентной терапии, сложным режимом приема. Прием одного препарата, максимум 2 раза в день улучшает приверженность. Исследования показали, что быстрый подбор эффективного препарата и его однократный прием сопровождается быстрой приверженностью к лечению [36].

Факторы, связанные с заболеванием особенно актуальны при хронических заболеваниях. До 50% больных с АГ самостоятельно прерывают лечение, назначенное врачом [43]. Вероятно, это связано с тем, что отсутствие симптомов вызывает у пациента мысль, что заболевания нет или нет его обострения.

Основным фактором приверженности к лечению, связанной с системой здравоохранения является доступность медицинской помощи, возможность приобретения лекарств [31].

Следовательно, хорошее самочувствие и вера в свои силы, низкое доверие к врачу, недостаточная медицинская информация приводят к низкой приверженности пациентов к лечению

Для оценки приверженности пациентов к лечению мы провели исследование среди пациентов с артериальной гипертензией в 5 областях РУз. Мы использовали вопросники Информационно-аналитического центра МЗ РУз «Изучение здоровья населения Узбекистана (ИЗНУ) [17] (Приложение 5). Вопросник включал вопросы о факторах риска АГ, измерении артериального давления, соблюдении принципов рационального питания, отношении пациентов к лечению, выполнении рекомендаций врачей.

Распределение больных по полу и регионам представлены в табл.5.3.

Таблица 5.3

Распределение опрошенных больных артериальной гипертонией по полу и регионам

Область	Число респондентов, абс (%)		
	Общее число	Мужчины	Женщины
Сырдарьинская	109 (22,3)	48 (9,8)	61 (12,5)
Ферганская	104 (21,3)	54 (11,1)	50 (10,2)
Кашкадарьинская	94 (19,3)	62 (12,7)	32 (6,6)
Р.Каракалпакстан	78 (16)	54 (11,1)	24 (4,9)
Ташкентская	103 (21,1)	41 (8,4)	62 (12,7)
Всего больных	488 (100)	259 (53,1)	229 (46,9)

Для достоверности данных мы опрашивали пациентов с давностью АГ не менее 5 лет, состоящие на диспансерном учете в СВП. Больных артериальной гипертонией опрашивали о давности последнего измерения АД, информированности пациентов о наличии у них артериального давления, способности оказать себе первую помощь при подъеме АД, выполнении рекомендаций и назначений врачей.

Мы установили, что большинство опрошенных больных АГ измеряли АД в течение последних 6 месяцев (71-83%), в течение 6-11 месяцев – от 7,7 до 24% больных. Давность измерения более года была зафиксирована в среднем у 6,2% больных АГ (табл.5.4).

Таблица 5.4

Давность измерения артериального давления, абс (%)

	Общее число	В течение 6 месяцев	6-11 месяцев	Более 1 года	Всего
Сырдарьинская	109 (22,3)	79 (72,5)	24 (22,0)	6 (5,5)	100
Ферганская	104 (21,3)	74 (71,2)	25 (24)	5 (4,8)	100
Кашкадарьинская	94 (19,3)	67 (71,3)	21 (22,3)	6 (6,4)	100
Р.Каракалпакстан	78 (16)	63 (80,8)	6 (7,7)	9 (11,5)	100
Ташкентская	103 (21,1)	86 (83,5)	14 (13,6)	3 (2,9)	100

Более высокая частота измерения АД характерна для больных в Ташкентской области (не менее 1 раза в год – 97%), а самая низкая – в Р.Каракалпакстан (не менее 1 раза в год – 88%).

Возможно, это связано с заинтересованностью самих пациентов в контроле уровня АД и лучшим качеством оказания медицинской помощи больным в Ташкентской области. Мы опросили пациентов, кто измерял у них АД: в целом у 85% пациентов артериальное давление в последний раз измерил врач, у 3% – фельдшер, у 12% – медсестра.

Интересно, что в 4 регионах АД чаще измеряет врач (80-97%), в Ташкентской же области у трети больных АД давление измеряют обученные медсестры (табл.5.5).

Таблица 5.5

Последнее измерение артериального давления, чел. (%)

Область	Общее число больных	Кто проводит измерение АД, абс (%)		
		Врач	Фельдшер	Медсестра
Сырдарьинская	109 (22,3)	106 (97,2)	- (-)	3 (2,8)
Ферганская	104 (21,3)	84 (80,8)	9 (8,7)	11 (10,5)
Кашкадарьинская	94 (19,3)	90 (95,7)	1 (1,1)	3 (3,2)
Р.Каракалпакстан	78 (16)	70 (89,7)	1 (1,3)	7 (9)
Ташкентская	103 (21,1)	63 (61,2)	3 (2,9)	37 (35,9)
Всего	488 (100)	413 (84,7)	14(2,9)	61 (12,5)

Почти во всех регионах 97-98% пациентов были информированы о показателях повышенного артериального давления, только в Р.Каракалпакстан 20,5% больных не знали своих показателей (табл.5.6).

Таблица 5.6

Информирование больных АД о повышенном уровне артериального давления

Область	Знание больных о повышенном АД, абс (%)		
	Да	Нет	Не знаю
Сырдарьинская	107 (98,2)	1 (0,9)	1 (0,9)
Ферганская	101 (97,1)	3 (2,9)	- (-)
Кашкадарьинская	91 (96,8)	3 (3,2)	- (-)
Р.Каракалпакстан	62 (79,5)	13 (16,7)	3 (3,8)
Ташкентская	100 (97,1)	3 (2,9)	- (-)

Важной частью деятельности врача является обучение пациента с АД оказанию себе первой помощи при подъеме

артериального давления. Хуже всего с этим показателем обстояло в Сырдарьинской области: только половина пациентов (54%) была обучена правилам первой помощи при подъеме АД, другая половина была об этом не информирована (табл.5.7); при этом в роли информаторов врачи отмечены лишь 44% больных.

Таблица 5.7

Обучение больных артериальной гипертонией оказанию первой помощи, человек (%)

Область	Врач	Фельдшер	Медсестра	Табиб	Другие	Не обучены
Сырдарьинская, n=109	48 (44)	2 (1,8)	2 (1,8)	2 (1,8)	5 (4,7)	50 (45,9)
Ферганская, n=104	81 (77,9)	15 (14,4)	8 (7,7)	- (-)	- (-)	- (-)
Кашкадарьинская, n=94	86 (91,4)	- (-)	4 (4,3)	- (-)	- (-)	4 (4,3)
Р. Каракалпакстан, n=78	65 (83,3)	2 (2,6)	3 (3,8)	- (-)	- (-)	8 (10,3)
Ташкентская (n=103)	70 (67,9)	12 (11,7)	18 (17,6)	1 (0,9)	2 (1,9)	- (-)

В Ташкентской области все опрошенные больные артериальной гипертонией были обучены в основном врачами (67,9%), фельдшерами (11,7%) и медсестрами (17,6%).

Оценка информированности пациентов о болезни в целом показала, что почти все пациенты (96%) умели оказать себе первую помощь. Этому их в 93,7% случаев обучили врач, фельдшер или медсестра (рис.5.1).

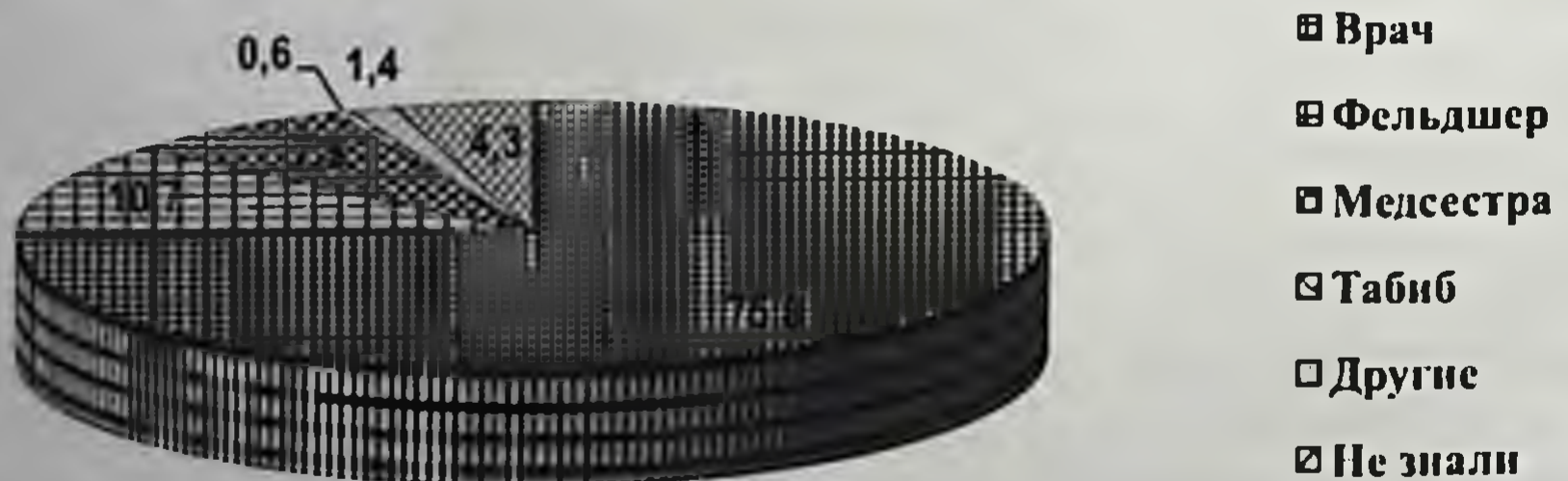


Рис.5.1. Обучение больных АГ оказанию первой помощи, %

Больных артериальной гипертонией опрашивали также о рекомендациях врачей по немедикаментозному лечению. Следить за весом врачи рекомендовали половине пациентов, ограничить потребление соли – 71% больных. Заниматься спортом, ограничить прием алкоголя, бросить курить, избегать стресса, аутотренинг – такие рекомендации получили 10-40% пациентов (рис.5.2).

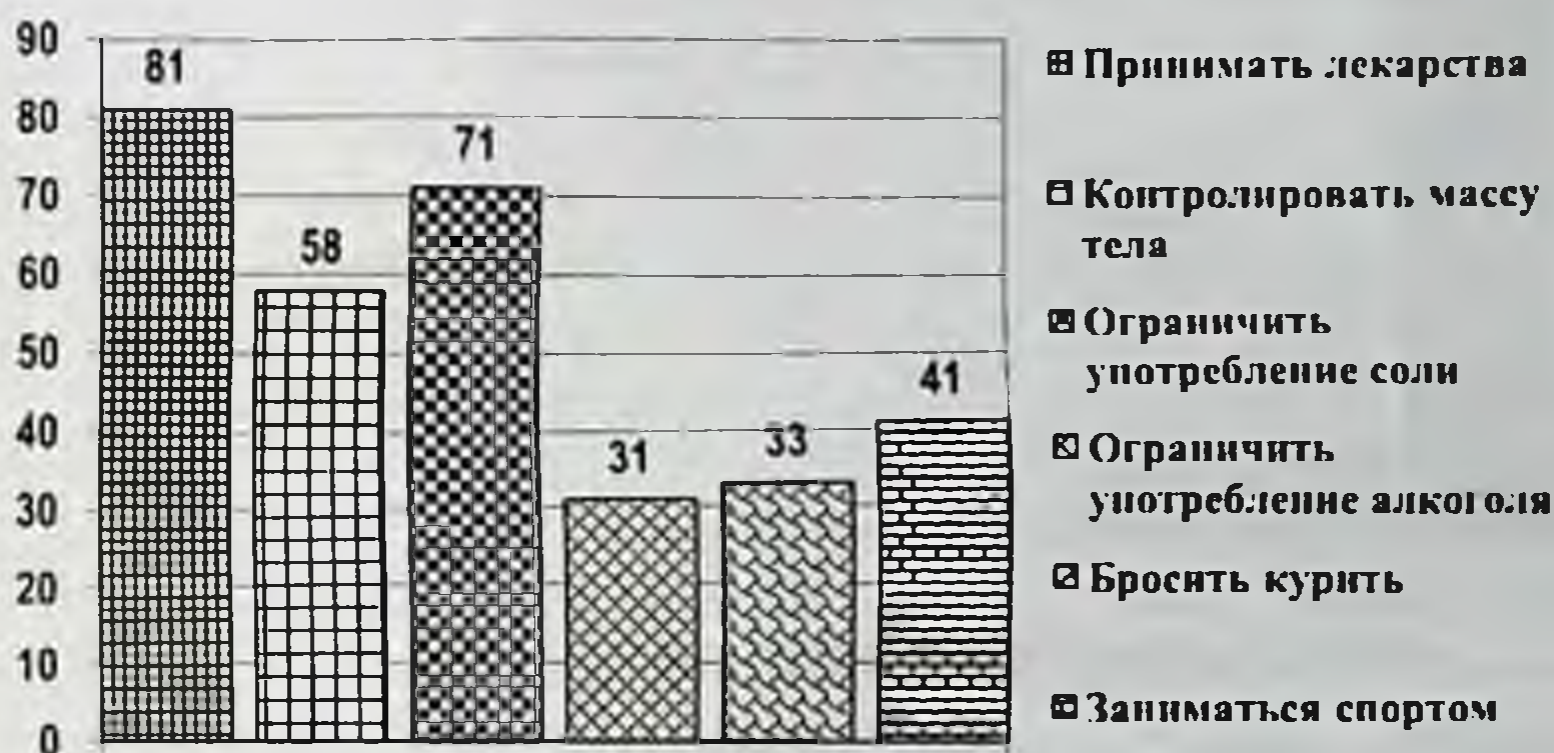


Рис.5.2. Рекомендации врачей по немедикаментозному лечению, %

Характер рекомендаций врачей больным АГ в разных регионах имел определенные различия. В Сырдарьинской, Ташкентской и Кашкадарьинской областях, 85-94% пациентов врачи рекомендовали постоянно принимать таблетки для снижения АД, тогда как в Каракалпакстане только 59% пациентов получили такой совет. Также неудовлетворительно обстояло дело в РКК с рекомендациями по контролю массы тела (рекомендовано только четверти больных), ограничению потребления соли (40% больных), занятиям спортом (11,5%). В Кашкадарьинской области только пятой части пациентов врачи посоветовали заниматься спортом.

К алкоголю и курению у врачей отношение было достаточно снисходительно. В Сырдарьинской и Кашкадарьинской областях объяснения об этих факторах риска и рекомендации отказаться от них, были даны лишь трети пациентов, в Ташкентской области и РКК - только десятой их части.

Не менее важным в снижении влияния факторов риска на течение артериальной гипертонии с поражением органов-мишеней

и развитием осложнений является выполнение рекомендаций врача. Оказалось, что даже в случаях получения совета от врача, как отметили сами больные, не все из них выполняли рекомендации в полной мере (рис.5.3).

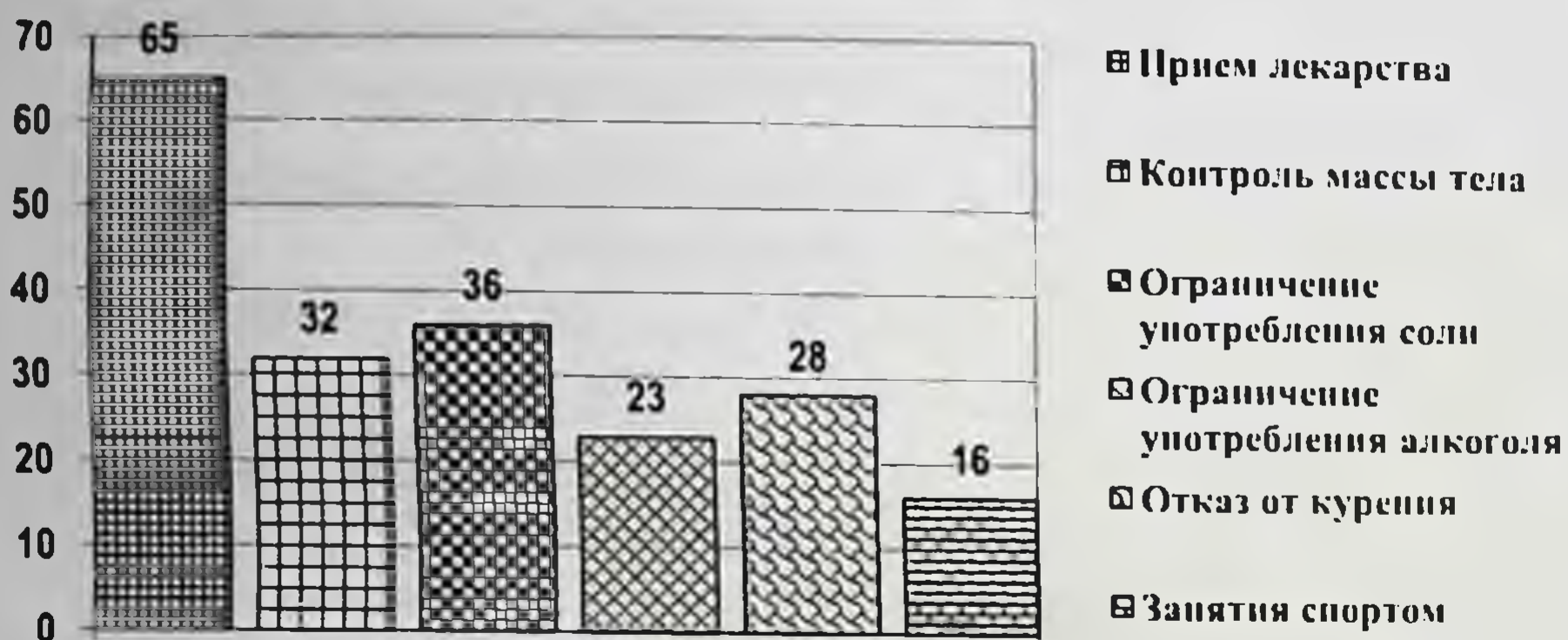


Рис.5.3. Выполнение рекомендаций врачей, %

Назначенное лечение принимали 65% пациентов; в Ферганской, Сырдарьинской и Кашкадарьинской областях лекарства для снижения АД принимали 66% больных, в РКК – чуть более половины. Контролировали массу тела четверть (РКК, Сырдарьинская и Кашкадарьинская обл.) или треть пациентов (Ташкентская, Ферганская обл.). Ограничивали потребление соли почти одинаково (30-40% пациентов) во всех областях. Советы врачей о физической активности и отказе от алкоголя – вообще практически не принимались как руководство к действию: в изучаемых областях показатели варьировали в пределах 9-30%. Курить бросили 10-15% больных.

Таким образом, проведенная оценка степени готовности пациентов к участию в лечении АГ и профилактике осложнений показала, что часть больных (от 16,5 до 28,8%) не имеют информации о состоянии АД в течение 6 и более месяцев; в определенной степени это может быть обусловлено недостаточным привлечением к этой работе среднего персонала. Большинство больных АГ (до 69%) не получает рекомендаций по немедикаментозному лечению и еще меньшее их количество выполняет рекомендации врачей как по медикаментозному лечению (65%), так и по ограничению воздействия факторов риска АГ (16-36%). Даже после проведенного исследования ИЗНУ по

улучшению информированности населения удалось лишь незначительно повысить число больных, выполнявших рекомендации врачей. Не все больные умели оказать себе помощь при подъеме АД, недостаточная медицинская грамотность приводит к снижению приверженности к лечению и невыполнению рекомендаций врача самими больными: пациенты, даже, зная о них, не следуют советам врача. Следовательно, для улучшения профилактики АГ и снижения развития сердечно-сосудистых осложнений, приводящих к преждевременной смерти пациентов, необходимо постоянно информировать пациентов о болезни, формировать у больных приверженность к лечению и ответственность за выполнение рекомендаций врача.

Проведенное обследование показало также, что не все врачи информируют пациентов о симптомах болезни, рекомендуют изменение образа жизни для снижения воздействия факторов риска и прогрессирования заболевания; низка роль патронажных медсестер в работе с пациентами. Медицинским работникам в условиях ПСВ и на дому следует не только регулярно информировать пациентов о болезни, развитии осложнений и их последствиях при отсутствии лечения, но и систематически контролировать выполнение рекомендаций по медикаментозному и немедикаментозному лечению заболевания.

Наконец, в профилактике артериальной гипертензии необходим регулярный контроль знаний и навыков врачей ПСВ, сельских и городских поликлиник по обследованию и лечению пациентов АГ, нужно своевременно направлять их на обучение в системе непрерывного профессионального образования. Для улучшения диагностики и лечения пациентов, профилактики поражения органов-мишеней и развития ассоциированных заболеваний необходимо предоставление медицинских услуг больным АГ в соответствии с Клиническими протоколами, в том числе протоколами ПЕН ВОЗ, основанными на принципах доказательной медицины.

Регулярный аудит заполнения медицинской документации (журнал диспансерного учета, амбулаторные карты пациентов) руководителями учреждений ПМСП позволит выявить недостатки, своевременно их устранить и улучшить качество ведения медицинской документации.

Заключение

Внедрение первичной, вторичной и третичной профилактики в деятельность семейных врачей на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи значительно снизит заболеваемость артериальной гипертонией, развитие сердечно-сосудистых осложнений и случаев преждевременной смертности от них.

Профилактика артериальной гипертонии остается одной из важнейших медико-социальных проблем. Уточнение всех аспектов этой проблемы, разработка технологии ее решения на уровне первичного звена здравоохранения могут быть важной частью снижения заболеваемости АГ и смертности от ее осложнений. Поэтому весьма актуальной является разработка и внедрение приемлемых для первичного звена современных методов первичной, вторичной и третичной профилактики артериальной гипертонии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптированные клинические протоколы Всемирной организации здравоохранения по основным неинфекционным заболеваниям для учреждений первичной медико-санитарной помощи // Ташкент. – 2021. – с.50.
2. Аронов Д.М. Профилактика атеросклероза у лиц с факторами риска и у больных ишемической болезнью сердца // Русский медицинский журнал. 2000. – том 8. - №8. - с.350-358.
3. Артериальная гипертензия. VII доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертензии при поддержке Национального института патологии сердца, легких и крови // Артериальная гипертензия. – 2003. – С. 3-14.
4. Базина И.Б., Богачев Р.С., Ковалев О.И., Ивантеева Т.В., Лифке М.В., Рафеенкова В.С., Шутова Е.П. Эпидемиологические и социальные аспекты АГ у лиц молодого возраста (по результатам обследования организованного трудового коллектива Смоленска) // Тер. архив. – 2004. - №1. – С. 31-33.
5. Батюшин М.М. Прогнозирование факторов риска и семейная профилактика эссенциальной гипертензии: Автореф. ... канд. мед. наук. - Ростов н/Д. - 2000. – 27 с.
6. Белялов Ф.И. Алкоголь и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. – 2004. - №4. – С. 78-81.
7. Бондаренко Б.Б. Сердечно-сосудистые заболевания. Артериальная гипертензия // Библиотека «Врач-пациенту». – СПб. - 2001. – С. 24.
8. Бритов А.Н., Быстрова М.М., Орлов А.А. Профилактика инсульта - реальная задача в практике кардиологов и терапевтов // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. - 2002. - №1. - С.53-60.
9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину // М. - Медиа Сфера. - 2001. – 147 с.
10. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Изучение на основе программы ВОЗ МОНИКА информированности о своем здоровье и отношении к нему у мужчин и женщин в возрасте от 25 до 64 лет в Новосибирске // Тер. архив. – 2003. - №11. – С.46-52.

11. Глейзер М.Г., Бойко Н.В., Абильдинова А.Ж., Соболев К.Э. Факторы риска у московской популяции больных с АГ // Российский кардиологический журнал. – 2002. - №6. – С.1-5.
12. Горбунов В.М. Значение самостоятельного измерения артериального давления больными с артериальной гипертензией // Кардиология. – 2002. - №1. – С.58-66.
13. Егорова Н.А. Семейная первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: подходы к организации и управлению: Автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск. - 2000. - С.30.
14. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Аронов Д.М. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации VI пересмотра. Атеросклероз и дислипидемии. – 2017. - №3. - (28). - с. 5–22.
15. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (Пересмотр 2016) // Российский кардиологический журнал. - 2017 - № 6 (146). - с.7–85.
16. Зслвсян П.А., Буниатян М.С., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н., Арутюнян Г.Х. Суточный ритм артериального давления: клиническое значение и прогностическая ценность // Кардиология. – 2002. - №10. – С. 55-61.
17. Изучение Здоровья Населения Узбекистана 2002. Информационно-аналитический центр МЗ РУз. – Ташкент. - 2003. – С. 397.
18. Карпов Ю.А. ФЛАГ – программа достижения целевых уровней артериального давления при лечении больных артериальной гипертензией фозиноприлом // Кардиология. – 2002. - №1. – С. 52-57.
19. Клинико-организационное руководство для оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией врачом общей практики // Россия-США. - М. - 2001. – 73 с.
20. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов – 2007. Комитет по разработке практических рекомендаций для повышения уровня качества оказания медицинской помощи пациентам в Европе // М. МЕДИ Экспо. - 2008. – 186 с.

21. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у взрослых в первичном звене здравоохранения. – Ташкент. - 2005. – 73 с.

22. Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В. Является ли обучение больных фактором, повышающим эффективность контроля артериальной гипертензии? // Кардиология. – 2007. - №10. – С.75-82.

23. Кобалава Ж.Д., Катовская Ю.В., Старостина Е.Г., Виллевалде С.В., Лукьянова Е.А. и др. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль АГ в России. Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2 // Кардиология. – 2007. - №3. – С.38-47.

24. Кобалава Ж.Д., Новые аспекты европейских рекомендаций по артериальной гипертензии 2013 г. // Кардиология. – 2013. – №1. - С.9-25.

25. Курбанов Р. Д., Мамутов Р.Ш., Уринов О.У. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. Пособие для врачей. – Т. – 2015. – 56 с.

26. Курбанов Р.Д., Мамутов Р.Ш., Уринов О.У. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // Пособие для врачей. – Т. – 2012. – 56 с.

27. Курбанов Р.Д. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // «Здравоохранение Узбекистана». – 2011. - №27. – с.3-4.

28. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. Результаты фармако-эпидемиологического исследования АГ в России (ПИФАГОР) // Кардиология. – 2003. - №11. – С. 23-26.

29. Мамедов М.Н., Оганов Р.Г. Артериальная гипертензия в клинической практике врача: современная стратегия диагностики и лечения // Медицина. – 2005. - №3. – С.10-16.

30. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска не инфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – 13 том. - №6. – с. 4–11.

31. Оганов Р.Г., Галкин В.А., Масленникова Г.Я. Артериальная гипертензия – проблема поликлиническая // Тер. архив. – 2006. - №1. – С. 6-9.

32. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение контроля факторов риска для профилактики неинфекционных заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. - №6. - С.21-25.

33. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Белова И.Е., Выгодин В.А., Спивак Е. РЕЛИФ – Регулярное лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. - №11. - С.30-39.

34. Оганов Р. Г., Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России: успехи, неудачи, перспективы // Тер.архив. – 2010. - №6. - С.22-24.

35. Отчет национального исследования «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан» базируемос на стандартной методологии STEPS ВОЗ. – Ташкент. - 2015. - 98 с.

36. Ощепкова Е.В. О федеральной целевой программе "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации" // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2002. – Том 5, №1. - С.3-6.

37. Ощепкова Е.В., Варакин Ю.Я., Суслина З.А. Артериальная гипертензия и профилактика инсультов // Мед. помощь. - 2000. - №3. - С.13-15.

38. Ощепкова Е.В., Довгалевский П.Я., Гриднев В.И. Регистр артериальной гипертонии // Тер. архив. – 2007. - №1. – С.48-52.

39. Перова Н.В. Новые Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом // Кардиология. – 2004. - №1. – С.76-82.

40. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению АГ и ИБС – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиология. – 2007. - №3. - С.79-84.

41. Проект рекомендаций «Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний» под редакцией Марцевича С.Ю. – 2011. – с.76.

42. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Национальные рекомендации // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - М. - 2001. – Том. 4, №6. - С.3-12.

43. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии // Рекомендации ВНОК. - М. - 2004. - С.17.

44. Рекомендации Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) 2013 г. по лечению артериальной гипертензии // Journal of Hypertension. – 2013. – 31 том. - №7. – с.1281-1357.

45. Сборник клинических протоколов по диагностике, лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний для врачей районных и городских медицинских объединений. Артериальная гипертензия – диагностика и лечение на уровне учреждений ПМСП // Ташкент. –2016 г.- с.47-52.

46. Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2020 г. // Ташкент. – 2021. – с.126.

47. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку // Иерусалим, 1999. - С. 1049.

48. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» // Системные гипертензии. - 2019. - том 16. - №1. - С.6-31.

49. Чазов Е.И. Руководство по кардиологии в четырех томах. Заболевания сердечно-сосудистой системы // М. – Практика. – 2014.

50. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции // Кардиоваск. Тер. и проф. – 2005. - №1. – С.4-9.

51. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. // Journal of Hypertension. - 2013. - Vol.31.- № 7. – p.1281-1357.

52. Aktas MK, Ozduran V, Pothier CE et al. Global risk scores and exercise testing for predicting all-cause mortality in a preventive medicine program. JAMA 2004; 292: 1462–8.

53. Arslantas D., Ayranci U., Unsal A., Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey // *Chin Med. J (Engl)*. – 2008. – Vol. 121, №16. – P. 1524-1531.

54. Assessment on the Prevention of Progression by Rosiglitazone on Atherosclerosis in diabetes patients with Cardiovascular History (APPROACH): Study design and baseline characteristics // *Am Heart. J.* – 2008. – Vol. 156.- №6. – P.1074-1079.

55. Baigent C., Blackwell L., Collins R., Emberson J., Godwin J., Peto R., et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials // *Lancet*. - 2009. - Vol.373. - P.1849–1860.

56. Banegas JR., Ruilope LM., de la Sierra A. et al. High prevalence of masked uncontrolled hypertension in people with treated hypertension // *Eur Heart J*. – 2014. – V.35. – p.3304–12.

57. Banegas JR., Ruilope LM., de la Sierra A et al. Relationship between clinic and ambulatory blood-pressure measurements and mortality // *N Engl J Med*. – 2018. –V. 378. – p.1509–52.

58. Berrington de Gonzalez A., Hartge P., Cerhan JR. et al. Body-mass index and mortality among 1.46million white adults // *N Engl J Med*. – 2010. – V.363. – p. 2211–9.

59. Bliziotis IA., Destounis A., Stergiou GS. Home vs. ambulatory and office blood pressure in predicting target organ damage in hypertension: a systematic review and meta-analysis // *J Hypertens*. – 2012. - Vol. 30. - P. 1289–1299.

60. Bosworth N. B., Olsen M. K., Goldstein M. K. The veterans study to improve the control of hypertension (V-STITCH): design and methodology // *Contemp. Clin. Trials*. – 2005. – Vol. 26. – P. 155-168.

61. Bosworth N. B., Olsen M. K., Goldstein M. K. The take control of your blood pressure (TCYB) study: study design and methodology // *Contemp. Clin. Trials*. – 2007. – Vol. 28. – P. 33-47.

62. Bray EP., Holder R., Mant J., McManus RJ. Does self-monitoring reduce blood pressure? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials // *Ann Med*. – 2010. - Vol. 42. - P.371–386.

63. British Hypertension Society Guidelines. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society. - 2004. – P.45.

64. Briasoulis A., Agarwal V., Tousoulis D., Stefanadis C. Effects of antihypertensive treatment in patients over 65 years of age: a meta-analysis of randomized controlled studies // *Heart*. – 2014. – V.100. – p.317–23.

65. Brunstrom M., Carlberg B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Intern Med*. – 2018. – V.178. – p.28–36.

66. Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2013. – V.5, -p. 329.

67. Catapano AL., Graham I., DeBacker G. et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidemias // *Eur.Heart J*. - 2016. – V.37. –p.2999–3058.

68. Cederholm J., Gudbjornsdottir S., Eliasson B., Zethelius B., Eeg-Olofsson K., Nilsson PM. Blood pressure and risk of cardiovascular disease in type 2 diabetes: further findings from the Swedish National Diabetes Register (NDR-BP-II) // *J Hypertens*. – 2012. - Vol. 30. - P.2020–2030.

69. Cherry D.K., Hing E., Woodwell D.A., Rechtsteiner E.A. National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 summary // *Natl. Health. Stat. Report*. – 2008. – №3. – P.1-39.

70. Chin D., Battistoni A., Tocci G., Passerini J., Parati G., Volpe M. Noninvasive diagnostic testing for coronary artery disease in the hypertensive patient: potential advantages of a risk estimation-based algorithm // *Am J Hypertens*. – 2012. - Vol. 25. - P.1226–1235.

71. Chin D, Battistoni A, Tocci G, Passerini J, Parati G, Volpe M. Noninvasive diagnostic testing for coronary artery disease in the hypertensive patient: potential advantages of a risk estimation-based algorithm // *Am J Hypertens*. – 2012. - Vol. 25. - P.1226–1235.

72. Chobanian A. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // *JAMA*. – 2003. – Vol. 21. – P. 2560-2571.

73. Fulcher J., O'Connell R., Voysey M. et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials // *Lancet*. – 2015. – V.385. –p.1397–405.

74. Cirillo M., Terradura-Vagnarelli O., Mancini M. et al. Cohort profile: the Gubbio Population Study // *Int J Epidemiol.* – 2014. – V.43. – p.713–20.

75. Clark CE., Smith LF., Taylor RS., Campbell JL Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis // *BMJ.* – 2010. – Vol. 341. – p. 3995.

76. Clark CE., Taylor RS., Shore AC., Ukoumunne OC., Compbell JL. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and metaanalysis // *Lancet.* – 2012. - Vol.379. – p.905-914.

77. Corrao G., Parodi A., Nicotra F., Zambon A., Merlino L., Cesana G., Mancia G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk // *J Hypertens.* – 2011. - Vol.29. – p. 610–618.

78. Corvol J. C., Bouzamondo A., Sirol M., Hulot J. S., Sanchez P., Lechat P. Differential effects of lipid-lowering therapies on stroke prevention: a meta-analysis of randomized trials // *Arch. Intern. Med.* - 2003. – Vol. 163. - №6. – P. 669-676.

79. Costanzo S., Di Castelnuovo A., Zito F., Krogh V., Siani A., on behalf of the European Collaborative Group of the IMMIDIET project. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in healthy unrelated male-female pairs of European regions: the dietary habit profile in European communities with different risk of myocardial infarction - the impact of migration as a model of gene-environment interaction project // *J. Hypertens.* – 2008. – Vol. 26, №12. – P. 2303-2311.

80. Cruz I., Serna C., Real J., Galindo G., Gascó E., Galván L. Ischemic heart disease and primary care: identifying gender-related differences. An observational study // *BMC. Fam. Pract.* – 2008. – №9. – P. 60-68.

81. Cucherat M., Lievre M., Gueyffier F. Clinical benefits of cholesterol lowering treatments. Meta-analysis of randomized therapeutic trials // *Presse Med.* 2000. – Vol. 29. - № 5. - P. 965-976.

82. Cuspidi C., Meani S., Valerio C., Negri F., Sala C., Maisaidi M. et al. Body mass index, nocturnal fall in blood pressure and organ damage in untreated essential hypertensive patients // *Blood. Press. Monit.* – 2008. – Vol. 13, №6. – P. 318-324.

83. Dickinson HO., Mason JM., Nicolson DJ., Campbell F., Beyer FR., Cook JV. et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials // *J Hypertens.* – 2006. - Vol.24. – p. 215–233.

84. Dong G. H., Sun Z. Q., Zhang X. Z., Li J. J., Zheng L. Q., Li J., Hu D. Y., Sun Y. X. Prevalence, awareness, treatment & control of hypertension in rural Liaoning province, China // *Indian. J. Med. Res.* – 2008. – Vol. 128, №2. – P. 122-127.

85. Doumas M., Anyfanti P., Bakris G. Should ambulatory blood pressure monitoring be mandatory for future studies in resistant hypertension a perspective // *Hypertension.* – 2012. – vol. 30. - p.874–876.

86. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. // *Journal of Hypertension.* - 2013. - Vol.31. - № 7. – p.1281-1357.

87. Ehret GB., Munroe PB., Rice KM., Bochud M., Johnson AD., Chasman DI., et al. Genetic variants in novel pathways influence blood pressure and cardiovascular disease risk // *Nature.* – 2011. - Vol. 478. – p.103–109.

88. Emdin CA, Rahimi K, Neal B et al. Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis // *JAMA.* – 2015. – vol. 313. –p.603–15.

89. Estruch R., Ros E., Salas-Salvado J. et al. PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet // *N. Engl. J Med.* – 2013. – v.368. – p.1279–90.

90. Ettehad D., Emdin CA., Kiran A. et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis // *Lancet.* - 2016. – v. 387. – p.957–67.

91. Fagard RH. Physical activity, fitness, mortality // *J Hypertens.* – 2012. - Vol.30. – p.1310–1312.

1. Flegal KM., Kit BK., Orpana H., Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta- analysis // *JAMA.* – 2013. - Vol.309. – p.71–82.

92. Frisoli TM., Schmieder RE., Grodzicki T., Messerli FH.. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure // *Eur Heart J.* – 2011. - Vol.32. – p.3081–3087.

93. Gale NK., Greenfield S., Gill P., Gutridge K., Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study // BMC Family Practice. – 2011. - Vol.12. p. 59.
94. Glynn LG., Murphy AW., Smith SM., Schroeder K., Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension // Cochrane Database Syst Rev. – 2010.
95. Graham G.D. Secondary stroke prevention: from guidelines to clinical practice // J. Natl. Med. Assoc. – 2008. – Vol. 100, №10. – P. 1125-1137.
96. Hansen TW., Li Y., Boggia J., Thijs L., Richart T., Staessen JA. Predictive role of the night-time blood pressure // Hypertension. – 2011. - Vol. 57. – p.3-10.
97. He FJ., Mac Gregor GA. Salt reduction lowers cardiovascular risk: meta-analysis of outcome trials // Lancet. – 2011. - Vol.378. – p.380–382.
98. Hodgkinson J., Mant J., Martin U., Guo B., Hobbs FD., Deeks JJ., et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review // BMJ. – 2011. - Vol. 342. – p.621.
99. Holmqvist L., Mortensen L., Kanckos C., Ljungman C., Mehlig K., Manhem K. Exercise blood pressure and the risk of future hypertension // J Hum Hypertens. – 2012. - Vol.26. – p.691–695.
100. Jackson J.H., Sobolski J., Krienke R., Wong K. S., Frech-Tamas F., Nightengale B. J. Blood Pressure Control and Pharmacotherapy Patterns in the United States Before and After the Release of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) Guidelines // Am Board Fam Med. – 2008. – Vol. 21, №6. – P. 512-521.
101. Jordan J., Yumuk V., Schlaich M., Nilsson PM., Zahorska-Markiewicz B., Grassi G, et al. Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: obesity and difficult to treat arterial hypertension // J Hypertens. – 2012. - Vol.30. – p.1047–1055.

102. Julius S., Palatini P., Kjeldsen SE. et al. Usefulness of heart rate to predict cardiac events in treated patients with high-risk systemic hypertension // *Am J Cardiol.* – 2012. – V/109. – p. 685–92.

103. Kearney PM., Whelton M., Reynolds K. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data // *Lancet.* – 2005. – V. 365. – p.217–23.

104. Kovacic L. Physical inactivity as public health problem // *Acta Med Croatica.* – 2007. – Vol. 31, №7. - P. 5-7.

105. Kozek E., Podolec P., Kopeć G., Pajak A., Tykarski A., et al. Polish Diabetes Society; Polish Cardiac Society; Polish Society of Hypertension; Polish Society for Atherosclerosis Research; College of Family Physicians in Poland; Polish Pediatric Society; Polish Society of Internal Medicine; Polish Society of Neurology. Polish Forum for Prevention Guidelines on Diabetes // *Kardiol. Pol.* – 2008. – Vol. 66, №9. – P. 1020-1023.

106. Lehtonen AO., Puukka P., Varis J et al. Prevalence and prognosis of ECG abnormalities in normotensive and hypertensive individuals // *J Hypertens.* – 2016. – v.34. – p. 959–66.

107. Levy D, Garrison RJ, Savage DD et al Prognostic implications of hypertension // *Hypertension.* - 2010. – v.56. – p.91–8.

108. Lim SS., Vos T., Flaxman AD. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet.* - 2012. – vol.380. – p.2224–60.

109. Lip GY., Felmeden DC., Dwivedi G. Antiplatelet agents and anticoagulants for hypertension // *Cochrane Data base Syst Rev.* - 2011. – p. 12.

110. Luders S., Schrader J., Schmieder RE., Smolka W., Wegscheider K., Bestehorn K. Improvement of hypertension management by structured physician education and feedback system: cluster randomized trial // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2010. - Vol.17. – p.271–279.

111. MacDonald TM., Williams B., Webb DJ. et al., British Hypertension Society Programme of Prevention and Treatment of Hypertension with Algorithm-based Therapy (PATHWAY). Combination therapy is superior to sequential monotherapy for the

initial treatment of hypertension: a double-blind randomized controlled trial // J Am Heart Assoc. - 2017. – p.6.

112. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. ESH/ESC 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) // Eur Heart J. - 2013. – v.34. – p. 2159–219.

113. Marso SP., Daniels GH., Brown-Frandsen K. et al., LEADER Steering Committee, LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes // N Engl J Med. - 2016. – v.375. – p.311–22.

114. Matsuzaki M., Ogihara T., Umemoto S. et al., Combination therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events Trial Group. Prevention of cardiovascular events with calcium channel blocker-based combination therapies in patients with hypertension: a randomized controlled trial // J Hypertens. -2011. –v.29. – p.1649–59.

115. Mosca L., Benjamin EJ., Berra K., Bezanson JL., Dolor RJ., Lloyd-Jones DM., et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women: 2011 update: a guideline from the American Heart Association // J Am Coll Cardiol. – 2011. - Vol.57. – p.1404–1423.

116. O'Rourke MF., Adji A. Guidelines on guidelines: focus on isolated systolic hypertension in youth // J Hypertens. – 2013. - Vol.31. – p.649–654.

117. Odden MC., McClure LA., Sawaya BP. et al. Achieved blood pressure and outcomes in the Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes Trial // Hypertension. - 2016. – v.67. – p.63–9.

118. Okin PM., Hille DA., Kjeldsen SE., Dahlof B., Devereux RB. Impact of lower achieved blood pressure on outcomes in hypertensive patients // J Hypertens. – 2012. - Vol.30. – p.802–810.

119. Ovbiagele B., Diener HC., Yusuf S., Martin RH., Cotton D., Vinisko R., et al. Level of systolic blood pressure within the normal range and risk of recurrent stroke // JAMA. – 2011. - Vol.306. – p.2137–2144.

120. Pahor M., Guralnik J M., Ambrosius WT. et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial // JAMA. - 2014. – v. 311. – p. 2387–96.

121. Parati G., Stergiou GS., Asmar R., Bilo G., de Leeuw P., Imai Y., et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring // *J Hum Hypertens.* – 2010. - Vol.24. – p.779–785.

122. Parving HH., Brenner BM., Mc Murray JJ. et al., ALTITUDE Investigators. Cardiorenal end points in a trial of aliskiren for type 2 diabetes // *N Engl J Med.* - 2012. – v.367. – p.2204–13.

123. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // *Eur Heart J.* - 2012. – v.33. – p.1635–701.

124. Pierdomenico SD., Cuccurullo F. Prognostic value of white-coat and masked hypertension diagnosed by ambulatory monitoring in initially untreated subjects: an updated meta-analysis // *Am J Hypertens.* – 2011. - Vol. 24. – p.52–58.

125. Rossi A., Dikareva A., Bacon SL., Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review // *J Hypertens.* - 2012. –v.30. – p.1277–88.

126. Rutten FH., Zuithoff NP., Halk F. et al. Beta-Blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Arch Intern Med.* - 2010. – vol.170. – p.880–7.

127. Sehestedt T., Jeppesen J., Hansen TW. et al. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to SCORE // *Eur. Heart J.* - 2010. – vol.31. – p.883–91.

128. Stergiou GS., Bliziotis IA. Home blood pressure monitoring in the diagnosis and treatment of hypertension: a systematic review // *Am J Hypertens.* - 2011. - Vol.24. p.123–134.

129. Stergiou GS., Alpert B., Micke S. et al. A universal standard for the validation of blood pressure measuring devices: Association for the Advancement of Medical Instrumentation/European Society of Hypertension/International Organization for Standardization (AAMI/ESH/ISO) Collaboration Statement // *J Hypertens.* – 2018. – V.36. – p.472–8.

130. Sundstrom J., Arima H., Jackson R. et al. Blood Pressure-Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis // *Ann Intern Med.* - 2015. – vol.162. – p.184–91.

131. Taylor RS., Ashton KE., Moxham T. et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review) // *Am J Hypertens.* - 2011. – vol.24. – p. 843–53.

132. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs—overview and meta-analyses // *J Hypertens.* - 2015. – v.33. – p. 1321–41.

133. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood-pressure-lowering treatment in hypertension: 9. Discontinuations for adverse events attributed to different classes of antihypertensive drugs: meta-analyses of randomized trials // *J Hypertens.* - 2016. – vol.34. – p.1921–32.

134. Viera AJ., Bangura F., Mitchell CM., Cerna A., Sloane P. Do physicians tell patients they have prehypertension? // *J Am Board Family Med.* – 2011. - Vol.24. – p.117–118.

135. Volpe M., Battistoni A., Tocci Getal. Cardiovascular risk assessment beyond systemic coronary risk estimation: a role for organ damage markers // *J Hypertens.* - 2012. – v.30. – p.1056–64.

136. Weir MR., Hsueh WA., Nesbitt SD. et al. A titrate-to-goal study of switching patients uncontrolled on antihypertensive monotherapy to fixed-dose combinations of amlodipine and olmesartan medoxomil hydrochlorothiazide // *J Clin Hypertens (Greenwich).* - 2011. – vol.13. – p.404–12.

137. Xie X., Atkins E., Lv J. et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis // *Lancet.* - 2016. – vol.387. – p.435–43.

138. Xu W., Goldberg SI., Shubina M., Turchin A. Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study. // *BMJ.* - 2015. – vol.350. –p.158.

139. Yusuf S., Bosch J., Dagenais G. et al. HOPE-3 Investigators. Cholesterol lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease // *N Engl J Med.* - 2016. – vol. 374. – p.2021–31.

140. Yusuf S, Lonn E, Pais P et al. HOPE-3 Investigators. Blood-pressure and cholesterol lowering in persons with cardiovascular disease // *N Engl J Med.* - 2016. – v. 374. – p.2032–43.

141. Zanchetti A., Mancia G. Longing for clinical excellence: a critical outlook into the NICE recommendations on hypertension management: is nice always good? // *J Hypertens.* – 2012. - Vol.30. – p.660–668.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА (СТЕП -1)

1. Идентифицирующая информация

Страна: _____

Центр: _____

Код : _____

Дата заполнения вопросника: _____

День / месяц / год

ФИО _____

Адрес _____

Д. Демографическая информация

Д 1. Пол: _____

Д 2. Возраст _____ лет

Д 3. Дата рождения _____

День / месяц / год

Д 4. Количество лет непрерывного
обучения _____

Школа, институт, аспирантура

Д 5. Национальность _____

Д 6. Образование _____

Неполное среднее _____

Среднее _____

Среднее специальное _____

Неполное высшее _____

Высшее _____

Д 7. Определите рабочий статус за последние 12 месяцев

Служащий в госучреждении _____

Служащий в частном секторе _____

Работает на себя _____

Случайный заработок _____

Студент _____

Домохозяйка _____

Пенсионер _____

Безработный _____

Инвалид _____

Д 8. Сколько человек старше 18 лет живет на вашем обеспечении _____

Количество _____

Д 9. Можете ли вы сказать средний заработок Семьи за прошлый год

В неделю _____

В месяц _____

В год _____

Отказываюсь отвечать _____

Не знаю _____ -

Д 10. Если вы не знаете количество, можете ли вы оценить годовой доход, если я предложу вам некоторые варианты ¹?

(а) Это меньше чем минимальная зарплата Да Нет
[Если «нет» идите в пункт Д.10б]

(б) Это больше чем минимальная зарплата Да Нет
[Если «нет» идите в пункт Д.10в]

(в) Это меньше, чем средняя зарплата. Да Нет
[Если «нет» идите в пункт Д.10г]

(г) Это больше, чем средняя зарплата Да Нет

Добавочные вопросы

S Курение

S.1. (а) Курите ли вы табачные изделия, такие как сигареты, трубку, сигары - Да Нет

(б) Если «да», курите ли табачные изделия ежедневно - Да Нет

S.2 (а). В каком возрасте вы начали курить постоянно _____ лет, если не помните, приблизительно

(б) Помните ли, как долго вы уже курите? _____ недель

_____ месяцев, _____ лет

S.3. В среднем, сколько вы выкуриваете в день?

Сигареты с фильтром _____

Сигареты без фильтра _____

Самокрутки _____

Сигары _____

Насвай _____

S.4. В прошлом, курили ли вы ежедневно? Да Нет

S.5. (а) В каком возрасте вы прекратили курить ежедневно?
_____ лет

(б) Если вы не знаете точно, сколько вам было лет, можете ли вы сказать, как давно это было?

Недель тому назад _____

Месяцев тому назад _____

Лет тому назад _____

Оценка применения табачных изделий

S.6 (а) Применяли ли вы недавно табачные изделия в виде табакерки, жевательного табака, нюхательный табак

Да _____

Нет _____

(б) Применяете ли вы их ежедневно - Да _____. Нет _____

S.7 Сколько раз в среднем вы их используете ежедневно

нюхательный табак _____

жевательный табак _____

табакерку _____

другие виды применения табака _____

(какие)

S.8 Применяли ли вы их ежедневно в прошлом -

да _____ нет _____

А. Потребление алкогольных напитков

A.1. (а) Потребляли ли вы когда-нибудь напитки, содержащие алкоголь, пиво, вино, спирт, квашеный сидр или другие? Да _____,

Нет _____

[Если «нет» иди в секцию Питание]

(б) Если «да», было ли это в течение последних 12 месяцев? Да _____,

Нет _____

[Если «нет» иди в секцию Питание]

A.2. Как часто вы употребляли, по крайней мере, один алкогольный напиток в течение последних 12

месяцев?5 и более дней в неделю _____

(Укажите вашу категорию) 1-4 дня в неделю _____

1-3 дня в месяц _____

менее 1 раза в месяц _____

А.3. Сколько в среднем вы выпиваете в день
алкогольного напитка?.....Количество выпитого _____

А.4. В течение последних 7 дней, какое количество алкогольных
напитков вы выпили за день?

Количество выпитого напитка

Понедельник..... _____

Вторник..... _____

Среда..... _____

Четверг..... _____

Пятница..... _____

Суббота..... _____

Воскресение..... _____

А.5 (а) Только для мужчин:

В течение последних 12 месяцев, сколько дней вы
принимали 5 и более алкогольных напитков в день? Количество
дней _____

(б) Только для женщин:

В течение последних 12 месяцев сколько дней вы
принимали 4 и более алкогольных напитков в день? Количество
дней _____

А.6. Для каждого: Количество выпитого _____ за последние 12
месяцев самое большое количество выпитых напитков по случаю,
считая все виды алкогольных напитков в сочетании?

Н. Питание

Н 1 (а) Сколько дней вы обычно едите фрукты в неделю?

Число дней _____

(б) сколько разновидностей фруктов вы едите в один из дней?

Число _____

Н 2 (а) Сколько дней в неделю вы обычно едите овощи?

Число дней _____

(б) Сколько разновидностей овощей вы едите в один из этих дней

Число разновидностей _____

Н.3 (а) Вы обычно готовите пищу дома? Да _____, Нет _____

(б) Какие виды масел или жиров вы обычно используете дома для
приготовления еды?

Сливочное масло или _____

Маргарин _____

Другие _____

Ничего из перечисленного _____

Я не применяю масло или жир для приготовления
пищи _____

Не знаю _____

**О. Физическая активность, связанная с профессией
(оплачиваемая или нет)**

Ответьте на следующие вопросы, подразумевая обычную рабочую
деятельность во время обычной недели за последние 12 месяцев.

О.1 Ваша работа большей частью связана с домашней работой? Да,
Нет

О.2 Как долг ваш рабочий день _____ часов

О.3 Ваша деятельность подразумевает длительнос сидение или
стояние,

причем ходьба занимает меньше чем 10 минут в день – Да. Нет

О.4 Вы должны выполнять тяжелую работу в течение дня,
например, поднятие тяжестей, копание, строительство - по крайней
мере, 10 минут ежедневно. Да, Нет

(а) если «да» сколько дней в течение недели

_____ дней

(б) сколько времени в течение дня вы обычно затрачиваете _____ ч.

_____ мин.

О.5 Подразумевает ваша работа умеренную активность, например,
быструю ходьбу, ношение легких предметов (грузов), по крайней
мере, 10 минут в день - Да, Нет

(а) если «да» сколько дней в течение недели?

_____ дней в неделю

(б) сколько времени в течение дня часов/минут _____ ч.

_____ мин.

Т. Физическая активность, связанная с поездками

Т.1 Вы ходите или ездите на велосипеде

(на работу, в магазин, в гости и т.п.)

по крайней мере 10 минут - Да _____, Нет _____

(а) если «да», сколько дней в неделю? _____ дней

(б) сколько времени занимает поездки в день час/мин _____ ч.

_____ мин.

Л. Другие виды физической активности (развлечения, спорт, досуг)

Эти вопросы касаются вашей деятельности во время досуга, вне работы или служебных командировок.

L1. Во время отдыха и занятий спортом вы больше сидите или стоите, причем ходьба занимает меньше, чем 10 мин. - Да, Нет

L2. Связан ли ваш отдых с тяжелой физической нагрузкой, Например, поднятие груза, бег, по меньшей мере 10 мин. Да Нет
Если «нет», переходите к L3, (а) если «да», сколько дней в неделю _____ дней

(б) сколько дней в течение дня _____ часов\мин.

L3. Во время вашего отдыха или занятий спортом вы выполняете умеренную физическую нагрузку. например, быстрая ходьба, езда на велосипеде или плавание

по меньшей мере 10 мин – Да, Нет

Если «нет», переходите к R1

(а) если «да», сколько дней в неделю _____ дней, (б) сколько дней в течение дня _____ часов\мин.

R. Сидячий образ жизни, инвалидная коляска

R1. Сколько времени вы проводите в инвалидной коляске или просто сидите в течение дня _____ час/мин

**ФИЗИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА
(СТЕП 2).**

Вес _____ КГ
 Рост _____ СМ.
 Запястье _____ СМ.

Участница в настоящее время беременна – Да, Нет

Артериальное давление.

Оценка 1-й раз 2-й 3-й

САД _____

ДАД _____

Пульс _____

Анамнез измерения артериального давления

Когда вам измеряли АД мед. работники в течение последних 12 мес.

В течение последнего месяца _____

В течение последних 3 месяцев _____

В течение последних 6 месяцев _____

В течение последних 9 месяцев _____

В течение последних 12 месяцев _____

Измерялось последние 2 года _____

Измерялось последние 3 года _____

Измерялось последние 4 года _____

Измерялось последние 5 лет _____

Никогда не измерялось _____

Не помню _____

Говорил ли вам доктор или другой медицинский работник в течение последних 12 месяцев, что у Вас повышенное АД или артериальная гипертензия:

Да _____

Нет _____

Принимаете ли вы в настоящее время лечение для снижения АД:

- Таблетки _____
- Специальная диета _____
- Советы похудеть _____
- Совет или лечение от курения _____

- Совет увеличить физическую активность _____

В течение последних 12 месяцев посещали ли Вы табиба для лечения повышенного АД?

Да _____

Нет _____

Если «да», принимаете ли вы в настоящее время травы и снадобья, назначенные табибом

Да _____

Нет _____

Приложение 3

Анализ факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы «SCORE»

(оценка риска по баллам)

1 Возраст	56 и старше	1
	до 55	0
2 Пол	Мужчины	1
	женщины	0
3. Семейный анамнез	Если у больного АГ имеются: Кровные родственники, умершие от инфаркта миокарда или инсульта до 60 лет	12
	Кровные родственники, у которых были инфаркт миокарда или инсульт до 60 лет	10
	Кровные родственники, у кого были инфаркт миокарда или инсульт после 60 лет	6
	Нет родственников с заболеваниями ССС	0
4. Индивидуальный анамнез	Больной до 50 лет, с перенесенным инфарктом миокарда, инсультом или после операциях на коронарных сосудах	20
	Больной, старше 51 лет с перечисленными выше заболеваниями	10
	Больной без заболевания ССС	0
5. Диабет	Диабет развился до 40 лет, сейчас на инсулине	
	Диабет после 40 лет, сейчас на инсулине или таблетках	10 5
	Диабет, контролируемый диетой или диабет после 55 лет	3 0
	Нет диабета	

6. Курение	40 или более сигарет в сутки	
	20-40 сигарет в сутки, или бросил менее чем год назад	10
	6 или более сигарет в сутки или он нюхает регулярно трубку	6
	Менее 20 сигарет в сутки или бросил курить более года назад	3
	Никогда не курил	0
7. Холестерин - (если неизвестен - заполнить пункт 8)	Уровень холестерина 7,13 ммоль/л (276мг/100мл) и выше	10
	Уровень холестерина 5,81-7,10 ммоль/л (225-275мг/100мл)	5
	Уровень холестерина 5,78 ммоль/л (224мг/100мл) или ниже	0
8. Диета (заполняется, если нет ответа на пункт 7)	Нормальное питание пациента включает: Однократный прием красного мяса, более 7 яиц в неделю, ежедневное употребление масла, сыра и цельного молока	8
	Красное мясо 4-6 раз в неделю, 4-7 яиц, маргарин, нежирные продукты и немного сыра	4
	Птица, рыба, незначительное количество мяса, менее трех яиц в неделю, немного маргарина, снятое молоко и молочные продукты	0
9. АД	Если цифры АД: 160/100 и выше	10
	выше 140/90, но до 160/100	5
	Обе цифры АД менее 140/90	0
10. Вес	Идеальная формула веса: Для мужчин и женщин с индексом массы тела более 25 кг/м	4
	До 25 кг/м	2
	Ниже 25 кг/м	0
11. Физическая нагрузка	Пациент занимается спортом (быстрая ходьба, бег, велосипед, плавание) более 15 минут:	
	Менее 1 раза в неделю	4
	1-2 раза в неделю	2
	3 или более раз в неделю	0
12. Стресс	Больной:	
	Нетерпелив в очереди, часто торопиться выполнить работу, если кто опаздывает, очень	4

быстро сердится, раздражителен	2
Нетерпеливость в очереди, зависит от настроения	0
Не испытывает проблем при ожидании, редко выходит из себя, легко уступает	

Высокий риск: 40 и выше

Средний риск: 20-39

Низкий риск: 19 и меньше

Приложение 4

МЕНЕДЖМЕНТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

Поликлиника _____

ФИО _____

мед.работника _____

Профессия _____

1. Опишите этапы измерения артериального давления:

- Объясняет ли врач пациенту необходимость измерения АД?

Да Нет

- Правильно ли расположил руку пациента так, чтобы локтевой сгиб руки находился на уровне сердца? Да Нет

- Проверил ли, что нижняя часть манжеты располагается на 2,5 см выше локтевого сгиба и между рукой и манжетой помещается один палец? Да Нет

- Определил ли пульс на локтевой ямке и правильно приложил стетоскоп? Да Нет

- Надул ли манжету до исчезновения пульса и прибавил еще 30 мм.рт.ст.? Да Нет

- Медленно ли выпустил воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в секунду и зарегистрировал уровень когда начинается 4 тон Короткова и когда прекращается звук? Да Нет

- Повторил ли измерение через 2 минуты, выпустив весь воздух из манжеты? Да Нет

- Повторил ли измерение на другой руке, если АД более 140/90? Да Нет

2. Проводите ли Вы повторное измерение АД в течение 2-х месяцев, если АД 140/90-159/99? Да Нет
3. Проводите ли Вы повторное измерение АД в течение 1 месяца, если АД 160/100-179/109? Да Нет
4. Проводите ли Вы повторное измерение АД в течение недели, если АД 180/110 и более? Да Нет
5. Какое обследование Вы проводите пациентам с артериальной гипертензией?
 - ЭКГ
 - Анализ крови на сахар
 - Общий анализ мочи на белок
 - Осмотр глазного дна
6. Проводите ли стратификацию риска сердечно-сосудистых заболеваний больным артериальной гипертензией? Да Нет
7. Какие факторы риска расспрашиваете у больных?
 - Возраст у мужчин старше 55 лет, женщин старше 65 лет
 - Курение
 - Холестерин более 6,5 ммоль/л
 - Сахарный диабет
 - Ожирение
 - Сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе
8. Выявляете ли Вы поражение органов мишеней у больных АГ? Да Нет
 - Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭХОКС) – Да Нет
 - Протеинурия – Да Нет
 - Сужение сосудов – Да Нет
 - Сужение сосудов сетчатки глаза Да Нет
9. Выявляете ли Вы сопутствующие заболевания? Да Нет
 - Церебро-сосудистые заболевания (инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения) – Да Нет
 - Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия, сердечная недостаточность) – Да Нет
 - Заболевания почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность) – Да Нет
 - Заболевания периферических сосудов (аневризма аорты, поражение периферических артерий) – Да Нет

- Гипертоническая ретинопатия (геморрагии или экссудаты, отек соска зрительного нерва) – Да Нет

10. Назначаете ли Вы не медикаментозное лечение больным АГ? Да Нет

- Советы похудеть Да Нет
- Употреблять больше овощей и фруктов Да Нет
- Совет бросить курить Да Нет
- Совет увеличить физическую активность Да Нет
- Уменьшить прием алкогольных напитков Да Нет
- Снизить употребление поваренной соли Да Нет

11. Сразу ли Вы назначаете медикаментозную терапию больным АГ? Да Нет

12. Учитываете ли Вы показания, противопоказания и стоимость лекарств? Да Нет

13. Какие препараты Вы назначаете в первую очередь?

- Диуретики (дихлортиазид, гипотиазид, индапамид)
- Бета-блокаторы (атенолол, метопролол, пропранолол, бисопролол)
- Ингибиторы АПФ (эналаприл, берлиприл, диротон, капотен)
- Антагонисты кальция (коринфар, амлодипин, нифедипин)
- Альфа-блокаторы (празозин, доксазозин)
- Препараты центрального действия (клофелин, метилдопа)
- Симпатолитики (резерпин, гуанетидин)

14. Назначаете ли Вы диуретики в качестве препарата первого выбора при АГ у пожилых мужчин и женщин? Да Нет

15. Назначаете ли Вы бета-блокаторы в качестве препаратов первого выбора при АГ у молодых мужчин? Да Нет

16. Назначаете ли Вы аспирин всем больным артериальной гипертонией для профилактики сердечно-сосудистых осложнений? Да Нет

**ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА**

Идентификационная карточка	
Название населенного пункта _____	
Имя главы домохозяйства _____	
Область _____	
Район _____	
Махалля _____	
Имя мужчины _____	
Имя женщины _____	

Визиты интервьюера	
Дата _____	
Имя интервьюера _____	
Результат _____	
Код результата:	4. получен отказ
1. выполнено	5. выполнено частично
2. нет дома	6. неприемлемо
3. отложено	

Кровяное давление

Визиты интервьюера		
1.	Проверял ли доктор или другой медработник Ваше АД	Да Нет
2.	Кто проверя	Врач Фельдшер Медсестра Народный целитель Другое Не знаю
3.	Когда в последний раз доктор или другой медработник проверял Ваше АД	Менее 6 мес. назад _____ 6-11 мес. _____ 1-5 лет назад _____ более 5 лет назад _____ не знаю
4.	Говорил ли Вам когда-либо доктор или	Да

	другой медработник, что у Вас артериальная гипертензия или повышено АД	Нет Не знаю
5.	Сказал ли Вам доктор, что делать с артериальной гипертензией или повышенным АД	Да Нет
6.	Кто Вам это сказал	Врач Фельдшер Медсестра Народный целитель Другое Не знаю
7.	<p>Говорил ли Вам доктор или другой медработник:</p> <ul style="list-style-type: none"> • принимать прописанные лекарства • следить за весом или сбросить вес • ограничить употребление соли • больше заниматься спортом • ограничивать прием алкоголя • бросить курить • делать другие вещи <p>_____</p> <p>указать какие</p>	<p>Да Нет</p> <p>Принимать лекарства Следить за весом Ограничивать соль Упражнения Ограничивать алкоголь Бросить курить Другие вещи Какие указать</p>
8.	<p>В данный момент для снижения гипертензии или повышенного АД Вы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • принимаете прописанные лекарства • следите за весом или теряете вес • ограничиваете употребление соли • занимаетесь спортом • ограничиваете прием алкоголя • бросаете курить 	<p>Да Нет</p> <p>Принимать лекарства Следить за весом Ограничивать соль Упражнения Ограничивать алкоголь Бросить курить</p>

Питание

№	Вопросы	Категории кодирования
1.	В течение последних 6 мес. Случалось ли, что Вы не принимали пищу в течение одного или более дней	Да Нет
2.	Каковы причины того, что Вы не принимали пищу в течение одного или более дней	Не было достаточно денег Дома не было еды Медицинская проблема Религиозный пост Другое _____ указать
3.	<p>Сколько дней в течение последней недели Вы ели:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сыр, кефир, молоко, мороженное или др. молочные продукты • Яйца • Красное мясо • Рыбу или птицу • Фасоль, горох или бобовые • Орехи или семечки • Свежие овощи, включая овощи в супах, салатах, тушеных блюдах • Зелень • Продукты, приготовленные томатной пастой • Маринованные, засоленные или консервированные продукты • Свежие фрукты • Сухофрукты • Консервированные фрукты • Хлеб, рис, макаронные изделия, крупы и др. • Торты, шоколад, конфеты 	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4.	<p>Сколько дней в течение последней недели Вы употребляли пищу, приготовленную следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"> • жаренная 	

	<ul style="list-style-type: none"> • варенная • тушенная • печенная • приготовленная над огнем 	
5.	Во время еды досаливаете ли Вы пищу	Да Нет
6.	Вы употребляете соль дополнительно к пище:	Всегда В большинстве случаев иногда
7.	Добавляете ли Вы жир, масло или сметану к готовой пище	Да Нет
8.	В течение последних 12 месяцев, потеряли ли Вы в весе без применения диеты или ограничения пищи	Да Нет Не знаю
9.	На сколько кг Вы похудели	Менее 1 кг 1-3 кг Более 3 кг Не знаю

Физические занятия

№	Вопросы	Категории кодирования
1.	В течение последних 7 дней занимались ли Вы тяжелой физической работой, требующей учащения дыхания и пульса (не менее 10 мин.)	Да Нет
2.	Сколько времени Вы занимались тяжелой физической работой, требующей учащения дыхания и пульса (не менее 10 мин.)	Часов _____ Минут _____ в день
3.	В течение последних 7 дней занимались ли Вы умеренной физической работой, требующей незначительного учащения дыхания и пульса (не менее 10 мин.)	Да Нет
4.	Сколько времени Вы занимались умеренной физической работой, требующей незначительного	Часов _____ Минут _____ в день

Монография

	учащения дыхания и пульса (не менее 10 мин.)	
5.	Сколько времени Вы потратили на ходьбу в течение последних 7 дней	Дней Нет Не знаю
6.	Сколько времени Вы провели, сидя в будние дни, в последние 7 дней	Часов _____ Минут _____ в день

Курение

№	Вопросы	Категории кодирования
1.	Курили ли Вы более 100 сигарет за всю жизнь	Да Нет
2.	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые начали регулярно курить	Возраст _____ Не курил регулярно Не знаю
3.	Сколько сигарет Вы курите в день?	Менее 1 в день _____ сигарет в день По разному
4.	В течение какого времени Вы курите?	Лет _____
5.	Вы когда-нибудь бросали курить на год или более	Да Нет
6.	Сколько Вам было лет, когда Вы бросили курить?	Лет _____ Не знаю
7.	По какой причине Вы бросили курить, по причине проблем со здоровьем	Да Нет Не знаю

Употребление алкоголя

№	Вопросы	Категории кодирования
1.	Вы когда-нибудь употребляли напиток, содержащий алкоголь	Да Нет
2.	Употребляли ли Вы алкоголь в течение последних 12 месяцев	Да Нет
3.	Употребляете ли Вы алкоголь утром после пробуждения	Да Нет
4.	Были ли случаи, когда Вы не помните о своих действиях в стадии алкогольного опьянения	Да Нет
	В течение последнего года было ли у	Да

	Вас чувство вины или раскаяния после употребления алкоголя	Нет
5.	В течение последнего года были ли случаи, когда Вы не смогли выполнить что-либо по причине алкоголя	Да Нет
6.	В течение последнего года потеряли ли Вы друзей по причине вашего употребления алкоголя	Да Нет

Измерения

№	Вопросы	Категории кодирования
1.	Проверяли ли у Вас холестерин в крови	Да Нет Не знаю
2.	Когда в последний раз Вам проверяли холестерин в крови	Менее 6 мес. назад _____ 6-11 мес. _____ 1-5 лет назад _____ более 5 лет назад _____ Не знаю
3.	Говорил ли Вам доктор или другой медработник, что у Вас высокий уровень холестерина в крови?	Да Нет
4.	Кто Вам это сказал?	Врач Фельдшер Медсестра Народный целитель Другое Не знаю
5.	АД: Систолическое _____ Диастолическое _____ АД не измерялось	
6.	Пульс Пульс не измерялся	

НАРМУХАМЕДОВА Н.А., АСАДОВ Х.Д., ХУСИНОВА Ш.А.

**ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Монография

ISBN 978-9943-8288-5-8



“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Zarina NUSRATULLAYEVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEKROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 27.10.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 19

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 6,28 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 86/2023

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmekrojbaraka@gmail.com

