

Реклассификации риска у пациентов, впервые обратившихся к врачу с неосложненной артериальной гипертензией

Камышова Т. В.¹, Сарычева А. А.², Саргсян В. Д.¹, Сафарян А. С.¹, Небиеридзе Д. В.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России. Москва; ²Клиническая больница № 1 Управления делами Президента РФ. Москва, Россия

Цель. Оценка изменения структуры сердечно-сосудистого риска (ССР) по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), впервые обратившихся к врачу с учетом поражений органов-мишеней (ПОМ), выявленных при дополнительном обследовании.

Материал и методы. В исследование включены 300 мужчин и женщин 40-65 лет с впервые диагностированной АГ. Всем пациентам проводили общий врачебный осмотр с расспросом о жалобах, сбор анамнеза, направленный на выявление факторов риска; антропометрическое обследование; офисное измерение артериального давления, биохимическое исследование крови; определяли риск по шкале SCORE. Дополнительное обследование включало эхокардиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, определение микроальбуминурии с целью выявления ПОМ. На основании полученных результатов определяли риск с учетом наличия ПОМ.

Результаты. Исследование показало, что ПОМ встречались у пациентов с различным ССР по шкале SCORE. В группах высокого риска (ВР) и очень высокого риска распространенность ПОМ составила 96,51% и 98,08%, соответственно. Обращает на себя внимание высокая распространенность ПОМ в группе умеренного риска (УР) — 73,08%. ПОМ также встречались и в группе низкого риска (НР) — 18,75%. Полученные данные существенно изменили структуру пациентов по ССР. Количество пациентов НР уменьшилось с 10,32% до 8,67%. Количество пациентов очень высокого риска не изменилось. Основные изменения коснулись пациентов, составивших груп-

пы УР и ВР: количество пациентов УР уменьшилось на 31,66%, вместе с тем увеличилось количество пациентов, имеющих ВР на 36,7%. У 62,96% пациентов НР и УР происходит увеличение ССР, а структура пациентов по ССР меняется в сторону увеличения пациентов ВР.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности создания нового стандарта обследования пациентов с неосложненной АГ, впервые обратившихся на прием к врачу в первичном звене здравоохранения, направленного на активную диагностику субклинического ПОМ, являющегося важнейшим элементом определения группы ССР, а, следовательно, выработки адекватной тактики ведения пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, риск по шкале SCORE, поражение органов-мишеней, реклассификация риска.

Конфликт интересов: не заявлен.

Поступила 16/09-2019

Рецензия получена 01/10-2019

Принята к публикации 02/10-2019



Для цитирования: Камышова Т. В., Сарычева А. А., Саргсян В. Д., Сафарян А. С., Небиеридзе Д. В. Реклассификации риска у пациентов, впервые обратившихся к врачу с неосложненной артериальной гипертензией. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(6):19–25
doi:10.15829/1728-8800-2019-6-19-25

Risk reclassification in patients first contacting a doctor with uncomplicated hypertension

Kamyshova T. V.¹, Sarycheva A. A.², Sargsyan V. D.¹, Safaryan A. S.¹, Nebieridze D. V.¹

¹National Medical Research Center for Preventive Medicine. Moscow; ²Clinical Hospital № 1, Administration of the President of the Russian Federation. Moscow, Russia

Aim. To assess the changes of SCORE cardiovascular risk (CVR) in patients with hypertension (HTN) who first seek medical help taking into account target organ damage (TOD).

Material and methods. The study included 300 men and women 40–65 years old with newly diagnosed HTN. All patients underwent a general physical examination, complaints and medical history taking with identifying risk factors; anthropometric examination; office blood pressure measurement; biochemical blood test; risk was determined on a SCORE scale. In order to identify TOD, echocardiography, duplex scanning of the brachiocephalic arteries, determination of

microalbuminuria was conducted. Based on the results obtained, risk was determined taking into account the TOD.

Results. The study showed that TOD was found in patients with different CVR status. In high-risk (HR) and very HR groups, the prevalence of TOD was 96,51% and 98,08%, respectively. Noteworthy is the high prevalence of TOD in the moderate risk (MR) group — 73,08%. TOD was also found in the low-risk (LR) group — 18,75%. The data obtained significantly changed the pattern of patients by CVR. The number of LR patients decreased from 10,32% to 8,67%. The number of very HR patients has not changed. The main changes were recorded

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: tkamyshova@gnicpm.ru, tvk35@mail.ru

Тел.: +7 (926) 209-90-09

[Камышова Т. В. — к.м.н., с.н.с. отдела профилактики метаболических нарушений, ORCID: 0000-0002-1241-7116, Сарычева А. А. — врач кардиолог, ORCID: 0000-0001-6019-1142, Саргсян В. Д. — к.м.н., с.н.с. отдела профилактики метаболических нарушений, ORCID: 0000-0003-3793-7369, Сафарян А. С. — к.м.н., в.н.с. отдела профилактики метаболических нарушений, ORCID: 0000-0002-6104-8388, Небиеридзе Д. В. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений, ORCID: 0000-0002-5265-3164].

in MR and HR groups: the number of MR patients decreased by 31,66%, while the number of HR patients increased by 36,7%. In 62,96% of LR and MR patients, there was CVR increase, and CVR pattern changed in HR patients increase.

Conclusion. The results of the study show the expediency of creating a new standard for examining patients with uncomplicated hypertension who first seek medical help in the primary health care. This standard must be aimed to active diagnosis of subclinical TOD, which is an important element in determining of CVR group, and, consequently, developing adequate management strategy.

Key words: hypertension, SCORE, target organ damage, risk reclassification.

Conflicts of Interest: nothing to declare.

Kamyshova T.V. ORCID: 0000-0002-1241-7116, Sarycheva A.A. ORCID: 0000-0001-6019-1142, Sargsyan V.D. ORCID: 0000-0003-3793-7369, Safaryan A.S. ORCID: 0000-0002-6104-8388, Nebieridze D.V. ORCID: 0000-0002-5265-3164.

Received 16/09-2019

Revision Received 01/10-2019

Accepted 02/10-2019

For citation: Kamyshova T.V., Sarycheva A.A., Sargsyan V.D., Safaryan A.S., Nebieridze D.V. Risk reclassification in patients first contacting a doctor with uncomplicated hypertension. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(6):19–25. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2019-6-19-25

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АСБ — атеросклеротическая бляшка, ВР — высокий риск, ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, ДДЛЖ — диастолическая дисфункция левого желудочка, ИМТ — индекс массы тела, ИММЛЖ — индекс массы миокарда левого желудочка, КИМ — комплекс интима-медиа, ЛВП — липопротеины высокой плотности, ЛЖ — левый желудочек, ЛНП — липопротеины низкой плотности, МАУ — микроальбуминурия, НР — низкий риск, ОВР — очень высокий риск, ОХС — общий холестерин, ПОМ — поражение органов-мишеней, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССР — сердечно-сосудистый риск, ТГ — триглицериды, УР — умеренный риск, ФР — фактор риска, SCORE — Systematic Coronary Risk Evaluation.

Результаты эпидемиологических исследований последних десятилетий уверенно продемонстрировали наличие независимой и непрерывной взаимосвязи повышенного уровня артериального давления (АД) с увеличением риска развития отдельных сердечно-сосудистых событий: геморрагического и ишемического инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти, сердечной недостаточности и заболеваний периферических артерий, а также терминальной почечной недостаточности [1]. В современном обществе распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди взрослого населения очень высока и варьирует от 30% до 45% [2]. На основании офисных значений АД было установлено, что число больных АГ в мире к 2015г составило 1,13 млрд человек, и продолжает расти [3]. Распространенность АГ в России по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации) составляет 44% [4]. Таким образом, АГ продолжает оставаться основной модифицируемой причиной сердечно-сосудистой и общей смертности во всем мире [2, 5]. В связи с этим, основой эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений является своевременное выявление лиц с АГ и их лечение.

АГ редко возникает изолированно и обычно ассоциирована с другими факторами риска (ФР), такими как дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, курение и ожирение [6, 7]. По результатам ряда российских эпидемиологических исследований у больных АГ имеется, как правило, не один, а несколько ФР [8]. Сочетание метаболических ФР оказывает потенцирующий эффект на сердечно-сосудистый риск (ССР) [9]. Тактика ведения пациентов с АГ зависит от уровня ССР. Поэтому расчет суммарного ССР является крайне

важным для выбора адекватной стратегии ведения пациента.

Существует большое число шкал для оценки ССР, большинство из которых позволяют оценить 10-летний риск. С 2003г Европейские рекомендации по профилактике ССЗ предлагают использовать шкалу SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), которая позволяет оценить 10-летний риск развития первого фатального события, ассоциированного с атеросклерозом, в зависимости от возраста, пола, статуса курения, уровня общего холестерина (ОХС) и систолического АД. Однако необходимо принимать во внимание, что шкала SCORE учитывает не все параметры, необходимые для правильной оценки ССР, в частности поражение органов-мишеней (ПОМ), наличие любого из которых определяет группу высокого риска (ВР), что требует немедленного медикаментозного вмешательства в виде комбинированной терапии. Шкала SCORE не учитывает наличие таких маркеров субклинического ПОМ, как гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий, наличие атеросклеротических бляшек (АСБ), микроальбуминурию (МАУ). Вместе с тем, согласно результатам ряда российских и зарубежных исследований, при активном обследовании пациентов с АГ различные ПОМ и их сочетания все чаще определяются в отсутствие каких-либо клинических проявлений [10-13]. Наличие ПОМ увеличивает ССР, причем при поражении нескольких органов риск возрастает в большей степени [14]. Таким образом, необходимость выявления ПОМ обусловлена тем, что она позволяет определить пациентов ВР и очень высокого риска (ОВР), которые в иных случаях будут отнесены к неверной, более низкой, категории риска по шкале SCORE.

Следует отметить, что влияние ПОМ на изменение классификации риска по шкале SCORE пока не установлено, а исследования в этой области крайне немногочисленны [10, 15, 16]. В связи с этим, основной целью данного исследования являлась оценка изменения структуры риска по шкале SCORE у больных АГ, впервые обратившихся к врачу с учетом ПОМ, выявленных при дополнительном обследовании.

Материал и методы

В исследование были включены 300 пациентов, мужчин и женщин в возрасте 40–65 лет с устойчивым повышением АД (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.), которые впервые обратились на прием к врачу в амбулаторное звено, не имеющих клинических проявлений атеросклероза, и ранее не получавших лечения по поводу АГ. В исследование не включали пациентов с установленным диагнозом ишемической болезни сердца, клинического атеросклероза любой локализации, с пороками сердца, аутоиммунными, эндокринными, психическими, онкологическими и другими хроническими заболеваниями.

Всем пациентам ($n=300$) проводили общий врачебный осмотр с расспросом о жалобах, сбор анамнеза, направленный на выявление ФР, проводилась оценка статуса курения, изучалась физическая активность пациента, изучались данные о наследственности. Опрос включал изучение длительности анамнеза повышения АД. Пациентам проводилось антропометрическое исследование, офисное измерение АД. Статус курения, расценивался как наличие курения в настоящем времени — выкуривание хотя бы 1 сигареты ежедневно. Отягощенный семейный анамнез: выявление случаев ССЗ (инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт) у родственников первой линии — у женщин <65 лет, у мужчин <55 лет. Оценка физической активности: расценивалась как низкая, если пациент имел уровень физической активности ниже рекомендуемой — аэробные нагрузки: ходьба, бег, плавание, катание на велосипеде, занятия в фитнесе >30 – 40 мин ежедневно — 7 сут./нед., т.е. 3,5–5 ч/нед. Повышенный индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², за абдоминальное ожирение принимали значение окружности талии ≥ 102 см у мужчин, и ≥ 88 см у женщин. Диагноз АГ устанавливали при повышении АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. при офисном и АД $\geq 135/95$ мм рт.ст. при домашнем измерении, не менее чем трехкратном измерении АД на обеих руках, АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. подтверждалось не менее чем при двукратном обращении к врачу. Показатели домашнего измерения АД учитывались на основании дневников самоконтроля АД.

Биохимическое исследование крови включало определение глюкозы, мочевины, креатинина, мочевой кислоты, электролитов, ОХС, триглицеридов (ТГ), липопротеинов низкой плотности (ЛНП), липопротеинов высокой плотности (ЛВП). Дислипидемия определялась при превышении значений — ОХС $>4,9$ ммоль/л (190 мг/дл), и/или ЛНП $>3,0$ ммоль/л (115 мг/дл), и/или ЛВП $<1,0$ ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и $<1,2$ ммоль/л для женщин и/или ТГ $>1,7$ ммоль/л (150 мг/дл). Повышенный уровень глюкозы расценивался как глюкоза крови натощак $\geq 5,6$ – $6,9$ ммоль/л (102–125 мг/дл).

На основании полученных данных о возрасте, поле, статусе курения, уровне АД и ОХС определялся риск ССЗ

по шкале SCORE. Согласно стратификации риска, риск $<1\%$ считался низким (НР), от 1% до 5% — умеренный (УР), от 5% до 10% — ВР и $\geq 10\%$ — ОВР.

После оценки риска по шкале SCORE с целью выявления ПОМ всем пациентам была проведена эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, определение МАУ. Для диагностики ГЛЖ рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИМ-МЛЖ): ИММЛЖ >115 г/м² у мужчин, >95 г/м² у женщин. За увеличение толщины КИМ сонной артерии принимались значения $>0,9$ мм. Наличие АСБ определяли при значениях КИМ $>1,5$ мм или локальное увеличение толщины на 0,5 мм или на 50% по сравнению со значением толщины КИМ в прилежащих участках сонной артерии. Наличие МАУ диагностировали при значениях 30–300 мг/л.

По результатам комплексного обследования величину риска рассчитывали по методу стратификации, основанному на “Фремингемской модели”, реклассифицировали риск с учетом наличия ПОМ.

При статистической обработке данных использовали пакет программ Statistica 10 for Windows (StatSoft Inc., USA) и Microsoft Office Excel 2010. Были применены описательная статистика, методы параметрической и непараметрической статистики. Для характеристики качественных переменных данные представлены в виде долей (%). При определении статистической значимости различных величин и сравнения двух исследуемых групп использовали t-критерий Стьюдента (для значений с нормальным распределением) и непараметрический метод — тест U-критерий Манна-Уитни.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Результаты

В исследование были включены 189 (63,0%) мужчин и 111 (37,0%) женщин. Средний возраст мужчин и женщин достоверно не отличался, и составил $53,29 \pm 5,83$ года, медиана (Me) возраста — 54 года. Согласно полученным результатам, наиболее часто впервые обращаются к врачу по поводу повышения АД пациенты в возрасте 50–59 лет. Основная масса пациентов обращается в течение первых пяти лет от момента повышения АД, но 24,75% пациентов впервые приходят к врачу спустя пять лет от начала подъемов АД. Длительность анамнеза повышенных цифр АД в среднем составила $3,65 \pm 0,75$ лет. Среднее значение систолического АД у всех обследованных составило $155,28 \pm 9,40$ мм рт.ст., средний уровень диастолического АД — $96,06 \pm 12,35$ мм рт.ст.

Распространенность основных ФР представлена на рисунке 1. Статус курения встречался у 113 (37,66%) пациентов, из них больше половины мужчин — 85 (75,22%) и 28 (24,78%) женщин. Среди пациентов, имеющих статус некурящих, 11 (3,67%)

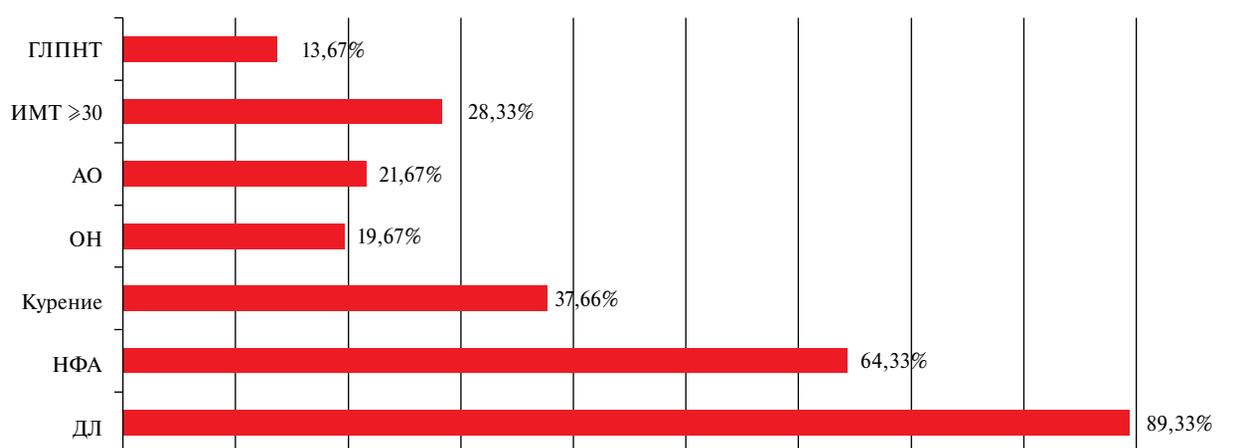


Рис. 1 Частота основных ФР у исследуемых пациентов.

Примечание: ДЛ — дислипидемия, НФА — низкая физическая активность, ОН — отягощен наследственностью, АО — абдоминальное ожирение, ИМТ ≥30 (ожирение), ГЛПНТ — глюкоза плазмы натощак — 5,6-6,9 ммоль/л.

Таблица 1

Основная характеристика пациентов с различной степенью риска по шкале SCORE

Показатель	НР (n=32)	УР (n=130)	ВР (n=86)	ОВР (n=52)
Возраст, годы	46,31 (±3,5)	52,14 (±5,67)	54,66 (±6,66)	57,90 (±3,81)
Мужчины, n (%)	2 (6,25%)	68 (52,31%)	74 (86,05%)	49 (94,23%)
Женщины, n (%)	30 (93,75%)	62 (47,69%)	12 (13,95%)	3 (5,77%)
ср. САД, мм рт.ст.	152,66 (±5,95)	152,73 (±7,24)	156,04 (±10,41)	162,02 (±10,72)
ср. ДАД, мм рт.ст.	94,58 (±13,55)	94,16 (±12,76)	98,37 (±11,15)	97,95 (±11,83)
Статус курения, n (%)	4 (12,50%)	36 (27,70%)	37 (43,02%)	38 (73,08%)
ОХС >4,9 ммоль/л, n (%)	22 (68,75%)	112 (86,15%)	81 (94,18%)	47 (90,38%)
ЛНП >3,0 ммоль/л, n (%)	17 (53,13%)	114 (87,69%)	80 (93,02%)	48 (92,31%)
ОН, n (%)	4 (12,50%)	29 (22,3%)	20 (23,3%)	9 (17,3%)
ИМТ ≥25 и <30 кг/м ² , n (%)	24 (75%)	75 (57,7%)	51 (59,3%)	25 (48,8%)
ИМТ ≥30, n (%)	6 (18,8%)	34 (26,2%)	28 (32,6%)	18 (34,6%)
НФА, n (%)	15 (46,9%)	79 (60,8%)	49 (56,9%)	32 (61,5%)
ОХС, ммоль/л	5,65 (±0,75)	5,97 (±0,82)	6,32 (±0,99)	6,35 (±0,80)
ЛНП, ммоль/л	4,07 (±1,12)	4,01 (±0,91)	4,27 (±0,98)	4,39 (±0,93)
ЛВП, ммоль/л	1,07 (±0,41)	1,08 (±0,29)	1,16 (±0,58)	1,12 (±0,72)
ТГ, ммоль/л	2,65 (±1,30)	3,05 (±1,37)	3,18 (±1,71)	2,93 (±1,59)
Суммарный риск SCORE	0,61 (±0,23)	2,79 (±1,17)	7,02 (±1,55)	14,07 (±3,85)

Примечание: НФА — низкая физическая активность, ДАД — диастолическое АД, САД — систолическое АД, ОН — отягощённая наследственность.

пациентов относятся к категории бывшие курильщики, т.е. отказавшиеся от сигарет более чем за год до начала исследования. Отягощенный семейный анамнез имеют 59 (19,67%) человек. Низкая физическая активность присуща более чем половине исследуемых — 193 (64,33%) пациента. На момент включения в исследование 87 (45,08%) пациентов на вопросы о двигательной активности ответили, что ведут малоподвижный образ жизни — домофис-дом. Среднее значение ИМТ составило 28,61±3,91. ИМТ ≥25 кг/м² имела большая часть пациентов — 263 (87,67%) человека. Различная степень ожирения наблюдалась у 85 (28,33%) пациентов. Ожирение I степени имело место у 57 (19%), ожирение II степени у 23 (7,67%) пациентов. Ожи-

рение III степени было у 8 (2,67%) пациентов. Абдоминальное ожирение наблюдалось у 65 (21,67%) пациентов. Среднее значение окружности талии составило 93,33±13,07 см. Изучение липидного профиля показало, что дислипидемию имели 268 (89,33%) пациентов. Среднее значение ОХС — 6,10±0,89 ммоль/л, ЛНП — 4,17±0,97 ммоль/л, ЛВП — 1,11 ммоль/л, ТГ — 3,02±2,27 ммоль/л.

Таким образом, наиболее распространенным ФР является дислипидемия — 89,34%, достаточно часто встречаются низкая физическая активность — 64,33%, ожирение — 28,33% и курение — 37,66%. Следует отметить, что у >90% пациентов присутствовал хотя бы один ФР. Большинство больных имели различные сочетания ФР.

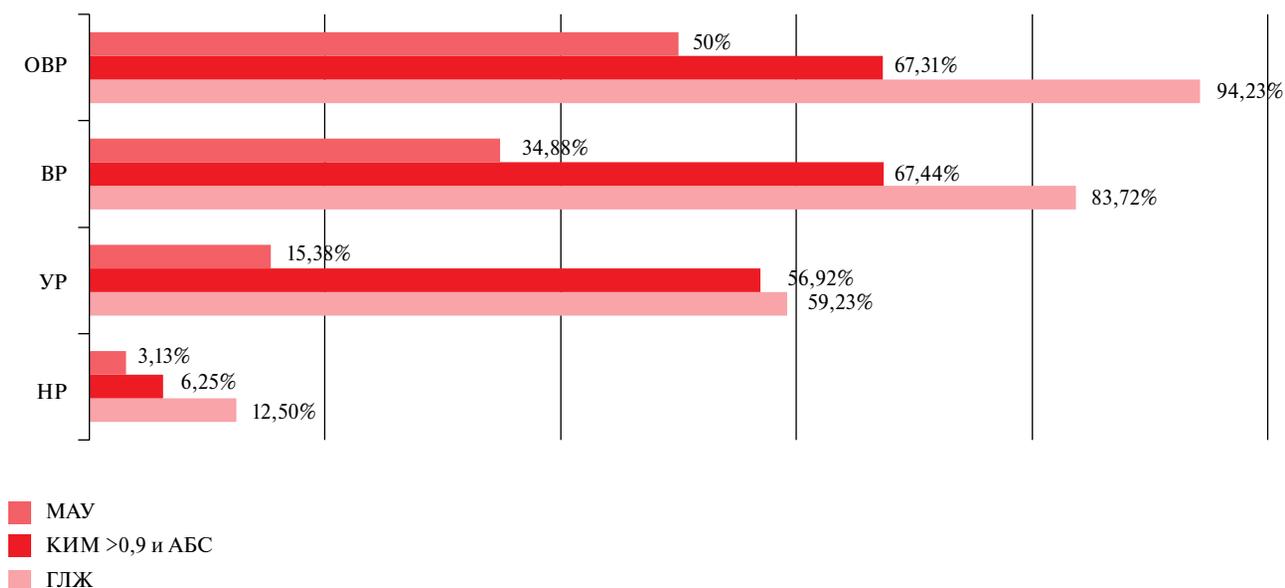


Рис. 2 Частота ПОМ у пациентов с различной степенью риска по шкале SCORE.

На основании результатов обследования всем пациентам был рассчитан десятилетний ССР по шкале SCORE. Среднее значение показателя ССР составило $5,72 \pm 4,79$. Наиболее многочисленную группу составили пациенты с УР — 130 (43,33%) человек, наименьшее число пациентов имели НР — 32 (10,67%) пациента. Пациенты ВР и ОВР составили 86 (28,67%) и 52 (17,33%), соответственно. Основная характеристика пациентов с различной степенью риска по шкале SCORE представлена в таблице 1.

Всем пациентам проводилось однократно комплексное обследование с целью выявления ПОМ, оценивались такие показатели как ГЛЖ, КИМ, наличие АСБ, МАУ. Частота ПОМ у пациентов с различной степенью риска по шкале SCORE представлена на рисунке 2.

По итогам обследования ГЛЖ встречалась достаточно часто, и была выявлена у 202 (67,33%) пациентов. Среднее значение ИММЛЖ составило $112,98 \pm 9,74$ г/м². Среди пациентов НР ГЛЖ встречалась у 12,51%, УР у 59,23%. В группах ВР и ОВР ГЛЖ была обнаружена у 83,72% и 94,23% пациентов, соответственно. Распространенность ГЛЖ была достоверно выше в группе УР по сравнению с группой НР, в группах ВР и ОВР достоверно выше, чем в группе УР. У пациентов ВР и ОВР распространенность ГЛЖ достоверно не отличалась. Кроме ГЛЖ оценивалось наличие диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ) (Е/А <1). ДДЛЖ у исследуемых пациентов имела место в 53,52% случаев (n=159). У пациентов с НР ДДЛЖ была выявлена у 40,65% (n=13), имеющих УР — 49,23% (n=64). У пациентов ВР ДДЛЖ встречалась у 54 пациентов, что составило 62,79%. В группе ОВР ДДЛЖ отмечена у 28 (53,85%) пациентов.

Согласно данным дуплексного сканирования сонных артерий увеличение толщины КИМ было обнаружено у 139 (46,33%) обследованных. У пациентов ВР и ОВР увеличение толщины КИМ >0,9 мм обнаружено одинаково часто — 55,81% (n=48) и 55,77% (n=29), соответственно. При сравнении пациентов ВР и ОВР с пациентами УР, где распространенность увеличения толщины КИМ составила 43,85%, достоверных различий также не получено. Статистически значимая разница (p<0,001) имела место при сравнении с группой НР, где увеличение толщины КИМ >0,9 мм встречалось в 15,6% случаев. АСБ были выявлены у 104 (34,67%) человек. Наиболее часто АСБ встречались у пациентов ОВР — 46,15% (n=24), наименее часто у пациентов НР — 6,25% (n=2) (p<0,001). Распространенность АСБ в группах УР, ВР и ОВР достоверно не отличалась — 37,69%, 34,89%, и 46,15%, соответственно.

Исследование МАУ показало, что среди всех обследованных МАУ отмечено у 76 (25,33%) пациентов. Среднее значение показателя составило $17,06 \pm 12,89$ мг/л. Достоверно чаще МАУ встречалась у пациентов ОВР — 26 (50%) по сравнению с пациентами НР — 1 (3,13%) и УР — 20 (15,38%) (p<0,001). Также достоверны различия между группами УР и ВР — 30 (34,88%) и 26 (50%), соответственно. Достоверная разница между группами ВР и ОВР отсутствовала.

Таким образом, у пациентов с АГ, впервые обратившихся на прием к врачу, часто выявляются различные ПОМ: ГЛЖ — 67,33%, утолщение КИМ сонных артерий — 46,33%, АСБ в сонных артериях — 34,67%, МАУ — 25,33%. Следует отметить, что значительная часть пациентов имела различные сочетания ПОМ.

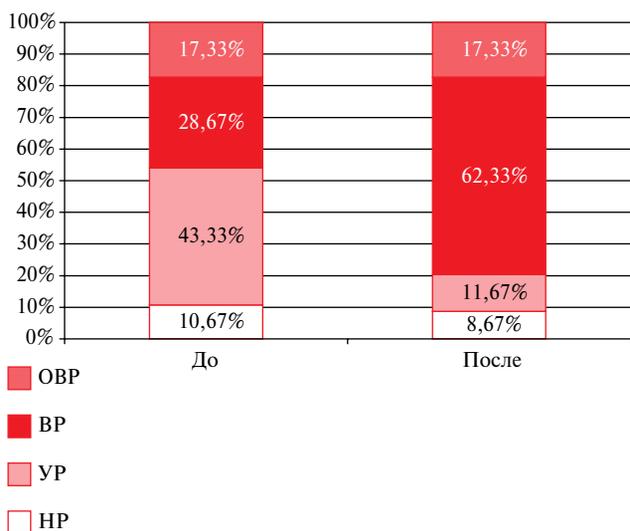


Рис. 3 Структура пациентов по ССР до и после комплексного обследования.

Исследование показало, что ПОМ встречались у пациентов с различным ССР по шкале SCORE. В группах ВР и ОВР распространенность ПОМ приблизилась к 100%, и составила 96,51% и 98,08%, соответственно. Обращает на себя внимание высокая распространенность ПОМ в группе УР — 73,08%. ПОМ также встречались и в группе НР — 18,75%.

С учетом выявленных ПОМ, была проведена стратификация риска, основанная на “Фремингемской модели”. Согласно расчетам, группа НР составила 8,67%, группа УР — 11,67%, группа ВР — 62,33%, группа ОВР — 17,33%. Полученные данные существенно изменили структуру пациентов по ССР. Структура ССР пациентов до и после комплексного обследования представлена на рисунке 3. Количество пациентов НР уменьшилось с 10,32% (n=32) до 8,67% (n=26), но различия статистически недостоверны. Количество пациентов ОВР не изменилось. Основные изменения коснулись пациентов из групп УР и ВР: количество пациентов УР уменьшилось на 31,66% (p<0,001), вместе с тем увеличилось количество пациентов, имеющих ВР на 36,7% (p<0,001).

Обсуждение

Проведенное исследование продемонстрировало высокую распространенность ПОМ и их сочетаний, а также наличие множественных ФР у пациентов, впервые обратившихся на прием к врачу с устойчивой АГ, не имеющих клинических проявлений атеросклероза. Среди обнаруженных ПОМ наиболее часто имели место ГЛЖ и утолщение КИМ, в меньшей степени диагностировались АСБ в сонных артериях и МАУ. Как указывалось ранее, именно наличие любого ПОМ относит пациента к группе более ВР по шкале SCORE (УР вместо НР или ВР вместо УР) [16]. В одном из европейских исследований при пер-

воначальном распределении пациентов 17,7% и 81,3% с НР и УР, соответственно, этот риск изменился после проведения дополнительного обследования (эхокардиография и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий): 11,1% — НР, 35,7% — УР и 53,2% — ВР [10]. Согласно полученным данным, проведенный комплекс обследований, включающий эхокардиографию, дуплексное сканирование магистральных артерий и определение МАУ, значительно изменил структуру риска пациентов по ССР. Частота ПОМ в группе НР составила 18,8%, в группе УР — 73,1%. В связи с этим, количество пациентов НР уменьшилось на 1,65%, количество пациентов УР уменьшилось на 31,66%, увеличилось количество пациентов, имеющих ВР, на 36,66%. С учетом того, что количество пациентов ОВР осталось прежним, структура риска в значительной степени поменялась за счет изменения соотношения пациентов в группах УР и ВР. Важно отметить, что группа УР по шкале SCORE составила чуть менее половины (43,3%), включенных в исследование пациентов.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что после проведения полноценного обследования у пациентов с АГ, впервые обратившихся к врачу, без клинических проявлений атеросклероза, которые по шкале SCORE отнесены к НР и УР, более чем в половине случаев (62,96%) происходит увеличение ССР, а структура пациентов по ССР меняется в сторону увеличения пациентов ВР; при условии комплексного обследования большинство пациентов являются пациентами с ВР. Иными словами, большая часть пациентов требует немедленного назначения комбинированной терапии, без дополнительных исследований эти пациенты не получают своевременного лечения, и наблюдение за ними будет осуществляться не так, как это необходимо. Поэтому в современных национальных и европейских рекомендациях по лечению АГ очень важное значение придается выявлению субклинического ПОМ, как одного из основных факторов, определяющих тактику ведения и индивидуальный прогноз пациента [17-19].

Необходимо отметить, что в реальной клинической практике имеет место недостаточная выявляемость основных ФР и ПОМ у пациентов с АГ, о чем свидетельствуют данные национального регистра [20]. Причинами недостаточной объективизации ССР могут являться ограниченное время приема врача терапевта первичного звена, недостаточное ресурсное обеспечение поликлиник, инертность самих врачей. Согласно проведенному ранее опросу, >95% врачей ответили, что проводят оценку риска пациентов с АГ с использованием шкалы SCORE. Однако анализ амбулаторных карт показал, что указание на группу риска пациента содержится лишь в 3% карт. Одной из наиболее важных причин недооценки ССР является тот

факт, что в настоящее время в практическом здравоохранении отсутствует общепринятый алгоритм скринингового обследования пациентов с впервые установленным диагнозом АГ, направленный на выявление субклинического ПОМ.

Заключение

Недооценка ССР у пациентов с впервые установленным диагнозом АГ приводит к неправильной стратегии ведения пациента, недостижению целевых значений АД и липидного профиля, и тем самым к неэффективной профилактике сердечно-сосудистых осложнений. Результаты представлен-

ного исследования свидетельствуют о целесообразности создания нового стандарта обследования пациентов с неосложненной АГ, впервые обратившихся на прием к врачу в первичном звене здравоохранения, направленного на активную диагностику субклинического ПОМ, являющегося важнейшим элементом определения группы ССР, а, следовательно, и выработке адекватной тактики ведения с целью снижения ССЗ и смертности.

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13. doi:10.1016/S0140-6736(02)11911-8.
- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al, PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013;310:959-68. doi:10.1001/jama.2013.184182.
- NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389:37-55. doi:10.1016/S0140-6736(16)31919-5.
- Chazova IE, Zhernakova YuV, Oshchepkova EV, et al. on Behalf of Study participants. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Russian Population of Patients With Arterial Hypertension. *Kardiologija*. 2014;10:4-12. (In Russ.) Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. и др. от имени участников исследования. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией. *Кардиология*. 2014;10:4-12. doi:10.18565/cardio.2014.10.4-12.
- Banegas JR, Lopez-Garcia E, Dallongeville J, et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURICA study. *Eur Heart J*. 2011;32:2143-52. doi:10.1093/eurheartj/ehr080.
- Bhatt DL, Steg PG, Ohman EM, et al., REACH Registry Investigators. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2006;295:180-9. doi:10.1001/jama.295.2.180.
- Oganov RG, Shalnova SA, Kalinina AM. Prevention of cardiovascular diseases. Guide Moscow, 2009. Ser. The library specialist. *Cardiology*. p. 211. (In Russ.) Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство. Москва, 2009. Сер. Библиотека врача-специалиста. *Кардиология*. Стр. 211. ISBN 978-5-9704-1110-0.
- Oganov RG, Maslennikova GYa, Koltunov IE, et al. The indispensable conditions or the prevention of cardiovascular and other non-infectious diseases in the Russian Federation. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2010;9(6):4-9. (In Russ.) Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я., Колтунов И.Е. и др. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2010;9(6):4-9.
- Berry JD, Dyer A, Cai X, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012;366:321-9. doi:10.1056/NEJMoa1012848.
- Cuspidi C, Ambrosioni E, Mancia G, et al. Role of echocardiography and carotid ultrasonography in stratifying risk in patients with essential hypertension: the Assessment of Prognostic Risk Observational Survey. *J Hypertens*. 2002;20:1307-14. doi:10.1097/00004872-200207000-00017.
- Perrone-Filardi P, Coca A, Galderisi M, et al. Noninvasive cardiovascular imaging for evaluating subclinical target organ damage in hypertensive patients: a consensus article from the European Association of Cardiovascular Imaging, the European Society of Cardiology Council on Hypertension and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2017;35:1727-41. doi:10.1097/HJH.0000000000001396.
- Gavrilova NE, Metelskaya SA, Boitsov SA. The Value of duplex scanning of the carotid arteries in the early detection of coronary atherosclerosis. *Preventive medicine*. 2013;16(6):85-9. (In Russ.) Гаврилова Н.Е., Метельская С.А., Бойцов С.А. Значение дуплексного сканирования сонных артерий в раннем выявлении коронарного атеросклероза. *Профилактическая медицина*. 2013;16(6):85-9.
- Zhernakova YuV, Sharipova GK, Chazova IE. The risk of development of the lesions in the target organs of te patients presenting with arterial hypertension and the different number of the components of metabolic syndrome. *Systemic hypertension*. 2014;11(1):40-4. (In Russ.) Жернакова Ю.В., Шарипова Г.Х., Чазова И.Е. Риск поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертензией с разным числом компонентов метаболического синдрома. *Системные гипертензии*. 2014;11(1):40-4. doi:10.26442/2075-082X_11.1.40-44.
- Greve SV, Blicher MK, Sehested T, et al. Effective risk stratification in patients with moderate cardiovascular risk using albuminuria and atherosclerotic plaques in the carotid arteries. *J Hypertens*. 2015;33:1563-70. doi:10.1097/HJH.0000000000000584.
- Sehested T, Jeppesen J, Hansen TW, et al. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to SCORE. *Eur Heart J*. 2010;31:883-91. doi:10.1093/eurheartj/ehp546.
- Volpe M, Battistoni A, Tocci G, et al. Cardiovascular risk assessment beyond systemic coronary risk estimation: a role for organ damage markers. *J Hypertens*. 2012;30:1056-64. doi:10.1097/HJH.0b013e3283525715.
- Diagnostics and treatment of hypertension. Russian recommendations V revision. *Kardiologicheskij Vestnik*. 2015;1(10):3-30. (In Russ.) Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации V пересмотр. *Кардиологический вестник*. 2015;1(10):3-30.
- 2013 ESH/ESC. Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2013;31(7):1281-357. doi:10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.
- 2018 ESH/ESC. Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39:3021-104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
- Posnenkova OM, Kiselev AP, Gridnev VI, et al. Blood pressure control in primary care patients with arterial hypertension: analysing the Hypertension Register data. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2012;11(3):4-11. (In Russ.) Посненкова О.М., Киселев А.П., Гриднев В.И. и др. Контроль артериального давления у больных гипертензией в первичном звене здравоохранения. Анализ данных регистра артериальной гипертензии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012;11(3):4-11. doi:10.15829/1728-8800-2012-3-4-11.