Приверженность лечению и его эффективность в реальных условиях у больных артериальной гипертензией первой степени

Мангилева Т. А.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского». Симферополь, Россия

Цель. У больных артериальной гипертензией (АГ) I степени определить эффективность контроля артериального давления (АД) при многолетнем наблюдении в условиях реальной жизни и уточнить факторы, позволяющие отдать предпочтение назначению антигипертензивных препаратов или коррекции образа жизни.

Материал и методы. Дважды с интервалом $71,3 \pm 1,5$ мес. обследованы 66 больных АГ I степени, среди которых были пациенты со средним, средневысоким, высоким и очень высоким дополнительным сердечно-сосудистым риском. Наряду с другими исследованиями всем больным исходно и повторно проводилось измерение офисного АД, его суточное мониторирование (СМАД) и определение массы тела. При первичном осмотре были даны подробные рекомендации относительно нормализации стиля жизни и фармакотерапии. При повторном обследовании по результатам опроса выявлялась приверженность пациентов медикаментозному и немедикаментозному лечению.

Результаты. С течением времени у большинства больных АГ I степени зарегистрировано снижение АД, наиболее выраженное у пациентов с высоким риском. Только в группе очень высокого риска отсутствовала динамика АД. Как среди всех обследованных, так и отдельно в группах со средним, средневысоким, высоким и очень высоким риском при повторном осмотре не выявлено раз-

личий в уровне АД у больных, приверженных медикаментозной терапии и остальных пациентов. Худшая приверженность фармакотерапии отмечалась у больных со средним риском. Лучшие результаты в отношении снижения индекса массы тела и увеличения аэробных физических нагрузок продемонстрировали пациенты с относительно более высоким содержанием глюкозы и сосудистого эндотелиального фактора в крови.

Заключение. При многолетнем наблюдении в реальных условиях у большинства больных АГ I степени, осведомленных о медикаментозных и немедикаментозных способах контроля АД, наблюдается его снижение. Величина дополнительного сердечно-сосудистого риска, содержание глюкозы и сосудистого эндотелиального фактора в крови могут служить предикторами приверженности пациентов лечению и его эффективности.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лечение.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2016; 15(1): 10–15
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-1-10-15>

Поступила 12/05-2015

Принята к публикации 07/09-2015

Treatment adherence and its efficacy in real circumstances in patients with first grade arterial hypertension

Mangileva T. A.

S. I. Georgievsky Medical Academy of V. I. Vernadsky Crimean Federal University. Simferopol, Russia

Aim. In patients with arterial hypertension (AH) of 1 grade to find out the effectiveness of blood pressure (BP) control during long-term observation in real life conditions and to check the factors that might help with a decision either to prescribe medical treatment or keep on life style modification.

Material and methods. Two times, with the interval $71,3 \pm 1,5$ months, 66 patients with AH 1 grade were assessed, among those were moderate, moderate-high, high and very high additional cardiovascular risks. Together with other investigations, all patients at baseline and repeatedly underwent office BP measurement, ambulatory monitoring (ABPM) and body mass check. At primary assessment, the detailed recommendations were given on the normalization of life style and pharmacotherapy. During second assessment, the adherence of patients to medical and life style treatment was evaluated.

Results. With the time, most patients with AH 1 grade had a decrease of BP level, most prominent in patients with higher risk. Only in the highest

risk group, there was no BP dynamics. Among all studied, as separately in groups with moderate, moderate-high, high and very high levels, during follow-up there were no differences in BP levels between patients adhering medical therapy and others. The worst adherence was found in moderate risk patients. The best results of body mass index decrease and increase of aerobic physical exercises showed the patients with relatively high glucose level and endothelial vascular factor in blood.

Conclusion. During long-term observation in real circumstances, most patients with 1 level AH, knowing about medical and non-medical BP control tools, show its decrease. The level of additional cardiovascular risk, glucose level and vascular endothelial factor in blood might serve as adherence predictors and treatment effectiveness estimate.

Key words: arterial hypertension, treatment.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2016; 15(1): 10–15
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-1-10-15>

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ИМТ — индекс массы тела, САД — систолическое артериальное давление, СИ — суточный индекс, СМАД — суточное мониторирование артериального давления.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (978) 707-24-40

e-mail: elnego@mail.ru

[Мангилева Т. А. — доцент кафедры внутренней медицины № 1].

По данным клинических исследований целенаправленная коррекция образа жизни по своему антигипертензивному эффекту эквивалентна медикаментозной монотерапии. Изменения стиля жизни могут отсрочить или предотвратить назначение антигипертензивных препаратов у больных артериальной гипертонией (АГ) I степени. В этом случае начинать лечение с фармакотерапии следует только при наличии высокого (очень высокого) дополнительного сердечно-сосудистого риска [1]. При низком или среднем риске у больных АГ I степени сначала рекомендуется коррекция образа жизни в течение нескольких нед или мес. Недостаточный антигипертензивный эффект немедикаментозных мероприятий в этом случае является показанием к началу фармакологического лечения [2].

Ученые всего мира постоянно возвращаются к анализу необходимости пожизненного медикаментозного лечения у больных с начальным повышением артериального давления (АД). Мета-анализ рандомизированных, контролируемых исследований, проведенных до 2011г, показал, что медикаментозное лечение АГ I степени как мера первичной профилактики не снижает заболеваемости и смертности, а у 9% больных наблюдаются побочные эффекты лекарственных препаратов, что ставит под сомнение целесообразность длительной фармакотерапии для данной категории пациентов [3]. Нельзя забывать о том, что АГ I степени чаще встречается у более молодых пациентов, 5-летняя экономическая эффективность лечения которых представляется относительно небольшой. Стоимость медикаментозной антигипертензивной терапии у таких больных контрастирует с затратами на изменение образа жизни, которое считается бесплатным [4].

В условиях повседневной жизни в отличие от клинических исследований, на данные которых опираются рекомендации по лечению АГ, за пациентами с АГ I степени в большинстве случаев отсутствует активный контроль со стороны медицинского персонала, поэтому приверженность больных медикаментозному лечению и изменению образа жизни может существенно меняться с течением времени. В реальной клинической практике при оценке среднесрочного прогноза у больных АГ I степени остаются неразрешенными следующие вопросы:

- какова сравнительная эффективность наличия и отсутствия постоянной фармакотерапии в отношении снижения АД?
- зависит ли степень выраженности медикаментозного и немедикаментозного снижения АД от уровня дополнительного сердечно-сосудистого риска?
- существуют ли предикторы, позволяющие прогнозировать приверженность пациентов лечению?

Материал и методы

66 больных АГ I степени были обследованы дважды со средним интервалом $71,3 \pm 1,5$ мес (42–107 мес). В промежутке между первым и вторым обследованием пациенты могли по мере необходимости обращаться в лечебные учреждения или по своему усмотрению не посещать врача. Средний возраст больных — $49,8 \pm 1,2$ лет, среднее значение индекса массы тела (ИМТ) — $31,4 \pm 0,6$ кг/м². Среди обследованных были 41,3% женщин.

Критерии включения в исследование: возраст 30–65 лет; уровень АД при отсутствии медикаментозной терапии 140–159 / 90–99 мм рт.ст. Критерии исключения: вторичные АГ, наличие осложнений АГ (инсульт, транзиторная ишемическая атака, инфаркт миокарда, коронарная реваскуляризация), осложненное течение сахарного диабета 2 типа или сахарный диабет 1 типа, наличие признаков хронических заболеваний почек $\geq$ III стадии или сердечной недостаточности $>$ II функционального класса, тяжелые сопутствующие заболевания.

Среди больных АГ I степени отсутствовали пациенты с низким общим сердечно-сосудистым риском, средний риск отмечался у 18 (27%) больных, средневысокий — у 12 (18%), высокий — у 17 (26%) и очень высокий — у 19 (29%) обследованных. В группу очень высокого риска вошли пациенты со стенокардией напряжения II–III функционального класса, подтвержденной результатами теста с дозированной физической нагрузкой. Группу высокого риска составили 14 пациентов с признаками поражения органов-мишеней, среди которых преобладала гипертрофия левого желудочка и 3 пациента с несложившимся течением сахарного диабета.

АД измеряли в положении сидя после отдыха в течение >5 мин на обеих руках дважды с интервалом 1–2 мин. Уровнем офисного АД считали его среднее значение на руке с более высокими показателями. Больным, регулярно принимавшим медикаменты, при повторном визите офисное и амбулаторное АД измеряли на фоне антигипертензивной терапии. При первичном обследовании медикаменты, если они были назначены, отменяли не менее чем за 3 сут. до измерения офисного АД или его суточного мониторирования (СМАД).

СМАД проводили на аппаратах BPlab (Харьков, Украина) и ВАТ41 (Киев, Украина) в условиях повседневной активности с интервалом 15 мин днем и 30 мин ночью.

Определяли среднее систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД) за сут., день и ночь; вариабельность САД и ДАД в периоды бодрствования и сна и выраженность ночного снижения АД — суточный индекс (СИ). Наличие АГ подтверждалось данными СМАД, если среднесуточное САД было >130 мм рт.ст., ДАД >80 мм рт.ст. [1]. При первичном обследовании СМАД было выполнено у 86% пациентов основной группы и у 77% обследованных контрольной группы. Повторно исследование было сделано 50% больным АГ и 43% обследованным без повышения АД.

Ультразвуковое исследование сердца с расчетом индекса массы миокарда левого желудочка и сосудов шеи с измерением толщины комплекса интима-медия сонных артерий проводили на аппарате HDI 4000 (Philips). Стресс-тест с непрерывной ступенчато-возрастающей нагрузкой осуществляли на аппарате ESAOTE 8000 Power (Италия).

Таблица 1

Динамика АД при разном уровне дополнительного сердечно-сосудистого риска

	Средний риск (n=19)	Средневысокий риск (n=13)	Высокий риск (n=17)	Очень высокий риск (n=17)
САД исходно, мм рт.ст.	143,7±3,3	146,2±3,1	156,5±2,8	146,5±3,5
САД повторно, мм рт.ст.	136,3±1,4	140,0±3,0	149,7±2,8**	139,7±3,2
ДАД исходно, мм рт.ст.	92,4±2,3	91,5±1,5	96,8±1,6	92,1±2,0
ДАД повторно, мм рт.ст.	85,0±0,9*	87,3±2,2*	92,6±2,1**	89,7±2,1

Примечание: данные представлены в виде $M \pm m$. Различия показателей по сравнению с исходным уровнем достоверно: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

При первичном обследовании утром натощак определяли содержание глюкозы в капиллярной крови ферментативным методом и инсулина в венозной крови с помощью иммуноферментного анализа с применением тест-систем DRG Diagnostics (США) на аппарате Stat Fax 2100 (США). Иммуноферментным методом с использованием тест-систем eBioscience (Австрия) измеряли содержание сосудистого эндотелиального фактора крови. В плазме крови определяли уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, креатинина и мочевой кислоты. По формуле MDRD рассчитывали скорость клубочковой фильтрации.

Все больные АГ при первичном обследовании были подробно проинструктированы о способах коррекции образа жизни для предотвращения прогрессирования заболевания. Каждому пациенту после первичного обследования даны индивидуальные рекомендации по нормализации образа жизни. Согласно Европейским рекомендациям по лечению АГ 2007г [4], действующим на момент включения больных в исследование, всем пациентам была назначена постоянная медикаментозная терапия индивидуально подобранными препаратами или их комбинацией. Использовались медикаменты, принадлежащие к одному из пяти основных классов антигипертензивных средств первого ряда, поскольку по данным системного обзора не обнаружено различий в эффективности применения этих препаратов для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ [5]. При повторном визите проводили офисное измерение АД, СМАД и взвешивание пациентов. По результатам опроса выявляли изменение стиля жизни за истекший период, изучали приверженность обследованных лечению с использованием опросника Мориски-Грина [6].

Для анализа полученных результатов использовали программу Statistica 7. Сравнение независимых и зависимых выборок проводили при помощи t-критерия Стьюдента для данных, имевших нормальное распределение и непараметрических критериев знаков и Вилкоксона при распределении, отличном от нормального. Проверку гипотезы соответствия нормальному закону распределения проводили с помощью критерия χ^2 по методу Пирсона. Оценку одновременного влияния нескольких факторов на результат осуществляли при помощи многофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Коэффициент корреляции при распределении, отличном от нормального рассчитывали по методу Спирмена. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Данные представлены в виде: среднее арифметическое $\pm$ стандартная ошибка среднего.

Результаты

У больных АГ I степени с течением времени отмечалось снижение офисного АД: САД со $149,0 \pm 2,0$ мм рт.ст. до $141,3 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД с $93,5 \pm 1,2$ мм рт.ст. до $88,5 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Результаты СМАД подтвердили данные офисного измерения: среднесуточное САД уменьшилось со $146,3 \pm 2,5$ мм рт.ст. до $132,5 \pm 2,6$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД — с $89,8 \pm 1,8$ мм рт.ст. до $80,8 \pm 1,6$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). При повторном мониторинговании отмечалось равномерное снижение АД в течение дня без существенного изменения его суточного профиля и вариабельности днем и ночью.

Больные АГ I степени были разделены на 4 группы в зависимости от уровня дополнительного сердечно-сосудистого риска. Средние значения САД и ДАД при первичном и повторном обследовании у пациентов со средним, средневысоким, высоким и очень высоким риском представлены в таблице 1. Величина АД, в первую очередь САД, оказалась максимальной в группе пациентов высокого риска. При повторном обследовании у больных этой группы зарегистрировано снижение как САД, так и ДАД ($p < 0,01$ в обоих случаях). У обследованных со средним ($p < 0,01$) и средневысоким ($p < 0,05$) риском отмечалось достоверное снижение ДАД с течением времени. Не выявлено существенной динамики АД у больных с очень высоким риском, несмотря на то, что 47% из них постоянно принимали антигипертензивные средства, а оставшиеся 53% принимали медикаменты эпизодически. Только у обследованных этой группы зарегистрированы сердечно-сосудистые события — 3 человека перенесли инфаркт миокарда и 1 пациентка внезапно умерла.

Среди больных со средним риском регулярно лечились лишь 16% обследованных, при средневысоком риске сообщили о непрерывном приеме антигипертензивных препаратов 38% пациентов, при высоком — 53% обследованных, при очень высоком — 47% больных. Больные со средним общим сердечно-сосудистым риском продемонстрировали более низкую ($p < 0,05$) приверженность регулярной медикаментозной терапии, чем пациенты с высоким или очень высоким риском. Тем

Таблица 2

Динамика АД при различном дополнительном сердечно-сосудистом риске в зависимости от приверженности пациентов медикаментозному лечению

	Средний риск (n=19)		Средневысокий риск (n=13)		Высокий риск (n=17)		Очень высокий риск (n=17)	
	Нерегулярное лечение/отсутствие лечения (n=16)	Регулярная медикаментозная терапия (n=3)	Нерегулярное лечение/отсутствие лечения (n=8)	Регулярная медикаментозная терапия (n=5)	Нерегулярное лечение/отсутствие лечения (n=8)	Регулярная медикаментозная терапия (n=9)	Нерегулярное лечение/отсутствие лечения (n=8)	Регулярная медикаментозная терапия (n=8)
САД исходно, мм рт.ст.	141,9±3,4	152,3±7,5	143,3±3,3	151,0±5,6	157,4±2,5	154,9±4,2	141,3±5,6	148,8±2,9
САД повторно, мм рт.ст.	135,6±1,6	135,0±6,8	137,5±3,4	144,0±5,2	150,0±3,7	149,4±4,3	136,9±4,6	142,5±4,6
ДАД исходно, мм рт.ст.	91,6±2,5	96,7±2,8	90,0±1,9	94,0±2,5	97,3±2,2	94,7±3,3	89,4±3,1	93,7±2,6
ДАД повторно, мм рт.ст.	85,3±0,9	83,3±3,4	85,6±2,3	88,0±1,2	93,8±3,7	91,7±3,3	91,9±3,0	87,5±3,0

Примечание: данные представлены в виде $M \pm m$.

Таблица 3

Динамика веса и ИМТ при разном уровне дополнительного сердечно-сосудистого риска

	Средний риск (n=19)	Средневысокий риск (n=13)	Высокий риск (n=17)	Очень высокий риск (n=17)
Вес исходно, кг	84,2±2,8	103,3±2,8	98,6±4,3	86,4±4,2
Вес повторно, кг	84,6±2,3	100,9±3,9	100,0±4,8	84,6±4,0
ИМТ исходно, кг/м ²	28,8±0,8	33,0±1,1	33,7±1,1	30,5±1,1
ИМТ повторно, кг/м ²	29,1±0,8	32,2±1,3	34,1±1,3	29,9±1,1

Примечание: данные представлены в виде $M \pm m$.

не менее, худшие результаты в отношении развития осложнений и снижения АД зафиксированы у больных с очень высоким сердечно-сосудистым риском. Следует подчеркнуть, что во всех группах средняя величина офисного АД как исходно, так и при повторном визите не отличалась у больных, постоянно принимавших медикаменты и остальных пациентов (таблица 2).

У больных АГ I степени отсутствовало изменение массы тела — $92,2 \pm 2,0$ кг vs $91,8 \pm 2,1$ кг и ИМТ — $31,4 \pm 0,6$ кг/м² vs $31,2 \pm 0,5$ кг/м², при первичном и повторном обследовании. Не зарегистрировано динамики данных параметров при анализе отдельно в группах со средним, средневысоким, высоким и очень высоким риском (таблица 3). Во время первого обследования содержание глюкозы в крови натощак у больных АГ I степени, которые в дальнейшем смогли похудеть, составило $5,63 \pm 0,34$ ммоль/л, и было существенно выше ($p < 0,01$), чем у обследованных, которым похудеть не удалось ($4,74 \pm 0,13$ ммоль/л). Концентрация сосудистого эндотелиального фактора роста у пациентов, склонных к снижению массы тела, также была выше, чем у остальных больных — $398,7 \pm 80$ пг/мл vs $241,1 \pm 42$ пг/мл ($p < 0,05$). Наблюдалась прямая корреляция между исходным уровнем сосудистого эндотелиального фактора роста и количеством потерянных килограммов ($r = 0,41$, $p < 0,05$).

29% больных АГ I степени сообщили о росте регулярных физических нагрузок за время, прошедшее с момента первичного обследования, в т.ч. 30% пациентов со средним риском, 15,4% — со средневысоким риском, 29,4% — с высоким риском и 37,5% — с очень высоким риском ($p > 0,05$ во всех случаях). Средняя величина офисного и суточного АД в начале и конце периода наблюдения не отличалась у больных, увеличивших аэробные нагрузки и остальных обследованных. При повторном осмотре отмечались меньшая масса тела — $84,0 \pm 3,2$ кг vs $95,0 \pm 2,5$ кг ($p < 0,05$) и ИМТ — $29,1 \pm 1,1$ кг/м² и $32,1 \pm 0,7$ кг/м² ($p < 0,05$) у пациентов с АГ I степени, увеличивших аэробные физические нагрузки. Улучшение самочувствия с течением времени отметили 32% обследованных, не изменивших или снизивших уровень физической активности и 68% больных, увеличивших ее ($p < 0,01$). Лучшую приверженность регулярным аэробным нагрузкам продемонстрировали пациенты с повышенным АД при наличии у них более высокого содержания сосудистого эндотелиального фактора роста в крови — $404,8 \pm 90$ пг/мл vs $246,2 \pm 42$ пг/мл ($p < 0,05$).

Поскольку больные АГ в промежутке между первым и вторым осмотром находились в естественных жизненных условиях, тактика их лечения существенно отличалась. Многочисленность параметров, входящих в понятие “изменения стиля

жизни”, их динамичность при многолетнем наблюдении затруднили изучение комплексного воздействия ряда факторов. Тем не менее, анализ сочетанного влияния снижения массы тела, увеличения физических нагрузок и длительной антигипертензивной терапии на уровень офисного АД показал, что наиболее выраженное уменьшение САД было достигнуто у пациентов, сочетавших регулярный прием медикаментов и снижение массы тела, а ДАД — у больных, уменьшивших свой вес ($p < 0,05$ в обоих случаях). При СМАД наиболее низкое ДАД в ночное время в сочетании с большими значениями СИ наблюдалось у пациентов, уменьшивших массу тела на фоне регулярного приема медикаментов ($p < 0,05$).

Обсуждение

Пациенты с АГ I степени имеют достаточно большую ожидаемую продолжительность жизни, что обуславливает важность выбора тактики их многолетнего лечения. Во многих случаях перед врачами стоит вопрос предпочтения изменений стиля жизни, длительной фармакотерапии или их комбинации. При одинаковом уровне АД основным фактором, определяющим агрессивность терапии, является величина дополнительного сердечно-сосудистого риска [1]. При этом существенное влияние на ожидаемый результат лечения особенно в условиях повседневной клинической практики оказывает комплаентность пациентов [6].

Поскольку для улучшения прогноза у пациентов с АГ решающее значение имеет собственно снижение АД [4, 7], изменение его уровня использовалось для определения эффективности лечения пациентов. Сопоставление исходных и заключительных показателей офисного и амбулаторного АД у больных АГ I степени выявило их положительную динамику. Наиболее выраженное снижение АД наблюдалось у пациентов с высоким риском, далее следовали больные со средним и средневысоким риском. Отсутствие антигипертензивного эффекта и развитие осложнений (24%) зафиксировано у пациентов с очень высоким общим сердечно-сосудистым риском.

Конечный уровень АД при многолетнем наблюдении в реальных условиях не зависел от регулярности использования медикаментов. Величина АД при всех уровнях риска не отличалась у пациентов, приверженных и неприверженных фармакологическому лечению. При этом самую низкую комплаентность в отношении медикаментозного лечения продемонстрировали пациенты со средним общим сердечно-сосудистым риском, поскольку большинство из них не испытывало дискомфорта от повышения АД и не было мотивировано к лечению.

Объективным показателем нормализации стиля жизни является снижение массы тела [8].

У больных АГ I степени при повторном взвешивании не наблюдалось увеличения ИМТ с течением времени, характерного для этой возрастной группы [9], т.к. 39% пациентов смогли добиться уменьшения ИМТ, причем в половине случаев за счет предпочтительной комбинации диеты и роста физических нагрузок [1]. Наибольший антигипертензивный эффект наблюдался у пациентов, которые смогли добиться устойчивого снижения веса, проводя одновременно непрерывную фармакотерапию АГ. Исходно у больных, добившихся в будущем снижения массы тела, наблюдалось более высокая концентрация глюкозы и сосудистого эндотелиального фактора роста в крови, чем у остальных пациентов с АГ I степени. Вероятно, генетически-детерминированный более высокий уровень глюкозы позволяет лучше переносить снижение калорийности пищи и обуславливает приверженность больных диетическим рекомендациям, а достаточно высокая концентрация сосудистого эндотелиального фактора крови способствует хорошему развитию капиллярной сети, что облегчает доставку питательных веществ к органам и тканям, в первую очередь, к головному мозгу.

Более высокое содержание сосудистого эндотелиального фактора роста было типично для пациентов, которые смогли повысить, и удерживать на достигнутом уровне аэробные физические нагрузки. Данный результат можно объяснить активацией ангиогенеза в мышечной ткани при регулярных тренировках [10], что улучшало толерантность к нагрузкам и общее самочувствие. Тем не менее, так же, как и авторами системного обзора по влиянию продолжительных физических нагрузок на уровень АД у больных АГ [11], не обнаружено зависимости показателей АД от роста физической активности, хотя рост физических нагрузок сопровождался снижением ИМТ и улучшением самочувствия.

Если рассматривать достаточно продолжительные промежутки времени, то большинство больных, осведомленных о путях коррекции АД, самостоятельно отдают предпочтение наиболее комфортному и эффективному способу борьбы с АГ, который может меняться с течением времени. Улучшить комплаентность пациентов можно путем их активного обучения и формирования партнерства врача и больного [12]. Важной задачей лечащих врачей является подробное информирование пациентов с АГ I степени о возможностях и путях контроля АД.

Заключение

При среднесрочном наблюдении в реальных условиях у большинства больных АГ I степени, осведомленных о способах контроля АД, отмечается его снижение, причем выраженность антигипертензивного эффекта не зависит от привержен-

ности пациентов регулярной медикаментозной терапии. Вероятной альтернативой фармакотерапии в этом случае является изменение образа жизни. В условиях общей клинической практики у больных АГ I степени лучший контроль АД зафиксирован при наличии высокого риска, худший — у пациентов с сочетанием АГ и стабильной стенокардии напряжения. Вероятно, больным с очень высоким сердечно-сосудистым риском в первую очередь показано активное диспансерное наблюдение для

улучшения контроля АД и предотвращения развития осложнений. На немедикаментозном лечении следует делать акцент у больных со средним сердечно-сосудистым риском наименее склонных длительно принимать фармакологические препараты, а также у пациентов с относительно более высоким содержанием глюкозы и сосудистого эндотелиального фактора в крови, которые демонстрируют хорошую приверженность устойчивому повышению физических нагрузок и снижению массы тела.

Литература

1. 2013 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; DOI:10.1093/eurheartj/ehs151
2. Chazova IE, Ratova LG, Boytsov SA, et al. Recommendations for the management of arterial hypertension Russian Medical Society of Arterial Hypertension and Society of Cardiology of the Russian Federation. Cardiologiia 2010; 3: 5-26. (Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., и др. Диагностика и лечение артериальной гипертонии (рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского общества кардиологов). Кардиология 2010; 3: 5-26).
3. Diao D, Wright JM, Cundiff DK, et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2012; 8:CD006742. DOI: 10.1002/14651858.CD006742.pub2
4. 2007 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). J Hypertens 2007; 25: 1105-87.
5. Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Brors O, et al. Comparative effectiveness of antihypertensive medication for primary prevention of cardiovascular disease: systematic review and multiple treatments meta-analysis. BMC Med 2012; 10: 33.
6. Kobalava GD, Kotovskaya UV, Moiseev VS. Arterial hypertension. The keys to diagnostics and treatment. Moscow: "GEOTAR-Media" 2009, 864 p. Russian (Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Моисеев В.С. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению. Москва: "ГЭОТАР-Медиа" 2009; 864 с).
7. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; 311: 507-20.
8. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. JACC 2014; 63: 2960-84.
9. Fryar CD, Gu Q, Ogden CL. Anthropometric reference data for children and adults: United States, 2007-2010. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2012; 11(252).
10. das Neves VJ, Fernandes T, Roque FR, et al. Exercise training in hypertension: role of microRNAs. World J Cardiol 2014; 6: 713-27.
11. Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, et al. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Hypertension 2011; 58: 950-8.
12. Kalinina AM, Oganov RG, Nebieridze DV. Patients' education as a factor for arterial hypertension effective control — NOCTURNE Program. Cardiovascular Therapy and Prevention 2006; 5(3): 5-14. Russian (Калинина А.М., Оганов Р.Г., Небиеридзе Д.В. Обучение пациентов как фактор эффективного контроля артериальной гипертонии — программа НОКТЮРН. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2006; 5(3): 5-14).