

Структура сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертонией впервые обратившихся к врачу

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

¹Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины. Москва;

²Клиническая больница № 1 Управления делами Президента РФ. Москва, Россия

Цель. Объективная оценка сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), впервые обратившихся к врачу в первичном звене здравоохранения.

Материал и методы. В исследование включены 300 пациентов 40-65 лет с устойчивым повышением артериального давления, впервые обратившихся на прием по поводу АГ. Всем пациентам проводили врачебный осмотр, сбор анамнеза для выявления факторов риска, измерение артериального давления и антропометрическое исследование, биохимический анализ крови с определением общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, глюкозы, на основании чего определялся риск по SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). После оценки риска всем пациентам была проведена эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, определение микроальбуминурии для выявления пораженных органов-мишеней (ПОМ). По результатам комплексного обследования реклассифицировали риск с учетом наличия ПОМ.

Результаты. Исследование показало, что у пациентов, впервые обратившихся на прием к врачу с устойчивой АГ, имеется большое число факторов риска и их сочетаний, среди которых наиболее часто встречаются дислипидемии (89,3%), курение (37,7%) и ожирение (28,3%). У пациентов с АГ, впервые обратившихся на прием к врачу, без клинических признаков атеросклероза, часто диагностируют

различные ПОМ, такие как гипертрофия левого желудочка — 67,3%, утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий — 46,3%, атеросклеротические бляшки в сонных артериях — 34,7%, микроальбуминурия — 25,3%, а также различные их сочетания. После комплексного обследования структура ССР пациентов меняется в сторону его увеличения. У 60% пациентов низкого и среднего риска по SCORE происходит реклассификация риска в сторону высокого риска.

Заключение. Одной из важнейших задач современного здравоохранения в России является повышение эффективности систем стратификации ССР, а также необходимость разработки нового алгоритма и пересмотра стандартов обследования первичных пациентов с АГ на амбулаторном этапе, с целью снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

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

Конфликт интересов: не заявлен.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018;17(5):5-10
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-5-5-10>

Поступила 23/08-2018

Принята к публикации 05/09-2018

Cardiovascular risk profile in patients with arterial hypertension who first seek medical attention

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

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

Aim. Objective assessment of cardiovascular risk (CVR) in patients with arterial hypertension (AH), who first contact with primary care setting.

Material and methods. 300 patients (age 40-65 years) with sustained increase in arterial pressure and first seek medical attention were included in the study. All patients underwent medical examination, history taking to identify risk factors, blood pressure measurement and anthropometric research, biochemical blood assay to estimate levels of total cholesterol, triglycerides, low-density lipoprotein, high-density lipoprotein, glucose. Based on the specified parameters, the risk was determined by SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). After the risk assessment, all patients underwent an echo-cardiography, duplex ultrasonography screening of the brachiocephalic arteries and determination of microalbuminuria to detect target organ damage. According to results of a complex survey, the risk was reclassified based on the presence of target organ damage.

Results. The study showed that patients with sustained AH who first seek medical attention have a large number of risk factors and their combinations, among which the most common are dyslipidemia (89,3%), smoking (37,7%) and obesity (28,3%). Patients with AH who first seek medical attention without clinical signs of atherosclerosis often have various disorders of target organs, such as left ventricular hypertrophy — 67,3%, thickening of carotid intima-media complex — 46,3%, atherosclerotic plaques in carotid arteries — 34,7%, microalbuminuria — 25,3%, as well as different combinations thereof. After a complex examination, the CVR profile of patients changes increases. According to SCORE 60% of patients with low and mean risk is reclassified to high risk.

Conclusion. One of the most important tasks of health care system in Russia is to increase the efficiency of the CVR stratification systems, as well as to develop a new standards of examination of patients with AH on an outpatient stage, in order to reduce cardiovascular morbidity and mortality.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: tkamysheva@gnicpm.ru

Тел.: +7 (926) 209-90-09

[Небиеридзе Д. В. — д. м. н., профессор, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений, ORCID: 0000-0002-5265-3164, 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, Сафарян А. С. — к. м. н., в. н. с. отдела профилактики метаболических нарушений, ORCID: 0000-0002-6104-8388].

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

Conflicts of Interest: nothing to declare.

Cardiovascular Therapy and Prevention. 2018;17(5):5–10

<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-5-5-10>

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

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АСБ — атеросклеротическая бляшка, ВР — высокий риск, ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, ГХС — гиперхолестеринемия, 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, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ССР — сердечно-сосудистый риск, ТГ — триглицериды, УР — умеренный риск, ФР — факторы риска, SCORE — Systematic Coronary Risk Evaluation.

Артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться одной из ведущих проблем современного здравоохранения, являясь важнейшим фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), определяющих высокую заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых осложнений (ССО) во всем мире. Распространенность АГ в современном обществе составляет от 30% до 45%. В России повышенные цифры артериального давления (АД) отмечаются у 40% мужчин и женщин >18 лет [1]. В связи с этим, основой эффективного снижения сердечно-сосудистого риска (ССР) и предупреждения ССО является своевременное выявление АГ и ее лечение. Для выбора адекватной тактики ведения пациента необходимо уточнить группу риска, что требует полноценного обследования, направленного, в первую очередь, на выявление сопутствующих ФР и поражения органов-мишеней (ПОМ), т.к. наличие любого ПОМ определяет группу высокого риска (ВР), что требует немедленного медикаментозного вмешательства в виде комбинированной терапии. По результатам ряда российских эпидемиологических исследований у больных АГ имеется, как правило, не один, а несколько ФР, среди которых наиболее часто встречаются гиперхолестеринемия (ГХС), курение и ожирение [2]. Сопутствующая ГХС и избыточный вес при АГ диагностируется в 80% случаев, до 50% пациентов имеют наследственную отягощенность [3]. Однако, согласно регистру “Российского кардиологического научно-производственного комплекса” МЗ РФ, большинство пациентов с АГ не обследуются с целью выявления сопутствующих ФР и ПОМ. Таким образом, происходит недооценка реального риска, и большинство пациентов ВР пропускают, и они не получают необходимого лечения [4]. Согласно ряду исследований активное обследование пациентов с АГ без клинических проявлений атеросклероза довольно часто позволяют выявить различные ПОМ. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациентов с АГ, низкого и умеренного риска (НР и УР), при ультразвуковом исследовании сонных артерий в 66% случаев выявляется субклинический атеросклероз [5, 6].

У большинства пациентов с АГ и различными компонентами метаболического синдрома без клинических проявлений атеросклероза, выявляется один из трех ПОМ: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), микроальбуминурия (МАУ) и/или субклинический атеросклероз сонных артерий [7]. Однако подобные исследования крайне немногочисленны, и вопрос о частоте диагностики различных субклинических ПОМ, а, следовательно, и о величине истинного риска ССО у разных групп пациентов с АГ недостаточно изучен.

В связи с этим, основной целью исследования являлась объективная оценка ССР у больных АГ, впервые обратившихся к врачу в первичном звене здравоохранения.

Материал и методы

Исследование выполнено на базе консультативно-поликлинического отделения ФГБУ “Клиническая больница № 1” Управления делами Президента РФ г. Москвы. В исследование были включены 300 пациентов в возрасте 40–65 лет с устойчивым повышением АД — АД \geq 140/90 мм рт.ст. при офисном и АД \geq 135/85 мм рт.ст. при домашнем измерении, не менее чем трехкратном определении на обеих руках, впервые обратившихся на прием по поводу АГ. Среди включенных в исследование — 189 мужчин (63,0%) и 111 женщин (37,0%). В исследовании участвовали пациенты с АГ, которые ранее не получали антигипертензивного лечения и не принимали антигипертензивных препаратов экстренной помощи. В исследование не включали пациентов с установленным диагнозом ишемической болезни сердца, клинического атеросклероза любой этиологии, наличием сахарного диабета, с пороками сердца и другими хроническими, в т.ч. онкологическими заболеваниями. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

Всем пациентам (n=300) проводили антропометрическое исследование, общий врачебный осмотр, сбор анамнеза, направленный на выявление ФР, длительность АГ, измеряли АД. У пациентов определяли частоту основных ФР: курение, отягощенная наследственность, низкая физическая активность, повышение индекса массы тела (ИМТ) \geq 30, абдоминальное ожирение, биохимический анализ крови с определением общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеинов низкой плотности (ЛНП), липопротеинов высокой плотности (ЛВП), глюкозы. На основании полученных данных (возраста, пола, статуса курения, уровня АД и ОХС) определяли риск ССЗ

по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Согласно стратификации риска риск <1% считался НР, от 1 до 5% — УР, от 5% до 10% — высокий (ВР) и ≥10% — очень высокий (ОВР).

После оценки риска по шкале SCORE всем пациентам была выполнена эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, определение МАУ с целью выявления ПОМ. По результатам комплексного обследования реклассифицировали риск с учетом наличия ПОМ.

При статистической обработке данных использовали пакет программ Statistica 10 for Windows (StatSoft Inc., USA) и Microsoft Office Excel 2007. Были применены описательная статистика, методы параметрической и непараметрической статистики. Для характеристики качественных переменных результаты представлены в виде долей (процентов). 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

Клиническая характеристика обследованных больных (n=300) представлена в таблице 1. Средний возраст — 53,29±5,83 года. Средний возраст женщин составил 53,81±5,95, мужчин — 52,97±5,74; >50% пациентов оказались в возрастной категории 50-59 лет, а самая малочисленная группа (7,33%) пациентов — 40-44 года. Длительность течения АГ в среднем составила 3,65 (±0,75) лет. У более чем половины пациентов — 75,25% (n=219), длительность анамнеза повышенных цифр АД <5 лет. Средне значение систолического АД (n=300) — 155,28±9,40 мм рт.ст., диастолического АД (n=300) — 96,06±12,35 мм рт.ст.

Оценка частоты распространенности основных ФР показала, что наиболее распространенным ФР является дислипидемия — 89,34%, достаточно часто встречается низкая физическая активность — 64,33%, ожирение — 28,33% и курение — 37,66% (рисунок 2). Следует отметить, что >90% пациентов

имели хотя бы один ФР. Большинство больных имели различные сочетания ФР.

На основании результатов обследования всем пациентам был рассчитан десятилетний ССР по шкале SCORE (рисунок 3). Среднее значение показателя ССР составило 5,72±4,79. Наиболее многочисленную группу составили пациенты, имеющие УР — 130 (43,33%) человек, наименьшее число паци-



Рис. 1 Дизайн исследования.

Примечание: ЭхоКГ — эхокардиография, ДС БЦА — дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных (n=300)

Показатель	Значение
Пол (м/ж), n (%)	189 (63,0%) 111 (37,0%)
Возраст (годы) [°]	53,29±5,83
АГ длительность, лет [°]	3,65±0,75
Длительность АГ <5 лет, n (%)	219 (75,25%)
САД (мм рт.ст.) [°]	155,28±9,40
ДАД (мм рт.ст.) [°]	96,06±12,35
ИМТ, кг/м ² [°]	28,61±3,91
ОТ, см [°]	93,33±13,07
ОХС, ммоль/л [°]	6,1±0,89
ЛНП, ммоль/л [°]	4,17±0,97
ЛВП, ммоль/л [°]	1,11±0,46
ТГ, ммоль/л [°]	3,02±2,27
Глюкоза крови натощак, ммоль/л [°]	5,41 ±0,67
Креатинин, мкмоль/л [°]	88,67±12,51
Суммарный ССР по SCORE [°]	5,72±4,97

Примечание: [°] — M±σ, САД — систолическое АД, ДАД — диастолическое АД, ОТ — окружность талии.

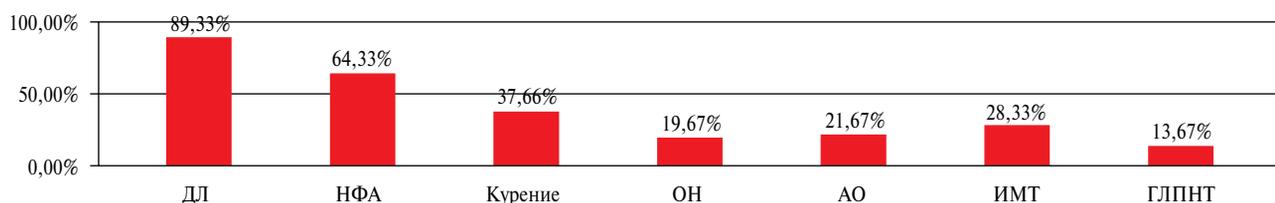


Рис. 2 Частота основных ФР у исследуемых пациентов (n=300).

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.

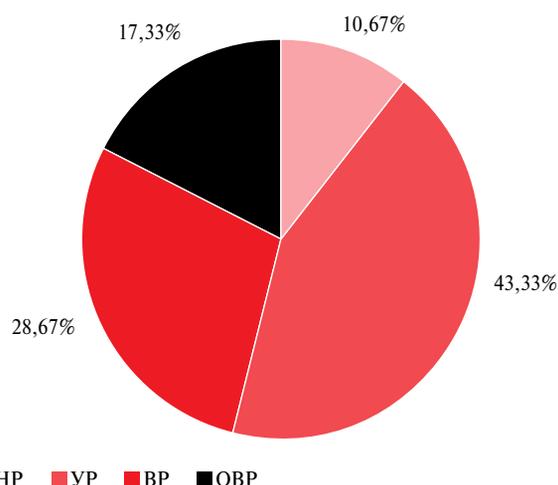


Рис. 3 Распределение пациентов с ССР, рассчитанном по SCORE.

ентов имели HP — 32 (10,67%) пациента, BP у 86 (28,67%) и OBP у 52 (17,33%) пациентов.

Анализ показателей, полученных при проведении инструментальных исследований, продемонстрировал высокую распространенность ПОМ среди обследованных пациентов. Согласно эхокардиографии, ГЛЖ — индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) >115 г/м² у мужчин и 95 г/м² у женщин, была выявлена у 67,33% (n=202) пациентов. Среднее значение показателя ИММЛЖ составило $112,98 \pm 9,74$ г/м², толщина задней стенки ЛЖ — $1,16 (\pm 0,17)$ см, толщина межжелудочковой перегородки — $1,19 (\pm 0,21)$ см. Кроме того, оценивалось наличие диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ) (E/A <1), как предиктор развития кардиофиброза ЛЖ. ДДЛЖ у исследуемых пациентов имела место в 53,50% (n=159) случаев. По данным дуплексного сканирования сонных артерий увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) $\geq 0,9$ мм было обнаружено у 139 испытуемых, что составило 46,33% случаев. Оценка частоты распространения атеросклеротических бляшек (АСБ) в сонных артериях показала (n=300), что АСБ были выявлены у 104 (34,67%) пациентов. У 25,33% (n=76) пациентов имела место МАУ. Среднее значение МАУ составило $17,06 \pm 12,89$.

Распространенность ПОМ у пациентов в различных группах ССР, рассчитанного по SCORE,

представлена в таблице 2. У пациентов UP при сравнении с пациентами HP частота ГЛЖ на 46,73% выше — 59,23% vs 12,51%, что статистически значимо (p $<0,001$). У пациентов BP ГЛЖ диагностировали в 83,72%, и у пациентов BP — 94,23% (p=0,05). У пациентов HP — ДДЛЖ имела место у 40,7% (n=13), у пациентов UP — у 49,2% (n=64), у пациентов BP — у 62,8% (n=5) и среди пациентов OBP — ДДЛЖ обнаружена у 53,85% (n=28). У пациентов BP и OBP увеличение КИМ встречалось одинаково часто, в 55,81% (n=48) и 55,77% (n=29) (p=0,10), но при сравнении с пациентами HP, где толщина КИМ $>0,9$ мм встречалась в 15,63% (n=5) случаев, различия достоверны (p $<0,001$). У пациентов UP толщина КИМ $>0,9$ мм выявлена в 43,85% (n=57), что достоверно чаще при сравнении с пациентами HP — 15,63% (p $<0,001$). Наиболее часто АСБ находили у пациентов OBP — 46,15% (n=24), это достоверно чаще (p $<0,001$), чем у пациентов HP — 6,25% (n=2). У пациентов UP АСБ определяли в 37,69% (n=49) случаев, а у пациентов BP в 34,89% (n=30) случаев, что достоверно чаще, чем у пациентов HP 6,25% (n=2) (p $<0,001$). При сравнении частоты АСБ у пациентов, имеющих BP и OBP, АСБ встречались одинаково часто (p=0,19). МАУ у пациентов с HP редко имела место — 3,13% (n=1), у пациентов UP — 15,58%, у пациентов BP и OBP — 34,88% (n=30) и 50% (n=26), соответственно. Среднее значение МАУ у пациентов HP — $9,38 (\pm 8,68)$, у пациентов UP — среднее значение МАУ $14,77 \pm 10,76$, у пациентов BP — среднее значение МАУ составило $19,23 \pm 13,85$, у пациентов OBP среднее значение МАУ — $23,94 \pm 14,50$.

Следует отметить, что значительная часть пациентов имела различные сочетания ПОМ, причем не только среди пациентов BP и OBP. Достаточно часто различные сочетания ПОМ были выявлены у пациентов HP и UP. Результаты представлены в таблице 3.

Оценка совокупной частоты распространения ПОМ продемонстрировала, что различные ПОМ встречались у 18,75% пациентов HP и у 73,08% пациентов UP.

Детальное обследование больных АГ, выполненное с целью диагностики субклинического ПОМ, существенно изменило стратификацию риска у обследованных пациентов. Распределение пациен-

Таблица 2

Частота ПОМ у пациентов с различным риском по SCORE

	HP по SCORE <1%	UP по SCORE ≥ 1 <5%	BP по SCORE $\geq 5\%$ <10%	OBP по SCORE $\leq 10\%$
Количество пациентов, n (%)	32 (10,7%)	130 (43,3%)	86 (28,7%)	52 (17,3%)
ИММЛЖ >115 г/м ² у мужчин, >95 г/м ² у женщин	12,5%	59,2%	83,7%	94,2%
КИМ $>0,9$, мм	15,6%	43,9%	55,8%	55,7%
Наличие АСБ	6,3%	37,7%	34,9%	42,2%
МАУ	3,1%	15,4%	34,9%	50%

Таблица 3

Частота сочетания ПОМ у пациентов с различным риском по SCORE

	КИМ >0,9 + АСБ + ГЛЖ, %, (n)	КИМ >0,9 + АСБ + МАУ, %, (n)	МАУ + ГЛЖ, %, (n)	КИМ >0/9 + ГЛЖ, %, (n)
НР, SCORE <1%	15,6% (5)	6,3% (2)	1,9% (1)	6,25% (2)
УР, SCORE ≥1% <5%	41,5% (54)	13,9% (12)	59,2% (77)	3,1% (41)
ВР, SCORE ≥5% <10%	19,8% (17)	14,0% (12)	30,2% (26)	51,2% (44)
ОВР, SCORE ≥10%	32,7% (17)	76,9% (40)	40,1% (25)	51,9% (27)

тов по ССР до и после комплексного обследования представлены на рисунке 4. После реклассификации риска с учетом ПОМ, достоверно увеличилось количество пациентов, имеющих ВР, на 33,66%, с 28,67% (n=86) пациентов до 62,33% (n=187) пациентов (p<0,001). Количество пациентов НР уменьшилось с 10,32% (n=32) пациентов до 8,67% (n=26). Количество пациентов УР уменьшилось достоверно с 43,33% до 11,67% (p<0,001), количество пациентов, имеющих ОВР, не изменилось.

Таким образом, после комплексного обследования структура ССР пациентов изменилась в сторону его увеличения. У 60% пациентов НР и УР по SCORE происходит реклассификация риска в сторону ВР.

Обсуждение

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациентов, впервые обратившихся к врачу с устойчивой АГ, имеется большое число ФР и их сочетаний, среди которых наиболее часто встречаются дислипидемии (89,3%), курение (37,7%) и ожирение (28,3%), что согласуется с результатами других работ [2]. Распространенность таких ФР, как курение и высокий ИМТ, среди больных АГ по данным национального регистра составляет для мужчин 76,5% и 60,1% для женщин [4]. По данным исследования NHANES III (National Health And Nutrition Examination Survey III) у 64% пациентов с АГ отмечают нарушения липидного обмена. У 47% больных с ГХС отмечается АГ. Сочетание АГ и ГХС на 60% определяет риск преждевременной смерти от ССЗ. Однако эффективный медикаментозный контроль АГ, а также коррекция основных модифицируемых ФР по-прежнему остаются на низком уровне. Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что в РФ, несмотря на наличие большого арсенала современных антигипертензивных препаратов и того, что уровни АД легко регистрируются, только у 23,2% мужчин и 18,8% женщин с АГ достигаются целевые уровни АД [8]. По данным исследования DYSIS (Dyslipidemia International Study) даже у пациентов ОВР, находящиеся на терапии статинами, достижение целевого уровня ХС ЛНП в первичном звене здравоохранения в российских городах составляет ≤12% [9].

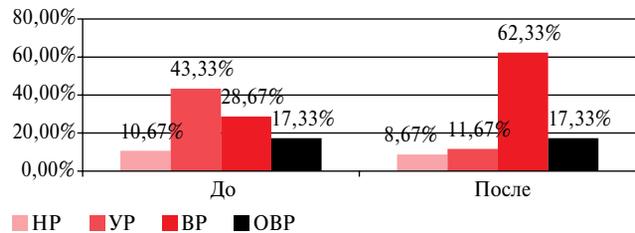


Рис. 4 Распределение пациентов по ССР до и после комплексного обследования.

Представленное исследование показало, что у пациентов с АГ, впервые обратившихся на прием к врачу, без клинических признаков атеросклероза, часто диагностируются различные ПОМ, такие как ГЛЖ (67,3%), утолщение КИМ сонных артерий (46,3%), АСБ в сонных артериях (34,7%), МАУ (25,3%), а также различные их сочетания. Полученные данные подтверждаются имеющимися немногочисленными исследованиями.

Особое внимание обращают на себя полученные данные, свидетельствующие о высокой распространенности субклинического ПОМ среди пациентов НР и УР ССЗ по шкале SCORE, широко используемой в России, особенно в практической работе врачей первичного звена здравоохранения [10]. Различные ПОМ встречались у 18,8% пациентов НР и у 73,1% пациентов УР. Следует отметить, что распространенность ПОМ в группе УР оказалась сопоставимой с распространенностью ПОМ в группе ВР, а в ряде случаев оказалась даже выше. Полученные результаты показывают, что после проведения полного комплексного обследования структура ССР пациентов меняется в сторону его увеличения. У 60% пациентов НР и УР по SCORE происходит реклассификация риска в сторону ВР. Вместе с этим, согласно полученным данным, именно группа УР составила почти половину (43,3%) всех обследованных пациентов. Таким образом, большинство пациентов с АГ при условии полноценного обследования являются пациентами ВР. В современных национальных и европейских рекомендациях по лечению АГ последних лет серьезное значение придается диагностике субклинического ПОМ, как основного фактора, определяющего стратегию лечения пациентов [11,

12]. Это обуславливает важность своевременного выявления ПОМ у пациентов с АГ, впервые обратившихся к врачу с устойчивым повышением АД. Интересно, что в новых американских рекомендациях 2017г этому аспекту не придается такое значение [13].

Заключение

Учитывая результаты представленного исследования, а также данные других работ, проведенных в РФ, становится очевидным тот факт, что одной из важнейших задач современного здравоохране-

ния в России является повышение эффективности систем стратификации ССР, а также необходимость разработки нового алгоритма и пересмотра стандартов обследования первичных пациентов с АГ на амбулаторном этапе с целью объективной оценки риска и качественного лечения, что, в конечном итоге, должно привести к снижению ССЗ и смертности от них в РФ.

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

Литература/References

- 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. *Kardiologia*. 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.
- 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., Масленникова 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.
- Oganov RG, Shalnova SA, Kalinina AM. Prevention of cardiovascular diseases. Guide. Ser. The library specialist. *Cardiology*. Moscow, 2009. 211 p. (In Russ.) Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство. Сер. Библиотека врача-специалиста. *Кардиология*. Москва, 2009. 211 с. ISBN 978-5-9704-1110-0.
- 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.
- Boytsov SA, Kukharchuk VV, Karpov YuA, et al. Subclinical atherosclerosis as a risk factor of cardiovascular events. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2012;11(3):82-86. (In Russ.) Бойцов С.А., Кухарчук В.В., Карпов Ю.А. и др. Субклинический атеросклероз как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012;11(3):82-86.
- 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 the 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.
- Shalnova SA, Balanova YuA, Konstantinov VV, et al. Arterial hypertension: prevalence, awareness, anti-hypertensive pharmaceutical treatment, treatment effectiveness in Russian population. *Russian Journal of Cardiology*. 2006;4:45-50. (In Russ.) Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. *Российский кардиологический журнал*. 2006;4:45-50.
- Oganov RG, Kukharchuk VV, Arutyunov GP, et al. (on behalf of the DYSIS Study Group). Resistent dyslipidemia in statin-treated patients: Russian real-world clinical practice data (Russian part of the DYSIS Study). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2012;4:1-10. (In Russ.) Оганов Р.Г., Кухарчук В.В., Арутюнов Г.П. и др. (от имени исследователей DYSIS). Сохраняющиеся нарушения показателей липидного спектра у пациентов с дислипидемией, получающих статины, в реальной клинической практике в Российской Федерации (российская часть исследования DYSIS). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012;4:1-10.
- Urazalina SZh, Boytsov SA, Balakhonova TV, et al. Trends in the risk factors and signs of subclinical atherosclerosis in subjects at low and moderate risk according to the SCORE scale in different medical management tactics: Two-year follow-up results. *Therapeutic archive*. 2012;84(9):58-64. (In Russ.) Уразалина С.Ж., Бойцов С.А., Балахонова Т.В. и др. Динамика факторов риска и признаков субклинического атеросклероза у лиц с низким и умеренным риском по шкале SCORE при различной врачебной тактике ведения: итоги двухлетнего наблюдения. *Терапевтический архив*. 2012;84(9):58-64.
- Diagnosis and treatment of hypertension. Russian recommendations V revision. *Kardiologicheskij Vestnik*. 2015;1(10):3-30. 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. *Journal of Hypertension*. 2013;31(7):1281-357. doi:10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cco
- 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *JACC*. 2018;71:127-248. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.004.