

Клиническая характеристика пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторной практике врача-кардиолога

Бабанская Е. Б.

к.м.н., ассистент, кафедра семейной медицины, E-mail: hoart-forst@yandex.ru

Меньшикова Л. В.

д.м.н., профессор, кафедра семейной медицины, E-mail: larproff@yandex.ru

Меньшиков М. Л.

к.м.н., ассистент, кафедра семейной медицины, E-mail: fam-med-igmapo@yandex.ru

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иркутск, Россия

Конфликт интересов: Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Аннотация

В статье дана клиническая характеристика 137 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), обратившихся за консультативной помощью к врачу кардиологу по направлению от участкового терапевта. Проанализирована полнота обследования данной группы, (выявление факторов риска, поражение органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний) и соответствующая терапия. Выявлено, что большинство пациентов с АГ не имели показаний для консультации, были не дообследованы и не соответствовали имеющейся степени сердечно-сосудистого риска, определяющей их лечение.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, клиническая характеристика, факторы риска, поражение органов мишеней.

doi: 10.29234/2308-9113-2017-5-4-45-57

Артериальная гипертензия (АГ) – наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, имеющее значимые социально-экономические последствия, обусловленные развитием тяжелых осложнений (инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности) [9].

По результатам регистра РЕКВАЗА, реализованном в амбулаторных условиях, среди 3 690 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), диагноз АГ имели 98,9%, из которых 71,9% составили женщины и 28,1% мужчины [8]. На основании данного регистра проводился анализ факторов риска, качества диагностики и эффективности лечения ССЗ в реальных амбулаторных условиях. Многочисленные исследования среди пациентов АГ показывают отличные друг от друга данные в частоте основных факторов риска и поражений органов-мишеней. Целью настоящего исследования стало изучение клинической характеристики пациентов с артериальной гипертензией в реальной клинической амбулаторной практике врача-кардиолога.

Материалы и методы

Всего обследовано 167 пациентов, последовательно обратившихся к кардиологу в условиях амбулаторно-поликлинического приема (направленных на консультацию врачом-терапевтом), в возрасте от 15 до 90 лет. В данной группе женщины составили 70,7% (118 чел.) в возрасте от 15 до 90 лет, мужчин было в 2,4 раза меньше – 29,3% (49 чел.) в возрасте от 23 до 80 лет. Средний возраст женщин был старше, чем возраст мужчин – 60 (54-66) лет против 51 (45-61) года ($p=0,004$). Из этой группы были выделены больные, имеющие АГ – всего 137 чел. (82%), данные которых включены в последующий анализ. У пациентов выяснялся анамнез, характер принимаемой терапии, проводилось физикальное, лабораторное и инструментальное обследование, результаты заносились в базу данных. Возраст, как фактор риска, определялся как ≥ 55 лет у мужчин и ≥ 65 лет у женщин. Анамнез отягощенной наследственности – семейный анамнез ранних ССЗ < 55 лет у мужчин и < 65 лет у женщин. Рост и массу тела измеряли стоя, без верхней одежды и обуви, на стандартном ростомере и электронных весах. Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли по формуле: $\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса (кг)}/\text{рост}^2 \text{ (м)}$. Использовали классификацию ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997): ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 – нормальная масса тела, ИМТ 25-29,9 кг/м^2 – избыточная масса тела, ИМТ ≥ 30 кг/м^2 – ожирение. Измерение АД проводили трехкратно аппаратом фирмы OMRON M 2 Basic в положении сидя после пятиминутного отдыха с интервалами 2 минуты между измерениями. Регистрировали среднее значение трех измерений АД. Артериальную гипертензию (АГ) диагностировали при уровнях систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт.ст. или диастолического артериального давления (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст. ЭхоКГ выполнялась на аппарате Toshiba Artida. Наличие гипертрофии ЛЖ устанавливали при величине индекса ММЛЖ (массы миокарда левого желудочка), превышающей 95 г/м^2 для женщин и 115 г/м^2 для мужчин. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий проводилось на аппарате Philips HD 11 XE. Увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) считалось более 0,9 мм. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалось по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Дислипидемия определялась при значениях общего ХС $> 4,9$ ммоль/л, ЛПНП > 3 ммоль/л, ТГ $> 1,7$ ммоль/л, ЛПВП < 1 ммоль/л для мужчин и $< 1,2$ для женщин.

Статистический анализ выполнялся с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0. Параметры, не имеющие нормального распределения, представляли в виде медианы (Me) и нижней (LQ) и верхней (HQ) квартилей. Для оценки значимости количественных различий использовали критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез был при $p < 0,05$. Сравнение частот бинарного признака в двух независимых группах проводилось с использованием таблицы сопряженности и критерия χ^2 . Для описания качественных признаков применяли относительную частоту (%).

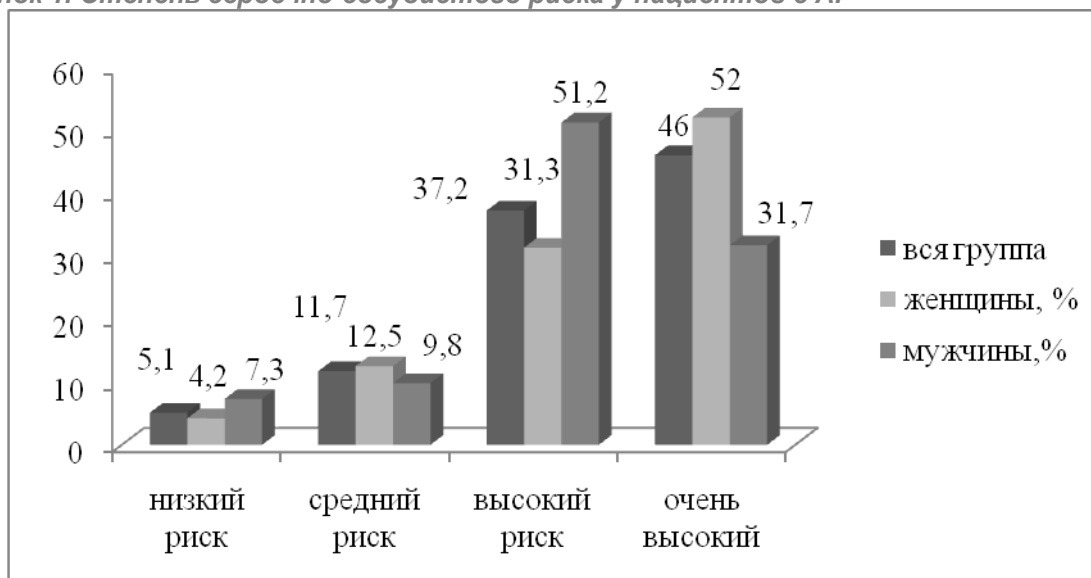
Результаты исследования

В исследуемой группе преобладали женщины – 70% (96 чел.), мужчин было вдвое меньше – 30% (41 чел.). Медиана возраста составила 60 (53;66) лет, при этом возраст женщин был старше, чем возраст мужчин – 61,5 (55,5;67) лет и 54 (49;63) года соответственно ($p=0,001$). Большинство пациентов с АГ (67,2%) находились в возрастном диапазоне от 50 до 70 лет.

На наличие в анамнезе повышенного АД смогли указать только 66% (90 чел.) пациентов: 70 женщин (73%) и 20 (49%) мужчин. Общая длительность АГ составила 10 (5;20) лет у женщин и у мужчин.

В основном (83,2%) преобладали пациенты (114 чел.), относящиеся к очень высокой и высокой степени сердечно-сосудистого риска (ССР): 46% и 37,2% соответственно (рис. 1).

Рисунок 1. Степень сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ



Возраст больных в группах низкого и умеренного риска не отличался, составляя 51(29;50) лет и 50 (42;59) лет ($p > 0,05$) и значительно увеличивался в группах высокого и очень высокого ССР: 59 (52,5;65) лет и 62 (56;71) года соответственно. При этом в группе очень высокого риска преобладали женщины, а среди пациентов высокой степени – мужчины. В группах среднего и низкого риска частота мужчин и женщин была сопоставимой.

Следует отметить, что степени ССР, установленные кардиологом, значительно отличались от степеней, определенных участковыми терапевтами. Так, в сторону повышения из низкой и средней степени изменился риск у 38% пациентов. Из 3 степени в риск 4 перешло 8% обследуемых, а снижение риска было всего у 2,9%.

У половины пациентов, наряду с АГ, имелись другие сердечно-сосудистые заболевания (табл. 1). Наиболее часто в структуре диагноза присутствовала стенокардия напряжения и хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

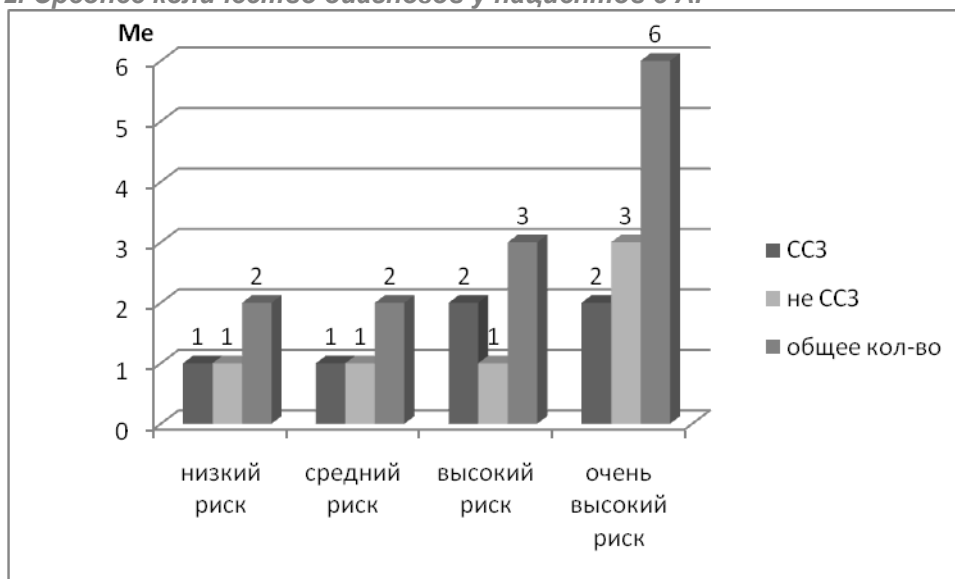
Таблица 1. Сердечно-сосудистые заболевания у пациентов с АГ.

Заболевание	Всего (n = 137) n (%)	Женщины (n = 96) n (%)	Мужчины (n = 41) n (%)
ИБС. Стенокардия	38 (27,7)	30 (31,3)	8 (19,5)
ХСН	40 (29,9)	32 (33,3)	8 (19,5)
ПИКС	14 (10,2)	11 (14,5)	3 (7,3)
ОНМК	6 (4,4)	4 (4,2)	2 (4,9)
Фибрилляция предсердий	16 (11,7)	12 (12,5)	4 (9,8)
Желудочковая экстрасистолия	14 (10,2)	9 (9,4)	5 (12,2)
Наджелудочковые нарушения ритма	10 (7,3)	9 (9,4)	1 (2,4)
Нарушение проводимости	5 (3,6)	1 (1)	4 (9,8)
ХРБС	1 (0,7)	1 (1)	-
Перебегающая хромота	2 (1,4)	1 (1)	1 (2,4)
Общее количество диагнозов	146 (106,6)	109 (113,5)	37 (90,2)

Артериальная гипертензия в качестве единственного диагноза, встречалась у 60,6% обследованных больных. Основные ССЗ (ИБС, ХСН, ОНМК) и фибрилляция (ФП) выявлены у 39,4% пациентов, из которых у 20,4% присутствовало не менее трех из вышеперечисленных диагнозов, два диагноза – в 13,1% и 4 диагноза – в 5,9%. В данной группе наиболее часто присутствовало сочетание ХСН и ишемической болезни сердца, которое встречалось у 40,7% пациентов. Определены наиболее значимые комбинации ССЗ: в 13% случаев – ИБС, ФП, ХСН; в 11,1% – ИБС; в 9,3% – фибрилляция предсердий и в 7,4% АГ сопровождалась развитием ХСН.

Выявлен значительный процент сопутствующей некардиальной патологии, определенный у 87,6% пациентов. Из 272 нозологий, имеющих у 120 больных, преобладали заболевания эндокринной системы, диагностированные в 23,9%. Заболевания мочевыводящей системы составили 16,5%, заболевания костно-мышечной и нервной системы – по 18,2%, заболевания ЖКТ – 11,8%, психической сферы – 5,1%, органов дыхания – 4,8%, крови – 4% и онкозаболевания – 2,2%. При этом, с нарастанием степени риска, увеличивалось количество не только ССЗ, но и другой соматической патологии (рис. 2).

Рисунок 2. Среднее количество диагнозов у пациентов с АГ



Лазебником Е.Б. был предложен математический индекс полиморбидности (общее число болезней/один пациент), который оценивает степень обремененности болезнями (или нозологической отягощенности) [6]. В общей группе пациентов с АГ индекс Лазебника составил 3,1 и увеличивался по мере нарастания степени риска: 2,3 – 2,3 – 3,2 достигая значения 5,5 в группе больных очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Поражение органов-мишеней выявлено у 108 пациентов с АГ. По данным ЭХОКГ – 24% (33 чел.) пациентов имели гипертрофию миокарда левого желудочка (ГЛЖ), в соответствии со значениями ИМЛЖ г/м². Снижение СКФ (СКД-ЕРІ) менее 60 мл/мин обнаружено у 22% (30 чел.). Не было выявлено преобладания по частоте вышеупомянутых поражений органов мишеней у женщин или мужчин: по ГЛЖ – 23% против 27% и СКФ – 24% и 17% соответственно. Различия количественных показателей ПОМ в группе мужчин и женщин достигали статистической значимости по уровню СКФ (табл. 2).

Таблица 2. Поражение органов мишеней у мужчин и женщин с АГ.

Показатели	В группе Me (LQ;HQ)	У женщин Me (LQ;HQ)	У мужчин Me (LQ;HQ)	P
КИМ, мм правая ОСА	1 (1;1,1)	1 (1;1,15)	1 (0,8;1,2)	0,91
КИМ, мм левая ОСА	1 (0,9;1,1)	1 (0,8;1,1)	1 (1;1,2)	0,43
ИМЛЖ, г/м ²	84,2(73,2;98,3)	84,8(71,9;98,8)	82,6 (75,1;96,8)	0,97
СКФ (СКД-ЕРІ), мл/мин/1,73 м ²	78,5 (61;93)	74 (61;88)	90 (62;98)	0,01

У 64,2% (88 чел.) по результатам дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий было выявлено увеличение толщины КИМ: у 76% (72 чел.) женщин и 39% мужчин (16 чел.)

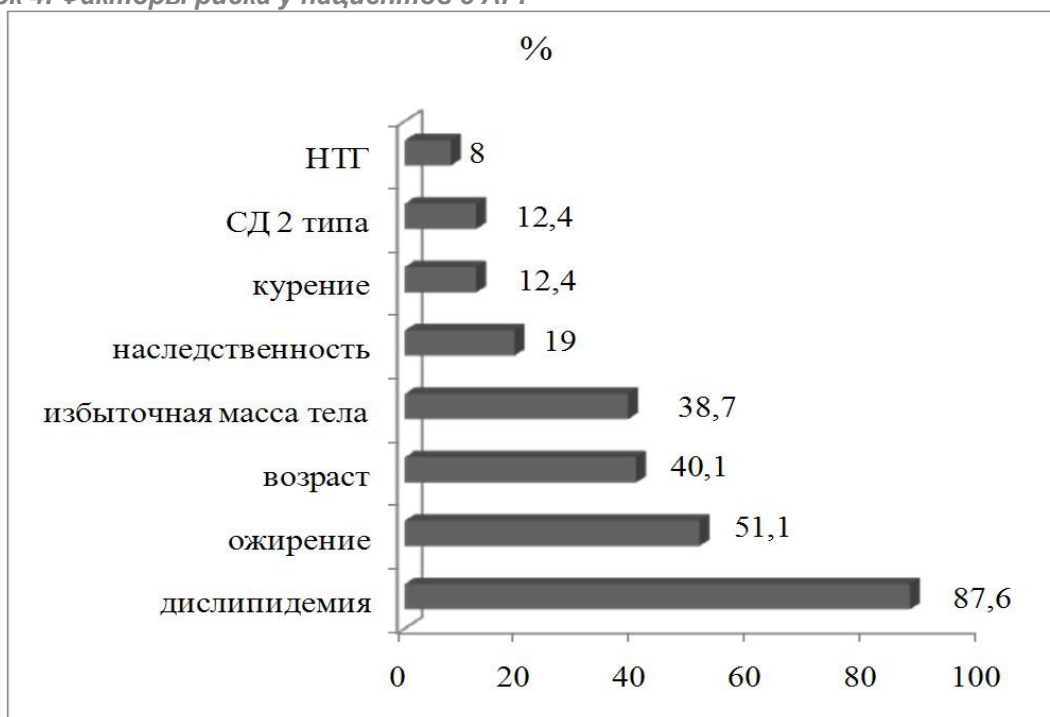
($\chi^2=16,2$; $p=0,001$). В этой группе пациентов, имеющих КИА $>0,9$, атеросклеротические бляшки в экстрацеребральных сосудах были обнаружены у 87,5% (63 чел.).

Рисунок 3. Частота атеросклеротических бляшек в экстрацеребральных сосудах.



Двустороннее поражение экстрацеребральных сосудов встречалось чаще, чем одностороннее – 57,1% (36 чел.) и 42,9% (27 чел.) соответственно, но данная разница не достигала статистической значимости. Распределение пациентов в зависимости от количества атеросклеротических бляшек, представлено на Рисунке 3. В основном преобладали пациенты (81%), имеющие 1 или 2 атеросклеротические бляшки и не было выявлено ни одного пациента с 4 бляшками.

Рисунок 4. Факторы риска у пациентов с АГ.



В группе пациентов с атеросклерозом (80 чел), выявлены различные локализации (и их сочетания) в экстрацеребральных сосудах: в бифуркации общей сонной артерии (ОСА) у 56,3%, в устье внутренней сонной артерии (ВСА) – 22,5%, в подключичной артерии (ПКА) – 18,8%, позвоночной артерии (ПА) – 2,5% и ОСА (вне зоны бифуркации) – 2,5%.

Определена частота факторов риска у пациентов с АГ, представленная на Рисунке 4.

Обращает на себя внимание значительный процент дислипидемии – 87,6% (120 чел.): у 85,4% женщин (82 чел.) и 92,7% мужчин (38 чел.) и данная разница не являлась значимой ($\chi^2=1,4$; $p=0,23$). В большей степени дислипидемия проявлялась повышенным уровнем ХС (≥ 5 ммоль/л), который присутствовал у 73,7% (101 чел.), ХС ≥ 6 ммоль/л – у 45,9% (63 чел.), ХС ≥ 7 ммоль/л – у 17,5% (24 чел.) и ХС ≥ 8 ммоль/л – 5,1% (7 чел.).

Средние показатели уровня липидов у женщин и мужчин приведены в Таблице 3. Данные количественные показатели липидов указывают на наличие значительной дислипидемии среди пациентов с АГ.

Таблица 3. Значения липидов в группе мужчин и женщин с АГ.

	В группе Me (LQ;HQ)	В группе Min - Max	У женщин Me (LQ;HQ)	У мужчин Me (LQ;HQ)	P
ОХС, ммоль/л	5,82 (4,95;6,85)	3,07-9,88	6 (5,13;6,88)	5,57 (4,8;6,09)	0,03
ЛПНП, ммоль/л	3,82 (3,11;4,56)	1,28-7,44	3,8 (3,11;4,77)	3,71 (3,07;4,26)	0,57
ЛПВП, моль/л	1,42 (1,16;1,78)	0,6-3,07	1,51 (1,2;1,89)	1,19 (1,05;1,68)	0,02
ТГ, ммоль/л	1,38 (0,99;2,02)	0,43-7,75	1,35 (0,96;1,94)	1,5 (1,05;2,3)	0,32

Большинство обследованных лиц (89,8%) имели ИМТ ≥ 25 кг/м², среди которых пациенты с ожирением преобладали по сравнению с пациентами, имеющими избыточный вес – 51,1% (70 чел.) против 38,7% (53 чел.) ($\chi^2=4,7$; $p=0,03$). При этом в группе больных с ожирением и избыточным весом не было выявлено преобладания женщин или мужчин: 54,2% против 43,9% соответственно ($\chi^2=1,21$; $p=0,27$) и 35,4% против 46,3% соответственно ($\chi^2=1,44$; $p=0,23$). Средний ИМТ у больных с АГ составил 30 (27-33) кг/м² и не отличался у женщин и мужчин – 30 (27-33) кг/м² и 29 (27-32) кг/м² ($p=0,29$).

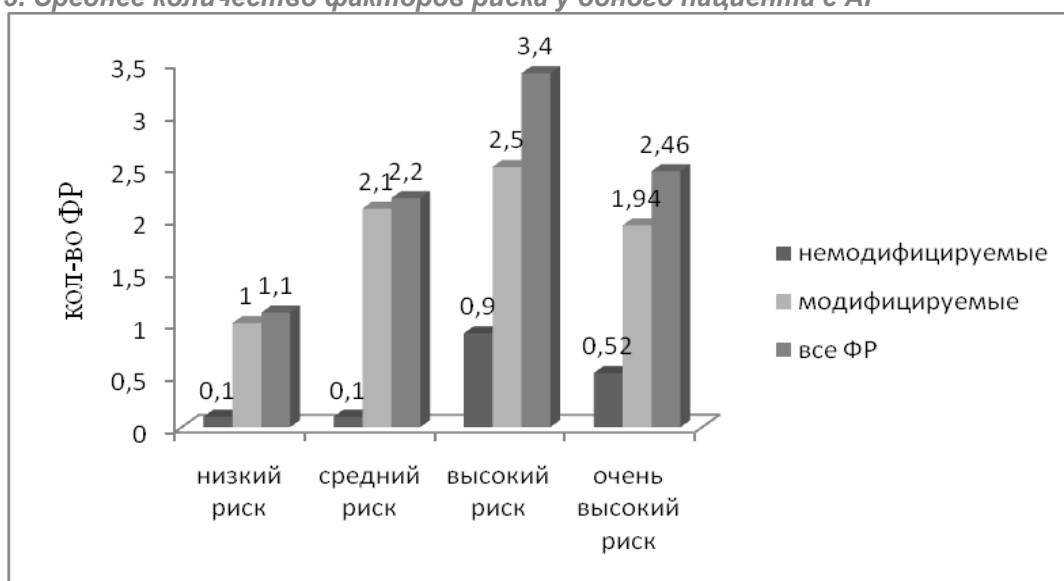
Немодифицируемый фактор риска – возраст присутствовал у 40,1% лиц (55 чел.): у 48,8% мужчин и 36,6% женщин ($\chi^2=1,82$; $p=0,18$). Неблагоприятная наследственность была выявлена у 19% пациентов: у 19,8% женщин и 17,1% мужчин.

Среди пациентов с АГ курильщиков было больше среди мужчин (в 5,6 раз), чем среди женщин – 29,3% и 5,2% ($\chi^2=15,3$; $p=0,0001$).

У 20,4% (28 чел.) выявлены нарушения углеводного обмена, включающие в себя нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и сахарный диабет 2 типа (СД). НТГ было диагностировано у 8% (11 чел.): 9,4% женщин и 7,3% мужчин. СД 2 типа был выявлен у 12,4% (17 чел.) в равной степени у женщин и у мужчин – 12,5% и 12,2% соответственно.

Количество ФР у одного больного с АГ составило 2,7, из которых значительная часть приходилась на модифицируемые, и меньшая часть на немодифицируемые факторы – 2,1 и 0,6 соответственно. Количество факторов риска отличалась у пациентов с различной степенью сердечно-сосудистого риска (рис. 5).

Рисунок 5. Среднее количество факторов риска у одного пациента с АГ



Обсуждение результатов

Оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями проводится на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 918н от 15.11.2012 года. Согласно данному документу, прием больных врачом кардиологом осуществляется при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию или при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях по направлению участкового терапевта. В приказе четко обозначена функция кардиологического кабинета. В частности, врач кардиолог проводит консультативную, диагностическую и лечебную помощь больным с ССЗ по направлению от участковых врачей и врачей других специальностей на основе стандартов медицинской помощи; выявляет и наблюдает больных с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений; осуществляет диспансерное наблюдение и лечение определенных нозологий (инфаркт миокарда в течение 12 мес., жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости, пороки сердца и крупных сосудов, перенесшие тромбоэмболии легочной артерий, инфекционный эндокардит, ХСН IV ФК,

первичная легочная гипертензия, стенокардия напряжения 3-4 ФК у лиц трудоспособного возраста); после применения высокотехнологичных методов лечения и с целью проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Относительно пациентов с артериальной гипертензией, диспансеризация проводится только в случае рефрактерной формы 2-3 степени. Во всех остальных случаях, диспансерное наблюдение больных с АГ и прочими ССЗ осуществляется в основном участковым терапевтом (в соответствии с Приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. №1344н.). Организация и порядок проведения диспансерного наблюдения детально изложены в соответствующих методических рекомендациях [3]. В целом, анализируя показания к консультации, только 17% пациентов с АГ различной степени риска имели необходимое обоснование (включая лиц с оформлением документации на медико-социальную экспертизу).

При направлении участковым терапевтом на консультацию 92% больных не имели необходимого лабораторного и инструментального обследования (в том числе и самых базовых, таких как электрокардиограмма, липидограмма). Каждому третьему пациенту (34%) диагноз АГ был поставлен впервые терапевтом, но при этом без рекомендации какой-либо гипотензивной терапии и необходимого обследования, пациент был направлен на консультацию с целью уточнения диагноза и получения дальнейших рекомендаций. У 98 больных (71,5%), на фоне ранее назначенной гипотензивной терапии, на приеме были зафиксированы повышенные уровни АД. Из них в группе, имеющих 1 степень АГ, было выявлено у 36,7% больных, 2 степень – у 48% и 3 степень – у 15,3% пациентов. Не были достигнуты целевые уровни АД у 74,6% больных с очень высокой степенью риска, высокой ССР – у 72,5%, средней и низкой степени ССР – у 62,5% и 57,1% соответственно.

Безусловно, контроль уровня АД является проблемой в ведении пациентов с гипертензией, имеющей различные взаимодействующие факторы, зависящие от всех сторон, вовлеченных в процесс лечения [2,1,7,5,4]. И данный факт, к сожалению, не стал исключением в процессе анализа исследуемой нами группы. Регулярную гипотензивную терапию принимали 53% (72 чел.) пациента: 70,8% женщин и только 9,8% мужчин. Всего 24,1% (33 чел.) принимали статины, из которых практически половина (15 чел.) на регулярной основе. И это при том, что большая часть относилась к группе высокого и очень высокого риска и раннее уже наблюдалась терапевтами.

При осмотре была определена средняя ЧСС в группе пациентов с АГ, которая составила 72 (70;84) уд/мин и не различалась у женщин и мужчин – 78 (70;84) уд/мин и 72 (68;84) уд/мин ($p=0,23$). При этом у 38% пациентов со стабильной стенокардией ЧСС также составила 72(69;88) уд/мин. А из тех пациентов, кто регулярно принимал препараты, назначенные терапевтом, стабильная стенокардия имела у 59,7%, но и в данной подгруппе средняя ЧСС также была 72 (66;85) уд/мин, при рекомендованной целевой ЧСС в 55-60 уд/мин. Очевидно выявлялась и терапевтическая инертность, проявляющаяся в отсутствии необходимой коррекции лечения в целом, включая рекомендации по

изменению образа жизни. Поэтому у всех пациентов потребовалось проведение коррекции терапии или ее назначение впервые.

Учитывая отсутствие необходимого лабораторного, инструментального, объективного обследования и недостаточно собранного анамнеза по выявлению ФР, изначально сформулированные диагнозы участковым терапевтом были представлены в неполном объеме и недоучитывали реальную степень сердечно-сосудистого риска, определенную в дальнейшем. Это, в свою очередь, также отразилось на результатах назначенной терапии и абсолютном отсутствии рекомендаций по изменению образа жизни с целью коррекции модифицируемых факторов риска.

В среднем было определено, что на 1 больного с АГ приходится 2,7 ФР и их количество увеличивалось со степенью сердечно-сосудистого риска, достигая максимальных значений в группе с третьей степенью (главным образом за счет присутствия модифицируемых факторов риска). У пациентов с очень высокой степенью ССР количество модифицируемых ФР было меньше, чем в группах высокого и среднего риска, что объяснимо приемом гиполипидемической терапии и снижением курения.

Проведенный анализ показал, что имеется неправильная организация амбулаторно-поликлинического приема «узкого» специалиста. Направление участковыми терапевтами на консультацию необследованных пациентов, приводит к нерациональному использованию рабочего времени врачом-кардиологом и дополнительным визитам пациента, значительно удлиняющим период получения квалифицированной медицинской помощи. Данная ситуация идет в разрез с положением статьи 18 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в котором предусмотрено право на охрану здоровья, которое согласно требованиям, обеспечивается оказанием доступной и качественной медицинской помощи. Реализация положений части 2 статьи 64 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ осуществляется на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) приказом Минздрава России от 07.07.2015 №422ан, в котором установлены критерии для оценки качества оказания медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара. К данным критериям качества относятся: установление клинического диагноза (на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи), а также включение в план обследования и план лечения критериев, включенных в стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения), имеющих частоту применения 1,0.

Возможно, что со вступлением в силу с 1.06.2017 года приказа Минздрава России от 15.07.2016 N 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» изменится сложившийся порядок ведения пациентов амбулаторно-поликлинического

звена, т.к. согласно данному приказу необходимо установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения. Однако, реализация данного положения на практике представляется проблематичной, учитывая неукомплектованность поликлиник не только участковыми терапевтами (в свою очередь неправильная организация работы которых, загруженность оформлением бумаг, сформировала принцип «диспетчерской»), но и врачами других специальностей.

Выводы

На амбулаторном кардиологическом приеме более 80% пациентов имеют АГ. Среди пациентов с АГ в 2,5 раза чаще встречаются женщины, чем мужчины. Возраст женщин в среднем на 7 лет старше, чем у мужчин. Основная доля лиц с АГ находится в возрастной группе от 50 до 70 лет. Среди факторов риска наиболее часто встречается дислипидемия, при этом 46% пациентов с данным ФР имеют уровень общего ХС больше 6 ммоль/л. В характере дислипидемии выявлены гендерные отличия: средний уровень ХС у женщин был выше, чем в группе мужчин. Ожирение и избыточная масса тела в совокупности выявлены у 90% больных с АГ, что при таком подходе определяет ведущее положение ИМТ более 25 кг/м² среди прочих факторов риска. Различий в частоте исследуемых факторов риска (дислипидемия, ожирение, возраст, избыточная масса тела, наследственность, СД и НТГ) в зависимости от пола выявлено не было, за исключением курения, которое значительно чаще встречалось у мужчин. Среди ПОМ изменения КИМ экстрацеребральных артерий наблюдалось более чем в 3 раза чаще по сравнению со снижением СКФ и ГЛЖ, и чаще встречалось у женщин. Выявлено недостаточное назначение терапевтами гиполипидемических препаратов пациентам в группах высокого риска и инертность в модификации гипотензивной терапии. Именно из-за недоучета ФР и ПОМ занижается степень сердечно-сосудистого риска, что может влиять на тактику проводимого лечения.

Список литературы

1. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. *Российский кардиологический журнал* 2006; (4): 45-50.
2. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваск. терапия и профилактика* 2014; 13 (4): 4-14.
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации. Сост. С.А. Бойцов, А.Г. Чучалин. М.: 2014. 112 с.
4. Лазебник Л.Б., Подкопаев Д.В., Комиссаренко И.А., Михеева О.М. Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению? *Артериальная гипертензия* 2011; 17 (3): 240-45.

5. Конради А.О., Полуничева Е. В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. *Артериальная гипертензия* 2004; 10 (3): 137-43.
6. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность. *Consil. med.* 2005; (12): 993-996.
7. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б., Штейнберг Л.Л. и др. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии ПИФАГОР IV (опрос пациентов с артериальной гипертензией). *Системные гипертензии* 2015; 12 (3): 11-18.
8. Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С., Марцевич С.Ю. и др. Сочетанные сердечно-сосудистые заболевания и антигипертензивное лечение у больных артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинической практике (по данным Регистра РЕКВАЗА). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2016; 12 (1): 4-15.
9. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России. *Аналитический вестник* 2015; 44 (597): 4-8.

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN CARDIOLOGIST AMBULATORY PRACTICE

Babanskaia E. B.

MD, PhD, Assistant Lecturer, Department of Family Medicine, E-mail: hoart-forst@yandex.ru

Menshikova L. V.

PhD, MD, DSc, Head, Department of Family Medicine, E-mail: larproff@yandex.ru

Menshikov M. L.

MD, PhD, Assistant Lecturer, Department of Family Medicine, E-mail: fam-med-igmapo@yandex.ru

ISMAPgE – Branch Campus of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia

Abstract

The article presents clinical characteristics of 137 patients with arterial hypertension (AH), send for the consultation with cardiologist by the local therapist. Analyzed are the completeness of the survey of this group (identification of risk factors, target organ damage, associated clinical disease) and appropriate therapy. Authors come to the conclusion that most patients with hypertension, had no indications for consultation and did not meet the existing level of cardiovascular risk determining the treatment.

Key words: arterial hypertension, clinical characteristics, risk factors, subclinical organ damage

Conflict of interest: None declared.

References

1. Shal'nova, S. A., Yu. A. Balanova, V. V. Konstantinov, and T. N. Timofeeva. "Arterial'naya gipertoniya: rasprostranennost', osvedomlennost', priem antigipertenzivnykh preparatov i ehffektivnost' lecheniya sredi naseleniya Rossijskoj Federacii. [Arterial hypertension: prevalence, awareness, antihypertensive pharmaceutical treatment, treatment effectiveness in Russian population]." *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal*, no. 4 (2006): 45-50.
2. Bojcov, S. A., Yu A. Balanova, and S. A. Shal'nova. "Ot imeni uchastnikov issledovaniya EHSSE-RF [On behalf of the participants in the ESEE-RF study]." *Kardiovask. terapiya i profilaktika* 13, no. 4 (2014): 4-14.

3. Bojcov, S. A., and A. G. Chuchalin, comps. *Dispansernoe nablyudenie bol'nyh hronicheskimi neinfekcionnymi zabolevaniyami i pacientov s vysokim riskom ih razvitiya: metodicheskie rekomendacii [Dispensary observation of patients with chronic non-communicable diseases and patients with a high risk of their development. Methodical recommendations]*. Moscow, 2014.
4. Lazebnik, L. B., D. V. Podkopaev, I. A. Komissarenko, and O. M. Miheeva. "Kak povysit' priverzhennost' bol'nyh arterial'noj gipertenziej k lecheniyu? [How to increase adherence of patients with arterial hypertension to treatment?]." *Arterial'naya gipertenziya* 17, no. 3 (2011): 240-45.
5. Konradi, A. O., and E. V. Polunicheva. "Nedostatochnaya priverzhennost' k lecheniyu arterial'noj gipertenzii: prichiny i puti korrekcii [Inadequate adherence to the treatment of hypertension: the causes and ways of correction]." *Arterial'naya gipertenziya* 10, no. 3 (2004): 137-43.
6. Lazebnik, L. B. "Starenie i polimorbidnost' [Aging and polymorbidity]." *Consil. med*, no. 12 (2005): 993-96.
7. Leonova, M. V., Yu B. Belousov, and L. L. Shtejnberg. "Rezultaty farmakoepidemiologicheskogo issledovaniya arterial'noj gipertonii PIFAGOR IV (opros pacientov s arterial'noj gipertoniej) [Results of pharmacoepidemiological study of arterial hypertension PIFAGOR IV (interview of patients with arterial hypertension)]." *Sistemnye gipertenzii* 12, no. 3 (2015): 11-18.
8. Luk'yanov, M. M., S. A. Bojcov, C. S. Yakushin, and S. Yu Marceovich. "Sochetannye serdechno-sosudistye zabolevaniya i antigipertenzivnoe lechenie u bol'nyh arterial'noj gipertoniej v ambulatorno-poliklinicheskoy praktike (po dannym Registra REKVAZA) [Combined cardiovascular diseases and antihypertensive treatment in patients with arterial hypertension in outpatient clinics (according to the data of the REKVAZA Register)]." *Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii* 12, no. 1 (2016): 4-15.
9. Chazova, I. E., and E. V. Oshchepkova. "Opyt bor'by s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v Rossii [Experience in combating cardiovascular diseases in Russia]." *Analiticheskij vestnik* 44, no. 597 (2015): 4-8.