

# ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.329/.33–008.17:616.379–008.64:618.173]–055.2–08 (045)

Оригинальная статья

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ ПРИ НАЛИЧИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА

**Т. М. Семикина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, соискатель кафедры госпитальной терапии лечебного факультета; **М. А. Куницына** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук; **Е. И. Кашкина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук.

## THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN MENOPAUSAL WOMEN SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS TYPE II

**T. M. Semikina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Hospital Therapy of Medical Faculty; **M. A. Kunitsyna** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Hospital Therapy of Medical Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **E. I. Kashkina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Hospital Therapy of Medical Faculty, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 30.09.2016 г.

Дата принятия в печать — 30.11.2016 г.

**Семикина Т. М., Куницына М. А., Кашкина Е. И.** Особенности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у женщин в период климактерия при наличии сахарного диабета второго типа. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12(4): 556–560.

**Цель:** разработать критерии выбора оптимальной тактики поддерживающей терапии неэрозивной ГЭРБ ингибиторами протонной помпы у женщин с наличием СД 2-го типа в период климактерия. **Материал и методы.** Под наблюдением находились 186 пациенток в возрасте 45–59 лет с наличием ГЭРБ, у которых СД2 был зарегистрирован в 46 случаях. Тяжесть менопаузального синдрома оценивали по индексу модифицированного менопаузального индекса, уровень гликолизированного гемоглобина определялся на анализаторе фирмы «Abbott» (США). **Результаты.** Установлено, что независимо от вида поддерживающей терапии у женщин с наличием СД2 в период климактерия длительность ремиссии ГЭРБ снижается прямо пропорционально повышению значений уровня HbA1c и индекса ММИ. **Заключение.** При слабой и умеренной выраженности климактерического синдрома ежедневный однократный прием омепразола в дозе 20 мг и «по требованию» дает сопоставимые результаты, в связи с чем у данной категории женщин преимуществом обладает режим «по требованию», так как снижает риск прогрессирования остеопороза и, следовательно, перелома костей. У женщин с тяжелым течением климактерия и уровнем HbA1c > 9,0% прием омепразола в дозе 20 мг ежедневно, через день и «по требованию» позволяет сохранить ремиссию заболевания в течение года не более чем в 30% случаев, однако выполнение рекомендаций врача по изменению образа жизни на 11 усл.ед. и более может увеличить этот показатель до 70%.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, климакс, сахарный диабет второго типа, поддерживающая терапия.

**Semikina TM, Kunitsyna MA, Kashkina EI.** The treatment of gastroesophageal reflux disease in menopausal women suffering from diabetes mellitus type II. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12(4): 556–560.

**Purpose:** to develop criteria for the selection of optimal tactics of supporting treatment of nonerosive gastroesophageal reflux disease with proton pump inhibitors in menopausal women suffering from diabetes mellitus type II. **Material and Methods.** 186 patients aged 45–59 who suffer from gastroesophageal reflux disease have been followed up, 46 of which suffer from diabetes mellitus type II as well. The climacteric syndrome's morbidity has been assessed in accordance with the modified menopause index; the level of glycated hemoglobin has been measured by the Abbott analyzer produced in the USA. **Results.** It is established that irrespective of the supporting treatment, the gastroesophageal reflux disease remittance was shorter in direct proportion with increase of the HbA1c level and the value of the modified menopause index in menopausal women suffering from diabetes mellitus type II. **Conclusion.** When the climacteric syndrome was mild or moderate, taking 20 mg Omeprazole once a day and "on demand" has comparable results, therefore this group of women prefer the "on demand" regimen as it lowers the risk of osteoporosis progression and further bone fracture. Taking 20 mg Omeprazole once a day, every other day, and "on demand" allows the disease remittance to prolong for a year and longer in less than 30% of women suffering from severe climacteric syndrome and having HbA1c > 9.0%; however, this number may grow up to 70% of women in case they follow medical advice and reduce their carbohydrate input to 11 carbohydrate units and less.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, climacteric syndrome, diabetes mellitus type II, supporting treatment.

**Введение.** В связи с хронической природой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в настоящее время необходимость проведения поддерживающей терапии после достижения ее клинической ремиссии считается общепризнанной. С этой целью, согласно современным рекомендациям, в большинстве случаев назначаются ингибиторы протонной помпы (ИПП) [1, 2]. Однако при их длительном применении может развиваться целый ряд побочных эффектов, среди которых можно выделить пневмонию, тромбоцитопению, недостаток витамина В12, переломы костей [3]. Последнее осложнение является наиболее актуальным для женщин в период климактерия в связи с нарастающими у них признаками остеопороза и угрозой перелома костей. В указанной фазе жизни женщин также существенно повышается риск развития сахарного диабета (СД) 2-го типа, что способствует прогрессированию остеопороза [4, 5]. Исследования показали, что применение омепразола у женщин в период климактерия в течение 2–3 недель для предотвращения рецидива ГЭРБ может увеличивать риск развития переломов костей в несколько раз [6, 7]. С учетом изложенного при проведении поддерживающей терапии у больных ГЭРБ женщин в период климактерия следует с осторожностью относиться к длительному назначению ИПП.

**Цель:** разработать критерии выбора оптимальной тактики поддерживающей терапии неэрозивной ГЭРБ ингибиторами протонной помпы у женщин с наличием СД 2-го типа в период климактерия.

**Материал и методы.** Под наблюдением в Саратовской областной клинической больнице находились 186 женщин в возрасте 45–59 лет с неэрозивной ГЭРБ, диагностика которой проводилась в соответствии с Клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ГЭРБ (2014) [1]. Среди данных пациенток СД 2-го типа, согласно классификации и критериям ВОЗ (2011), был установлен в 46 случаях. Степень тяжести менопаузального синдрома оценивалась по величине модифицированного менопаузального индекса (ММИ) со следующими градациями: слабая — 12–34 балла; умеренная — 35–58 баллов; тяжелая — >58 баллов. Показатели углеводного обмена: гликемический профиль, уровень гликолизированного гемоглобина (HbA1c) оценивали на анализаторе фирмы «Abbot» (США) стандартизированными наборами.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием «SPSS 17.0». Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, указывали среднее значение и среднее отклонение ( $M \pm m$ ). Для оценки достоверности использовался параметрический *t*-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ осуществляли с помощью критерия Спирмена.

**Результаты.** Необходимым условием предотвращения рецидивов ГЭРБ после достижения клинического эффекта и заживления эрозий является проведение медикаментозной поддерживающей терапии. В настоящем исследовании все больные были рандомизированы в три группы с разным режимом поддерживающей терапии ИПП — омепразолом (табл. 1).

Анализируя представленные в табл. 1 данные, можно отметить, что на фоне ежедневного приема омепразола в дозе 20 мг легкой и средняя тяжесть менопаузального синдрома оказывает незначительное влияние на длительность ремиссии. Так, при отсутствии менопаузального синдрома (ММИ < 12 ед.) ремиссия ГЭРБ в течение года сохранялась в 86,5% случаев; слабая выраженность ММИ (12–34 ед.) фиксировалась у 80,2% женщин; умеренная (35–58 ед.) — у 76,8% находившихся под наблюдением. Однако на фоне тяжелого климактерического синдрома частота сохранения ремиссии снижалась до 68,5% и достигала статистически значимых различий с группой контроля (отсутствие климактерического синдрома). При поддерживающей терапии в виде приема омепразола в дозе 20 мг через день ситуация существенно меняется. Как следует из табл. 1, при данном режиме уже на фоне средней выраженности менопаузального синдрома частота сохранения ремиссии не превышает 47,4%, а при тяжелом течении климакса снижается до 32,6%. Важно отметить, что терапия «по требованию» вообще неприемлема у женщин с климактерическим синдромом средней и тяжелой формы. В этом случае частота сохранения ремиссии ГЭРБ в течение года не превышает 20%.

Наиболее наглядно влияние тяжести климактерического синдрома на эффективность различных видов поддерживающей терапии отражает рисунок. Он показывает, что при легкой и средней тяжести климактерического синдрома вероятность сохранения ремиссии ГЭРБ имеет одинаковые значения при приеме омепразола через день и «по требованию» — 47,4 и 44,2% соответственно ( $p > 0,05$ ). В связи с этим у данной категории женщин для снижения прогресси-

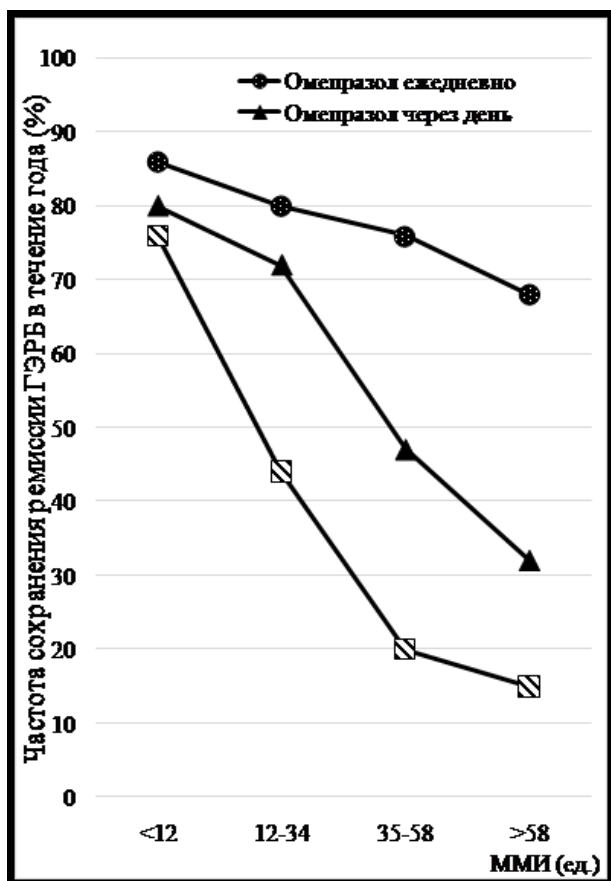
Таблица 1

Частота сохранения ремиссии ГЭРБ в течение одного года с учетом вида поддерживающей терапии у женщин 45–59 лет

Тяжесть менопаузального синдрома по величине индекса ММИ (ед.)	n	Частота сохранения ремиссии ГЭРБ с учетом режима поддерживающей терапии (%)		
		Омепразол 20 мг ежедневно n=52	Омепразол 20 мг через день n=74	Омепразол 20 мг «по требованию» n=60
<12 (отсутствует)	44	86,5	80,3	76,6
12–34 (слабая)	53	80,2	72,6	44,2
35–58 (умеренная)	60	76,8	47,4*	20,6*
>58 (выраженная)	29	68,5*	32,6*	15,2*

Примечание: \* — достоверность различий с первой группой женщин ( $p < 0,05$ ); .. — достоверность различий между ежедневным приемом омепразола и «по требованию».

Ответственный автор — Семикина Татьяна Михайловна  
Тел.: 89173173116  
E-mail: pelagia83@mail.ru



Влияние тяжести климактерического синдрома на эффективность различных режимов поддерживающей терапии

рования остеопороза вследствие регулярного приема ИПП через день и, как следствие, увеличения вероятности переломов костей оптимальным режимом может быть прием омепразола «по требованию».

Влияние СД 2-го типа на эффективность различных видов поддерживающей терапии ГЭРБ оценивалось при наличии и отсутствии климактерического синдрома (табл. 2).

Анализируя представленные в табл. 2 данные, можно отметить, что наличие СД 2-го типа в целом снижает длительность ремиссии ГЭРБ независимо от режима поддерживающей терапии, но данный эффект гораздо менее выражен, чем при наличии у женщин климактерического синдрома. Так, на фоне ежедневного приема омепразола при повышении уровня НbA1с с 7 до 9% и более частота сохранения

ремиссии ГЭРБ в течение года снижается с 82,4 до 61,6%, т.е. на 20,4%, в то время как при аналогичных условиях при увеличении тяжести климатерия — с 62,6 до 20,7%, т.е. на 41,3% (различия статистически значимы,  $p < 0,05$ ). Аналогичная тенденция наблюдается и при приеме омепразола один раз в день и «по требованию».

В настоящем исследовании проанализировано, в какой мере полнота выполнения рекомендаций врача по изменению образа жизни оказывает влияние на длительность сохранения ремиссии ГЭРБ у женщин с наличием СД 2-го типа в период климактерия. В табл. 3 представлены рекомендации по изменению образа жизни больным ГЭРБ и полнота выполнения этих рекомендаций в течение одного года наблюдения.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что в полном объеме придерживались рекомендаций врача в среднем не более 32,4% опрошенных; полностью не выполняли рекомендации 22,7%; частично 44,9%. При более детальном анализе установлено, что более полное выполнение рекомендаций врача оказалось характерным для женщин с наличием климакса и сахарного диабета, чем для группы больных с изолированным течением ГЭРБ: 37,5 и 24,8% опрошенных соответственно. Женщины с сочетанием ГЭРБ и СД 2-го типа чаще соблюдали пищевой режим, чем в группе с отсутствием СД 2-го типа. Наиболее часто находившиеся под наблюдением женщины выполняли такую рекомендацию, как спать с приподнятым изголовьем (60,5% опрошенных), а наиболее редко — отказывались от жирной пищи и кофе.

В ходе дальнейшего исследования нами сопоставлен процент выполнения рекомендаций врача с длительностью сохранения ремиссии ГЭРБ у женщин в период климактерия с отсутствием и наличием СД 2-го типа (табл. 4). Полнота выполнения рекомендаций врача, представленная в табл. 4, оценивалась по следующей методике. Полное выполнение рекомендаций оценивалось 2 усл.ед., частичное — 1 усл.ед., игнорирование в целом — 0 усл.ед. При данном подходе женщины, которые в полном объеме выполняли рекомендации врача, имели 18 усл.ед., а полностью не выполнявшие — 0 усл.ед.

При анализе данных, представленных в табл. 4, в первую очередь обращает на себя внимание то, что полнота выполнения рекомендаций врача является значимым фактором для сохранения длительности ремиссии в анализируемых группах. Так, у больных ГЭРБ на фоне приема омепразола ежедневно и выполнения рекомендаций врача на 11 и более усл.ед.

Таблица 2

Частота сохранения ремиссии ГЭРБ в течение одного года с учетом вида поддерживающей терапии у женщин с наличием СД 2-го типа на фоне отсутствия и наличия климактерического синдрома

Уровень НbA1с перед началом лечения (%)	n	Частота сохранения ремиссии ГЭРБ с учетом режима поддерживающей терапии (%)					
		Омепразол 20 мг ежедневно n=52		Омепразол 20 мг через день n=74		Омепразол 20 мг «по требованию» n=60	
		ММИ <12	ММИ >12	ММИ <12	ММИ >12	ММИ <12	ММИ >12
<6%	18	82,4	62,6	78,2	54,7	72,5	40,3
6–12%	22	73,5	49,1	70,4	43,2	66,1	45,7
>12%	6	61,6	20,7*..	68,8	38,4*..	59,7	26,4*..

Примечание: \* — достоверность различий с уровнем НbA1с <7% ( $p < 0,05$ ); .. — достоверность с группой без климактерического синдрома ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3

**Выполнение рекомендаций врача по изменению образа жизни в период ремиссии ГЭРБ женщинами с наличием климактерического синдрома и СД 2-го типа**

Рекомендации врача		Выполнение рекомендаций					
		полное		частичное		не выполнялись	
		ГЭРБ n=140	ГЭРБ+СД2 n=46	ГЭРБ n=140	ГЭРБ+СД2 n=46	ГЭРБ n=140	ГЭРБ+СД2 n=46
Отказ	от курения	-	-	67,1	73,1	32,9	26,9
	от обильного приема пищи	18,4	22,6	69,5	60,3	12,1	16,7
	от кофе	31,8	49,7*	68,2	40,0	1,3	4,3
	от жирной пищи	24,3	41,8*	60,7	43,5	16,0	14,7
	от газированных напитков	11,6	43,2*	72,2	38,2*	16,6	18,6
	от приема пищи на ночь	19,7	25,5	49,2	30,4	31,1	44,1
Избегать	нагрузок на мышцы брюшного пресса	21,1	31,6	59,7	66,3	8,7	12,6
	приема нестероидных противовоспалительных средств, нитратов, антидепрессантов	13,9	20,6	16,7	18,8	69,4	60,6
	наклонов вперед после приема пищи, сна	40,8	37,4	21,6	18,9	37,6	43,7
	спать с приподнятым изголовьем кровати	62,5	58,7	18,6	20,9	16,2	20,4

Примечание: \* — достоверность между группами (p<0,05).

Таблица 4

**Частота сохранения ремиссии ГЭРБ в течение одного года с учетом вида поддерживающей терапии и полноты выполнения рекомендаций врача по изменению образа жизни**

Полнота выполнения рекомендаций врача по изменению образа жизни в анализируемых группах		n	Частота сохранения ремиссии ГЭРБ с учетом режима (%)		
			Омепразол 20 мг ежедневно n=52	Омепразол 20 мг через день n=74	Омепразол 20 мг «по требованию» n=60
ГЭРБ	<5 усл.ед.	41	59,2*	42,8	31,7
	6–10 усл.ед.	74	68,4	72,2*	60,7*
	>11 усл.ед.	25	86,7	82,4	80,6*
ГЭРБ + СД2	<5 усл.ед.	12	63,2	50,8	27,3
	6–10 усл.ед.	26	69,9	68,5	50,6*
	>11 усл.ед.	8	82,6	80,7*	78,4*

Примечание: \* — достоверность различий с группой выполнявших рекомендации врача на 11 и более усл.ед. (p<0,05).

ремиссия заболевания сохранялась в течение года в 86,7% случаев, при выполнении рекомендаций <5 усл.ед. — только у 53,2% женщин (p<0,05). Аналогичная зависимость обнаруживалась и при сочетании ГЭРБ и СД 2-го типа. В тех случаях, когда больные ГЭРБ принимали омепразол через день на фоне выполнения рекомендаций >11 усл.ед., ремиссия сохранялась у 82,4% женщин, при изменении образа жизни менее чем на 5 усл.ед. — в 42,8% случаев.

Суммируя полученные данные, можно констатировать, что у женщин в период климактерия при выполнении рекомендаций врача по изменению образа жизни более чем на 11 усл.ед. на фоне приема омепразола «по требованию» в качестве поддерживающей терапии можно достигнуть сопоставимой длительности ремиссии ГЭРБ с режимами приема омепразола ежедневно и через один день, что снижает риск прогрессирования остеопороза.

**Обсуждение.** При режиме поддерживающей терапии «по требованию» на фоне умеренной деком-

пенсации углеводного обмена (HbA1c в пределах 7–9%) и отсутствии климактерического синдрома частота сохранения ремиссии у женщин с отсутствием климактерического синдрома составляет 70,4%; при его наличии — 43,2% (p<0,05).

В период климактерия у женщин с наличием СД 2-го типа снижение эффективности противоревматического лечения ГЭРБ требует назначения повышенных доз омепразола и увеличивает риск прогрессирования остеопороза. В данной ситуации особое значение приобретает немедикаментозная составляющая поддерживающей терапии, к которой относятся изменение образа жизни пациента, направленное на исключение факторов риска обострения заболевания.

Установленным в ходе проведенного исследования является тот факт, что при выполнении рекомендаций врача более чем на 11 усл.ед. длительность сохранения ремиссии дает сопоставимые результаты независимо от вида поддерживающей терапии.



В частности, у больных ГЭРБ женщин с отсутствием СД2, принимавших омепразол ежедневно, ремиссия в течение года сохранялась в 86,7% случаев, при приеме омепразола через день — у 82,4% больных, а на фоне его приема «по требованию» данный показатель составил 80,6% (различия статистически не значимы,  $p > 0,05$ ). Аналогичные результаты получены и у больных при сочетании «ГЭРБ + СД 2-го типа». В этой группе на фоне ежедневного приема у больных ремиссия в течение года отмечена у 82,6% женщин, при приеме через день — у 80,7%, «по требованию» — в 78,4% случаев ( $p > 0,05$ ).

#### Выводы:

1. Независимо от вида поддерживающей терапии у женщин с наличием СД 2-го типа в период климактерия длительность ремиссии неэрозивной ГЭРБ снижается прямо пропорционально повышению значений уровня HbA1c и индекса ММИ.

2. При назначении поддерживающей терапии ГЭРБ женщинам с тяжелым течением климактерия и наличием СД 2-го типа необходимо учитывать, что прием омепразола в дозе 20 мг ежедневно, через день и «по требованию» позволяет сохранить ремиссию заболевания в течение года не более чем в 30% случаев, однако при выполнении рекомендаций врача по изменению образа жизни на 11 усл.ед. и более этот показатель может быть увеличен до 70%.

**Конфликт интересов** не заявляется.

**Авторский вклад:** концепция и дизайн исследования, получение и обработка данных, анализ и интерпретация результатов — Т.М. Семикина,

М.А. Куницына; написание статьи, утверждение рукописи — Т.М. Семикина, М.А. Куницына, Е.И. Кашкина.

#### References (Литература)

1. Ivashkin VT, ed. Gastroesophageal Reflux Disease: clinical guidelines on diagnosis and therapy; Russian Gastroenterological Association. Moscow, 2014; 23 p. Russian (Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические рекомендации по диагностике и лечению; Российская гастроэнтерологическая ассоциация / под ред. В.Т. Ивашкина. М., 2014; 23 с.).
2. Simanenkov VI, Tikhonov SV. Maintenance treatment of patients with Gastroesophageal Reflux Disease. Pharmateca. Gastroenterology / Hepatology 2014; (2): 1–6. Russian (Симаненков В.И., Тихонов С.В. Поддерживающее лечение у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Фарматека. Гастроэнтерология / Гепатология 2014; (2): 1–6).
3. Larina NN, Levitan BN. Gastroesophageal Reflux Disease: manual. Astrakhan: AGMA, 2013; 40 p. Russian (Ларина Н.Н., Левитан Б.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учеб. пособие. Астрахань: АГМА, 2013; 40 с.).
4. Pace F, Tonini M, Pallotta S. Systematic review: maintenance treatment of gastroesophageal reflux disease with proton pump inhibitors taken "on-demand". Aliment. Pharmacol. Ther 2007; 26 (2): 195–204.
5. Yang YX, Metz DC. Safety of treatment with proton pump inhibitors. Clinical Gastroenterology and Hepatology [Russian edition] 2010; 3 (6): 342–353. Russian (Янг Ю.С., Мец Д.С. Безопасность лечения ингибиторами протонной помпы. Клиническая гастроэнтерология и гепатология [Русское издание] 2010; 3 (6): 342–353).
6. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol 2013; 108: 308–328.
7. Modlin IM, Hunt RH, Malfertheiner P, et al. Nonerosive reflux disease — defining the entity and delineating the management. Digestion 2008; 78 (1): 1–5.

УДК 616.12–008.331.1

Оригинальная статья

### ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ПРИ ПОМОЩИ СТРУКТУРИРОВАННОГО ОПРОСНИКА (НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИКИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

**С. Н. Герасимов** — ГУЗ СО «Красноармейская РБ», заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения; **А. С. Коротин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ» им. В.И. Разумовского Минздрава России, НИИ кардиологии, отдел продвижения новых кардиологических информационных технологий, аспирант; **И. Н. Александрова** — ГУЗ «Энгельсская городская поликлиника №4», заместитель главного врача по организационно-методической работе; **Ю. В. Попова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, НИИ кардиологии, отдел продвижения новых кардиологических информационных технологий, научный сотрудник, кандидат медицинских наук.

### EVALUATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AT PRIMARY CARE UNITS USING STRUCTURED QUESTIONNAIRES (A POLYCLINIC OF THE SARATOV REGION AS AN EXAMPLE)

**S. N. Gerasimov** — Krasnoarmeysk Regional Hospital, Deputy Head Doctor for Medical Care of Population; **A. S. Korotin** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Scientific Research Institute of Cardiology, Department of New Cardiologic Informational Technologies, Post-graduate; **I. N. Alexandrova** — Engels City Polyclinic №4, Deputy Head Doctor for Organization and Methodic Work; **Yu. V. Popova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Scientific Research Institute of Cardiology, Department of New Cardiologic Informational Technologies, Research Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 20.10.2016 г.

Дата принятия в печать — 30.11.2016 г.

**Герасимов С. Н., Коротин А. С., Александрова И. Н., Попова Ю. В.** Оценка лечения больных артериальной гипертензией в первичном звене при помощи структурированного опросника (на примере поликлиники Саратовской области). Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (4): 560–565.

**Цель:** изучить при помощи структурированного опросника лечение артериальной гипертензии (АГ) в поликлинике Саратовской области с позиции больного. **Материал и методы.** Интервьюированы 83 больных с диагнозом АГ (возраст  $64,6 \pm 9,6$  года, 70% женщины), обратившихся в поликлинику рабочего поселка Саратовской области с 01.07.2015 г. по 31.07.2015 г. Использовался опросник для больных с повышенным артериальным давлением (АД), предложенный С. Н. Герасимовым и соавт. (2015). Опросник содержал 16 вопросов по разделам: осведомленность больных АГ о заболевании и факторах риска; самоконтроль АД; проводимое лечение; приверженность терапии; обращения за медицинской помощью. **Результаты.** Большинство опрошенных