

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

(90%) ранее знали о повышении АД. У 94% респондентов имелся тонометр; 84% больных АГ измеряли АД не реже 1 раза в неделю, из них 54% ежедневно. Регулярно принимали антигипертензивные препараты 88% опрошенных. Приверженными, по шкале Мориски — Грина, были 36% больных; 92% ранее получали хотя бы один совет по изменению образа жизни; 82% пациентов получали рекомендации по питанию; 66% — по контролю за весом, 55% — по физической нагрузке. Беседа о вреде курения и алкоголя проводилась с 28% и 26% больных АГ соответственно; 62,7% больных АГ были заинтересованы в специальной программе наблюдения. **Заключение.** Установлены высокая частота самоконтроля АД и осведомленность об основных немедикаментозных лечебных мероприятиях, низкая приверженность пациентов назначенной антигипертензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, первичное звено, лечение, структурированный опросник.

Gerasimov SN, Korotin AS, Alexandrova IN, Popova YuV. Evaluation of treatment of patients with essential hypertension at primary care units using structured questionnaires (a polyclinic of the Saratov region as an example). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (4): 560–565.

The aim of the article is to assess patients' view on the treatment of hypertension in polyclinic located in the Saratov region using structured questionnaires. *Material and Methods.* 83 patients (aged 64.6±9.6 years, males 30%) with the diagnosis of essential hypertension who referred to the polyclinic of workers settlement of the Saratov region during the period from July 1, 2015 to July 7, 2015 were interviewed. The questionnaire for patients with elevated blood pressure (BP) developed by S. N. Gerasimov et al. (2015) was used. The questionnaire included 16 questions organized in the following panels: awareness of hypertension and risk factors, BP self-monitoring, conducted treatment, compliance to therapy, referrals to medical care. *Results.* 90% of the interviewed patients have known previously about BP elevation; 90% of respondents have had a tonometer; 84% of hypertensives measured BP no rare then once a week, and 54% did it daily; 88% of enrollers regularly take antihypertensive drugs. Only 36% of patients could be classified as compliant to therapy according the Morisky — Green scale (had 4 points). 92% of respondents have received one or more advice on lifestyle modification: 82% — advice on eating, 66% — advice on weight reduction, 55% — advice on physical activity, 28% — advice on smoking cessation, 26% — advice on alcohol consumption. 62.7% of patients were interested in organization of special follow-up program. *Conclusion.* High frequency of BP self-measurement was identified together with low compliance of patients to antihypertensive therapy, good knowledge on non-pharmacologic treatment interventions.

Key words: arterial hypertension, primary care, treatment, structured questionnaire.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Даже с учетом многообразия гипотензивных препаратов только у трети пациентов в Европе удается добиться стабильного снижения артериального давления (АД) до целевых цифр [1]. По данным Российского регистра АГ, организованного по заданию Министерства здравоохранения РФ, целевое АД достигнуто у 44% больных АГ [2].

Низкая частота достижения целевого АД в значительной мере обусловлена недостаточной приверженностью пациентов лечению. По результатам исследования «РЕЛИФ» («РЕгулярное Лечение И профилактика»), опубликованным в 2008 г., только 3,3% пациентов не допускают пропуска приема лекарственных препаратов, а более 50% больных АГ принимают препараты лишь при повышении АД [3]. По данным исследования, проведенного в одном из кардиодиспансеров г. Москвы, 25,1% пациентов спустя 6 месяцев после первичной консультации регулярно не принимают гипотензивные препараты. Основными причинами нерегулярного приема гипотензивных препаратов стали хорошее самочувствие и забывчивость пациента (73 и 30,9% соответственно). Реже, в 21,7% случаев, причиной нерегулярного лечения являлась высокая стоимость лечения. В группе регулярного приема гипотензивных препаратов целевого АД удалось достигнуть у 32,3% больных. У пациентов, нерегулярно принимающих лекарственные препараты, целевые цифры АД встречаются реже в 2 раза — в 15,8% случаев [4]. Примечательно, что оба упомянутых исследования свидетельствуют о том, что стоимость антигипертензивных препаратов не является главной причиной неоптимального лечения.

Одним из факторов, приводящих к снижению приверженности, является отсутствие регулярной об-

ратной связи между пациентом и врачом. Польза от увеличения числа активных контактов лечащего врача с больными АГ (в том числе дистанционных) продемонстрирована в работе, проведенной в Саратове: с 13 до 77% увеличилось количество пациентов, достигших целевого АД после 12 месяцев участия в программе дистанционного мониторинга на основе текстовых сообщений мобильной связи [5]. В данном исследовании удалось организовать регулярное получение структурированной информации об уровне артериального давления, курении и массе тела. Данное исследование было организовано на базе одного из стационаров кардиологического профиля. Однако большинство пациентов с АГ обращаются в учреждение первичного звена, где затруднительно организовать подобную систему наблюдения вследствие различных факторов, связанных с ограниченностью как финансовых, так и кадровых ресурсов. В связи с этим представляет интерес разработка инструмента, позволяющего проводить систематическое получение структурированной информации от больного в рамках стандартного визита пациента к врачу — участковому терапевту или кардиологу поликлиники.

Ранее специалистами первичного звена под руководством сотрудников Саратовского НИИ кардиологии был разработан опросник для оценки у пациентов с повышенным артериальным давлением осведомленности о заболевании, факторах риска, лечении и контроле АД [6].

Цель: изучение при помощи структурированного опросника лечения артериальной гипертензии (АГ) в поликлинике Саратовской области с позиции больного.

Материал и методы. Проведен опрос 83 больных АГ (средний возраст 64,6±9,6 года, 70% женщины), последовательно обратившихся за медицинской помощью в поликлинику рабочего поселка Саратовской области в период с 01.07.2015 г. по 31.07.2015 г. Критерии включения: возраст ≥18 лет, диагноз АГ в амбулаторной карте, постоянное проживание на территории обслуживания поликлиники. Критерий исключения: вторичная АГ. Еще 5 пациентов, соот-

Ответственный автор — Попова Юлия Викторовна
Тел.: (8452) 393978
E-mail: doctorup@mail.ru

ветствующих критериям включения / исключения отказались от участия в интервью. Использовался амбулаторный опросник для больных с повышенным артериальным давлением (АД), предложенный С. Н. Герасимовым и соавт. (2015) [6]. Опросник содержал 16 вопросов, сгруппированных по разделам: осведомленность больных АГ о заболевании и факторах риска; самоконтроль АД; проводимое лечение; приверженность антигипертензивной терапии; обращения за медицинской помощью. Для оценки приверженности лечению использовалась шкала Мориски — Грина. Для выявления избыточного употребления алкоголя заимствован опросник CAGE. Всем больным также был задан вопрос «Вы хотели бы принять участие в специальной программе наблюдения для больных с повышенным давлением?», чтобы выявить их заинтересованность в подобной инициативе. Участие в интервью было анонимным.

Результаты. Данные опроса приводятся в таблице.

В ходе исследования удалось установить, что 90% опрошенных больных АГ ранее знали о повышении АД. Почти у каждого пациента (94%) дома имелся аппарат для измерения АД. Более половины (54%) обратившихся за помощью контролируют уровень АД ежедневно; 30% больных делают это каждую неделю. Лишь 5% принявших участие в опросе пациентов измеряют уровень АД реже одного раза в месяц. Из числа респондентов 88% сообщили, что регулярно принимают антигипертензивные препараты. Согласно же шкале приверженности Мориски — Грина лишь 36% больных могут считаться приверженными, 13% оказались недостаточно приверженными, 51% — не приверженными лечению.

Чаще других для лечения АГ пациенты принимали иАПФ или АРА — их получали более 70% опрошенных больных. Остальные группы препаратов ис-

Результаты структурированного опроса больных АГ, обратившихся в поликлинику Саратовской области

Параметр	Значение
Возраст, лет (M±SD)	64,6±9,6
Мужской пол, %	30
Осведомленность о повышении давления, %:	
знают	90,4
не знают	7,2
затруднились ответить	2,4
Наличие тонометра, %	94
Частота самостоятельного измерения давления, %:	
каждый день	54,2
не каждый день, но каждую неделю	30
не каждую неделю, но каждый месяц	11
реже, чем 1 раз в месяц, но чаще, чем 1 раз в 3 месяца	2,4
реже, чем 1 раз в 3 месяца	2,4
затруднились ответить	0
Прием антигипертензивных препаратов в течение последних 12 месяцев, %:	
регулярно	88
эпизодически	12
Среднее количество принимаемых препаратов, абс. (M±SD)	1,8±0,96
иАПФ, %	43,4
АРА, %	30,2
Бета-блокаторы, %	32,1
Диуретики, %	32,1
Антагонисты кальция, %	37,7
Приверженность проводимой терапии (шкала Мориски — Грина), %:	
приверженные (4 балла)	36,2
недостаточно приверженные (3 балла)	13,3
не приверженные (≤2 баллов)	50,5
Число госпитализаций за последние 12 месяцев, %:	
три и более	2,4
две	3,6
одна	20,5
ни одной	73,5

Окончание таблицы

Параметр	Значение
Число вызовов СМП за последние 12 месяцев, %:	
три и более	11,1
два	8,5
один	22
ни одного	58,5
Советы по изменению образа жизни, %:	
питание	81,9
физическая нагрузка	55,4
снижение веса	66,3
отказ от курения	27,7
снижение употребления алкоголя	26,3
ни одного совета	8,4
Курение, %	8,4
Употребление алкоголя, %:	
никогда	34
1 раз в месяц или реже	41
2–4 раза в месяц	4
2–3 раза в неделю	1
4 или более раз в неделю	0
затруднились ответить	3
Заинтересованы в специальной программе наблюдения, %	62,7

пользовались со сравнительно одинаковой частотой: 32% пациентов регулярно принимали бета-блокаторы, столько же — диуретики, 38% больных получали антагонисты кальция.

Несмотря на проводимое медикаментозное лечение, 42% больных вынуждены были хотя бы один раз в течение года вызвать скорую помощь по поводу дестабилизации состояния, а 26% пациентов были госпитализированы в связи с кардиальной патологией.

Большинство пациентов (92%) сообщили, что ранее получали рекомендации по изменению образа жизни. Чаще всего рекомендации касались характера питания и веса: 82% пациентов получали рекомендации по питанию, а 66% по контролю за весом. Рекомендовано изменить объем физических нагрузок 55% больных. Беседа о вреде курения и алкоголя проводилась с 28% и 26% больных АГ соответственно. При этом среди опрошенных лишь 8,4% пациентов курили, 6% употребляли алкогольные напитки чаще одного раза в месяц, но ни один не принимал высоких доз алкоголя.

Принять участие в специальной программе наблюдения для больных с повышенным АД изъявили ≈63% пациентов.

Обсуждение. Исследование показало, что пациенты с АГ, посещающие поликлинику, хорошо осведомлены о своем заболевании и осуществляют тщательный самоконтроль проводимого лечения: имеют дома тонометр и регулярно измеряют АД. Полученные результаты совпадают с данными исследования РЕЛИФ, проведенного в 2006 г., и даже превосходят их по частоте самоконтроля АД: 68,5% участников исследования РЕЛИФ, измерявших АД не реже одного раза в неделю, против 84% пациентов в насто-

ящем исследовании [7]. Информация о результатах самоизмерений АД, безусловно, должна использоваться лечащим врачом поликлиники для контроля эффективности проводимой терапии и определения прогноза пациента. Согласно последним европейским клиническим рекомендациям по АГ, домашний мониторинг АД позволяет более точно, чем офисные измерения АД, предсказать возникновение сердечно-сосудистых заболеваний и смерть от них. Данный метод рекомендуется использовать в первичном звене здравоохранения для оптимизации динамического наблюдения [8].

Несмотря на возросшее внимание пациентов к уровню своего АД, проведенный опрос показал, что большинство больных АГ все же недостаточно привержены медикаментозному лечению. Почти 2/3 участников набрали ≤3 баллов по шкале Мориски — Грина, и лишь 36% опрошенных могли считаться приверженными терапии. Этот результат совпадает с данными исследования АРГУС-2, проведенного еще 10 лет назад, где 4 балла по шкале Мориски — Грина набрали 37% больных [9]. Можно сделать вывод, что приверженность лечению — наиболее сложно решаемая проблема долгосрочного лечения больных АГ в первичном звене и действенные методы повышения приверженности все еще не внедрены в клиническую практику.

Большинство больных АГ (≈92%), участвовавших в опросе, получили в поликлинике один или несколько советов по оздоровлению образа жизни. Чаще всего (≈82% больных) врачи говорили о принципах рационального питания. Две трети пациентов сообщили, что им советовали снизить вес. Совет по физической активности получили более половины участников ис-

следования. Беседа о рациональном употреблении алкоголя и вреде курения проведена у трети больных. Несмотря на то что врачи в поликлинике уделяют внимание отдельным немедикаментозным методам лечения, этого все же недостаточно. Согласно действующим клиническим рекомендациям все пациенты с диагнозом АГ должны получить рекомендации по всем упомянутым факторам риска [8, 10]. Более того, необходимо тщательно контролировать динамику параметров образа жизни в ходе динамического наблюдения в поликлинике, поскольку изменение образа жизни — процесс длительный, сложно контролируемый, требующий от пациента значительных волевых усилий. Вследствие слабой мотивации пациентов, быстрой утраты заинтересованности проводимые мероприятия по модификации образа жизни часто не способствуют достижению ощутимого результата, который был бы сопоставим с эффективностью правильно подобранной медикаментозной терапии. Тем не менее контроль факторов образа жизни убедительно доказал пользу в отношении снижения уровня АД в ходе специально спланированных исследований (класс I, уровень A) [8].

Отдельно стоит отметить благоприятный профиль таких факторов риска, как курение и употребление алкоголя, в изучаемой выборке. Курили лишь ≈8% больных АГ. Менее трети опрошенных употребляли алкоголь чаще одного раза в месяц. Очевидно, это связано с тем, что большинство участников опроса составляли женщины пенсионного возраста. В связи с этим возникает вопрос: насколько необходимы в опроснике именно указанные вопросы и необходимы ли здесь вообще вопросы о конкретных факторах риска, поскольку получаемое в итоге знание фрагментарно, ведь в опросник не включены вопросы о физической активности, весе, привычках питания. Возможно, более полезно было бы персонализировать данную область информации, то есть отражать непосредственно в амбулаторной карте пациента в ходе визита, и затем проконтролировать, насколько лечащий врач использует ее в ходе динамического наблюдения, а также отследить динамику факторов риска в долгосрочном периоде. Несомненно, это станет предметом наших дальнейших исследований.

В целом исследование показало, что женщины пенсионного возраста уделяют большое внимание собственному здоровью. Их оказалось подавляющее большинство среди посетителей поликлиники и участников проведенного опроса. На них должны быть направлены меры по повышению приверженности лекарственной терапии. Врачам необходимо использовать многочисленные результаты домашних самоизмерений АД для своевременной коррекции неэффективной схемы лечения, а также более тщательно подойти к вопросам оздоровления образа жизни. Следует на каждом визите отражать в амбулаторной карте вес пациента, уровень физической активности, мотивировать вести пищевой дневник и анализировать его вместе с пациентом, интересоваться количеством выкуриваемых сигарет у курящих пациентов и количеством выпиваемого алкоголя у лиц, имеющих склонность к злоупотреблению согласно опроснику CAGE. Необходимо помнить, что именно долгосрочное наблюдение в рамках организованной системы мониторинга лечения на амбулаторном этапе, дополненное самоконтролем, может считаться наиболее эффективным в плане улучшения контроля АД у больных АГ. В систематическом обзоре 72 рандомизированных контролируемых ис-

следований, проведенном в 2010 г., эти мероприятия были сопряжены с достоверным снижением уровня АД и снижением частоты сердечно-сосудистых событий [11]. В настоящем исследовании почти 2/3 больных выразили заинтересованность в специальной программе наблюдения.

Нельзя не упомянуть, что среди участников исследования было мало мужчин трудоспособного возраста. В то же время на популяционном уровне наибольшие опасения вызывает именно эта когорта, поскольку смертность среди них чрезвычайно высока. Известна ассоциация распространенности АГ с видом трудовой деятельности [12]. В связи с этим целесообразно, на наш взгляд, применить разработанный опросник именно к данной категории пациентов, а также уделить внимание мероприятиям по привлечению мужского трудоспособного населения в медицинские учреждения первичного звена, обеспечить их охват диспансеризацией, в частности мерами по повышению интереса к собственному здоровью и ответственности за него. Отдельный интерес в данной когорте представляет такой фактор риска, как стресс, особенно в существующих условиях неустойчивой экономики страны. Его роль в реальной клинической практике должна быть изучена в ходе дальнейших исследований.

Что касается непосредственно применявшегося опросника, то он, безусловно, имеет значение как для науки, так и для практического врача. Однако при систематическом применении в клинической практике он обязательно должен быть персонализирован, дополнен вопросами по всем контролируемым факторам риска, с тем чтобы использоваться врачом поликлиники в ходе динамического наблюдения пациента и предоставлять необходимую информацию в структурированном виде. На данном этапе с его помощью удалось получить картину лечения АГ в поликлинике глазами пациента и, сопоставив с полученными ранее результатами анализа амбулаторных карт [13], выработать мероприятия по улучшению качества медицинской помощи больным АГ в отдельном учреждении первичного звена. Так, в поликлинике целесообразно организовать специальную систему наблюдения больных АГ, в рамках которой осуществлять систематический контроль модифицируемых факторов риска и принимаемых антигипертензивных препаратов. Основой наблюдения должны стать дневники самоконтроля пациента (дневник давления, веса, физической нагрузки, числа выкуриваемых сигарет, употребляемых спиртных напитков, пищевой дневник, дневник приема антигипертензивных препаратов). Для врачей поликлиники должен быть прописан четкий протокол работы с больным АГ на визите в ходе долгосрочного наблюдения.

Заключение. Используемый нами опросник позволяет дополнить сведения амбулаторных карт о проводимом лечении больных АГ на амбулаторном этапе. Установлены высокая частота самоконтроля АД, низкая приверженность пациентов назначенной антигипертензивной терапии, осведомленность об основных немедикаментозных лечебных мероприятиях. Полученные данные подтвердили необходимость организации специальной программы наблюдения, которая позволит систематизировать оказание медицинской помощи больным АГ в поликлинике и повысить приверженность пациентов лечению.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках государственного задания Минздрава России

«Создание методологии аудита кардиологической помощи на основе индикаторов процесса и результата лечения, предназначенных для регистров сердечно-сосудистых заболеваний: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, острого коронарного синдрома», выполняемого в НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, утверждение рукописи для публикации — Ю.В. Попова; получение данных — С. Н. Герасимов, А.С. Коротин, И.Н. Александрова; анализ данных и написание статьи — С. Н. Герасимов, А.С. Коротин; интерпретация результатов — А.С. Коротин, Ю.В. Попова.

References (Литература)

1. Kjeldsen SE, Naditch-Brule L, Perlino S, et al. Increased prevalence of metabolic syndrome in uncontrolled hypertension across Europe: the global cardiometabolic risk profile in patients with hypertension disease survey. *J Hypertens* 2008; 26 (10): 2064–2070.
2. Posnenkova OM, Korotin AS, Kiselev AR, et al. Performance of recommended measures on risk factors control in patients with hypertension, coronary artery disease and chronic heart failure: the data from 2014 Russian registry. *Cardio-IT* 2015; 2 (1): e0102. Russian (Посненкова О.М., Коротин А.С., Киселев А.Р. и др. Выполнение рекомендованных мероприятий по борьбе с факторами риска у пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью: данные Российского регистра 2014 года. *Кардио-ИТ* 2015; 2 (1): e0102).
3. RELIPH — Regularnoye Letcheniye I ProPhylaktika (Regular Treatment and Prevention) — The Key to Improvement of Situation with Cardiovascular Diseases in Russia: Results of Multicenter Study. Part II. *Kardiologiya* 2007; 11: 30–39. Russian (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. РЕЛИФ — Регулярное Лечение И профилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Ч. II. *Кардиология* 2007; 11: 30–39).
4. Kontsevaya AV, Romanenko TS, Vygodin VA, Fitilev SB. Pharmacoepidemiology and the efficacy of antihypertensive treatment in real-life practice of the cardiology referral clinic. *Ration Pharmacother Cardiol* 2015; 11 (1): 8–17. Russian (Концевая А.В., Романенко Т.С., Выгодин В.А., Фитилев С.Б. Анализ регулярности приема антигипертензивной терапии как компонента приверженности лечению у амбулаторных пациентов специализированного кардиологического учреждения. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015; 11 (3): 238–246).
5. Kiselev AR, Shvarts VA, Posnenkova OM, et al. Outpatient prophylaxis and treatment of arterial hypertension with application of mobile telephone systems and internet techniques. *Therapeutic Archive* 2011; 83 (4): 46–52. Russian (Киселев А.Р., Шварц В.А., Посненкова О.М. и др. Профилактика и лечение артериальной гипертензии в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи и интернет-технологий. *Терапевтический архив* 2011; 83 (4): 46–52).
6. Gerasimov SN, Posnenkova OM, Kiselev AR, et al. Creation of ambulatory questionnaire for patients with raised blood pressure. *Cardio-IT* 2015; 2 (4): e0404. Russian (Герасимов С.Н., Посненкова О.М., Киселев А.Р. и др. Разработка амбулаторного опросника для больных с повышенным артериальным давлением. *Кардио-ИТ* 2015; 2 (4): e0404).
7. RELIPH — Regularnoye Letcheniye I ProPhylaktika (Regular Treatment and Prevention) — The Key to Improvement of Situation with Cardiovascular Diseases in Russia: Results of Multicenter Study. Part I. *Kardiologiya* 2007; 5: 58–66. Russian (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. РЕЛИФ — Регулярное Лечение И профилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Ч. I. *Кардиология* 2007; 5: 58–66).
8. 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). *Russ J Cardiol* 2014; 1 (105): 7–94. Russian (Европейские рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского Общества Гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC). *Российский кардиологический журнал* 2014; 1 (105): 7–94).
9. Kobalava ZhD, Kotovskaya YuV, Starostina EG, et al. Problems of a physician-patient interaction and control of arterial hypertension in Russia: Main results of scientific-practical program ARGUS-2. *Kardiologiya* 2007; 3: 38–47. Russian (Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертензии в России: Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2. *Кардиология* 2007; 3: 38–47).
10. Chazova IE, Ratova LG, Boytsov SA, Nebieridze DV. Diagnosis and treatment of arterial hypertension: Russian recommendations (forth revision). *Sistemnyye gipertensii*. 2010; 3: 5–26. Russian (Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (четвертый пересмотр). *Системные гипертензии* 2010; 3: 5–26).
11. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, et al. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice* 2010; 60 (581): e476-e488.
12. Maksimov SA, Artamonova GV. Modeling of arterial hypertension's risk in occupational groups. *Russian Open Medical Journal* 2013; 2: 0104.
13. Gerasimov SN, Alexandrova IN. Potential of a registry in evaluation of treatment of patients with essential hypertension in primary care (using the example of polyclinic located in Saratov region). *Cardio-IT* 2015; 2 (4): e0403. Russian (Герасимов С.Н., Александрова И.Н. Возможности регистра в оценке лечения больных артериальной гипертензией в первичном звене (на примере поликлиники Саратовской области). *Кардио-ИТ* 2015; 2 (4): e0403).