

Complications and patients satisfaction after periacetabular pelvic osteotomy. *Inter-national Orthopaedic (SICOT)*. 2008; 32: 611-617.

3. Carlloz H., Khouri N., Hulin P. Triple juxtartyculoid osteotomy. *Rev. Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1982; 68: 497-501. (In French.)

4. Dorr L.D., Kane T.J., Conaty J.P. Long-term results of cemented hip arthroplasty in patients 45 years old or younger. A 16-year follow-up study. *J. Arthroplasty*. 1994; 9: 453-466.

5. Eppright R.H. Dial osteotomy of the acetabulum in the treatment of dysplasia of the hip. In Proceedings of the American orthopaedics association. *J. Bone Joint Surg. (Am.)*. 1975; 57A: 1172.

6. Ganz R., Klaue K., Vinh T.S., Mast J.W. A new periacetabular osteotomy for the treatment of hip dysplasia; technique and preliminary results. *Clin. Orthop.* 1988; 232: 26-36.

7. Hopf A. Hip acetabular displacement by double pelvic osteotomy in the treatment of hip joint dysplasia and subluxation in young people and adult. *Z. Orthop Ihre Grenzgeb.* 1966; 101: 559-586.

8. Murphy S.B., Deshmukh R. Periacetabular osteotomy. Preoperative radiographic predictors of outcome. *Clin. Orthop.* 2002; 405: 168-174.

9. Ninomiya S., Tagawa H. Rotational acetabular osteotomy for the dysplastic hip. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1984; 66: 430-436.

10. Solomon L., Schnitzler C.M. Pathogenetic types of coxarthrosis and implications for treatment. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 1983; 101: 259-261.

11. Steel H.H. Triple osteotomy of the innominate bone. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1973; 55: 343-350.

12. Stulberg S.D., Cordell L.D., Harris W.H. et al. *Unrecognized childhood hip disease; a major cause of idiopathic osteoarthritis of the hip. In the Hip. Proceedings of the 3 open scientific meeting of the hip society.* St. Louis; CV Mosby. 1975; 212-228.

13. Tonnis D., Behrens K., Tschrani F. A new technique of triple osteotomy for turning dysplastic acetabula in adolescents and adults. *Z. Orthop. Ihre Grenzgeb.* 1981; 119: 253-265. (In German.)

14. Tannast M., Siebenrock K., Anderson S. Femoroacetabular impingement: Radiographic diagnosis – What the radiologist should know. *Am. J. Radiol.* 2007; 188: 1540-1552.

15. Thawrani D.I., Sucato D.J., Podeszwa D.A., De La Rocha A. Complications associated with the Bernese periacetabular osteotomy for hip dysplasia in adolescents. *J. Bone Joint Surg.* 2010; 92 (8): 1707-1714.

16. Woolson S.T., Murphy M.G. Wear of the polyethylene of Harris-Galante acetabular components inserted without cement. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1995; 77: 1311-1324.

17. Ziebarth K., Balakumar J., Domayer S. et al. Bernese periacetabular osteotomy in males: Is there an increased risk of femoroacetabular impingement after Bernese periacetabular osteotomy. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2011; 469 (2): 447-453.

18. Zou Z., Chavez-Arreola A., Mandal P. et al. Optimization of the position of the acetabulum in a Ganz periacetabular osteotomy by finite element analysis. *J. Orthop. Res.* 2013; 31 (3): 472-479.

УДК 614.2: 616.12-008.331.1-056-039.71: 616-036.22:616-08-039.57 (479.24)

ЗНАЧИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Анар Азам оглы Агаев*

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-994

Цель. Оценить значимость коррекции факторов риска для повышения эффективности лечения и профилактики артериальной гипертензии в поликлинических условиях.

Методы. Исследование проводили в два этапа за период 2011–2015 гг. в поликлиниках г. Баку. На старте первой части работы вели наблюдение за 547 пациентами с контролируемой артериальной гипертензией, к завершению исследования под наблюдением остались 437 пациентов, 196 мужчин и 241 женщина, возраст от 23 до 68 лет, продолжительность заболевания от 4 мес до 14 лет. В начале второй части работы проводили профилактику артериальной гипертензии у 916 пациентов с исходно нормальным артериальным давлением (исследование завершили 788 пациентов).

Результаты. У пациентов с многолетним течением заболевания, несмотря на проводимую антигипертензивную терапию, поддержание стабильного целевого уровня артериального давления (<130/80 мм рт.ст.) удавалось с большим трудом. Основными причинами были редкие визиты к врачу и низкая приверженность лечению, слабая информированность о факторах риска и необходимости их коррекции. Сочетание антигипертензивной терапии с коррекцией факторов риска приводило к нормализации артериального давления на протяжении всего срока наблюдения. Во второй части исследования было показано, что мотивированность на коррекцию факторов риска предотвращала формирование новых случаев артериальной гипертензии (в первой группе – лишь 5,1±1,6% новых клинически невыраженных случаев артериальной гипертензии, которые эффективно излечивались). В группе с частичной мотивированностью по модификации основных факторов риска за 3 года сформировалось 11,4±1,7% новых клинически невыраженных случаев артериальной гипертензии ($\chi^2=6,08$; $p < 0,02$) и 2,4±0,8% случаев клинически выраженной артериальной гипертензии. В группе пациентов, не мотивированных на коррекцию факторов риска, в течение 3 лет сформировалось 18,9±2,4% клинически невыраженных новых случаев артериальной гипертензии ($\chi^2=6,47$; $p < 0,02$) и 6,6±1,5% случаев выраженной артериальной гипертензии ($\chi^2=6,51$; $p < 0,02$). Немотивированность снижала и эффективность лечения артериальной гипертензии: при клинически невыраженных формах она составила 61,2±7,0% ($\chi^2=5,92$; $p < 0,02$), при клинически выраженных формах – 29,4±11,4% ($\chi^2=4,81$; $p < 0,02$).

Вывод. Апробирован подход к вторичной профилактике артериальной гипертензии на популяционном уровне.

не, в основу которого вошли готовность поликлинической сети в постоянном мониторинге артериального давления, научное обоснование доминантных факторов риска, разъяснительная работа среди населения по модификации факторов риска и самоконтролю состояния здоровья; выявлена значимость коррекции факторов риска.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, вторичная профилактика, амбулаторное лечение.

SIGNIFICANCE OF RISK FACTORS CORRECTION FOR TREATMENT AND PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN OUTPATIENT CONDITIONS

A.A. Agayev

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Aim. To evaluate the significance of risk factors correction for treatment effectiveness improvement and prevention of arterial hypertension in outpatient conditions.

Methods. The study was conducted in two phases over the period of 2011–2015 in Baku outpatient clinics. At the beginning of the first part of work 547 patients with controlled hypertension were followed up, by the end of study 437 patients remained followed up, 196 men and 241 women, aged from 23 to 68 years, disease duration was from 4 months to 14 years. At the beginning of the second part of the study measures for hypertension prevention were taken in 916 patients with normal blood pressure (788 patients completed the study).

Results. In patients with long-term course of the disease, maintaining a stable target blood pressure ($<130/80$ mm Hg) was possible with great difficulty, despite the antihypertensive therapy. The main reasons were occasional visits to the doctor, and low compliance to treatment, lack of risk factors awareness and their correction necessity. The antihypertensive therapy combined with risk factors correction resulted in the blood pressure normalization during the entire follow-up period. In the second part of the study, it was shown that the motivation to the risk factors correction prevented the formation of hypertension new cases (in the first group — only $5.1 \pm 1.6\%$ of new clinically not apparent hypertension cases which were effectively cured). In the group with a partial motivation of the major risk factors modification $11.4 \pm 1.7\%$ of new cases of clinically not apparent hypertension ($\chi^2=6.08$; $p < 0.02$) and $2.4 \pm 0.8\%$ cases of symptomatic hypertension occurred over the 3 years. In the group of patients, who were not motivated to correct risk factors $18.9 \pm 2.4\%$ of new cases of clinically not apparent hypertension ($\chi^2=6.47$; $p < 0.02$) and $6.6 \pm 1.5\%$ of severe arterial hypertension cases ($\chi^2=6.51$; $p < 0.02$) were formed over the 3 years. The lack of motivation reduced the hypertension treatment effectiveness: in the clinically not apparent forms it was $61.2 \pm 7.0\%$ ($\chi^2=5.92$; $p < 0.02$), and in clinically apparent forms — $29.4 \pm 11.4\%$ ($\chi^2=4.81$; $p < 0.02$).

Conclusion. Approach to secondary prevention of hypertension at the population level was evaluated, the basis of which consisted of the outpatient network readiness to the continuous blood pressure monitoring, scientific rationale of the dominant risk factors, explanatory work on the risk factors modification and health status self-control among the population; significance of risk factors correction was found.

Keywords: hypertension, risk factors, secondary prevention, outpatient treatment.

Артериальная гипертензия (АГ) — поликлиническая проблема, которая требует функциональной реализации мер по первичной и вторичной профилактике. Однако самая современная антигипертензивная терапия, рекомендованная квалифицированным врачом, будет эффективна в отношении контроля артериального давления (АД) только в том случае, если пациент мотивирован и настроен на лечение и ведение здорового образа жизни. Отсутствие приверженности и несоблюдение пациентами рекомендаций — важная дорогостоящая проблема, вносящая вклад в снижение контроля АГ по всему миру: ухудшаются здоровье пациентов, исходы, неэффективно используются ресурсы здравоохранения, повышаются расходы на лечение осложнений АГ [4, 6, 11, 14]. Распространённость АГ главным образом зависит от особенностей образа жизни и связанных с ними факторов риска. В то же время снижение распространённости и уровней факторов риска (ФР) путём изменения образа жизни может замедлить развитие этого заболевания как до, так и после появления клинических симптомов [3, 8, 16].

В формировании АГ показана роль таких ФР, помимо наследственности, как повышенное содержание в крови общего холестерина, избыточная масса тела, низкая

физическая активность, высокая энергетическая ценность пищевых продуктов, курение, злоупотребление поваренной солью и алкоголем, чрезмерное употребление сахара и эмоционально-стрессовые проявления. На частоту и силу воздействия ФР на организм оказывают влияние природно-климатические, социально-экономические и национально-этнические особенности отдельных регионов [1, 2, 9, 10, 13].

В контролируемых наблюдениях показано, что модификация отдельных ФР или их сочетаний совместно с назначением антигипертензивных средств приводит к стойкому достижению целевого уровня АД [5, 7, 12, 15]. В то же время популяционных исследований влияния модификации ФР на ограничение распространённости АГ среди населения и роли поликлиник в этой работе проведено недостаточно.

Цель исследования — оценить возможности модификации ФР АГ в поликлинических условиях и её значимость в повышении эффективности лечения и профилактики.

Работу провели в поликлиниках г. Баку по согласованию с их руководством и с участием местных терапевтов. Работа состояла из двух частей.

На старте первой части работы под наблюдением находились 547 пациентов с

контролируемой АГ, к завершению работы под наблюдением остались 437 пациентов, 196 мужчин и 241 женщина. Возраст варьировал от 23 до 68 лет, продолжительность заболевания составляла от 4 мес до 14 лет. Каждый пациент дал добровольное согласие на участие в данной работе.

Был составлен план визитов пациентов и количественных измерений состояния ФР АГ, доступных в условиях поликлиники: систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, массы тела, общего холестерина в крови, физической активности, калорийности пищи, количества употребляемой поваренной соли. У 156 курящих пациентов определяли количество выкуриваемых в день сигарет. Среди наблюдаемых злоупотребляющих алкоголем не было.

Для пациентов была в доступной форме составлена памятка по вышеотмеченным ФР и способам их коррекции. Пациентов обучили самоконтролю АД, на заключительном этапе работы самостоятельно измеряли АД 227 пациентов (51,9±2,4%). Помимо визитов в поликлинику, с пациентами контактировали по телефону и интернету.

Всех пациентов разделили на три группы. Первую группу составили 143 пациента, которым терапевты назначали обычную антигипертензивную терапию (без нашего вмешательства). Вторую группу составили 197 больных, у которых антигипертензивная терапия сочеталась с коррекцией ФР АГ. Третью группу составили 97 человек, которым после медикаментозного снижения АД рекомендовали только коррекцию ФР АГ, то есть немедикаментозное лечение. Контрольную группу в конце работы составили 176 из 316 первоначальных наблюдаемых лиц без АГ (87 мужчин и 89 женщин), курящими были 40 анкетированных.

В начале второй части работы (сентябрь и ноябрь 2011 г.) на добровольной основе согласились осуществлять меры по вторичной профилактике 916 из 1637 первоначально анкетированных пациентов городской популяции взрослых, у которых АГ не была выявлена. К концу работы (январь-апрель 2015 г., или более 3 лет спустя) по объективным и субъективным причинам число наблюдаемых уменьшилось до 788.

Всем наблюдаемым пациентам были рекомендованы те же меры, что и при проведении первичной профилактики АГ (см. выше). В зависимости от характера и объема реализации рекомендуемых мер всех наблюдаемых (788 человек) разделили на три группы.

Первую группу составили 197 пациентов, максимально мотивированных на реализацию рекомендованного профилактического комплекса, особенно ими уделялось внимание на модификацию таких ФР, как содержание общего холестерина, низкая физическая активность, эмоционально-стрессовые проявления, высокая энергетическая ценность пищевых продуктов, избыточная масса тела и злоупотребление поваренной солью. Первоначально курящими были 69 человек, из них 19 бросили курить (27,5±5,4%), а 33 снизили интенсивность курения (47,8±6,1%; $\chi^2=6,05$; $p < 0,02$).

Вторую группу составили 332 человека, их мотивированность была частичной, так как они модифицировали от 2 до 4 ФР, что недостаточно, согласно рассчитанному нами суммарному риску развития АГ, для эффективной вторичной профилактики заболевания.

Третью группу составили 259 человек, практически не мотивированных на реализацию профилактического комплекса. Несмотря на контакты с ними (по телефону), так и не удалось скорректировать их профилактическое поведение.

Со всеми наблюдаемыми поддерживали постоянную телефонную и компьютерную связь. Многие из них приобрели тонометры и самостоятельно измеряли АД. Особенно это касается первой группы — 116 из 197 человек имели тонометры (58,9±3,5%), во второй группе — 118 из 332 наблюдаемых (35,5±2,61%; $t=5,34$; $p < 0,001$), в третьей группе — 52 из 259 человек (14,5±2,2%; $t=5,92$; $p < 0,001$). При возникновении недомоганий гипертонического характера или повышении АД пациентам рекомендовали обратиться к врачам территориальных поликлиник. Регулярно на протяжении 3 лет мы посещали эти поликлиники, беседовали с врачами и анализировали амбулаторные карты наблюдаемых пациентов.

Статистическую обработку результатов провели при помощи метода альтернативного варьирования. Статистическую значимость различий между показателями определяли с использованием t -критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

На начальном этапе работы обнаружено, что даже среди пациентов с многолетним течением заболевания и проводимой антигипертензивной терапией поддержание стабильного целевого уровня АД (<130/80 мм рт.ст.) удаётся с большим трудом. Основные причины — редкие визиты к врачам и низ-

Таблица 1

Средние показатели факторов риска (ФР) среди пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и контрольной группы на старте и финише работы

ФР	Единицы измерения	Средние показатели ФР			
		Пациенты с АГ n=437		Контрольная группа n=176	
		Первоначально	В конце наблюдения	Первоначально	В конце наблюдения
ИМТ	кг/м ²	25,9±0,14	24,4±0,17 ⁴	24,8±0,23	23,9±0,25 ³
ФА	мин/сут	58,1±1,21	78,1±1,65 ⁴	51,6±2,12	63,6±2,28 ⁴
ЭПП	ккал/сут	2642,3±16,3	2483,3±19,4 ⁴	2527,3±27,6	2424,7±29,6 ²
ОХ	моль/л	6,13±0,12	5,06±0,11 ³	4,57±0,42	4,28±0,31 ¹
ПС	чайная ложка/сут	1,93±0,08	1,22±0,07 ⁴	1,50±0,16	1,18±0,15 ¹
К	сигарет/сут	21,9±0,66	14,8±0,59 ⁴	17,3±1,13	13,6±1,08 ²

Примечание: ¹разница между стартом и финишем недостоверна — $p > 0,05$; разница статистически значима — ² $p < 0,05$, ³ $p < 0,01$, ⁴ $p < 0,001$; ИМТ — индекс массы тела; ФА — физическая активность; ЭПП — энергетическая ценность пищевых продуктов; ОХ — общий холестерин; ПС — употребление поваренной соли; К — курение.

Таблица 2

Оценка эффективности медикаментозных и немедикаментозных подходов по стойкой стабилизации целевого уровня артериального давления в разных группах пациентов

Группы пациентов	Число пациентов	Средние значения артериального давления			
		САД, мм рт.ст.		ДАД, мм рт.ст.	
		Старт	Финиш	Старт	Финиш
Первая группа	143	126,6±1,8	125,0±1,7	82,3±1,2	80,8±1,2
Вторая группа	197	125,2±1,4	111,3±1,6	81,2±1,1	72,8±0,8
Третья группа	97	123,9±2,0	129,9±2,1	82,4±1,3	87,5±1,4
Контрольная группа	176	116,4±1,5	117,3±1,7	71,7±1,2	74,1±1,4

Примечание: САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление.

кая приверженность лечению (пропуски и забывчивость в приёме лекарственных средств, их замена, самостоятельное прерывание курса лечения и т.д.), очень слабая информированность о ФР и необходимости их коррекции. Насколько активны в отношении ФР пациенты с АГ по сравнению с контрольной группой, видно из табл. 1.

Результаты расчётов суммарного риска развития АГ позволили установить, что формирование АГ происходит при одновременном воздействии на организм четырёх и более отмеченных выше ФР [1]. Как видно, формирование АГ происходит при одновременном воздействии на организм комбинаций из трёх и более ФР. По этой причине с большой вероятностью можно предположить, что при коррекции профилактического поведения, направленного на устранение или снижение активности ФР, можно достичь повышения эффективности не только медикаментозного лечения АГ, но и целевого уровня АД, как отмечают некоторые исследователи, без применения антигипертензивных средств.

Для всесторонней оценки роли подобно-

го подхода в лечении и профилактике АГ нами этой группе также было рекомендовано проведение вышеотмеченных мер по модификации ФР. Результаты 3-летних наблюдений приведены в табл. 2.

В контрольной группе на старте и финише работы САД было ниже целевого уровня (< 130 мм рт.ст.) и в среднем составило $116,4 \pm 1,5$ и $117,3 \pm 1,7$ мм рт.ст. ($t=0,40$; $p > 0,05$), также ниже целевого уровня было и ДАД — $71,7 \pm 1,2$ и $74,1 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($t=1,31$; $p > 0,05$). Однако в конце наблюдения у 33 пациентов САД превышало норму ($18,8 \pm 3,0\%$), а у 28 пациентов превышало норму и ДАД ($15,9 \pm 2,8\%$).

Существенных изменений в первой группе пациентов, несмотря на проводимое антигипертензивное лечение, не произошло, показатели САД на старте и финише работы почти соответствовали целевому уровню — $126,6 \pm 1,8$ и $125,0 \pm 1,7$ мм рт.ст. ($t=0,65$; $p > 0,05$), а показатели ДАД превышали норму — $82,3 \pm 1,2$ и $80,8 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($t=0,88$; $p > 0,05$). Причём к завершению работы САД превышало норму у 54 пациентов ($37,8 \pm 4,1\%$), а ДАД — у 45 больных ($32,2 \pm 3,9\%$). Только ан-

Таблица 3

Эффективность модификации факторов риска по ограничению распространённости артериальной гипертензии (АГ) среди населения

Мониторинг новых случаев АГ с разной клинической выраженностью	Выявляемость новых случаев АГ в зависимости от мотивированности наблюдаемых групп					
	Первая группа n=197		Вторая группа n=332		Третья группа n=259	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Диагностирование АГ: - невыраженная - выраженная	10 —	5,1±1,6	38 8	11,4±1,7 ² 2,4±0,8	49 17	18,9±2,4 ² 6,6±1,5 ²
Подвергнуты лечению: - невыраженная - выраженная	10 —	5,1±1,6 —	38 8	11,4±1,7 ² 2,4±0,8 ²	49 17	18,9±2,4 ² 6,6±1,5 ²
Эффективность лечения: - выраженная - невыраженная	10 —	100,0±0,0 —	32 6	84,2±2,0 75,0±16,4	30 5	61,2±7,0 ² 29,4±11,4 ⁴
Рецидивы: - выраженная - невыраженная	— —	— —	6 2	15,8±2,0 25,0±16,4	19 12	38,8±7,0 ² 70,6±11,4 ⁴
Госпитализация	—	—	—	—	3	6,1±3,5

Примечание: разница между группами (χ^2) статистически значима: ¹p <0,05; ²p <0,02.

тигипертензивное лечение, не подкреплённое должной коррекцией ФР, малоэффективно в отношении снижения АД. Ещё ниже эффективность немедикаментозного лечения АГ. Так, в третьей группе пациентов САД к завершению исследования по сравнению с исходными показателями увеличилось в среднем с 123,9±2,0 до 129,9±2,1 мм рт.ст. (t=2,07; p <0,05), а ДАД — с 82,4±1,3 до 87,5±1,4 мм рт.ст. (t=2,67; p <0,01).

Стабильного снижения АД достигали только при сочетании антигипертензивного лечения с коррекцией ФР (вторая группа пациентов). В частности, средние значения САД в течение 3 лет снизились с 125,2±1,4 до 111,3±1,6 мм рт.ст. (t=6,53; p <0,001), ДАД — с 81,2±1,1 до 72,8±0,8 мм рт.ст. (t=6,18; p <0,001).

Результаты второй части работы отражены в табл. 3.

В группе наблюдаемых высокомотивированных пациентов на фоне модификации ФР в течение 3 лет зарегистрировано всего 5,1±1,6% новых случаев АГ (все они были клинически невыраженными и в результате поликлинического лечения полностью устранены).

При частичной мотивированности наблюдаемых по модификации основных ФР (вторая группа) ситуация была менее благоприятной. В частности, за 3 года среди них сформировалось 11,4±1,7% новых клинически невыраженных случаев АГ ($\chi^2=6,08$; p <0,02), кроме того — 2,4±0,8% случаев клинически выраженных случаев АГ. Эффективность лечения в первом случае составила 84,2±2,0%, во втором случае — 75,0±16,4%. Од-

нако при клинически невыраженных новых формах АГ зарегистрировано 15,8±2,0% посттерапевтических рецидивов, а при клинически выраженных новых формах АГ число рецидивов составило 25,0±16,4% случаев. Ни в одном случае госпитализации не было.

В третьей группе наблюдаемых, не мотивированных на коррекцию ФР, ситуация оказалась ещё более неблагоприятной. В течение 3 лет наблюдения среди них сформировалось 18,9±2,4% клинически невыраженных новых случаев АГ (6,47; p <0,02). Также среди них было выявлено больше новых клинически выраженных форм АГ — 6,6±1,5% случаев ($\chi^2=6,51$; p <0,02). Важно отметить и то обстоятельство, что модификационная немотивированность снижает и эффективность лечения новых случаев АГ: при клинически невыраженных формах 61,2±7,0% ($\chi^2=5,92$; p <0,02), при клинически выраженных формах 29,4±11,4% ($\chi^2=4,81$; p <0,02). Более частыми были и посттерапевтические рецидивы: при невыраженной АГ 38,8±7,0% случаев ($\chi^2=5,52$; p <0,02), при выраженной АГ 70,6±11,4% случаев ($\chi^2=4,59$; p <0,02), причём 1,2±0,7% из них способствовали госпитализации.

ВЫВОДЫ

1. Мотивированность пациентов на модификацию факторов риска надёжно предотвращает формирование новых случаев артериальной гипертензии, причём выявляется небольшое число клинически невыраженных случаев артериальной гипертензии,

которые эффективно излечиваются.

2. Основная масса пациентов с артериальной гипертензией получают лечение в условиях поликлиники, которое во многих случаях не обладает высокой эффективностью. Лишь сочетание медикаментозной терапии с контролируемой коррекцией факторов риска приводит к нормализации артериального давления на протяжении длительного срока.

3. Апробирован подход к вторичной профилактике артериальной гипертензии на популяционном уровне. В его основу вошли готовность поликлинической сети к постоянному мониторингу артериальной гипертензии, научное обоснование доминантных факторов риска её формирования, разъяснительная работа среди населения по модификации факторов риска и самоконтролю за состоянием здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев А.А. Суммарная оценка доминантных социально-поведенческих факторов риска формирования артериальной гипертензии. *Терап. вестн.* 2011; (4): 5-7. [Agaev A.A. Total estimation of prepotent social and behavioural risk factors of an arterial hypertension formation. *Terapevticheskiy vestnik*. 2011; (4): 5-7. (In Russ.)]
2. Андреева Г.Ф. Сезонная динамика амбулаторных и клинических показателей артериального давления у больных со стабильной артериальной гипертензией (обзор литературы). *Профил. мед.* 2014; (4): 33-38. [Andreeva G.F. Seasonal changes in the ambulatory and clinical blood pressure levels in patients with persistent hypertension (literature review). *Profilakticheskaya meditsina*. 2014; (4): 33-38. (In Russ.)]
3. Измайлова О.В., Калинина А.М., Еганян Р.А. Алиментарно-зависимые факторы риска развития артериальной гипертензии и технологии их коррекции (обзор литературы). *Профил. мед.* 2011; (1): 19-26. [Izmaylova O.V., Kalinina A.M., Eganyan R.A. Alimentary-dependent risk factors of arterial hypertension and technologies for their correction (literature review). *Profilakticheskaya meditsina*. 2011; (1): 19-26. (In Russ.)]
4. Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Искова Х.В. Повышение приверженности к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензин-превращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА. *Кардиология*. 2010; (11): 17-26. [Kobalava Zh.D., Villeval'de S.V., Isikova Kh.V. Elevation of compliance and motivation to antihypertensive therapy in patients with arterial hypertension by way of educational programs and rational use of angiotensin converting enzyme Perindopril. Results of the PRISMA study. *Kardiologiya*. 2010; (11): 17-26. (In Russ.)]
5. Колбасников С.В., Воробьева И.О., Кононова Е.С. и др. Факторы риска артериальной гипертензии и психологическая готовность больных на проведение профилактики. *Здравоохран. РФ*. 2009; (2): 21-23. [Kolbasnikov S.V., Vorob'eva I.O., Kononova E.S. et al. Risk factors of arterial hypertension and patients' psychological

readiness for prophylaxis. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2009; (2): 21-23. (In Russ.)]

6. Котовская Ю.В., Виллевалде С.В., Тигаи Ж.Г., Кобалава Ж.Д. Приверженность, мотивация и осведомлённость больных артериальной гипертензией при лечении фиксированной комбинацией периндоприла А и амлодипина (результаты исследования КОНСТАНТА). *Тер. архив*. 2015; (2): 64-69. [Kotovskaya Yu.V., Villeval'de S.V., Tigay Zh.G., Kobalava Zh.D. Hypertensive patients' adherence, motivation, and awareness during fixed-dose perindopril A and amlodipine combination treatment (Results of the CONSTANTA trial). *Terapevticheskiy arkhiv*. 2015; (2): 64-69. (In Russ.)]

7. Мустафаев М.К., Агаев А.А. Контроль холестерина на поликлиническом уровне в профилактике артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой заболеваемости. *Curierul med.* 2011; 4 (322): 8-11. [Mustafaev M.K., Agaev A.A. Cholesterol control in the policlinics in the prophylaxis of arterial hypertension and cardiovascular morbidity. *Curierul Medical*. 2011; 4 (322): 8-11. (In Russ.)]

8. Стрюк Р.И., Бурлакова Б.Н., Бернс С.А., Потиевский Б.Г. Факторы риска развития артериальной гипертензии и метаболических нарушений у практически здоровых мужчин. *Кардиология*. 2014; (2): 13-16. [Stryuk R.I., Burlakova B.N., Berns S.A., Potievskiy B.G. Risk factors of development of hypertension and metabolic abnormalities in practically healthy men. *Kardiologiya*. 2014; (2): 13-16. (In Russ.)]

9. Хамидуллаева Г.А., Нагай А.В., Абдуллаева Г.Ж. и др. Особенности вкусовой сочувствительности у мужчин и женщин, страдающих артериальной гипертензией. *Профил. мед.* 2014; (3): 50-54. [Khamidullaeva G.A., Nagay A.V., Abdullaeva G.Zh. et al. Features of taste salt sensitivity in hypertensive men and women. *Profilakticheskaya meditsina*. 2014; (3): 50-54. (In Russ.)]

10. Graudal N.A., Hubeck-Graudal T., Jurgens G. Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, rennin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). *Am. J. Hypertens.* 2012; 25: 1-15.

11. Green B.B., Cook A.J., Ralston J.D. et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299: 2857-2867.

12. Marquez-Contreras E., Casado-Martinez J.J., Ramos-Perez J. et al. Trial on the efficacy of programmes of health education on hypertension therapy compliance. *Aten. Primaria*. 2008; 21: 199-204.

13. Modesti P.A., Morabito M., Massetti L. et al. Seasonal blood pressure changes: an independent relationship with temperature and daylight hours. *Hypertension*. 2013; 61 (4): 908-914.

14. Pickering T.G., Miller N.H., Ogedegbe G. et al. Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society of hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Hypertension*. 2008; 52: 10-29.

15. Sever P., Dahlof B., Poulter N.R. et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower than average cholesterol concentrations in the Angl. Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Lipid Lowering Arm. *Lancet*. 2003; 361: 1149-1158.

16. Szirmal L.A., Arnold C., Farsang C. Improving control of hypertension by an integrated approach — results of the «Manage it well!» programme. *J. Hypertens.* 2005; 23: 203-211.