



Клиническая медицина

Оригинальное исследование

УДК 616.12-008.331+355.551.512

<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-3-1>

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ПРОБЛЕМЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Наталья Вячеславовна Корнеева^{1✉}, Егор Сергеевич Гаврилов², Альбина Лаврентьевна Югай³,
Илья Михайлович Давидович⁴, Светлана Павловна Павлова⁵, Татьяна Васильевна Могила⁶,
Виктория Васильевна Дубинина⁷, Ирина Витальевна Ли⁸, Екатерина Александровна Дьячковская⁹,
Кулакова Ирина Александровна¹⁰

¹⁻⁸Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

^{1✉}gladkova1982@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9878-180X>

²egor1995gaw@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0025-0603>

³yugai_albina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0950-3670>

⁴ilyadavid@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7271-4094>

⁵sp-pavlova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2720-3126>

⁶tatvasmog@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2751-5736>

⁷vickdoctor@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1236-5926>

⁸irishka_dv11@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8419-5252>

⁹Клинико-диагностический центр, Хабаровск, Россия, deal00779@yandex.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-7284-825X>

¹⁰ «Краевая клиническая больница» имени профессора О.В. Владимирцева, Хабаровск, Россия,
kulakova1977@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-5273-1153>

Аннотация. Цель работы состояла в анализе выявления и контроля артериальной гипертензии (АГ) среди пациентов, пришедших на прием к врачу первичного звена, вне зависимости от причины. Материалы и методы. Одномоментно, однократно в трех поликлиниках г. Хабаровска – клинических базах кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии было проведено анкетирование пациентов, ожидающих приема к терапевту. В анкетирование были включены все пациенты вне зависимости от пола, возраста и цели визита. Анкета содержала 5 открытых и закрытых вопросов по разным аспектам артериального давления (АД), далее из амбулаторных карт опрошенных пациентов уточнили информацию об измерении АД на приеме, вынесении АГ в диагноз, назначении лечения, отметках о контроле и т.д. **Результаты:** анализировали ответы 149 пациентов, соотношение М:Ж составило 1:4 (31:118 абс.), средний возраст – 64,4±1,3 лет. У 77,2±3,4 % (115 человек) АД когда-либо повышалось от 140/90 и выше мм рт. ст., из них официальный диагноз АГ установлен у 103 (69,0±3,8 %) опрошенных. Выявили недостаточную настороженность врачей в отношении АГ, так АД на терапевтическом приеме было измерено у 95 человек из 149 (63,8±2,5 %) и у 74 человек из 103, имеющих официальный диагноз АГ (71,8±3,7 %). Также АГ, имеющаяся у пациентов ранее была вынесена в диагноз лишь в 42,7±2,5 % случаев, при этом ранее установленный диагноз АГ в амбулаторной карте имелся у 97 человек из 103 пациентов (94,2±1,9 %). Наши результаты показали в 65,0±4,7 % случаев недостаточную частоту визитов пациентов с АГ, находящихся под диспансерным наблюдением. В заключении были вынесены ряд предложений для руководителей поликлиник и практикующих врачей, которые помогут улучшить выявление АГ и контроль за такими пациентами.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, первичное звено, поликлиника, диспансеризация, диспансерное наблюдение

Для цитирования: Артериальная гипертензия: проблемы поликлинической практики / Н.В. Корнеева, Е.С. Гаврилов, А.Л. Югай и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 3. – С. 6-12. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-3-1>.



ARTERIAL HYPERTENSION: PROBLEMS OF OUT-PATIENT PRACTICE

Natalia V. Korneeva^{1✉}, Egor S. Gavrilov², Albina L. Yugai³, Iliya M. Davidovich⁴, Svetlana P. Pavlova⁵,
Tatiana V. Mogila⁶, Victoria V. Dubinina⁷, Irina V. Li⁸, Ekaterina A. Diachkovskaya⁹, Irina A. Kulakova¹⁰

¹⁻⁸Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

^{1✉}gladkova1982@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9878-180X>

²egor1995gaw@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0025-0603>

³yugai_albina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0950-3670>

⁴ilyadavid@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7271-4094>

⁵sp-pavlova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2720-3126>

⁶tatvasmog@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2751-5736>

⁷vickdoctor@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1236-5926>

⁸irishka_dv11@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8419-5252>

⁹Clinical Diagnostic Center, Khabarovsk, Russia, dea100779@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7284-825X>

¹⁰Regional Hospital № 2 named after Professor O.V. Vladimirtsev, kulakova1977@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-5273-1153>

Abstract. The goal of the study was to analyze the detection and control of arterial hypertension (AH) in patients who came to see a primary care physician regardless of the cause of their medical problems.

Materials and methods. Simultaneously, at one and the same time, in three clinics of Khabarovsk – clinical bases of the department of faculty and polyclinic therapy with the course of endocrinology, the questioning of patients waiting for an appointment with a general practitioner was conducted. The questioning included all the patients, regardless of gender, age and purpose of the visit. The questionnaire contained 5 open and close questions on various aspects of blood pressure (BP). After that, from the outpatient records of the interviewed patients, the information was analyzed taking into consideration the measurement of BP at the appointment, the diagnosis of AH, the treatment prescribed, notes on AH control, etc.

Results: the responses of 149 patients were analyzed, the M:F ratio was 1:4 (31:118 abs.), average age 64,4±1,3 years. In 77,2±3,4 % (115 people), BP had ever risen from 140/90 and above mm Hg. Out of these respondents, the official diagnosis of AH was made in 103 (69,0±3,8 %). Physicians were found to be insufficiently alert to hypertension, as at the appointment, BP was measured in 95 out of 149 people (63,8±2,5 %) and in 74 out of 103 people with the confirmed diagnosis of AH (71,8±3,7 %). Moreover, previously diagnosed hypertension was included into the diagnoses only in 42,7 % of cases, while the previously confirmed diagnosis of AH in the outpatient case history was noted in 97 out of 103 patients (94,2±1,9 %). Our results showed an insufficient frequency of visits of patients with AH under dispensary observation in 65,0±4,7 % of cases.

The conclusion: recommendations were made for the heads of polyclinics and practicing physicians, that will help improve the detection of AH and the control of patients suffering from it.

Keywords: arterial hypertension, primary care, polyclinic, medical examination, dispensary observation

For citation: Arterial hypertension: problems of out-patient practice / N.V. Korneeva, E.S. Gavrilov, A.L. Yugai, et al. // Far Eastern medical journal. – 2023. – № 3. – P. 6-12. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-3-1>.

В России на самом высоком законодательном уровне обсуждается глобальная цель современного здравоохранения – «к 2030 году сократить на 1/3 показатель преждевременной смертности от основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения ...» (цит. по [1]). В достижении данной цели врачам первичного звена отводится ключевая роль. Известно, что первые пять мест среди причин смерти в мире и в России занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС), мозговые инсульты (МИ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП) и патологические состояния новорожденных [2, 3]. Поэтому, в первую очередь усилия надо сосредоточить на снижении/предотвращении влияния тех факторов риска, которые непосредственно связаны с перечисленными патологическими состояниями. Доказано, что главным модифицируемым фактором риска возникновения

МИ и ИБС является артериальная гипертензия (АГ) [4]. Более того, у пациентов с АГ, через различные патофизиологические механизмы (активация Т-лимфоцитов, периваскулярная жировая инфильтрация и другие) повышен риск возникновения также ХОБЛ и ИНДП [5]. Все перечисленное требует от врача первичного звена обращать повышенное внимание на раннее выявление, лечение и контроль АГ среди приписного населения, независимо от того, по какому поводу пациент обратился в поликлинику.

К сожалению, несмотря на достаточную простоту установки диагноза АГ, наличия современных клинических рекомендаций и большого числа разнообразных лекарственных препаратов с доказанной эффективностью, говорить о достижении значительных успехов в лечении повышенного артериального давления (АД) пока не представляется возможным. По результатам Российских эпидемиологических исследований



приверженность к антигипертензивной терапии остается неудовлетворительной – от 20 % [6] до 62,5 %-73,6 % [7, 8], целевых значений АД достигают всего 10 до 17,2 % пациентов [9], у 49,6 % лиц удается медикаментозно снизить АД лишь до уровня 1 степени АГ [10]. При этом истинная резистентная АГ встречается только примерно в 10 % случаев [11]. Вместе с тем, по данным последних мета-анализов эффективная антигипертензивная терапия с достижением целевых значений АД уменьшает относительный риск развития больших сердечно-сосудистых событий (МИ, инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смертности) на 25 % [12], при снижении САД на каждые 10 мм рт. ст. происходит уменьшение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 20 %, ИБС – на 27 %, сердечной недостаточности на 28 %, общей смертности – на 13 %, инсульта – на 27 % [13].

Что же мешает достижению целевых уровней АД среди пациентов с АГ? По данным ряда исследований причин достаточно много, но основных выделяют три: плохая осведомленность пациентов о сути заболевания и возможностях контроля АД, низкая их приверженность к терапии и клиническая инертность врача [11]. Учитывая, что ведение пациентов с АГ – это в основном задача амбулаторная, воздействие на перечисленные причины напрямую связано с непосредственной работой поликлинического врача.

Однако, в связи с пандемией COVID-19, захватившей 2020, 2021 и начало 2022 годов, приведшей к значительной перегрузке системы здравоохранения,

задержке плановой медицинской помощи при ССЗ и «блокированию» программ профилактики и скрининга [14, 15], усугубились проблемы, имеющиеся в первичном звене системы здравоохранения, что не могло не отразиться отрицательно на оказании медицинской помощи пациентами с АГ. По разным причинам ушли из отрасли опытные врачи пенсионного возраста, произошел отток специалистов среднего возраста в частный сектор медицины в связи с возросшей нагрузкой в государственном звене. На смену им пришли молодые специалисты – выпускники вузов, которые, к сожалению, пока не имеют необходимого опыта и навыков использования профилактических и скрининговых программ в своей повседневной работе, а были ориентированы в сложившейся непростой ситуации, на острую инфекционную патологию, зачастую курируя разово пациентов с других участков, не закрепляя их за собой как лечащий врач. Это не способствовало наблюдению пациентов в динамике, включению их в ежегодные и периодические профилактические программы, которые, кроме того, были приостановлены в указанные годы из-за роста количества заболевших инфекцией COVID-19.

В связи с обозначенными проблемами в первичном звене здравоохранения возникает безусловный интерес, как осуществляется ежедневный скрининг и наблюдение за пациентами с АГ в новых реалиях поликлинической практики. *Цель данной работы* состояла в анализе выявления и контроля АГ, среди пациентов, пришедших на прием к врачу первичного звена, вне зависимости от причины.

Материалы и методы

Одномоментно, однократно в трех поликлиниках г. Хабаровска, являющихся клиническими базами кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии было проведено анкетирование пациентов, ожидающих приема к терапевту. В анкетирование были включены все пациенты, находящиеся на момент обследования в очереди, вне зависимости от пола, возраста и цели визита. Анкета содержала 5 вопросов: три с вариантами ответов да/нет: повышается ли у вас АД 140/90 мм рт. ст. и выше, был ли ранее установлен диагноз АГ? Принимает ли лекарственные препараты (без конкретизации какие и

сколько) по поводу высокого АД? И два открытых, где необходимо было указать: «У кого врача наблюдается с диагнозом АГ, и цель настоящего визита в поликлинику?»

Далее из амбулаторных карт опрошенных пациентов уточнили информацию о том было ли измерено АД на приеме в этот день; был ли ранее установлен диагноз АГ данному пациенту; если имела место АГ, то была ли она вынесена в структуру диагноза в этот день; назначено ли лечение АГ ранее; был ли достигнут контроль АД; выполнен ли стандарт обследования по АГ; дата последнего посещения по причине АГ.

Результаты и обсуждение

В исследовании приняли участие 149 пациентов, которые обратились на прием к врачам терапевтической специальности. Соотношение мужчин и женщин составило 1:4 (31: 118 абс.), средний возраст – 64,4±1,3 лет. У 77,2±3,4 % (115 человек) АД когда-либо повышалось от 140/90 и выше мм рт. ст., из них официальный диагноз АГ установлен у 103 (69,0±3,8 %) опрошенных. Антигипертензивная терапия была назначена 102 пациентам из 103 (99,0±0,8 %), при этом регулярно принимают препараты 89 человек из 102 (87,3±8,6 %). Из лиц с установленным диагнозом АГ (103 человека) наблюдаются у врача по данному

поводу 87 (84,5±9,4 %). Из них большинство у терапевта – 67 (77,0±3,4 %), у кардиолога – 18 (20,7±2,2 %) и 2 человека (2,3±1,2 %) – одновременно у терапевта и кардиолога.

Большая часть пациентов – 140 человек из 149 в день анкетирования обратились в поликлинику по поводу различных терапевтических ситуаций, не связанных с АГ. Артериальное давление на терапевтическом приеме было измерено у 95 человек из 149 (63,8±2,5 %) и у 74 человек из 103, имеющих официальный диагноз АГ (71,8±3,7 %). В день обращения АГ в структуру диагноза была внесена лишь у 44



пациентов из 103, имеющих официально установленный диагноз ($42,7 \pm 2,5$ %), при этом ранее установленный диагноз АГ в амбулаторной карте имелся у 97 человек из 103 пациентов ($94,2 \pm 1,9$ %). Из тех, у кого в амбулаторной карте имелся диагноз АГ (97 человек) лечение было назначено 91 пациенту ($93,0 \pm 2,1$ %), контроль достигнут у 60 человек ($65,9 \pm 1,5$ %), при этом стандарт обследования выполнен только у $61,0 \pm 1,3$ %.

Последний визит по причине АГ в амбулаторной карте был зафиксирован 2 недели назад у 2 человек, 2 месяца назад – у 34 человек, 6 месяцев назад – у 27 человек, 1 год назад – у 19, 2 года назад – у 10, 3 года – у 2, 4 года – у 6 человек и 7, 9 и 10 лет назад по одному человеку соответственно.

К артериальной гипертензии, являющейся основным модифицируемым фактором риска преждевременной смерти и развития целого ряда смертельных ССЗ, врачи должны относиться с особым вниманием. Диагностика проста – измерение АД, а последствия раннего выявления и адекватного контроля демонстрируют неоспоримые преимущества, которые позволяют включать их в глобальные цели современного здравоохранения. Безусловно, амбулаторное звено играет ведущую роль в вопросах профилактики, диагностики и лечения АГ. Результаты нашего небольшого исследования показали аспекты, в которых поликлиническое звено может и должно наращивать усилия.

Существуют пациенты, у которых по данным опроса АД повышается до 140/90 мм рт. ст. и выше, у них можно предполагать наличие АГ, однако они не обследованы, согласно принятому стандарту [16], в связи с чем, данный вероятный диагноз не подтвержден, а значит, такие пациенты не попадают под наблюдение терапевта в связи с наличием у них более высоких рисков по развитию сердечно-сосудистых осложнений, и им не осуществляют соответствующие профилактические мероприятия. Таких пациентов следует активно привлекать к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации, через активное информирование о сути заболевания, методах диагностики и лечения, а также о возможностях профилактических государственных программ в приписной поликлинике.

Следующий аспект, на который следует обратить внимание – недостаточное диспансерное наблюдение пациентов с АГ. По нашим данным $84,5 \pm 9,4$ % (М:Ж=15:72) из 103 имеющих официальный диагноз АГ указали в анкете, что наблюдаются у врача, но дальнейший анализ амбулаторных карт показал, что 67 пациентов, т. е. $65,0 \pm 3,9$ % из 103 последний раз обсуждали с врачом вопросы, связанные с АГ более полугода назад (от 6 мес. до 10 лет (!)). По данным «НМИЦ ТПМ» Минздрава России порядка 21,1 % лиц с АГ, находящихся под диспансерным наблюдением посещают врача-терапевта участкового реже минимальной рекомендуемой периодичности [17], которая

по диспансерному наблюдению при АГ 1-3 степени должна составлять не менее 2 визитов в год. При отсутствии контроля АД количество визитов увеличивается.

Наши результаты продемонстрировали и другие, как нам кажется, общеполитические тенденции. Например, измерение АД проводилось не всем пациентам ($63,8 \pm 2,5$ % от общего числа и $71,8 \pm 3,7$ % среди тех, кто имел официальный диагноз АГ) и не при каждом визите, хотя соблюдение этого стандарта обследования, позволило бы повысить выявляемость АГ. Настороженность в отношении гипертензии, по нашему мнению, должна проявляться вынесением ее в фоновый диагноз при любом поводе к амбулаторному обращению. Наши результаты показали, что АГ в структуру диагноза была вынесена в день обращения лишь у $42,7 \pm 2,5$ % пациентов, официально имеющих этот диагноз в амбулаторной карте. Акцентируя свое и внимание коллег на имеющейся АГ у конкретного больного, врач проводит ревизию выполнения стандарта обследования, назначенного лечения, приверженности к нему и достижению контроля АД. Кроме того, при таком развернутом диагнозе, становятся понятными риски пациента, возможные межлекарственные взаимодействия и может возникнуть необходимость коррекции при лечении острого заболевания. Справедливость и обоснованность таких рекомендаций подтверждается исследованиями и рекомендациями ведущих кардиологов и профилактиков страны [17].

Наши результаты показали высокий процент контроля АД – $65,9 \pm 1,5$ % из тех, кому было назначено лечение АГ в амбулаторной карте, что больше, в сравнении с данными крупномасштабных российских исследований – 49,7 % [18]. В нашем случае контроль АД оценивался двумя способами. При вынесении диагноза АГ – по формулировке «контролируемая/неконтролируемая», при отсутствии диагноза АГ в амбулаторной карте – по цифрам АД, измеренным на приеме. Учитывая то, что результаты экспертной проверки амбулаторных карт сотрудниками «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в 38 субъектах Российской Федерации выявили разнообразные ошибки при формулировке клинического диагноза АГ врачами первичного звена в 12,1 % [17], завышение показателя контроля в нашем случае, возможно, связаны в том числе с некорректными формулировками в диагнозах.

Отсутствие диагноза АГ в амбулаторной карте у тех, кто в анкете отметил наличие установленного ранее диагноза, обнажает еще одну печальную тенденцию государственного амбулаторного звена. Пациенты предпочитают обращаться в поликлинику по поводу острых ситуаций, в то время как диагностику, лечение и наблюдение хронических заболеваний осуществляют в частных клиниках [19, 20]. Считая, например, что вопросами, связанными с АД должен заниматься врач-кардиолог, который может отсутствовать в поликлинике по месту жительства.



Таким образом, результаты нашего скринингового исследования подтвердили существование по крайней мере двух причин, препятствующих эффективному выявлению и лечению АГ на амбулаторном этапе: плохая осведомленность населения и инертность врача, в данном случае измерение АД не каждому пациенту и не при каждом визите, не вынесение АГ в структуру рубрифицированного диагноза, не соблюдение минимальной кратности диспансерного наблюдения пациентов с АГ в $65,0 \pm 4,9$ % случаев.

В связи с полученными результатами были сформулированы предложения по улучшению диагностики,

наблюдения и лечения пациентов с АГ на амбулаторном этапе:

1. Информирование населения о возможностях профилактических государственных программ в приписной поликлинике.
2. Измерение АД на каждом приеме не зависимо от повода обращения.
3. Вынесение АГ в фоновый диагноз каждый раз, когда пациент обращается с острой проблемой.
4. Проверка приписного населения с установленным диагнозом АГ на предмет выполнения стандарта обследования и осуществления диспансерного наблюдения.

Список литературы

1. Бадин Ю.В., Фомин И.В., Беленков Ю.Н. и др. ЭПОХА-АГ 1998–2017 гг.: динамика распространенности, информированности об артериальной гипертензии, охвате терапией и эффективного контроля артериального давления в Европейской части РФ // Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 1S. – С. 34-42.
2. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Тарасов В.И., Редько А.Н., Викторова И.А., Прищепа Н.Н., Якушин С.С., Бойцов С.А., Драпкина О.М. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ-2. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – Т. 15, № 4. – С. 450-466. doi:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
3. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 4-14.
4. Драпкина О.М., Масленникова Г.Я., Шепель Р.Н., Кутишенко Н.П., Салагай О.О. Приоритетные направления профилактики неинфекционных заболеваний в повестке 75-й Всемирной ассамблеи здравоохранения: планы на будущее // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 6. – С. 7-11.
5. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Булгакова Е.С., Орлов Д.О., Курилов И.В. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией 1-3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии, врачами-терапевтами участковыми медицинских организаций субъектов Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 4. – С. 4332.
6. Кашутина М.И., Концевая А.В., Кудрявцев А.В., Малютин С.К., Ипатов П.В., Драпкина О.М. Факторы, ассоциированные с осведомленностью и прохождением диспансеризации у лиц с артериальной гипертензией (по данным исследования «Узнай свое сердце») // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 3. – С. 3156.
7. Кобалава Ж.Д., Троицкая Е.А., Колесник Э.Л. Современные рекомендации по артериальной гипертензии: согласованные и несогласованные позиции // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – Т. 15, № 1. – С. 105-114.
8. Ларина В.Н., Козырев С.Е., Назимкин К.Е. и др. Вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном этапе: школы здоровья для пациентов в городской поликлинике // CardioСоматика. – 2019. – Т. 10, № 2. – С. 49-55.
9. Ротарь О.П., Толкунова К.М., Солнцев В.Н. и др. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19 // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 3. – С. 37-45.
10. Сименюра С.С., Сизова Ж.М. Роль немедикаментозных методов повышения приверженности к лечению больных артериальной гипертензией в условиях поликлиники // Медицинский совет. – 2021. – № 21-2. – С. 16-25.
11. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002–2012 гг. // Вестник РАМН. – 2013. – № 2. – С. 4-11.
12. Шиготарова Е.А., Салямова Л.И., Олейников В.Э. Телемониторинг как новый метод эффективного контроля артериального давления // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 99-104.
13. Bidel M.N.Z., Canoy D., Copland E., et al. Blood pressure-lowering treatment for prevention of major cardiovascular diseases in people with and without type 2 diabetes: an individual participant-level data meta-analysis // Lancet Diabetes Endocrinol. – 2022. – № 10. – P. 645-654.



14. Ettehad D., Emdin C.A., Kiran A., Anderson S.G., et al. Blood pressure lowering for prevention of cardio-vascular disease and death: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. – 2016. – Vol. 387. – P. 957-967.
15. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // *Lancet*. – 2020. – Vol. 396. – P. 1223-1249.
16. Harrison D. What is driving all cause excess mortality? // *BMJ*. – 2022. – Vol. 376. – P. 100.
17. Lau D.T., Sosa P., Dasgupta N., He H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Public Health Surveillance and Survey Data Collections in the United States // *American Journal of Public Health*. – 2021. – Vol. 111, № 12. – P. 2118-2121.
18. Mullerova H., Agusti A., Erqou S., Mapel D.W. Cardiovascular comorbidity in COPD: systematic literature review // *Chest*. – 2013. – Vol. 144, № 4. – P. 1163-1178.
19. World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva: WHO; 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. (Accessed 30.01.2023).
20. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO. 2021. URL: <https://apps.who.int/iris> (Accessed 30.01.2023).

References

1. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. – Geneva: WHO, 2021. URL: <https://apps.who.int/iris> (Date of access: 30.01.2023).
2. World Health Organization. The top 10 causes of death. – Geneva: WHO; 2020. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. (Date of access: 30.01.2023).
3. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // *Lancet*. – 2020. – Vol. 396. – P. 1223-1249.
4. Badin Yu.V., Fomin I.V., Belenkov Yu.N., et al. EPOCHA-AH 1998-2017. Dynamics of prevalence, awareness of arterial hypertension, treatment coverage, and effective control of blood pressure in the European part of the Russian Federation // *Cardiology*. – 2019. – Vol. 59, № 1S. – P. 34-42.
5. Balanova Yu.A., Shalnova S.A., Imaeva A.E., Kapustina A.V., Muromtseva G.A., Evstifeeva S.E., Tarasov V.I., Redko A.N., Viktorova I. A., Prishchepa N.N., Yakushin S.S., Boytsov S.A., Drapkina O.M. on behalf of the participants in the ESSE-RF-2 study. The prevalence of arterial hypertension, treatment coverage and its effectiveness in the Russian Federation (data from the observational study ESSE-RF-2) // *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. – 2019. – Vol. 15, № 4. – P. 450-466. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
6. Boitsov S.A., Balanova Yu.A., Shalnova S.A. et al. Arterial hypertension among people aged 25-64 years: prevalence, awareness, treatment and control. Based on the materials of the ESSE study // *Cardiovascular Therapy and Prevention*. – 2014. – Vol. 13, № 4. – P. 4-14.
7. Chazova I.E., Oshchepkova E.V. Results of the implementation of the Federal Target Program for the Prevention and Treatment of Arterial Hypertension in Russia in 2002-2012 // *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. – 2013. – № 2. – P. 4-11.
8. Drapkina O.M., Maslennikova G.Ya., Shepel R.N., Kutishenko N.P., Salagay O.O. Priority areas for the prevention of non-communicable diseases on the agenda of the 75th World Health Assembly: plans for the future // *Preventive Medicine*. – 2022. – Vol. 25, № 6. – P. 7-11.
9. Drapkina O.M., Shepel R.N., Drozdova L.Yu., Kalinina A.M., Bulgakova E.S., Orlov D.O., Kurilov I.V. Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions // *Russian Journal of Cardiology*. – 2021. – Vol. 26, № 4. – P. 4332.
10. Kashutina M.I., Kontsevaya A.V., Kudryavtsev A.V., Malyutina S.K., Ipatov P.V., Drapkina O.M. Factors associated with awareness and passage of medical screening in hypertensive persons: data from the Know Your Heart study // *Cardiovascular Therapy and Prevention*. – 2022. – Vol. 21, № 3. – P. 3156.
11. Kobalava Zh.D., Troitskaya E.A., Kolesnik E.L. New guidelines on management of arterial hypertension: key similarities and differences // *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. – 2019. – Vol. 15, № 1. – P. 105-114.
12. Larina V.N., Kozyrev S.E., Nazimkin K.E., et al. Secondary prevention for non-communicable chronic diseases at out-patient stage: schools of health for patients at municipal polyclinic // *Cardiosomatics*. – 2019. – Vol. 10, № 2. – P. 49-55.
13. Rotar O.P., Tolkunova K.M., Solntsev V.N., et. al. Adherence to treatment and control of arterial hypertension in the framework of the Russian screening campaign MMM19 // *Russian Journal of Cardiology*. Adherence to treatment and control of arterial hypertension in the framework of the Russian screening campaign MMM19 // *Russian Journal of Cardiology*. – 2020. – Vol. 25, № 3. – P. 37-45.
14. Shigotarova E.A., Salyamova L.I., Oleynikov V.E. Telemonitoring as a new method of effective blood pressure control // *Preventive Medicine*. – 2021. – Vol. 24, № 4. – P. 99-104.



15. Simenyura S.S., Sizova Zh.M. The role of non-drug methods of increasing adherence to the treatment of patients with arterial hypertension in a polyclinic // Medical Council. – 2021. – № 21-2. – P. 16-25.
16. Bidel M.N.Z., Canoy D., Copland E., et al. Blood pressure-lowering treatment for prevention of major cardiovascular diseases in people with and without type 2 diabetes: an individual participant-level data meta-analysis // Lancet Diabetes Endocrinol. – 2022. – № 10. – P. 645-54.
17. Ettehad D., Emdin C.A., Kiran A., Anderson S.G., et al. Blood pressure lowering for prevention of cardio-vascular disease and death: a systematic review and meta-analysis // Lancet. – 2016. – Vol. 387. – P. 957-967.
18. Harrison D. What is driving all cause excess mortality? // BMJ. – 2022. – Vol. 376. – P. 100.
19. Lau D.T, Sosa P., Dasgupta N., He H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Public Health Surveillance and Survey Data Collections in the United States // American Journal of Public Health. – 2021. – Vol. 111, № 12. – P. 2118-2121.
20. Mullerova H., Agusti A., Erqou S., Mapel D.W. Cardiovascular comorbidity in COPD: systematic literature review // Chest. – 2013. – Vol. 144, № 4. – P. 1163-1178.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 11.07.2023.

The article was accepted for publication 11.07.2023.

