

И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова

Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва, Российская Федерация

Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002–2012 гг.

Проанализирована эффективность мероприятий по борьбе с артериальной гипертензией в Российской Федерации за период с 2002 по 2012 гг., проводимых в рамках Федеральной целевой программы и основной деятельности медицинских и научных организаций с организационно-методическим руководством Российского кардиологического научно-производственного комплекса как головного учреждения по профилю «Кардиология».

Основным достижением явилось снижение смертности населения от болезней системы кровообращения, начиная с 2004 г. Наиболее выраженные позитивные изменения отмечены в смертности от cerebrovasкулярных болезней, уровень которой снизился в 1,5 раза — с 339,9 случаев на 100 тыс. населения в 2003 г. до 224,1 в 2012 г., в т.ч. от фатальных инсультов (уменьшение на 114,8 тыс. случаев по сравнению с 2004 г.).

Снижение смертности от болезней системы кровообращения достигнуто за счет раннего выявления лиц с артериальной гипертензией; разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых методов профилактики («Школы здоровья»), диагностики и лечения больных артериальной гипертензией; повышения образовательного уровня врачей первичного звена здравоохранения в области кардиологии, а также использования программно-целевого подхода государства в решении проблемы, направленного на достижение конечного результата — снижения смертности от болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая смертность, профилактика инсульта, профилактика, диагностика и лечение больных артериальной гипертензией.

4

Значительное повышение уровня смертности населения от болезней системы кровообращения (БСК) в 90-е гг. прошлого столетия в период перестройки, равно которому еще не было в истории медицины, наряду со снижением рождаемости явилось причиной формирования тяжелой демографической ситуации в России в тот период времени. Уровень смертности от БСК прогрессивно увеличивался с 618,7 случаев на 100 тыс. населения

в 1990 г. до 864,1 в 2000 г. Среди всех причин смертности 53–55% лиц умирали от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ежегодно от ССЗ погибало более 1,1 млн жителей страны. Среди всех умерших 30% составляли лица трудоспособного возраста, из них 80% — мужчины, смертность которых в 4,6–5 раз превышала смертность женщин. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин была на 10,6–15,1 лет ниже, чем продолжительность жиз-

I.E. Chazova, E.V. Oschepkova

Russian Cardiology Research and Production Complex, Moscow, Russian Federation

Results of the Federal (National) Project for Prevention and Treatment Essential Hypertension Patients in Russia from 2002–2012 Years

The analysis of measures efficiency for prevention by essential hypertension (EH) in Russian Federation within the space of 2002–2012 years was realized. Those measures were carrying out Federal (National) Project and primary activity of the medical and scientific institutions under the leadership Russian Cardiology Research and Production Complex.

The basic result was decrease in cardiovascular disease death rate starting with 2004 year. The most pronounced significant changes were found in death rate from the cerebrovascular diseases. From 2003 to 2012, the annual cerebrovascular disease death rate decreased in 1,5 times (in 2003 — 339,9 by 100 thousands, to compare with 2012 — 224,1 by 100 thousands). Moreover, in 2012 the fatal stroke death rate was decreased on 114,8 thousands (to compare with 2004).

Decrease of cardiovascular disease death rate is achieved from: early revealing of essential hypertension pts; development and introduction in practical public health of new methods of prevention («Schools of Health»), adequate diagnostic and treatment of essential hypertension patients; increase of an educational level by cardiology in polyclinics, also use by the government of special purposes for Cardiovascular disease death rate decrease.

Key words: essential hypertension, cardiovascular disease death rate, stroke prevention, prevention, diagnostic and treatment essential hypertensive patients.

ни женщин, что свидетельствовало о «сверхсмертности» мужчин трудоспособного возраста. Показатели ожидаемой продолжительности жизни населения, особенно мужчин, в России были значительно ниже, чем в большинстве экономически развитых стран. БСК явились одной из главных причин преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста.

В 1992–1996 гг. в стране в общей сложности умерло 3,5 млн человек. Исправление сложившейся ситуации было признано одной из главных государственных задач.

Артериальная гипертензия (АГ), по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, признана ведущим фактором, определяющим высокую смертность населения в современном обществе. У больных АГ в 3–4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца (ИБС) и в 7 раз чаще — инсульт. Анализ причин развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, проведенный в США, показал, что у 69% больных, впервые перенесших инфаркт миокарда (ИМ), у 77% с сердечной недостаточностью и у 77% пациентов с инсультом в анамнезе присутствовала неконтролируемая АГ [1].

Проведенные в 90-х гг. эпидемиологические исследования позволили установить высокую распространенность АГ среди населения России (39,9% у мужчин, 41,1% у женщин), что свидетельствовало о развитии эпидемии АГ и неудовлетворительном ее контроле. В 2002 г. было официально зарегистрировано только 6,2 млн больных АГ, что составило всего 15% всех лиц с повышенным АД среди населения. Значительная часть людей не были информированы о наличии у них АГ, опасной для здоровья и жизни свойственными ей тяжелыми осложнениями [2, 3].

Риск сердечно-сосудистой смерти удваивается на каждое повышение систолического артериального давления (САД), равное 20 мм рт.ст., и диастолического артериального давления (ДАД) в 10 мм рт.ст., начиная с уровня 135/85 мм рт.ст. Оптимальный уровень АД, при котором наблюдается минимальный риск развития ССЗ, равен 115/75 мм рт.ст. [4]. У лиц с АГ ожидаемая продолжительность жизни короче на 5,1 лет у мужчин и на 4,9 лет у женщин по сравнению с лицами с нормальным АД.

В период перестройки сформировался комплекс проблем в обществе и в здравоохранении: прогрессирующий рост факторов риска ССЗ, включая высокую распространенность АГ и ее плохой контроль среди населения; ослабление профилактической деятельности медицинскими учреждениями; устаревшая нормативно-правовая база в части организации медицинской помощи кардиологическим больным; недостаточная подготовка врачей по вопросам современных методов профилактики, диагностики и лечения кардиологических больных; разрушение системы диспансерного наблюдения. Все вышеперечисленное относится к числу факторов резкого снижения качества оказания медицинской помощи больным АГ и другими ССЗ. Указанные проблемы требовали принятия безотлагательных мер по борьбе с высокой смертностью населения от ССЗ.

Накопленный к этому периоду времени мировой и отечественный опыт свидетельствовал о возможности снижения заболеваемости и смертности от БСК, в первую очередь от инсультов при эффективном лечении АГ. Профилактические программы, проведенные в ряде городов бывшего СССР в 80-х гг. прошлого столетия специалистами Всесоюзного кардиологического научного центра совместно со специалистами НИИ неврологии РАМН, доказали эффективность воздействия на АГ как ведущий фактор риска ССЗ. Лечение лиц с АГ в течение

5 лет привело к снижению заболеваемости инсультом на 50%, инфарктом миокарда — на 23% и смертности от инсультов на 48,4% [5]. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, снижение повышенного АД в популяции даже на 2 мм рт.ст. приводит к снижению уровня смертности населения от инсульта на 6%, а от ИБС — на 4% [4].

Уменьшение числа инсультов, регистрируемое в большинстве экономически развитых стран мира в течение последнего десятилетия, связывают главным образом с переходом к активной государственной политике в отношении охраны здоровья населения этих стран: оздоровлением образа жизни, характера питания и особенно с успехами в борьбе с важнейшим фактором риска развития БСК — АГ. Проведенные за 9 лет мероприятия по оздоровлению образа жизни людей (рациональное питание, повышение физической активности) и лечению больных АГ современными медикаментозными средствами в Финляндии привели к снижению заболеваемости инсультом и смертности от цереброваскулярных болезней на 56%, включая лиц трудоспособного возраста [6].

По инициативе академика Е.И. Чазова, вопрос о влиянии ССЗ на состояние здоровья нации был предметом обсуждения 30 июня 1995 г. на Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения, которая рекомендовала Министерству здравоохранения РФ разработать Федеральную целевую программу (ФЦП) по борьбе с АГ в целях профилактики развития ее тяжелых осложнений (инсульт, ИБС, ИМ, сердечная недостаточность).

По поручению Правительства РФ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения РФ (РКНПК) как головное учреждение по проблемам кардиологии в стране разработал комплекс мероприятий по борьбе с высокой смертностью от ССЗ, который лег в основу ФЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», утвержденной постановлением Правительства РФ от 17 июля 2001 г. № 540, а с 2007 года — в подпрограмму «Артериальная гипертензия» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» (2007–2012) (далее Программа) [7].

Согласно рекомендациям экспертов Всемирной организации здравоохранения, в Программе предусмотрена популяционная стратегия, направленная на снижение частоты встречаемости факторов риска ССЗ среди населения с целью предупреждения развития новых случаев заболеваний, и индивидуальная стратегия, заключающаяся в повышении эффективности лечения больных АГ.

Основными задачами Программы были: разработка мер по выявлению больных АГ на ранних стадиях заболевания; разработка современных эффективных методов профилактики, диагностики, лечения АГ, реабилитации больных, перенесших инсульт вследствие АГ, и внедрение их в широкую практику; повышение квалификации участковых терапевтов, врачей общей практики, педиатров, неврологов и кардиологов в области кардиологии; разработка мероприятий по повышению приверженности к лечению больных АГ («Школы здоровья»); создание системы динамического контроля эпидемиологической ситуации по АГ и системы учета больных АГ (регистр АГ), а также укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, кабинетов врачей общей практики, терапевтических и кардиологических стационаров. Конечная цель Программы — снижение уровня заболеваемости и смертности населения от БСК, включая инсульт.

Принятие и реализация Программы не только дали возможность решить часть указанных проблем за счет выделенных (хотя и достаточно ограниченных) средств, но и послужили стимулом к активной деятельности по организации борьбы с АГ на местах главных кардиологов и терапевтов регионов, ведущих профессоров-кардиологов вузов и органов управления здравоохранением субъектов РФ. В 75 субъектах реализовывались аналогичные Федеральной Региональные программы. Работа по борьбе с АГ не ограничивалась мероприятиями Программы, а чаще выполнялась за счет основной деятельности медицинских организаций, а также путем привлечения внебюджетных и спонсорских средств. Более чем в 65 субъектах РФ регулярно освещались вопросы профилактики ССЗ в средствах массовой информации. В течение ряда лет в 100 городах России проводились акции по измерению АД у населения; организовывались «Дни здоровья»; проводились измерения АД в учебно-образовательных учреждениях; в сельской местности — подворовые обходы с измерением АД у всех членов каждой семьи [7].

В первичном звене здравоохранения выполнялась активная работа по обнаружению больных АГ: АД измеряли у всех лиц, обратившихся по любому поводу в амбулаторно-поликлинические учреждения, были организованы кабинеты доврачебного контроля, кабинеты профилактики, в последние годы — «Кабинеты здоровья». В результате осуществления указанных мероприятий за период с 2002 по 2011 гг. более чем у 8 млн лиц была впервые диагностирована АГ.

По инициативе РКНПК (акад. Е.И. Чазов) совместно с Союзом журналистов России (В.Л. Богданов), был создан Благотворительный общественный фонд «Артериальная гипертензия», силами которого (врачи-кардиологи и журналисты) была проведена огромная просветительская работа по профилактике АГ: прошла серия конференций в ряде городов России, опубликовано более 300 научно-популярных статей по проблемам АГ.

Большая организационно-методическая работа РКНПК по обсуждению конкретных тактических и стратегических мер по борьбе с АГ и ССЗ была выполнена на съездах, научно-практических конференциях, совещаниях в федеральных округах, субъектах РФ, а также на ежегодных Всероссийских съездах кардиологов.

Обновлена нормативно-правовая база по оказанию медицинской помощи больным АГ. Утвержденный Министерством здравоохранения РФ приказ от 24 января 2003 г. № 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации» способствовал использованию в работе врачей современной классификации АГ, новых методов профилактики, диагностики и лечения АГ, а Положение об организации деятельности «Школ здоровья» для больных АГ — активному их развитию. Многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями показана значимость «Школ здоровья», в которых проводится просветительская работа с больными АГ по вопросам профилактики ССЗ, в повышении приверженности к лечению. Формируемое у больных сознание причин болезни, освоение методов контроля АД, приемов самопомощи в неотложных ситуациях и методов профилактики способствует улучшению течения заболевания и профилактике осложнений АГ. Доказана экономическая эффективность работы «Школ здоровья»: снижаются прямые и непрямые затраты на лечение АГ за счет уменьшения финансовых потерь, связанных с оказанием различных видов медицинских услуг (вызовы скорой медицинской помощи,

оплата больничных листов). В группе больных, ознакомившихся с просветительскими программами, в течение года в 6,3 раза сократились затраты на госпитализацию, в 7,9 раза — на амбулаторную помощь и в 18,3 раза — на вызовы скорой медицинской помощи [8].

В 2006 г. в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах страны уже функционировало 2788 «Школ здоровья»; в 2002–2010 гг., по данным Министерства здравоохранения РФ, свыше 7,3 млн больных АГ прослушали информационно-просветительские программы.

Особое внимание было уделено повышению квалификации врачей первичного звена здравоохранения в области кардиологии. В рамках реализации Программы было издано и передано во все регионы для врачей практического здравоохранения 48 пособий и методических рекомендаций, учебных видеофильмов. Активную позицию в вопросах образования врачей по кардиологии выполняет Российское медицинское общество по АГ (РМОАГ), созданное в 2006 г. по инициативе РКНПК с поддержкой Европейского общества по артериальной гипертензии. В 55 субъектах РФ функционируют региональные отделения РМОАГ, которые возглавляют ведущие кардиологи этих регионов. Ежегодно проводится более 100 образовательных школ для врачей. Только в 2011 г. было проведено 148 школ и 20 круглых столов по профилактике, особенностям диагностики и лечения различных форм АГ, включая детей и подростков. С 2006 г. более 50 тыс. врачей различных специальностей (терапевты, кардиологи, врачи общей практики — семейные врачи, неврологи, педиатры) получили сертификаты по программе этих школ.

Также были разработаны новые методы диагностики, профилактики и лечения больных АГ. В выполнении научно-исследовательских работ в рамках Программы принимали участие 17 научных организаций РАМН, Министерства здравоохранения, Министерства образования и Министерства сельского хозяйства РФ. Трудно осветить все новые разработки, выполненные за эти годы. В популяционных исследованиях установлены факторы риска развития АГ у подростков в возрасте 15–17 лет, диагностические критерии АГ. Для педагогов общеобразовательных школ разработаны обучающие программы и модули для детей и подростков по рациональному питанию, физической активности и формированию здорового образа жизни. Для врачей, проводящих занятия в «Школах здоровья», созданы обучающие программы и модули по АГ. Разработан комплекс неинвазивных методов функциональной (электрокардиография, вариабельность ритма сердца, суточное мониторирование АД, метод самоконтроля АД и др.) и ультразвуковой диагностики с использованием новых технологий получения, обработки данных и совершенствования методов контроля за структурно-функциональным состоянием органов-мишеней у больных АГ в процессе лечения. Для больных АГ с избыточным весом внесены новые коррективы в оценку гипертрофии левого желудочка, определяемой методом электро- и эхокардиографии [9]. Впервые установлено, что такие методы, как корригированная ортогональная вектор-кардиография и дипольная электрокардиотопография, являются чувствительными и адекватными в диагностике гипертрофии левого желудочка [10]. Разработаны новые способы оценки вазомоторной функции эндотелия: с использованием регистрации скорости пульсовой волны в плечевой артерии при объемной сфигмографии и пульсового кровенаполнения кисти при реовазографии (реографические аппараты широко применяются в практическом здравоохранении) [11].

В ходе работ по изучению суточного профиля АД, оцененного методом суточного мониторирования (СМАД) была определена значимость его характеристик для поражения органов-мишеней и прогноза заболевания, проведена их количественная оценка с использованием автоматической обработки. Разработаны правила его проведения, типовое заключение по результатам обследования, показание к проведению в учреждении практического здравоохранения. Метод СМАД успешно внедрен в практику для оценки особенностей течения АГ и адекватности лечения [12]. Научное обеспечение специалистами РКНПК разработки приборов для СМАД совместно с отечественными производителями медицинской техники позволило обеспечить импортозамещение этих приборов.

РКНПК был одним из первых научных учреждений, в котором начали разрабатывать инновационные информационные технологии в кардиологии. В 80-х гг. прошлого столетия во Всесоюзном кардиологическом научном центре (ранее РКНПК) была создана методика передачи электрокардиограммы от пациента к врачу на расстоянии. В настоящее время разработана оригинальная система цифровой электрокардиограммы с использованием современных средств связи (через Интернет), с централизованным хранением и экспертной оценкой данных. Принципиальным отличием от существующих в стране аналогов является разработка специального модуля, сопряженного с медицинскими информационными системами.

Специалистами РКНПК разработаны новые дифференцированные подходы к диагностике и индивидуальные методы лечения сложных для практического здравоохранения рефрактерных форм АГ. Впервые в России внедрен в клиническую практику инновационный метод лечения больных с тяжелой, резистентной к лечению АГ — селективная катетерная абляция почечных симпатических нервов [13]. Разработаны алгоритмы диагностики синдрома апноэ во сне у больных АГ для разных уровней медицинских организаций [14, 15]; метаболического синдрома (фактор риска развития ССЗ и сахарного диабета), распространенность которого в нашей стране значительна [16, 17]. Изданы российские рекомендации по диагностике и лечению метаболического синдрома. Изучена эффективность терапии различными классами гипотензивных препаратов у больных АГ, в т.ч. у перенесших нарушения мозгового кровообращения и транзиторные ишемические атаки.

РКНПК совместно с неврологами Центра неврологии РАМН, которые под руководством директора Центра, академика РАМН З.А. Суслиной активно подключились к реализации Программы, были установлены новые, ранее неизученные в нашей стране факторы риска развития инсульта при АГ, к которым относятся утолщение комплекса интима—медиа общих сонных артерий и «немые» лакунарные инфаркты мозга [18–20].

Специалистами Научного центра неврологии РАМН также разработан ряд новых методик восстановления нарушенных функций у больных, перенесших инсульт вследствие АГ, с использованием различных, включая отечественные, реабилитационных систем и комплексов, в которых предусмотрены индивидуальные подходы к нагрузкам у больных в раннем восстановительном периоде инсульта, что позволяет избежать свойственных этому периоду существенных колебаний АД.

С 90-х гг. прошлого столетия в клинической практике в России стали появляться новые классы антигипертензивных препаратов. Известен факт различной чувствительности больных АГ к антигипертензивным

препаратам, которая зависит от расовой и этнической принадлежности, генетического фактора, характера питания, индивидуальных процессов метаболизма и др. Данные, полученные в ходе лечения на одной популяции больных, могут отличаться от эффекта воздействия на другую популяцию. Было необходимо проведение крупномасштабных исследований по оценке эффективности и безопасности новых классов антигипертензивных препаратов, их комбинаций, различных режимов лечения у больных АГ российской популяции. По инициативе, под руководством и при участии специалистов РКНПК, а также практических врачей более чем из 40 регионов страны была проведена серия крупных многоцентровых исследований («РОСА», «ЭКО», «ИРИС», «КЛИПАККОРД», «МИНОТАВР», «ЭТНА», «РЕГАТА», «ПРИЗ», «ФАГОТ» и др.) по изучению эффективности и безопасности различных новых антигипертензивных средств, их комбинаций при разных формах и вариантах течения АГ с целью разработки оптимальных методов и алгоритмов лечения [21–26]. Подтверждено, что адекватная антигипертензивная терапия, обеспечивающая долговременное поддержание целевого АД, позволяет более чем в 3 раза снизить частоту развития ССЗ у больных АГ. В результате этих исследований был накоплен отечественный опыт по эффективности, безопасности различных классов антигипертензивных препаратов, их комбинаций у больных с разными формами АГ, что наряду с другими разработками в 2004 г. легло в основу Российских рекомендаций по диагностике и лечению больных АГ и их обновленных версий в 2008 и 2010 гг.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий по борьбе с АГ было создано 2 инновационных метода на основе Интернет-технологий: мониторинг эпидемиологической ситуации по АГ (Мониторинг) и Регистр АГ. По данным Мониторинга, разработанного специалистами ФГБУ «ГНИЦ ПМ», на представительной выборке населения более чем из 40 субъектов РФ были получены объективные данные о распространенности факторов риска ССЗ, АГ среди населения и эффективности их контроля. При первоначальном обследовании (2003–2004) были получены базовые данные, с которыми проводилось сравнение в последующие годы.

Пристальное внимание органами управления здравоохранением уделялось вопросу качества оказания медицинской помощи, был издан приказ Министерства здравоохранения РФ по ее улучшению; разработаны стандарты оказания медицинской помощи больным с ССЗ. Вместе с тем вопросы качества организации медицинской помощи, трактуемые ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» как своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и степень достижения запланированного результата, остаются до конца нерешенными.

Профилактика осложнений АГ в большей степени зависит от эффективности работы врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, поскольку именно в этих медицинских организациях состоит под наблюдением преобладающая часть больных АГ.

В ряде стран (Великобритания, Финляндия и др.) для определения недостатков в медицинской помощи используют регистры заболеваний (Регистр острого коронарного синдрома, Регистр инсульта, Регистр АГ и др.) и клинический аудит.

Для получения объективной информации о качестве лечебной работы врачей с больными АГ с позиций полноты и адекватности диагностики и достижения целей

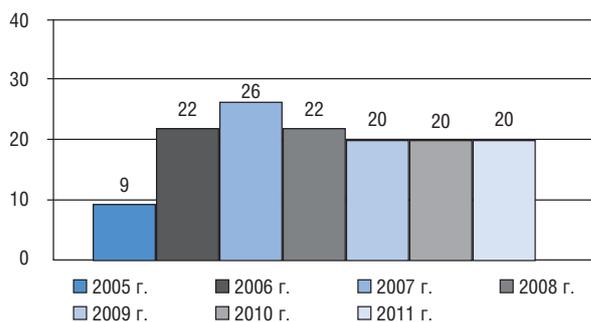


Рис. 1. Доля больных артериальной гипертензией (%), у которых был достигнут и поддерживался целевой уровень артериального давления.

8

лечения специалистами РКНПК совместно со специалистами Саратовского НИИ кардиологии на основе инновационных Интернет-технологий был создан Регистр АГ (компьютерная программа), который с 2005 г. выборочно внедрен в работу поликлиник и кардиодиспансеров 12 субъектов РФ [27]. В течение 2005–2012 гг. были набраны медицинские данные из амбулаторных историй болезни (клинико-демографические характеристики, объем выполненных диагностических, профилактических и лечебных мероприятий) более чем о 77 тыс. первичных больных АГ, часть из которых наблюдалась в динамике за этот период времени. Среди них 38,8% мужчин (средний возраст 58 ± 8 лет) и 61,2% женщин (средний возраст 60 ± 11 лет).

Полноту и адекватность обследования и лечения оценивали с помощью специально разработанных индикаторов (формализованных причин невыполнения предписанных процедур по оценке качества оказания медицинской помощи), рассчитывающихся в Регистре АГ автоматически. Анализ качества лечебно-диагностической работы проводили путем сравнения индикаторов с российскими рекомендациями «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», утвержденных Российским медицинским обществом по АГ и Всероссийским научным обществом кардиологов в 2010 г. Кроме того, изучали причины невыполнения индикаторов.

Одной из задач, стоящих перед врачом, является определение индивидуального сердечно-сосудистого риска у больного АГ (т.е. риска развития тяжелых осложнений), который определяется не только степенью повышения АД, но и наличием других факторов риска (дислипидемии, нарушения углеводного обмена, отягощенной наследственности и др.), степенью вовлеченности в патологический процесс органов-мишеней (сосуды, сердце, мозг, почки) и ассоциированными клиническими состояниями, фактически являющимися осложнениями АГ: ИБС, перенесенный ИМ, цереброваскулярное заболевание и др.

Диагностика факторов риска в 2005 г. в полном объеме проводилась только у 5%, а в 2012 г. — у 12% больных. Такие важные показатели, в т.ч. и для выбора тактики лечения, как общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности и триглицериды, в 2005 г. не оценивали у 33,51 и 48% больных АГ, соответственно. В 2011 г. работа врачей по определению факторов риска существенно улучшилась.

Диагностика поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний была проведена у 90% больных АГ, из них только у 37% пациентов обследование проводилось в соответствии с Рекомендациями.

У остальных больных было недостаточно документированных данных для обоснованного суждения об ассоциированных клинических состояниях и поражении органов-мишеней. Например, 13% больных АГ не была выполнена электрокардиография, а при обследовании методом ультразвуковой диагностики сердца отсутствовали количественные данные о массе миокарда левого желудочка, что считается «золотым стандартом» в оценке гипертрофии левого желудочка. Не лучшим образом проводилось обследование почек. У 33% больных не было анализов мочи, у 32,7% в анализах крови отсутствовали данные о содержании креатинина. Вместе с тем креатинин был повышен у 22% больных из числа тех, у которых он определялся. Это свидетельствовало о том, что у каждого 4–5-го пациента имело место нарушение функции почек, на которое нередко не обращали должного внимания. С учетом размера обследуемой выборки (свыше 77 тыс. больных АГ) и учитывая только один факт снижения функции почек, можно констатировать, что заболевание у значительного числа больных АГ находится далеко не на ранней стадии.

Качество диспансерного наблюдения, а следовательно, и эффективность лечения оценивали по достижению и поддержанию целевого уровня АД в течение каждого года наблюдения. В 2005 г. целевое АД в среднем по всей выборке достигалось только у 9% больных, в последующие годы этот показатель улучшился, но в течение последних 3 лет (2009–2011) сохранялся на одном уровне и составлял 20% (рис. 1). Следует также сказать о значительно более высоких показателях качества диагностики и лечения (достижение целевого АД у 50–60% наблюдаемых больных) в кардиологических диспансерах.

Таким образом, данные Регистра АГ, полученные на первом этапе его работы (2005), свидетельствовали о недостаточном обследовании больных АГ, что приводило к недооценке суммарного сердечно-сосудистого риска и, следовательно, неадекватному выбору тактики лечения. У 91% больных АГ не была достигнута цель лечения, вследствие чего они продолжали находиться в зоне высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (инсульт, ИМ). В учреждениях кардиологического профиля (кардиоцентры, кардиодиспансеры) врачи-кардиологи, как наиболее подготовленные по вопросам кардиологии, чем участковые врачи-терапевты, значительно лучше проводили диагностическую и лечебную работу с больными АГ. В связи с этим в последующие годы особое внимание было уделено подготовке участковых врачей-терапевтов первичного звена здравоохранения, врачей общей практики по вопросам профилактики, диагностики и лечения АГ.

Данные Регистра АГ о качестве обследования и лечения больных АГ в первичном звене здравоохранения и выявленные недостатки в этой работе ежегодно обсуждались на конференциях с врачами, главными кардиологами и главными терапевтами субъектов РФ для принятия управленческих решений с целью улучшения оказания медицинской помощи больным.

Итоги реализации Программы в 2002–2012 гг. были оценены по данным Росстата, эпидемиологического мониторинга и Регистра АГ. По некоторым показателям, отсутствующим в Росстате в 2012 г., данные приведены по 2011 г.

В целом, за указанные годы проведения различных мероприятий по борьбе с АГ в стране получены следующие результаты:

- в 1,7 раза улучшилась выявляемость первичных больных АГ; с 2002 по 2011 г. АГ была диагностирована у 8,1 млн лиц;

- охват диспансерным наблюдением больных АГ увеличился с 40,5% в 2002 г. до 49,1% в 2011 г.

Повторные обследования представительной выборки населения в регионах методом эпидемиологического мониторинга продемонстрировали положительные тенденции в лечении больных АГ:

- врачи стали использовать современные антигипертензивные препараты с доказанной способностью улучшать прогноз заболевания, что свидетельствует о повышении квалификации врачей-терапевтов и врачей-кардиологов;
- наблюдается улучшение показателей лечения больных АГ, оцениваемых по достижению целевого АД в процессе лечения; так, если в 2003–2004 гг. эффективность лечения составляла 23,1%, то в 2007–2008 гг. она повысилась до 30,4% (в США данный показатель равен 56% и считается наиболее высоким среди всех стран мира); вдвое уменьшилось число больных (мужчин и женщин) с тяжелыми формами АГ, что также свидетельствует о повышении эффективности лечения.

По данным Регистра АГ, также установлены положительные тенденции в обследовании и лечении больных АГ в первичном звене здравоохранения в 2009–2012 гг. Улучшилось качество диагностики поражений органов-мишеней (сердца, сосудов, почек) и ассоциированных клинических состояний (ИБС, сердечная недостаточность и др.). Повысилась эффективность лечения больных АГ. В 2005 г. только у 9% больных достигался целевой уровень АД, в последующие годы (2007–2012) этот показатель увеличился до 20–26%.

Результатами проведенных мероприятий по борьбе с АГ стали позитивные изменения в показателях смертности населения от БСК в стране, начиная с 2004 г., когда появилась тенденция к их снижению (рис. 2).

Уровень смертности от БСК в 2011 г. снизился до 749 (в 1,2 раза) по сравнению с 2003 г., степень снижения составила 19%. В 2012 г. (январь–ноябрь) также регистрировалось снижение коэффициента смертности от БСК до 729,5 (на 100 тыс. населения). За период 2003–2012 гг. было сохранено более 309 тыс. человеческих жизней.

Анализ динамики смертности населения от БСК за период 1993–2012 гг. показал, что за 10-летний период (1993–2002) число умерших превышало число сохраненных жизней в 3,6 раза. В 2002–2012 гг. принципиально изменилась направленность вектора смертности от ССЗ: число сохраненных жизней превысило число умерших лиц в 6,2 раза.

Важнейшим результатом явилось снижение смертности лиц трудоспособного возраста от БСК, начиная с 2006 г. По сравнению с 2005 г. число смертей в 2011 г. снизилось на 71,6 тыс. случаев, или на 30,4% (рис. 3).

Наиболее выраженные позитивные изменения наблюдаются в показателях смертности от цереброваскулярных болезней. За период с 2004 по 2012 гг. число умерших от этих заболеваний сократилось на 154,8 тыс. Уровень смертности от цереброваскулярных болезней снизился в 1,5 раза: с 339,9 в 2003 г. до 224,1 в 2012 г. (январь–ноябрь); степень снижения составила 34,1%.

С учетом того, что АГ является важнейшим фактором риска развития фатальных инсультов, был проведен анализ динамики смертности населения от инсультов в 2001–2011 гг., который показал снижение на 114,8 тыс. случаев, начиная с 2004 г. (рис. 4).

С 2006 г. регистрируют ежегодное снижение смертности от цереброваскулярных болезней лиц трудоспособного возраста. Число умерших за этот период уменьшилось на 14,5 тыс., или на 31,5%. Снижение частоты в большей

Число умерших на 100 тыс. населения

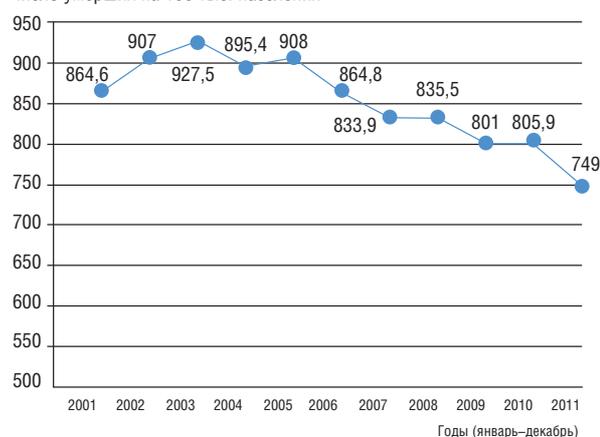


Рис. 2. Динамика уровня смертности населения от болезней системы кровообращения за период 2001–2011 гг.

Абсолютное число умерших

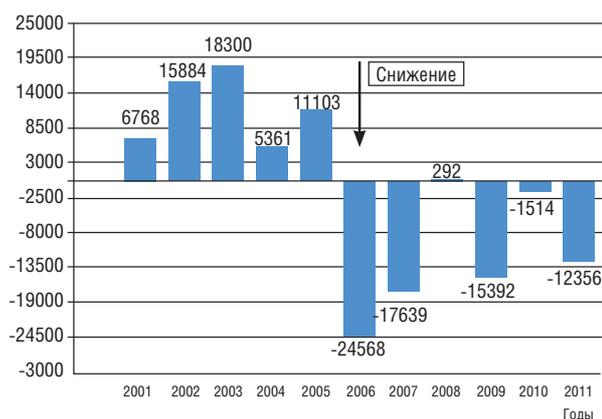


Рис. 3. Динамика (Δ) числа умерших лиц трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения в 2001–2011 гг.

Число умерших

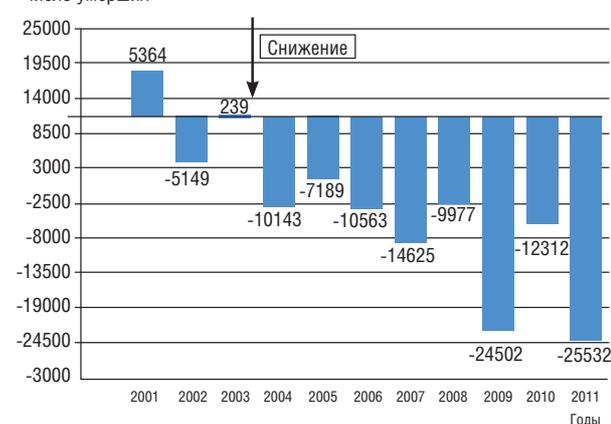


Рис. 4. Динамика (Δ) числа лиц, умерших от инсульта в 2001–2011 гг.

степени цереброваскулярных болезней, включая инсульт, и смертности от них при проведении мероприятий по борьбе с АГ согласуется с общемировыми данными о том, что АГ является наиболее значимым фактором риска развития инсультов и хронических форм цереброваскулярных заболеваний.

С 2004 г. фиксируют снижение уровня смертности от ИБС, число смертей от которой сократилось более чем на 66,2 тыс. случаев. Снижение смертности от ИБС установлено и среди лиц трудоспособного возраста: число умерших с 2006 по 2011 гг. (по сравнению с 2005 г.) сократилось на 34,1 тыс. случаев, или на 29,8%. В предупреждении смертности от ИБС наряду с адекватным лечением АГ большое значение имеет контроль и других факторов риска ССЗ — дислипидемии, низкой физической активности, отказа от курения, нерационального питания и др., распространенность которых среди населения России остается высокой.

Анализ показателей заболеваемости БСК с временной утратой трудоспособности продемонстрировал снижение числа случаев заболеваний с 2,7 млн в 2002 г. до 2,3 млн в 2011 г., и числа дней временной нетрудоспособности — с 47,8 до 38,7 млн. Оценка заболеваемости с временной утратой по причине АГ за этот

период также показала снижение числа случаев с 1,5 до 1,2 млн и дней временной нетрудоспособности — с 20,3 до 14,6 млн, что позволило значительно сэкономить денежные средства.

Смертность от БСК, занимая лидирующее место среди всех причин смертности населения, играет важную роль в развитии демографической ситуации в стране. Снижение смертности от ССЗ, регистрируемое в 2004–2012 гг., внесло свой вклад в демографические показатели. Увеличилась ожидаемая продолжительность жизни как мужчин (на 3,6 года), так и женщин (на 2,4 года).

Подводя итоги реализации мероприятий по борьбе с АГ в нашей стране, следует еще раз подчеркнуть, что снижение смертности от БСК достигнуто за счет раннего выявления лиц с АГ; разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых методов профилактики («Школы здоровья»), диагностики и лечения больных АГ; повышения образовательного уровня врачей первичного звена здравоохранения в области кардиологии, а также в результате использования программно-целевого подхода государства в решении проблемы, направленной на достижение конечного результата — снижения смертности от болезней системы кровообращения (реализация Федеральной целевой программы по борьбе с АГ).

REFERENCES

- Heart disease and Stroke statistics — 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125: 2–220.
- Chazov E.I. *Rukovodstvo po arterial'noi gipertonii* [Guidelines for hypertension]. Moscow; Media-Medika. 2005.
- Chazova I.E., Oshchepkova E.V., Chikhladze N.M. *Arterial'naya gipertoniya (printsipy diagnostiki i lecheniya)* [Arterial hypertension (principles of diagnosis and treatment)]. Moscow. 2005.
- Bor'ba s arterial'noi gipertoniei [Prevention of hypertension]. *Doklad Komiteta ekspertov VOZ. Vsemirnaya organizatsiya zdравookhraneniya* [Report of WHO Expert Committee. World Health Organization]. Geneva. 1996.
- Britov A.N., Oganov R.G. *Ter. Arkhiv. — Therapeutic Archives*. 1985; 11: 67.
- Jakovljevic D., Sarti C., Sivenius J., Torppa J., Mahonen M., Immonen-Raiha P., Kaarsalo E., Alhainen K., Kuulasmaa K., Tuomilehto J., Puska P., Salomaa V. Socioeconomic status and ischemic stroke: The FINMONICA Stroke Register. *Stroke*. 2001; 32 (7): 1492–1498.
- Oshchepkova E.V. Federal special program “Prevention and Treatment of Arterial Hypertension in the Russian Federation” 5- year results of its implementation. *Zdravookhranenie v Rossiiskoi Federatsii - Health care in the Russian Federation*. 2007; 5: 18–21.
- Kalinina A.M., Oshchepkova E.V., Pozdnyakova Yu.M. *Profilaktika zabolevani i ukreplenie zdorov'ya — Prevention of Disease and health promotion*. 2006; 4: 41–47.
- Saltykova M.M., Oshchepkova E.V., Ataulakhanova D.M., Ataulakhanova D.M., Lazareva N.V., Bobokhonova A.S., Rogoza A.N. Electrocardiographs diagnosis of hypertrophy of left ventricular myocardium in patients with hypertension. *Ter. arkhiv. — Therapeutic Archive*. 2006; 78 (12): 40–45.
- Blinova E.V., Sakhnova T.A., Sergakova L.M., Ataulakhanova D.M., Oshchepkova E.V., Lazareva N.V., Aidu E.A.I., Trunov V.G., Titomir L.I. New approaches to diagnosis of left ventricular hypertrophy by dipolar electrocardiography (“DECARTO”). *Ter. arkhiv. - Therapeutic Archive*. 2005; 4: 8–10.
- Rogoza A.N., Zairova A.R., Oshchepkova E.V. Measurement of pulse wave velocity in the reactive hyperemia as a method of evaluation of endothelial vasomotor function in hypertensive patients. *Ter. arkhiv. — Therapeutic Archive*. 2008; 4: 29–33.
- Rogoza A.N., Oshchepkova E.V., Tsagareishvili E.V., Gorieva Sh.B. *Sovremennye neinvazivnye metody izmereniya arterial'nogo davleniya dlya diagnostiki arterial'noi gipertonii i otsenki effektivnosti antipertenzivnoi terapii* [Modern non-invasive blood pressure measurement for diagnosis of hypertension and evaluation of the effectiveness of antihypertensive therapy]. Moscow. 2007.
- Danilov N.M., Chazova I.E., Savchenko A.P. Renovascular hypertension: diagnosis and treatment. *Sistemnye gipertenzii — Systemic Hypertension*. 2009; 1: 71–73.
- Chazova I.E., Litvin A.Yu. Obstructive sleep apnea syndrome and its associated cardiovascular complications. *Kardiologiya — Cardiology*. 2002; 11: 86–92.
- Bolotova M.N., Galitsin P.V., Kolos I.P., Litvin A.Yu., Chazova I.E. Syndrom of Obstructive sleep apnea as an independent risk factor for cardiovascular complications. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika — Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2009; 5: 103–112.
- Chazova I.E., Mychka V.B. Metabolic syndrome. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika — Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2003; 3: 32–38.
- Mamyrbaeva K.M., Mychka V.B., Chazova I.E. Hypertension and Metabolic Syndrome. *Consilium Medicum*. 2004; 5: 320–323.
- Prokopovich M.E., Varakin Yu.Ya., Oshchepkova E.V., Rebrova O.Yu. Acute disorders of cerebral circulation: prognostic factors in essential hypertension. *Ter. arkhiv. — Therapeutic Archive*. 2006; 10: 14–18.
- Suslina Z.A., Varakin Yu.Ya., Maksimova M.Yu., Oshchepkova E.V. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya — Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2004; 5: 35–43.
- Varakin Yu.Ya. *Profilaktika ONMK. Insul't: diagnostika, lechenie, profilaktika 2-e izd.* [Prevention of acute Cerebrovascular Insufficiency. Stroke: diagnosis, treatment, prevention. 2nd ed.]. Monografiya pod red. Z.A. Suslinoi, M.A. Piradova [Z.A. Suslin, M.A. Piradova (monograph ed.)]. Moscow; MEDPress-inform. 2009. pp. 155–196.

21. Chazova I.E., Ostroumova O.D. *Sistemnye gipertenzii — Systemic hypertension*. 2009; 4: 34–36.
22. Chazova I.E., Martynyuk T.V. *Sistemnye gipertenzii — Systemic hypertension*. 2010; 2: 47–52.
23. Chazova I.E., Fomin V.V., Razuvaeva M.A., Vigdorichik A.V. *Journal of Cardiology — Kardiologicheskii vestnik*. 2011; 1: 40–48.
24. Chazova I.E., Martynyuk T.V., Kolos I.P. *Consilium medicum*. 2007; 5: 5–9.
25. Chazova I.E., Ratova L.G., Galyavich A.S., Gapon L.I., Ivashkin V.T., Katel'nitskaya L.I., Martsevich S.Yu., Nedogoda S.V., Nikitin Yu.P., Oganov R.G., Petrichko T.A., Simonova G.I., Sokolov I.M., Fomin I.V., Shlyakhto E.V., Yakusevich V.V. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika — Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2008; 2: 78–82.
26. Chazova I.E., Belenkov Yu.N., Ratova L.G. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika — Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2005; 4: 4–14.
27. Dovgalevskii P.Ya., Oshchepkova E.V., Gridnev V.I. Register arterial hypertension. *Ter. arkhiv. — Therapeutic Archive*. 2007; 1: 46–48.
27. Dovgalevskii P.Ya., Oshchepkova E.V., Gridnev V.I. Registr arterial'noi gipertonii. *Ter. arkhiv*. 2007; 1: 46–48.

FOR CORRESPONDENCE

Chazova Irina Evgen'evna, PhD, Professor, RAMS cor. member, Director of A.L. Myasnikov Institute of Clinical Cardiology Federal State Budgetary Institution

Address: 121552, Moscow, 3rd Cherepkovskaya St., 15a; **tel.:** (495) 415-52-05; **e-mail:** tt34@cardio.ru

Oshchepkova Elena Vladimirovna, PhD, Professor, Head of Department of Registers of cardiovascular disease of A.L. Myasnikov Institute of Clinical Cardiology Federal State Budgetary Institution

Address: 121552, Moscow, 3rd Cherepkovskaya St., 15a; **tel.:** (495) 414-66-63; **e-mail:** arthyplab@list.ru