

Распространенность факторов, влияющих на прогноз больных артериальной гипертонией, оценка общего сердечно-сосудистого риска

Т.Н. Тимофеева, С.А. Шальнова, В.В. Константинов, В.М. Иванов, А.В. Капустина, Ю.А. Баланова, И.Н. Лельчук, А.Д. Деев

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава. Москва. Россия

Prevalence of factors affecting prognosis in arterial hypertension, and total cardiovascular risk assessment

T.N. Timofeeva, S.A. Shalnova, V.V. Konstantinov, V.M. Ivanov, A.V. Kapustina, Yu.A. Balanova, I.N. Lelchuk, A.D. Deev

State Research Center for Preventive Medicine, Russian Federal Agency of Health and Social Development. Moscow, Russia

Цель. Изучить распространенность факторов риска (ФР), поражений органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС) среди больных артериальной гипертонией (АГ) для оценки общего сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. Представлены результаты эпидемиологического обследования лиц с АГ – 3661 мужчины и 6334 женщины, из представительной выборки населения России в возрасте > 15 лет в рамках программы «Профилактика и лечение АГ в РФ».

Результаты. Больные АГ мужчины сравнительно с женщинами имели более низкое образование, чаще курили (48,3% vs 7,9%) и злоупотребляли алкоголем (6,8% vs 1,9%); больные женщины чаще страдали ожирением (34,9% vs 18,1%). Пятая часть больных обоего пола имела гипертоническую ретинопатию, 41% – гипертрофию левого желудочка. Больные мужчины чаще страдали ишемической болезнью сердца (22,3% vs 17,6%), распространенность других сопутствующих заболеваний среди больных АГ была одинаковой. Доля лиц с АГ III степени оказалась выше среди женщин (6,3% vs 4,2%). Антигипертензивную терапию получали 59,5% больных мужчин и 73,8% женщин, однако эффективность лечения была невысокой – 12,9% и 13,5% соответственно. Среди больных АГ без лечения доля лиц с очень высоким риском была выше у женщин (6,0% vs 3,9%), а среди лечащихся больных ~ 80% оставались в группах высокого и очень высокого риска.

Заключение. Среди больных АГ выявлены высокая распространенность ФР, ПОМ и АКС, а также неэффективный контроль артериального давления, что привело большинство из них в группу высокого риска.

Ключевые слова: артериальная гипертония, факторы риска, поражения органов-мишеней, ассоциированные клинические состояния, общий риск.

Aim. To study prevalence of risk factors (RF), target organ damage (TOD), and associated clinical conditions (ACC) in arterial hypertension (AH) patients, for total cardiovascular risk assessment.

Material and methods. Epidemiological AH survey including 3661 males and 6334 females, aged 15+ years, from a representative national sample, was performed as part of the Program «AH Prevention and Treatment in the Russian Federation».

Results. AH males, comparing to hypertensive females, had lower education level, smoked and drunk alcohol excessively more often (48.3% vs 7.9%; 6.8% vs 1.9%, respectively). In females, obesity prevalence was higher: 34.9% vs 18.1% in males. One-fifth of hypertensive patients had hypertensive retinopathy, 41% - left ventricular hypertrophy. Coronary heart disease (CHD) prevalence was higher in males - 22.3% vs 17.6% in females; the prevalence of other ACC was similar in both genders. In females, Stage III AH was diagnosed more often: 6.3% vs 4.2% in males. Antihypertensive therapy was administered to 59.5% of males and 73.8% of females, but treatment

effectiveness was low – 12.9% and 13.5%, respectively. In untreated hypertensive patients, very high risk was typical for women (6.0% vs 3.9% in men); in treated patients, more than 80% remained in high and very high risk groups. **Conclusion.** In AH individuals, RF, TOD, and ACC, as well as poor BP control, are prevalent, that explained high risk level for the majority of patients.

Key words: Arterial hypertension, risk factors, target organ damage, associated clinical conditions, total risk.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран, в т.ч. России. В 2002г среди населения в возрасте 25–64 лет ССЗ составляли у мужчин 36%, у женщин – 41% всех причин смерти; это в 3–4 раза превышает показатели смертности от ССЗ в странах Западной Европы [1].

Одним из наиболее значимых для России факторов, влияющих на развитие и прогрессирование ССЗ, является артериальная гипертензия (АГ). По данным проспективных наблюдений, АГ увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в 3 раза, от инсульта – в 6 раз [2,3]. Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от ССЗ составляет 40%, а в смертность от мозгового инсульта – 70–80% [4].

Распространенность АГ в России велика и составляет 40% как среди мужчин, так и среди женщин [4,5]. Ситуация осложняется недостаточным контролем АГ среди населения. Если в США в настоящее время адекватно контролируют АГ 34% взрослых, то в России эти показатели остаются на уровне конца 90-х годов прошлого века – 17,5% женщин и 5,7% мужчин [6,7]. В то же время известно, что эффективный контроль повышенного АД уменьшает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность у больных АГ [8]. Другие факторы также оказывают влияние на прогноз заболевания, что нашло отражение в классификации АГ [9].

Цель настоящей работы – изучить распространенность факторов риска (ФР), поражений органов-мишеней (ПОМ), ассоциированных клинических состояний (АКС) и сахарного диабета (СД); оценить общий сердечно-сосудистый риск у больных АГ в выборке населения России.

Материал и методы

Исследование проведено в рамках Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в РФ». В ходе ее выполнения создана и функционирует система мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с АГ, среди населения. В течение 2003–2004гг. силами специально подготовленных медицинских работников

лечебно-профилактических учреждений во всех Федеральных округах проведено обследование случайной гнездовой выборки. Из 7 Федеральных округов в мониторинге приняли участие 29 территорий. При формировании выборки за единицу отбора были приняты последовательно территориальная поликлиника, врачебный участок и домохозяйство (семья). Обследованы 28963 человека ≥ 15 лет с откликом $> 70\%$. Проводился контроль качества полученной информации. В анализ были отобраны только представительные данные. В работе отражены результаты обследования лиц с АГ из представительной выборки населения РФ в возрасте ≥ 15 лет: 3661 мужчина и 6334 женщины. Данные стандартизованы по возрастной структуре населения Европы.

Обследование включало: опрос по стандартной анкете для выяснения паспортных данных, уровня образования, профессии, сведений о физической активности, наличии вредных привычек, хронических неинфекционных заболеваний и их лечении, измерение артериального давления (АД), определение антропометрических параметров. Предварительно все его участники были информированы сотрудниками Центра о методике опроса, измерения АД, антропометрии.

АД измерялось дважды на правой руке в положении сидя после 5 минут отдыха. Среднее из 2 измерений анализировалось в качестве уровня систолического и диастолического АД (САД и ДАД). При этом использовались следующие критерии АГ: САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст., или больной получает антигипертензивную терапию (АГТ).

Риск у больных АГ стратифицировался в соответствии с Российскими рекомендациями 2001г и 2004г [9,10]. В список факторов, которые учитывались при оценке риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных АГ, входили: возраст > 55 лет для мужчин и > 65 – для женщин, курение, гиперхолестеринемия (ГХС) с уровнем ХС $> 6,5$ ммоль/л, ожирение – индекс Кетле (ИК) > 30 кг/м², низкая физическая активность (НФА), образование ниже среднего, ассоциирующееся с низким социальным статусом.

К ПОМ относили гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) и гипертоническую ретинопатию (ГР); к АКС – цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), поражения почек – хроническую почечную недостаточность (ХПН), заболевания периферических артерий. Уровни общего ХС (ОХС) и креатинина в крови, а также наличие ПОМ заимствованы из амбулаторных карт.

При статистическом анализе результатов использовали систему статистического анализа информации – SAS (Statistical Analysis System); вычисляли средние, стандартные ошибки, а также критерии значимости: χ^2 , t – критерий Стьюдента, F – критерий Фишера.

Результаты

В таблице 1 представлены данные о распространенности ФР среди больных АГ. Мужчины

Распространенность ФР среди больных АГ

Факторы риска	Возрастные группы											
	15-34		35-44		45-54		55-64		65-75+		75+	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Мужчины												
Курение	372	60,0***	572	57,7***	1417	52,6***	937	38,5***	257	23,7***	3555	48,1***
ГХС	205	5,8	343	10,5**	908	14,5	654	18,6	152	20,4***	2262	11,6
Ожирение	365	15,9***	560	20,0***	1392	23,3***	913	23,3***	255	24,3***	3485	18,6***
НФА	372	62,1**	572	61,2	1417	61,0**	937	64,9	257	63,8***	3555	64,0
ОНС	372	7,3***	572	3,5***	1417	7,4***	937	12,5***	257	27,6**	3555	11,4*
Женщины												
Курение	258	13,6	922	7,0	2640	3,8	1684	2,3	584	1,5	6088	7,9
ГХС	149	6,7	577	8,0	1733	13,7	1154	18,5	342	25,1	3955	11,1
Ожирение	252	32,9	908	38,8	2593	44,3	1646	41,8	574	32,9	5973	34,9
НФА	258	58,9	922	63,2	2640	64,2	1684	66,7	584	70,0	6088	64,7
ОНС	258	2,3	922	1,9	2640	4,5	1684	9,3	584	34,1	6088	8,4

Примечание: ОНС- образование ниже среднего; о - стандартизованный по возрасту показатель; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ – достоверность различий между группами мужчин и женщин.

больные АГ чаще имели низкий образовательный статус: лица с образованием ниже среднего среди них составляли 11,4% по сравнению с 8,6% у женщин больных АГ. Однако в возрасте ≥ 65 лет преобладали лица с образованием ниже среднего среди больных АГ женщин – 34,1% vs 27,6% соответственно.

Среди больных АГ мужчин трудоспособного возраста имела место очень высокая распространенность курения. В возрасте 15-54 лет курили 52-60% больных и, только начиная с 55 лет, число курящих снизилось до 38,5%, а с 65 лет – до 24%. Среди больных АГ женщин распространенность курения была значительно ниже: в 4,5-15 раз в младшей и старшей возрастных группах, соответственно. Самая высокая частота распространения курения отмечена у молодых женщин – 13,6%; в каждом последующем десятилетии она снижалась почти в 2 раза, достигая в возрасте ≥ 65 лет – 1,5%. В целом по выборке больные АГ женщины курили в 6 раз реже, чем мужчины – 7,9% и 48,3% соответственно.

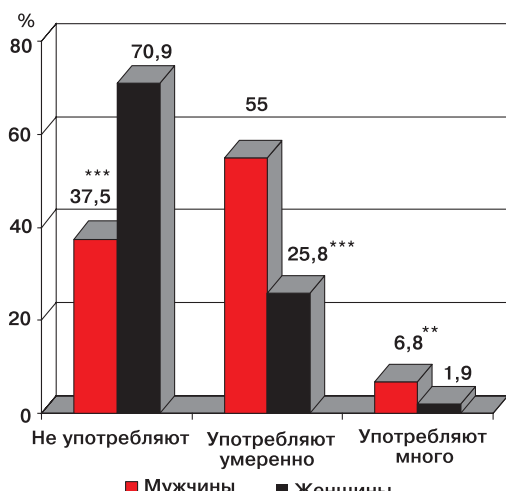
Распространенность НФА почти не менялась с возрастом среди пациентов с АГ мужского пола и увеличивалась среди женщин, страдающих АГ. Две трети мужчин с АГ во всех возрастных категориях были физически малоактивными; среди больных женщин число таких лиц увеличивалось с возрастом с 58,9% в младшей группе до 70% – в старшей. Стандартизованная по возрасту распространенность НФА была одинаковой среди больных АГ обоего пола – 64%.

Распространенность ожирения увеличивалась с возрастом у больных АГ обоего пола, но более стремительно у женщин. Среди больных АГ мужчин частота ожирения увеличивалась с 15,9% среди молодых до 24,3% среди лиц пенсионного возраста. Среди больных женщин этот показатель возрастал с 32,9% в молодом возрасте до 44,3% в возрасте 45-54 лет, затем снова снижался до 32,9% в последующем десятилетии. Стандартизованная по возрасту распространенность ожирения среди женщин с АГ почти в два раза выше, чем среди мужчин: 34,9% vs 18,6% соответственно.

С возрастом увеличивалась частота ГХС у больных АГ: у мужчин – с 5,8% в младшей возрастной группе до 20,4% в старшей, у женщин – с 6,7% до 25,1% соответственно. В целом по выборке отсутствовали различия в распространенности этого ФР среди больных АГ мужчин и женщин – 11,6% и 11,1% соответственно, кроме возрастной группы ≥ 65 лет, где распространенность ГХС была выше среди женщин – 25,1% и 20,4% соответственно.

Несмотря на то, что потребление алкоголя не включено в систему стратификации риска у больных АГ, считали важным изучить этот фактор из-за его высокой распространенности в российской популяции и негативной роли в становлении и лечении АГ (рисунок 1). Оказалось, что две трети больных АГ мужчин продолжали употреблять алкоголь: 55% – умеренно, ~7% – много. Не употребляли алкоголь чуть

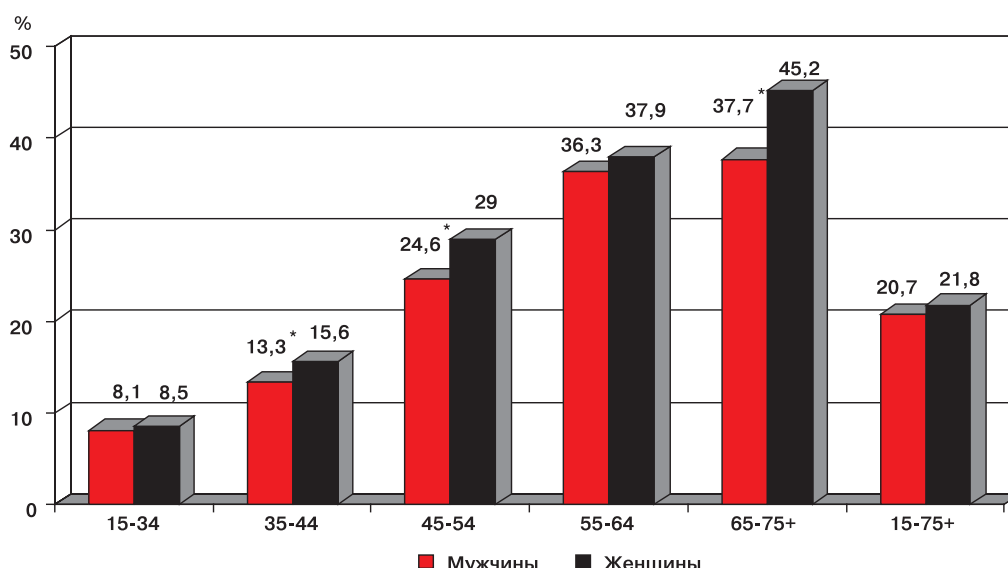
больше трети больных мужчин. Среди больных АГ женщин более двух третей не употребляли алкоголь, употребляли умеренно – четверть, а много – только 1,9%.



Примечание: ** p<0,01; *** p<0,001

Рис. 1 Распространенность потребления алкоголя среди больных АГ (мужчин-3661; женщин-6334)

Распространенность ГР (рисунок 2) среди больных АГ обоего пола увеличивалась с возрастом, более значительно у женщин. В младших возрастных группах и в выборке в целом не было различий в распространенности этого ПОМ среди мужчин и женщин; ГР имела место у пятой части больных. Однако среди лиц > 65 лет частота ГР становится выше у женщин – 45,2% vs 37,7% у мужчин.



Примечание: * p<0,05.

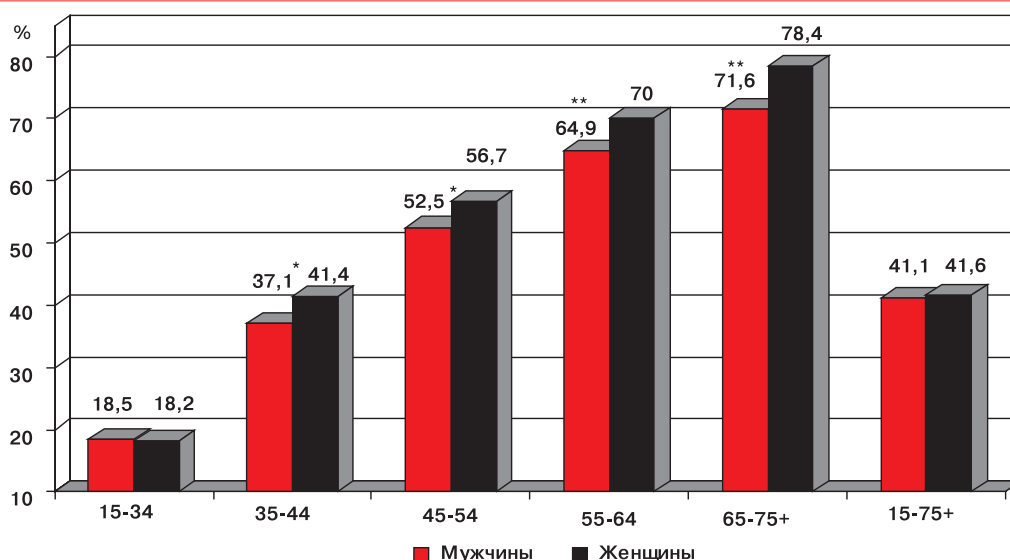
Рис. 2 Распространенность ГР среди больных АГ (мужчин - 3555; женщин - 6088).

Распространенность ГЛЖ (рисунок 3) среди больных АГ оказалась весьма высокой: в младшей группе она отмечена почти у каждого пятого пациента – 18,5% мужчин и 18,1% женщин; в седьмом десятилетии ее частота возросла до 71,6% у мужчин и 78,4% у женщин. В целом по выборке распространенность ГЛЖ оказалась одинаковой среди больных обоего пола – 41%.

В таблице 2 представлена распространенность АКС, влияющих на прогноз больных АГ и учитывающихся при оценке общего сердечно-сосудистого риска. У мужчин и женщин, больных АГ, отмечается отчетливое увеличение с возрастом распространенности ИБС. Во всех возрастных категориях ИБС преобладает среди мужчин по сравнению с женщинами: 10,0% vs 4,8% – в четвертом десятилетии; 23,6% vs 17,3% – в пятом; 42,0% vs 33% – в шестом десятилетии, соответственно. В целом по выборке частота ИБС остается выше среди мужчин: 22,3% vs 17,6% соответственно.

Распространенность ЦВЗ у больных АГ мужчин и женщин в целом по выборке была одинаковой: 14,6% и 14,3% соответственно. В возрасте до 35 лет ЦВЗ несколько чаще наблюдались у больных АГ мужчин, а после 45 лет – у женщин. С возрастом частота ЦВЗ удваивалась в каждом последующем десятилетии у лиц обоего пола.

Болезни почек чаще встречались у больных АГ женщин – 13,6% vs 10,5% среди мужчин, однако распространенность ХПН среди них была



Примечание: * p<0,05; ** p<0,001.

Рис. 3 Распространенность ГЛЖ среди больных АГ (мужчин - 3555; женщин - 6088).

одинаковой: 1,2% и 1,1% соответственно, за исключением средней и старшей возрастных групп, где преобладали лица с ХПН среди женщин.

Отсутствовали различия в распространенности СД среди больных АГ женщин и мужчин: 5,1% и 4,4% соответственно, несмотря на большее число лиц с этим заболеванием среди больных АГ женщин в возрасте > 55 лет.

Каждый десятый больной АГ имел заболевания периферических артерий, и только в воз-

растной группе 55-64 года отмечалась их большая частота у больных АГ мужчин.

В оценке общего сердечно-сосудистого риска у больных АГ важно определять не только уровни АД, но и наличие или отсутствие ФР, ПОМ и АКС. Представляло интерес изучить распределение больных АГ на группы по этим критериям (таблица 3). Анализ был проведен отдельно для больных, принимающих и не принимающих АГТ, т.к. наиболее точно степень АГ

Таблица 2

Распространенность АКС среди больных АГ

Возраст	Число обслед.	Ассоциированные клинические состояния					
		ЦВЗ	ИБС	Болезни почек	ХПН	Сахарный диабет	Заболев. периферических артерий
Мужчины							
15-34	372	3,5	1,9	9,1**	0,8	1,3	3,8
35-44	572	6,3	10,0***	7,3***	0,5*	2,3	6,8
45-54	1417	11,7	23,6**	11,0**	1,2	5,6	11,1
55-64	937	22,4*	42,8***	12,1*	1,5	7,6*	19,1*
65-75+	257	45,1*	62,6*	9,7**	0,8*	8,9**	21,0
15-75o +	3555	14,6	22,3**	10,5*	1,1	4,4	10,7
Женщины							
15-34	258	2,3	1,5	14,7	1,2	1,2	4,3
35-44	922	5,9	4,8	12,3	1,1	2,9	7,0
45-54	2640	12,7	17,3	15,6	1,2	6,1	10,4
55-64	1684	24,4	33,1	15,5	2,1	10,4	15,7
65-75+	584	47,8	57,9	14,2	1,7	13,9	20,4
15-75o +	6088	14,3	17,6	13,6	1,2	5,1	9,7

Примечание: о - стандартизованный по возрасту показатель; * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001 – достоверность различий между группами мужчин и женщин.

Таблица 3

Распределение больных АГ, не получающих и получающих АГТ, на группы с отсутствием и наличием ФР, ПОМ и АКС

Пол	Группы с отсутствием и наличием ФР, ПОМ, АКС				Всего абс. %
	Нет ФР абс. %	1-2 ФР абс. %	3 и ФР и/или ПОМ абс. %	АКС и/или СД абс. %	
Не получающие АГТ					
Мужчины	15 10,5	628 42,4	280 18,9	418 28,2	1482 100
Женщины	356 21,5*	440 26,5*	350 21,1	511 30,8	1657 100
Получающие АГТ					
Мужчины	88 4,0	294 13,5	554 25,4	1243 57,0	2179 100
Женщины	357 7,6*	554 11,8*	1310 28,0*	2456 52,5*	4677 100

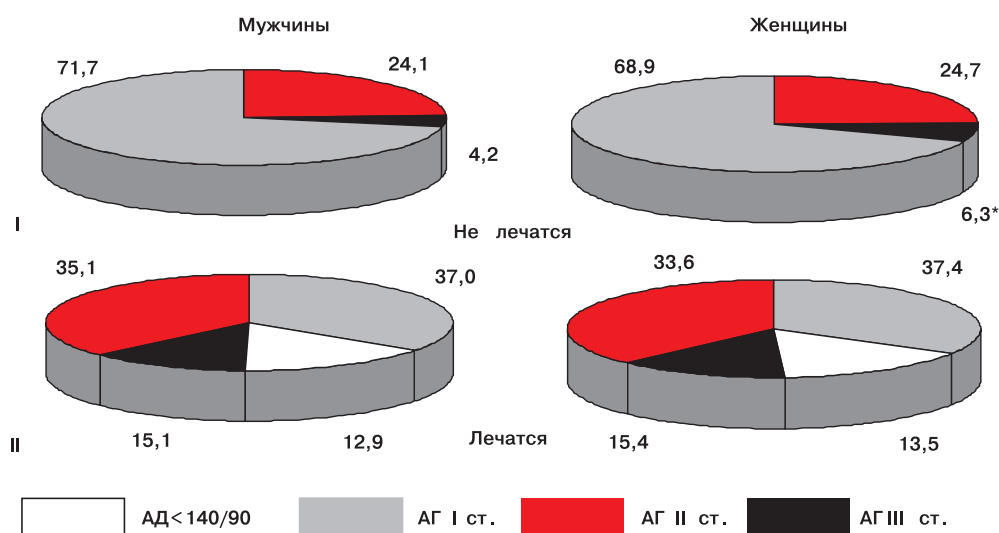
Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (достоверность различий указана внутри групп, получающих и не получающих АГТ).

может быть установлена у лиц, не получающих антигипертензивные препараты (АГП). АГТ получали 59,5% мужчин и 73,8% женщин. Среди больных АГ мужчин, не использующих АГП, всего 10,5% не имеют ФР, в то время как почти 90% имеют 1 или несколько ФР и/или ПОМ, АКС, СД. Среди аналогичной группы женщин доля лиц с отсутствием ФР в два раза выше, чем среди мужчин – 21,5% и, соответственно, меньше доля лиц с 1-2 ФР.

Среди пациентов с АГ мужчин, пользующихся АГТ, отмечается более высокая доля лиц с наличием ФР как в отдельности, так и в сочетании с АКС и/или СД, по сравнению с аналогичной группой больных женщин. В то же время, среди последних оказалась выше доля лиц с 3 и

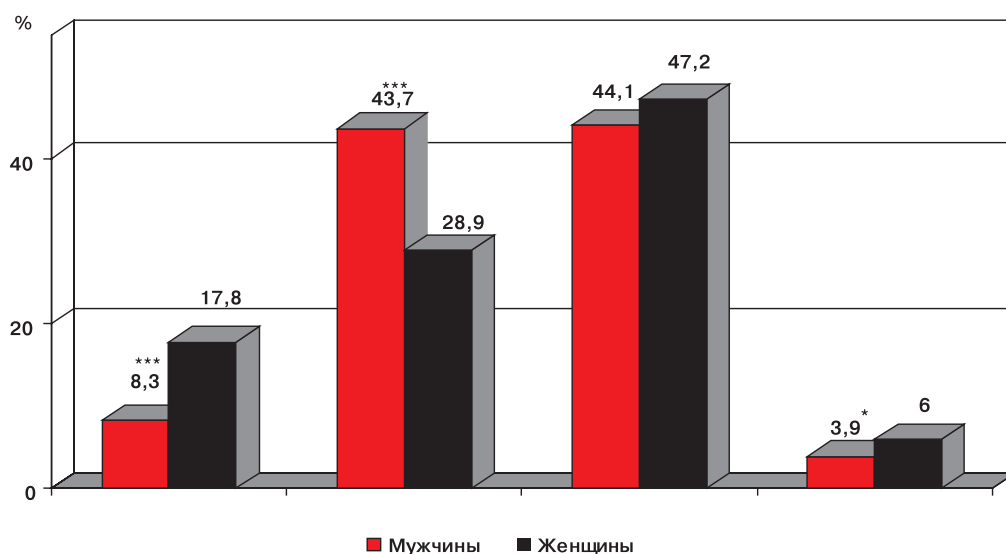
более ФР и/или ПОМ. Таким образом, больные АГ мужчины в целом более отягощены ФР в отдельности, а лечатся мужчины – чаще имеют АКС и/или СД, в то время как среди принимающих АГП женщин выше доля лиц с 3 и более ФР и/или ПОМ. Следовательно, лечатся по поводу АГ мужчины имеют более тяжелую стадию заболевания по сравнению с аналогичной группой женщин.

На рисунке 4 представлена информация об уровнях АД у больных АГ обоего пола, в т.ч. получающих АГТ. Более двух третей нелечащихся мужчин с АГ (71,7%) имели АГ I степени (ст.), около четверти – II ст. и только 4,2% – АГ III ст. согласно классификации ВОЗ/МОАГ 1999. Среди нелечащихся больных АГ женщины доли лиц с



Примечание: * $p < 0,05$.

Рис. 4 Доля лиц с различными уровнями АД среди больных, не принимающих (I) и принимающих (II) АГП.



Примечание: * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Рис. 5 Стратификация риска у больных АГ, не получающих АГТ (мужчин - 1482; женщин - 1657).

АГ I и II ст. не отличались от таковых у мужчин, а доля лиц с АГ III ст. больше: 6,3% vs 4,2% среди больных АГ мужчин. Таким образом, больные АГ женщины чаще имели более тяжелую степень АГ, чем мужчины. Следует отметить, что, даже принимая АГП, только 12,9% мужчин и 13,5% женщин контролировали АГ, т.е. имели АД < 140/90 мм рт.ст. Более чем у трети больных, пользующихся АГТ, обоюбого пола наблюдается АГ I ст., а у половины – II и III ст.

При расчете риска у больных АГ учитывали величину АД, начиная с высокого нормального, наличие ФР, ПОМ и/или АКС, СД. Риск рассчитывался отдельно для больных АГ, принимающих и не принимающих АГТ. В группе больных АГ без АГТ (рисунок 5) доля лиц с низким риском, была в два раза выше среди женщин – 17,8% vs 8,3% среди мужчин. Доля же лиц с умеренным риском, была в полтора раза выше среди больных АГ мужчин – 43,7% vs 28,9% соответственно. Однако число лиц с очень высоким риском оказалось выше среди больных АГ женщин – 6% vs 3,9% среди мужчин. Это согласуется с большей долей у больных женщин АГ III ст.

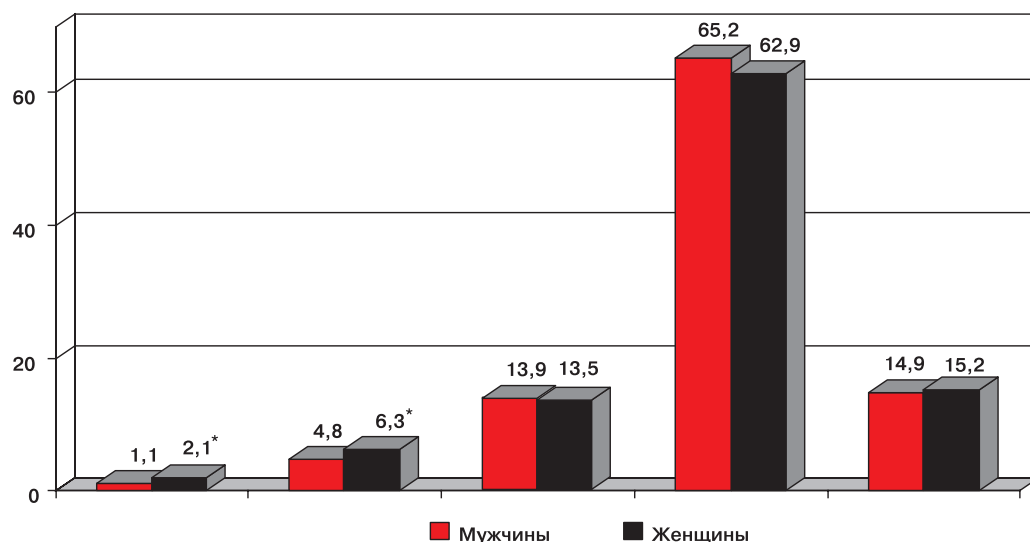
В группе больных АГ, получающих АГТ (рисунок 6) только 1,1% мужчин и 2,1% женщин имели незначимый риск. Лиц с низким риском было больше среди больных женщин – 6,3% vs 4,8% среди мужчин. В то же время, среди них не отмечены различия в числе лиц с умеренным, высоким и очень высоким риском.

Обсуждение

Изложенные выше материалы являются результатом первого этапа мониторинга эпидемиологической обстановки, связанной с АГ, в РФ. Они отражают реальную ситуацию с выявлением и лечением АГ в условиях территориальной поликлиники. Проведенная работа с объединенным массивом данных позволила получить представительную информацию, касающуюся распространенности АГ, ФР, сопутствующих заболеваний и оценить общий сердечно-сосудистый риск у больных АГ в популяции.

Наряду с учетом величин АД, больные АГ обоюбого пола были разделены на несколько категорий в зависимости от вероятности развития ССО, которые определяются наличием или отсутствием ФР, ПОМ и/или АКС. Очевидно, что выделение четырех категорий общего сердечно-сосудистого риска носит условный характер, поскольку зависит от полноты обследования, которое нереально в условиях территориальной поликлиники. Кроме того, трудно точно определить риск у больных АГ, получающих АГТ.

При оценке распространенности ФР среди лиц с АГ отмечено, что самым частым ФР была НФА (64%), на втором месте у больных мужчин находилось курение (48,1%), а у женщин – ожирение (34,9%). Большая распространенность среди больных АГ мужчин курения, а среди больных женщин ожирения отмечены при обследовании больных АГ в Хабаровске, Надыме



Примечание: * $p < 0,05$.

Рис. 6 Стратификация риска у больных АГ, получающих АГТ (мужчин - 2175, женщин - 4657).

и Москве [11-13]. В настоящем исследовании больные АГ мужчины имели более низкий уровень образования и чаще употребляли алкоголь по сравнению с женщинами. Ассоциация повышенного АД с низким образовательным статусом, частым потреблением алкоголя и курением была установлена в ряде эпидемиологических исследований [14,15]. Необходимо отметить, что образование в России является самостоятельным фактором, влияющим на прогноз: низкое образование существенно его ухудшает [16].

Полученные результаты в целом соответствуют особенностям распространенности этих ФР среди мужчин и женщин в российской популяции [17]. Однако, среди больных АГ сравнительно с населением России выше распространенность таких ФР как ожирение, ГХС и ниже – курения и потребления алкоголя [11,12,18].

Среди обследованных больных АГ выявлена высокая частота ПОМ: пятая часть пациентов имели ГР, ГЛЖ $> 40\%$, что в значительной степени увеличивает вероятность развития тяжелых осложнений и относит этих больных в группу высокого риска. Известно, что частота распространения ГЛЖ у больных АГ при регистрации ЭКГ колеблется от 46% до 63% в зависимости от критериев, а при ЭхоКГ диагностике – от 13% до 62% [19].

Среди сопутствующих заболеваний у больных АГ обоего пола наиболее часто наблюдаются ССЗ, что согласуется с результатами многих

эпидемиологических исследований, продемонстрировавших сильную и непрерывную зависимость между уровнем АД и риском развития ССЗ [20,21].

Обращает на себя внимание небольшая частота СД у больных АГ обоего пола – около 5%, в то время как в Хабаровске частота СД у больных АГ мужчин составила 7,5%, а у женщин – 12,7% [11]. При исследовании по схеме случай-контроль показано, что распространенность нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) и СД 2 типа (СД-2) у больных АГ, лечившихся и не лечившихся АГП, колеблется от 20% до 30% [22]. В России распространенность СД-2 составляет 6% среди мужчин и 6,9% среди женщин, а НТГ – 5,6% и 13,3% соответственно [23]. Относительно невысокая распространенность СД среди больных АГ в России, очевидно, связана с низким уровнем диагностики, составляющим ~ 50% случаев заболеваний в индустриальных странах. С целью более точно оценить общий сердечно-сосудистый риск у больных АГ, были проанализированы группы лечившихся и нелечившихся пациентов с АГ. Оказалось, что среди нелечившихся мужчин почти в 1,5 раза выше доля лиц с ФР по сравнению с аналогичной группой женщин, а среди получающих АГТ, дополнительно и доля сочетаний ФР с АКСи/или СД. Среди лечившихся женщин было больше лиц с ФР в сочетании с ПОМ. Следовательно, больные АГ мужчины по отягощенности ФР и АКС представляют собой группу с более высоким риском, чем женщины

с АГ. Больные обоего пола, использующие АГТ, по этим же признакам имеют более высокий общий риск по сравнению с больными без лечения. Это отражает неудовлетворительный контроль АГ в первую очередь.

Полученные данные о более высокой частоте АГ III ст. среди женщин совпадают с результатами обследования больных АГ в Хабаровске [11]. В то же время, среди населения Каунаса и Москвы АГ II и III ст. чаще имели место у мужчин [24,25]. Необходимо отметить, что у женщин Москвы частота распространения АГ III ст. была выше среди лиц с низким уровнем образования [25]. Это обстоятельство отмечено среди больных АГ женщины в настоящем исследовании, т.к. в старших возрастных группах большинство лиц с АГ представлено женщинами с низким уровнем образования. Согласно данным обследования российской национальной выборки, с возрастом у женщин снижается эффективность лечения АГ [5].

По результатам крупных эпидемиологических исследований вклад повышенного АД в риск развития ССО считается одним из наиболее значимых [26,27]. Очевидно, что большая доля нелечившихся женщин с АГ среди лиц с очень высоким риском обусловлена большей частотой у них АГ III ст. Целесообразно отметить, что среди тех, кто получал АГТ доля лиц с АГ III ст. становится одинаковой среди мужчин и женщин – ~ 15%; их больше почти в 3 раза аналогичной доли у больных без лечения. Очевидно, что АГП используют только самые тяжелые больные. Это подтверждается и большей долей среди лечившихся лиц с АКС и/или СД среди мужчин и с ПОМ – среди женщин. Таким образом, больные АГ обоего пола поздно начинают принимать АГП, при этом мужчины, использующие АГП, чаще имеют III ст. АГ по сравнению с женщинами. Полученные данные близки к результатам обследования больных АГ трудоспособного возраста в г. Нижнем Новгороде, у 50% которых в возрасте до 50-59 лет отсутствовала АГТ, что является основным фак-

тором утяжеления степени АГ, роста числа ПОМ и повышения смертности этих больных [28].

Несмотря на то, что больные женщины лечились чаще чем мужчины (73,8% vs 59,5%), число эффективно леченных среди них почти не отличалось от такового среди мужчин – 13,5% и 12,9% соответственно. Эти данные совпадают с результатами обследования больных АГ в поликлиниках Хабаровска, где не получено различий в эффективности лечения мужчин и женщин – 23,9% и 23,4% соответственно, а также в городских популяциях Томска – 20% среди больных обоего пола и Каунаса – 19,7% и 17,8% среди мужчин и женщин [11,29,24]. При сравнении данных с результатами обследования Российской национальной выборки в конце 90-х годов следует отметить, что мужчины стали в 3 раза чаще лечиться и более чем в 2 раза эффективнее (5,7% vs 12,9%). Женщины, хотя и стали лечиться чаще более чем в 1,5 раза, однако эффективность лечения снизилась с 17,5% до 13,5%. Аналогичные данные о снижении эффективности АГТ у женщин получены в исследовании в Подмоскowie [30]. В целом, эффективность АГТ в России остается низкой: почти 80% лечившихся по поводу АГ мужчин и женщин продолжают оставаться в группах высокого и очень высокого риска. Это зависит, очевидно, от неадекватного и позднего начала АГТ. Следует отметить несколько большую эффективность АГТ у больных АГ женщин. Несмотря на большую частоту среди женщин без лечения АГ III ст. и большую долю лиц с очень высоким риском, на фоне АГТ эти показатели соизмеряются с таковыми у мужчин.

Таким образом, АГ в России характеризуется неблагоприятным прогнозом, который обусловлен высокой распространенностью ФР, ПОМ и АКС, а также неэффективной АГТ, что, к сожалению, приводит большинство больных в группу высокого риска и требует не только улучшения выявления и лечения лиц с АГ, но и усиления мероприятий по первичной профилактике ФР.

Литература

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваск тер проф 2002; 3: 4-8.
2. Жуковский Г.С., Константинов В.В., Варламова Т.А., Капустина. Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация в России и других странах. РМЖ 1997; 5(9): 551-8.
3. Kannel WB. Артериальное давление как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. JAMA 1996; 275(24): 1571-6.
4. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России. Автореф дисс докт мед наук. Москва 1999.
5. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. Проф забот укреп здор 2001; 2: 3-7.
6. The Seventh Report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood

- Pressure: The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-71.
7. Шальнова С.А. Проблемы лечения артериальной гипертонии. Кардиоваск тер проф 2003; 2(3): 17-21.
 8. Бритов А.Н. Профилактика артериальной гипертонии на популяционном уровне: возможности и актуальные задачи. РМЖ 1997; 5(9): 571-6.
 9. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Москва 2004.
 10. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии. Артериальная гипертония, Санкт-Петербург 2001; 7(1), приложение.
 11. Шапиро И.А. Калинина А.М. Профилактическая медицинская помощь больным артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хабаровского края: состояние и перспективы. Кардиоваск тер проф 2002; 1: 16-21.
 12. Попов А.И., Токарев С.А., Уманская Е.Л., Буганов А.А. Распространенность артериальной гипертонии и факторов сердечно-сосудистого риска среди населения Крайнего севера. Проф забол укреп здор 2005; 1: 40-3.
 13. Лазебник Л.Б., Гайнулин Ш.М., Назаренко И.В. и др. Организационные мероприятия по борьбе с артериальной гипертонией в Москве. РКЖ 2003; 5(43): 5-10.
 14. Александри А.Л. Связь потребления алкоголя с уровнем артериального давления и ишемической болезнью сердца у мужчин 20-59 лет (эпидемиологическое исследование). Автореф дисс канд мед наук. Москва 1997.
 15. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Тимофеева Т.Н. и др. Распространенность артериальной гипертонии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов. Кардиология 2001; 4: 39-43.
 16. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. Оценка и управление суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний у населения России. Кардиоваск тер проф 2004; 4: 4-11.
 17. Константинова О.С. Эпидемиология основных факторов риска ишемической болезни сердца среди мужского и женского населения в возрасте 20-69 лет. Автореф дисс канд мед наук. Москва 1984.
 18. Глезер М.Г. Бойко Н.В., Абильдинова А.Ж., Соболев К.Э. Факторы риска у московской популяции больных с артериальной гипертонией. РКЖ 2002; 6: medi.ru/doc/6620603.htm.
 19. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Алехин М.Н. и др. Гипертрофия левого желудочка при гипертонической болезни. Часть I. Критерии диагностики гипертрофии левого желудочка и ее распространенность. Кардиология 2003; 10: 99-104.
 20. Kannel WB, Gordon T, Schwartz MJ. Systolic versus diastolic blood pressure and risk of coronary heart disease. The Framingham study. Am J Cardiol 1971; 27: 336-46.
 21. Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks. Arch Intern Med 1993; 153: 598-615.
 22. Nilsson P, Lindholm L, Schersten B. Hyperinsulinemia and other metabolic disturbances in well-controlled hypertensive men and women: an epidemiological study of the Dalby population. J Hypertens 1990; 8: 953-9.
 23. Cockram CS, Tong PCY. Бремя сахарного диабета 2 типа: эпидемиологическая оценка. Медикография 2004; 26(1): 8-18.
 24. Блужас Й., Тамошюнас А. Домаркене С. и др. Динамика основных факторов риска ишемической болезни сердца среди населения Каунаса за 20 лет (по данным программы МОНИКА). Кардиология 2004; 10: 25-31.
 25. Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Баланова Ю.А. и др. Динамика распространенности артериальной гипертонии среди мужского и женского населения Москвы с 1984 по 2001 г. Проф забол укреп здор 2002; 4: 15-9.
 26. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. и др. Эпидемиология систолической и диастолической артериальной гипертонии в связи с факторами риска и образованием среди мужского населения в некоторых городах России, стран СНГ и Прибалтийских государств (кооперативное исследование). Тер архив 1994; 1: 54-7.
 27. Wilson PWF, Kannel WB. Hypertension, other risk factors and the risk of cardiovascular disease. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management, 1. 2nd ed. New York, NY: Raven Press; 1995: 99-114.
 28. Фомин И.В., Мареев В.Ю., Васин С.В. Эффективна ли терапия пациентов с артериальной гипертонией в Нижегородской области? Готовы ли мы перейти к современным гипотензивным средствам? РМЖ 2001; 9(18): 747-9.
 29. Карпов Р.С., Трубачева И.А., Перминова О.А. Популяционные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний у взрослого населения Томска. Кардиоваск тер проф 2004; 3, ч.1: 15-23.
 30. Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. Социально-экономический статус и сердечно-сосудистая система. Популяционное 5-летнее проспективное исследование. Росс нац конгр кардиол. Томск 2004; 73-4.

В работе мониторинга АД принимали участие медицинские работники следующих Федеральных округов (ФО) Российской Федерации:

Центральный ФО: Руководитель Константинов В.В., ответственный исполнитель Иванов В.М. Данные представили: Белгородская область (отв. Алферов П.К.); Брянская область (отв. Серков В.К.); Смоленская область (отв. Милягин В.А.); Воронежская область (отв. Фурменко Г.И.); Калужская область (отв. Босанько О.Б.); Курская область (отв. Калесникова О.Е.); Орловская область (отв. Григорьева Т.В.); Тульская область (отв. Макарова В.П.). Северо-Западный ФО: Руководитель Шляхто Е.В., ответственные исполнители Карпенко М.А., Андреянова Е.А. Данные представили: Архангельская область (отв. Галашевская Л.А.); Калининградская область (отв. Дембицкая А.Ф.); Мурманская область (отв. Паничев Д.В.); Республика Карелия (отв. Татарко Н.И. и Швец М.П.); Новгородская область (отв. Бачманов А.А.); Ненецкий АО (отв. Нечаева Е.Г.). Южный ФО: Руководитель Кательницкая А.И. Данные представили: Ростовская область и Республика Северная Осетия-Алания. Приволжский ФО: Руководитель Довголевский П.Я., ответственный исполнитель Шамьюнов М.Р. Данные представили: Республика Башкортостан (отв. Карамова И.М.); Республика Удмуртия (отв. Чернышова Н.Ю.); Республика Чувашия (отв. Винокур Т.Ю.); Кировская область (отв. Ведерников В.А.). Уральский ФО: Руководитель Волкова Э.Г.; ответственный исполнитель Левашов С.Ю. Данные представили: Курганская область (отв. Спирина И.Д.); Свердловская область (отв. Строкин А.А.); Тюменская область (отв. Кузнецов В.А.). Сибирский ФО: Руководитель Карпов Р.С., ответственный исполнитель Волкова Т.Г. Данные представили: Красноярский край (отв. Шульман В.А.); Омская область (отв. Гусаров А. И.); Читинская область (отв. Баженов Е.А.). Дальневосточный ФО: Руководитель Сулейманов С.Н. Ответственный исполнитель Ушакова О.В. Данные представил: Хабаровский край.

Поступила 01/07-2005