

54. Manfredi J. J. The Mdm2.p53 relationship evolves: Mdm2 swings both ways as an oncogene and a tumor suppressor // *Genes and Development*. — 2010. — Vol. 24. — P. 1580-1589.

55. Nargund V. H., Tanabalan C. K., Kabir M. N. Management of non-muscle-invasive (superficial) bladder cancer // *Seminars in Oncology*. — 2012. — Vol. 39, №5. — P. 59-72.

56. Venyo A., Greenwood H., Venyo A., Maloney D. The expression of P53 in human urothelial carcinoma // *Webmed Central Urology*. — 2010. — Vol.1, №11. — P. 1-12.

Сведения об авторах

Семёнов Эдуард Васильевич — аспирант кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022 г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391)2224026; e-mail: edik1188@mail.ru.

Мазаев Андрей Владимирович — врач-онколог урологического отделения, КГБУЗ Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского.

Адрес: 660133, г. Красноярск, 1-я Смоленская 16; тел.: 8(391)2224061; e-mail: dr.mazaev@me.com

Зуков Руслан Александрович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022 г. Красноярск, ул. Партизана Железняка г. 1; тел.: 8(391)2224026; e-mail: zukov.ra@krasgmu.ru.

Куртасова Людмила Михайловна — доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической иммунологии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022 г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391)2200628; e-mail: sibmed-obozrenie@yandex.ru.

Authors

Semenov Eduard Vasilevich — Post-graduate Student, Department of Oncology and Radiotherapy with Postgraduate Courses, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasensky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Smolenskaya Str., Krasnoyarsk, 660133, RF; Phone: 8 (391) 2224026; e-mail: edik1188@mail.ru.

Mazaev Andrei Vladimirovich — the Oncologist-urology Department of the Krasnoyarsk Regional Clinical Oncology Center named after A.I. Kryzhanovsky

Address: 1, Smolenskaya Str., Krasnoyarsk, 660133, RF; Phone: 8 (391) 2224061; e-mail: dr.mazaev@me.com.

Zukov Ruslan Aleksandrovich — Dr.Med.Sc., Head of the Department of Oncology and Radiotherapy with Postgraduate Courses, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasensky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Smolenskaya Str., Krasnoyarsk, 660133, RF; Phone: 8 (391) 2224026; e-mail: zukov.ra@krasgmu.ru.

Kurtasova Lyudmila Mikhailovna — Dr.Med.Sc., Professor, Department of Clinical Immunology, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasensky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: :1, Partizana Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022 RF; Phone: 8 (391) 2200628; e-mail: sibmed-obozrenie@yandex.ru.

© РЕШЕТНИКОВ В. А., КОЗЛОВ В. В., РОЮК В. В.

УДК: [616.12-008.331.1-084:614.2] (048)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В. А. Решетников, В. В. Козлов, В. В. Роюк

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова

Министерства здравоохранения РФ, ректор — член-корр. РАН П. В. Глыбочко;

кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. — д.м.н., проф. В. А. Решетников.

Резюме. Проведен анализ литературных данных о применении современных организационных технологий профилактики артериальной гипертензии. Рассмотрены основные принципы и этапы диагностики этой патологии, группы риска по развитию артериальной гипертензии, особенности организации профилактических программ. Рассмотрены основные принципы применения системы самоконтроля артериального давления в организациях и общественных местах. **Ключевые слова:** артериальная гипертензия, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, организационные технологии, самоконтроль артериального давления, обучение больных.

MODERN APPROACH TO ORGANIZING THE PREVENTIVE MEASURES AGAINST ARTERIAL HYPERTENSION

V. A. Reshetnikov, V. V. Kozlov, V. V. Royuk

First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov

Abstract. It was conducted the analysis of published data about the use of contemporary organizational technologies to prevent hypertension. There were reviewed the basic principles and stages of diagnosis of this pathology, risk groups of developing the hypertension, features of the organization of preventive programs, the basic principles of the blood pressure self-control system in organizations and public places.

Key words: arterial hypertension, prevention of cardiovascular diseases, organizational technologies, self-control of blood pressure, patient education.

Общепризнано, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) существенно снижают качество жизни, выступая в качестве одной из основных причин инвалидности [1, 4,

5]. В структуре причин смертности от этих заболеваний максимальная доля приходится именно на артериальную гипертензию (АГ), в ряде исследований продемонстриро-

вана линейная зависимость между уровнем АД и частотой развития осложнений [5, 11, 12, 13, 14].

Максимальная частота вызовов скорой помощи приходится на больных с осложненными формами АГ, в первую очередь — на гипертонические кризы. От осложнений ССЗ — инфаркта миокарда, мозгового инсульта, почечной недостаточности в РФ ежегодно умирают почти 1,2 млн. человек [17, 18, 26]. Доля в структуре смертности этих осложнений доходит до 55% от общей смертности, что, к сожалению, в 2-4 раза выше, чем в развитых странах. В первую очередь это обусловлено тем, что в России показатели заболеваемости АГ среди трудоспособного населения России в 5-7 раз превышают аналогичные показатели в других странах [4, 12, 13].

Недостаточная эффективность программ профилактики АГ у взрослого населения диктует необходимость поиска и внедрения в практику новых ранних превентивных мероприятий, смещения их в более ранние возрастные периоды. Комплексное решение этих вопросов позволит не только раскрыть возможные патогенетические механизмы формирования АГ, но и предложить эффективные и доступные методы коррекции выявленных отклонений.

Современные принципы диагностики и экспертизы артериальной гипертензии. Не подлежит сомнению факт более высокой эффективности профилактики и лечения АГ на ранних её этапах, а не на стадии органических повреждений. Однако, диагностика АГ в молодом возрасте нередко представляет трудности, поскольку в одних случаях лабильная артериальная гипертензия остается нераспознанной, в других имеет место гипердиагностика. Очевидной является необходимость выявления информативных клинико-инструментальных параметров, характеризующих лабильную артериальную гипертензию [15, 35].

Первый этап диагностики АГ должен представлять собой выделение групп риска (по семейному анамнезу, индексу массы тела, состоянию вегетативной нервной системы) [5, 20]. Большую роль может сыграть здесь программа диспансерного обследования лиц молодого возраста из семей, в которых выявляется АГ. Известно, что около 50 % всех случаев АГ в популяции составляют семейные случаи, поэтому важнейшей задачей является выявление по данным анамнеза пациентов из данной группы риска [7].

Следующей группой риска следует считать лиц с избыточной массой тела. В ряде сообщений указывается, что лептин — продукт гена ожирения, продукция которого повышена у пациентов, страдающих ожирением, играет существенную роль в активации симпатического звена вегетативной нервной системы [4, 6, 18, 21]. Показана зависимость между индексом массы тела, уровнем лептина в сыворотке и разделением больных на категории в зависимости от величины АД [12, 21, 39].

В качестве следующей группы риска рассматривают лиц с выраженными нарушениями вегетативной нервной

регуляции [2, 30]. Наиболее значимыми в отношении повышения риска развития АГ являются гиперваготония и гиперсимпатикотония. У таких пациентов наблюдаются, как правило, выраженные изменения электрофизиологических характеристик сердца, а также измененный гиперсимпатикотонический ответ на нагрузку и стресс, что нередко приводит к развитию нарушений ритма сердца и повышению АД [36].

Безусловно, самым простым методом является измерение АД на приеме у врача. Это позволяет хотя бы приблизительно определить возможность отнесения обследуемых к группе страдающих АГ [27]. Однако следует при этом учитывать, что даже в тех случаях, когда у пациента АГ не выявляется согласно данным оценки АД, это не означает отсутствия заболевания как такового [34]. В частности это характерно для пациентов с гиперваготонией. Существует и проблема гипердиагностики АГ, так как однократное повышенное АД у лиц молодого возраста, может означать лишь наличие психоэмоциональных или вегетативных реакций, в частности, так называемую «гипертензию белого халата» [15, 19].

Возможно также применение метода повторных измерений АД, позволяющего объективизировать результаты, однако метод не лишен тех же недостатков, которые присущи однократному измерению.

Другим подходом к выявлению латентной АГ является использование провоцирующих функциональных проб, пригодных для широкого практического применения в популяции, не зависящих от условий исследования, максимально стандартизованных и не имеющих технических ограничений [5, 19, 15].

Единственным методом, позволяющим провести объективную оценку уровня АД и наличия АГ у данной категории больных, является суточное мониторирование АД (СМАД). С появлением возможности измерения АД вне врачебного кабинета (самоконтроль АД и СМАД) существенно упростилась задача по выявлению повышенного АД и верификации диагноза латентной АГ [29, 31].

Основные принципы оценки данных мониторинга АД у лиц молодого возраста включают в себя определение средних величин и показателя частоты повышения АД, показателей нагрузки давлением, изучение вариабельности АД и графическую обработку данных [10, 31, 32]. Важнейшим средством диагностики являются и относительно простые лабораторные тесты определения концентраций липопротеидов, глюкозы, СРБ, мочевины в крови, микроальбуминурии в моче.

Особенности организации и результаты реализации профилактических программ в отношении артериальной гипертензии. Безусловно, разработка профилактических программ предусматривает выработку и осуществление научно-обоснованной политики профилактики неинфекционных заболеваний, как на национальном, так и на региональном уровнях. Важнейшую роль в организации

профилактических программ играет и анализ распространенности факторов риска развития заболеваний — экологических, техногенных и социально-экономических [6, 14, 16]. Динамика выявления частоты этих факторов в значительной мере отражает эффективность профилактики неинфекционных заболеваний среди населения [23, 24, 25]. Осуществление такого рода профилактики требует междисциплинарного взаимодействия специалистов, как медицинского, так и немедицинского профиля. Большинство исследователей рассматривают в качестве основного пути к снижению заболеваемости АГ одновременное воздействие на комбинацию факторов риска вместо сосредоточения усилий на коррекции лишь одного фактора [25]. В ряде работ изложены мероприятия по многофакторной профилактике основных факторов риска ССЗ, однако полученные результаты неоднозначны [15, 22, 24]. Так, в 5-летнем многофакторном профилактическом вмешательстве на популяции обучающихся был продемонстрирован положительный эффект — выявлено уменьшение доли курящих на 10 %, хотя добиться увеличения физической активности пациентов исследователям не удалось. При этом было показано, что в течение первых 3 лет происходит существенное уменьшение средних уровней САД и ДАД. Однако, к 3 году наблюдения различия между группами сохранились только для САД, к 5 году они исчезли, т.е. наблюдался «эффект ускользания» [6]. Аналогичные исследования по многофакторной профилактике, выполненные в ряде стран (Финляндии, Норвегии и США) показали только кратковременный эффект в отношении отдельных факторов риска при отсутствии стойкой положительной динамики АД [35, 37, 38, 39].

В последние годы все больше специалистов полагают, что основой концепции профилактики должно стать изменение ее акцента: являвшийся ранее объектом воздействия человек должен сам выступать в качестве активной силы сохранения своего здоровья. Тем не менее, реального усилия профилактической работы в отношении АГ не наблюдается, и это относится как к деятельности служб здравоохранения, так и к жизненной позиции населения в целом [2, 14].

Важнейшим разделом профилактики неинфекционных заболеваний является образование населения, способствующее созданию потребности в здоровом образе жизни, а также переориентация медицинского образования медиков в сторону углубленного обучения специалистов принципам профилактики и укрепления здоровья [11, 13, 18].

Наиболее перспективным направлением профилактики АГ и ее осложнений в настоящее время рассматривается первичная профилактика — устранение или смягчение модифицируемых факторов риска: устранение гиподинамии, отказ от вредных привычек, динамическое наблюдение за пациентами с наследственной предрасположенностью к АГ. По мнению ряда авторов, первичная

профилактика может удлинить жизнь на 10 и более лет, снижая вероятность инфаркта миокарда и инсульта в 8 раз [3].

В то же время цель ведения пациента с гипертонической болезнью — уменьшение риска развития сердечно-сосудистых катастроф и смерти от них (вторичная профилактика), для чего требуется: снижение АД до целевого уровня, коррекция всех модифицируемых ФР, лечение сопутствующих заболеваний [18].

В Норвегии было проведено исследование с участием 1232 мужчин 40-49 лет, которое включало использование рекомендаций по рациональному питанию и отказ от курения. Через пять лет в группе профилактики частота новых случаев инфаркта миокарда была на 47% ниже, при этом снизилась, хотя и недостоверно, общая смертность на 32% [35].

Обращают на себя внимание результаты исследования, проведенного в провинции Северная Карелия (Финляндия), где смертность от ССЗ была одной из самых высоких в мире. При этом санитарное просвещение ориентировало все жителей независимо от уровня риска на осуществление неотложных профилактических мероприятий. Величина снижения средних значений факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний была умеренной, за исключением курения, но в большинстве случаев — статистически значимой. Доля пациентов с АГ снизилась с 26 до 19%, среди женщин с 30 до 15%, курильщиков — с 55 до 44%. За 20 лет проведения профилактической программы в этой провинции среди мужчин 35-64 лет наблюдалось снижение смертности от ССЗ на 45%, от всех причин — на 36% [38].

В нашей стране крупные профилактические программы на популяционном уровне реализовывались в начале 80-х гг. XX в. В Кооперативной программе по контролю артериальной гипертензии пятилетний мониторинг показал, что в группе активной профилактики смертность от мозгового инсульта была на 48,8%, а от всех причин — на 17,3% ниже, чем в группе обычного лечения. Данная программа была основана на изменении тактики лечения больных [17]. Программа профилактики ИБС среди мужчин 40-59 лет включала коррекцию основных факторов риска и мероприятия по профилактике среди лиц, уже страдавших от ИБС. В Москве через 5 лет в группе активной профилактики удалось снизить смертность от ССЗ — на 41,3%, от всех причин — на 22,2% [17].

Одним из прогрессивных подходов к профилактике и лечению АГ является организация системы обучения больных и членов их семей в школе для пациентов. Обучение пациентов является организационной формой профилактического группового консультирования, медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с АГ в первичном звене здравоохранения. Основой для развития национальных программ по профилактике хронических болезней и АГ, в частности, стала американская образова-

тельная программа «National High Blood Pressure Education Program», разработанная более тридцати лет назад [23].

По мнению большинства исследователей, участие больных АГ в образовательной программе формирует правильное представление о болезни, факторах риска ее возникновения, что позволяет более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени, формирует активную жизненную позицию пациентов [17, 24, 27]. Применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с хронической патологией, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение. Кроме того, школа помогает бороться с эмоциональным напряжением, обусловленным новым для человека осознанием состояния собственного здоровья [9].

Этапами образования больных АГ являются: обучение технике измерения АД; информирование о правилах медикаментозного лечения и его возможных осложнениях; обеспечение литературой (буклеты, руководства и т. п.); использование в процессе обучения положительных качеств сенсорного восприятия информации (видео- и аудиоматериалы).

Развитие компьютерных и телекоммуникационных технологий позволяет осуществлять интерактивное обучение больных с использованием мультимедийного оборудования, телевизионных программ, сети Интернет [8]. Создан ряд образовательных медицинских сайтов для обучения пациентов. Эффективность школ для пациентов с АГ доказана в целом ряде исследований [22]. По данным западноевропейских лечебных центров, обучение в специализированных группах превосходит по эффективности получение информации от врача и из средств массовой информации [35].

Внедрение структурированных программ обучения больных АГ в клиническую практику привело к снижению АД, увеличению толерантности к физической нагрузке, повышению качества жизни больных, уменьшению принимаемых антигипертензивных лекарственных средств – следовательно, снижению расходов на лечение. Было показано, что через 5 лет после проведения образовательной программы у пациентов с АГ наблюдается тенденция к снижению АД и распространенности курения, увеличению физической активности и, как следствие, уменьшению потребности в медикаментозной терапии [29].

В ряде городов РФ на базе зарубежного и отечественного опыта была разработана программа для обучения молодых больных АГ с учетом возрастной специфики [29]. В ходе проспективных наблюдений продемонстрирована возможность и эффективность профилактического консультирования молодых больных АГ как в плане повышения информированности, умений, навыков, так и в отношении формирования мотивации к изменению образа жизни. Увеличение объема двигательной активности и

изменение привычек питания сопровождалось снижением уровня АД, индекса массы тела, что способствовало улучшению показателей липидного обмена, качества жизни этих пациентов [33].

Система самоконтроля артериального давления в организациях и общественных местах – СКАДОМ. В последние годы в клинической практике получили распространение неинвазивные методы определения АД, которые в зависимости от принципа положенного в основу их работы разделяются на: пальпаторный, аускультативный, осциллометрический, ультразвуковой [27]. Осциллометрический метод в меньшей степени, чем аускультативный, зависит от эластичности стенки сосудов, что снижает частоту выявления псевдорезистентной гипертонии у больных с выраженным атеросклеротическим поражением периферических артерий. Метод более надежен и при суточном мониторинге АД. Использование осциллометрического принципа позволяет оценить уровень давления не только на уровне плечевой и подколенной артерий, но и на других артериях конечностей. Это послужило причиной создания целой серии профессиональных и бытовых измерительных приборов с их фиксацией на плече, запястье (аппараты типа Omron серии R; M, соответствующих требованиям протокола BHS) и упростило измерение уровня АД в амбулаторных условиях, в дороге, и др. [28].

Несмотря на большое разнообразие приборов для самоконтроля АД, для практического использования рекомендуются только те приборы, которые успешно прошли клиническую верификацию, которая в настоящее время выполняется по трём стандартным протоколам – ААМ/ANSI (США), BHS (Великобритания) и ESH (Европейский). Полностью удовлетворяющим критериям качества, прошедшим клиническую верификацию и апробацию в том числе и в ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ (ФГУ «РКНПК» МЗ РФ), относятся широко применяемые приборы фирмы OMRON (OMRON IQ-142, OMRON-7, OMRON M3 IntelliSens), а также отдельные модели приборов других фирм-производителей (Nissei W-820, AnD UB-501, CITIZEN CH-606B, Beurer BC20, Tensoval mobil, PANASONIC TW 3006, B.Well WA 8820, MicrolifeBP A100 plus и др.). Приборы для измерения АД на запястье привлекают пациентов легкостью, компактностью и лучшей переносимостью процедуры измерения. Последние модели запястных приборов стали оснащаться специальными датчиками положения руки (например, прибор Advanced Positioning Sensor – APS, OMRON R7; OMRON R6), блокирующими начало измерения до «правильного» размещения прибора относительно уровня сердца, что повысило точность измерения.

Предложена методика самоконтроля артериального давления в организациях и общественных местах – СКАДОМ, которая дополняет использование признанных

отечественными и международными экспертами трех методов измерения АД (клиническое измерение - КИАД, суточное мониторирование – СМАД, домашнее – СКАД) и позволяет оптимизировать персональный контроль АД и ЧСС. Это способствует ранней субклинической диагностике, контролю динамики заболевания и эффективности его лечения, значительно улучшает личную профилактику АГ и ее осложнений среди широкого круга населения. В рамках настоящей программы аппараты для самостоятельного измерения АД и ЧСС были размещены в заметных и доступных местах, организаций и учреждений (федеральные, региональные, муниципальные учреждения; предприятия, банки, аптеки, бизнес-центры, торговые центры, аэропорты, железнодорожные вокзалы, морские порты, учебные учреждения, спортивные комплексы и др.), аппараты обеспечены простыми, интеллектуально-доступными рекомендациями по проведению исследования и дальнейшим действиям в зависимости от его результата.

Пациент самостоятельно производит контрольные измерения АД и частоту пульса 2-6 раз в день, в зависимости от врачебных рекомендаций, общего самочувствия, метеорологических и погодных условий. Помимо кратких инструкций по самостоятельно – контролирующему измерению АД эти места, так называемые – «Опорные пункты здоровья» (ОПЗ), были обеспечены санитарно-просветительными материалами по профилактике АГ и других социально- значимых заболеваний.

Стойкое превышение целевого уровня АД 135/85 мм рт.ст. и ЧСС 80-85 уд/мин выявленное предлагаемым методом – СКАДОМ, является веским основанием для незамедлительного обращения в медицинское учреждение к врачу - кардиологу для проведения полноценного протокольного клинического обследования в том числе органов-мишеней (сердце, кровеносные сосуды, головной мозг, почки) с целью профессиональной верификации диагноза и назначения адекватной медикаментозной терапии.

После проведенного курса лечения и подбора антигипертензивных препаратов, пациент будет находиться под диспансерным наблюдением с выдачей ему врачебных рекомендаций на пожизненную медикаментозную коррекцию и контроль АД и ЧСС на уровне (не выше 135/85 мм рт. ст.). Также пациенту выдаются профессиональные рекомендации по смене образа жизни, соблюдению режима труда и отдыха, питания, исключению вредных привычек и др.

Таким образом, учет широкой распространенности АГ и ее осложнений, большинство специалистов подчеркивают важность выявления и коррекции повышенного АД на уровне первичного звена здравоохранения. Необходимость разработки профилактических технологий для врачей первого контакта – терапевтов и врачей общей практики продиктована тем, что именно они наиболее часто сталкиваются с проблемами диагностики и лечения

АГ. Высокая обращаемость пациентов к врачам первичного звена здравоохранения обеспечивает возможности для выявления АГ уже на ранних стадиях заболевания, до появления осложнений, что позволяет сразу начать лечение и не допустить прогрессирования заболевания. Кроме того, специалисты, работающие в условиях амбулаторно-поликлинической практики, имеют большие возможности проведения мероприятий по профилактике АГ и ее осложнений путем обучения пациентов при постоянном общении с ними.

Разработка и совершенствование новых подходов к профилактике артериальной гипертензии и их внедрение в практику специалистов первичного звена здравоохранения являются важнейшим направлением вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и способствуют выполнению основной цели современной экономики здравоохранения – обоснованному выбору рационального пути расходования финансовых ресурсов для достижения максимального клинического и социально-экономического эффекта.

Вышеизложенное свидетельствует об актуальности разработки алгоритма диагностики артериальной гипертензии на этапе доклинического течения заболевания.

Литературы

1. Авдеева М., Лобзин Ю., Лучкевич В. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи // Врач. – 2013. – № 11. – С. 83-85.
2. Агаев А.А., Бабаева А.Д., Гамзаев М.А. Значимость самоконтроля артериального давления в повышении приверженности пациентов к лечению артериального давления // Мир медицины и биологии. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 82-84.
3. Амосова Е.Н., Руденко Ю.В., Рокита О.И., Кацитадзе И.Ю. Эффективность унифицированного пошагового алгоритма лечения для обеспечения контроля артериального давления у больных с артериальной гипертензией в амбулаторной практике: результаты исследования ПЕРФЕКТ // Сердце и сосуды. – 2014. – № 1 (45). – С.34-44.
4. Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления // Медицинские новости. – 2011. – № 12. – С. 37-43.
5. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. – М.: Триада Х, 2009. – 248 с.
6. Архиповский В.Л., Казакевич Е.В., Вишняков Н.И. Современные подходы к организации вторичной профилактики артериальной гипертензии у различных социальных групп населения г. Архангельска // Экология человека. – 2007. – № 5. – С. 55-58.
7. Байда А.П. Организация лечебного процесса при артериальной гипертензии у пациентов пожилого и старческого возраста в поликлинических условиях // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 4. – С. 77-83.

8. Баки-Бородов Е.А., Абрамова Л.П., Гаврилов Е.Ю. «Социальный ГЛОНАСС» как базовая основа для комплексного решения вопросов медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями // Информатизация и связь. – 2011. – № 1. – С. 32-36.
9. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Турсунова Г.Ф. Клиническая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77, № 11. – С. 49–55.
10. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Фафонова Т.В. Амбулаторно-поликлиническое ведение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в свете нормативных документов // Здравоохранение. – 2004. – № 4. – С. 15 -23.
11. Бойнич В.Д., Шевченко К.И., Хидишян Е.А., Зарубина О.Н. О взаимодействии Минздрава Карелии с органами местного самоуправления по охране здоровья граждан // Организация здравоохранения Северо-Запада России: Материалы II съезда главных врачей лечебно-профилактических учреждений и центров Госсанэпиднадзора Северо-Запада Российской Федерации. – СПб., 2004. – С. 88-90.
12. Веселовская Н.Г., Чумакова Г.А., Козаренко А.А., Бокслер М.И. Адипокины как корригируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний // Российский кардиологический журнал. – 2010. – Т. 85, № 6. – С. 88-93.
13. Ветеркова З.А., Евстифеева Г.Ю. Основы профилактики заболеваний, связанных с экологическими, техногенными, социально-экономическими рисками (Обзор международного опыта) // Интеллект. Инновации. Инвестиции. – 2011. – № 2. – С. 240-245.
14. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение. – Ростов н/Д: Феникс. – 2007. – 125 с.
- Волков В. Контроль артериальной гипертензии в молодом и среднем возрасте с помощью лизиноприла // Врач. – 2010. – № 3. – С. 37-40.
15. Гриднев О.В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 36-40.
16. Гурина Н.А., Плавинский С.Л. Оценка эффективности профилактических программ по предупреждению развития заболеваний системы кровообращения. Методические рекомендации. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. – 22 с.
17. Гуров А.Н. Организация и проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. – № 1. – С.20-27.
18. Егорова А.Ю., Гарькавый П.А., Яблунчанский Н.И. Течение и исходы артериальной гипертензии у пациентов с разными типами ортостатических реакций систолического артериального давления // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия Медицина. – 2010. – № 20 (918). – С. 28-32.
19. Затейщиков Д.А., Минушкина Л.О., Преображенский Д.В., Алехин М.Н. Обследование больных с артериальной гипертонией. Методические рекомендации. – М., 2006. – 48 с.
20. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике, разработанные Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. – М., 2011. – 64 с.
21. Козловский В.И., Симанович А.В. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 6-16.
22. Концевая А.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю. Социально-экономическая эффективность «школ здоровья» для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Профилактическая медицина. – 2008. – Т. 11, № 2. – С. 1-9.
23. Крюков Н.Н., Садреева Д.С. Значение терапевтических школ обучения больных и управление факторами риска при артериальной гипертонии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 173.
24. Лайковская Е.Э., Ковтун О.П., Волкова Л.И. Об организации медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 2. – С. 36-43.
25. Линденбратен А.А., Ковалева В.В., Роговина А.Г., Самошин О.А. О тенденциях кардиологической заболеваемости и смертности в Тверской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №2. – С.6-12.
26. Люсов В.А., Волов Н.А., Кокорин В.А. Проблемы и достижения в измерении артериального давления // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 19. [Электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_761.htm (дата обращения 7.05.2014)
27. Павлова О.С., Нечесова Т.А., Ливенцова М.М. Современные возможности эффективного контроля артериального давления в клинической практике. – Минск: Парадокс, 2010. – 22 с.
28. Паскарь Н.А. Кабинет профилактики артериальной гипертензии: возможности и перспективы в первичном здравоохранении // Артериальная гипертензия. – 2013. – Т. 19, № 6. – С. 545-550.
29. Попов В.В., Буланова Н.А., Иванов Г.Г. Современные мишени антигипертензивной терапии // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2012. – № 8 (1). – С.88-94.
30. Хромцова О.М. Особенности сезонных ритмов артериального давления у здоровых и при гипертонической болезни // УрМЖ. – № 9 (63). – 2009. – С. 11-14.
31. Черных Ю.В., Сафронова В.В., Максимов Н.И. Особенности артериальной гипертензии у лиц призывного возраста в Удмуртской Республике // Практическая медицина. – 2009. – № 7 (39). – С. 109–110.

32. Шупина М.И., Логинова Е.Н., Велижанина И.А. Групповое профилактическое консультирование больных артериальной гипертензией: перспективы применения в первичном звене здравоохранения // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 6. – С. 162-170.

33. Alhadad A., Wictorsson C., Alhadad H. Medical risk factor treatment in peripheral arterial disease. Need for further improvement // *Int. Angiol.* – 2013. – Vol.32, №3. – P.332-338.

34. Bruke V. Effects of a lifestyle program on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: a randomized controlled trial // *J. Hypertens.* – 2005. – Vol. 23, № 6. – P. 1241 – 1249.

35. Horinaka S. Use of Nicorandil in cardiovascular disease and its optimization // *Drugs.* – 2011. – Vol. 71, № 9. – P.1105 – 1119.

36. Lurbe E., Cifkova R., Cruickshank J. Lurbe E., Cifkova R., Cruickshank J.K., Dillon M.J., Ferreira I., Invitti C., Kuznetsova T, Laurent S, Mancia G, Morales-Olivas F, Rascher W., Redon J., Schaefer F., Seeman T., Stergiou G., Whl E., Zanchetti A. Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension // *J. Hypertension.* – 2009. – Vol. 27. – P. 1719 – 1742.

37. Roumie C.L., Elasy T.A., Greevy R., Roumie C.L., Elasy T.A., Greevy R., Griffin M.R., Liu X., Stone W.J., Wallston K.A., Dittus R.S., Alvarez V., Cobb J., Speroff T. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: a cluster randomized trial // *Ann. Intern. Med.* – 2006. – Vol.145, № 3. – P.165-175.

38. Xin Y., Song X., Xin Y., Song X., Xue H., Liu Z., Wang X., Wang H., Sun K., Bai Y., Liu J., Hui R. A common variant of the eNOS gene (E298D) is an independent risk factor for left ventricular hypertrophy in human essential hypertension // *Clin. Sci. (Lond).* – 2009. – Vol. 117, №2. – P. 67-73.

References

1. Avdeeva M., Lobzin Yu., Luchkevich V. Improving the prevention of chronic noncommunicable diseases in primary health care system // *Doctor.* – 2013. – № 11. – P. 83-85.

2. Agayev A.A., Babayeva A.D., Gamzayev M.A. The importance of self-monitoring of blood pressure in increase of patient adherence to the treatment of blood pressure // *The World of Medicine and Biology.* – 2012. – Vol. 8, № 2. – P. 82-84.

3. Amosova E.N., Rudenko Yu.V., Rokita O.I., Katsitadze I.Yu. The effectiveness of a unified stepwise treatment algorithm for the control of blood pressure in patients with hypertension in ambulatory practice: results of research PERFECT // *Heart and Blood Vessels.* – 2014. – № 1 (45). – P.34-44.

4. Antipova S.I., Antipov V.V. Diseases of the circulatory system: the epidemiological and demographic comparisons // *Medical News.* – 2011. – № 12. – P. 37-43.

5. Aronov D.M., Lupanov V.P. Atherosclerosis and coronary heart disease. – М.: Triada X, 2009. – 248 p.

6. Arkhipovsky V.L., Kazakevich E.V., Vishnyakov N.I. Modern approaches to secondary prevention of hypertension in different social groups in Arkhangelsk // *Human Ecology.* – 2007. – № 5. – P. 55-58.

7. Baida A.P. The organization of medical process at hypertension in elderly and senile patients in polyclinical conditions // *Problems of Health Management.* – 2009. – № 4. – P. 77-83.

8. Baki-Borodov E.L., Abramova L.P., Gavrilov E.Yu. «Social GLONASS» as a basic framework for the complex decision the issues of medical and social rehabilitation of persons with disabilities // *Informatization and Communication.* – 2011. – № 1. – P. 32-36.

9. Baksheev V.I., Kolomoets N.M., Tursunova G.F. Clinical efficacy of the school for hypertensive patient on the outpatient-polyclinic stage // *Therapeutic Archive.* – 2005. – Vol. 77, № 11. – P. 49-55.

10. Belenkov Yu.N., Ageev F.T., Fafonova T.V. Ambulatory-polyclinic management of patients with cardiovascular diseases in the light of regulatory documents // *Health Care.* – 2004. – № 4. – P. 15 -23.

11. Boinich V.D., Shevchenko K.I., Hidishyan E.A., Zarubina O.N. On the interaction of Karelia Ministry of Health with local authorities to protect the health of citizens // *Health Care Organization in Northwest Russia: Materials of the II Congress of the Chief Physicians of Medical Institutions and Centers of Gossanepidnadzor North-West of the Russian Federation.* - SPb., 2004. – P. 88-90

12. Veselovskaya N.G., Chumakova G.A., Kozarenko A.A., Boksler M.I. Adipocines as modifiable risk factors for cardiovascular diseases // *Russian Journal of Cardiology.* – 2010. – Vol. 85, № 6. – P. 88-93.

13. Veterkova Z.A., Evstifeeva G.Yu. The basis of prevention of diseases related to environmental, technological, social and economic risks (Review of international experience) // *Intelligence. Innovation. Investments.* – 2011. – № 2. – P. 240-245.

14. Voitsekhovitch B.A. Public health and health care. – Rostov n / D: Phoenix. – 2007. – 125 p.

15. Volkov V. Control of hypertension in young and middle aged using lisinopril // *Doctor.* – 2010. – № 3. – P. 37-40.

16. Gridnev O.V. Some aspects of the organization the preventive work of health centers // *Health Care.* – 2014. – № 1. – P. 36-40.

17. Gurina N.A., Plavinsky S.L. Evaluating the effectiveness of prevention programs for the prevention of diseases of the circulatory system. Guidelines. – SPb.: Publishing House SPbMAPO, 2008. – 22 p.

18. Gurov A.N. Organization and carrying out additional prophylactic medical examination of working citizens // *Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation.* – 2012. – № 1. – P.20-27.

19. Egorova A.Yu., Gar'kavy P.A., Yabluchansky N.I. Current and outcomes of hypertension in patients with different types of orthostatic reactions of systolic blood pressure // Bulletin of Kharkiv National University named after V.N. Karazin. Medical Series. – 2010. – № 20 (918). – P. 28-32.
20. Zateyschikov D.A., Minushkina L.O., Preobrazhenskiy D.V., Alekhin M.N. Examination of the patients with hypertension. Guidelines. – M., 2006. – 48 p.
21. Cardiovascular Prevention. National guidelines on cardiovascular prevention, developed by the Committee of Experts of All-Russian Scientific Society of Cardiology. – M., 2011. – 64 p.
22. Kozlovsky V.I., A. Simonovich A.V. Adherence to therapy in patients with hypertension II degree // Bulletin of the Vitebsk State Medical University. – 2014. – Vol. 13, № 2. – P. 6-16.
23. Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., Spivak E.Yu. Socio-Economic Benefits of the "health schools" for patients with cardiovascular diseases // Preventive Medicine. – 2008. – Vol. 11, № 2. – P. 1-9.
24. Kryukov N.N., Sadreeva D.S. The value of therapeutic schools teaching patients and management of risk factors at hypertension // Cardiovascular Therapy and Prevention. – 2005. – Vol. 4, № 4. – P. 173.
25. Laykovskaya E.E., Kovtun O.P., Volkova L.I. On the organization of medical care for diseases of the cardiovascular system // Medicine of Work and Industrial Ecology. – 2010. – № 2. – P. 36-43.
26. Lindenbraten A.L., Kovaleva V.V., Rogovina A.G., Samoshin O.A. On the trends of cardiac morbidity and mortality in the Tver region // Problems of Social Hygiene, Health and Medical History. – 2012. – №2. – P. 6-12.
27. Lyusov V.A., Volkov N.A., Kokorin V.A. Problems and achievements in the blood pressure measurement // Russian Medical Journal. – 2003. – № 19. [Electronic resource]. URL: http://www.rmj.ru/articles_761.htm (date of appeal 07.05.2014)
28. Pavlova O.S., Nechesova T.A., Liventsova M.M. Current possibilities of the effective control of blood pressure in the clinical practice. – Minsk: Paradox, 2010. – 22 p.
29. Pascar' N.A. Cabinet of prevention of hypertension: opportunities and prospects in the primary health care // Hypertension. – 2013. – Vol. 19, № 6. – P. 545-550.
30. Popov V.V., Bulanova N.A., Ivanov G.G. Modern targets of antihypertensive therapy // Rational Pharmacotherapy in Cardiology. – 2012. – № 8 (1). – P.88-94.
31. Hromtsova O.M. Features of seasonal rhythms of blood pressure in healthy persons and in hypertensive disease // UrMJ. – № 9 (63). – 2009. – P. 11-14.
32. Chernykh Yu.V., Safronova V.V., Maksimov N.I. Features of hypertension in people of military age in the Udmurt Republic // Practical Medicine. – 2009. – № 7 (39). – P. 109-110.
33. Shupina M.M., Loginova E.N., Velizhanina I.A. Group preventive counseling of patients with arterial hypertension: prospects of using in primary care // Kuban Research Medical Gazette. – 2009. – № 6. – P. 162-170.
34. Alhadad A., Wictorsson C., Alhadad H. Medical risk factor treatment in peripheral arterial disease. Need for further improvement // Int. Angiol. – 2013. – Vol.32, №3. – P.332-338.
35. Bruke V. Effects of a lifestyle program on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: a randomized controlled trial // J. Hypertens. – 2005. – Vol. 23, № 6. – P. 1241 – 1249.
36. Horinaka S. Use of Nicorandil in cardiovascular disease and its optimization // Drugs. – 2011. – Vol. 71, № 9. – P.1105 – 1119.
37. Lurbe E., Cifkova R., Cruickshank J. Lurbe E., Cifkova R., Cruickshank J.K., Dillon M.J., Ferreira I., Invitti C., Kuznetsova T, Laurent S, Mancia G, Morales-Olivas F., Rascher W., Redon J., Schaefer F., Seeman T., Stergiou G., Wühl E., Zanchetti A. Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension // J. Hypertension. – 2009. – Vol. 27. – P. 1719–1742.
38. Roumie C.L., Elasy T.A., Greevy R., Roumie C.L., Elasy T.A., Greevy R., Griffin M.R., Liu X., Stone W.J., Wallston K.A., Dittus R.S., Alvarez V., Cobb J., Speroff T. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: a cluster randomized trial // Ann. Intern. Med. – 2006. – Vol.145 (3). – P.165-175.
39. Xin Y., Song X., Xin Y., Song X., Xue H., Liu Z., Wang X., Wang H., Sun K., Bai Y., Liu J., Hui R. A common variant of the eNOS gene (E298D) is an independent risk factor for left ventricular hypertrophy in human essential hypertension // Clin. Sci. (Lond). – 2009. – Vol. 117, №2. – P. 67-73.

Сведения об авторах

Решетников Владимир Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, г.8, стр.2, 4 этаж; тел. 8(499)2484365; e-mail resh1960@mail.ru.

Козлов Василий Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, г.8, стр.2, 4 этаж; тел. 8(499)2487288; e-mail kvv.doc@gmail.com.

Роюк Валерий Валериевич – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, г.8, стр.2, 4 этаж; тел. 8(499)2487288; e-mail vvroyuk@mail.ru.

Authors

Reshetnikov Vladimir Anatolievich – Doctor of Medical Science, Professor, the Head of the Public Health and Health Care Organization Department, the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University.

Address: Trubetskaya st. 8-2, Moscow 119991, Russia, phone: 8(499)2484365; e-mail: resh1960@mail.ru

Kozlov Vasily Vladimirovich – Candidate of Medical Science, Associate Professor of the Public Health and Health Care Organization Department, the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University.

Address: Trubetskaya st. 8-2, Moscow 119991, Russia, tel: 8 (499)2487288; e-mail: kvv.doc@gmail.com

Royuk Valery Valerievich – Post-graduate Student of the Public Health and Health Care Organization Department, the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Address: Trubetskaya st. 8-2, Moscow 119991, Russia, tel: 8(499) 248 7288; e-mail: vvroyuk@mail.ru