

DOI: 10.26442/2075-082X_15.1.63-67

Распространенность, осведомленность и приверженность лечению артериальной гипертензии: мифы и реальность

К.Е.Кривошапова¹, Д.П.Цыганкова^{1,2}, О.Л.Барбараш^{1,2}¹ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний». 650002, Россия, Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6;²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России. 650029, Россия, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а

✉ya.kristi89@yandex.ru

В обзоре проведен анализ результатов крупных эпидемиологических исследований, направленных на оценку распространенности одного из самых грозных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – артериальной гипертензии с позиции социально-экономических факторов («Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в Российской Федерации», ЭССЕ, Prospective Urban and Rural Epidemiological Study, PURE). Приводится сравнительная характеристика как показателей распространенности артериальной гипертензии, так и уровня осведомленности населения о ее наличии, приверженности лечению и контролю артериального давления среди жителей стран с различным социально-экономическим уровнем. Сделан вывод о том, что, несмотря на проведение профилактических мер, разрыв между выявлением артериальной гипертензии, последующим контролем артериального давления и приверженностью лечению в большинстве стран мира остается большим, что свидетельствует о необходимости более тщательного анализа возможных причин и разработки новейших профилактических мер.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, распространенность, осведомленность, контроль, артериальное давление, факторы риска, первичная профилактика, вторичная профилактика.

Для цитирования: Кривошапова К.Е., Цыганкова Д.П., Барбараш О.Л. Распространенность, осведомленность и приверженность лечению артериальной гипертензии: мифы и реальность. Системные гипертензии. 2018; 15 (1): 63–67. DOI: 10.26442/2075-082X_15.1.63-67

Prevalence, awareness and adherence to treatment of arterial hypertension: myths and reality

[Review]

К.Е.Кривошапова¹, Д.П.Цыганкова^{1,2}, О.Л.Барбараш^{1,2}¹Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Disease. 650002, Russian Federation, Kemerovo, Sosnovyi bul'var, d. 6;²Kemerovo State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation. 650029, Russian Federation, Kemerovo, ul. Voroshilova, d. 22а

✉ya.kristi89@yandex.ru

For citation: Krivoshapova K.E., Tsygankova D.P., Barbarash O.L. Prevalence, awareness and adherence to treatment of arterial hypertension: myths and reality. Systemic Hypertension. 2018; 15 (1): 63–67. DOI: 10.26442/2075-082X_15.1.63-67

Abstract

This review analyzes and summarizes the results of major epidemiological studies aimed at assessing the prevalence of arterial hypertension, one of the most significant cardiovascular risk factors according to the socioeconomic factors (the ESSE study, the PURE study). Comparative characteristics of both the prevalence of arterial hypertension and the level of awareness among the population about the presence of arterial hypertension, adherence to treatment and control of blood pressure among residents of countries with different socio-economic levels are given. We concluded that despite the implementation of preventive measures, the gap between the diagnosis of arterial hypertension, the subsequent control of blood pressure and adherence to treatment in most countries remains rather large. This indicates the need for a more thorough analysis of possible causes and the development of new preventive measures.

Key words: arterial hypertension, prevalence, awareness, control, blood pressure, risk factors, primary prevention, secondary prevention.

Артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и связана с 7,6 млн смертей в год во всем мире (13,5% всех смертей) [1, 2]. Необходимость контроля АГ и как следствие – снижение заболеваемости и смертности очевидны. В настоящее время разработаны доступные, эффективные и недорогие методы контроля артериального давления (АД). Однако осведомленность пациентов о наличии АГ, особенностях лечения и контроля АД в мире находится на низком уровне [3]. В основе лежат различные причины, к которым можно отнести психологические особенности пациентов, качество оказания и доступность медицинских услуг; а также уровень дохода населения, место проживания и многие другие [4, 5].

Количество масштабных исследований, направленных на изучение распространенности АГ в зависимости от социально-экономических факторов, ограничено, несмотря на их высокую значимость. Кроме того, выявление в разных работах множества факторов риска высокой заболеваемости АГ, низкого контроля АД, а также низкой приверженности населения лечению АГ до сих пор к четкой стратегии улучшения контроля АГ не привело. Это явилось стимулом для организации и проведения крупных эпидемиологических исследований, направленных на оценку распространенности модифицируемых факторов риска АГ, определение необходимости и приоритетов популяционной профилактики как на национальном,

так и на региональном уровнях для выделения целевых групп профилактического воздействия. Одним из них стало многоцентровое эпидемиологическое исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ), которое включило 15 571 человека в возрасте от 25 до 64 лет из 13 субъектов Российской Федерации и проводилось с 2013 г. По данным исследования ЭССЕ-РФ, распространенность АГ в России оказалась крайне высока (43,4%), при этом чаще АГ страдают мужчины (45,4%), чем женщины (41,6%), из них только 73% пациентов осведомлены о наличии АГ. Более высокая распространенность АГ, как и ожидалось, выявлена среди сельского населения по сравнению с городским (63,4±2,4% против 44,2±1,5%; $p<0,01$). Принимают антигипертензивную терапию (АГТ) лишь 50% пациентов; доля больных, у которых достигнуты целевые цифры АД, составляет всего 23% [6].

Одним из регионов – объектом для исследования ЭССЕ-РФ явилась Кемеровская область, объем выборки в которой составил 2 тыс. человек. Выяснилось, что около 1/2 населения (44%) Кемеровской области имеет АГ, чаще – мужчины ($p<0,001$). Частота встречаемости АГ оказалась выше у жителей сельской местности как среди мужчин – 51,8% против 47,5% ($p<0,02$), так и среди женщин – 42,9% против 40,2% ($p<0,05$). При этом выявлено, что распространенность АГ у женщин со средним уровнем дохода выше, чем с высоким

(38,4 и 28,8% соответственно; $p=0,044$). Среди мужского населения Кемеровской области значимых различий в показателях АГ в зависимости от уровня дохода выявлено не было [7]. Женское население Кемеровской области оказалось более осведомленным о наличии АГ, чем мужское (78,9% против 67,5%). Приверженными же гипотензивной терапии явились только 60,9% женщин и 39,5% мужчин. При этом рекомендованный контроль АД осуществляют только 1/3 женщин и 14,4% мужчин.

Авторы исследований пришли к выводу об увеличении за последние годы распространенности АГ в РФ, в первую очередь за счет существенного роста числа мужчин с АГ (45,4% против 38,6%) в сравнении с данными эпидемиологического мониторинга, проведенного в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение АГ» в 2005–2007 гг. [8]. При сравнении с мировыми данными обнаружено, что распространенность АГ в РФ сопоставима с европейскими показателями (30–45%) [9], при этом более частая заболеваемость АГ встречается среди мужчин. Например, в Северной Америке этот показатель составлял 31% у мужчин против 23% – у женщин, в Европе – 49,7% против 38%, а в Финляндии и Швеции – 44,8% против 32% и 55,7% против 41,6% соответственно [10].

Кроме того, как в России, так и в других странах до сих пор остается нерешенной проблема информированности пациентов, диагностики и лечения АГ. Однако за последние годы уровень осведомленности населения в России увеличился (у мужчин – с 37,1 до 75%; $p<0,001$, у женщин – с 58,9 до 80,3%; $p<0,001$), а также несколько возросла доля лиц, принимающих АГТ (до 63,1% у женщин, до 53,1% у мужчин), достигают целевых цифр АД только 21,5% (из них 22,5% женщин и 20,5% мужчин) [11]. За последние 10 лет уровни осведомленности, лечения и контроля АГ в разных странах переменны, но в целом прослеживается тенденция к росту данных показателей. В исследовании NHANES II и III, которое проводилось в Америке с 12-летним интервалом, была выявлена тенденция к улучшению этих показателей, а именно повышению уровня осведомленности населения с 51 до 73%; число больных, получающих АГТ и контролирующих уровень АД, возросло с 32% в 1976–1980 гг. до 55% в 1988–1991 гг. В 2000-е годы уровень осведомленности составлял 68,9%; 58,4% пациентов получали соответствующее лечение, и 31% больных контролировали уровень АД [12].

Как известно, одним из ведущих факторов, влияющих на распространенность АГ, осведомленность и уровень контроля АД, остается уровень урбанизации в различных регионах, который с каждым годом продолжает расти. При этом наиболее быстрый его рост наблюдается в странах с низким уровнем дохода. Как известно, большинство случаев ССЗ возникает в странах с низким, ниже среднего и средним уровнем дохода [2, 13]. В экономически развитых странах, по данным P.Keagney и соавт. [12], выявляются достаточно высокие уровни осведомленности населения об АГ (от 1/2 до 2/3 больных АГ знают о своем заболевании) и контроле АД (от 30 до 50%). В экономически развивающихся странах уровни осведомленности, лечения и контроля АГ несколько ниже. Так, от 1/4 до 1/2 населения данных стран осведомлены о наличии АГ; от 10 до 50% получают АГТ и от 20 до 50% контролируют уровень АД [12].

С целью оценки влияния окружающей среды и экономического уровня развития различных стран на образ жизни населения, сердечно-сосудистый риск, а также заболеваемость и смертность разработан дизайн крупного эпидемиологического проспективного исследования Prospective Urban and Rural Epidemiological Study (PURE), которое стартовало в мире в 2002 г., а в России – в 2015 г. В исследование PURE вошли 163 397 взрослых в возрасте от 35 до 70 лет, проживающих в городских и сельских поселениях 17 стран с различным уровнем доходов [14]. Были включены 3 страны с высоким уровнем доходов населения: Канада, Швеция, Объединенные Арабские Эмираты; 7 стран с доходами выше среднего уровня:

Аргентина, Бразилия, Чили, Польша, Турция, Малайзия, Южная Африка; 3 страны с доходами ниже среднего уровня: Китай, Колумбия, Иран; 4 страны с низким уровнем доходов: Бангладеш, Индия, Пакистан, Зимбабве. Категоризация экономического уровня каждого государства основывалась на информации Всемирного банка за 2006 г. [15]. Менее 1/2 (46%) проживали в сельской местности, 58% населения составляли женщины, средний возраст исследуемой выборки – 50,6 года.

На начальной стадии в исследовании PURE был проведен анализ распространенности АГ, осведомленности, контроля и приверженности гипотензивной терапии. Почти 1/2 (40,8%) участников исследования PURE либо сообщили о наличии АГ и использовании антигипертензивных препаратов (АГП), либо в результате обследования у них было выявлено среднее АД 140/90 мм рт. ст. и выше. Среди пациентов с АГ только 47% населения знали о своем диагнозе, при этом 41% получали терапию и только 13,7% контролировали АД. При проведении сравнительного анализа по распространенности АГ в странах с различным уровнем дохода населения значимых различий выявлено не было. Тем не менее АГ чаще встречалась среди бедного населения стран с низким и средним уровнем дохода по сравнению со странами с высоким уровнем дохода [3].

Самый высокий уровень осведомленности населения о наличии АГ и приверженности АГТ выявлен среди населения стран с уровнем дохода выше среднего (52,5 и 48,3% соответственно), самый низкий – среди беднейших стран (40,8 и 31,7% соответственно). Контроль АД чаще всего осуществляет население стран с высоким уровнем дохода (19%), при этом самый низкий контроль АД проводится в странах с уровнем дохода ниже среднего (9,9%). Например, бедные семьи были меньше осведомлены о наличии заболевания, необходимом контроле и лечении в Канаде, Швеции, Аргентине, Бразилии и Польше, хотя величина этих неравенств была относительно небольшой. В Саудовской Аравии (23,8 и 37,5%; $p=0,047$), Малайзии (9,8 и 12,2%; $p=0,110$) и Турции (17,6 и 22,2%; $p=0,185$) контроль АД был существенно хуже среди бедных слоев населения, но не было никакого существенного неравенства в осведомленности и приверженности лечению АГ. В целом, как и ожидалось, бедные слои населения меньше осведомлены о наличии АГ, меньше привержены АГТ и реже контролируют АД [3].

Кроме того, был проведен сравнительный анализ распространенности АГ среди городских и сельских жителей стран с различным уровнем дохода. Выявлено, что самая высокая ее частота – среди городских и сельских жителей стран с уровнем дохода выше среднего (45,2 и 46,9% соответственно; $p=0,003$). Реже всего АГ встречается среди сельского населения стран с низким уровнем дохода, при этом у городского населения стран с низким уровнем дохода она выявляется значимо чаще (31,5 и 44,4%; $p<0,001$). Уровень осведомленности сельского и городского населения стран с уровнем дохода выше среднего не имеет значимых различий и находится на самом верхнем уровне (51,9 и 52,9% соответственно; $p=0,86$). Как и ожидалось, реже всего осведомлены о наличии АГ сельские жители стран с низким уровнем дохода (31,2% – сельские жители, 48,4% – городские жители соответственно; $p<0,001$). В странах с уровнем дохода выше среднего у всех категорий граждан определена самая высокая приверженность лечению (46,1% – городские, 46,9% – сельские жители; $p=0,29$ соответственно). Самая низкая приверженность лечению АГ выявлена у сельских жителей стран с низким уровнем дохода (19,9% – сельские, 36,1% – городские жители; $p<0,001$). Контроль АД чаще всего осуществляет население стран с высоким уровнем дохода (17,6% – городское население, 16,1% – сельское; $p=0,14$ соответственно). Один из самых низких показателей по контролю АД выявляется в странах с низким и ниже среднего уровнем дохода – 5,4 и 6,9% соответственно), при этом городское население этих стран значимо чаще контролирует АД [3].

Таким образом, в большинстве стран мира обнаружен большой разрыв между выявлением АГ, последующим контролем

Таблица 1. Характеристика стран с различным уровнем дохода по распространенности АГ, уровню осведомленности населения о наличии АГ, приверженности лечению и контролю АД, по данным исследования PURE, n (%) [3]

Страны с различным уровнем дохода	Распространенность АГ среди населения	Уровень осведомленности населения о наличии АГ	Приверженность населения лечению АГ	Контроль уровня АД	Контроль АД среди пациентов, получающих АГТ
Высокий уровень дохода	6263 (40,6)	3070 (49,0)	2924 (46,7)	1189 (19,0)	1189 (40,7)
Уровень дохода выше среднего	18 123 (49,7)	9516 (52,5)	8761 (48,3)	2833 (15,6)	2833 (32,3)
Уровень дохода ниже среднего	23 269 (39,8)	10 134 (43,6)	8595 (36,9)	2314 (9,9)	2314 (26,9)
Низкий уровень дохода	10 185 (32,1)	4157 (40,8)	3230 (31,7)	1298 (12,7)	1298 (40,2)

Таблица 2. Характеристика стран с разным уровнем дохода по распространенности АГ, уровню осведомленности населения о наличии АГ, приверженности лечению и контролю АД в зависимости от района проживания, по данным исследования PURE, % [3]

Страны с различным уровнем дохода населения	Распространенность АГ среди населения		Уровень осведомленности населения о наличии АГ		Приверженность населения лечению АГ		Контроль уровня АД	
	городские жители	сельские жители	городские жители	сельские жители	городские жители	сельские жители	городские жители	сельские жители
Высокий уровень дохода	36,4	40,2 ($p<0,001$)	48,3	47,2 ($p=0,45$)	45,6	44,2 ($p=0,35$)	17,6	16,1 ($p=0,14$)
Уровень дохода выше среднего	45,2	46,9 ($p=0,003$)	52,1	51,9 ($p=0,86$)	46,1	46,9 ($p=0,29$)	15,8	14,7 ($p=0,08$)
Уровень дохода ниже среднего	34,9	38,7 ($p<0,001$)	49,3	37,8 ($p<0,001$)	41,5	28,4 ($p<0,001$)	12,4	5,4 ($p<0,001$)
Низкий уровень дохода	44,4	31,5 ($p<0,001$)	48,4	31,2 ($p<0,001$)	36,1	19,9 ($p<0,001$)	12,8	6,9 ($p<0,001$)

АД и приверженностью лечению АГ, что, несомненно, свидетельствует о необходимости тщательного мониторинга этих показателей и проведения мероприятий, направленных на повышение приверженности контролю АД.

Эффективное использование АГП является одним из важных инструментов в снижении сердечно-сосудистой смертности. Ранее были опубликованы результаты крупных рандомизированных исследований, которые выявили значимое снижение риска общей смертности, фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий при приеме АГП у пациентов, страдающих АГ [16]. Известно, что снижение систолического АД на каждые 10 мм рт. ст. уменьшает риск сердечно-сосудистых событий, острого нарушения мозгового кровообращения и общей смертности в популяции [17]. Несмотря на это, в России и других странах до сих пор сохраняется низкий показатель достижения целевых значений АД. Одной из причин этого факта является недостаточно активное использование преимуществ комбинированной АГТ. Известно, что большинство пациентов в России получают один АГП (56%), 1/3 – комбинацию из двух АГП и лишь около 11% – комбинацию из трех и более АГП, по последним данным [18]. При этом в нескольких крупных рандомизированных контролируемых исследованиях, таких как HOPE, LIFE, ASCOT, ONTARGET, было доказано, что чем выше сердечно-сосудистый риск пациента с АГ, тем тщательнее необходимо проводить контроль АД [19]. По данным этих исследований достижение целевых цифр АД у пациентов высокого риска должно осуществляться с помощью применения комбинированной АГТ. Среди репрезентативной выборки населения 9 регионов России, которая включила в себя 5563 мужчин и 9737 женщин в возрасте от 25 до 64 лет, обследованных в 2012–2013 гг., выявлено, что у мужчин и женщин с низким риском преобладает монотерапия (72,7 и 67,4% соответственно), при среднем и высоком риске наблюдается снижение частоты использования монотерапии как среди мужчин, так и среди женщин (58–56,1 и 59,3–52,3% соответственно). При этом увеличивается доля комбинаций из двух и трех препаратов, но это увеличение невелико у муж-

чин – с 22,1 до 33,1% – два АГП; с 5,2 до 10,8% – три АГП; у женщин – с 28,1 до 34,9% – два АГП; с 4,4 до 12,7% – три АГП соответственно [6]. При этом в целом получают АГТ в России 50% пациентов, доля больных, у которых достигнуты целевые цифры АД, составляет 23% [18].

В исследовании PURE также был проведен анализ частоты приема различных групп АГП. В целом ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина были наиболее часто используемыми группами препаратов среди пациентов с АГ (13,6%), β -адреноблокаторы также использовались довольно часто (8,2%), диуретики – в 7,0% случаев и антагонисты кальция – в 8,2%. Однако полученные результаты различались по странам в зависимости от уровня дохода населения. Группами препаратов, наиболее часто используемых в странах с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего, были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты рецепторов ангиотензина; диуретики и блокаторы кальциевых каналов чаще встречались у пациентов стран с уровнем дохода ниже среднего, а β -адреноблокаторы – в бедных странах [3].

Около 30,8% пациентов, страдающих АГ, по данным исследования PURE, получали комбинацию из двух или трех АГП. При изучении частоты применения комбинированной терапии в странах с различным уровнем дохода были выявлены следующие тенденции: использование двух или более АГП было значительно ниже в беднейших странах (1,6%) по сравнению со странами с высоким уровнем дохода (18,1%), выше (14,5%) и ниже среднего уровня дохода (14,1%, $p<0,001$) [3].

Применение комбинированной АГТ среди пациентов с АГ чаще встречалось среди женского населения по сравнению с мужским (8,1%, против 6,9% соответственно; $p<0,001$), у пожилых по сравнению с более молодыми участниками исследования (9,5%, против 4,5%, соответственно; $p<0,001$). Также была выявлена закономерная тенденция, при которой комбинированная АГТ чаще использовалась у пациентов с высшим образованием [3].

Таким образом, по данным крупного исследования PURE, средний уровень распространенности АГ среди населения стран с различным уровнем дохода составил 40,8%, и чаще всего АГ встречалась среди мужчин [3]. При этом в исследованиях начала XXI в. АГ была более распространена среди женского населения. АГ по данным исследования PURE, как и ожидалось, чаще встречалась среди бедного населения стран с низким и средним уровнем дохода по сравнению со странами с высоким уровнем. Значимых различий между бедными и богатыми слоями населения стран с высоким уровнем дохода по уровню осведомленности о наличии АГ, контролю АД и приверженности лечению не было выявлено (табл. 1) [3]. Выявлены значимые различия между распространенностью АГ, уровнем осведомленности, приверженностью лечению и контролем АД городских и сельских жителей стран с высоким и низким уровнем дохода населения, которые показывают, что чаще всего АГ страдает сельское население стран с уровнем дохода ниже среднего и низким уровнем дохода (табл. 2) [3]. Таким образом, с каждым годом распространенность АГ продолжает увеличиваться как в РФ, так и в других европейских странах [20], несмотря на применение профилактических и лечебных программ.

Осведомленность населения различных стран о наличии АГ в среднем составляет 40%. Закономерным является и то, что чаще всего низкая осведомленность встречается среди сельского и бедного городского населения стран с уровнем дохода ниже среднего. Приверженность лечению АГ и контроль АД ниже в странах с низким уровнем дохода, а также в сельских районах стран с уровнем дохода ниже среднего по сравнению с городским населением этих стран. Несмотря на то что у мужчин значимо чаще выявлялась АГ, у женского населения были более высокие показатели осведомленности, лечения и контроля АД, что соответствовало ранее проведенным исследованиям [21].

Данные по распространенности АГ, осведомленности населения о наличии АГ, контроле АД и приверженности гипотензивной терапии, обнаруженные в исследовании PURE, в целом согласуются с данными, полученными ранее [22]. Например, уровень приверженности лечению среди осведомленных лиц в 2008–2009 гг. в Канаде составил 82%, что аналогично показателям канадской когорты в PURE [23]. Результаты указанного исследования в Индии по осведомленности и приверженности лечению АГ (42,1 и 33,6%) были сопоставимы с результатами исследования, проведенного ранее за период с 2004 по 2007 г. (39,6 и 38,6%) [24]. Вместе с тем в Национальном обзоре по вопросам здоровья и особенностям питания населения Китая в 2002 г. был выявлен более низкий уровень информированности о наличии АГ (28%). При этом доля тех, кто получал лечение, осталась на том же уровне (35%) по сравнению с данными, полученными в исследовании PURE (уровень осведомленности составил 41,6%, получала АГТ 34,4% больных) [25].

Низкий удельный вес пациентов, принимающих эффективную АГТ, является важной, но не единственной причиной сохранения высоких цифр АД у пациентов с АГ. В недавно проведенном систематическом обзоре исследований по приверженности пациентов лечению и контролю АГ [26] было выявлено большое количество препятствий при попытке достижения высокой приверженности лечению и контролю АД, таких как низкая мотивация пациента [27, 28], недостаточное понимание пациентом необходимости ежедневного приема АГП в связи с отсутствием выраженной симптоматики [29, 30] и осознанием наличия хронического заболевания, требующего пожизненной терапии [27]. Одним из важнейших социальных факторов является необходимость изменения образа жизни. Проведенные исследования показали, что необходимость готовить пищу для себя отдельно от остальных членов семьи воспринимается пациентом как барьер к соблюдению рекомендованной диеты [28, 31–33].

Приоритизация здоровья также препятствует приверженности населения лечению АГ. Участникам различных наблюде-

ний зачастую было трудно определить приоритеты между советами врача по соблюдению диеты, физической нагрузке, разными повседневными потребностями членов семьи [27, 30, 31, 34, 35] и рабочими обязанностями [28, 35, 36]. Пациенты отмечали, что стресс и беспокойство, связанные с отсутствием стабильного заработка и постоянного трудоустройства, проживание в небезопасных районах сказывались на приверженности лечению АГ и необходимом его контроле [27, 28, 32, 33, 37]. Выявлены проблемы коммуникации врача и пациента из бедных слоев населения [29], недоверие некоторых больных к качеству проведения медицинских услуг [35, 38], отсутствие уважения к населению с низким уровнем дохода на различных этапах оказания медицинских услуг [24, 35, 39]. К барьерам, связанным с приверженностью лечению, относятся побочные эффекты от приема препаратов [27–30, 37], частота применения, вкус и зачастую большой размер таблеток и многие другие [29]. Пациенты также отмечали, что отсутствие своевременного отдыха, плохая погода и вопросы безопасности являлись барьерами к занятиям рекомендованной физической нагрузкой [28, 38]. На пути к соблюдению диеты, рекомендованной врачом, перед пациентом зачастую вставало отсутствие рядом с местом проживания магазинов, которые предлагают здоровые продукты [37], а также проблемы экономического характера [28, 32, 33, 38] и отсутствие возможности своевременно получить консультацию по вопросам питания у квалифицированного специалиста [31, 39]. У ряда пациентов возникали трудности с транспортом при необходимости добраться до медицинского учреждения [40]. Трудности с посещением медицинского учреждения возникали из-за неудобного графика работы [29, 36], зачастую из-за отсутствия или территориальной недоступности объектов здравоохранения [24, 38]. Недоступной медицинская помощь становилась из-за отсутствия медицинской страховки и высокой стоимости платных медицинских услуг [30, 34, 39]. В результате пациенты обращались за медицинской помощью экстренно только при возникновении острых состояний [24, 28, 33, 35, 40, 41].

В целом проблема эпидемии АГ в мире с каждым годом приобретает новые масштабы. Так, если ранее, по данным различных исследований, АГ занимала 4-ую строчку в списке основных факторов риска смертности населения, то к 2010 г. АГ заняла первую позицию [42]. Результаты, полученные в крупных эпидемиологических исследованиях последних лет, подтверждают продолжающийся рост распространенности АГ в мире и необходимость проведения первичной и вторичной профилактики. Несомненно, что успех первичной профилактики АГ во многом зависит от выявления и успешного воздействия на модифицируемые факторы риска и требует полноценного анализа эпидемиологической ситуации, что, в свою очередь, может быть только при проведении крупных популяционных исследований. Возможно, что окончательный анализ данных, полученных в исследовании PURE, в будущем сможет внести значительный вклад в проведение профилактических мероприятий в странах с различным уровнем доходов, в том числе и в России.

К сожалению, до сих пор в эпидемиологических исследованиях обнаруживается большой разрыв между выявлением АГ, последующим контролем АД и приверженностью лечению в большинстве стран мира, что свидетельствует о необходимости проведения более интенсивной просветительской работы по повышению приверженности здоровому образу жизни как среди населения в целом, так и среди больных АГ, а также организации мониторинга факторов риска развития ССЗ и раннего выявления больных АГ. Именно эти мероприятия при объединении усилий медицинских работников, средств массовой информации и представителей других профессий смогут привести к успеху не только в борьбе с осложнениями АГ, являющимися основными причинами смертности населения, но и к снижению распространенности этого грозного заболевания.

Литература/References

- World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Lawes CM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371 (9623): 1513–8.
- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013; 310 (9): 959–68.
- Nieuwlaar R, Schwalm JD, Khatib R et al. Why are we failing to implement effective therapies in cardiovascular disease? *Eur Heart J* 2013; 34 (17): 1262–9.
- Baker R, Camosso-Stepinovic J, Gillies C et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 3.
- Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4 (14): 4–14. / Boitsov S.A., Balanova Yu.A., Shal'nova S.A. i dr. Arterial'naia gipertoniiia sredi lits 25–64 let: rasprostranennost', osvedomlennost', lechenie i kontrol'. Po materialam issledovaniia ESSE. *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*. 2014; 4 (14): 4–14. [in Russian]
- Максимов С.А., Табакаев М.В., Артамонова Г.В. Интегральная оценка риска ишемической болезни сердца в эпидемиологических исследованиях (ЭССЕ-РФ в Кемеровской области). Сообщение II: социально-экономические детерминанты. *Профилактич. медицина*. 2016; 1 (19): 24–9. / Maksimov S.A., Tabakaev M.V., Artamonova G.V. Integral'naia otsenka riska ishemicheskoi bolezni serdtsa v epidemiologicheskikh issledovaniakh (ESSE-RF v Kemerovskoi oblasti). Soobshchenie II: sotsialno-ekonomicheskie determinanty. *Profilaktich. meditsina*. 2016; 1 (19): 24–9. [in Russian]
- Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии в Российской Федерации (2005–2007 гг.), проведенного в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии». Информационно-статистич. сб. М., 2008. / Rezul'taty drugogo etapa monitoringa epidemiologicheskoi situatsii po arterial'noi gipertonii v Rossiiskoi Federatsii (2005–2007 gg.), provedennogo v ramkakh federal'noi tselevoi programmy "Profilaktika i lechenie arterial'noi gipertonii". *Informatsionno-statistich. sb. M.*, 2008. [in Russian]
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31: 1281–357.
- Wolf-Maier K, Cooper R, Banegas J. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363–9.
- Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. *Рос. кардиологич. журн.* 2006; 4: 45–50. / Shal'nova S.A., Balanova Ju.A., Konstantinov V.V. i dr. Arterial'naia gipertoniiia: rasprostranennost', osvedomlennost', priem antigipertenzivnykh preparatov i effektivnost' lecheniia sredi naseleniia Rossiiskoi Federatsii. *Ros. kardiologich. zhurn.* 2006; 4: 45–50. [in Russian]
- Kearney P, Whelton M, Reynolds K et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2004; 22: 11–9.
- He J, Gu D, Chen J et al. Premature deaths attributable to blood pressure in China. *Lancet* 2009; 374 (9703): 1765–72.
- Palafox B, McKee M, Balabanova D et al. Wealth and cardiovascular health: a cross-sectional study of wealth-related inequalities in the awareness, treatment and control of hypertension in high-, middle- and low-income countries. *Int J Equity Health* 2016; 15 (1): 199.
- World Bank. How we classify countries. Accessed 2011.
- Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: A meta-analysis. *Lancet* 2001; 358: 1305–15.
- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2015; 387 (10 022): 957–67.
- Chazova IE, Zhermakova YuV, Oshchepkova EV et al. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Russian Population of Patients With Arterial Hypertension. *Kardiologia* 2014; 10: 4–12.
- Yusuf S, Teo KK, Pogue J et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med Massachusetts Med Soc* 2008; 358 (15): 1547–59.
- Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA et al. Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States. A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123: 933–44.
- Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour. *J Adv Nurs* 2005; 49 (6): 616–23.
- Ostchega Y, Dillon CF, Hughes JP et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 2004. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55 (7): 1056–65.
- Gee ME, Campbell NR, Gwadry-Sridhar F et al. Antihypertensive medication use, adherence, stops, and starts in Canadians with hypertension. *Can J Cardiol* 2012; 28 (3): 383–9.
- Kusuma SY. Migrants' perceptions on barriers to treatment seeking for hypertension: A qualitative study from Delhi, India. *Ethnomed* 2010; 44 (3): 173–6.
- Meng X, Dong G, Wang D et al. Prevalence, awareness, treatment, control, and risk factors associated with hypertension in urban adults from 33 communities of China: the CHPSNE study. *J Hypertens* 2011; 7 (29): 1303–10.
- Khatib R, Schwalm J-D, Yusuf S et al. Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies. *PLoS ONE* 2014; 9 (1): e84238.
- Anthony H, Valinsky L, Inbar Z et al. Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 24.
- Ford CD, Kim MJ, Dancy BL et al. Perceptions of hypertension and contributing personal and environmental factors among rural southern African, American women. *Ethn Dis* 2009; 19 (4): 407–13.
- Ogedegbe G, Harrison M, Robbins L et al. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African, Americans: A qualitative study. *Ethn Dis* 2004; 14 (1): 3–12.
- Schafheutle EI, Hassell K, Noyce PR et al. Access to medicines: Cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health Soc Care Community* 2002; 10 (3): 187–95.
- Parker WA, Steyn NP, Levitt NS et al. Health promotion services for patients having non-communicable diseases: Feedback from patients and health care providers in cape town, south africa. *BMC Public Health* 2012; 12: 503.
- Horowitz CR, Tuzzio L, Rojas M et al. How do urban African Americans and Latinos View the influence of Diet on Hypertension? *J Health Care Poor Underserved* 2004; 15 (4): 631–44.
- Wexler R, Elton T, Pleister A et al. Barriers to blood pressure control as reported by African American patients. *J Natl Med Assoc* 2009; 101 (6): 597–603.
- Aroian KJ, Peters RM, Rudner N et al. Hypertension prevention beliefs of hispanics. *J Transcult Nurs* 2012; 23 (2): 134–42.
- Greer TM. Perceived racial discrimination in clinical encounters among African American hypertensive patients. *J Health Care Poor Underserved* 2010; 21 (1): 251–63.
- Murimi MW, Harpel T. Practicing preventive health: The underlying culture among low-income rural populations. *J Rural Health* 2010; 26 (3): 273–82.
- Fongwa MN, Evangelista LS, Hays RD et al. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4 (1): 157–66.
- Peters DH, Garg A, Bloom G et al. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann NY Acad Sci* 2008; 1136: 161–71.
- Barnes DM, Lu JH. Mexican immigrants' and mexican americans' perceptions of hypertension. *Qual Health Res* 2012; 22 (12): 1685–93.
- Pham TM, Rosenthal MP, Diamond JJ. Hypertension, cardiovascular disease, and health care dilemmas in the philadelphia vietnamese community. *Fam Med* 1999; 31 (9): 647–51.
- Arrieta MI, Foreman RD, Crook ED et al. Providing continuity of care for chronic diseases in the aftermath of Katrina: From field experience to policy recommendations. *Dis Med Pub Health Prep* 2009; 3 (3): 174–82.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease. *Lancet* 2012; 380 (9859): 2224–60.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Кривошапова Кристина Евгеньевна – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. патофизиологии мультифокального атеросклероза ФГБУ НИИ КПССЗ.
E-mail: ya.kristi89@yandex.ru

Цыганкова Дарья Павловна – науч. сотр. лаб. эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний ФГБУ НИИ КПССЗ, очный аспирант каф. кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО КемГМУ

Барбараш Ольга Леонидовна – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., дир. ФГБУ НИИ КПССЗ, зав. каф. кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО КемГМУ