

# ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

## СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Чазов Е.И.** академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГУ РКНПК
- Скворцова В.И.** член-корр. РАМН, заместитель министра здравоохранения и СР РФ
- Оганов Р. Г.** академик РАМН, директор ФГУ ГНИЦ ПМ
- Петров В.И.** академик РАМН, ректор ВОЛГМУ

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

- Бойцов С.А.** профессор, первый заместитель генерального директора ФГУ РК НПК
- Чазова И. Е.** президент Российского медицинского общества по артериальной гипертонии, профессор, руководитель отдела системных гипертензий ФГУ РК НПК
- Недогода С.В.** профессор, проректор ВОЛГМУ

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

- Наконечников С. Н.** директор Российского медицинского общества по артериальной гипертонии, ученый секретарь ФГУ РК НПК.

## ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Арутюнов Г.П. (Москва)      | Никитин Ю.П. (Новосибирск)  |
| Архипов М.В. (Екатеринбург) | Остроумова О.Д. (Москва)    |
| Волкова Э.Г. (Челябинск)    | Ощепкова Е.В. (Москва)      |
| Галявич А.С. (Казань)       | Перепеч Н.Б. (С.-Петербург) |
| Гринштейн Ю.И. (Красноярск) | Подзолков В.И. (Москва)     |
| Довгалецкий П.Я. (Саратов)  | Поздняков Ю.М. (Жуковский)  |
| Калинина А.М. (Москва)      | Ратова Л.Г. (Москва)        |
| Карпов Р.С. (Томск)         | Рогоза А.Н. (Москва)        |
| Карпов Ю.А. (Москва)        | Терещенко С.Н. (Москва)     |
| Лопатин Ю.М. (Волгоград)    | Тюрина Т.В. (С.-Петербург)  |
| Мартынов А.И. (Москва)      | Чихладзе Н.М. (Москва)      |
| Мартынюк Т.В. (Москва)      | Шахиджанова С.В. (Москва)   |
| Медведева И.В. (Тюмень)     | Шальнова С.А. (Москва)      |
| Мычка В.Б. (Москва)         | Шестакова М.В. (Москва)     |
| Небиеридзе Д.В. (Москва)    | Шлык С.В. (Ростов-на-Дону)  |

# СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

## ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

ASTRAZENECA



## ГЛАВНЫЙ СПОНСОР

БЕРЛИН-ХЕМИ

БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ ФАРМА

КРКА

НИКОМЕД

НОВАРТИС

МЕРК ШАРП и ДОУМ

ПФАЙЗЕР

САНОФИ-АВЕНТИС

СЕРВЬЕ

## СПОНСОРЫ

АКРИХИН

АКТАВИС

АКТЕЛИОН

БРИСТОЛЬ- МАЙЕРС СКВИББ

ВЕРВАГ ФАРМА ГмбХ и КО

ГЕДЕОН РИХТЕР А.О

ДОКТОР РЕДДИС

ЗЕНТИВА

НТФФ ПОЛИСАН

ОМРОН

ПРОМО-МЕД

СОЛВЕЙ ФАРМА

ТЕВА

ФАРМСТАНДАРТ

Ф.ХОФФМАНН-ЛЯ РОШ

ХЕМОФАРМ

ШЕРИНГ-БАЙЕР

ЭББОТТ

ЭГИС

## ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

МЕДИА – МЕДИКА, ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ, ГК РЕМЕДИУМ.

# 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

## 1.1. ОЦЕНКА ТРУДОВЫХ ПОТЕРЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТИ МУЖЧИН ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Андреева И.Л., Кудрин В.А.

Минздравсоцразвития РФ

### Введение:

Определение и анализ потерь лет трудоспособного периода жизни в результате преждевременной смертности от сердечно-сосудистой патологии является актуальной медико-демографической и социальной проблемой.

### Материал и методы:

Выборочная совокупность однородной профессиональной группы мужчин - работников транспортной отрасли ( $n=184$ ), умерших в трудоспособном возрасте по причине заболеваний системы кровообращения. Расчет индекса DALY (Disability-adjusted life years) позволил определить фактические потери трудового потенциала в связи с преждевременной смертностью.

### Результаты исследования:

Болезни системы кровообращения (острая сердечная недостаточность, ИМ, ИБС и АГ) стали причиной, обусловившей существенные преждевременные потери, которые составили в исследуемой группе 28,4% в общей структуре причин смерти и 64,3% от общего числа смертей в результате различных заболеваний. Средний возраст умерших от сердечно-сосудистой патологии -  $45,88 \pm 0,51$  лет. Потери трудового потенциала от преждевременной смертности на 100 умерших в трудоспособном возрасте работников составили в расчете на год 710 человеко-лет трудовой деятельности, а суммарные потери потенциальных лет здоровой жизни, рассчитанные по индексу DALY, 2200 человеко-лет.

### Заключение:

Полученные расчетные данные, подтверждающие и конкретизирующие проблему преждевременных потерь трудящихся, необходимо учитывать в процессе реализации национальных проектов, федеральных, региональных и отраслевых программ, направленных на улучшение демографической ситуации в стране, а также при обосновании и внедрении современных эффективных мер индивидуальной и коллективной профилактики болезней системы кровообращения, их своевременной диагностики и адекватного лечения.

## 1.2. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИНТЕГРАЦИЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ПОПУЛЯЦИОННОГО ПОДХОДОВ

Волкова Э.Г., Левашов С.Ю.

ГОУДПО УГМАДО Росздрава,

### Введение(цели/задачи):

Снижение смертности в трудоспособном возрасте является приоритетным направлением государственной демографической политики. В структуре причин смертности лиц трудоспособного возраста более 30% занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Вклад АГ в преждевременную смертность составляет 36%.

Профилактика, своевременное выявление и контроль АГ наряду со снижением глобального сердечно-сосудистого риска являются стратегическими задачами.

### Материал и методы:

В Челябинской области с 2007 года реализуется проект, направленный на раннее выявление и эффективный контроль АГ у лиц трудоспособного возраста в первичном звене здравоохранения с применением методов экономического стимулирования. Методы контроля АГ, стратификация риска соответствовали рекомендациям ВНОК (2004). Методы экономического стимулирования разработаны фондом обязательного медицинского страхования и страховыми компаниями. В проекте участвовало 3 терапевтических участка (общее население 6950, в том числе трудоспособное 3720).

### Результаты:

За год реализации проекта количество лиц с выявленной АГ увеличилось в 3,7 раза, контроль АГ достигнут у 66%, а у 51% лиц с АГ отмечено снижение факторов риска. Развитие острых состояний у лиц с АГ уменьшилось на 60%. Количество госпитализаций с острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы на 1000 лиц трудоспособного населения сократилось в 2 раза, а количество случаев с временной нетрудоспособностью уменьшилось на 58%. С учетом положительного результата через год проект был диссемирован на 87 терапевтических участков с обслуживаемым населением более 150 000, из них более 101 000 лиц трудоспособного возраста. За 2 месяца на участках количество лиц с АГ увеличилось в 3,6 раза – с 4126 чел до 15017 чел.

### Заключение:

Все вышеизложенное позволяет утверждать, что разработан эффективный механизм и система экономического регулирования по управлению рисками для здоровья трудоспособного населения, снижения экономических затрат, связанных с АГ, и создает предпосылки для дальнейшего развития и реализации данного подхода в снижении смертности среди лиц трудоспособного возраста

## 1.3. ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬ И ДОСТОВЕРНОСТЬ ЗНАЧЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОТРАЖАЕМОГО В АМБУЛАТОРНЫХ КАРТАХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РОССИИ

Гриднев В.И., Киселев А.Р., Посненкова О.М., Шварц В.А.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

### Введение(цели/задачи):

Изучение достоверности значений артериального давления (АД), отражаемых в амбулаторных картах, по особенностям его распределения в когорте больных артериальной гипертензией (АГ), состоящих на «Д»-учете в учреждениях первичного звена России.

### Материал и методы:

В исследование включен 5671 пациент с АГ (63,0% женщин), состоящих на «Д»-учете в учреждениях первичного звена в 13 регионах РФ, в амбулаторных картах которых имеются данные об уровне АД за 2007 год (данные ИАС «Регистр АГ»).

Распределение АД российской выборки сопоставлялось с таковым в странах Европы (Россов С.Д. et al., 2001). Данные проверялись на соответствие закону нормального распределения и представлены в виде Me (25%; 75%).

#### Результаты:

Уровень систолического АД (САД) в России составил 143 (133; 152) мм рт.ст., половых отличий не выявлено. Распределение уровня САД у больных АГ отличалось от нормального, что обусловлено избыточным количеством низких значений САД (<140 мм рт.ст.) и недостаточным количеством повышенных значений САД ( $\geq 150$  мм рт.ст.) относительно европейской популяции. Выявленные особенности распределения свидетельствуют о наличии факторов, влияющих на частоту регистрации повышенного АД в амбулаторных картах, но не на уровень САД, что должно наблюдаться на фоне лечения. Установлено, что повышенный уровень САД в популяции больных АГ в России (относительно Европы) среди мужчин не регистрируется у 406 на 1000 пациентов, среди женщин – у 732 на 1000 пациентов. Факторами, обуславливающими низкую частоту регистрации повышенного уровня САД, потенциально могут являться: 1) искусственное занижение уровня САД, отражаемого в амбулаторной карте больного АГ, 2) тотальные технические ошибки в измерении уровня САД, 3) аномально высокая смертность среди больных АГ с уровнем САД  $\geq 150$  мм рт.ст., 4) низкая обращаемость в поликлинику пациентов с высоким уровнем САД. Распределение уровня диастолического АД (ДАД) соответствовало критериям нормальности и было сопоставимо с европейскими данными.

#### Заключение:

Искаженное распределение значений САД у больных АГ, состоящих на «Д»-учете, не позволяет использовать его для оценки состояния здоровья больных АГ на популяционном уровне и мониторинга эффективности проводимых лечебных мероприятий.

### 1.4. ПОЛНОТА КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА

Гриднев В.И., Киселев А.Р., Посненкова О.М., Шварц В.А.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

#### Введение(цели/задачи):

Цель – оценить с позиций национальных рекомендаций (НР) по артериальной гипертензии (АГ) полноту клинического обследования больных АГ, состоящих на диспансерном учете в учреждениях первичного звена, по данным федерального Регистра АГ за 2007 г.

#### Материал и методы:

Исследовано 12604 пациента с АГ (62,0% женщин), возраста  $59,5 \pm 12,0$  лет, проживающих в 13 регионах РФ (данные ИАС «Регистр АГ» за 2007 г.). Анализировались данные о половозрастной структуре, факторах риска, уровне артериального давления (АД), поражениях органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояниях (АКС).

#### Результаты:

Данные для оценки уровня АД имелись у 45% больных АГ. Оценены полнота обследования и тяжесть клинического ста-

туса в сравнении для групп больных АГ с измерявшимся и не измерявшимся АД. Клиническая характеристика группы пациентов, имеющих данные об уровне АД: отягощенная наследственность – 19,5%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 32,6%, сахарный диабет (СД) – 11,1%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 33,5%, инсульт – 1,7%. Имеются данные о курении у 87,3%, об уровне холестерина – 68,3%, об уровне глюкозы – 70,0%, креатинина – у 45,5%. Выявлено (среди пациентов, имеющих данные): курят – 25,6%, гиперхолестеринемия у 48,2%, глюкоза в норме у 75,4%, креатинин в норме у 76,2%. Получают гипотензивную терапию – 79,9%. Клиническая характеристика группы пациентов без данных об уровне АД: отягощенная наследственность – 0,7%, ИБС – 0,3%, СД – 0,2%, ХСН – 0,7%, инсульт – 0%. Имеются данные о курении у 0,1%, об уровне холестерина – 0,07%, об уровне глюкозы – 0,06%, креатинина – у 0,04%. Выявлено (среди пациентов, имеющих данные): курят – 20%, гиперхолестеринемия у 75%, глюкоза в норме у 85%, креатинин в норме у 100%. Получают гипотензивную терапию – 1,1%.

#### Заключение:

Полнота клинического обследования больных АГ, состоящих на диспансерном учете в учреждениях первичного звена РФ не соответствует положениям НР. Существует значительная доля лиц (55%), состоящих на диспансерном учете, в амбулаторных картах которых нет данных для суждения об уровне АД и тяжести клинического статуса.

### 1.5. НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ АУДИТА АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (СРАВНЕНИЕ С ЕВРОПОЙ), - КАК УЛУЧШИТЬ СИТУАЦИЮ?

Довгалецкий П.Я.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

#### Введение(цели/задачи):

Целью являлось оценка состояния первичной медицинской помощи больным артериальной гипертензией (АГ) в регионах РФ по данным ИАС «Регистр АГ».

#### Материал и методы:

Исследовано 12604 пациента с АГ (78% жен.), проживающих в 13 регионах РФ. Анализировались данные о поло-возрастной структуре, росте, наследственной отягощенности, факторов риска, ассоциированных клинических состояний (АКС), лабораторных показателях. Результаты когорты РФ сопоставлялись с таковыми в Европе (Россов С.Д. et al., 2001).

#### Результаты:

Целевой уровень АД достигнут у 28,9% больных АГ. Отмечается парадоксальный «дефицит» относительно Европейской когорты больных АГ по ряду показателей: «дефицит» повышенного САД составляет среди мужчин 40,6% и 73,2% среди женщин, «дефицит» повышенного уровня общего холестерина 81,1%, «дефицит» курения среди мужчин 50% и 74% среди женщин. Риск Score  $>5\%$  с учетом АКС у 87,0% больных АГ, без учета АКС – менее 50%. При этом в когорте больных АГ в РФ частота встречаемости перенесенного инфаркта миокарда выше европейской в 3-4 раза, сахарного диабета – в 1,5 раза, гипертрофии левого желудочка – в 1,2-1,5 раза. Масса тела соответствует норме менее чем у 25% больных АГ. Из-под амбулаторного наблюдения выпадает большая часть больных АГ практически во всех возрастных группах (относительно Европы), достигая в трудоспособном возрасте среди мужчин 68,7%, среди женщин 39,9%.

с гипотензивной терапией эналаприлом на содержание в крови продуктов перекисного окисления липидов, функцию эндотелия, суточный профиль артериального давления (АД), внутрисердечную гемодинамику у больных артериальной гипертонией.

**Материал и методы:**

В исследование было включено 40 больных эссенциальной артериальной гипертензией, рандомизированные на две группы по 20 человек. В обеих группах в течение первых 10 суток исследования проводилась монотерапия эналаприлом. В основной группе с 11-х суток исследования к лечению добавлялся мексикор в дозе 300 мг/сут. На 6-й месяц лечения мексикор отменяли. До начала лечения, через 1 месяц, через 6 месяцев, через 8 месяцев после начала лечения пациентам проводилось суточное мониторирование АД, эхокардиография, исследовалась эндотелийзависимая вазодилатация плечевой артерии, определялось содержание малонового диальдегида и диеновых конъюгатов в сыроворотке крови.

**Результаты:**

Эналаприл достаточно эффективно влиял на показатели перекисного окисления липидов, эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии, суточный профиль АД и внутрисердечную гемодинамику. Включение мексикора в комбинированную терапию артериальной гипертензии в значительной мере повышало гипотензивную эффективность эналаприла, улучшало морфофункциональное состояние левого желудочка, более эффективно корригировало систолическую и диастолическую функцию левого желудочка, способствовало нормализации параметров свободнорадикального окисления. При этом эффекты мексикора сохранялись в течение 2 месяцев после отмены препарата.

**Заключение:**

Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования цитопротектора мексикора в комплексном лечении гипертонической болезни.

---

**8.22. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ОСНОВЕ МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ**

Шварц В.А., Гриднев В.И., Киселев А.Р.,  
Посненкова О.М.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

**Введение(цели/задачи):**

Целью настоящей работы являлось изучение достижения целевых значений АД у больных АГ, при использовании технологии динамического амбулаторного наблюдения на основе компьютерной Internet системы и мобильной телефонной связи.

**Материал и методы:**

В исследование было включено 78 пациентов (47,4% женщин, 52,6% мужчин), среднего возраста 49,1±11,4 года, из них 70,5% имели I стадии АГ, 10,3% - II стадию, 19,2% - III стадию. Модифицируемые факторы риска ССЗ имелись у 60% пациентов. Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Все пациенты наблюдались амбулаторно с помощью разработанной компьютерной системы, основанной на принципе об-

мена информацией между врачом и пациентом, посредством sms-шаблонов стандартного вида.

**Результаты:**

По истечению 1, 6 и 12 месяцев продолжали наблюдение 88,5%, 72% и 68% пациентов соответственно. В группе продолживших наблюдение достижение целевого САД по истечению 6 месячного наблюдения наблюдалось у 93% пациентов, достижение целевого ДАД у 94,6% пациентов, через 12 месяцев достижение целевого САД – у 90% пациентов, ДАД – у 94%. В 51% случаев пациенты регулярно контролировали вес в течение 1 месяца, и информировали об этом врача. Через 6 месяцев наблюдения данные для расчета ИМТ имелись у 40% пациентов, через 12 месяцев - у 38,5%. Аналогичные данные, полученные по курению: в течение первого месяца информировали врача 53% пациентов, через 6 месяцев – 41%, через 12 месяцев – 40% пациентов.

**Заключение:**

При использовании технологии дистанционного наблюдения для лечения и модификации факторов риска, пациенты придерживаются врачебных назначений. Более 90% больных поддерживают целевые значения АД в течение длительного времени (6 и 12 месяцев), что в 5-6 превышает эти показатели в РФ при существующей амбулаторной практике.