

Пациент с артериальной гипертензией в поликлинике: как использовать профилактический инструментальный

Н.В. Корнеева, Е.С. Гаврилов, А.Л. Югай, С.П. Павлова, Т.В. Могила, В.В. Дубинина, И.В. Ли

ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Врачам первичного звена здравоохранения сложно пользоваться в условиях ограниченного времени приема многостраничными приказами по профилактике и диспансерному наблюдению, клиническими рекомендациями по артериальной гипертензии (АГ) у взрослых. В то же время соблюдение основных временных характеристик приказов и клинических рекомендаций является важным для эффективной работы с пациентами с АГ.

Цель исследования. Изучить некоторые аспекты работы врачей-терапевтов участковых в реальной поликлинической практике по скринингу и наблюдению пациентов с АГ и представить простые алгоритмы маршрутизации таких пациентов, являющиеся синтезом клинических рекомендаций по АГ и основных приказов.

Материалы и методы. Одновременно, однократно в трех поликлиниках г. Хабаровска проведено анкетирование пациентов, ожидающих приема к терапевту. В анкетирование были включены все пациенты, находящиеся на момент исследования в очереди, вне зависимости от пола, возраста и цели визита. Анкета содержала 5 вопросов: о наличии артериального давления (АД) 140/90 мм рт. ст. и выше; установленном диагнозе АГ; принимаемых лекарственных препаратах (без конкретизации какие и сколько) для коррекции высокого АД; у какого врача наблюдается с диагнозом АГ и цель настоящего визита в поликлинику. Из амбулаторных карт опрошенных пациентов уточнили информацию об измерении АД в этот день на приеме; наличии ранее установленного диагноза АГ; внесении АГ в структуру диагноза в этот день; назначенном ранее лечении АГ; достижении контроля АД; соблюдении стандарта обследования по АГ; дате последнего посещения по причине АГ.

Результаты. Проанализированы ответы 149 пациентов. Соотношение мужчины/женщины – 1:4 (31:118 чел.), средний возраст 64.4 ± 1.3 года. У 77.2 % (115 чел.) АД когда-либо повышалось до 140/90 мм рт. ст. и выше, из них диагноз АГ установлен у 103 (69 %) опрошенных. Наблюдаются у врача 87 (84.5 %) пациентов с установленным диагнозом АГ. АД на терапевтическом приеме было измерено у 95 чел. из 149 (63.8 %) и у 74 чел. (71.8 %) из 103, имеющих диагноз АГ. В день обращения АГ в структуру диагноза была внесена лишь у 42.7 % с диагнозом АГ. В 39 % случаев выявили несоблюдение минимальной необходимой кратности посещения, которая составила менее 1 раза в год.

Заключение. Важным в достижении целевых показателей контроля АГ является соблюдение временных интервалов работы с пациентами с АГ: установление диагноза, исключение вторичной АГ, взятие под диспансерное наблюдение, достижение контроля АД, своевременное направление на консультацию кардиолога. Предложенные алгоритмы действий врача-терапевта участкового помогут обеспечить правильную маршрутизацию пациентов с АГ, соблюдение стандарта ведения таких больных, достижение контроля АД и снижение рисков развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Образец цитирования: Корнеева Н.В., Гаврилов Е.С., Югай А.Л., Павлова С.П., Могила Т.В., Дубинина В.В., Ли И.В. Пациент с артериальной гипертензией в поликлинике: как использовать профилактический инструментальный // Journal of Siberian Medical Sciences. 2024;8(1):18-28. DOI: 10.31549/2542-1174-2024-8-1-18-28

Поступила в редакцию 24.04.2023
Прошла рецензирование 15.05.2023
Принята к публикации 15.06.2023

Автор, ответственный за переписку
Корнеева Наталья Вячеславовна: ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России. 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35.
E-mail: gladkova1982@mail.ru

Received 24.04.2023
Revised 15.05.2023
Accepted 15.06.2023

Corresponding author
Natalia V. Korneeva: Far Eastern State Medical University, 35, Muravyev-Amurskii str., Khabarovsk, 680000, Russia.
E-mail: gladkova1982@mail.ru

A patient with arterial hypertension in an outpatient clinic: how to use preventive tools

N.V. Korneeva, E.S. Gavrilov, A.L. Yugai, S.P. Pavlova, T.V. Mogila, V.V. Dubinina, I.V. Li

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

ABSTRACT

I n t r o d u c t i o n . It is difficult for primary care physicians to use, under conditions of limited consultation time, multi-page orders for prevention and outpatient follow-up, clinical guidelines on arterial hypertension (AH) in adults. At the same time, compliance with the basic time characteristics of orders and clinical guidelines is important for effective management of hypertension patients.

A i m . To study some aspects of the work of a general practitioner in real life outpatient practice in screening and following-up of patients with hypertension and to present simple algorithms for routing such patients, which are a synthesis of clinical guidelines for hypertension and basic orders.

M a t e r i a l s a n d m e t h o d s . A survey of patients waiting for an attendance of a general practitioner was performed simultaneously, once in three outpatient clinics of Khabarovsk. The survey included all patients waiting for an appointment at the time of the study, regardless of gender, age and purpose of the visit. A questionnaire contained 5 questions: about the presence of blood pressure (BP) up to 140/90 mm Hg and higher; established diagnosis of AH; administered medications (without specifying which ones and their dosage) to correct high BP; by which specialist he is followed-up with the diagnosis of AH, and what the purpose of this visit to the outpatient clinic is. From the outpatient records of the interviewed patients, information about BP measurement that day at the attendance was obtained; presence of a previously established diagnosis of AH; adding AH to the diagnosis structure that day; previously prescribed treatment for AH; achieving BP targets; compliance with the standard of examination for AH; date of last visit due to hypertension.

R e s u l t s . The responses of 149 patients were analyzed. A male/female ratio was 1:4 (31:118 people), average age was 64.4 ± 1.3 years. In 77.2% (115 people), BP had ever increased to 140/90 mm Hg and higher, of which the diagnosis of hypertension was established in 103 (69%) respondents. 87 (84.5%) patients diagnosed AH are followed-up by a doctor. At the doctor's appointment, BP was measured in 95 people out of 149 (63.8%), and in 74 people (71.8%) out of 103 diagnosed with AH. On the appointment day, AH was included in the diagnosis structure only in 42.7% patients with an already established diagnosis of AH. In 39% of cases, non-compliance with the minimum required frequency of visiting a doctor for AH was revealed, which was less than once a year.

C o n c l u s i o n . To achieve the target BP level in AH management is important to comply with the time intervals while working with AH patients: establishing a diagnosis, excluding secondary AH, initiating the outpatient follow-up, achieving the BP targets and timely referral to a cardiologist. The algorithms proposed for a general practitioner will help ensure the correct routing of patients with AH, compliance with the standard of management of such patients, achieving BP control and reducing the risks of development and progression of cardiovascular diseases.

Keywords: arterial hypertension, outpatient clinic, preventive medical examinations (check-ups), outpatient screening, outpatient follow-up, algorithms.

Citation example: Korneeva N.V., Gavrilov E.S., Yugai A.L., Pavlova S.P., Mogila T.V., Dubinina V.V., Li I.V. A patient with arterial hypertension in an outpatient clinic: how to use preventive tools. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2024;8(1):18-28. DOI: 10.31549/2542-1174-2024-8-1-18-28

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее значительным фактором риска (ФР) развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (инфаркта и инсульта). В отличие от прекращения курения и нормализации показателей липидного профиля, являющимися следующими по значимости глобальными ФР, достижение целей при коррекции АГ возможно максимально быстро и эффективно при высоком комплаенсе и отсутствии клинической инертности врача [1]. Поэтому так важно

INTRODUCTION

Arterial hypertension (AH) is the most significant risk factor (RF) for the development and progression of cardiovascular diseases and their complications (myocardial infarction and stroke). In contrast to smoking cessation and lipid profile normalization, which are the next most important global risk factors, achieving BP targets is as quickly and effectively as possible in high compliance and the absence of clinical inertia of a doctor [1]. Therefore, it is so important to pay special attention to early diagnosis and effective control of AH. For this purpose, doctors

уделять особое внимание ранней диагностике и эффективному контролю именно АГ. Для этого в распоряжении врачей имеются алгоритмы диагностики, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи взрослым при АГ. Существует большое количество доступных и эффективных лекарственных средств с различными механизмами действия для эффективного снижения артериального давления (АД). Масштабы заболеваемости и простота диагностики обосновывают ключевую роль в вопросах выявления и лечения АГ врачей первичного звена здравоохранения. Для этого в поликлиниках имеется целый спектр профилактических мероприятий: от профилактических осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в рамках Приказа Минздрава России от 27.04.2021 № 404н до диспансерного наблюдения за взрослыми в рамках Приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н, которые врач первичного звена должен активно использовать для достижения глобальной цели здравоохранения – снижения на 1/3 показателя преждевременной смертности от основных неинфекционных заболеваний [2].

Врачам первичного звена, помимо грамотного использования профилактического инструментария, необходимо применять простые алгоритмы диагностики и наблюдения за пациентами с АГ, акцентируя внимание на ключевых временных показателях эффективности работы с такими больными. Современным врачам, пережившим пандемию COVID-19, когда из-за значительных перегрузок в первичном звене здравоохранения в 2020, 2021, феврале 2022 г. были приостановлены профилактические и скрининговые программы, сложно вновь начать использовать их в своей повседневной работе, тем более что за это время в отрасль пришли молодые специалисты – выпускники вузов, которые были ориентированы в основном на острую инфекционную патологию и не имели навыков грамотного использования этих программ в своей практике [3–5]. Молодым специалистам сложно понять, как эти программы соотносятся с клиническими рекомендациями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение некоторых аспектов работы участковых терапевтов в реальной поликлинической практике по скринингу и наблюдению пациентов с АГ и представление простых алгоритмов маршрутизации таких пациентов, являющихся синтезом клинических рекомендаций и основных приказов.

have at their disposal diagnostic algorithms, clinical guidelines and standards of medical care for adults with AH. There are a number of available and efficacious drugs with different mechanisms of action to effectively lower blood pressure (BP). The high incidence and ease of diagnosis justify the key role of primary care physicians in diagnosis and treatment of AH. For this purpose, outpatient clinics have a wide range of preventive measures: from preventive examinations and screening for certain groups of the adult population in the frame of Order of the Ministry of Health of Russia dated April 27, 2021 No. 404n to the outpatient follow-up of adults in the frame of Order of the Ministry of Health of Russia dated March 15, 2022 No. 168n, which the primary care physician should actively use to achieve the global health goal of reducing premature mortality due to main non-communicable diseases by 1/3 [2].

Primary care physicians, in addition to the competent use of preventive tools, need to use simple algorithms for diagnosis and follow-up of patients with AH, focusing on key time indicators of the effectiveness of working with such patients. For modern doctors who have survived the COVID-19 pandemic, when preventive and screening programs were suspended due to significant overloads in primary health care in 2020, 2021, and February 2022, it is difficult to start using them again in their daily work, moreover, during that time young specialists came into office – the university graduates who were mainly focused on acute infectious pathology and did not have skills to competently use these programs in their practice [3–5]. It is difficult for young specialists to understand how these programs relate to clinical guidelines.

AIM OF THE RESEARCH

The study of some aspects of the local general practitioners' work in real life outpatient practice for screening and following-up patients with AH, and the presentation of simple algorithms for routing such patients, which are a synthesis of clinical guidelines and basic orders.

MATERIALS AND METHODS

Simultaneously, once in three outpatient clinics of Khabarovsk which are the clinical bases of the Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course of Endocrinology at the Far Eastern State Medical University a survey was performed for patients waiting for an appointment to the general practitioner. The survey included all patients waiting for an appointment at the time of the study, regardless of gender, age and purpose of the visit. The ques-

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одномоментно, однократно в трех поликлиниках г. Хабаровска, являющихся клиническими базами кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии Дальневосточного государственного медицинского университета, было проведено анкетирование пациентов, ожидающих приема к терапевту. В анкетирование были включены все пациенты, находящиеся на момент исследования в очереди, вне зависимости от пола, возраста и цели визита. Анкета содержала 5 вопросов: три с вариантами ответов да/нет (Повышается ли у вас АД до 140/90 мм рт. ст. и выше? Был ли ранее вам поставлен диагноз АГ? Принимает ли лекарственные препараты (без конкретизации какие и сколько) для коррекции высокого АД?) и два открытых (У какого врача вы наблюдаетесь с диагнозом АГ? Цель настоящего визита в поликлинику?).

Далее из амбулаторных карт опрошенных пациентов уточнили информацию о том, было ли измерено АД на приеме в этот день; был ли ранее поставлен диагноз АГ данному пациенту; если имела место АГ, то была ли она внесена в структуру диагноза в этот день; назначено ли лечение АГ ранее; был ли достигнут контроль АД; выполнен ли стандарт обследования при АГ; дата последнего посещения по причине АГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проанализированы ответы 149 пациентов, которые обратились на прием к врачам-терапевтам. Соотношение мужчин и женщин составило 1:4 (31:118 чел.), средний возраст 64.4 ± 1.3 года. У 77.2 % (115 чел.) АД когда-либо повышалось до 140/90 мм рт. ст. и выше, из них диагноз АГ установлен у 103 (69 %) опрошенных. Антигипертензивная терапия была назначена 102 пациентам из 103 (99 %), при этом регулярно принимают препараты 89 чел. из 102 (87.3 %). Из лиц с диагнозом АГ (103 чел.) наблюдаются у врачей по данному поводу 87 (84.5 %), из них большинство у терапевта – 67 (77 %) чел., у кардиолога – 18 (20.7 %) и 2 (2.3 %) чел. – одновременно у терапевта и кардиолога.

Большая часть пациентов – 140 чел. из 149 – в день анкетирования обратились в поликлинику по поводу различных терапевтических ситуаций, не связанных с АГ. Артериальное давление на терапевтическом приеме было измерено у 95 чел. (63.8 %) из 149 и у 74 чел. (71.8 %) из 103, имеющих диагноз АГ. В день обращения АГ в структуру диагноза была внесена лишь у 44 пациентов из 103, имеющих установленный диагноз

tionnaire contained 5 questions: three with yes/no answer options (Does your BP rise to 140/90 mm Hg or higher? Have you previously been diagnosed with AH? Are you taking medications (without specifying which ones and their dosage) for BP control?) and two open ones (Which a specialist are you being followed-up with diagnosis of hypertension? What is the purpose of that visit to the outpatient clinic?).

Next, from the outpatient records of the interviewed patients, we obtained information about whether BP was measured at the appointment that day; whether this patient was previously diagnosed with AH; if AH occurred, was it included in the diagnosis structure on that day; whether treatment for AH has been prescribed previously; whether BP targets were achieved; whether the standard of examination for AH has been met; what was the date of the last visit the general practitioner due to AH.

RESULTS

The answers of 149 patients who sought general practitioners attention were analyzed. A male/female ratio was 1:4 (31:118 people), average age was 64.4 ± 1.3 years. In 77.2% (115 people), BP had ever increased to 140/90 mm Hg and higher, of which hypertension diagnosis was established in 103 (69%) respondents. Antihypertensive therapy was prescribed to 102 out of 103 patients (99%); at this time, 89 patients out of 102 (87.3%) are taking medications regularly. Of those diagnosed with AH (103 people), 87 (84.5%) are followed up by doctors for this reason, the majority of them are followed up by a general practitioner – 67 (77%) people, by a cardiologist – 18 (20.7%), and 2 (2.3%) people – by a general practitioner and a cardiologist simultaneously.

Most of the patients – 140 out of 149 – on the day of the survey came to the outpatient clinic for various reasons not related to AH. BP during the visit was measured in 95 people (63.8%) out of 149, and in 74 people (71.8%) of 103 with already diagnosed AH. On the visit day, AH was included in the diagnosis structure only in 44 patients out of 103 with already established diagnosis (42.7%), while 97 people out of 103 patients (94.2%) with previously diagnosed AH were already on the outpatient medical record. Of those who had a diagnosis of AH in their outpatient records (97 people), treatment was prescribed to 91 patients (93%), BP control was achieved in 60 patients (65.9%), while the standard examination was maintained in only 61%.

In the outpatient records, the last visit due to AH was revealed 2 weeks ago in 2 people; 2 months ago in 34; 6 months ago in 27; 1 year ago in 19; 2 years

(42.7 %), при этом ранее установленный диагноз АГ в амбулаторной карте имелся у 97 чел. из 103 пациентов (94.2 %). Из тех, у кого в амбулаторной карте имелся диагноз АГ (97 чел.), лечение было назначено 91 пациенту (93 %), контроль достигнут у 60 чел. (65.9 %), при этом стандарт обследования выполнен только у 61 %.

Последний визит по причине АГ в амбулаторной карте был зафиксирован 2 нед назад у 2 чел., 2 мес назад – у 34, 6 мес назад – у 27, 1 год назад – у 19, 2 года назад – у 10, 3 года назад – у 2, 4 года назад – у 6 и 7, 9 и 10 лет назад – по одному человеку соответственно.

ОБСУЖДЕНИЕ

Для раннего выявления повышенного АД в первичном звене здравоохранения проводятся профилактические медицинские осмотры и диспансеризация отдельных групп взрослого населения. По данным Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования в 2022 г. диспансеризацией были охвачены 57 % (1-й этап) и 63 % (2-й этап) населения, профилактическими медосмотрами – 60 %¹. Масштабы профилактических мероприятий и простота диагностики АГ позволяют выявлять ее на ранних стадиях.

Однако основные приказы, регламентирующие профилактические мероприятия в первичном звене здравоохранения, представляют собой многостраничные документы: Приказ № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации отдельных групп взрослого населения» изложен на 34 страницах. Приказ № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» – на 56 страницах; кроме того, его текст постоянно отсылает врача к клиническим рекомендациям «Артериальная гипертензия у взрослых» и рассчитан на их тщательную проработку. Текст самих рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых» в редакции 2020 г. изложен на 136 страницах. Масштабность приведенных документов затрудняет работу с ними, делает невозможным быстрый поиск необходимой информации в условиях ограниченного времени амбулаторного приема и, безусловно, требует синтеза и упрощения для эффективного применения в практике врачами первичного звена здравоохранения.

ago in 10; 3 years ago in 2; 4 years ago in 6; while 7, 9 and 10 years ago by one person, respectively.

DISCUSSION

For early detection of elevated BP, preventive medical examinations and outpatient screening of certain groups of the adult population are carried out in the primary health care setting. According to the Khabarovsk Regional Compulsory Medical Insurance Fund, in 2022, 57% (1st stage) and 63% (2nd stage) of the population underwent outpatient screening, and 60% – preventive medical check-ups¹. The coverage of preventive measures and the ease of AH diagnosis make it possible to detect it at the early stages.

However, the main orders regulating preventive measures in primary health care are multi-page documents: Order No. 404n “On approval of the Procedure for preventive medical examination and outpatient screening of certain groups of the adult population” is set out on 34 pages. Order No. 168n “On approval of the procedure for outpatient follow-up of adults” – on 56 pages; in addition, its text constantly refers a doctor to the clinical guidelines “Arterial hypertension in adults”, which are designed for their careful study. The text of the latter amended in 2020 is set out on 136 pages. The scale of these documents makes it difficult to work with them, renders it impossible to quickly search for the necessary information, given the limited time of an outpatient follow-up visit, so, their synthesis and simplification are certainly required for the effective use by primary care practitioners.

Each patient's visit to an outpatient clinic for any health-related reason should be aimed at detecting elevated BP as the most significant modifiable RF. In our study, out of 115 people who indicated an increase in BP to 140/90 mm Hg and higher, only 103 patients were diagnosed with AH. This discrepancy may be due to the fact that BP is not measured in everyone at the consultation: according to our study data, only in 63.8% of the total number of those who sought medical attention. So, there is a need to increase efforts to screen for AH in outpatient settings. Moreover, BP was not measured in all hypertensive patients (71.8%), i.e. the implementation of outpatient screening programs also requires constant monitoring by the management of outpatient facilities.

¹ Письмо Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 19.01.2023 № 10-142/3 «О мониторинге профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения».

¹ The letter of the Khabarovsk Regional Compulsory Medical Insurance Fund dated 19/10/2023 No. 10-142/3 “About monitoring of preventive examination and outpatient screening of adults.”

Каждый визит пациента в поликлинику по любому терапевтическому поводу должен преследовать цель выявления повышенного АД, как наиболее значимого модифицируемого ФР. В нашем исследовании из 115 чел., которые указали на повышение АД до 140/90 мм рт. ст. и выше, диагноз АГ был поставлен только 103 пациентам. Такое несоответствие может быть обусловлено тем, что АД на терапевтическом приеме измеряется не у всех: по данным нашего исследования – только у 63.8 % от общего числа обратившихся за медицинской помощью, т.е. существует необходимость наращивания усилий по скринингу АГ в амбулаторных условиях. Более того, АД было измерено не у всех пациентов, у которых имелся диагноз АГ (71.8 %), т.е. реализация программ диспансерного наблюдения также нуждается в постоянном контроле со стороны руководства поликлиник.

Результаты нашего исследования показали и другие аспекты, требующие усиления мер диспансерного наблюдения за пациентами с АГ. Не все пациенты с установленным диагнозом АГ наблюдаются у врача (84.5 %): под наблюдением находится меньшее количество пациентов, чем установлено в нормативах (согласно Приказу № 168н должен быть обеспечен «охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, не менее 90 %»). В 39 % случаев выявили несоблюдение минимальной необходимой кратности посещения врача по поводу АГ, которая составила менее 1 раза в год. Напомним, что минимальное количество визитов в год при диспансерном наблюдении при АГ 1–3-й степени должно быть не менее 2 [6]. При отсутствии контроля АД количество визитов увеличивается. Диспансерное наблюдение при АГ, по данным Национального исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России, его длительность и кратность визитов положительно коррелирует с достижением целевых показателей АД [7].

Невнесение в фоновый диагноз АГ при обращении пациентов по любому сопутствующему поводу приводит к «потере» такого пациента и невключению его в программы профилактики и диспансерного наблюдения. По данным нашего исследования в день обращения АГ была внесена в диагноз лишь у 42.7 % обратившихся. Отражение АГ в структуре рубрифицированного клинического диагноза позволяет комплексно оценивать риски пациента, подбирать лечение острого или обострения хронического заболевания исходя из знания межлекарственного взаимо-

The results of our study showed other aspects that require strengthening measures for outpatient follow-up of AH patients. Not all patients with diagnosis of AH are followed-up by a doctor (84.5%): a smaller number of patients are follow-up by a doctor than established by the standards (according to Order No. 168, the coverage of outpatient monitoring of hypertensive patients over working age ought to be at least 90%). In 39% of cases, non-compliance with the minimum interval between check-up visits to a doctor for AH was revealed, which was more than 1 year. We have to remind that the minimum number of visits per year under outpatient follow-up for patients with AH of I–III degree should be at least 2 times [6]. In the absence of BP control, the number of visits increases. Outpatient follow-up for AH, according to the National Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Russian Ministry of Health, the duration and frequency of visits positively correlates with the achievement of BP target [7].

If AH is not included in the background diagnosis, when patients seek medical attention for any health-related reason it leads to the “loss” of such patient and his/her non-inclusion in prevention and screening programs. According to our study, on the day of the appointment, AH was included in the diagnosis in only 42.7% of visitors. Including AH in the structure of a clinical diagnosis allows for a comprehensive assessment of the patient’s risks, prescribe treatment for acute or exacerbation of chronic disease based on the knowledge of drug interactions with antihypertensive drugs, and monitoring of BP and laboratory parameters based on the existing comorbidity.

According to the Ministry of Health of the Russian Federation, men are 2 times less likely to seek medical attention [8], and our results confirmed these trends: among the respondents, there were 4 times more women, although the prevalence of AH among males in the Russian Federation is higher: 48.1% compared to 40.7% in women, according to the ESSE-RF study [9]. At the same time, adherence to antihypertensive therapy, treatment effectiveness and achievement of BP targets among men, according to ESSE-RF, were lower compared to women. Thus, the active involvement of males in prevention and screening programs is a priority, and will allow us to identify new hypertension cases among the population.

According to our study, 86.4% of respondents received treatment regularly. It is possible to increase adherence to treatment and its effectiveness with regular monitoring, which becomes possible with the correct formulation of AH diagnosis and allows not to

действия с антигипертензивными лекарственными средствами и контролировать параметры АД и лабораторные показатели исходя из имеющейся коморбидности.

По данным Минздрава России мужчины в 2 раза реже обращаются за медицинской помощью [8], и наши результаты подтвердили эти закономерности: среди опрошенных женщин было в 4 раза больше, хотя распространенность АГ именно среди лиц мужского пола в РФ выше: 48.1 % по сравнению с 40.7 % у женщин, по результатам исследования ЭССЕ-РФ [9]. При этом приверженность антигипертензивной терапии, эффективность лечения и достижение контрольных показателей среди мужчин, по данным ЭССЕ-РФ, были более низкими в сравнении с женщинами. Таким образом, активное привлечение к программам профилактики и скрининга именно лиц мужского пола является приоритетной задачей и позволит выявить новые случаи АГ среди населения.

По данным нашего исследования регулярно получали лечение 86.4 % опрошенных. Повысить приверженность и эффективность назначенной терапии можно при регулярном контроле, который

lose sight of patients with AH. According to V.N. Larina et al. [10], 68.8% of patients took medications regularly; the higher values in our study may be due to patients' interpretation of the term "regularly."

Compliance with the examination standard for only 61% of patients suffering from AH also indicates the need for being more attentive towards patients under outpatient follow-up.

In summary, the results of our study showed non-compliance with the main time intervals for following-up patients with AH. According to clinical guidelines, the simplest algorithm when working with a patient whose BP is 140/90 mm Hg and higher, looks like this: 1st visit → within 1 week, 2nd visit → exclusion of secondary AH, within 2 weeks → achieving BP control within 3 months → lifelong outpatient follow-up. We would like to once again draw the attention of general practitioners to the timely referral to a cardiologist for consultation in the absence of AH control for 3 months [6]. We present the result of synthesis of prevention and follow-up programs carried out by a general practitioner into this simple scheme for four most common clinical situations in the outpatient practice (Fig. 1–4).

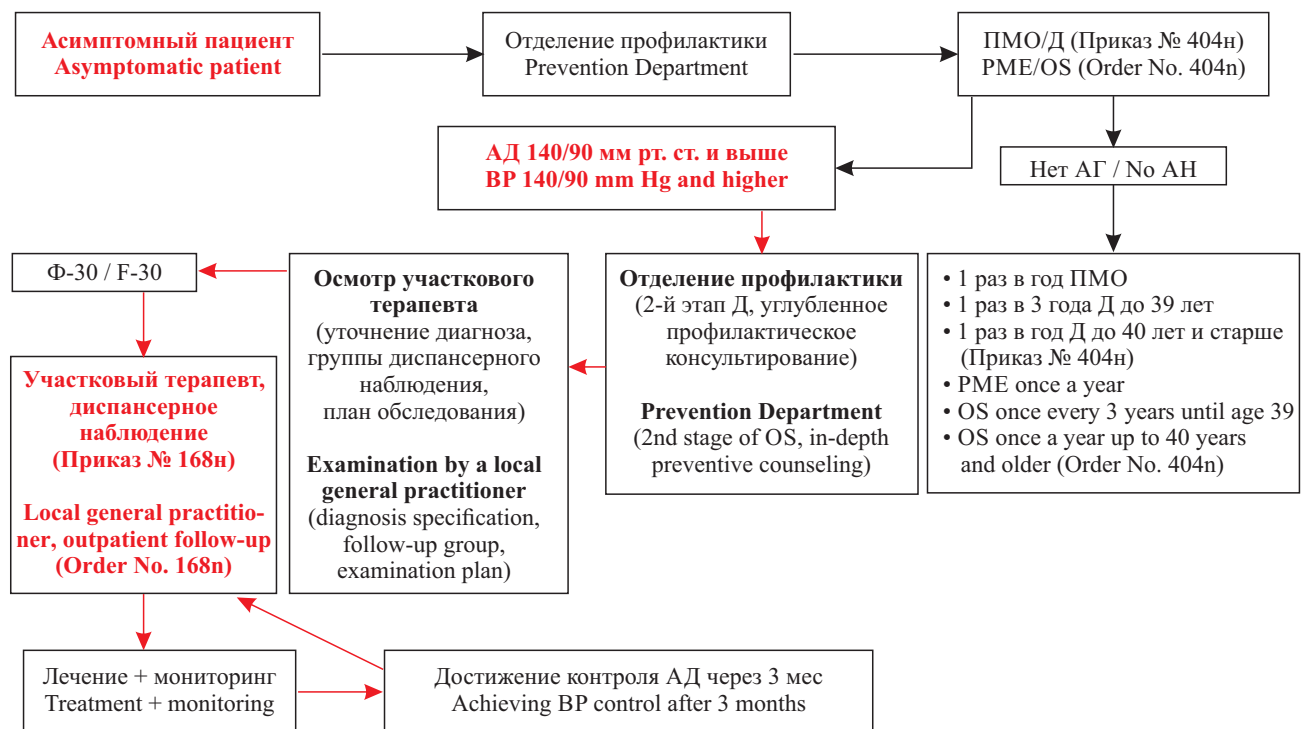


Рис. 1. Алгоритм действий врача первичного звена по выявлению артериальной гипертензии при работе с асимптомным пациентом с использованием профилактического инструментария (ПМО – профилактический медицинский осмотр; Д – диспансеризация; АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия; Ф-30 – Форма № 030/у – «Контрольная карта диспансерного наблюдения»)

Fig. 1. The algorithm of actions of a primary care physician to detect arterial hypertension in an asymptomatic patient with the use of preventive tools (PMO – preventive medical examination; OS – outpatient screening; BP – blood pressure; AH – arterial hypertension; F-30 – Form No. 030/u, Outpatient Screening Checklist)

становится возможным при правильной формулировке диагноза, позволяющей не терять из виду пациентов с АГ. По данным В.Н. Лариной и соавторов [10], лекарственные средства постоянно принимали 68.8 % пациентов, более высокие значения в нашем случае могут быть обусловлены интерпретацией пациентами термина «регулярно».

Выполнение стандарта обследования только для 61 % пациентов, страдающих АГ, также свидетельствует о необходимости более внимательного отношения к взятым на курацию пациентам.

Таким образом, результаты нашего исследования показали несоблюдение основных временных интервалов наблюдения за пациентами с АГ. Согласно клиническим рекомендациям самый простой алгоритм при работе с пациентом, у которого зафиксировано АД 140/90 мм рт. ст. и выше, выглядит следующим образом: 1-й визит → в течение 1 нед, 2-й визит → исключение вторичной АГ в течение 2 нед → достижение контроля в течение 3 мес → диспансерное наблюдение пожизненно. Хочется еще раз обратить вни-

CONCLUSION

General practitioners are key figures in the early detection, treatment and control of AH, managing, with the appropriate use of prevention and screening programs, this major risk factor for premature cardiovascular and overall mortality.

To achieve the BP targets in the management of AH, it is important to comply with the time intervals for working with an AH patient: establishing a diagnosis of AH, excluding secondary AH, initiation of outpatient follow-up, achieving BP control, and timely referral to a cardiologist.

The proposed four algorithms for the actions of a local general practitioner will help ensure the appropriate routing of patients with AH, compliance with the standard of management of such patients, achieving BP control and reducing the risks of development and progression of cardiovascular diseases.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

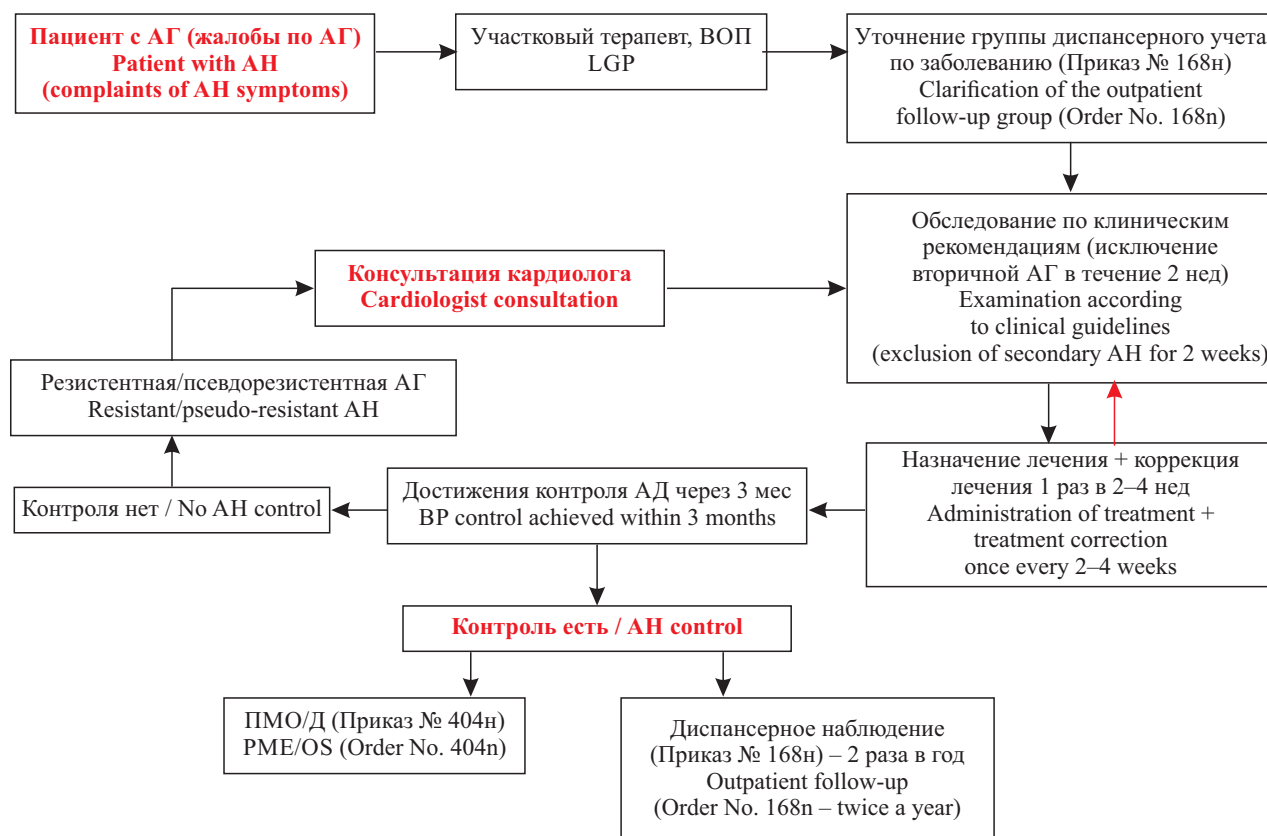


Рис. 2. Алгоритм действий врача первичного звена при работе с пациентом с артериальной гипертензией с использованием профилактического инструментария (АГ – артериальная гипертензия; ВОП – врач общей практики; Д – диспансеризация; АД – артериальное давление; ПМО – профилактический медицинский осмотр)

Fig. 2. The algorithm of actions for a primary care physician for a patient with arterial hypertension with the use of preventive tools (AH – arterial hypertension; LGP – local general practitioner; OS – outpatient screening; BP – blood pressure; PMO – preventive medical examination)

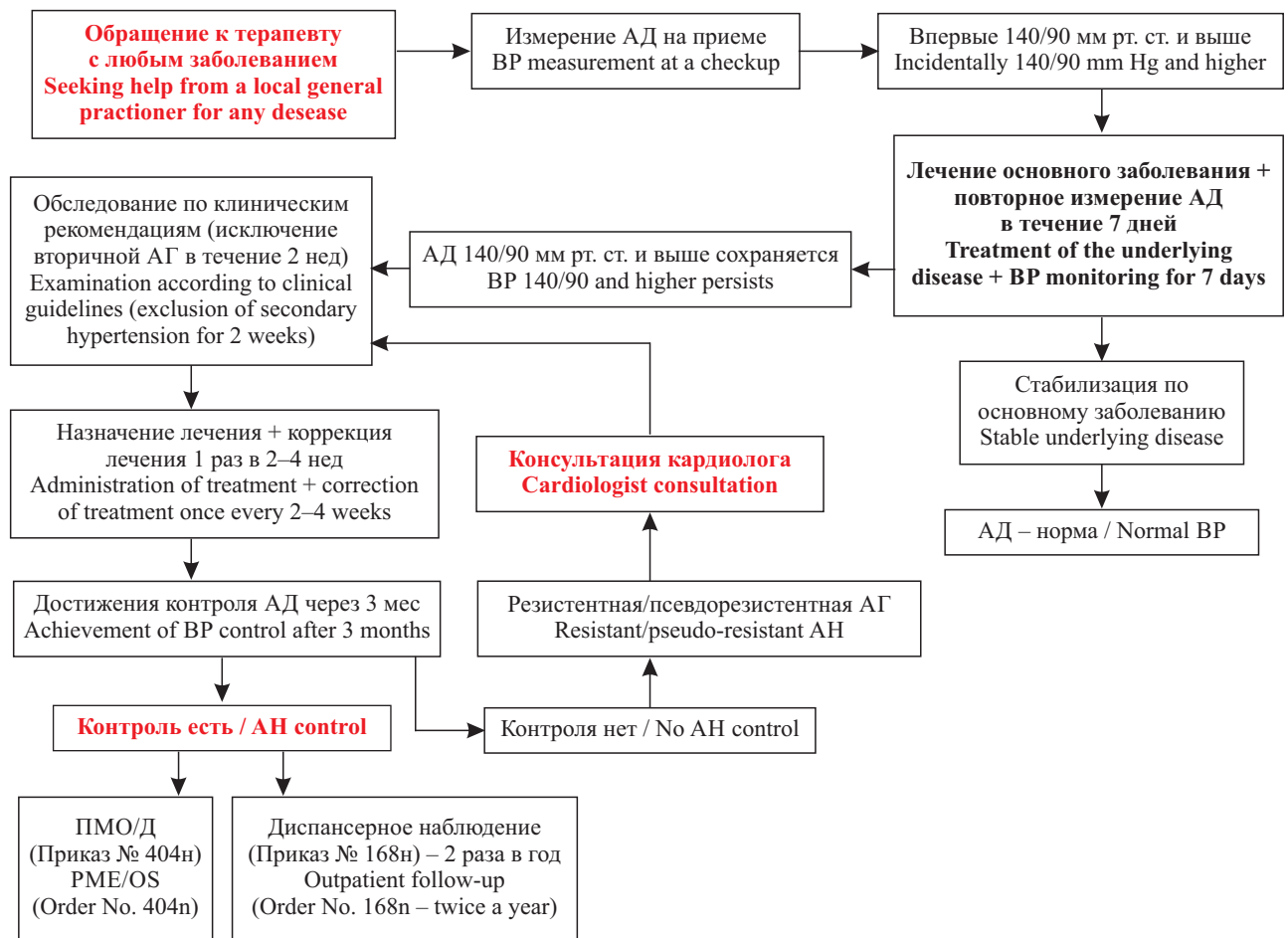


Рис. 3. Алгоритм действий врача первичного звена при работе с пациентом с различными терапевтическими ситуациями по выявлению артериальной гипертензии с использованием профилактического инструментария (АД – артериальное давление; АГ – артериальная гипертензия; ПМО – профилактический медицинский осмотр; Д – диспансеризация)

Fig. 3. The algorithm of actions for a primary care physician when working with patient with various therapeutic situations to detect arterial hypertension using preventive tools (BP – blood pressure; AH – arterial hypertension; PME – preventive medical examination; OS – outpatient screening)

мание участковых терапевтов на своевременное назначение консультации кардиолога при отсутствии контроля гипертензии в течение 3 мес [6]. Интеграция программ профилактики и диспансерного наблюдения, осуществляемых участковым терапевтом в эту простую схему, представлена нами для четырех часто встречающихся в амбулаторной практике клинических ситуаций (рис. 1–4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врачи первичного звена являются ключевыми фигурами в раннем выявлении, лечении и контроле АГ, управляя при грамотном использовании программ профилактики и скрининга этим основным ФР преждевременной сердечно-сосудистой и общей смертности.

Важным в достижении целевых показателей контроля АГ является соблюдение временных интервалов работы с пациентом с АГ: установление диагноза, исключение вторичной АГ, взятие под диспансерное наблюдение, достижение контроля АД, своевременное направление на консультацию кардиолога.

Предложенные четыре алгоритма действий врача-терапевта участкового помогут обеспечить правильную маршрутизацию пациентов с АГ, соблюдение стандарта ведения таких больных, достижение контроля АД и снижение рисков развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

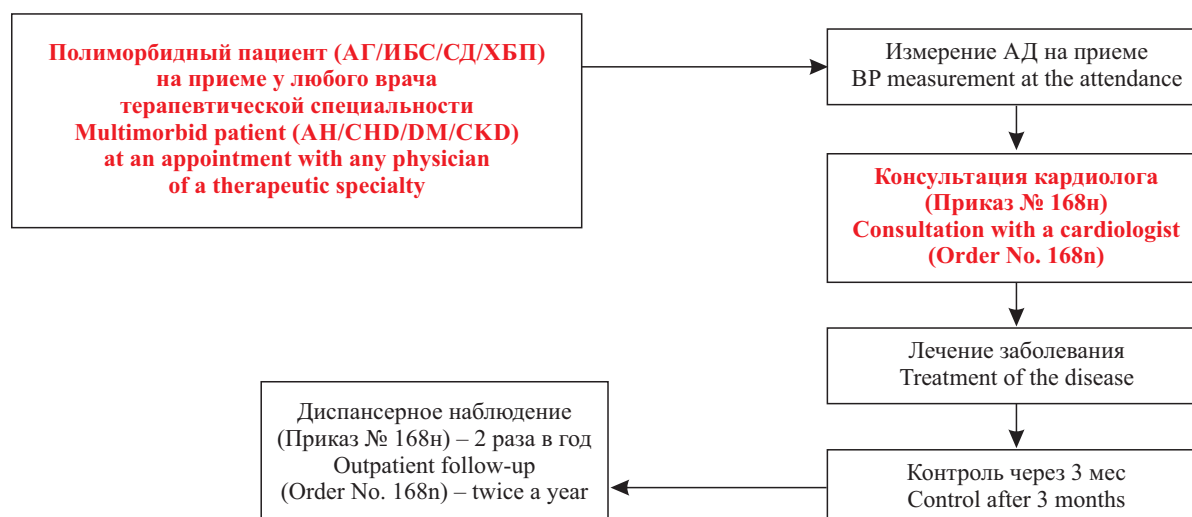


Рис. 4. Алгоритм действий врача первичного звена при работе с полиморбидным пациентом с использованием профилактического инструментария (АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; СД – сахарный диабет; ХБП – хроническая болезнь почек; АД – артериальное давление)

Fig. 4. The algorithm of actions of a primary care physician for a multimorbid patient with the use of preventive tools (AH – arterial hypertension; CHD – coronary heart disease; DM – diabetes mellitus; CKD – chronic kidney disease; BP – blood pressure)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Напалков Д.А. от имени участников наблюдательной программы АЛГОРИТМ. Российская наблюдательная программа АЛГОРИТМ: реализация идеи комбинированной антигипертензивной и гиполипидемической терапии для достижения клинического результата в рутинной клинической практике // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2019;15(6):779-788. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-6-779-788.
2. Драпкина О.М., Масленникова Г.Я., Шепель Р.Н. и др. Приоритетные направления профилактики неинфекционных заболеваний в повестке 75-й Всемирной ассамблеи здравоохранения: планы на будущее // Профилактическая медицина. 2022;25(6):7-11. DOI: 10.17116/profmed202250617.
3. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, подлежащим диспансерному наблюдению, в условиях пандемии COVID-19. Временные методические рекомендации. Версия 2. URL: <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/okazanie-ambulatorno-poliklinicheskoy-mediczinskoj-pomoshhi-pacientam-s-hronicheskimi-zabolevaniyami-podlezhashhim-dispansernomu-nablyudeniyu-v-usloviyah-pandemii-covid-19.pdf> (дата обращения: 10.04.2023).
4. Harrison D. What is driving all cause excess mortality? // BMJ. 2022;376:0100. DOI: 10.1136/bmj.0100.
5. Lau D.T., Sosa P., Dasgupta N., He H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Public Health Surveillance and Survey Data Collections in the United States // Am. J. Public Health. 2021;111(12):2118-2121. DOI: 10.2105/AJPH.2021.306551.
6. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации. 2020. 136 с. URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf (дата обращения: 10.04.2023).

REFERENCES

1. Napalkov D.A. Russian Trial ALGORITHM: Implementation of combined antihypertensive and hypolipidemic treatment for clinical efficacy achievement in routine clinical practice. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(6):779-788. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-6-779-788. (In Russ.)
2. Drapkina O.M., Maslennikova G.Ya., Shepel R.N. et al. Priority areas for the prevention of non-communicable diseases on the agenda of the 75th World Health Assembly: plans for the future. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(6):7-11. DOI: 10.17116/profmed202250617. (In Russ.)
3. Providing outpatient medical care to patients with chronic diseases subject to outpatient follow-up during the COVID-19 pandemic. Temporary guidelines. Version 2. URL: <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/okazanie-ambulatorno-poliklinicheskoy-mediczinskoj-pomoshhi-pacientam-s-hronicheskimi-zabolevaniyami-podlezhashhim-dispansernomu-nablyudeniyu-v-usloviyah-pandemii-covid-19.pdf> (accessed 10.04.2023).
4. Harrison D. What is driving all cause excess mortality? *BMJ*. 2022;376:0100. DOI: 10.1136/bmj.0100.
5. Lau D.T., Sosa P., Dasgupta N., He H. Impact of the COVID-19 pandemic on public health surveillance and survey data collections in the United States. *Am. J. Public Health*. 2021;111(12):2118-2121. DOI: 10.2105/AJPH.2021.306551.
6. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines. 2020. 136 p. URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf (accessed 10.04.2023).
7. Drapkina O.M., Shepel R.N., Drozdova L.Yu. et al. Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions. *Russian Journal of Car-*

7. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Дроздова Л.Ю. и др. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией 1–3-й степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии, врачами-терапевтами участковыми медицинских организаций субъектов Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. 2021;26(4):61-73. DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4332.
8. Российские мужчины в два раза реже ходят в поликлиники, чем женщины // Аргументы и факты. 04.03.2020. URL: https://aif.ru/society/healthcare/v_rf_muzhchiny_v_dva_raza_rezhe_hodyat_v_polikliniki_chem_zhenshchiny (дата обращения: 10.04.2023).
9. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Шляхто Е.В. и др. Исследование ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации). Десять лет спустя // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):3007. DOI: 10.15829/1728-8800-2021-3007.
10. Ларина В.Н., Федорова Е.В., Михайлусова М.П., Головкин М.Г. Проблемы недостаточного контроля целевого уровня артериального давления в амбулаторной практике // Терапевтический архив. 2021;93(1):7–14. DOI: 10.26442/00403660.2021.01.200586.
- diology. 2021;26(4):61-73. DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4332. (In Russ.)
8. Russian men are half as likely to go to clinics than women. *Arguments and Facts*. 04.03.2020. URL: https://aif.ru/society/healthcare/v_rf_muzhchiny_v_dva_raza_rezhe_hodyat_v_polikliniki_chem_zhenshchiny (accessed 10.04.2023).
9. Boytsov S.A., Drapkina O.M., Shlyakhto E.V. et al. Epidemiology of Cardiovascular Diseases and their Risk Factors in Regions of Russian Federation (ESSE-RF) study. Ten years later. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(5):3007. DOI: 10.15829/1728-8800-2021-3007.
10. Larina V.N., Fedorova E.V., Mikhajkusova M.P., Golovko M.G. Problems of insufficient control of target blood pressure levels in the outpatient practice. *Therapeutic Archive*. 2021;93(1):7–14. DOI: 10.26442/00403660.2021.01.200586.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Корнеева Наталья Вячеславовна – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0001-9878-180X.

Гаврилов Егор Сергеевич – ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0002-0025-0603.

Югай Альбина Лаврентьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0002-0950-3670.

Павлова Светлана Павловна – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0003-2720-3126.

Могила Татьяна Васильевна – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0003-2751-5736.

Дубинина Виктория Васильевна – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0002-1236-5926.

Ли Ирина Витальевна – ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии с курсом эндокринологии ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия. ORCID: 0000-0001-8419-5252.

ABOUT THE AUTHORS

Natalia V. Korneeva – Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0001-9878-180X.

Egor S. Gavrilov – Assistant, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0002-0025-0603.

Albina L. Yugai – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0002-0950-3670.

Svetlana P. Pavlova – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0003-2720-3126.

Tatyana V. Mogila – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0003-2751-5736.

Viktoria V. Dubinina – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0002-1236-5926.

Irina V. Li – Assistant, Department of Faculty and Outpatient Therapy with a Course in Endocrinology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia. ORCID: 0000-0001-8419-5252.