

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ

В.П. ВДОВИЧЕНКО, доц., к.м.н.; П. Заяц; Т.А. Коршак, доц., к.м.н.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из распространённых патологий сердечно-сосудистой системы, лечение которой проводится пожизненно. Поэтому интерес к наиболее оптимальному, рационально и фармакоэкономически обоснованному лечению АГ вполне объясним. Для достижения такой цели представляется практически важным для практического здравоохранения попытаться оценить имеющийся в настоящее время уровень антигипертензивного лечения. Ретроспективному анализу в 2003 г. подвергнуты амбулаторные карты 82 больных с повышенным артериальным давлением (АД), которые наблюдались в территориальном медицинском объединении г. Кобрин (Брестская область).

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивное лечение, амбулаторные условия.

Arterial hypertension (AH) is one of the most common cardiovascular pathologies with life-long treatment. Therefore the interest for the most optimal, rational and pharmacoeconomically based treatment of AH is obvious. For the achievement of this purpose it is important for practical medicine to estimate the level of current antihypertensive treatment. Here we present a retrospective analysis of the results of antihypertensive treatment of 82 hypertensive patients who were under observation in territorial medical unit (Kobrin, Brest region) in year 2003.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive treatment, out-patient treatment conditions.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является самой распространённой в мире сердечно-сосудистой патологией (особенно у более старшей возрастной группы), лечение которой проводится пожизненно [2, 3, 6]. Поэтому интерес к оптимальному, обоснованному научно и экономически лечению АГ вполне объясним [7, 8]. Эффективность лечения АГ зависит от ряда факторов, не последнюю роль среди которых играют: 1) фармакоэкономические (в т. ч. стоимость самого препарата) и 2) профессиональные (т. е. ориентация врачей в новых подходах к лечению, выборе оптимальных препаратов в зависимости от конкретной ситуации, рациональных дозировках, комбинации веществ и т. д.). Поэтому, хотя бы в самых общих чертах, представляется важным для практического здравоохранения попытаться оценить эти два фактора [7, 8].

Материалы и методы

Ретроспективному анализу в 2003 г. подвергнуты амбулаторные карты 82 больных с повышенным артериальным давлением (АД), которые были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли 40 человек, начавших лечение до 1998 года включительно. Другую группу составили 42 человека, которые начали лечение с 1 января 1999 года и позднее. Больные наблюдались в территориальном медицинском объединении г. Кобрин (РТМО).

Результаты и обсуждение

Для удобства анализа амбулаторные карты пациентов с повышенным АД были разбиты на груп-

пы согласно возрасту, диагнозу и времени начала лечения (см. табл. 1).

По сравнению с группой пациентов, начавших лечение до 1998 года, группа пациентов, получавших лечение после 1998 года в РТМО, имела более широкий спектр веществ (см. таблицу 2). Обращает на себя внимание, что перечень гипотензивных препаратов достаточно скудный и содержит, в основном, недорогие и/или традиционные (т. е. сравнительно старые) гипотензивные препараты (например, клофелин, адельфан). Многие высокоэффективные препараты не представлены (например, метопролол) или используются у незначительного количества больных (например, тиазидные диуретики, берлиприл). В то же время доста-

Таблица 1. Распределение больных с повышенным АД по возрасту и клиническому диагнозу.

Больные моложе 60 лет, начавшие лечение до 1998 года (n=30).	
Начальный диагноз/ % больных	Окончательный диагноз/ % больных
НЦД/40	НЦД/13.3
АГ I /16.7	АГ I /3.3
АГ II /36.6	АГ II /56.7
АГ III / 6.7	АГ III/ 26.7
Больные старше 60 лет, начавшие лечение до 1998 года (n=10).	
НЦД/10.0	НЦД/0
АГ I /10.0	АГ I /0
АГ II /60.0	АГ II /30.0
АГ III/ 20.0	АГ III/70.0
Больные моложе 60 лет, начавшие лечение после 1998 года (n=37).	
НЦД/27.0	НЦД/5.5
АГ I /13.6	АГ I /16.2
АГ II /48.6	АГ II /62.1
АГ III/ 10.8	АГ III/ 16.2
Больные старше 60 лет, начавшие лечение после 1998 года (n=5).	
НЦД/20.0	НЦД/0
АГ I /0	АГ I /0
АГ II /60	АГ II /60
АГ III/ 20.0	АГ III/ 40

точно широко применяются малоэффективные короткодействующие препараты дигидропиридинов (нифедипин, фенигидин), а ретардные формы дилтиазема (например, алтиазем РР) не применяются вообще. Кратность приема и средние суточные дозы большинства гипотензивных средств не всегда соответствуют современным рекомендациям по фармакотерапии [4, 5, 10, 12, 13]. Так, стандартной ошибкой является назначение препаратов эналаприла 3 раза в день, зачастую в минимальной дозе (2.5 мг). В первой стадии АГ в подавляющем большинстве случаев (89,3% случаев) применялась монотерапия представителем одной из вышеперечисленных групп; во II стадии – комбинация из 2 гипотензивных препаратов применялась в 88 % случаев, в 9,5% проводилась монотерапия, в 2,5% - применялась комбинация из 3 препаратов. В III стадии АГ в 92,3% случаях использовалась комбинация из 2 препаратов, а в 7,7% - комбинация из 3 препаратов. Согласно записям в амбулаторных картах, 23,1% пациентов перенесли гипертонические кризы, причём у 2 человек было по 2 криза, у одного человека – 3 криза; а еще один пациент перенес 4 криза. Для купирования кризов применялись дибазол и папаверин, что соответствует традиционному лечению кризов, принятому во времена СССР [1]. Нерегулярно принимают препараты почти половина больных (47%), хотя пациенты с АГ I и АГ II, где антигипертензивное лечение должно проводиться пожизненно, составляют большинство (см. табл.1). В основном перерыв в лечении длится 2 – 4 месяца, но в нескольких случаях - до 1 года и даже более. Возможно, что эти люди не считают АГ серьезной болезнью. Из-за постоянной неявки к врачу 2,4% пациентов были сняты с диспансерного учёта.

Таблица 2. Гипотензивные препараты* в лечении пациентов с повышенным АД

Препараты	Количество (в %) пациентов, принимавших препараты и режим дозирования (в скобках)	
	Группа больных до 1998 г	Группа больных после 1998 г
Ингибиторы АПФ		
эналаприл	-	43.1 (2,5 – 20 мг 1 – 3 р/д)
каптоприл	7,4 (12,5 – 50 мг 1 – 3 р/д)	12,5 (12,5 – 50 мг 1 – 3 р/д)
энам	33,9 (2,5 – 20 мг 1 – 3 р/д)	59,7 (2,5 – 20 мг 1 – 3 р/д)
берлиприл	-	15,2 (2,5 – 10 мг 1 – 2 р/д)
β-адреноблокаторы		
пропранолол (анаприлин)	51,8 (20 – 40 мг 1 – 3 р/д)	48,6 (40 мг 1 – 3 р/д)
атенолол	18,5 (25 – 100 мг 1 – 2 р/д)	33,3 (25 – 300 мг 1 – 2 р/д)
Диуретики		
фуросемид	7,4 (40 мг 1 р/д)	19,4 (40 мг 2 р/д)
гипотиазид	3,6 (12,5 мг 2 р/д)	18,1 (25 – 50 мг 1 р/д)
Антагонисты кальция		
нифедипин	14,8 (10 мг 2 – 3 р/д)	9,7 (10 мг 1 – 3 р/д)
фенигидин	-	19,4 (10 мг 1 – 3 р/д)
дилтиазем	-	2,7 (30 – 60 мг 1 – 3 р/д)
верапамил	-	8,3 (40 мг 1 – 3 р/д)
Прочие		
клофелин	22,2 (0,075 – 0,15 мг 1 -3 р/д)	15,3 (0,15 мг 1 – 3 р/д)
адельфан	25,9 (1 таблетка 2 – 3 р/д)	15,3 (1 таблетка 2 – 3 р/д)

Примечание: * названия гипотензивных веществ даны согласно записи в амбулаторной карте и не всегда соответствуют международным (генерическим названиям).

У 24 больных с повышением АД был выставлен диагноз НЦД. Часть больных с НЦД (n=11) не получала гипотензивных препаратов, т. е. лечение состояло только в рекомендациях по соответствующей модификации образа жизни, назначении седативных препаратов и диете (группа 1), больные 2-ой группы (n=13) получали также и лекарства (см. табл. 3). Кризы отмечались у 9% больных только 1-ой группы, у которых диагноз НЦД был изменён на АГ II стадии. Как следует из таблицы, лишь у 1/4 больных с НЦД этот же диагноз подтверждён в дальнейшем (а именно, у 27,2% больных с НЦД в первой группе и 23% - во второй). У остальных пациентов с НЦД в последующем выставлен диагноз АГ, причём в группе, где медикаментозное лечение не проводилось, АГ развивалась быстрее. Так, например, диагноз АГ II в группе 1 выставлялся в среднем уже через 2 года, а в во 2-ой группе, где назначались гипотензивные препараты, – только через 6 лет.

Таблица 3. Динамика изменения диагноза НЦД у больных с повышенным АД

Диагноз	Группа 1		Группа 2	
	% больных	Время выставления последующего диагноза (в годах)	% больных	Время выставления последующего диагноза (в годах)
НЦД	27,2	5,0	23,0	6,3
АГ I	18,8	3,0	30,8	3,5
АГ II	54,0	2,0	46,8	3,5

В то же время диагноз АГ I и АГ II в обеих группах с НЦД выставлялся в последующем примерно у равного количества больных (у 72,8% больных 1-ой группы и у 77% - во 2-ой группе). Это может свидетельствовать о том, что диагноз НЦД в большинстве случаев выставлялся необоснованно (т. е. вместо АГ), и он лишь мешал назначению своевременного адекватного гипотензивного лечения. Препараты для начального лечения больных с повышенным давлением приведены в табл. 4. Согласно данным таблицы, в назначениях после 1998 г. чётко прослеживается тенденция роста популярности современных групп гипотензивных препара-

Таблица 4. Препараты для начального лечения АГ.

Препараты, которыми начинали лечение (в %)	Группа больных до 1998 г.	Группа больных после 1998 г.
берлиприл	-	5,3
эналаприл	3,2	15,3
энам	13	35,9
каптоприл	-	7,7
пропранолол (анаприлин)	35,5	33,3
атенолол	13	10,2
фуросемид	-	7,7
гипотиазид	-	5,1
нифедипин	9,7	7,7
фенигидин	3,2	5,1
дилтиазем	-	-
верапамил	-	5,1
адельфан	22,5	2,5
клофелин	13	5,1

ратов (ингибиторов АПФ, бета-блокаторов, тиазидных диуретиков и антагонистов кальция) с одной стороны, и уменьшение популярности традиционных препаратов (клофелина, адельфана) – с другой. Однако лидирующее место среди ингибиторов АПФ занимает наиболее дешёвый (но не самый эффективный!) энам, а длительнодействующие препараты других групп, рекомендуемые для монотерапии АГ [9, 11, 12], назначались незначительному количеству больных (атенолол, гипотиазид) или не назначались вовсе (ретардные формы дилтиазема).

Выводы

1. Положительным является тот факт, что в целом структура антигипертензивного лечения соответствует современным представлениям, т. е. при АГ назначаются представители ингибиторов АПФ, бета-блокаторов, диуретиков и антагонистов кальция как в виде монотерапии, так и в комбинациях.

2. Малый выбор препаратов в каждой фармакологической группе может быть объяснён экономическими причинами (т. к. все представленные в данном исследовании препараты недорогие по стоимости) или бытующими среди врачей традициями лекарственного лечения (адельфан, клофелин, фуросемид, нифедипин).

3. Некоторые недорогие, но широко используемые в мире и в соседних странах (России) гипотензивные препараты (метопролол, ретардные формы дилтиазема и др. антагонистов кальция) отсутствуют вовсе. Причина этого, возможно, заключается в недостаточной информированности врачей в их эффективности и безопасности.

4. При кризах применяются только малоэффективные вещества (дибазол и папаверин).

5. Низкий показатель назначения тиазидных диуретиков может быть объяснён как широко бытующим среди врачей мнением, что диуретики следует назначать только при наличии отёков, так и убеждённостью многих врачей в превосходстве фуросемида для лечения АГ.

6. Диагноз НЦД у значительного количества пациентов не подтверждается в последующем и лишь мешает назначению своевременной и эффективной антигипертензивной терапии.

7. Отсутствие непрерывности лечения АГ II и III у почти половины больных свидетельствует о плохой комплаентности со стороны больных или о недостаточной разъяснительной работе по поводу принципов лечения АГ со стороны работников здравоохранения.

Литература

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Пособие по фармакотерапии для врачей. Т.1, 10-е изд., М., «Медицина», 1987, с. 381-475.
2. Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д. Артериальная гипертония у лиц старших возрастных групп. Монография. Москва: МИА, 2002. - 448 С.
3. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1). Клиническая фармакология и терапия. – 2000. - №: 9. – С. 5-30
4. Сидоренко Б. А., Преображенский Д. В. Комбинированная терапия гипертонической болезни. Кардиология. – 1997. - № 2. – С. 84-89
5. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск III / Под ред. А. Г. Чучалина, А. И. Вялкова, Ю. Б. Белоусова. - Москва: Эхо, 2002. – 936 С.
6. Хохлов А. Л., Лисенкова Л. А. Фармакоэпидемиологическое исследование антигипертензивной терапии в пожилом возрасте. Клиническая геронтология. - 2003. - № 7. – С. 31-34.
7. Шварц Ю. Г., Наумова Е. А. Амбулаторное лечение артериальной гипертонии. Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов. Клиническая фармакология и терапия. – 2000. - № 4. – С. 19-21.
8. Шварц Ю. Г., Наумова Е. А., Кабанова Л. А., Вешнева Т. И. Сравнительная характеристика лечения артериальной гипертонии в 1998-1999 годах на догоспитальном этапе: Актуальные проблемы кардиологии: Сб. науч. трудов: К 20-летию Саратовского НИИ кардиологии. – Саратов, 2000. - С. 158-161.
9. Katzung B. G. Basic & Clinical Pharmacology, 9th Ed., McGraw-Hill, 2004, p. 160-184.
10. Monthly Prescribing Reference. January 2003, N.Y. - P. 2-40.
11. Moser M. Antihypertensive medications: relative efficacy and adverse reactions // J. Hypertens. –1990. – Vol. 8 (Suppl 2). - S9-S16.
12. Moser M. Clinical Management of Hypertension. 2nd ed., PCI, 1997. – 192 P.
13. Tarascon Pocket Pharmacopoeia. Loma Linda, CA: TP, 2001. - P.75.

Resume

SOME ASPECTS OF OUT-PATIENT TREATMENT OF HYPERTENSION

V. P. Vdovichenko, P. Zayats, T. A. Korshak
Grodno State Medical University

A retrospective analysis of 82 case histories of out-patients treated for hypertension has been done. The goal of the present study was the assessment of the undertaken antihypertensive treatment. It has been revealed that the following five pharmacological groups of drugs were administered for treatment of hypertension in outpatients: 1) ACE inhibitors; 2) β -blockers; 3) diuretics; 4) calcium channel blockers; 5) others. The choice of drugs can be explained by economic factors. The dosage of most drugs used in treatment does not correspond completely to current recommendations in pharmacology. The incidence of administration of diuretics was comparatively low. Furosemide prevailed among diuretics. The treatment of hypertension can be improved by making new pharmacoeconomic investigations and decisions and by increasing the level of awareness on this problem among health care specialists.