

УДК:616.12-008.331.1-08:616.225.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ВРАЧЕЙ ИЗ ДВУХ РЕГИОНОВ БЕЛАРУСИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В.П. ВДОВИЧЕНКО

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространённой в мире сердечно-сосудистой патологией, лечение которой в ряде случаев проводится пожизненно. По этой причине, интерес к рациональному лечению АГ всегда был большим. Как и при других заболеваниях, антигипертензивная терапия с течением времени претерпевает изменения. Поэтому представляется обоснованным попытаться оценить существующие взгляды врачей на антигипертензивное лечение. Анкетирование проведено в III квартале 2005 г. среди 64 участковых врачей 4-х поликлиник г. Гродно и в III квартале 2006 г. среди 54 участковых врачей 3-х поликлиник гг. Гомеля и Жлобина. Целью его было сравнение взглядов врачей двух регионов РБ, удалённых географически и разделённых годичным временным интервалом, на фармакотерапию артериальной гипертензии. В обеих группах обнаружены сходные результаты: позитивные (преимущественное использование представителей 4-х основных классов антигипертензивных средств, комбинированное лечение АГ) и негативные: тенденция занижения дозировок диуретиков и, отчасти, эналаприла; широкое применение короткодействующих препаратов нифедипина, миотропных спазмолитиков и фуросемида.

Ключевые слова: антигипертензивное лечение, анкетирование врачей, поликлиника.

Arterial hypertension (AH) is the cardiovascular pathology most widespread in the world which treatment in many cases is carried out for life. For this reason, interest to rational treatment АГ always was big. As well as at other diseases antihypertensive therapy eventually undergoes changes. Therefore it seems to be reasonable to check doctor's viewpoint on antihypertensive therapy. Questioning is carried out in III quarter 2005 among 64 local doctors of 4 polyclinics of Grodno and in III quarter 2006 among 54 local doctors of 3 polyclinics of Gomel and Zhlobin. The purpose of it was comparison of approaches to hypertension pharmacotherapy of doctors from two regions of Belarus which divided geographically and has by a year time interval. Similar results are found out in both groups: positive (primary use of representatives of 4 basic classes of antihypertensive drugs, combined treatment AH) and negative: the tendency of administration of too low dosages of diuretics and, partly, enalapril; wide application of short-acting preparations of nifedipine, myotropic spasmolytics and furosemide.

Key words: antihypertensive treatment, questioning of doctors, a polyclinic.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространённой в мире сердечно-сосудистой патологией, лечение которой необходимо проводить длительное время, а в ряде случаев и пожизненно [7, 11, 14]. По этой причине интерес к рациональному лечению АГ всегда был большим. Подобно всем заболеваниям, антигипертензивная терапия с течением времени претерпевает изменения. Поэтому представляется важным для практического здравоохранения попытаться оценить тенденции в лечении АГ в амбулаторных условиях (поликлинике), т. к. подобная «обратная связь» представляется важной для дальнейшего улучшения амбулаторного лечения этой важнейшей кардиологической патологии [4, 8, 9, 12].

Материалы и методы

Анкетирование проведено в III квартале 2005 г. среди 64 участковых врачей 4-х поликлиник г. Гродно (А) и в III квартале 2006 г. среди 54 участковых врачей 3-х поликлиник гг. Гомель и Жлобин (группа В), согласно разработанной нами анкете. Из-за ограниченности объёма статьи вопросы анкеты

приводятся только в контексте упоминания результатов.

Результаты и обсуждение

Результаты предпочтений основных классов антигипертензивных веществ (*вопрос 1*) в анкетах группы А выглядят следующим образом (в скобках указан процент врачей, предпочитающих данный класс): ингибиторы АПФ (67.2) > β-адреноблокаторы (29.7) > диуретики (1.6) > антагонисты кальция (1.5). Практически те же результаты получены в группе В: ингибиторы АПФ (81.5) > β-адреноблокаторы (33.3) > диуретики (29.6) > антагонисты кальция (20.4). Следует отметить, что значительная часть врачей из группы В не отдали предпочтения одному из классов гипотензивных средств, а выбрали сразу два класса, поэтому сумма процентов в этой группе превышает 100%. Данный вопрос можно интерпретировать как «рейтинг доверия» врачей к тому или иному классу лекарственных средств. Как следует из полученных результатов, *по первому вопросу* бесспорным лидером предпочтений врачей групп А и В (67.2 % и 81.5%, соответственно) были ингибиторы АПФ.

Бета-адреноблокаторы, как класс антигипертензивных веществ, значительно уступали ингибиторам АПФ – лидерам предпочтений врачей обеих групп (соответственно, 29.7% и 33.3%), но при этом опережали диуретики (1.6% и 29.6%, соответственно) и антагонисты кальция (1.5% и 20.4%, соответственно) (см. рис. 1). Эти результаты практически идентичны одному из последних российских фармакоэпидемиологических исследований, где ингибиторы АПФ также наиболее часто использовались больными (50%); доля β-адреноблокаторов – 26%; диуретиков – 34%; антагонистов кальция – 24% [1].

Популярность двух последних классов гипотензивных средств (диуретиков и антагонистов кальция) в группе В анкетированных врачей была заметно выше, чем в группе А. При ответе на вопрос 2 (три наиболее часто прописываемые вещества при АГ) получены следующие результаты (в скобках указаны данные в процентах по группам анкетированных врачей А и В, соответственно: нет предпочтений (27.6% и 31.5%), ингибиторы АПФ (27.1% и 66.6%), антагонисты кальция (16.1% и 25.9%), диуретики (15.6% и 22.2%), β-адреноблокаторы (12.5% и 46.3%). Обращают на себя внимание три факта: 1) примерно 1/3 врачей в обеих группах не имеют предпочтения в прописывании конкретных веществ; 2) в обеих группах лидируют ингибиторы АПФ, причём, группа В по этому показателю почти в два раза превосходит группу А; 3) β-адреноблокаторы занимают второе место в группе В и последнее – в группе А. При ответе на данный вопрос отмечены 19 представителей всех четырёх основных классов антигипертензивных веществ, однако препараты ингибиторов АПФ также лидируют в группах А и В (соответственно, 27.1% и 66.6%). В группе анкетированных А упомянуты 3 представителя бета-адреноблокаторов (в скобках отмечен процент врачей, выбравших пре-

парат): эгилок = атенолол (19.4%) и метопролол (16.7%). В группе В отмечены 4 вещества, но бесспорный лидер – метопролол (37.8%) и его препараты эгилок (7.4%) и корвитол (2.7%). С огромным отрывом второе место занимает атенолол (7.4%). Упомянуты также небилет (небиволол) и бисопролол (по 2.7%). При этом вопрос о препаратах из группы бета-адреноблокаторов, предпочтительных для назначения (вопрос 5), дал принципиально сходную картину в обеих группах анкетированных – лидерство препаратов метопролола и атенолола (см. таблицу 2). При оценке результатов анкетирования врачей обеих групп в отношении антагонистов кальция обращает на себя внимание достаточно обширный список препаратов амлодипина (вопрос 10). Среди них есть, как более дорогостоящие (норваск), так и более доступные по цене препараты (калчек, амлодин, нормодипин). Во-вторых (и это наиболее важно), врачи окончательно осознали преимущества длительнодействующих, оптимальных по стоимости препаратов дигидропиридинов (см. таблицу 3). Препаратами-лидерами являются пролонгированные формы нифедипина – кордафлекс-ретард (обе группы), коринфар-ретард (группа В) и препараты амлодипина (группа В), причём, в группе В доминируют пролонгированные препараты дигидропиридинов. Этот позитивный факт указывает на тенденцию постепенного вытеснения из схем лечения артериальной гипертензии короткодействующих препаратов нифедипина. Тем не менее, присутствие короткодействующих препаратов нифедипина остаётся значительным в обеих группах анкетированных (см. таблицы 2 и 3). Примечательно, что, если в группе А респонденты всегда указывали конкретное торговое название нифедипина, то в группе В 8.9% врачей не детализировали свой ответ (см. таблицу 2). При ответе на вопрос об оптимальной дозе эналаприла (вопрос 3) подавляющее число респондентов

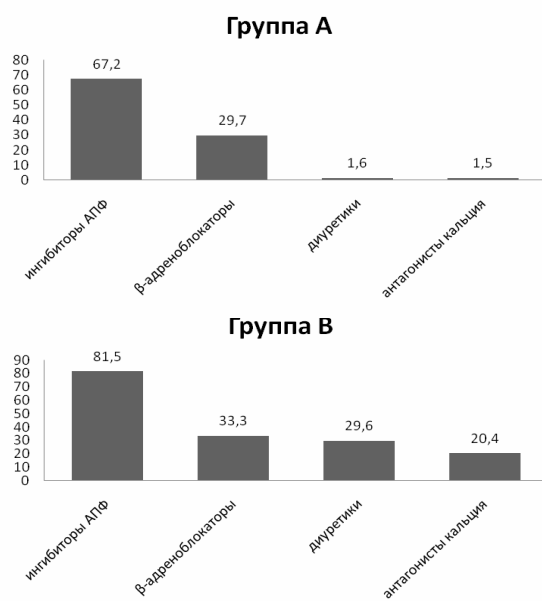


Рисунок 1 – Рейтинг доверия врачей к основным группам антигипертензивных средств

Таблица 1 – Структура врачебных предпочтений среди ингибиторов АПФ

Вещество*	Группа А	Группа В
Эналаприл**	100% (100%)	100% (100%)
Берлиприл	39.1%	70.4%
Энан -LM	16.2%	38.9%
Инворил	14.8%	1.8%
Энам	11.3%	29.6%
Энап	4.3%	50%
Эналаприл	4.3%	9.2%
Эналаприл -НТ	4.3%	-
Энап НL	-	20.4%
Ренитек	0.9%	1.8%
Энаренал	0.9	-
Энап Н	-	1.8%
Ангиокар	-	1.8%
Лизиноприл**	100% (100%)*	100% (100%)*
Каптоприл**	100% (100%)*	100% (100%)*
Трандолаприл**	26.6% (3.1%)*	16.7% (-)*
Периндоприл**	26.6% (9.4%)*	33.3% (7.4%)*
Фозиноприл**	3.1% (3.1%)*	9.2% (-)*
Моноприл	- (-)*	5.5% (5.5%)*
Рамиприл**	- (-)*	1.5% (1.5%)*

Примечание: * знали и (цифра указана в скобках) использовали; международное название выделено курсивом.

Таблица 2 – Структура врачебных предпочтений среди бета-блокаторов, диуретиков и антагонистов кальция в группах А и В*

β-адреноблокаторы		Диуретики		Антагонисты кальция	
Под междунар. названием	Конкретное торговое название	Под междунар. названием	Конкретное торговое название	Под междунар. названием	Конкретное торговое название
12.5% (55.4%)	87.5% (44.6%)	23.4% (26.2%)	76.6% (73.8%)	10% (38.5%)	90 % (61.5%)
	Атенолол 33.3% (17.6%)		Гипотиазид 60% (65.6%)		Амлодипин 61% (14.2%)
	Метопролол 25% (32.4%)		Фуросемид 10% (11.5%)		Кордафлекс-ретард 12.9% (11.8%)
	Небилет 15.3% (12.2%)		Индапамид (-11.4%)		Коринфар-ретард – (11.8%)
	Эгилок 12.8% (17.6%)		Индап 3.3% (3.3%)		Калчек 9.7% (1.8%)
	Сердол 10.2% (13.5)		Арифон - (4.9%)		Фенигидин 3.2% (1.8%)
	Бисопролол - (4.1%)		Верошпирон 3.3% (-)		Коринфар 3.2% (-)
	Локрен 1.7% (-)				Нифедипин – (8.9%)
	Конкор 1.7% (-)				Кордафен – (2.9%)
	Пропранолол - (2.7%)				Кордипин – (0.6%)
	Анаприлин – (1.3%)				Норваск 4.2% (8.8%)
	Карведилол – (1.3%)				Нормодипин, амлодин, кардилопин, стамло – (по 1.2% каждый)
					Верапамил – (8.8%)
					Верапамил Мик – (5.3%)
					Изоптин, финоптин – (по 0.6% каждый)
					Дилтиазем – (6.5%)
					Алтиазем РР- (11.2%)

Примечание: * в скобках указаны показатели группы В.

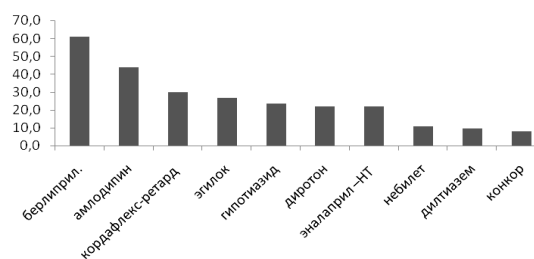
группы А (56.2%) оптимальной считает дозу 5-10 мг в день. Дозу 10-20 мг в день считают оптимальной 35.9% врачей, а 7.9% анкетированных – дозу 20-40 мг в день. В группе В 62% анкетированных считает оптимальной дозу 10-20 мг в день. Дозу 5-10 мг в день оптимальной считают 32%, 2.5-5 мг в день – 2%, 20-40 мг в день – 4% и 8% врачей затруднились с ответом. Таким образом, 34% врачей склонны назначать минимальные дозы эналаприла, а ещё 8% анкетированных даже не имеют мнения на этот счёт.

При ответе на вопрос о лучших препаратах эналаприла (вопрос 4) мнения врачей распределились следующим образом (в скобках приведен % врачей, отметивших конкретный препарат групп А и В, соответственно): берлиприл (39.1% / 70.4%); энан-LM (16.2% / 38.9%); инворил (14.8% / 1.8%); энам (11.3% / 29.6%); энап (4.3% / 50%), эналаприл (4.3% / 9.2%), эналаприл-НТ (4.3% / -); энап НЛ (-/20.4%), ренитек (0.9% / 1.8%), энаренал (0.9 / -) и по 1.8% из группы В: энап Н, ангиокар (см. таблицу 1). Кроме того, 40.1% врачей из группы А и 5.5% – из группы В не имеют определённого мнения на этот счёт. Практически все анкетированные врачи обеих групп знают и широко используют только препараты эналаприла, каптоприла и лизиноприла (вопрос 9). Малоизвестными оказались трандолаприл и периндоприл. Их знали 26.6% анкетированных врачей группы А и ещё реже использовали (соответственно, 3.1% и 9.4%). Аналогичная ситуа-

ция и в группе В: знали периндоприл 33.3%, использовали – 7.4%. Трандолаприл знали (но не использовали) 16.7% врачей группы В. Знали и использовали фозиноприл 3.1% врачей группы А и (только знали) 9.2% – группы В. Однако в этой же группе 5.5% врачей использовали фозиноприл в виде препарата моноприл. Рамиприл знали 1.8% анкетированных врачей группы В. Результаты детального анализа структуры врачебных предпочтений (вопросы анкеты 5, 6, 10) среди представителей других основных классов гипотензивных веществ представлены в таблице 2.

Ответы на вопрос о «золотых стандартах» антигипертензивного лечения, имеющихся в наших аптеках (вопрос 13) дали большое разнообразие веществ (см. рис. 2). Под международным или торговым названием в группе А отмечено 40 веществ и 44 вещества – в группе В. Очевидно, под фирменным названием (например, берлиприл, эгилок), упоминались врачами вещества, когда маркетинговая политика фармацевтических компаний проводилась грамотно, активно и последовательно. Так, например, среди всех гипотензивных веществ в обеих группах бес-

Группа А



Группа В

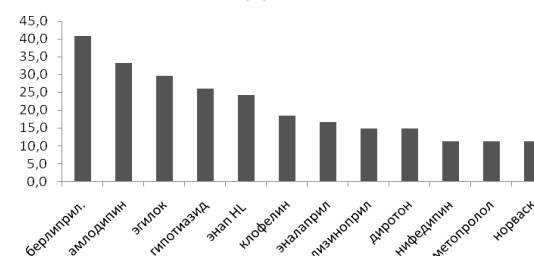


Рисунок 2 – «Золотой стандарт» антигипертензивного лечения (мнение врачей)

спорным лидером был берлиприл. Его отметили, соответственно 60.9% и 40.7% анкетированных врачей. Очевидно, что такое мнение о берлиприле подкреплено у врачей также собственным положительным опытом его применения и находит фармакоэкономическое обоснование [5]. В первую десятку в группе А также вошли (в скобках указан процент врачей, отметивших препарат): амлодипин (43.7), кордафлекс-ретард (29.7), эгилок (26.6), гипотиазид (23.4), диротон = эналаприл –НТ (21.9), небилет (10.9), дилтиазем (9.4), конкор (7.8). В группе В другие препараты-лидеры были: амлодипин (33.3), эгилок (29.6), гипотиазид (25.9), энап НЛ (24.1), клофелин (18.5), эналаприл (16.6), лизиноприл = диротон (14.8), нифедипин (11.1). Такой же показатель, что и нифедипин, имели метопролол и норваск. Обращает на себя внимание, что 1) лидерами, наряду с берлиприлом, в обеих группах являются амлодипин, эгилок, гипотиазид и 2) в группе В присутствуют нифедипин и клофелин, которые уже в течение ряда лет в развитых странах не являются препаратами выбора при артериальной гипертензии [13, 15, 17].

Хотя в настоящее время по-прежнему назначаются преимущественно недорогие лекарства, однако часть респондентов осведомлена о наличии более новых, но, к сожалению, и менее доступных пациентам по цене представителей бета-адреноблокаторов (например, небилет, алтиазем РР). Что касается диуретиков, то предпочтение в обеих группах (свыше 60% респондентов) отдано гидрохлортиазиду (гипотиазиду). Гипотиазид, одновременно, вошёл в первую десятку лучших гипотензивных средств (см. выше). Затем в группе А по частоте упоминаний следовал фуросемид, а в группе В – индапамид и его препараты (индап, арифон). Только в группе А присутствовал спиронолактон (верошпирон), но его отметило незначительное количество респондентов (см. таблицу 2). Тенденция занижения доз диуретиков, особенно фуросемида (вопросы 7, 8), для лечения артериальной гипертензии присутствует в обеих группах анкетированных (см. таблицу 4).

Большинство врачей (71.8% из группы А), согласно ответу на вопрос 11, использует для назначений в лечении артериальной гипертензии также и представители других классов гипотензивных веществ (см. таблицу 5). В группе В этот процент ещё выше (175.9%), т. е. многие врачи назначают более одного препарата из этой группы.

Как следует из таблицы 5, большинство респондентов обеих групп применяли клофелин, что вполне оправданно, например, при оказании срочной помощи при гипертонических кризах [2]. Однако метилдофа (допегит), которая является, кроме всего прочего, препаратом выбора при артериальной гипертензии у беременных женщин, не популярна у анкетированных участковых врачей [2, 14]. Традиционно применяемые в СССР препараты, содер-

Таблица 3 – Предпочтения врачей среди препаратов дигидропиридина (ДГП)*

Препарат	% врачей групп А и (в скобках) В, предпочитающих данный препарат при лечении АГ
<i>Препараты нифедипина (ДГП I поколения)</i>	
1. Кордафлекс-ретард	33.9 (37.1)
2. Коринфар –ретард	11.7 (37.1)
3. Нифедипин	4.5 (27.8)
4. Фенигидин	2.7 (5.5)
5. Фенамон	2.7 (-)
6. Кордафен	1.7 (9.3)
<i>Препараты амлодипина (ДГП III поколения)</i>	
1. Амлодипин	- (44.4)
2. Калчек	19.2 (5.5)
3. Норваск	8.3 (27.8)
4. Нормодипин	1.7 (3.7)
5. Амлодин	4.5 (3.7)
6. Кардиллопин	- (3.7)
7. Стамло	- (3.7)

Примечание: * 9.1 % анкетированных врачей группы А не высказала предпочтения какому-либо препарату дигидропиридинового. В группе В 35.2% респондентов не назначали препаратов нифедипина, а 18.5% респондентов не назначали препараты амлодипина.

Таблица 4 – Дозирование некоторых диуретиков

Препарат *	Режим дозирования, согласно анкетированию (в %, группы А/ В)**	Рекомендуемый диапазон дозировок
Фуросемид	40 мг 1 р/д (12.7/7.4) 40 мг 2 р/нед (78.2/52.8) 40 мг 3 р/нед (7.3/18.5) 40 мг 1 р/нед (1.8/-) 20 мг 1 р/д (-/18.5)	Начальная доза 20-40 мг 2 р/д, максимально 320 мг за 2 приёма в день [13, 16].
Гипотиазид	12.5 мг 1 р/д (28.1/27.8) 12.5 мг 3 р/нед (-/1.8) 25 мг 1 р/д (53.1/55.6) 50 мг 2 р/нед (15.6/13.0) 25 мг 2 р/нед (1.6/1.8) 25 мг 3 р/нед (1.6/-)	12.5-50 мг 1 р/д [13].

Примечания: * 3.8% не применяли фуросемид для лечения артериальной гипертензии; ** р/д – раз в день; р/нед – раз в неделю.

жащие симпатолитики, используют 1/4 врачей-респондентов группы А и чуть меньше – группы В. Слабые миотропные вазодилаторы (дибазол, папаверин и комбинированный препарат папазол) не применяются за рубежом, т. к. их эффективность не подтверждена в контролируемых исследованиях [15, 17]. Тем не менее, их применяют около 20% врачей группы А и почти 30% врачей группы В. Альфа-адреноблокаторы не пользуются в настоящее время популярностью в мире, равно как и у врачей-респондентов [3, 6, 10, 17]. Широкое назначение при артериальной гипертензии седативных средств не является разумной клинической практикой. Во-первых, они не входят в настоящее время в схемы лечения артериальной гипертензии, во-вторых, их применение лишает больного действительно эффективного антигипертензивного лечения, тем самым способствуя прогрессированию артериальной гипертензии [2, 7, 13, 17]. По вопросу 12 ответы распределились следующим образом (см. табл. 6).

В группе В результаты более простые: 83.3% респондентов указали комбинацию 2-3 веществ (согласно тяжести гипертензии), остальные (16.7%) – затруднились ответить.

Таблица 5 – Прочие лекарственные средства, упоминаемые в анкетах

Вещество	Фармакологическая группа	% респондентов (А/В)
Клофелин (клонидин)	Центральные α -адреномиметики	56.2/35.8
Допегит (метилдофа)	Центральные α -адреномиметики	1.6/1.1
Адельфан	Симпатолитик+ диуретик + миотропный вазодилататор	23.4/20.0
Трирезид К	Симпатолитик+ диуретик + миотропный вазодилататор + KCl	1.6/-
Норматенс	Симпатолитик+ диуретик + α -адреноблокатор	1.6/-
Резерпин	Симпатолитик	1.6/4.2
Корвалол, валокордин	Седативные средства	18.7/5.3
Дибазол (бендазол)	Миотропный вазодилататор	10.9/16.8
Папазол	Комбинированный миотропный вазодилататор	10.9/11.6
Доксазозин	α -адреноблокатор	1.6/3.1
Ирбесартан	Антагонист рецепторов ангиотензина II	-/1.1
Моксонидин	Агонист имидазолиновых рецепторов	-/1.1

Выводы

1. Реальная практика назначения антигипертензивных средств в амбулаторной практике включает в себя, по-прежнему, ограниченное количество препаратов, входящих в четыре основные группы антигипертензивных веществ. Назначение иных средств остаётся относительно небольшим и не имеет тенденции к увеличению.

2. Из ингибиторов АПФ всем врачам были известны эналаприл, каптоприл и лизиноприл. Лидерство в назначениях среди всех гипотензивных средств принадлежит препаратам эналаприла.

3. В обеих группах присутствует тенденция к минимизации суточной дозы эналаприла – более половины врачей группы А и примерно треть группы В предпочитали дозу до 10 мг эналаприла в день.

4. Прослеживается тенденция к занижению дозы гидрохлортиазида у почти 20% врачей, и фуросемида. При этом фуросемид необоснованно продолжает оставаться популярным гипотензивным средством группы диуретиков.

5. Наиболее популярным антагонистом кальция по-прежнему является нифедипин и его препараты (включая короткодействующие). Отмечен также достаточно высокий уровень предпочтений препаратов амлодипина, что отвечает современным тенденциям в выборе антагонистов кальция.

Таблица 6 – Отношение врачей (группа А) к комбинированию антигипертензивных средств

Отношение врачей к назначению антигипертензивных средств	Количество респондентов (в %)*
Монотерапия	6.2
Один вариант комбинации двух веществ	17.2
Два варианта комбинации двух веществ	20.3
Комбинация трёх веществ	17.2
Затруднились ответить	10.9
Комбинированное лечение (без уточнения конкретных вариантов)	35.9

Примечание: * сумма превышает 100%, т.к. возможны несколько вариантов ответов, когда респонденты упоминали и комбинации из двух и из трёх веществ.

6. Большинство препаратов – лидеров врачебных предпочтений – соответствуют одному или сразу нескольким из критериев: они экономически выгодны (доступны по цене), традиционно популярны для лечения артериальной гипертензии в течение многих лет (и даже десятилетий) или активно внедряются на рынок с помощью грамотной маркетинговой политики фармацевтических фирм.

7. Несмотря на географическую удалённость респондентов групп А и В и годичный временной интервал в анкетировании этих групп заметны идентичные и примерно одинаково распространённые недостатки фармакотерапии АГ, а именно: тенденция занижения дозировок диуретиков и, отчасти, эналаприла; широкое применение короткодействующих препаратов нифедипина, миотропных спазмолитиков и фуросемида. Это может свидетельствовать о необходимости поиска дополнительных подходов для повышения квалификации врачей в области фармакотерапии АГ.

Литература

1. Жмаева, А.А. Анализ использования антигипертензивных препаратов по результатам фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР / А.А. Жмаева // Сб. материалов межрегиональной науч.-практ. конф. молодых учёных / Новые технологии в биологии и медицине. – Воронеж. – 2004. – С. 40-42.
2. Кукес, В.Г. Частная клиническая фармакология / В. Г. Кукес [и др.] // Клиническая фармакология: учебник / В. Г. Кукес. -3-е изд., испр. и доп. – Москва, 2004. – С. 219-312.
3. Леонова, М.В. Первое российское фармакоэпидемиологическое исследование артериальной гипертензии / М.В. Леонова, Д.Ю. Белоусов // Кардиология. – 2003. – № 11. – С. 23-26.
4. Моисеев, В.С. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп / В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава: монография / В.С. Моисеев. – Москва, 2002. – 448 с.
5. Некоторые фармакоэкономические показатели берлиприла при лечении артериальной гипертензии / В.П. Вдовиченко [и др.] // Медицинская панорама. – 2004. – № 4. – С. 51-53.
6. Остроумова, О.Д. Артериальная гипертензия у больных пожилого возраста (по материалам 17-20 конгрессов Европейского общества кардиологов) / О. Д. Остроумова [и др.] // Кардиология. – 1999. – №5. – С. 81-82.
7. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1) // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – №: 9. – С. 5-30.
8. Сидоренко, Б.А. Комбинированная терапия гипертонической болезни / Б.А.Сидоренко, Д.В. Преображенский // Кардиология. – 1997. – № 2. – С. 84-89.
9. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск III / Под ред. А.Г. Чучалина [и др.]. – Москва, 2002. – 936 с.
10. Хохлов, А.Л. Фармакоэпидемиологическое исследование антигипертензивной терапии в пожилом возрасте / А.Л. Хохлов, Л.А. Лисенкова // Клиническая геронтология. – 2003. – № 7. – С. 31-34.
11. Шварц, Ю.Г. Амбулаторное лечение артериальной гипертензии / Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова // Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 4. – С. 19-21.
12. Шварц, Ю.Г. Сравнительная характеристика лечения артериальной гипертензии в 1998-1999 годах на догоспитальном этапе / Ю.Г. Шварц [и др.]. Сб. науч. тр. / К 20-летию Саратовского НИИ кардиологии. – Саратов, 2000. – С. 158-161.
13. Morrison, A.E. Hypertension / A.E. Morrison // The Washington Manual™ of Medical Therapeutics / G. B. Green [et al.]. – 31st ed. – Lippincott Williams & Wilkins, 2004. – P. 72-92.
14. Moser, M. Antihypertensive medications: relative efficacy and adverse reactions / M. Moser // J. Hypertens. – 1990. – Vol. 8 (Suppl 2). – S9-S16
15. Moser, M. Clinical Management of Hypertension / M. Moser. – 2nd ed. – PCI, 1997. – 192 p.
16. Tarascon Pocket Pharmacopoeia. – Loma Linda. – 2006. – P. 86.
17. The Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure // JAMA. – 2003. – Vol. 289. – P. 2560-2571.

Поступила 26.05.08