

Максимова Т.М.¹, Лушкина Н.П.¹, Алексеева Н.Ю.², Ломакина Е.А.², Саурина О.С.³, Тельнова Е.А.¹

ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СТАЦИОНАРЕ

¹ФГБУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья" им. Н.А. Семашко, 165068. Москва, Россия;

²ГБОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет", 664003, Иркутск, Россия;

³ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 394040 Воронеж, Россия

В работе проанализированы данные "Исследования глобального старения и здоровья взрослых, 2007—2010 гг." (SAGE) о субъективных оценках здоровья, распространенности ИБС при различных уровнях АД в однородных возрастных группах. Предпринята попытка оценки спектра лекарственных препаратов, применяемых для лечения больных АГ при стационарном лечении на уровне областной больницы.

Распространенность болезней, характеризующихся повышенным АД, по данным официальной статистики Минздрава России, составляла у взрослого населения в 2012 г. 10,5%, среди населения старше трудоспособного возраста — 22,3%.

В то же время, по данным SAGE, распространенность различных форм гипертонической болезни среди населения старше 50 лет составляла 52,8%, т. е. в условиях массовой медицинской сети эта патология часто не диагностируется, и соответственно эти пациенты не получают необходимой медикаментозной терапии.

Почти 94% респондентов, у которых гипертоническая болезнь была диагностирована врачом, получили то или иное лечение. При этом среди получавших лечение, нормальные уровни, как систолического, так и диастолического давления, были менее чем у 20% гипертоников. Таким образом, встает вопрос об эффективности применяемых методов коррекции АГ.

Адекватное лечение гипертонии — это путь к снижению осложнений и как следствие смертности от болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: распространенность; гипертония; медикаментозная терапия; стационар.

Для цитирования: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (1): 14—18.

Maksimova T.M.¹, Lushkina N.P.¹, Alekseeva N.Yu.², Lomakina E.A.², Saurina O.S.³, Telnova E.A.¹

THE EVALUATION OF MEDICINAL THERAPY UNDER TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN HOSPITAL

¹The N.A. Semashko national research institute of public health, 105064 Moscow, Russia; ²The Irkutsk state medical university, 664003 Irkutsk, Russia; ³The N.N. Burdenko Voronezh state medical academy, 394030 Voronezh, Russia

The article presents the analysis of data of "Study on Global AGEing and Adult Health, 2007-2010" (SAGE) concerning subjective judging of health, prevalence of ischemic heart disease under different levels of arterial pressure in similar age groups. An attempt is made to evaluate spectrum of pharmaceuticals applied in treatment of patients with arterial pressure in hospital at the level of oblast hospital. According official statistics of Minzdrav of Russia, in 20102 prevalence of diseases characterized by higher arterial pressure amounted to 10.5% in adult population and to 22.3% in population older than able-bodied age. At the same time, according SAGE data, prevalence of various forms of hypertension disease in population older than 50 years amounted to 52.8%. That is, this pathology is often missed in conditions of mass medical network. Thereafter, patients receive no necessary medicinal therapy. The one or another treatment was provided to almost 94% of patients with hypertension disease diagnosed by physician. At that, among patients received treatment the normal levels of both systolic and diastolic pressure were established in less than 20% of patients with hypertension. Therefore, the issue of effectiveness of applied methods of correction of arterial hypertension become a matter of interest. The appropriate treatment of hypertension is a mean to decrease complications and as a result to diminish mortality of diseases of circulatory system.

Key words: prevalence; hypertension; medicinal therapy; hospital.

For citation: Problemi socialnoii gigieni, zdravooohranenia i istorii meditsini. 2015; 23 (1): 14—18.

Высокие уровни смертности от болезней системы кровообращения в России связаны в том числе с эффективностью медицинской коррекции в массовой медицинской практике повышенного артериального давления (АД), гипертонической болезни (ГБ), на фоне которой могут прогрессировать атеросклероз, развиваться ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушения мозгового кровообращения [1] с соответствующими последствиями.

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) повсеместно возрастает с увеличением возраста, но в

каждой возрастной группе имеются лица с различным уровнем АД.

Сравнение полученных, по данным SAGE¹, субъективных оценок здоровья, распространенности ИБС при различных уровнях АД в однородных возрастных группах, показывает, что наиболее благополучным при одинаковом среднем возрасте является уровень систолического АД 120—139 мм. рт. ст., с увеличением АД возрастает частота неблагоприятных событий, возрастает доля лиц, оценивших свое здоровье как плохое и очень плохое (табл. 1).

Для корреспонденции: Лушкина Нина Петровна, institute@mail.ru

¹Исследование глобального старения и здоровья взрослых, выполненное Национальным НИИ общественного здоровья РАМН под руководством ВОЗ.

Таблица 1

Особенности субъективных оценок здоровья при разных уровнях систолического АД (доля лиц, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое)

Возрастная группа, годы	Диапазоны систолического АД, мм рт. ст.				Диапазоны среднего возраста, годы
	до 120	120—139	140—159	160+	
50—59	12,1	9,6	14,9	21,6	54,5—56,1
60—69	28,4	19,0	23,5	36,2	64,7—65,6
70—79	45,0	27,5	40,4	54,6	73,8—74,6
80+	41,4	50,0	56,8	68,9	83,1—84,0

Таблица 2

Особенности распространенности ИБС (стенокардии) при различных уровнях систолического АД (в %)

Возрастная группа, годы	Диапазоны систолического АД, мм рт. ст.				Диапазоны среднего возраста, годы
	до 120	120—139	140—159	160+	
50—59	14,3 ± 2,5	12,9 ± 1,3	21,5 ± 0,5	33,7 ± 3,5	55,2—56,8
60—69	31,4 ± 5,0	26,0 ± 2,4	34,1 ± 2,6	41,8 ± 0,6	64,9—65,4
70—79	50,0 ± 6,4	36,4 ± 0,6	51,0 ± 0,7	52,4 ± 0,7	74,1—74,3
80+	48,2 ± 9,3	48,8 ± 0,7	55,7 ± 4,3	56,3 ± 4,5	83,4—84,1
Всего...	26,7 ± 2,3	23,0 ± 1,1	37,6 ± 1,4	45,8 ± 1,7	

Таблица 3

Особенности распространенности ИБС (стенокардии) при различных уровнях диастолического АД (в %)

Возрастная группа, годы	Диапазоны диастолического АД, мм рт. ст.			
	до 79	80—89	90-99	100 и более
50—59	15,6	12,8	20,8	29,8
60—69	27,8	32,7	33,1	39,2
70—79	41,5	40,9	49,1	57,6
80+	54,2	49,4	54,0	58,8
Всего...	21,2	32,7	27,7	18,4

С увеличением АД имеет место и увеличение распространенности ИБС (стенокардии) во всех возрастных группах (табл. 2). При этом увеличение доли лиц с установленным врачом диагнозом этой патологии с увеличением АД более характерно для возрастных групп до 70 лет, в более старших возрастах эта тенденция менее выражена. Особого внимания клиницистов заслуживает и группа лиц с уровнем систолического АД ниже 120 мм рт. ст. (статистически значимые различия в возрасте 70—79 лет), таких лиц около 10 %.

Особенности распространенности ИБС (стенокардии) при разных уровнях диастолического АД в разных возрастных группах также обнаруживают тенденцию к увеличению, начиная с уровня диастолического АД выше 90 мм рт. ст. Наиболее высокие уровни частоты стенокардии выявляются при уровне диастолического АД выше 100 мм рт. ст. (табл. 3).

Соответственно адекватное лечение гипертонии — это путь к снижению осложнений и как следствие смертности от болезней системы кровообращения.

Очень важно своевременное, возможно раннее выявление АГ в условиях массовой медицинской практики. Вместе с тем, если ориентироваться на данные официальной статистики Минздрава России, где обобщены данные из всех медицинских учреждений страны, распространенность болезней, характеризующихся повышенным АД, составляла у взрослого населения в 2012 г.² 10,5%, среди населения старше трудоспособ-

ного возраста — 22,3% (при этом эссенциальная гипертония — менее 3%).

В то же время, по данным SAGE (2007—2010), распространенность различных форм гипертонической болезни среди населения старше 50 лет составляла более 50% (52,8%), т. е. в условиях массовой медицинской сети эта патология часто не диагностируется, и соответственно эти пациенты не получают необходимой медикаментозной терапии.

По данным SAGE, почти 94% респондентов, у которых гипертоническая болезнь была диагностирована врачом, получили то или иное лечение, а 80% — принимали медикаменты в течение последних двух недель перед опросом. При этом среди получавших лечение как в течение года, так и в течение последних двух недель, на момент опроса было обнаружено систолическое АД в пределах нормы (140 мм рт. ст.) у 23,8% мужчин и 24,4% женщин, а нормальные уровни как систолического, так и диастолического АД — менее чем у 20% гипертоников. Низкий уровень доли больных артериальной гипертонией, достигающих его целевых значений, среди лечившихся больных в России составляет, по данным других исследований, не выше 30% [2]. Таким образом, встает вопрос об эффективности применяемых методов коррекции АГ.

Несмотря на большое количество гипертонических средств в арсенале современных врачей в последних европейских клинических рекомендациях по лечению АГ³ отмечается, что независимо от того, кто наблюдает больного — специалисты или врачи общей практики — целевое АД достигается не всегда. Отмечая разрыв между теоретическими возможностями и реальной практикой, причину этого авторы рекомендаций видят не только в проблемах больных, но и в инертности мышления врачей, а также в организации здравоохранения, включая организацию передачи врачам последних научных данных для использования в практике. Например, в Англии предусмотрено премирование врачей за правильную диагностику и ведение хронических больных, в том числе АГ (рекомендации ESH/ESC по лечению АГ).

В настоящей работе была предпринята попытка оценки спектра лекарственных препаратов, применяемых для лечения больных АГ в одном из городов Сибири.

С привлечением экспертов (кардиологов, фармацевтов, организаторов здравоохранения) были проанализированы данные лечения 20 больных, находившихся на стационарном лечении в одной из областных клиникских больниц⁴, где введен строгий учет использования всех применяемых при лечении лекарственных препаратов [3]. Итоговая документация содержит заключительный клинический диагноз, количество проведенных койко-дней и перечень использованных для лечения препаратов и проведенных лабораторных исследований.

Согласно отечественным клиническим рекомендациям по лечению АГ показанием к госпитализации являются не только неясность диагноза и необходимость специальных, чаще инвазивных, методов исследований для уточнения формы АГ, но и трудности в подборе медикаментозной терапии⁵.

Основной задачей исследования было оценить, насколько современный набор лекарственных средств использовался при стационарном лечении на уровне областной больницы.

³Европейские рекомендации по лечению артериальной гипертонии, 2013.

⁴Все больные ГБ пролечены в терапевтическом отделении в I квартале 2012 г.

⁵Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии ([www//Cardiosite.info](http://www/Cardiosite.info)).

²www.rosminzdrav.ru.

Таблица 4

Доля лиц, получивших лекарственные препараты для лечения артериальной гипертонии

Группа препаратов	Процент больных, получивших препараты
Только ИАПФ	26,3
ИАПФ + БАБ	15,8
ИАПФ + АК	10,5
ИАПФ + БАБ + АК	5,3
Только БАБ	15,8
БАБ + БРА + АК	10,5
БАБ + БРА	5,3
Только АК	—
АК + БРА	10,5

В среднем больные с диагнозом ГБ провели в стационаре 9,3 дня (наименьшая длительность пребывания в стационаре — 4 дня, наибольшая — 11 дней). В среднем каждый больной ГБ получил 9,8 каких-либо медикаментов как перорально, так и в виде инъекции (наименьшее количество препаратов — 3, наибольшее — 16). В первом случае диагностирована ГБ без сопутствующих заболеваний, во втором — АГ развилась на фоне сахарного диабета, ожирения, хронического пиелонефрита.

Согласно последним Европейским рекомендациям по лечению АГ (2013), начинать лечение следует с препаратов, относящихся к следующим основным группам: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов, АК), тиазидовые диуретики, блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), β -адреноблокаторы (БАБ). При этом подбор дозировки, препаратов (в том числе из разных групп медикаментов) осуществляет врач, учитывая конкретную клиническую картину. Все группы препаратов подходят для начальной и поддерживающей антигипертензивной терапии как в виде монотерапии, так и в виде определенных комбинаций. По мнению некоторых кардиологов, формируется мнение, что более предпочтительно назначать несколько препаратов в маленьких дозах, чем один препарат — в большой, отмечается меньше побочных эффектов и потенцирование действия. Вместе с тем в рекомендациях впервые выделены препараты, где наряду с особенностями клинической ситуации, включающей сердечно-сосудистые события (наличие сопутствующих заболеваний, возраст), выделено не только физиологическое состояние — беременность, но и негроидная раса, что фактически подводит к обоснованию строгости индивидуального подбора препаратов вплоть до учета генетических особенностей. Как сообщили на научной конференции "Артериальная гипертония — фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний" Т.А. Мулерова и М.Ю. Огарков (2014), они выявили особенности генетических характеристик и распространенности АГ в некоторых этнических группах населения Сибири, что также подтверждает, что требуется персонализированный подбор препаратов.

В анализируемой группе больных ГБ в основном используемые для лечения группы медикаментов представлены (табл. 4) одним назначаемым препаратом: ИАПФ — более 70% периндоприл (престарим) в дозе 5 мг, БАБ — в основном бисопролол (конкор), АК — в основном амлодипин, БРА — в 100% лозап (лозартан).

И.Е. Чазова и Л.П. Ратова (2010) отмечали, что назначение лозартана (первый представитель группы БРА) пациентам с АГ нежелательно вследствие необхо-

димости применять 2 раза в сутки, недостаточной эффективности и часто высокой стоимости лечения, хотя есть и другие мнения.

Анализ наборов медикаментов, использованный при различных формах ГБ (в том числе при наличии сопутствующей патологии) показывает, прежде всего, что в лечении больных редко использовались сартаны, не использовались сартаны второго поколения. По информации экспертов, эти препараты широко применяются в других странах, например, в Канаде, и нередко используются для начальной терапии АГ. На необходимость использования сартанов указывают и наши специалисты, подчеркивая, что комбинации сартанов (телмисартан) и антагонистов кальция (амлодипин) обладают взаимодополняющим и синергическим механизмом действия, обеспечивая значительное снижение АД при хорошей переносимости препаратов [7], эффективны комбинации и других сартанов и антагонистов кальция.

Большинство сартанов, используемых в России, являются представителями первого поколения, единственным доступным блокатором рецепторов ангиотензина второго поколения является телмисартан (микардис) по ряду своих фармакокинетических и фармакологических свойств в разы превосходит сартаны первого поколения. Кроме того, препарат регулирует метаболизм липидов, т. е. дополнительно к гипотензивным обладает рядом важных дополнительных клинических свойств и фактически является бифункциональным препаратом. Подчеркивается необходимость самого широкого использования этих препаратов в ежедневной практике [8]. По данным настоящего исследования, сартаны второго поколения в областной больнице не применялись и, по-видимому, не были рекомендованы для амбулаторного лечения, что, с одной стороны, связано с достаточно высокой стоимостью, а с другой — достаточно длительным (2—3 нед) периодом наступления устойчивого действия.

В западной литературе обобщающий анализ действия и эффективности телмисартана был опубликован еще в 2000—2001 гг. [9], т. е. соответственно в это время эти препараты уже применялись [10] в странах в отличие от России.

В клинической больнице областного уровня сартаны первого поколения (лозартан) применялись менее чем в 30% при стационарном лечении, соответственно большинству пациентов препараты этой группы не были рекомендованы к амбулаторному приему. Это может быть связано с высокой стоимостью препаратов этой группы как для больницы при стационарном лечении, так и для самого больного в условиях амбулаторного наблюдения после выписки. В то же время следует отметить, что применяемый в клинике лозартан по стоимости сопоставим с престариумом, даже несколько ниже. Амлодипин (относительно недорогой препарат) применялся в 30% случаев, при этом у некоторых больных в том числе наряду с другими понижающими давление препаратами (диувер, аккупро, конкор) у одного больного. По данным Г.А. Барышниковой (2009), более эффективна и безопасна s-форма амлодипина (единственный чистый левовращающий изомер амлодипина в России, Эс-Корди-Кор).

Большинству больных АГ для достижения целевых значений АД необходимо назначение комбинированной терапии, при этом преимущество за фиксированными комбинациями антигипертензивных препаратов. Около 50% больных получали комбинированную терапию. В нашем случае использованные комбинации лекарственных средств согласно отечественным клиническим рекомендациям по лечению АГ, представляются

нерациональными, хотя и не запрещенными к использованию⁶. Комбинации трех лекарственных препаратов для лечения АГ у пациентов, вошедших в исследование, применялись лишь в трех случаях. Не применялись и препараты с фиксированной комбинацией, например нолипрел, признанный как позволяющий контролировать АД, в том числе у больных сахарным диабетом [12]. По мнению А. Виигимаа [13], эра монотерапии АГ прошла и наступила эра фиксированных комбинаций, т. е. не просто комбинированное лечение, а именно комбинация лекарственных препаратов в одной таблетке. При этом следует отметить, что комбинированные препараты наиболее целесообразно применять у молодых, работающих пациентов, применение одной таблетки в сутки повышает их приверженность к лечению. Комбинация БРА и АК обладает взаимодополняющими свойствами и синергетическим механизмом действия, обеспечивая значительное снижение АГ при хорошей безопасности и переносимости (телмисартан и амлодипин). Появление этой комбинации в России расширит возможности в лечении АГ и будет способствовать повышению эффективной терапии [7].

Комбинированная терапия повышает приверженность больных к лечению [12].

Наиболее частым в применении был антиоксидант мексидол, его назначали 85% больных ГБ, при этом на фоне других применяемых препаратов этот препарат был наиболее дорогим. Этот препарат не является гипотензивным, не входит в схемы лечения АГ в некоторых странах (Испания, Канада), по мнению некоторых экспертов, этот препарат с недоказанной эффективностью, практически бесполезный, но активно продвигается в России.

При рассмотрении использованного перечня лекарственных препаратов, применяемых в стационаре, для лечения АГ выявляются и другие проблемы: в ряде случаев применяются препараты одного класса, не сочетающиеся между собой, некоторые препараты (например, найз, ксефокам, кетонал), которые могут нивелировать действие ингибиторов АПФ, способствовать повышению давления и не должны применяться при лечении АГ. Также при лечении АГ в исследуемой группе больных использовались не рекомендуемые к применению противовоспалительные нестероидные препараты (например, ибупрофен и т. п.), ослабляющие эффект диуретиков и антигипертензивных препаратов [14], 30% больных вводятся витамины (В₁, В₆, В₁₂).

Кроме того, ряд препаратов (например, ИАПФ, БАБ) требует лабораторного контроля, например уровня калия; по имеющимся данным, у некоторых больных такое обследование в стационаре если проводится, то однократно.

Но основной проблемой оценки набора применяемых препаратов является невозможность на основании только заключительной документации оценить адекватность назначений в связи с тем, что недостаточно раскрывается клинический диагноз, не указывается сопутствующая патология, при которой могут быть показаны те или иные препараты. Например, трудно оценить необходимость применения при АГ такого дорогого препарата как гептрал (гепатопротектор и антидепрессант), как это имело место в данной больнице. Такие препараты, как метформин, в зарубежных странах используются только при наличии сахарного диабета, в наших материалах в ряде случаев не было указаний на сахарный диабет при назначении.

В России пока не разработан приемлемый подход к обеспечению доступа населения к инновационным лекарственным средствам, появляющимся в мире. Число инновационных препаратов, доступных населению России (29% из известных в мире), уступает многим развитым (США, Германия — 65%, Англия — 60%) и даже некоторым развивающимся странам [15], соответственно по разным причинам новые лекарственные препараты поступают в Россию позже, чем начинают использоваться в массовой практике в странах, где достигнуты низкие уровни смертности от этих заболеваний.

Можно предположить, что запаздывание широкого внедрения новых технологий и применения новой лекарственной терапии отражается и в устойчивом соотношении показателей смертности от болезней системы кровообращения в России и странах Европы [16], когда снижение смертности в нашей стране происходит, но разрыв в показателях не ликвидируется.

Таким образом, можно резюмировать, что в условиях терапевтического отделения областной клинической больницы при лечении больных АГ практически не используются такие препараты как капотен, как не соответствующие современному уровню, однако в ряде случаев применяются препараты, которые могут не улучшать, а ухудшать течение болезни, основная часть больных получает препараты с недоказанной эффективностью (например, мексидол), новые препараты уже получившие распространение в западных клиниках только начинают применяться в нашей клинической больнице, т. е. внедрение в отечественную клиническую практику современных методов терапии запаздывает.

В первичном звене здравоохранения в амбулаторно-поликлинических условиях [17] назначенные схемы гипотензивной терапии соответствовали клиническому статусу в 6,5% случаев, т. е. реальное качество лечения не соответствовало рекомендациям. В то же время клинические рекомендации регулярно уточняются, например, последние (2014) рекомендации в США предлагают установить менее строго целевые показатели АД для лиц с сахарным диабетом, а также для лиц старше 60 лет, что позволит врачам снизить интенсивность гипотензивной терапии или не назначать ее совсем [18].

По мнению экспертов, при амбулаторном лечении после выписки из стационара набор препаратов в большинстве случаев изменяется как практикующими врачами, так и больными в сторону использования более дешевых, но менее эффективных лекарственных препаратов, и таким образом гипотензивная терапия в массовой медицинской практике нередко оказывается неэффективной, что может в конечном итоге приводить к негативным исходам. Необходимо оценить, как сказывается практикуемая смена лекарственных препаратов, в том числе у льготных категорий населения, на течении патологических процессов и исходах, хотя в целом применение льготного обеспечения способствовало увеличению назначений современных лекарственных препаратов.

Средняя стоимость лекарственных препаратов на лечение больного АГ в стационаре по данным материалам — 1608,6 руб. (в среднем на 1 койко-день — 207,2 руб.), но это не затрагивает финансовых интересов больного. Приобретение эффективных лекарственных препаратов для коррекции АГ пациентами, находящимися на амбулаторном лечении, достаточно дорого. В ряде стран, достигших низких уровней смертности от болезней системы кровообращения, стоимость препаратов для контроля АГ полностью или частично покрывается государством (например, Канада). В Эстонии широко внедряются в массовую практику, в том

⁶Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. — М., 2013.

числе назначаются семейными врачами, современные препараты лечения АГ, включая сартаны второго поколения и комбинированные препараты (твинста), затраты на их приобретение в основном покрываются государством [13]⁷. В России некоторые регионы (например ХМАО и, в частности, Сургут, Ивановская обл.), оценивая важность коррекции АГ для профилактики ИБС, инсультов, являющихся основными причинами смерти, также начали дотировать приобретение населением антигипертензивных препаратов. По-видимому, настало время поднимать этот вопрос и на государственном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Масон Р.П. Оптимальная стратегия лечения пациентов с артериальной гипертензией и атеросклерозом: фокус на олдесартан на медоксомил. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012; 11(3): 102—12.
2. Родионов А.В. Оптимизация фармакотерапии у больного резистентной артериальной гипертензией (клинический разбор). *Кардиосоматика. Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика*. 2013; 4(2): 3—10.
3. Ломакина Е.А. *Научное обоснование совершенствования управления обеспечением медикаментами пациентов в стационаре*. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2013.
4. ESH/SC Guidelines for the management of Hypertension European Society of Hypertension (ESH) European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 2013; 31(7): 1281—1357.
5. Мулерова Т.А., Огарков М.Ю. Этногенетические особенности распространенности артериальной гипертензии. В кн.: *Артериальная гипертензия как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний*. М.; 2014: 16.
6. Чазова И.Е., Рагова Л.П. *Первое поколение сартанов: есть ли перспективы? Системные гипертензии*. 2010; 4: 5—8.
7. Остроумова О.Д., Гусева Т.Ф. Комбинированная терапия артериальной гипертензии — наши ожидания. *Евразийский кардиологический вестник*. 2013; 1: 19—30.
8. Недогода С.В. Сартаны второго поколения: расширение терапевтических возможностей. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011; 7(4): 477—82.
9. Sharpe M., Jarvis B., Goa K.L. Telmisartan: a review of its use in hypertension. *Drugs*. 2001; 61(10): 1501—29.
10. Burnier M., Burner H.R. Angiotensin II reseptor antagonists. *Lancet*. 2000; 355(9220): 637—45.
11. Барышникова Г.А. Возможности изомера амлодипина в лечении артериальной гипертензии. *Русский медицинский журнал. Кардиология*. 2009; 17(7): 1—5.
12. Архипов М.В., Арутюнов Г.П., Бойцов С.А. и др. Новые российские рекомендации по АГ — приоритет комбинированной терапии. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. Секция доказательной гипертензиологии. Информационное письмо. *Лечебное дело*. 2011; 3: 106—12.
13. Виигимаа А. *В чем польза комбинированной терапии? Системные гипертензии 2013; Экстравыпуск Научно-практический симпозиум 20 марта 2013 г.*: 10—1.
14. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л. *Клинические рекомендации + фармакологический справочник*. Москва: Гэотар-Мед; 2004; Вып. 1.
15. Попович Л.Д. Анализ мирового опыта внедрения моделей разделения рисков (Risk-sharing schemes) для повышения доступности инновационной лекарственной терапии. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2013; 2: 8—14.
16. Максимова Т.М., Лушкина Н.П., Огрызко Е.В. Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных. *Вестник РАМН*. 2012; 3: 15—22.
17. Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И. и др. Качество медикаментозной терапии у больных артериальной гипертензией в

первичном звене здравоохранения. Данные регистра артериальной гипертензии. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011; 6: 725—32.

18. Navar-Boggan A.N. et al. Proportion of us adult potentially affected by 2014 hypertension guideline. *J.A.M.A.* 2014, pub online, 29.03.2014.

REFERENCES

1. Mason R.P. Optimal treatment strategy for patients with arterial hypertension and atherosclerosis: focus on olmesartan of medoxomil. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2012; 11(3): 102—2. (in Russian)
2. Rodionov A.V. Optimization of pharmacotherapy in a patient with drug-resistant hypertension (clinical discussion). *Kardiosomatika. Diagnostika, lechenie, rehabilitatsiya i profilaktika*. 2013; 4(2): 3—10. (in Russian)
3. Lomakina E.A. *Scientific substantiation of improvement of management of medicines to patients in hospital. [Nauchnoe obosnovanie sovershenstvovaniya upravleniya obespecheniem medikamentami patsientov v stacionare]*. Diss. ... candidate of medical Sciences. Moscow; 2013. (in Russian)
4. ESH/ESC Guidelines for the management of hypertension European Society of Hypertension (ESH) European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 2013; 31(7): 1281—1357.
5. Mulerova T.A., Ogarkov M.Yu. *Ethno-genetic features of the prevalence of arterial hypertension. In: Arterial hypertension as a risk factor for cardiovascular. [Arterial'naya gipertoniya kak faktor riska serdechno-sosudistykh zabolevaniy]*. Moscow; 2014: 16. (in Russian)
6. Chazova I.E., Ratova L.P. *The first generation of sartanov: what are the prospects? Sistemnye gipertenzii*. 2010; 4: 5—8. (in Russian)
7. Ostroumova O.D., Guseva T.F. Combination therapy of arterial hypertension our expectations. *Evrzyskiy kardiologicheskiy vestnik*. 2013; 1: 19—30. (in Russian)
8. Nedogoda S.V. Sartana second generation: the expansion of therapeutic possibilities. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2011; 7(4): 477—82. (in Russian)
9. Sharpe M., Jarvis B., Goa K.L. Telmisartan: a review of its use in hypertension. *Drugs*. 2001; 61(10): 1501—29.
10. Burnier M., Burner H. R. Angiotensin II reseptor antagonists. *Lancet*. 2000; 355(9220): 637—45.
11. Baryshnikova G.A. Opportunities isomer of amlodipine in the treatment of arterial hypertension. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Kardiologiya*. 2009; 17(7): 1—5. (in Russian)
12. Arkhipov M.V., Arutyunov S.E., Boitsov S.A. et al. New Russian Guidelines for Arterial Hypertension: Priority of Combination Therapy. Russian Medical Society on Arterial Hypertension. Section of Evidence-Based Hypertensiology. New letter. *Lechebnoe delo*. 2011; 3: 106—12. (in Russian)
13. Viigimaa A. *What's the use of combination therapy? Six-dark hypertension. 2013; Ekhstravyypusk Nauchno-prakticheskiy simpozium 20 marta 2013 g.*: 10—1. (in Russian)
14. Denlsov I.N., Shevchenko U.L. *Clinical guidelines + referensebook of pharmacology. [Klinicheskie rekomendatsii + farmakologicheskiy spravochnik]*. Moscow: GEOTAR-Med; 2004, V. 1. (in Russian)
15. Popovich L.D. Analysis of world experience of implementing Risk-sharing schemes for increasing the availability to innovative medicamentous therapy. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2013; 2: 8—14. (in Russian)
16. Maksimova T.M., Lushkina N.P., Ogrzyzko E.V. Problems of medical support of cardiac patients. *Vestnik RAMN*. 2012; 3: 15—22. (in Russian)
17. Posnenkova O.M., Kiselev A.P., Gridnev V.I. et al. Quality medical therapy in patients with arterial hypertension in primary care. Data of registr arterial hypertension. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2011; 6: 725—32. (in Russian)
18. Navar-Boggan A.N. et al. Proportion of us adult potentially affected by 2014 hypertension guideline. *J.A.M.A.* 2014, pub online, 29.03.2014.

Поступила (received) 24.09.2014

⁷Стоимость на месяц более 1000 руб.