

УДК 616.12-008.46-002.2-08

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Е.Г. Артемьева, В.Ю. Маленкова, Е.В. Фролова,
ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей», г. Чебоксары

Артемьева Елена Геннадьевна – e-mail: elenaarte@yandex.ru

Представлены результаты анализа лекарственной терапии хронической сердечной недостаточности в репрезентативной выборке Чувашской Республики. Установлено, что терапия хронической сердечной недостаточности в Чувашской Республике у всех респондентов не соответствует рекомендуемым стандартам лечения, что обусловлено неадекватностью доз и дозового режима основных лекарственных средств, а также преимущественным использованием монотерапии.

Ключевые слова: репрезентативная выборка Чувашской Республики, распространенность, хроническая сердечная недостаточность, лекарственная терапия, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, диуретики, сердечные гликозиды.

The results of the analysis of drug therapy of chronic cardiac insufficiency in representative sampling of Chuvash Republic are given in the article. It has been stated that the therapy of chronic cardiac insufficiency of all respondents in Chuvash Republic doesn't satisfy the recommended treatment standards. It is stipulated by the inadequacy of doses and dosage regime of the basic medicaments, and also by the dominating usage of monotherapy.

Key words: representative sampling of Chuvash Republic, prevalence, chronic cardiac insufficiency, drug therapy, ACE inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, diuretics, cardiac glycosides.

Результаты современного фармако-экономического анализа показывают, что доля затрат на лечение хронической недостаточности сердечности (ХСН) в странах Европы и США составляет от 1 до 2% бюджета здравоохранения [1], что в 5 раз превышает затраты, направленные на лечение всех форм злокачественных новообразований, при этом частота госпитализаций больных ХСН достаточно высока и продолжает неуклонно расти [2]. Так, в Великобритании около 5% госпитализированных пациентов составляют лица, страдающие ХСН [3, 4], а в США ХСН является наиболее частой причиной госпитализации пациентов старше 65 лет [3, 4]. Отдельные клинические исследования в Российской Федерации показывают, что частота госпитализаций в связи с ХСН тяжелой степени составляет около 40% всех госпитализаций по различным причинам [3, 4].

Эпидемиологические исследования последних лет, проводившиеся в странах Западной Европы и США, показали, что, несмотря на внедрение в лечебную практику эффективных средств терапии ХСН – иАПФ и бета-адреноблокаторов, однолетняя смертность больных этой категории остается очень высокой и достигает 30% в год [5, 6]. Среди возможных причин такого несоответствия доказанной высокой эффективности современных препаратов и сохраняющегося в популяции высокого уровня смертности больных ХСН особая роль принадлежит низкой приверженности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни [7, 8].

В связи с этим **целью настоящего исследования** является анализ соответствия лекарственной терапии сердечной недостаточности в репрезентативной выборке Чувашской Республики стандартам лечения.

Материалы и методы

Проведенное исследование позволило дать характеристику репрезентативной выборки Чувашской Республики (ЧР), которая создавалась поэтапным механическим способом на основании численности населения Чувашской Республики, составляющей 1 462 000 человек. Данная выборка была разделена на две группы по типам поселения: город (города республики), село (поселки, деревни и села республики). Создание репрезентативной выборки эпидемиологического исследования определило рандомизацию 1600 семей. Выборка, сформированная в настоящем исследовании, была представлена числом 1325, что составило 82,8% семей. Вместе с тем количество «no respond» составило 17,2% и не превышало показателя, равного 20% от должного числа семей, в соответствии с чем представленную выборку считали репрезентативной (таблица 1). Таким образом, в репрезентативной выборке популяции Чувашской Республики было обследовано 3090 человек, из них 57,4% женщин (1775 чел.) и 42,6% мужчин (1315 чел.) соответственно. 199 чел. (6,4%) из этой выборки имели ХСН I–IV ф. к. и 50 чел. (1,6%) – ХСН III–IV ф. к. соответственно. Статистическая обработка данных проводилась в системе программы Statistica 6. Для определения достоверности различий показателей использовали критерии Student (в случае параметрического распределения величин) и критерии Wilcoxon-Mann-Whitney (при непараметрическом распределении величин). Кроме этого применяли методы вариационной статистики.

ХСН выявляли на основании данных анамнеза и клинических симптомов. Наиболее информативными показателями ХСН считали одышку, слабость, сердцебиение и отеки, что при одновременном сочетании перечисленных симптомов позволяет определять тяжесть течения ХСН. К группе больных ХСН I–IV ф. к. были отнесены респонденты, имеющие в анамнезе хотя бы одно из сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, стенокардию напряжения, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) в сочетании с одышкой второй степени и более. Из всех обследуемых была выделена группа лиц с ХСН тяжелой степени (III–IV ф. к.). У этих респондентов, кроме одышки, отмечены также утомляемость, сердцебиение и отеки.

ТАБЛИЦА 1.
Дизайн исследования

Эпидемиологическое исследование	
Вся популяция	Больные ХСН
Исследовано 3090 человек Мужчин 1315 (42,6%) Женщин 1775 (57,4%)	ХСН I–IV ф. к. – 199 чел. (6,4%) Мужчин – 49 чел. (24,6%) Женщин – 150 чел. (75,4%) ХСН III–IV ф. к. – 50 чел. (1,6%) Мужчин – 8 чел. (16%) Женщин – 42 чел. (84%)
ВСЕГО: изучено 3090 карт-вопросников, из них 380 – использовали для анализа лекарственной терапии.	

Лекарственные препараты, принимаемые респондентами, подразделяли на основные средства для лечения ХСН (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды, антагонисты альдостерона), лекарственные препараты, применяемые для лечения различных сердечно-сосудистых заболеваний, и «прочие» лекарственные средства, к которым были отнесены анальгетики, седативные, витамины, спазмолитики.

Результаты и их обсуждение

Показана высокая распространенность ХСН, соответствующая показателю 6,4%. При этом распространенность ХСН I–IV ф. к. в репрезентативной выборке Чувашии зависит от возраста респондентов. Так, у респондентов в возрасте 10–19 лет она составляла 0,2% случаев, а в возрастной группе 80–89 лет этот показатель равнялся 48,7% случаев соответственно.

Частота назначений лекарственных средств больным ХСН I–IV ф. к. представлена на рисунке 1.



РИС. 1.
Частота назначений лекарственных средств больным ХСН I–IV ф. к.

Изучение эффективности терапии ХСН показало, что ингибиторы АПФ принимали 23,7%, бета-блокаторы – 9,1%,

диуретики – 11,9%, сердечные гликозиды – 2,8%, антагонисты альдостерона – 1,4% больных.

Установлено, что в перечне различных лекарственных средств, используемых в терапии сердечно-сосудистых заболеваний, 16,0% назначений составляли блокаторы кальциевых каналов, 15,0% – нитраты, частота назначений аспирина составляла 7,3%, клонидина – 1,1% случаев. Остальные 11,9% назначений составляли лекарственные средства, которые не указаны в клинических рекомендациях по лечению каких-либо сердечно-сосудистых заболеваний. Эти препараты были представлены никотиновой кислотой, витаминами группы В, рибоксином, АТФ и др.

Показано, что лишь 39,2% респондентов, имеющих документированную ХСН, принимали один препарат из основной группы лекарственных средств, рекомендованных для лечения данного заболевания. Все остальные респонденты с ХСН не принимали ни одного лекарственного препарата, рекомендованного для лечения указанного заболевания.

Проведен анализ частоты назначения ингибиторов АПФ, бета-блокаторов, диуретиков, сердечных гликозидов и верошпирина в группе больных ХСН I–IV ф. к. (рис. 2).

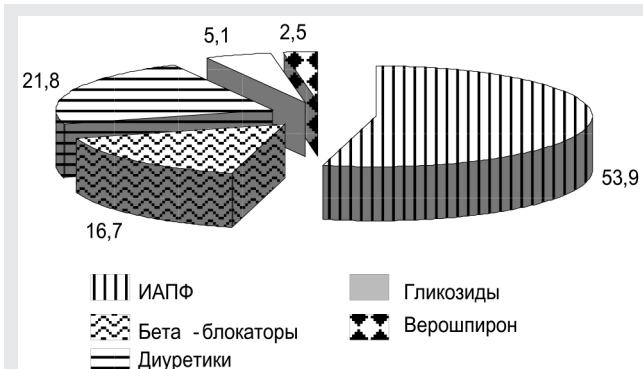


РИС. 2.
Частота назначений основных лекарственных средств больным ХСН I–IV ф. к.

Показано, что частота назначения ингибиторов АПФ у больных составляла всего 53,9%. Еще менее значимым было количество пациентов, использующих бета-блокаторы и сердечные гликозиды (16,7% и 5,1% соответственно). Отмечено, что только каждый пятый больной ХСН I–IV ф. к. (21,8%) получал диуретики и лишь 2,5% пациентов принимали верошпирон.

Параллельный анализ лекарственной терапии у больных ХСН тяжелой степени, III–IV ф. к., показал следующее (рис. 3).

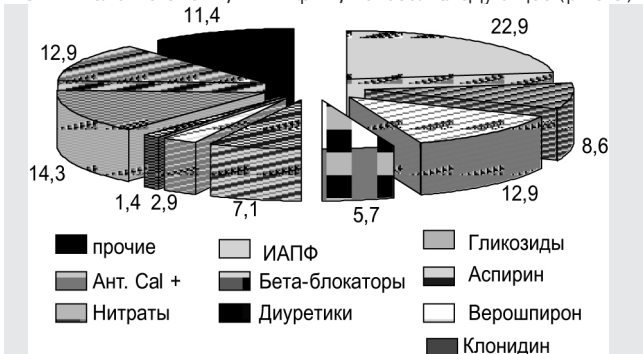


РИС. 3.
Частота назначений лекарственных средств больным ХСН III–IV ф. к.

Установлено, что в группе респондентов, имеющих тяжелую степень ХСН, III–IV ф. к., частота назначений ингибиторов АПФ составляла 22,9%, бета-блокаторов – 8,6%, диуретиков – 12,9%, сердечных гликозидов – 5,7%, антагонистов альдостерона – 2,9% случаев соответственно. Полученные данные повторяли картину анализа терапии больных ХСН I–IV ф. к. Вместе с тем установлено, что пациенты ХСН тяжелой степени в 2 раза чаще использовали прием сердечных гликозидов и антагонистов альдостерона. Однако частота назначения нитратов, аспирина и блокаторов кальциевых каналов в указанной группе больных с ХСН III–IV ф. к. составляла 14,3%, 7,1% и 12,9% случаев соответственно, в то время как использование прочих лекарственных средств зарегистрировано у 11,4% пациентов, что было идентично терапии, проводимой пациентам ХСН легкой степени тяжести.

Исследование показало, что всего 56,0% больных ХСН III–IV ф. к. принимали один препарат из группы основных лекарственных средств терапии ХСН. Так, частота приема ингибиторов АПФ больными тяжелой степенью ХСН, III–IV ф. к., составляла 42,9%, бета-блокаторов – 10,7%, диуретиков – 25,0% случаев, что оказалось идентичным таковому у пациентов с более легкими формами течения ХСН. Вместе с тем количество больных ХСН III–IV ф. к., принимающих сердечные гликозиды и антагонисты альдостерона, составляло 14,3% и 7,1%, что, безусловно, недопустимо в подобной ситуации.

Проведен анализ частоты применения лекарственных средств различных фармацевтических компаний (таблица 2).

ТАБЛИЦА 2.
Частота применения различных препаратов

Препарат	% назначения	Препарат	% назначения
Ингибиторы АПФ		Бета-блокаторы	
Капотен	2,1%	Атенолол	72,4%
Эналаприл	56,7%	Анаприлин	27,6%
Каптоприл	2,0%	Диуретики	
Энап	6,2%	Гипотиазид	15,0%
Энам	33%	Фуросемид	50,0%
Гликозиды		Арифон	7,5%
Дигоксин	100%	Прочие	27,5%
Антагонисты кальция		Нитраты	
Кордафен	18,5%	Нитроглицерин	3,6%
Коринфар	14,8%	Нитросорбид	83,6%
Верапамил	18,5%	Нитрогранулонг	5,5%
Кордафлекс	3,7%	Сустак-форте	5,5%
Кордипин	38,9%	Кардикет	1,8%
Нифедипин	5,6%		

Установлено, что из ингибиторов АПФ чаще всего использовался эналаприл – 56,7%, энам – в 33% случаев, энап – в 6,2% случаев соответственно. Капотен и каптоприл принимали лишь 2,1% и 2,0% пациентов. Анализ эффективности лекарственной терапии показал, что из группы бета-блокаторов чаще назначаются атенолол – 72,4% и анаприлин – в 27,6% случаев. Не установлены факты применения рекомендуемых для лечения больных с ХСН таких бета-блокаторов, как бисопролол, карведилол, метопролол. Установлено, что из группы диуретиков фуросемид назначался в 50,0%, арифон – в 7,5%, гипотиазид – в 15% случаев и прочие мочегонные средства – у 27,5% пациентов, последние, как правило, были представлены адефланом-эзидрексом.

В качестве сердечных гликозидов дигоксин назначался в 100% случаев.

Анализ адекватности дозового режима (таблица 3) показал, что средняя суточная доза эналаприла составляла 12,9 мг, энап и энама – 10 мг, атенолола не более 70,2 мг, анаприлина – 50 мг, гипотиазид – не более 20 мг, фуросемида – всего 53 мг, при этом средняя суточная доза дигоксина составляла 0,278 мг, верошпирона – 37,5 мг.

ТАБЛИЦА 3.
Средние суточные дозы основных лекарственных средств

Препарат	ХСН I–IV ф. к.	ХСН III–IV ф. к.
Эналаприл	12,9 mg	12,9 mg
Энам	10,1 mg	10,7
Энап	10 mg	7,5 mg
Атенолол	70,2 mg	75 mg
Анаприлин	50 mg	40 mg
Фуросемид	53 mg	53,3 mg
Гипотиазид	20 mg	25 mg
Дигоксин	0,278 mg	0,15 mg
Верошпирон	37,5 mg	50,0 mg

Не установлено существенных различий в дозовом режиме терапии больных ХСН различной степени тяжести. Исключение составляли пациенты ХСН III–IV ф. к., которым проводилась небольшая коррекция дозового режима сердечных гликозидов (уменьшение дозы дигоксина) и антагонистов альдостерона (увеличение приема верошпирона в 1,3 раза).

Анализ компонентности терапии больных ХСН I–IV и III–IV ф. к. показал, что 60,9% респондентов получали монотерапию одним препаратом из группы лекарственных средств, рекомендованных для лечения ХСН. Двухкомпонентная терапия была установлена в 30,4% случаев и только 8,7% больных принимали 3 препарата одновременно. Не зарегистрированы пациенты ХСН I–IV ф. к., принимающие одновременно 4 или 5 основных рекомендуемых препаратов.

Установлено, что больные ХСН III–IV ф. к. в 53,6% случаев получали монотерапию. Одновременно два препарата принимали 21,4% больных, а трехкомпонентная терапия назначалась только в 25% случаев. Ни один из пациентов, страдающих ХСН тяжелой степени, не принимал одновременно более трех основных рекомендуемых препаратов (рис. 4).

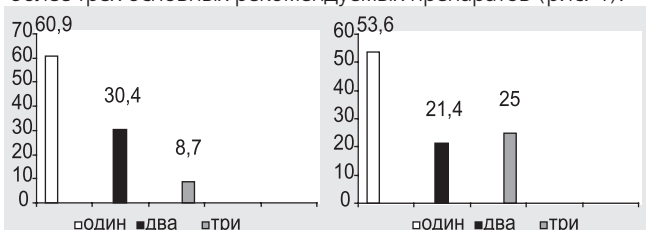


РИС. 4.
Компонентность терапии больных ХСН в репрезентативной выборке Чувашской Республики.

Таким образом, проведенный анализ эффективности проводимой терапии ХСН показал низкий охват терапией больных ХСН, невысокую частоту назначений лекарственных средств, улучшающих прогноз жизни больных, в частности – ингибиторов АПФ и бета-блокаторов. Назначаемая терапия не учитывала тяжесть течения заболевания, а средние суточные дозы основных лекарственных средств, принимаемых больными ХСН, не были адекватными, что не позволяло провести корректную оценку эффективности терапии. Подавляющее большинство больных принимало один основной препарат из группы лекарственных средств, рекомендуемых для лечения ХСН, а тяжесть течения ХСН не меняла тактики терапии.

Результаты проведенного исследования выявили низкую приверженность пациентов и врачей к лечению, что, несомненно, способствовало неблагоприятному прогнозу у больных ХСН.

Выводы

1. На основании клинико-эпидемиологического исследования репрезентативной выборки Чувашской Республики установлен показатель распространенности хронической сердечной недостаточности, равный 6,4%, при этом распространенность данной патологии III–IV функционального класса составила 1,6%, и у женщин этот показатель был в 2,3 раза выше, чем у мужчин.

2. Терапия хронической сердечной недостаточности в Чувашской Республике у всех респондентов не соответствует рекомендуемым стандартам лечения, что обусловлено неадекватностью доз и дозового режима основных лекарственных средств, а также преимущественным использованием монотерапии.



ЛИТЕРАТУРА

- Арутюнов Г.П. Терапия хронической сердечной недостаточности. Всега ли детерминирован выбор первого препарата? Русский медицинский журнал. 2006. № 2. С. 137–142.
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics: 2005 Update. Dallas, Txs; American Heart Association. 2005.
- Мареев В.Ю., Даниелян М.О., Беленков Ю.Н. Сравнительная характеристика больных с ХСН в зависимости от величины ФВ по результатам Российского многоцентрового исследования ЭПОХА–О–ХСН. Сердечная недостаточность. 2006. № 1. С. 25–31.
- Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. /В кн.: Хроническая сердечная недостаточность. Агеев Ф.Т. и соавт. /М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. С. 7–77.
- Беленков Ю.Н., Фомин И.В., Мареев В.Ю. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН (часть 2). Сердечная недостаточность. 2006. № 7. С. 3–7.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность: избранные лекции по кардиологии. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. 432 с.
- Игнатъев В.С. Лечение хронической сердечной недостаточности: национальные рекомендации и клиническая практика. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 2. С. 62–67.
- Арутюнов Г.П., Колесников Е.А., Рылова А.К. и др. Реабилитация больных ХСН. Достигнутые результаты и дальнейшие перспективы. Сердечная недостаточность. 2010. № 3. С. 192–197.