

Фармакоэпидемиологическое исследование: как сегодня лечат пациентов с хронической сердечной недостаточностью в поликлиниках г. Москвы

С.Б. Ерофеева

Кафедра клинической фармакологии РГМУ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — серьезная проблема здравоохранения во всем мире, которая постоянно требует поиска новых подходов и оптимизации лечения. Существует целый ряд причин, заставляющий врачей обращаться к данному вопросу: высокая распространенность ХСН (в России заболеваемость ХСН достигает 5,6%), высокая смертность и частота госпитализаций, большое число одновременно применяемых лекарственных средств, часть из которых не обладает доказанной эффективностью в лечении ХСН, и наконец, существенные расходы здравоохранения, связанные с лечением декомпенсации ХСН.

В России на сегодняшний день созданы рекомендательные и нормативные документы, определяющие тактику лечения больных с ХСН, зарегистрированы все препараты с доказанной эффективностью в лечении ХСН. Часть из этих препаратов (эналаприл, каптоприл, дигоксин, метопролол, карведилол, бисопролол, фуросемид, гипотиазид, спиронолактон) введена в перечень бесплатных лекарств для льготных категорий населения. Однако характер рутинной терапии компенсированной ХСН в реальной практике остается недостаточно изученным, что затрудняет планирование расходов в условиях ограниченного бюджета и контроль за эффективностью проводимого лечения.

Возможно ли преодоление устоявшихся представлений о лечении ХСН на амбулаторном этапе, или причина сложившейся ситуации кроется не в знаниях врачей, а в административных проблемах? Для ответа

на данный вопрос на кафедре клинической фармакологии РГМУ проведено исследование, в котором изучались **представления врачей поликлиник о лечении ХСН и структура назначений лекарств** в амбулаторной практике.

В основу исследования был положен фармакоэпидемиологический метод “обзор/оценка использования лекарственных средств” (drug utilization review study). В опросе участвовало 52 врача городских поликлиник г. Москвы. Мы рандомизировали поликлиники на две группы: вмешательства и контроля. В поликлиниках вмешательства были прочитаны лекции по диагностике и лечению ХСН на основании международных и российских рекомендаций (рекомендаций Европейского кардиологического общества и отраслевого стандарта ведения пациентов с ХСН в РФ). На следующем этапе мы повторно анкетировали врачей и сравнивали полученные ответы с исходными.

Результаты анкетирования врачей

Главной задачей анкеты была оценка применения тех классов препаратов, которые рекомендуются для лечения ХСН: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), β -блокаторов, диуретиков, сердечных гликозидов, а также антагонистов рецепторов ангиотензина II (АТII) и антагонистов альдостерона (таблица).

При анализе частоты назначения различных **ингибиторов АПФ** было выявлено, что наиболее часто врачи применяют эналаприл — как в поликлиниках вмешательства,

Врачу первичного звена

так и в поликлиниках контроля. На втором месте по частоте назначения в поликлиниках вмешательства оказался препарат короткого действия каптоприл (18,5%); фозиноприл и периндоприл используются врачами в равной степени (7,4%). Несмотря на проведенные тренинги в поликлиниках вмешательства, 4% врачей и после этого не считают ингибиторы АПФ основными препаратами в лечении ХСН.

Утверждают, что **β-блокаторы** противопоказаны (!) пациентам с ХСН, 33% врачей в поликлиниках вмешательства и 43% в поликлиниках контроля. Большинство остальных опрошенных нами врачей отдают предпочтение гидрофильному селективному β-блокатору атенололу, эффективность и безопасность которого при ХСН не доказаны. Лишь незначительный процент врачей в поликлиниках вмешательства назначает метопролол (15%), а в поликлиниках контроля — пропранолол (7%). При повторном анкетировании 100% врачей поликлиник вмешательства и 83% врачей поликлиник контроля ответили, что используют у пациентов с ХСН β-блокаторы. Причем внутри этого класса врачи по-прежнему в большом проценте случаев выбирают атенолол, хотя в поликлиниках вмешательства чаще упоминают метопролол и бисопролол (по 20%).

Из **диуретиков** предпочтение при ХСН врачи отдают фуросемиду, на втором месте тиазидный диуретик гидрохлортиазид, а на третьем месте — комбинированный диуретик триампур. При повторном анкетирова-

нии в поликлиниках вмешательства значительно снизился процент назначений триампура (до 4%). Индапамид и верошпирон используют в своей работе не более 4% врачей.

Анализируя назначение **других лекарственных средств**, хочется отметить, что 14% опрошенных врачей в обеих группах ошибочно указывают **нитраты** как обязательные препараты в лечении ХСН независимо от наличия стенокардии. При проведении повторного анкетирования в поликлиниках вмешательства ни один из респондентов не указал нитраты как основную группу препаратов в лечении ХСН, тогда как в поликлиниках контроля 4% врачей продолжали считать эти препараты обязательными для пациентов с ХСН.

Другая часто используемая врачами при ХСН группа препаратов — **антагонисты кальция**. При наличии как ишемической болезни сердца (ИБС), так и гипертонической болезни участковые врачи часто назначают данные препараты. Менее 20% врачей в обеих группах считают, что нельзя назначать антагонисты кальция при ХСН в сочетании с гипертонической болезнью. Лишь 3% врачей считают, что эти препараты могут неблагоприятно влиять на течение ХСН у больных с сопутствующей ИБС. Зафиксирован высокий процент использования в поликлиниках вмешательства и контроля верапамила (26 и 18%) и нифедипина (33 и 36%) при первом анкетировании (оба препарата противопоказаны при ХСН). При повторном опросе частота при-

Структура назначений препаратов (% пациентов, которым назначается препарат) для лечения ХСН по данным опроса врачей

Класс препаратов	Поликлиники вмешательства		Поликлиники контроля	
	визит 1	визит 2	визит 1	визит 2
Антагонисты рецепторов АПФ	0	52	14	29
Антагонисты альдостерона	3,7	4	3,6	0
Сердечные гликозиды	88,9	96	82,2	79,2
Ингибиторы АПФ	92,6	96	82,2	95,8
β-блокаторы	66,7	100	57,2	83,3
Диуретики	100	100	100	100
Нитраты	14,8	0	14,3	4,2

менения отдельных препаратов и процент врачей, которые не используют антагонисты кальция у пациентов с ХСН, в поликлиниках контроля не изменились.

В анализ был включен еще ряд препаратов, которые, по мнению респондентов, должны использоваться в лечении ХСН: аспирин, препараты калия и триметазидин (предуктал). На первом этапе анкетирования равная доля (3%) опрошенных врачей в поликлиниках вмешательства и контроля указала эти препараты (исключение составил предуктал, который в поликлиниках контроля используют более 7%). При повторном анкетировании опрошенные врачи в обеих группах отказались от назначения аспирина. Значительно вырос процент использования предуктала, особенно в поликлиниках вмешательства (до 20%), и препаратов калия (до 8%).

Таким образом, **после проведения образовательной программы** в поликлиниках вмешательства 100% врачей стали считать необходимым назначение пациентам с ХСН β -блокаторов и диуретиков, 96% — ингибиторов АПФ и сердечных гликозидов. Ни один из опрошенных врачей не указал нитраты в качестве основного средства терапии ХСН. Изменился и состав назначаемых препаратов внутри каждого класса: врачи стали отдавать предпочтение препаратам с доказанной эффективностью и длительного действия и избегать назначения лекарств, которые могут ухудшить течение ХСН.

Структура назначений

Далее мы проанализировали медицинские карты 350 пациентов с подтвержденным диагнозом ХСН, которые наблюдались у терапевтов и кардиологов, принимавших участие в анкетировании. Целью анализа было выявление реальной структуры назначений препаратов по поводу ХСН в амбулаторной практике.

Препараты, относящиеся согласно национальным и международным рекомен-

дациям к основным группам лекарственных средств для лечения ХСН, распределились по частоте назначения врачами поликлиник следующим образом: ингибиторы АПФ — 56%; диуретики — 55%; β -блокаторы — 30%; сердечные гликозиды — 14%; антагонисты альдостерона — 10%; антагонисты рецепторов АТII — 2%.

В соответствии с национальными и международными рекомендациями по лечению ХСН **ингибиторы АПФ** показаны всем больным с этим диагнозом при отсутствии противопоказаний. Однако в нашем исследовании эти препараты были назначены 56% больных. Основную часть пациентов (29,7%) лечили эналаприлом в среднесуточной дозе 9,2 мг, а 21,4% — каптоприлом (в среднем 39 мг/сут).

β -блокаторы, согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества, должны применяться у всех пациентов с ХСН вне зависимости от стадии и функционального класса при отсутствии противопоказаний. По данным исследования β -блокаторы были назначены 106 пациентам (30%), при этом 19% больных получали атенолол в среднесуточной дозе 41 мг, 6% — метопролол (35 мг/сут), 5,7% — пропранолол (71 мг/сут). Средние дозы β -блокаторов и ингибиторов АПФ на практике составляли 20–75% от целевого уровня и за время исследования (2 года) фактически не изменились. Это обстоятельство позволяет косвенно утверждать, что на уровне амбулаторно-поликлинического звена титрование доз этих препаратов не применялось.

Диуретическая терапия в соответствии со стандартами лечения ХСН показана пациентам с I стадией только при наличии признаков декомпенсации, а пациентам со II–III стадией — в качестве поддерживающего лечения. В данном исследовании диуретики были представлены преимущественно гидрохлортиазидом (32,3% больных) в среднесуточной дозе 32 мг, фуросемидом (23,7% больных, 41 мг/сут) или их комбинацией.

Врачу первичного звена

Обращает на себя внимание низкая частота использования антагониста альдостерона: спиронолактон был назначен только 9,4% больных.

Нитраты не влияют на прогноз у пациентов с ХСН, а иногда и ухудшают его. Поэтому нитраты в комплексном лечении ХСН относятся к вспомогательным лекарственным средствам и должны применяться как можно реже. В международных и отечественных руководствах нитраты рекомендованы к применению только при выраженной стенокардии. Однако по данным проведенного исследования, 72,6% пациентов с ХСН получали нитраты, преимущественно нитросорбид и кардикет (33,4 и 18%).

Антагонисты кальция относятся к вспомогательным лекарственным средствам в лечении ХСН. Единственный антагонист кальция, который достоверно не ухудшает прогноз у больных с ХСН, — амлодипин, однако его применяют при сопутствующей стойкой артериальной гипертензии, стенокардии или выраженной клапанной регургитации. По данным нашего исследования, антагонисты кальция назначались 25,3% пациентов. Из препаратов этого класса 19,7% больных получали верапамил в среднесуточной дозе 125 мг, 21% — нифедипин (35 мг/сут), а амлодипин — только 6,8% (5,7 мг/сут).

Цитопротективная терапия, представленная триметазидином, была назначена 12,6% больных, а антиагреганты получали 48%.

Заключение

Представления участковых врачей о принципах лечения ХСН на начальном этапе исследования были далеки от современных рекомендаций экспертов. Возможная причина этого — существующая приверженность врачей к определенным группам препаратов. У врачей амбулаторного звена на фоне приобретенных ранее знаний, личного положительного опыта применения того или иного препарата, под воздействием рекламы и в зависимости от наличия

средств в льготных списках формируется определенный стереотип назначения лекарств. Проведение тренингов в ограниченной аудитории врачей служит действенным инструментом, позволяющим внедрять новые данные доказательной медицины в практическое здравоохранение.

Однако, несмотря на достигнутые определенные успехи в теоретической подготовке врачей, полученные на практике результаты были не столь впечатляющи. Более того, образовательная программа достоверно не изменила структуру назначений лекарственных средств и не привела к уменьшению назначения препаратов с недоказанной эффективностью или ухудшающих прогноз заболевания. Таким образом, проведенные мероприятия слабо способствовали повышению рациональности проводимого на практике лечения. Думается, что одна из причин этого состоит в отсутствии действенных механизмов для контроля лечения ХСН. Подобные образовательные программы могут быть успешными только в том случае, если наряду с обучением проводятся контролирующие и административные мероприятия.

Рекомендуемая литература

- Зырянов С.К., Белоусов Ю.Б. ABC/VEN-анализ: Уч.-метод. пособие. М., 2004.
- Олейниченко В.Ф., Бек С.В. Система контроля качества и эффективности медицинской помощи: Уч.-метод. пособие. Томск, 1999.
- Отраслевой стандарт “Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность”. ОСТ 91500.11.0002–2002.
- Рекомендации Европейского общества кардиологов. Экспертный комитет по разработке практических рекомендаций и проведению методических конференций с целью повышения качества лечения. Рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. 2001. Т. 1. № 6. С. 251–277.