

КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Полторацкая О.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра клинической фармакологии и терапии, Москва

Резюме

В работе путем анализа 150 амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертонией II-III степени определяли основные модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых осложнений и проверяли качество их коррекции. Среди отдельных факторов риска наиболее распространенным была дислипидемия (41,3%), которую ни один пациент не контролировал статинами.

Ключевые слова: артериальная гипертония, факторы риска, качество лечения.

Высокая смертность от сердечно-сосудистых причин в России, как и во всем мире, в значительной степени обусловлена высокой распространенностью и плохим контролем артериальной гипертензии. Помимо самой артериальной гипертензии (АГ), наличие сердечно-сосудистых факторов риска у больных АГ существенно увеличивает риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. В течение последнего десятилетия в России отмечена тенденция к увеличению летальности от сердечно-сосудистых причин. В связи с этим проблемы выявления и коррекции факторов риска у больных АГ приобрели особую актуальность [1].

Несмотря на улучшение качества лечения АГ, во всех странах низка доля больных с контролируемой АГ. В США только 27 % пациентов с АГ достигают целевого уровня АД [2], в России их доля составляет приблизительно 4% (при критерии контроля АГ уровень АД < 140/90 мм рт. ст.). Несмотря на очевидную тенденцию к уменьшению распространенности таких осложнений, как мозговой инсульт и почечная недостаточность, риск развития ИБС и ХСН остается высоким. Установлена отчетливая зависимость индивидуального прогноза от поражения органов-мишеней, спектра сопутствующих факторов риска, а также наличия сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Данные эпидемиологических исследований, проведенных в Великобритании [5] и Австралии [4] указывают, что требуемый контроль уровня АД отмечается менее, чем у 40% лиц с АГ. В Великобритании за период с 1991 по 1996 гг. не отмечено увеличения доли лиц с АГ, которые получают антигипертензивную терапию, а также лиц, у которых АД удается контролировать на уровне <160/95 мм рт. ст. [5]. Даже в клинике, специализирующейся на лечении АГ (Glasgow Blood Pressure Clinic), только у 32% лечившихся больных АГ мужского пола удавалось добиться снижения диастолического АД до целевого уровня — <90 мм рт. ст.

Таим образом, проблема улучшения качества лечения больных АГ продолжает быть одной из важных и нерешенных проблем современной кардиологии.

Цель исследования состояла в оценке качества коррекции модифицируемых факторов риска у больных артериальной гипертонией и риском сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы

Методом случайной выборки по материалам Центральной поликлиники МПС №2 был проведен анализ 150 амбулаторных карт больных АГ II и III степени — 97(64,6%) и 53(35,3%), соответственно, и высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, определяемого путем анкетирования больных, чьи карты были выбраны.

Из 150 больных мужчин было 45, женщин — 105, возраст — от 30 до 75 лет (в среднем — $55,7 \pm 8,1$); давность АГ варьировала от 2 до 30 лет, в среднем — $10,2 \pm 8,2$ года.

Этим же методом осуществлялся и анализ качества медикаментозного лечения и контроля АГ (какие препараты применялись за последние 3 месяца, регулярность приема, частота контроля АД). Выясняли сведения о количестве выкуриваемых сигарет, употреблении алкоголя. Клиническая характеристика исследуемых пациентов представлена в табл. 1.

Проводился анализ ЭКГ с оценкой гипертрофии левого желудочка по индексу Соколова-Лайона $Sv1 + Rv5$ (или $V6$) >3,5 мВ, метаболических показателей: холестерина, β -липопротеидов (ЛПНП), триглицеридов.

Результаты и обсуждение

В процессе анализа амбулаторных карт были определены основные, общие для всех 150 пациентов с АГ, шесть факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые представлены на диаграмме (рис. 1). Приведенная диаграмма достаточно убедительно

Таблица 1

Клиническая характеристика исследуемых пациентов

Данные анамнеза	Количество	%
Возраст (годы)	55,7±8,1	
Давность АГ (годы)	10,2±8,2	
Тяжесть АГ:		
II степени	97	64,6
III степени	53	35,3
Изолированная систолическая гипертензия	19	12,6
Сопутствующие заболевания:		
постинфарктный кардиосклероз	1	1
стенокардия	22	14,6
перенесенный инсульт	4	2,6
Избыточная масса тела	5	3,3
Ожирение	13	8,6
ГЛЖ	93	62

Обозначения: ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка.

тельно иллюстрирует выявленные факторы и позволяет видеть, что преобладающим, наиболее распространенным фактором риска у пациентов с АГ и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений является дислипидемия (41,3%).

Сочетание различных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и/или сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний представлено в табл. 2.

В результате анализа амбулаторных карт выяснилось, что сердечно-сосудистые осложнения развились у пациентов с АГ давностью от 12-25 лет, которые не контролировали АГ и получали неадекватную гипотензивную терапию: у четырех пациентов — инсульт и у одного пациента — инфаркт миокарда.

Результаты оценки качества лечения представлены в табл. 3.

В результате опроса выяснилось, что 28,5% пациентов не получают медикаментозную терапию, 42,8% пациентов получают неадекватную и эпизодическую терапию, в том числе-адельфаном и только 28,7% лечатся современными антигипертензивными препаратами: ИАПФ, β-адреноблокаторами, диуретиками.

В результате анализа амбулаторных карт и опроса пациентов выяснилось, что прием антигипертензивных препаратов осуществлялся, в основном, в период пребывания пациента в стационаре или во время нахождения его на больничном листе, т.е. в период обострения заболевания.

У больных с АГ II ст. имелись обострения (нахождение на больничном листе) 1-2 раза в год, с III ст. — 2-3 раза в год.

Причиной обращения больных с АГ в поликлинику является систолическое АД ≥ 170-180 мм рт.ст.

Даже во время выявленного врачом высокого АД пациенты часто отказывались от систематического

Таблица 2

Доля больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

Факторы риска, заболевания	Число больных	
	п	%
Сахарный диабет + дислипидемия	5	3,3
Ожирение+дислипидемия	15	10
ИБС+дислипидемия	15	10
Перенесенный инсульт+дислипидемия	2	1,3
ИБС+сахарный диабет	3	2
ИБС+сахарный диабет +дислипидемия	3	2
Постинфарктный кардиосклероз + гиперлипидемия	1	1
Сердечно-сосудистые осложнения (в анамнезе)		
ИБС, все формы	22	14,6
ОИМ	1	1
ОНМК	4	2,6

Сокращения: ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ОИМ — острый инфаркт миокарда.

Таблица 3

Результаты оценки качества медикаментозного лечения пациентов с АГ в амбулаторных условиях

Прием препаратов	% больных получающих терапию
ИАПФ	21,3
β-адреноблокаторы	21,3
Диуретики:	
фуросемид	3,3
гипотиазид	7,1
Антагонисты кальция	4
Адельфан	42,8
Не получали медикаментозную терапию	28,5

лечения или коррекции как медикаментозной, так и немедикаментозной терапии под наблюдением врача.

Несистематический контроль АД (а нередко — и отсутствие такового) у 92% пациентов в исследуемой группе, вероятно, объясняется недостаточной информированностью о серьезных последствиях заболевания и невыполнением ими предписаний врача, т.е. низкой комплаентностью, под которой подразумевается степень выполнения больными врачебных рекомендаций или, иначе говоря, приверженность самого больного к лечению [5].

Такие результаты приближены к уровню контроля АД в США до введения программы обучения пациентов и работников здравоохранения “The National High Blood Pressure Education Program (NBPPEP)” в 1972 году, целями которой было распространение информации о необходимости выявления оценки тяжести и лечения АГ [6].

Фремингхамское исследование показало, что доля больных, контролируемых АГ, пропорциональна доле больных, осведомленных о наличии у них АГ. Так, в 1971-72 гг. АГ контролировало лишь 16% насе-

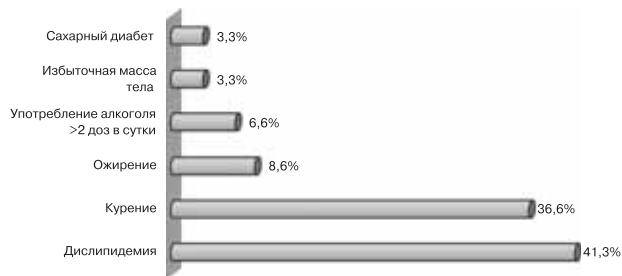


Рис. 1. Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертензией.

ления, в 1974–75 гг. — уже 20%, а 36% не знали о наличии у них артериальной гипертензии и 44% не принимали медикаментозных препаратов. В 1976–80 гг. количество пациентов с контролируемой АГ увеличилось до 34%, также снизилось количество пациентов, которые не знали о наличии у них АГ — до 27%, а количество неконтролирующих АГ составило 39% [7]. К 1988–91 гг. значительно (до 55%) увеличилась доля больных, контролирующих АГ, 29% не контролировали АГ и лишь 16% не знали о наличии у них АГ [9].

Хотя длительное время считалось, что значимым фактором риска ИБС является повышение АД до цифр $>160/95$ мм рт.ст., особенно при сочетании АГ с другими факторами риска (повышение уровня липопротеидов низкой плотности, курение сигарет, сахарный диабет), в последние годы стало очевидным, что и меньшая степень АГ ($АД < 140/90$ мм рт.ст.) существенно увеличивает риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, прежде всего

инфаркта миокарда и мозгового инсульта [8].

По данным проведенного нами анализа, дислипидемия является самым распространенным фактором риска. Следует отметить, что никто из исследуемых пациентов не применял статины для коррекции дислипидемии. Исследование ХС ЛПНП в амбулаторных условиях не проводилось.

Традиционно, особо важное значение как ведущему фактору клинического диагноза АГ, придавалось диастолическому АД. Однако, данные Фремингемского исследования показали, что повышение систолического АД является более значимым фактором риска, по сравнению с диастолическим [7]. Случаи сердечно-сосудистых заболеваний были пропорциональны уровню систолического давления крови. Успешное лечение систолической гипертензии во Фремингемском исследовании показало, что у пожилых людей оно на 27% коррелировало со снижением коронарных осложнений — инфаркта миокарда, коронарной болезни сердца [9].

Выводы

1. У большинства пациентов с артериальной гипертензией и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений в амбулаторных условиях осуществляется плохой контроль АГ (92%).

2. Для достижения целевого уровня АД у пациентов с артериальной гипертензией необходимо не только подобрать адекватную антигипертензивную терапию, но и повысить комплаентность пациентов, что приведет к повышению эффективности и качества как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения — воздействия на модифицируемые

Литература

1. Кобалава Ж.Д., Ю.В. Котовская, Л.А. Склизкова, О.А. Асеева. Первые результаты научно-практической Российской программы АРГУС // Кардиология 2000; 12:65–68.
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // Arch. Intern. Med. 1997; 157: 2413–46.
3. Кобалава Ж.Д. Международные стандарты лечения артериальной гипертензии: согласованные и несогласованные позиции/Труды первого международного форума “Кардиология-99”-1999: 208–209.
4. Bennett S.A., Magnus P. Trends in cardiovascular risk factors in Australia. Results from the National Heart Foundation’s Risk Factor Prevalance Study, 1980–1989 // Med.J.Australia. 1994; 161: 519–527.
5. Kynas I.I. Compliance of patients with hypertension and associated factors // J. Adv.Muro. 1999, 39(4); 832–839. ?
6. Frohlich E.D. The necessity for recognition and treatment of patients with “mild” hypertension // Am. J. Coll. Cardiol. 1999, 34(5): 1369–1377.
7. Kannel W.B., Wolf P.A., Garrison R.J. Section 34: Some risk factors related to the annual incidence of cardiovascular diseases and death using pooled repeated biennial measurements: Framingham Heart Study, 30-year follow-up.: National Technical Informations Service; 1987.
8. Peter W.F. Wilson M.D. An Epidemiologic Perspective of Systemic Hypertension, Ischemic Heart Disease and Heart failure // Am.J.Cardiol. 1997. - Vol. 80 — P. 3J–8J.
9. Kannel W.B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment // Jama. 1996, 275:1571–1576.

Abstract

Prevalence of modifying risk factors and quality of its correction were studied in 150 patients with arterial hypertension II–III stage. Study revealed poor blood pressure control, high prevalence of risk factor and insufficient quality of its correction. The most frequent risk factor was dislipidemia in 41,3% of patients. There were no patients with control of dislipidemia by statins.

Keywords: arterial hypertension, risk factors, quality of treatment.

Поступила 4/06-2003