

Комплаинс больных и эффективность различных ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в амбулаторном лечении артериальной гипертонии



С.И. Дроздецкий, Е.М. Каулина, Л.А. Киселева

Военно-медицинский институт ФСБ России, г. Нижний Новгород

Артериальная гипертония (АГ) оказывает большое влияние на состояние здоровья, продолжительность и качество жизни пациентов. Болезнями системы кровообращения обусловлено 56% общей смертности населения Российской Федерации, причем ее основные причины — **ишемическая болезнь сердца (ИБС)** и мозговой инсульт. Снижение **артериального давления (АД)** до оптимального уровня оказывает неоспоримое положительное влияние на риск сердечно-сосудистых осложнений, что подтверждает необходимость адекватной **антигипертензивной терапии (АГТ)**.

Несмотря на то, что многоцентровые плацебоконтролируемые исследования доказали способность АГТ предотвращать осложнения АГ, длительная АГТ в амбулаторных условиях характеризуется средним и низким уровнем **приверженности (комплаинса)** пациентов. Только 78% больных АГ продолжают АГТ через 1 год от начала лечения, а через 4,5 года этот показатель составляет всего 46%. Пациенты с впервые выявленной АГ прекращают лечение чаще, чем длительно болеющие. Нередко причины невысокой эффективности АГТ скрываются в низкой приверженности пациентов к лечению, в частности при использовании нескольких антигипертензивных препаратов.

При изучении приверженности пациентов к лечению различными группами анти-

гипертензивных препаратов было обнаружено, что комплаинс убывает в следующей последовательности: **ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)**, блокаторы рецепторов ангиотензина, антагонисты кальция, β -адреноблокаторы, диуретики.

Сложность выполнения врачебных рекомендаций действительно сказывается на комплаинсе. Врачи часто назначают несколько препаратов по сложной схеме, и пациенту трудно следовать этим рекомендациям. Для пациента с АГ оптимальное лечение — то, которое позволяет контролировать АД и не нарушает качество жизни. Отказ от необязательных препаратов и упрощение схемы приема — важные пути повышения приверженности больных к АГТ.

Многие пациенты негативно относятся к препаратам короткого действия, которые необходимо принимать несколько раз в день. Меньше всего пропусков в приеме препаратов наблюдается, когда эти препараты в течение длительного времени можно принимать 1–2 раза в сутки. Увеличение приверженности к терапии антигипертензивными препаратами последних генераций связано не только со снижением риска нежелательных эффектов, но и с пролонгированным терапевтическим действием, которое делает возможным прием препаратов всего **1 раз в сутки**. Существует достаточно доказательств того, что прием препаратов

однократно в сутки сопровождается лучшим комплайнсом, чем двукратный (и тем более многократный) прием. Предписанный режим АГТ соблюдают при однократном приеме препарата в сутки 78,2% пациентов, при двукратном — 76,6%, при трехкратном — 69,3%, при четырехкратном — 59%.

В исследовании с электронным мониторингом комплайнса было показано, что при однократном приеме препарата в сутки хорошая приверженность к лечению (с соблюдением интервала между дозами 24 ± 6 ч) может быть достигнута у 49% больных, тогда как при двукратном приеме хороший комплайнс (соблюдение интервала 12 ± 3 ч) достигается лишь у 5% больных. Даже если не учитывать соблюдение интервала между дозами, доля больных, которые действительно принимают в течение 4 нед препарат, назначенный дважды в сутки, составляет 45%, а при однократном приеме — 70%.

Среди пациентов, которым в качестве начальной АГТ были назначены α -адреноблокаторы, соблюдали предписания врача 11%, ИАПФ — 44,3%, периферические вазодилататоры — 45%, тиазидные диуретики — 45,5%. Данные клинических исследований показывают, что **самостоятельная отмена** пациентом АГТ после 6 мес от ее начала происходит: в 15% случаев при назначении ИАПФ, 15–20% — диуретиков, 20–25% — β -адреноблокаторов, около 20% — при назначении антагонистов кальция. Препараты для АГТ должны иметь помимо высокой антигипертензивной эффективности хорошую переносимость и удобный режим дозирования. Если в результате проводимой терапии ухудшается качество жизни, то полезность такого лечения для больного существенно снижается, и наоборот, улучшение качества жизни мотивирует больных к продолжению АГТ.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и влияния на приверженность к терапии ИАПФ периндоприлом (Престариумом) у больных АГ

старше 55 лет, находящихся на амбулаторном лечении. Выбор препарата был обусловлен подтвержденной в многочисленных исследованиях высокой антигипертензивной активностью периндоприла в течение 24 ч при однократном приеме в сутки, а также безопасностью применения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы

Нами был проведен анализ данных по Нижегородскому региону, полученных в исследовании Российской многоцентровой научно-практической программы “АРГУС” — “Улучшение выявления, оценки и лечения Артериальной Гипертензии У пациентов Старше 55 лет” (Моисеев С.В., Кобалава Ж.Д.). Целью служила оценка влияния ИАПФ Престариума на клиническое течение и отдаленные исходы АГ у больных старше 55 лет, а также приверженности к терапии и ее переносимости в амбулаторной практике. Продолжительность наблюдения составила 12 мес.

В Нижнем Новгороде в исследование было включено 200 пациентов старше 55 лет с систоло-диастолической АГ. Отбор пациентов проводился методом случайной выборки из числа больных АГ, обратившихся в поликлиники Нижнего Новгорода за 1,5 мес до начала исследования.

Пациенты были рандомизированы на две группы. Всем пациентам группы “П” назначали ИАПФ Престариум в дозе 4–8 мг (в зависимости от исходного уровня АД) однократно в сутки. В группе “Д” пациенты получали препараты ИАПФ эналаприла в дозе 5–10 мг дважды в сутки (доза определялась исходным уровнем АД). Помимо ИАПФ в состав комбинированной антигипертензивной терапии входили β -адреноблокаторы, антагонисты кальция и диуретики или их сочетания. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии и АГТ (таблица).

Клиническая оценка состояния пациентов проводилась через каждые 3 мес в течение периода наблюдения. Эффект АГТ оценивался по уровню АД через каждые 3 мес и по числу госпитализаций, связанных с сердечно-сосудистой патологией, в течение 12 мес исследования.

Приверженность к лечению определялась по авторской методике, основанной на результатах опроса пациентов по трем разделам:

- контрольные явки;
- медикаментозная терапия;
- немедикаментозная терапия.

Максимальное количество баллов по каждому разделу — 100. Пациент считался приверженным к терапии, если сумма баллов по каждому разделу составляла ≥ 40 .

Результаты исследования

На фоне терапии Престариумом наблюдался хороший антигипертензивный эффект у всех пациентов. В целом по группе “П” через 3 мес лечения отмечалось снижение как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД) по сравнению с исходным уровнем и с группой пациентов “Д” (рис. 1). Антигипертензивный эффект Престариума сохранялся на протяжении всего срока наблюдения: через 12 мес уровень САД в группе “П” снизился в среднем до 144 мм рт. ст., а уровень ДАД — до 81 мм рт. ст.

По результатам проведенного анализа пациенты группы “П” оказались более приверженными к терапии по сравнению с пациентами группы “Д” только по показателю регулярности медикаментозной терапии — соответственно 100 и 70 баллов; $p < 0,05$ (рис. 2).

Другими словами, пациенты, получавшие Престариум, хуже соблюдали немедикаментозные рекомендации и реже являлись на контрольные визиты. Несмотря на это, более высокая приверженность к медикаментозной терапии у пациентов группы “П” (постоянный прием препарата) приве-

Распределение пациентов в группах по полу, возрасту, сопутствующей патологии и АГТ

Характеристики групп	Группа	
	“П”	“Д”
Число пациентов		
всего	91	109
мужчин	15	47
женщин	76	62
Средний возраст, годы	62,6	63,9
Сопутствующая патология, %		
ИБС	34,1	40,1
сахарный диабет II типа	7,7	8,3
АГТ, %		
монотерапия ИАПФ	17,6	19,3
β -адреноблокаторы*	19,8	31,2
диуретики*	68,1	65,1
антагонисты кальция*	9,9	13,8

* В составе комбинированной терапии.

ла к тому, что за 12 мес наблюдения в этой группе было отмечено только 2 случая госпитализации: по поводу гипертонического криза — 1, нефатального мозгового инсульта — 1. В группе “Д” стационарное лечение требовалось значительно чаще (14 случаев): по поводу ИБС — 7 случаев, гипертонического криза — 2, мозгового инсульта — 4 (1 летальный исход), инфаркта миокарда — 1 (летальный исход). Оценка отдаленных результатов в этих группах показала значительное снижение относительного риска в группе

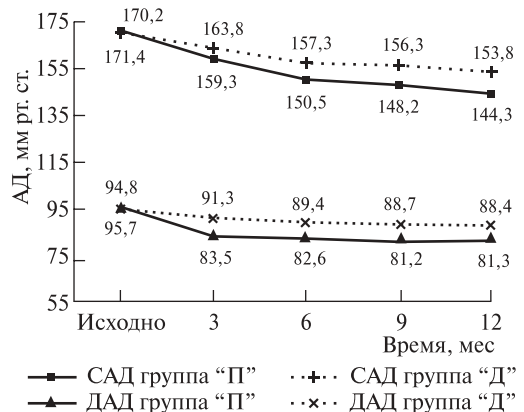


Рис. 1. Динамика САД и ДАД в группах в ходе исследования.

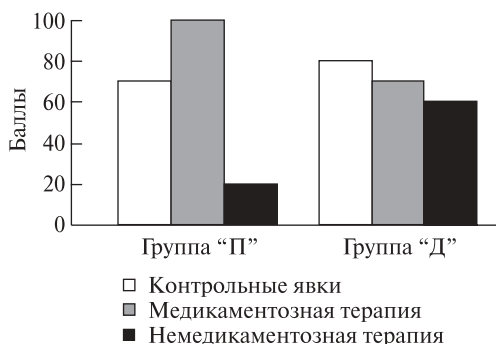


Рис. 2. Комплаинс пациентов групп "П" и "Д".

Престариума по всем сердечно-сосудистым точкам, по мозговому инсульту и по инфаркту миокарда.

Таким образом, по результатам нашего исследования Престариум эффективно контролирует уровень АД: целевой уровень ДАД 81 мм рт. ст. был достигнут к концу годичного периода лечения. Постоянный прием препарата позволил предотвратить за 12 мес наблюдения основные сердечно-сосудистые осложнения АГ (особенно коронарные инциденты) и снизить смертность от них. Кроме того, Престариум безопасен, хорошо переносится больными, прост в употреблении и достоверно повышает комплаинс по сравнению с группой больных, принимавших другие ИАПФ. Следует отметить зарегистрированные нами коронаропротективные свойства Престариума (способность предупреждать "обострения" ИБС), впервые продемонстрированные в исследовании EUROPA.

Рекомендуемая литература

Аронов Д.М., Оганов Р.Г. Кардиологическая реабилитация в России – проблемы и перспективы // Российский кардиологический журнал. 2000. № 3. С. 4–13.

Дроздецкий С.И., Каулина Е.М., Бритов А.Н. Пути повышения эффективности лечения артериальной гипертонии у больных старше 55 лет в условиях амбулаторной практики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. № 3. С. 31–36.

Каулина Е.М. Пути оптимизации контроля артериальной гипертонии у лиц старше 55 лет в условиях поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород, 2003.

Кобалава Ж.Д. Международные стандарты по артериальной гипертонии: согласованные и несогласованные позиции // Кардиология. 1991. № 11. С. 78–91.

Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И. и др. Качество жизни больных с эссенциальной артериальной гипертензией // Международный. мед. журн. 1999. № 2. С. 11–15.

Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. АРГУС. Артериальная гипертония у лиц старших возрастных групп. М., 2002.

Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Нестерова М.В. и др. Артериальная гипертензия у больных пожилого возраста // Кардиология. 1999. № 5. С. 81–82.

Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. Прил. С. 5–16.

Caro J.J., Jackson J., Speckman J. et al. Compliance as a function of initial choice of antihypertensive drug // Amer. J. Hypertens. 1997. V. 10. Abstr. 141.

Compliance with pharmacological treatment // Medicina (B.Aires). 1997. V. 7. P. 111–113.

EUROPA Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease (The EUROPA study) // Lancet. 2003. V. 362. P. 782–788.

Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S.G. et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial // Lancet. 1998. V. 351. P. 1755–1762.

Lee J.Y., Kusek J.W., Greene P.G. et al. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study // Amer. J. Hypertens. 1996. V. 9. P. 719–725.

Oelzner S., Bransstadt A., Hoffmann A. Correlations between subjective compliance, objective compliance, and factors determining compliance in geriatric hypertensive patients treated with triamterene and hydrochlorothiazide // Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. 1996. V. 34. P. 236–242.