

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АГ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мальчикова С.В.*, Тарловская Е.И.

Кировская государственная медицинская академия, Киров

Резюме

Работа предпринята с целью проанализировать тактику достижения целевого АД в условиях поликлиники и стационара. Проанализированы 60 амбулаторных карт больных АГ в поликлиниках города и 40 госпитальных историй болезни. Целевой уровень АД имеют 6,7% пациентов, посещающих поликлинику. Несмотря на то, что 93,3% больных нуждались в усилении антигипертензивной терапии, только у 37% больных были сделаны попытки оптимизации лечения (повышение дозы и/или назначение комбинированной терапии). Среднее число принимаемых препаратов в течение контролируемого года не только не изменилось, но и уменьшилось. Среди назначаемых препаратов недостаточно часто назначались тиазидные диуретики (ТД) и антагонисты кальция (АК). К концу года только у 15% больных удалось достичь целевого уровня АД. Смена терапии у больных, достигших и не достигших целевого АД, колебалась от 0 до 14, в среднем — 3,8 за год, в основном за счет «неправильных» изменений. Успешно лечившиеся больные чаще принимали иАПФ в комбинации с ТД. Основным поводом к госпитализации послужила неконтролируемая АГ (67,5%) вследствие нерегулярного приема лекарственных препаратов (в 64,9% случаев). За время лечения в стационаре у 97,5% больных удалось достичь целевого уровня АД в среднем на 9 день госпитализации. В стационаре сразу после поступления большинство больных получали комбинированную терапию, включающую 3 лекарства с привлечением ТД и АК. Проведенный ABC/VEN-анализ выявил недостаточное использование жизненно необходимых препаратов и превышение числа второстепенных лекарственных средств в 3 раза.

Проведенное исследование еще раз подтвердило возможность достижения целевого АД у больных АГ высокого и очень высокого риска, а также выявило реальные ошибки в тактике амбулаторного ведения пациентов, являющиеся причиной крайне низких показателей контролируемой АГ у этой категории больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, целевое АД, амбулаторная и госпитальная тактика лечения.

Последнее десятилетие характеризуется изменением подходов к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний [1,2,3]. Обновленное руководство по ведению артериальной гипертензии (АГ) 2007 года придает особое значение оценке общего кардиоваскулярного риска и подчеркивает первостепенную важность достижения целевого артериального давления (АД), особенно в группах высокого риска [2]. Следует отметить, что граница АД для начала лечения и цели терапии изменились. У пациентов с высоким риском лекарственная терапия показана и при АД < 140/90 мм рт. ст. (то есть нормотензивных пациентов), а целевой уровень АД снижен до < 130/80 мм рт. ст. (для него сегодня накоплена наибольшая доказательная база). В программу лечения этих больных необходимо включать антитромботические препараты и статины.

Ряд исследований продемонстрировал крайне низкие показатели контролируемой АГ у больных высокого риска [4,5]. К последствиям неоптимальной терапии могут быть отнесены и высокая частота госпитализаций по поводу обострения АГ и гипертонических кризов, консультаций другими специалистами — параметров, определяющих экономические затраты на лечение АГ [6]. Высокая частота госпитализаций по поводу АГ ставит вопрос об углубленном изучении проблемы амбулаторной и госпитальной тактики лечения АГ.

Цель работы — проанализировать тактику достижения целевого АД у больных высокого риска в условиях поликлиники и стационара.

Материал и методы

Для анализа тактики врача поликлиники были случайным образом отобраны 60 амбулаторных карт пациентов (средний возраст — $59,2 \pm 10,8$ года), посетивших врача по поводу АГ не менее 3 раз в течение года. Из них — 9 мужчин и 51 женщина. В стационаре по протоколу исследования были отобраны 40 историй болезни пациентов с АГ (возраст — $57,7 \pm 9,7$ года), госпитализированных в терапевтическое или кардиологическое отделение с 10.01 по 10.03.2006 и способных предоставить информацию о частоте посещения врача поликлиники и назначенном лечении. Из них — 27 мужчин и 17 женщин.

Амбулаторные карты и истории болезни анализировались по специально разработанным анкетам. Обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ «Primer of Biostatistics Version 4.03 by Stanton A. Glantz». Достоверность различий средних величин рассчитывали с помощью критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Таблица 1

Клиническая характеристика амбулаторных пациентов

Характеристика	Показатель
Наличие факторов риска:	
Возраст (>55 лет у мужчин, > 65 лет у женщин)	21 (35%)
Курение	2 (3,3%)
Абдоминальное ожирение	42 (70%)
Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых осложнений	27 (45%)
Дислипидемия	51 (85%)
Поражение органов-мишеней:	
ГЛЖ –ЭКГ	24 (40%)
ГЛЖ-ЭхоКГ	42 (70%)
Незначительное повышение креатинина сыворотки (у муж. – 115-133, у жен. – 107-127 мкмоль/л)	4 (6,7%)
Признаки атеросклеротического поражения магистральных сосудов (ТИМ сонной артерии > 0,9мм)	12 (20%)
Сахарный диабет	11 (18,3%)
Ассоциированные клинические состояния:	
Анамнез инсульта	4 (6,7%)
Анамнез транзиторной ишемической атаки	1 (1,7%)
Анамнез инфаркта миокарда	5 (8,3%)
Стенокардия	6 (10%)
Хроническая почечная недостаточность (креатинин сыворотки у муж. >133, у жен. > 124 мкмоль/л)	1 (1,7%)
Поражение периферических артерий	2 (3,3%)
Ретинопатия: геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва	1 (1,7%)

Таблица 2

Терапия больных АГ при первом обращении в поликлинику в контролируемом году

Степень АГ на момент анализа	%	Монотерапия (%)	Комбинированная терапия (%)		
			2 препарата	3 препарата	4 препарата
1 степень	26,7	31	38	31	-
2 степень	53,3	38	44	12	6
3 степень	13,3	13	62	25	-
Норм. АД	6,7	50	50	-	-

Результаты

При анализе амбулаторных карт по социальным параметрам выяснилось, что начальное образование имеют 3 больных; среднее – 13; среднее специальное – 31; высшее – 13. Работают 38 человек; на пенсии – 42; на инвалидности – 16; имеют льготы – 13. Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Большинство больных АГ имели очень высокий и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (42 и 53% больных соответственно); средний – у 5% больных [3].

Установлено, что при первом обращении в поликлинику в контролируемом году целевой уровень АД имели всего 6,7% пациентов. Терапия, которую пациенты получали на тот момент, представлена в табл. 2.

Как видно из представленных данных, частота использования комбинированной терапии составила 50-87%. При этом отчетливо видно несоответствие количества назначаемых препаратов степени повышения АД. Согласно современным рекомендациям по лечению АГ, начиная со 2 степени повышения АД, необходимо назначение 2-компонентной терапии, а 3 степень АГ требует, как правило, комбинации из 3

препаратов. В реальной практике оказалось, что больным АГ с 2 степенью повышения АД в 38% случаев проводят монотерапию, а больным с 3 степенью повышения АД только в 25% случаев назначают адекватную комбинацию 3 препаратов. Таким образом, на старте гипотензивной терапии % ошибки составляет 38% для АГ 2 степени и 75% для АГ 3 степени.

При оценке тактики врача в течение года выяснилось, что у 15% пациентов лечение вообще не изменялось; увеличивались дозы препарата только у 37% больных; назначалась комбинированная терапия только у 37%; очень часто производилась замена препарата на другой такого же класса – 38% случаев или просто замена торгового названия препарата – 40% случаев; в 10% случаях доза снижалась (рис.1).

Таким образом, несмотря на то, что 93,3% больных нуждались в усилении антигипертензивной терапии, только у 37% больных были сделаны попытки оптимизации лечения (повышение дозы и/или назначение комбинированной терапии).

Среднее число принимаемых препаратов исходно составило $1,85 \pm 0,84$, через 1 год – $1,90 \pm 0,84$. Среди больных, которые должны достигнуть АД < 130/80 количество препаратов достоверно уменьшилось (!) за год с $2,27 \pm 0,77$ до $1,91 \pm 0,83$ ($p < 0,05$); число боль-

Таблица 3

Частота использования различных групп препаратов при лечении больных АГ

Группы препаратов*	Назначаемые препараты
Ингибиторы АПФ	73% – эналаприл
β – блокаторы	72% – метопролола тартрат; 16% – атенолол
Антагонисты Ca ²⁺	75% – нифедипин ретард
Диуретики	77% – индапамид
Центрального действия	1 больной – клофелин
Блокаторы рецепторов к АТ2	нет

Примечание: * препараты-дженерики (87%).

Таблица 4

Режимы терапии в стационаре

	Монотерапия (%)	Комбинированная терапия (%)			
		2 препарата	3 препарата	4 препарата	5 препаратов
При поступлении	12,5	35	42,5	10	-
При выписке	5	32,5	37,5	22,5	2,5

Таблица 5

Частота использования различных групп препаратов при лечении больных АГ в стационаре

Группы препаратов*	Назначаемые препараты
Ингибиторы АПФ	31% – эналаприл, 24% – периндоприл, 24% – лизиноприл
β – блокаторы	42% – метопролола тартрат; 42% – бисопролол
Антагонисты Ca ²⁺	90% – амлодипин
Диуретики	86% – индапамид (80% – индапамид ретард)

Примечание: * препараты-дженерики (46%).

ных с целевым уровнем АД < 140/90 составило 1,76±0,83 и 1,90±0,85 соответственно.

Среди назначаемых препаратов (рис.2) 61,7% исходно и 76,7% в конце года приходилось на долю ингибиторов АПФ (иАПФ); 43,3 и 36,7% – тиазидных диуретиков (ТД); 41,7 и 48,3% – бета-блокаторов (ББ); 26,7 и 28,3% – антагонистов кальция (АК).

Обращает на себя внимание низкая частота назначения ТД и АК, недостаточное использование эффективной комбинированной терапии, в том числе фиксированных комбинаций, значительная доля нерациональных комбинаций (иАПФ + ББ), отсутствие антагонистов рецепторов к ангиотензину 2 – одной из наиболее перспективных групп в лечении АГ.

Детальный анализ групп гипотензивных препаратов показал, что характеристика их составляющих далека от идеала (табл. 3).

Среди назначаемых иАПФ предпочтение отдавалось эналаприлу; в группе ББ – метопрололу тартрату, в 16% случаев встречался атенолол. В структуре АК самыми назначаемыми были различные препараты нифедипина-ретард. Лекарства с фиксированными комбинациями получали всего 5% больных.

На фоне такого лечения к концу контролируемого года только у 15% больных удалось достигнуть целевого уровня АД, а среди больных с СД – у 9%.

Какие же факторы определили эффективность лечения?

- Частота визитов к врачу в течение года (рис. 3). Больные, достигшие целевого уровня АД, в 2 раза чаще посещали врача, чем те, кто его не достиг (8,3±2,9 и 4,2±1,6, p<0,001).

Вместе с тем, при более детальном анализе выяснилось, что частота визитов к врачу улучшала эффективность терапии только в группе больных – льготников, а у пациентов, не получающих бесплатных лекарств, связь между частотой визитов и достижением целевого уровня АД отсутствовала (рис.4).

- Количество назначаемых препаратов. Достижению целевого АД способствовало использование комбинированной терапии. Среднее количество лекарственных средств в группе больных, достигших целевого АД, было достоверно больше (2,5 препарата против 1,8; p<0,05).

- Спектр назначаемых препаратов (рис.5).

Так, успешно лечившиеся больные чаще принимали иАПФ (100% против 73% пациентов, не достигших целевого АД) в комбинации с ТД (67 против 31%).

Частота назначения статинов у больных АГ в среднем составила 20%, в том числе у больных с дислипидемией – 23%, с сахарным диабетом 2 типа – 27%. Эти цифры ничтожно малы, учитывая то, что 95% больных

Таблица 6

Распределение лекарственных средств по классам и соотношение затрат на их приобретение

Классы	Процент от общего количества препаратов		Процент от общей стоимости закупок за год	
	по условию	реально	по условию	реально
A	10-20	25,7	70-80	79,7
B	10-20	22,9	15-20	15
C	60-80	51,4	5-10	5,3

Таблица 7

Сопоставление данных ABC и VEN-анализа

VEN-анализ ABC-анализ	V	E	N	Распределение по стоимости
A	22,1	1,4	2,1	25,7
B	12,9	3,6	6,4	22,9
C	12,9	17,9	20,7	51,4
Процент обеспечения групп препарата-ми VEN	47,8 Должно быть 60%	22,9 Д. б. 30%	29,3 Д.б. < 10%	100

нуждаются в их назначении (имеют высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений).

При анализе историй болезни больных в стационаре, выяснилось, что в структуре госпитализированных больных были 23 работающих и 23 пенсионера; на инвалидности — 6 человек; имеют льготы — 6.

Поводом для госпитализации послужила неконтролируемая АГ — у 67,5% больных; гипертонический криз — у 30%; рефрактерная АГ — у 2,5% пациентов. При этом предшествующую терапию получали 92,5% больных, из них большинство — нерегулярно (64,9%). Получается, что основным поводом к госпитализации послужила неконтролируемая АГ вследствие нерегулярного приема лекарственных препаратов.

За время госпитализации уровень АД достоверно снизился с 172,9/101,5 мм рт. ст. до 126,9/79,9 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Причем у 97,5% больных удалось достичь целевого уровня АД в среднем на 9 день госпитализации. Продолжительность госпитализации в среднем составила $16,4 \pm 2,8$ дней.

Возникает вопрос: почему же за 9 дней в стационаре удалось достичь целевого уровня АД, а за год амбулаторного лечения — нет? Какие отличия в тактике врача стационара и поликлиники?

Режимы назначаемой терапии представлены в табл. 4.

Среднее количество гипотензивных препаратов к концу пребывания в стационаре значительно увеличилось (с 1,9 на амбулаторном этапе до 2,45 при поступлении и до 2,85 при выписке). Основная особенность лечения в стационаре заключалась в том, что сразу после поступления большинство больных начинали получать комбинированную терапию, включающую 3 лекарства. В процессе лечения доля монотерапии становилась еще меньше, чаще использовались 3-х и 4-х компонентные комбинации. Самыми часто назначаемыми препаратами в стационаре (рис.6) были ТД; частота их назначения при поступлении составила 88%, при выписке — 95%. Кроме того, врачи стационаров часто добавляли к иАПФ антагонисты калия: при поступлении — 25%, при выписке — уже 45%. Практически

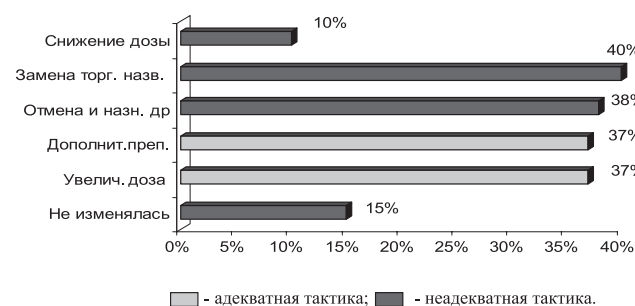


Рис. 1. Тактика врача поликлиники в течение года.

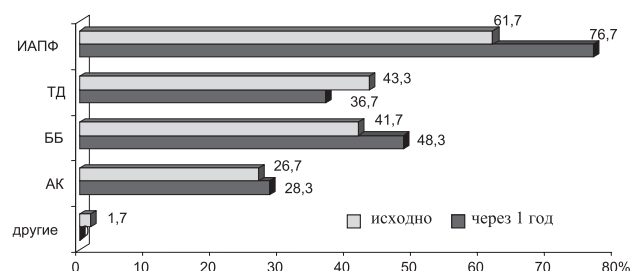


Рис. 2. Спектр назначаемых препаратов.

не изменялась частота назначений иАПФ (соответственно, 73 и 80%) и ББ (60% и 58% соответственно).

Таким образом, частота рациональной комбинированной терапии, включающая ТД и иАПФ, достигла к моменту выписки 80%, в 45% случаев назначались АК (рис. 6).

Спектр используемых гипотензивных препаратов отличался от получаемых в амбулаторных условиях (табл. 5).

Обращает на себя внимание более частое назначение оригинальных лекарственных средств (54%).

В структуре назначаемых иАПФ заметно увеличилась доля периндоприла и лизиноприла; в группе ББ конкуренцию метопрололу тартрату составил бисопролол (конкор). 90% из назначаемых АК — это препараты амлодипина (в основном, нормодипин). ТД в подавляющем большинстве были представлены арифоном ретард. Частота назначения статинов в стационаре составила 72,5%.

Для определения рациональности использования лекарственных средств в условиях поликлиники был проведен ABC-VEN — анализ на основе данных за 2006 год из 30 амбулаторных карт.

Всего в списке назначаемых лекарственных средств оказалось 140 торговых наименований, среди них довольно много — 13 лекарств — имели общее международное наименование, под которым значилось от 2 до 5 торговых.

При распределении по системе VEN (рис.7) в группу V (жизненно важные, необходимые для спасения и поддержания жизни) вошли 67 (47,8%) препаратов. В группу E (средства, необходимые для лечения менее опасных заболеваний, повышающие качество жизни) — 32 (22,9%) препарата. Группа N (второстепенные средства или средства с сомнительной эффективностью) была представлена 41 (29,3%) препаратом. В то же время известно, что группа V должна составлять не менее 60% от общего числа используемых лекарственных средств, в группу E должно входить не менее 30%, а удельный вес препаратов группы N не должен превышать 10%.

В результате ABC-анализа, то есть разделения препаратов по стоимости (табл. 6), к классу А нами были отнесены 36 препаратов, составившие 25,7% от общего ассортимента, на приобретение которых расходуется 79,7% финансовых ресурсов. К классу В отнесены 32 (22,9%) наименования со средним уровнем потребления, на их приобретение расходуется 15% финансовых средств. К классу С отнесены остальные 72 (51,4%) наименования лекарственных средств, на которые расходуется 5,3% финансовых средств.

В результате комплексного ABC/VEN-анализа (табл.7) выяснилось, что в группу А (дорогостоящих) кроме средств, необходимых для лечения АГ, попали такие препараты как берлитион и детралекс, эффективность которых не доказана, на них израсходовано

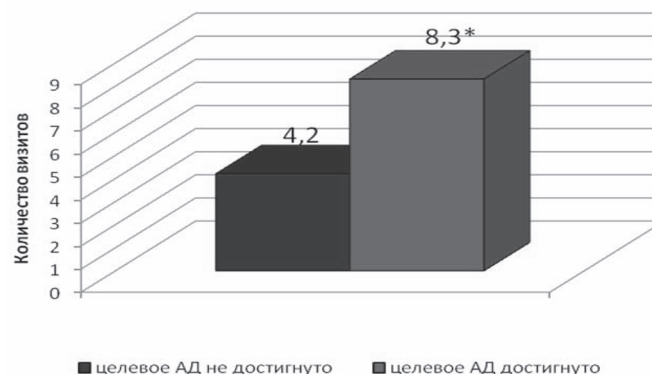
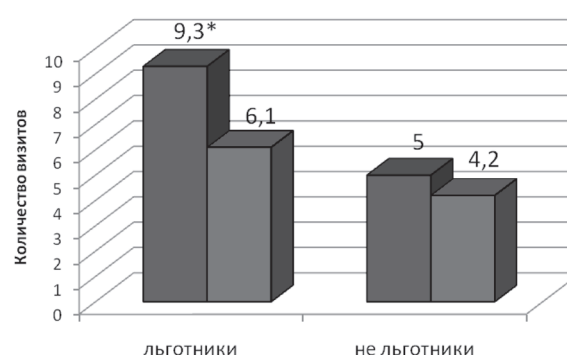


Рис. 3. Количество визитов к врачу в течение года.



Примечание: — больные, у которых достигнуто целевое АД; — больные, у которых не достигнуто целевое АД; * — различия достоверны.

Рис. 4. Влияние частоты визитов к врачу на достижение целевого АД в зависимости от наличия льгот.

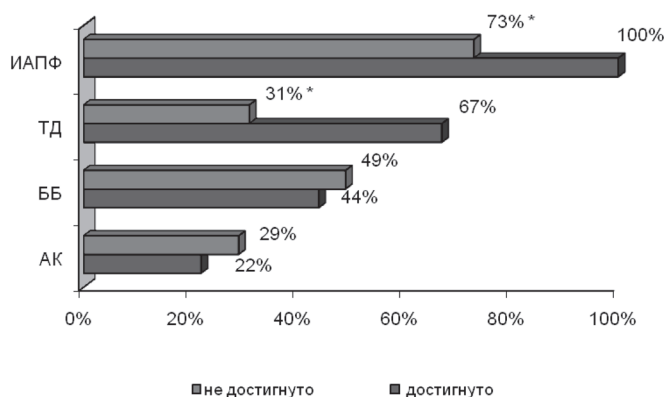


Рис. 5. Назначаемые препараты в группах больных, достигших и не достигших целевого АД.

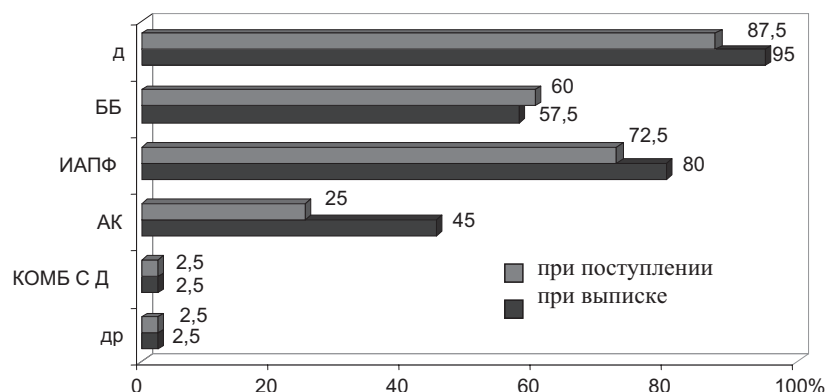


Рис. 6. Классы назначаемых препаратов при поступлении и при выписке.

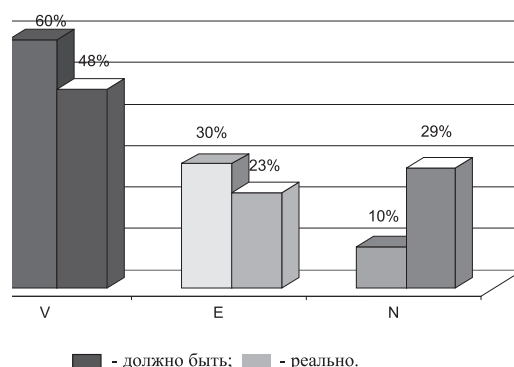


Рис. 7. Распределение лекарственных средств согласно VEN-анализу.

2,1%. Не должно быть второстепенных препаратов и в группе В (средней стоимости), а в нашем случае их 6,4%.

Основной ошибкой, обнаруженной в процессе VEN-ABC анализа проводимой терапии, было слишком частое назначение второстепенных лекарственных средств в сочетании с недостаточным назначением жизненно важных препаратов.

Выводы

1. Частота достижения целевого уровня АД в амбулаторных условиях недопустимо низка и составляет 7-15 %.

2. Основными ошибками в тактике амбулаторного ведения пациентов являются: отсутствие увеличения доз лекарственных препаратов в должном объеме; недостаточное использование эффективной комбинированной терапии, в том числе фиксированных комбинаций; частое использование нерациональных комбинаций (иАПФ + ББ); низкий процент назначения ТД, АК, сартанов и статинов, отсутствие последовательности и преемственности в лечении.

3. Основным поводом к госпитализации у больных с АГ является неконтролируемая АГ, обусловленная нерегулярным приемом гипотензивных препаратов.

4. Очень высок эффект гипотензивной терапии в стационаре в сжатые сроки у пациентов, у которых в поликлинике в течение года не могли достичь целевого АД (97,5% против 15%).

5. Факторами, определяющими эффективность лечения, являются: повышение частоты назначения ТД и АК в составе комбинированной терапии с иАПФ; использование современных пролонгированных лекарственных средств; назначение оригинальных препаратов и качественных дженериков.

6. Проведенный ABC/VEN-анализ выявил недостаточное использование жизненно необходимых препаратов и превышение числа второстепенных лекарственных средств в 3 раза. Рационализация фармакотерапии с исключением неэффективных лекарственных препаратов и перераспределением высвободившихся денежных ресурсов на закупку жизненно необходимых препаратов позволит повысить эффективность и качество лечения.

Литература

1. Chobanian AV, Bakris GL, Blorck HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure// JAMA 2003; 289: 2560-2572.
2. National Guidelines for the Management of Arterial Hypertension European Society of Hypertension — 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension.
3. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр). Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. Москва, 2008.
4. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG 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; 351: 1755-1762.
5. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е. Первое российское национальное многоцентровое исследование — РОСА (Российское исследование Оптимального Снижения Артериального давления)// Артериальная гипертензия. 2003; 5: 151-154.
6. Остроумова О.Д., Мамаев В.И.. Фармакоэкономические аспекты лечения артериальной гипертензии// Артериальная гипертензия 2002; 6: 193-199.

Abstract

To analyze ambulatory and clinical tactics in target blood pressure (BP) achievement, 60 ambulatory medical cards and 60 hospital medical histories of patients with arterial hypertension (AH) were analyzed. Target BP levels were registered in 60% of ambulatory patients. Despite the fact that 93,3% of the patients needed more aggressive antihypertensive treatment, only in 37%, such an attempt (increasing the dose and/or administering combined therapy) had been done. The mean number of medications had decreased during the control year. Thiazide diuretics (TD) and calcium antagonists (CA) were rarely administered. By the end of the control year, target BP levels were achieved in 15% only. Therapy change frequency in those achieving and not achieving target BP levels varied from 0 to 14 (on average, 3,8), mostly due to "incorrect" prescriptions. Target BP level achievers received ACE inhibitors and TD more often. The main reason for hospitalization was uncontrolled AH (67,5%) due to irregular regimen of pharmaceutical therapy (64,9%).

During the hospitalization, target BP levels were achieved in 97,5%, at Day 9 on average. After admission, most patients received combined three-component therapy, including TD and CA. The ABC/VEN-analysis demonstrated low prevalence of effective medication administration and a three-fold increase in the second-choice medication use.

The results obtained confirm the potential for target BP level achievement in high and very high-risk AH patients, and demonstrated real-world mistakes in ambulatory management of AH.

Keywords: Arterial hypertension, target blood pressure, ambulatory and hospital management.

Поступила 25/12-2008

© Коллектив авторов, 2009

Тел.: (8332) 53-58-93

[Мальчикова С.В. (*контактное лицо) — ассистент, кафедра госпитальной терапии, Тарловская Е.И. — профессор, кафедра госпитальной терапии].