

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

РЕШЕЦКАЯ А.М., ЛИТВЯКОВ А.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;
кафедра госпитальной терапии ВГМУ*

Резюме. Изучена особенность антигипертензивной терапии у 186 пациентов с артериальной гипертонией (АГ). В настоящее время только 61,3% (114) всех пациентов с АГ принимают медикаменты, из них 23,1% (43) - регулярно. В структуре приема антигипертензивных препаратов ингибиторы АПФ составили 25,8% – 64,8%, диуретики - 12,4% - 33,3%, бета-адреноблокаторы - 11,3% - 24,1%, блокаторы кальциевых каналов – 5,9% - 16,7%, препараты раувольфии – 18,3% - 18,5%, катапресан (клофелин) – 14,5% - 14,8%. Монотерапия АГ зарегистрирована у 34,4% - 31,5% обследованных, среднее количество антигипертензивных препаратов составило 0,93 - 1,76 на 1 больного. В настоящее время сохраняется использование препаратов с 3 (4)-х кратным режимом дозирования.

Ключевые слова: артериальная гипертония (АГ), артериальное давление (АД), антигипертензивное лечение

Abstract. Peculiarity of antihypertensive therapy in 186 patients with arterial hypertension (AH) was studied. At present only 61,3% (114) of the patients with AH are taking medicaments, 23,1% (43) of them – on regular basis. In the structure of antihypertensive medicine intake inhibitors of ATF compose 25,8% - 64.8%, diuretics – 12,4% - 33,3%, beta – adrenoblockators – 11,3% - 24,1%, blockators of calcium canals – 5,9% - 16,7%, rauwolfii medicines – 18,3% - 18,5%, katapresan (klofelin) – 14,5% - 14,8%. AH monotherapy was recorded in 34,4% – 31,5% of the examined patients, the average of antihypertensive drugs made up 0,93 – 1,76 per one patient. At present usage of these medicines is continued with 3 (4) times of dosing.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г.Витебск, пр-т Победы, д.5, кор.2, кв.13, тел.: (0212) 22-40-83;
8-0295-102567. - Решецкая А.М.

Вопросы контроля уровня артериального давления в настоящее время остаются открытыми. Известно, что снижение диастолического артериального давления на 5, 7,5 и 10 мм.рт.ст. сопровождается снижением относительного риска нарушения мозгового кровообращения на 34%, 46% и 56%, ишемической болезни сердца – на 21%, 29% и 37% соответственно (Mac Goon, et al., 1990). В исследованиях STOP, EWPHE, MRC установлено, что эффективное лечение артериальной гипертонии (АГ) ассоциирует со снижением частоты мозговых ин-

фарктов на $38\pm 4\%$, инфаркта миокарда и внезапной смерти - $16\pm 4\%$ [9].

Тактика антигипертензивного лечения постоянно совершенствуется: рекомендации ВНОК, 2004г., ОНК VII, 2003г., ЕОГ/ЕОК, 2003г., приказ МЗ РБ № 225 от 3.08.01г., ДАГ 1, 2000г., ВОЗ/МОАГ, 1999 [6, 7, 10]. Результаты ряда исследований указывают на динамичность структуры приема антигипертензивных препаратов [1, 2, 8]. Состояние антигипертензивной терапии в Республике Беларусь является недостаточно изученным.

Цель исследования: Изучение особенностей антигипертензивной терапии пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Методы: На базе кардиологического отделения Витебской областной клинической больницы обследован 231 пациент с АГ. Пациенты с изолированной систолической гипертонией, эндокринной патологией, заболеваниями печени, системными заболеваниями соединительной ткани, хроническими obstructивными заболеваниями легких, бронхиальной астмой исключены из исследования. Для дальнейшего исследования было отобрано 186 пациентов (средний возраст $50,3\pm 13,85$ лет). Все пациенты были разделены на 3 группы согласно степени АГ. Всем проведено комплексное клиническое обследование, включающее сбор анамнеза, оценку физикальных данных, электрокардиографию, неврологический статус, общий анализ мочи, развернутый анализ крови, биохимическое исследование сыворотки крови (креатинин, глюкоза, мочевиная кислота, общий холестерин, триацилглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности), математически рассчитан уровень холестерина липопротеинов низкой плотности. Для изучения особенностей антигипертензивной фармакотерапии всем проведено анкетирование (таблица 1).

Таблица 1

Анкета пациентов с артериальной гипертонией

| | |
|--|-----------------------------------|
| 1. Принимали антигипертензивные препараты | Да / Нет |
| 2. Длительность антигипертензивного лечения | Лет |
| 3. Регулярный прием антигипертензивных препаратов | Да / Нет |
| 4. Монотерапия (использование 1 антигипертензивного препарата) | Да (используемый препарат) / Нет |
| 5. Комбинированное 2-х компонентное лечение | Да (используемые препараты) / Нет |
| 6. Комбинированное 3-х и более компонентное лечение | Да (используемые препараты) / Нет |

Дополнительно у всех собраны анамнестические сведения о приеме других медикаментов (анальгезирующих, седативных, стероидных и нестероидных противовоспалительных средств, антиагрегантов, гиполипидемических препаратов (статинов) и пр.).

Через $1,72\pm 0,76$ лет 54 пациентам с АГ проведено повторное комплексное динамическое обследование с анкетированием по разработанной анкете.

Статистическая обработка данных, дисперсионный анализ с использованием критерия Ньюмена-Кейлса произведена при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0. Средние выборочные значения приведены в виде $M\pm\sigma$,

где М – среднее значение, σ – стандартное отклонение. Критический уровень значимости равнялся 0,05.

Результаты: Клиническая характеристика обследуемых групп представлена в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика обследуемых пациентов с АГ

| Критерии | АГ 1 степени | АГ 2 степени | АГ 3 степени |
|---|---------------|--------------|---------------|
| 1. Всего (количество) | 31 | 102 | 53 |
| 2. Мужчины (количество, %) | 21 (67,7%) | 41 (40,2%) | 19 (35,8%) |
| 3. Женщины (количество, %) | 10 (32,3%) | 61 (59,8%) | 34 (64,2%) |
| 4. Средний возраст (годы) | 31,41±15,29** | 54,42±11,14* | 52,6±8,32** |
| 5. Средняя длительность заболевания (годы) | 5,183±5,49** | 7,84±7,18*** | 12,79±9,36*** |
| 6. Развитие АГ в возрасте 15-49 лет (количество, %) | 20 (64,5%) | 49 (48%) | 33 (62,3%) |
| 7. Развитие АГ в возрасте 50 лет и старше, для женщин – в постменопаузе (количество, %) | 3 (10%) | 49 (48%) | 17 (32,1%) |

Примечание: АГ – артериальная гипертония, * - достоверное отличие между пациентами 1 и 2 групп ($p < 0,05$), ** - достоверное отличие между пациентами 1 и 3 групп ($p < 0,05$), *** - достоверное отличие между пациентами 2 и 3 групп ($p < 0,05$).

Таблица 3

Характеристика антигипертензивного лечения пациентов с АГ 1-3 степени

| Анамнез заболевания | АГ 1 степени | | АГ 2 степени | | АГ 3 степени | |
|---|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | муж | жен | муж | жен | муж | жен |
| 1. Принимали антигипертензивные препараты (n, %) | 3 (9,7%) | 3 (9,7%) | 23 (21,6%) | 52 (50,9%) | 11 (20,8%) | 22 (41,5%) |
| 2. Длительность антигипертензивного лечения (общая) (лет) | 2,17± 1,76 | 0,2± 0,14 | 1,8± 2,36 | 2,82± 3,66 | 3,59± 4,09 | 3,65± 3,19 |
| 3. Регулярный прием препаратов (n, %) | 1 (3,2%) | 2 (6,5%) | 6 (5,9%) | 24 (23,5%) | - | 10 (18,9%) |
| 5. Монотерапия (n, %) | 2 (6,5%) | 3 (9,7%) | 11 (10,8%) | 27 (28,4%) | 9 (15,1%) | 12 (20,8%) |
| 6. Комбинированное 2-х компонентное лечение (n, %) | 1 (3,2%) | - | 8 (7,8%) | 15 (12,7%) | 2 (3,8%) | 8 (16,9%) |

| Анамнез заболевания | АГ 1 степени | | АГ 2 степени | | АГ 3 степени | |
|--|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | муж | жен | муж | жен | муж | жен |
| 7. Комбинированное 3 –х и более компонентное лечение (<i>n, %</i>) | - | - | 1 (0,98%) | 8 (7,8%) | - | 3 (5,7%) |
| 8. Используемые препараты: | | | | | | |
| 8.1. Бета-адреноблокаторы (<i>n, %</i>) | 1 (3,2%) | 1 (3,2%) | 2 (1,96%) | 13 (12,7%) | 2 (3,8%) | 2 (3,8%) |
| 8.2. Диуретики (<i>n, %</i>) | - | - | 3 (2,9%) | 13 (12,7%) | 1 (1,9%) | 6 (11,1%) |
| 8.3. Ингибиторы АПФ (<i>n, %</i>) | 1 (3,2%) | 1 (3,2%) | 9 (8,8%) | 21 (20,6%) | 4 (9,4%) | 12 (22,6%) |
| 8.4. Блокаторы кальциевых каналов (<i>n, %</i>) | - | - | 4 (3,9%) | 5 (4,9%) | - | 2 (3,8%) |

Примечание: *n* – число пациентов, муж – мужской пол, жен – женский пол.

Пациенты с АГ 1 степени представляли собой статистически достоверно более молодую когорту по сравнению с пациентами с АГ 2 и 3 степени ($p = 0,000022$ и $p = 0,000009$ соответственно). Длительность заболевания у пациентов с АГ 1 степени достоверно не отличалась от лиц с АГ 2 степени ($p = 0,125008$). У пациентов с АГ 3 степени она была достоверно выше по сравнению с пациентами с АГ 1 и 2 степени ($p = 0,000054$ и $p = 0,004346$ соответственно).

Среди обследуемой группы пациентов только 114 (61,3%) человек принимали антигипертензивное лечение, из них 6 (3,6%) человек - с АГ 1 степени, 75 (40,3%) – 2 степени, 33 (17,7%) – 3 степени. Статистически достоверных отличий между группами лиц с АГ 1, 2 и 3 степени по длительности антигипертензивного лечения не было выявлено (АГ 1 и 2 степени $p = 0,399021$, 1 и 3 степени $p = 0,202460$, 2 и 3 степени $p = 0,384434$). Средняя продолжительность антигипертензивного лечения составила $2,77 \pm 3,33$ лет. Регулярное лечение принимало только 43 (23,1%) человека. Длительность регулярного лечения составила $2,35 \pm 3,57$ лет. Среднее количество антигипертензивных препаратов составило 0,93 на 1 больного.

В выборке пациентов с АГ 1 степени антигипертензивное лечение проводилось у 5 (16,1%) человек в виде монотерапии. Из них 2 (6,45%) человека принимали бета-адреноблокаторы (1 (3,23%) – пропранолол, 1 (3,23%) – атенолол), 1 (3,23%) - ингибитор АПФ (эналаприл), 1 (3,23%) - препарат раувольфии, 1 (3,23%) – папаверин, дибазол. К сожалению, прием диуретиков и блокаторов кальциевых каналов в качестве иницирующего лечения пациентами не был

отмечен. 1 (3,23%) пациент принимал комбинированное лечение ингибитор АПФ (эналаприл)+папаверин, дибазол.

Среди пациентов с АГ 2 степени монотерапия АГ проводилась у 38 (37,3%) пациентов, из них 5 (4,9%) человек принимали бета-адреноблокаторы (2 (1,96%) – атенолол, 3 (0,98%) - пропранолол), 11 (10,8%) - ингибиторы АПФ (9 (8,8%) - эналаприл, 2 (1,96%) - периодическое использование эналаприла и каптоприла), 1 (0,98%) - блокатор кальциевых каналов (нифедипин), 1 (0,98%) – диуретик (фуросемид). 13 (12,7%) человек принимали препараты, содержащие раувольфию, 6 (5,8%) – катапресан (клофелин), 1 (0,98%) – катапресан (клофелин) и препарат раувольфии. Комбинированное 2-х компонентное лечение принимало 23 (20,6%) человека. Наиболее рациональные комбинации были следующие: 4 (3,9%) пациента принимали ингибитор АПФ (3 – эналаприл, 1 – каптоприл) + диуретик (гидрохлортиазид), 3 (2,9%) – ингибитор АПФ (эналаприл) + блокатор кальциевых каналов (2 – дилтиазем, 1 – нифедипин). У 3 (2,9%) больных зарегистрирована возможная, но менее рациональная комбинация: ингибитор АПФ (эналаприл) + бета-адреноблокатор (2 – атенолол, 1 – пропранолол). У 3 (2,9%) пациентов выявлена комбинация катапресан (клофелин) + диуретик (фуросемид), 1 (0,98%) - катапресан (клофелин) + бета-адреноблокатор (атенолол), 2 (1,96%) - препарат раувольфии + бета-адреноблокатор (1 – атенолол, 1 - метопролол), 1 (0,98%) – препарат раувольфии + блокатор кальциевых каналов (нифедипин), 1 (0,98%) – препарат раувольфии + диуретик (фуросемид), 2 (1,96%) – препарат раувольфии + папаверин, дибазол, 1 (0,98%) – катапресан (клофелин)+дибазол, 1 (0,98%) – катапресан (клофелин) и препарат раувольфии + дибазол. Комбинированное 3-х компонентное лечение принимало 9 (8,8%) лиц. Наиболее рациональные комбинации выявлены у 2 (1,96%) пациентов – ингибитор АПФ (1 – эналаприл, 1 – каптоприл) + бета-адреноблокатор (1 – пропранолол, 1 – атенолол) + диуретик (фуросемид), 2 (1,96%) - ингибитор АПФ (каптоприл) + блокатор кальциевых каналов (нифедипин) + диуретик (1 – гидрохлортиазид, 1 - фуросемид), 1 (0,98%) - ингибитор АПФ (эналаприл) + бета-адреноблокатор (атенолол) + блокатор кальциевых каналов (нифедипин). 2 (1,9%) принимали катапресан (клофелин) + ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (фуросемид), 1 (0,98%) - катапресан (клофелин) + блокатор кальциевых каналов (нифедипин) + диуретик (фуросемид), 1 (0,98%) – препарат раувольфии + бета-адреноблокатор (пропранолол) + диуретик (фуросемид).

Среди пациентов с АГ 3 степени монотерапия проводилась у 21 (35,8%) пациентов, из них, 7 (13,2%) человек принимали ингибиторы АПФ (2 (3,8%) - каптоприл, 5 (9,4%) – эналаприл), 1 (1,9%) - бета-адреноблокатор (пропранолол), 4 (7,5%) – препараты раувольфии, 5 (9,4%) – катапресан (клофелин), 3 (5,7%) – катапресан (клофелин) и препарат раувольфии, 1 (1,9%) - дибазол. Прием диуретиков и блокаторов кальциевых каналов производился только в комбинации с другими препаратами. Комбинированное 2-х компонентное лечение было у 10 (18,9%) лиц. Наиболее рациональные комбинации были следующие: 2 (3,8%) – ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (фуросемид), 1 (1,9%) – бета-адреноблокатор (пропранолол) + диуретик (гидрохлортиазид). У 1 (1,9%) пациента зарегистрирована возможная, но менее рациональная комбинация: ингиби-

тор АПФ (эналаприл) + бета-адреноблокатор (атенолол). 1 (1,9%) пациент принимал катапресан (клофелин) + диуретик (фуросемид), 2 (3,8%) – препарат раувольфии + ингибитор АПФ (эналаприл), 1 (1,9%) - препарат раувольфии + диуретик (гидрохлортиазид), 1 (1,9%) – диуретик (фуросемид) + папаверин, дибазол, 1 (1,9%) – ингибитор АПФ (эналаприл) + дибазол, папаверин. Комбинированное 3-х компонентное лечение принимало 3 (5,7%) пациента. Наиболее рациональная комбинация отмечена у 1 (1,9%) пациента: ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (гидрохлортиазид) + блокатор кальциевых каналов (дилтиазем). 1 (1,9%) пациент использовал катапресан (клофелин) + ингибитор АПФ (эналаприл) + бета-адреноблокатор (пропранолол), 1 (1,9%) - катапресан (клофелин) + ингибитор АПФ (эналаприл) + блокатор кальциевых каналов (форидон).

15 (8,1%) человек принимали антиагреганты (13 (6,9%) – аспирин, 1 (0,5%) – дипиридамол, 1 (0,5%) – пентоксифиллин), 9 (4,8%) - папаверин, дибазол. Гиполипидемические препараты (статины) не принимались.

Повторное комплексное обследование проведено через $1,71 \pm 0,77$ лет 54 (29%) пациентам, средняя длительность заболевания составила $11,42 \pm 9,246$ лет (таблица 4). За указанный промежуток времени у 4 пациентов увеличилась степень АГ, 6 – уменьшилась, 5 – выявлен сахарный диабет, 5 – гиперурикемия.

Таблица 4

Характеристика пациентов с АГ 1-3 степени при повторном обследовании

| Критерии | АГ 1 степени | АГ 2 степени | АГ 3 степени |
|---|----------------|-----------------|-------------------|
| 1. Всего (количество) | 2 | 32 | 20 |
| 2. Повторное обследование через (годы) | $2 \pm 1,06$ | $1,71 \pm 0,71$ | $1,69 \pm 0,89$ |
| 3. Длительность заболевания (годы) | $2,5 \pm 0,71$ | $9,91 \pm 8,83$ | $14,65 \pm 9,366$ |
| 4. Длительность антигипертензивного лечения (общая) (годы) | $0,5 \pm 0,71$ | $3,31 \pm 3,55$ | $6,05 \pm 5,64$ |
| 5. Принимали антигипертензивные препараты (n, %) | 1 (50%) | 26 (81,25%) | 20 (100%) |
| 6. Регулярный прием препаратов (n, %) | 1 (50%) | 14 (43,75%) | 16 (80%) |
| 7. Монотерапия (n, %) | 1 (50%) | 12 (37,5%) | 4 (20%) |
| 8. Комбинированное 2-х компонентное лечение (n, %) | - | 9 (28,1%) | 6 (30%) |
| 9. Комбинированное 3 –х и более компонентное лечение (n, %) | - | 5 (15,6%) | 10 (50%) |
| 10. Используемые препараты: | 1 | 9 | 3 |
| 10.1. Бета-адреноблокаторы (n, %) | (33,3%) | (28,1%) | (15%) |

| | | | |
|--|---|---------------|-------------|
| 10.2. Диуретики (<i>n, %</i>) | - | 5 (15,6%) | 13 (65%) |
| 10.3. Ингибиторы АПФ (<i>n, %</i>) | - | 19 (59,4%) | 16 (80%) |
| 10.4. Блокаторы кальциевых каналов (<i>n, %</i>) | - | 2 (6,25%) | 7 (35%) |

1 человек с АГ 1 степени продолжал принимать регулярную монотерапию бета-адреноблокатором (пропранололом).

12 (37,5%) пациентов с АГ 2 степени принимали монотерапию, из них при первичном обследовании 3 (9,4%) человека не лечилось, 6 (18,8%) – принимали монотерапию, 2 (6,3%) – 2-х компонентное лечение, 1 (3,1%) – 3-х компонентное лечение. 5 (15,6%) человек продолжало прием ингибиторов АПФ (4 – эналаприл, 1 – эналаприл, периодически каптоприл), 1 (3,1%) – перешел на прием ингибитора АПФ (эналаприл), 2 (6,25%) – перешли на прием бета-адреноблокаторов (1 – атенолол, 1 – метопролол), 3 (9,4%) – продолжили прием препаратов раувольфии (резерпин+дигидралазин), 1 (3,1%) – перешел на прием раувольфии. Комбинированное 2-х компонентное лечение зарегистрировано у 9 (28,1%) пациентов. Из них только 1 (3,1%) пациент продолжал ранее обозначенное лечение (ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (гидрохлортиазид)). 2 (6,25%) человека ранее не лечилось, 5 (15,6%) – принимали монотерапию, 1 (3,1%) - 2-х компонентное лечение, 1 (3,1%) – 3-х компонентное лечение. Наиболее рациональные комбинации: у 2 (6,25%) – ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (1 – фуросемид, 1 – гидрохлортиазид), 1 (3,1%) - ингибитор АПФ (эналаприл) + блокатор кальциевых каналов (1 – нифедипин). Возможная, но менее рациональная комбинация была у 3 (9,4%) пациентов – ингибитор АПФ (эналаприл) + бета-адреноблокатор (1 – атенолол, 2 – пропранолол). 2 (6,25%) пациента принимали ингибитор АПФ (эналаприл) + препараты раувольфии (1 - раунатин, 1 - резерпин+дигидралазин) и периодическое использование катапресана (клофелина), 1 (3,1%) - препараты раувольфии (раунатин) + папаверин, дибазол. На комбинированное 3-х компонентное лечение перешло 5 (15,6%) человек. Из них при первичном обследовании 1 (3,1%) человек не лечился, 3 (9,4%) – принимали монотерапию, 1 (3,1%) – принимал другую 3-х компонентную схему лечения (ингибитор АПФ (каптоприл) + бета-адреноблокатор (атенолол) + диуретик (фуросемид)). У 1 (3,1%) пациента выявлена комбинация ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (гидрохлортиазид) + блокатор кальциевых каналов (нифедипин), 2 (6,25%) - ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (гидрохлортиазид) + бета-адреноблокатор (атенолол) + 1 пациент периодически использовал катапресан (клофелин). 2 (6,25%) пациента принимали ингибитор АПФ (1 – эналаприл, 1 - каптоприл) + бета-адреноблокатор (атенолол) + препарат раувольфии (раунатин). Дополнительно 1 (3,1%) пациент начал принимать гиполипидемические препараты (симвастатин). Антиагреганты среди обследованной когорты не использовались.

Все пациенты с АГ 3 степени принимали антигипертензивное лечение. Монотерапия зарегистрирована у 4 (20%) пациентов, из них 2 (10%) пациента

ранее принимали монотерапию, 2 (10%) – 2-х компонентное лечение. 1 (5%) пациент продолжал прием ингибитора АПФ (1 – эналаприл), 1 (5%) – перешел на прием ингибиторов АПФ (эналаприл, периодически каптоприл), 1 (5%) – продолжал принимать катапресан (клофелин), 1 (5%) – перешел на прием катапресана (клофелина). Комбинированное 2-х компонентное лечение зарегистрировано у 6 (30%) пациентов. Из них 3 (15%) человека продолжали лечение, 1 (5%) человек ранее не лечился, 2 (10%) – ранее принимали монотерапию. Наиболее рациональная комбинация выявлена у 4 (20%) человек – ингибитор АПФ (3 – эналаприл, 1 – эналаприл и каптоприл) + диуретик (3 – фуросемид, 1 – гидрохлортиазид), из них 1 (5%) – принимал указанные медикаменты и при первичном обследовании. 1 (5%) пациент продолжил прием ингибитор АПФ (эналаприл) + катапресан (клофелин), 1 (5%) – продолжил прием диуретик (фуросемид) + дибазол, папаверин. Комбинированное 3-х компонентное лечение выявлено у 10 (50%) пациентов. Из них 1 (5%) человек продолжал лечение (ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (гидрохлортиазид) + блокатор кальциевых каналов (дилтиазем), 3 (15%) обследуемых - ранее не лечилось, 2 (10%) – ранее принимали монотерапию, 3 (15%) – 2-х компонентное лечение, 1 (5%) – другое 3-х компонентное лечение. У 5 (25%) пациентов зарегистрирована схема ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (4 – гидрохлортиазид, 1 – фуросемид) + блокатор кальциевых каналов (3 – дилтиазем, 1 – нифедипин), 1 (5%) – ингибитор АПФ (эналаприл и каптоприл) + диуретик (гидрохлортиазид) + бета-адреноблокатор (метопролол), 1 (5%) - бета-адреноблокатор (метопролол) + диуретик (гидрохлортиазид) + блокатор кальциевых каналов (нифедипин), 1 (5%) - ингибитор АПФ (эналаприл) + диуретик (гидрохлортиазид) + катапресан (клофелин), 1 (5%) – ингибитор АПФ (эналаприл) + бета-адреноблокатор (атенолол) + катапресан (клофелин), 1 (5%) - ингибитор АПФ (эналаприл) + блокатор кальциевых каналов (нифедипин) + резерпин+дигидралазин и периодически катапресан (клофелин). Антиагреганты (аспирин) использовали только 2 (10%) пациента.

Среднее количество антигипертензивных препаратов при повторном обследовании увеличилось и составило 1,76 на 1 больного.

Обсуждение: В Европейской части Российской Федерации принимают антигипертензивные препараты не более 23,5% лиц с АГ (ЭПОХА, 2002). Среди пациентов с АГ 1 степени не лечились 63,3%, постоянно принимали лекарственные средства 14,2%, 2 степени - 37% и 29%, 3 степени – 38,3% и 25,9% соответственно. Эффективное лечение АГ было у 7,3% больных [1]. Наши результаты также показали, что наименьшая приверженность к антигипертензивному лечению у пациентов с АГ 1 степени - 6 (19,4%) пациентов принимали лечение, из них 3 (9,7%) – регулярное лечение. Пациенты с АГ 2 и 3 степени принимали антигипертензивное лечение значительно чаще - 75 (73,5%) и 33 (62,3%) при первичном обследовании и 26 (81,25%) и 20 (100%) при повторном обследовании соответственно). Регулярный прием препаратов среди пациентов с АГ 2 степени составил 30 случаев (29,4%) и 10 (18,9%) среди пациентов с АГ 3 степени при первичном обследовании и 14 (43,75%) и 16 (80%) при повторном обследовании соответственно. Это сопоставимо с результатами исследования ПИФАГОР,

где принимали антигипертензивные препараты 93,6% опрошенных, 62,1% из них проводили постоянную длительную терапию [2], исследования РОСА - принимали антигипертензивные препараты 76,4% пациентов [8].

Несоблюдение режима назначения препаратов является одной из причин низкой эффективности лечения АГ [5]. Максимальную приверженность к лечению обеспечивают препараты, предназначенные для однократного приема в сутки. Результаты нашего исследования указывают на использование в лечении АГ препаратов с 3 (4)-х кратным режимом дозирования (каптоприл, нифедипин, дилтиазем, пропранолол).

Современная структура приема антигипертензивных препаратов изучалась в ряде исследований. Основу лечения больных с АГ составляют ингибиторы АПФ – 39% - 72,8%, бета-адреноблокаторы принимают 21,3% - 33,8%, диуретики – 16% - 31,8%, блокаторы кальциевых каналов – 18,9% - 22%, препараты центрального действия – 14% (сложные и комбинированных препаратов с раувольфией – 17,9%, клофелина – 5,6%), прочие – 1,7% [2, 8]. Наши результаты показали сопоставимые данные: ингибиторы АПФ использовались в 25,8% случаев (48 человек) при первичном обследовании и 64,8% (35) - при повторном, диуретики - 12,4% (23) и 33,3% (18), бета-адреноблокаторы – 11,3% (21) и 24,1% (13), блокаторы кальциевых каналов – 5,9% (11) и 16,7% (9), препараты, содержащие раувольфию – 18,3% (34) и 18,5% (10), катапресан (клофелин) - в 14,5% (27) и 14,8% (8) случаев соответственно. Это указывает на высокую частота приема ингибиторов АПФ, катапресана (клофелина), препаратов, содержащих раувольфию и низкую - блокаторов кальциевых каналов, диуретиков. Известно, что тиазидоподобные диуретики рекомендуют использовать как иницирующее лечение либо в виде монотерапии либо комбинированного лечения [4]. Они доказали свою эффективность в сравнении с другими классами препаратов в плане профилактики сердечно-сосудистых осложнений (исключение ANBP1, 2003), усиливают антигипертензивную эффективность других препаратов, предупреждают частое кризовое течение АГ, способствуют достижению целевого уровня АД в 73% случаев. Среди обследованной нами категории пациентов, диуретики в виде монотерапии АГ принимались крайне редко (1 человек). Однако отмечено значимое увеличение частоты их приема в виде комбинированного лечения при повторном обследовании (18 человек (33,3%)).

Монотерапия различными классами антигипертензивных препаратов эффективна лишь у 31,6% пациентов с АГ. Комбинированная антигипертензивная терапия в настоящее время является одним из наиболее эффективных и безопасных способов контроля повышенного артериального давления [5,7], необходима лицам с артериальным давлением свыше 160/100 мм.рт.ст. [7]. Одновременное назначение 2-3-х антигипертензивных препаратов является экономически более выгодным (на 20% дешевле), чем их последовательное назначение [3]. Полученные нами результаты показали, что монотерапию использовали 64 пациента (34,4%) при первичном обследовании и 17 (31,5%) - при повторном. Выявлена высокая частота монотерапии АГ 2 и 3 степени: 38 (37,3%) и 19 (35,8%) - при первичном обследовании и 12 (37,5%) и 4 (20%) при повторном обследовании соответственно. Комбинированное антигипертензивное лечение

при первичном обследовании принимало 46 (24,7%) пациентов, при повторном обследовании - 30 (55,6%). Зарегистрирована низкая частота использования наиболее рациональных комбинаций: 16 (8,6%) пациентов при первичном обследовании и 17 (31,5%) - при повторном. Среднее количество антигипертензивных препаратов после прохождения стационарного лечения увеличилось с 0,93 до 1,76 на 1 больного, что сопоставимо с результатами исследования ПИФАГОР [2].

Выводы: В настоящее время сохраняется низкая приверженность пациентов с АГ к антигипертензивному лечению. В постоянном лечении АГ используются препараты с 3 (4)-х кратным режимом дозирования. В структуре приема антигипертензивных средств выявлена высокая частота использования ингибиторов АПФ (25,8% - 64,8%), препаратов раувольфии (18,3% - 18,5%), катапревана (клофелина) (14,5% - 14,8%), низкая – диуретиков (12,4% - 33,3%), блокаторов кальциевых каналов (5,9% - 16,7%). Выявлена высокая частота монотерапии АГ (34,4% - 31,5%), низкая – комбинированного лечения (24,7%). Отмечено увеличение частоты приема антигипертензивного комбинированного лечения при повторном обследовании (55,6%).

Литература

1. Распространенность артериальной гипертонии в Европейской части Российской Федерации: данные исследования ЭПОХА, 2003 г. / Ф.Т. Агеев, И.В. Фомин, В.Ю. Мареев [и др.] // Кардиология. – 2004. – Т. 44, № 11. – С.50-55.
2. Окончательные результаты фармакоэпидемиологического исследования больных артериальной гипертонией в РФ От имени аналитической группы исследования ПИФАГОР / Ю.Б. Белоусов, Е.В. Шляхто, М.В. Леонова [и др.] // Consilium medicum. – 2004. – Т.10, №4.
3. Изучение социально-экономических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний на примере скрининга в 4-х городах Московской области / А.Я. Бриттов, Н.А. Елисеева, А.Д. Деев [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2001. – №5 (31).
4. Карпов, Ю.А. Лечение артериальной гипертонии: новые исследования – новые подходы / Ю.А. Карпов // Кардиология. – 2003. – №9. – С.87-91.
5. Кобалава, Ж.Д. Секреты артериальной гипертонии: ответы на ваши вопросы / Ж.Д. Кобалава, К. М. Гудков. – Москва, 2004. – С.244.
6. Приказ МЗ РБ №225 от 3.IX.2001 "О совершенствовании организации выявления, динамического наблюдения и лечения больных с артериальной гипертонией".
7. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии: Российские рекомендации (второй пересмотр) / Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов; секция артериальной гипертонии ВОНК. – Москва, 2004. – С. 20.
8. Чазова, И.Е. От идеи к клинической практике: первые результаты Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) / И.Е. Чазова, Ю.Н. Беленков // Consilium medicum. –

2004. – Прил. № 2.

9. Blood Pressure Lowering Treatment Collaboration. Effects of ACE inhibitors. Calcium antagonists. And other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials // Lancet.– 2000; 356: 1955–64.

10. World Health Organization International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension. 1999; 171: 151-183.