

М.В.ЛЕОНОВА, д.м.н., профессор, чл.-корр.
РАЕН, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОССИИ

КАРДИОЛОГИЯ

В настоящее время АГ является не только самостоятельным заболеванием, но и относится к факторам риска других сердечно-сосудистых заболеваний. В области лечения АГ обозначены 5 основных классов гипотензивных препаратов (ГП): ингибиторы АПФ, диуретики, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов АТII, а в последних рекомендациях намечена стратегия к более активному применению комбинированной терапии.

Ключевые слова: артериальное давление, гипертония, холестерин, гипотензивная терапия

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) достигает 40% среди взрослого населения как в экономически развитых, так и в развивающихся странах [1], в т.ч. в России [2]. Помимо этого в настоящее время АГ является не только самостоятельным заболеванием, но и относится к факторам риска других сердечно-сосудистых заболеваний, составляя начало кардиоваскулярного континуума [3].

По данным эпидемиологического мониторинга, после внедрения в России целевой федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» наметилась положительная тенденция в популяции: увеличилась частота выявления и осведомленность больных до 75%, охват лечением — более 50%, а также частота контроля уровня АД (менее 140/90 мм рт.ст.) — до 21,5% в популяции [2].

Международные и национальные рекомендации по диагностике и лечению АГ динамически меняются (ВНОК 2004, 2008, 2010). В области лечения АГ обозначены 5 основных классов гипотензивных препаратов (ГП): ингибиторы АПФ, диуретики, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов АТII, а в рекомендациях 2008 и 2010 гг. намечена стратегия к более активному применению комбинированной терапии.

Для оценки использования ГП и результатов лечения пациентов с АГ в реальной практике применяют фармакоэпидемиологические исследования, основанные на обращаемости пациентов к врачам. Подобные исследования проводятся в европейских странах и США (Cardiomonitor survey). Последние результаты сравнительного анализа данных Cardiomonitor survey по 5 странам Европы и США были опубликованы в 2007 г. [4].

Фармакоэпидемиологическое исследование АГ в России проводится в рамках программы ПИФАГОР в 2002 и 2008 гг., оно также основано на оценке использования ГП по опросу врачей и пациентов с АГ по обращаемости [5, 6]. В исследовании ПИФАГОР III (2008) участвовали 961 врач и 3 030 пациентов с АГ, анкеты которых были признаны валидными и включены в анализ.

ПЕРВЫЙ ВОПРОС: КОГО МЫ ЛЕЧИМ, КАК ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАШИ ПАЦИЕНТЫ С АГ?

По данным фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III, 95% исследуемой популяции пациентов с АГ знают о наличии у них факторов риска и ассоциируемых клинических состояний (в 2002 г. были осведомлены только 77% из опрошенных пациентов). Наиболее частыми факторами

риска у пациентов с АГ являются избыточный вес (57%) и гиперхолестеринемия (50%). Расчетный средний индекс массы тела составил 30 кг/м², и только 15% больных имели нормальный ИМТ. 59% больных с АГ отмечают гипертонические кризы, что свидетельствует о недостаточном контроле АД. Наиболее частыми ассоциируемыми клиническими

состояниями являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Так, у 43% пациентов отмечается стенокардия и у 14% — инфаркт миокарда в анамнезе. У 32% пациентов с АГ наблюдается ХСН, у 21% — сахарный диабет, у 6% — хроническая почечная недостаточность, 9% перенесли инсульт. По сравнению с аналогичными данными 2002 г. почти вдвое увеличилась частота встречаемости ИБС, ХСН, сахарного диабета и гиперхолестеринемии среди пациентов с АГ, что может быть обусловлено лучшей диагностикой и более высокой мотивацией пациентов.

■ В области лечения АГ обозначены 5 основных классов гипотензивных препаратов: ингибиторы АПФ, диуретики, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов АТII.

Таблица 1. Характеристика пациентов с АГ

Характеристики	Франция (n = 3 140)	Германия (n = 3 397)	Италия (n = 3 516)	Испания (n = 3 953)	Англия (n = 3 037)	США (n = 4 010)	Россия (n = 3 030)
Возраст (лет)	66	65	65	64	66	63	58
Мужчины (%)	51	58	54	52	51	53	63
ИБС (%)	17	44	21	20	30	36	43
ХСН (%)	9	32	8	12	7	17	32
Сахарный диабет (%)	18	29	18	23	20	27	21
Гиперлипидемия	36	49	32	44	36	64	50
Уровень САД мм рт.ст.	139	141	143	141	144	134	137
Уровень ДАД мм рт.ст.	80	83	84	83	82	79	85

Примечание: адаптировано по ссылке 4.

В таблице 1 приведена сравнительная характеристика пациентов, принимавших участие в исследовании ПИФАГОР и Cardiomonitor survey. Несмотря на более молодой средний возраст популяции пациентов по обращаемости в России, они имеют высокую частоту сопутствующих ИБС, ХСН, сахарного диабета и гиперлипидемии, превышающую таковые в странах Европы — Франции, Италии, Англии.

Таким образом, пациенты с АГ практически имеют более высокий уровень отягощения факторами риска и осложнениями АГ, что, безусловно, оказывает влияние на выбор ГП, учитывая преимущества и ограничения для разных классов препаратов, и затрудняет достижение контроля АД, нацеливая на стратегию назначения комбинированной терапии.

ВТОРОЙ ВОПРОС: ЧЕМ МЫ ЛЕЧИМ ПАЦИЕНТОВ С АГ?

Структура применяемых пациентами ГП в долях представлена 4 основными классами: 33,2% — ингибиторы АПФ, 20,3% — β-адреноблокаторы, 19,7% — диуретики, 13,4% — антагонисты кальция (рис. 1). Существенно меньшие доли составляют антагонисты рецепторов АТII (3,1%), препараты с центральным механизмом действия (2,9%), α-адреноблокаторы (0,2%). Среди положительных тенденций можно отметить значительное увеличение доли антагонистов рецепторов АТII (по сравнению с 0,2% в 2002 г.) и существенное сокращение почти в 2 раза доли препаратов с центральным механизмом действия (по сравнению с 7,7% в 2002 г.), а также увеличение доли применения комбинированных препаратов с 3,4% в 2002 г. до 7,2%.

Рисунок 1. Общая структура классов ГП (доли, %)

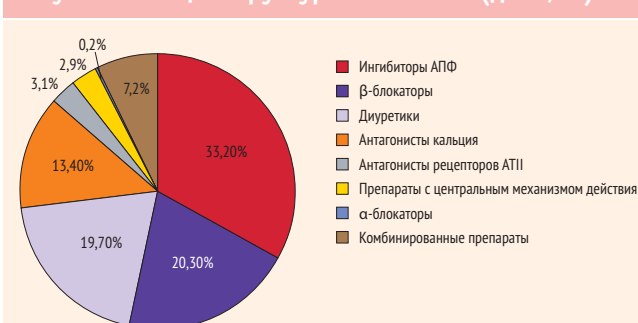
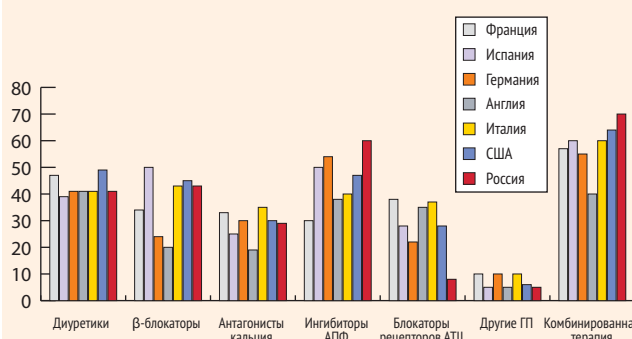


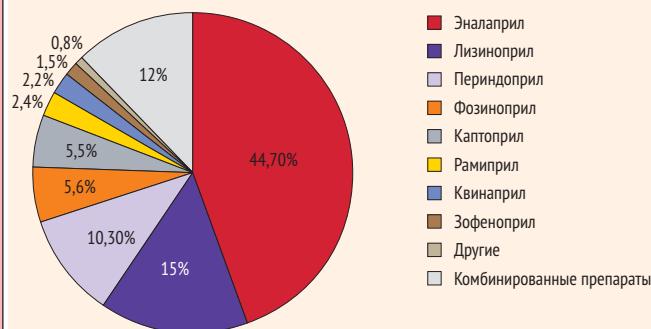
Рисунок 2. Сравнение частоты назначения различных классов ГП (%) (адаптировано по ссылке 4)



Данные сравнительного анализа частоты применения разных классов ГП пациентами исследуемой популяции в России с данными в других странах (Cardiomonitor survey) свидетельствуют о более активном использовании ингибиторов АПФ (69%), тогда как в западных странах частота их использования сильно различается: от 27% во Франции до 52% в Германии (рис. 2) [4]. Частота использования β-адреноблокаторов в западных странах также значительно варьирует: от 20% в Англии до 49% в Испании, а частота их применения в России приближается к США (42%). Частота использования диуретиков практически одинакова в других странах (39%) и в России (46%). Частота использования антагонистов кальция в России существенно меньшая (28%) и мало отличается от других стран (диапазон 19–32%). Использование антагонистов рецепторов АТII в России в 2–3 раза меньше, чем в странах Европы и США, где частота достигает 18–36%. Показатели частоты назначения комбинированной терапии больным с АГ в России (74%) выше, чем в США (64%) и странах Европы (44–59%). Среднее количество ГП на 1 больного в России составляет 2,22 (против 1,72 в 2002 г.).

Несмотря на большой арсенал препаратов с лучшими фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками (большей продолжительностью действия, большим тканевым распределением, наличием дополнительных показаний и др.), самым назначаемым ингибитором АПФ в

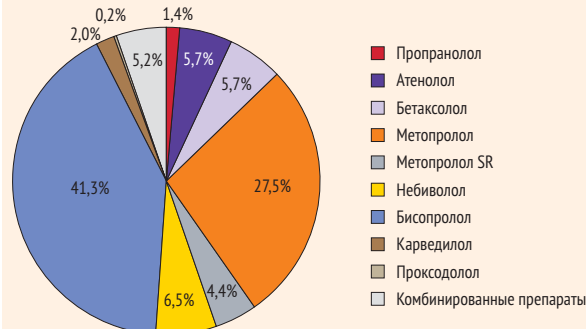
Рисунок 3. Структура препаратов класса ингибиторов АПФ (доли, %)



России является эналаприл (44,5%) (рис. 3). Еще 25% приходится на лизиноприл и периндоприл. По сравнению с результатами 2002 г. значительно уменьшилась доля каптоприла как в приверженности врачей (6% против 21% в 2002 г.), так и приверженности пациентов (5,5% против 8,2% в 2002 г.), однако по сравнению с данными 2002 г. увеличились доли периндоприла, рамиприла и фозиноприла. Всего пациенты с АГ применяют 19 препаратов из класса ингибиторов АПФ, 43 торговых наименования (наиболее часто — Эналаприл, Энап, Диротон, Престариум). В структуре ингибиторов АПФ значительно увеличилась доля фиксированных комбинаций — до 12% против 4,6% в 2002 г. В настоящее время они представлены 12 препаратами (наиболее распространенные — Энап Н, Нолипрел и Нолипрел форте). Суммарная доля оригинальных препаратов класса ингибиторов АПФ, применяемых пациентами, составляет 43%.

Из β -адреноблокаторов наиболее часто применяются бисопролол и метопролол, суммарная доля которых превышает 70% (рис. 4). Выбор этих препаратов может быть обусловлен не только их доказанной и высокой антигипертензивной эффективностью в клинических исследованиях, но и наличием сопутствующей ХСН, доля которой среди пациентов с АГ достигает 32%. Лидирующее положение занимает бисопролол, что обусловлено его благоприятными клинико-фармакологическими характеристиками: высокой степенью селективности к β_1 -адренорецепторам, большой длительностью действия, двойным путем элиминации. Причем почти половина препаратов бисопролола представлена оригинальной формой Конкор, доля которого среди всех торговых наименований ГП наибольшая (15%). Такая позиция, несомненно, связана с широкой доказательной базой препарата, основанной на крупных международных клинических исследованиях его эффективности при различных сердечно-сосудистых заболеваниях в рамках кардиоваскулярного континуума (CIBIS I-III, TIBBS и др.). В зарубежных клинических исследованиях было показано, что Конкор не влияет на углеводный и липидный обмен у больных АГ и сопутствующим СД 2 типа. Установлено, что при применении этого препарата не наблюдается развития гипогликемии и изменения уровней глюкозы и гликозилированного

Рисунок 4. Структура препаратов класса β -блокаторов (доли, %)



гемоглобина в крови у пациентов данной категории [7]. Эти данные сопоставимы с результатами исследования, проведенного на базе Института клинической кардиологии ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, по оценке влияния 24-недельной терапии Конкором на показатели суточного профиля АД, инсулинорезистентности, углеводного и липидного обмена и состояние перфузии головного мозга у пациентов с АГ и метаболическим синдромом. Согласно результатам исследования Конкор эффективно снижал уровни АД в дневное и ночное время суток и не влиял на показатели углеводного и липидного обмена, состояние мозгового кровотока и перфузию головного мозга.

Метопролол представлен не только обычной лекарственной формой, но и формой с контролируемым высвобождением; увеличение доли данной лекарственной формы обусловлено необходимостью ее применения у пациентов с сопутствующей ХСН.

Существенно увеличилась доля новых β -блокаторов с большой продолжительностью действия, таких как небиволол и бетаксолол. Благоприятная тенденция наблюдается в отношении уменьшения доли атенолола, применение которого ограничено современными рекомендациями ввиду отсутствия у него преимуществ перед другими β -блокаторами и другими классами ГП в предупреждении исходов АГ, а также наличием неблагоприятных метаболических эффектов [8, 9]. Пациенты применяют 9 препаратов из класса β -блокаторов, 26 торговых наименований и 3 фиксированных препарата. Суммарная доля оригинальных препаратов среди β -блокаторов составляет 58%.

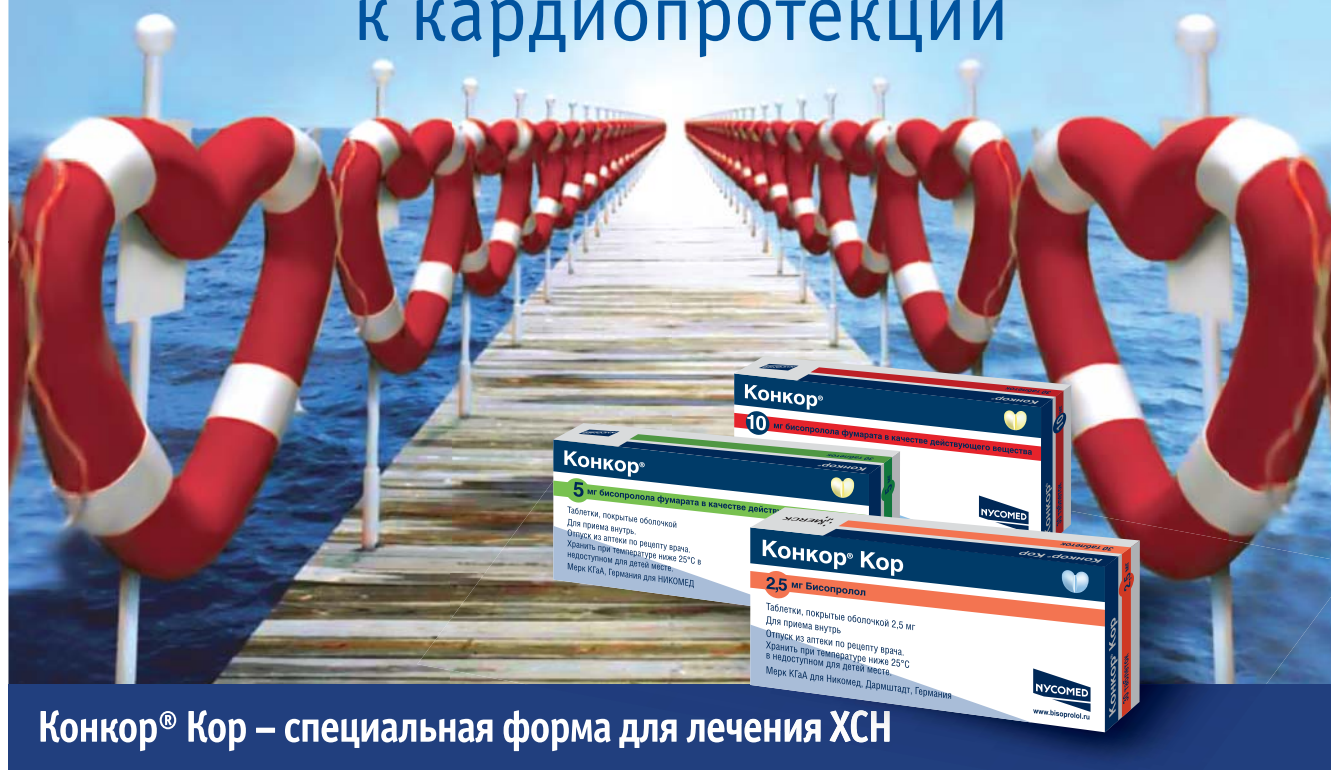
Третье место в структуре ГП занимает класс диуретиков, представленный на 2/3 индапамидом и на 1/3 гидрохлортиазидом. По сравнению с данными 2002 г. отмечается существенное увеличение доли индапамида, особенно за счет ретардной формы, что согласуется с результатами крупных международных клинических исследований по доказательству ее эффективности как по влиянию на «суррогатные» точки АГ, так и на отдаленные конечные точки. Уменьшение доли гидрохлортиазидов в структуре диуретиков для лечения АГ объясняется данными результатов метаанализа о наибольшей частоте развития новых случаев сахарного диабета при

Конкор®

бисопролол 2,5 – 5 – 10 мг

Однократный прием для лечения АГ, ИБС и ХСН

Сделай первый шаг к кардиопротекции



Конкор® Кор – специальная форма для лечения ХСН

- Первый бета-адреноблокатор, доказавший свою эффективность у больных ХСН¹
- Высокая степень безопасности у больных с СД, дислипидемиями, нетяжелыми облитерирующими заболеваниями сосудов^{2,3}
- Не требует коррекции дозы у больных с нетяжелой почечной и печеночной недостаточностью⁴

Сокращенная информация по назначению: Конкор®/бисопролол. Регистрационный номер: П N012963/01. **Состав:** 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит активное вещество – бисопролола фумарат (2:1) – 5 мг. Дозировки: 2,5 мг*; 5 мг; 10 мг. **Фармакотерапевтическая группа и свойства:** бета1-адреноблокатор без внутренней симпатомиметической активности. **Показания к применению:** артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (стенокардия), хроническая сердечная недостаточность. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к бисопрололу или к любому из вспомогательных веществ, острая сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, кардиогенный шок, атриовентрикулярная (AV) блокада II и III степени, без электрокардиостимулятора, синдром слабости синусового узла, синоатриальная блокада, брадикардия (ЧСС менее 60 уд/мин), выраженная артериальная гипотензия (систолическое АД менее 100 мм рт.ст.), тяжелые формы бронхиальной астмы или хронической обструктивной болезни легких, выраженные нарушения периферического артериального кровообращения или синдром Рейно, феохромоцитомы (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов), метаболический ацидоз, возраст до 18 лет (недостаточно данных по эффективности и безопасности у данной возрастной группы). **Способ применения и дозы:** Конкор® следует принимать один раз в сутки. Таблетки не следует разжевывать или растирать в порошок. **Артериальная гипертензия и стабильная стенокардия:** начальная доза составляет 5 мг препарата Конкор® 1 раз в день. Максимально рекомендованная доза составляет 20 мг в сутки. **Хроническая сердечная недостаточность:** начальная доза составляет 1,25 мг один раз в день. Максимально рекомендованная доза при лечении ХСН составляет 10 мг препарата Конкор® 1 раз в день. **Побочные действия:** возможно развитие головокружения, головной боли, депрессии, бессонницы, брадикардия, усугубление симптомов течения ХСН, ощущение похолодания или онемения в конечностях, выраженное снижение АД, особенно у пациентов с ХСН, нарушение AV-проводимости; ортостатическая гипотензия, тошнота, рвота, диарея, запор, мышечная слабость, судороги мышц, бронхоспазм, реакции гиперчувствительности. **Особые указания:** лечение не следует прерывать внезапно, особенно у пациентов с ИБС. При прекращении лечения дозу следует снижать постепенно. Полная информация по препарату и противопоказаниям содержится в инструкции по медицинскому применению. **Особые указания:** * показание ХСН

1. CIBIS II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. Lancet 1999;353:9-13. 2. Janka H.U. et al. J Cardiovasc Pharmacol 1986;8[suppl 11]:96-9. 3. Van de Ven L. et al. VASA 1994; 23/4: 357-362. 4. Инструкция по применению.

На правах рекламы. Рег. уд. МЗ РФ П № 012963/01. Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. ООО «Никомед Дистрибушин Сентз»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1, т.: (495) 933 5511, ф.: (495) 502 1625; www.bisoprolol.ru; www.nycomed.ru. Дата выпуска рекламы: ноябрь 2011

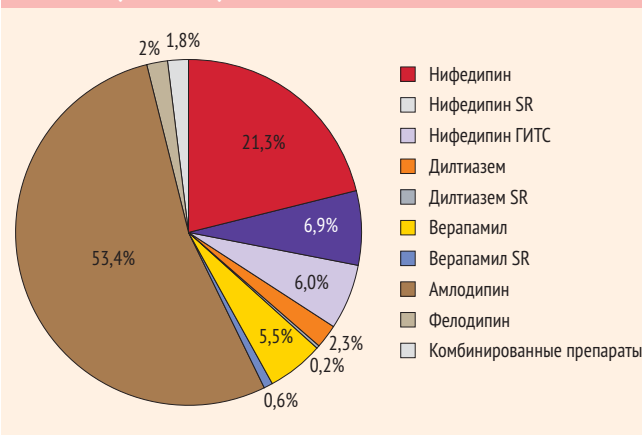


Nycomed: a Takeda Company

его длительном применении [8]. В группу диуретических средств, используемых пациентами с АГ, вошли также Фуросемид, Верошпирон, Триампур (их суммарная доля 8,7%), что может быть связано с наличием у больных сопутствующей ХСН. Доля оригинальных препаратов в классе диуретиков невысока и составляет 24%, наиболее часто применяемые препараты — Индапамид, Индап, Арифон ретард.

По данным 2008 г., среди антагонистов кальция лидирующее место занимает амлодипин, доля которого многократно возросла по сравнению с данными 2002 г. (рис. 5), что вполне согласуется с результатами крупных клинических исследований последних лет, доказавших высокую гипотензивную эффективность препарата, наличие антиатерогенного эффекта, что в совокупности обеспечивает снижение риска развития осложнений АГ. Существенно уменьшилась доля препаратов короткого действия: нифедипина, дилтиазема, верапамил (до 27% против 87% в 2002 г.) и увеличилось применение ретардных форм нифедипина и нифедипина ГИТС. Таким образом, основу антагонистов кальция стали составлять препараты пролонгированного действия — их доля увеличилась до 70%. В классе антагонистов кальция пациенты применяют 13 препаратов и 41 торговое наименование, в т.ч. 4 фиксированные комбинации. Антагонисты кальция представлены в основном препаратами-дженериками, а доля оригинальных препаратов составляет лишь 18%.

Рисунок 5. Структура препаратов класса антагонистов кальция (доли, %)



Доля нового класса ГП антагонистов рецепторов АП II у пациентов с АГ составляет лишь 3%, причем наиболее активно используются лозартан и ирбесартан. Всего пациенты применяют 11 препаратов из класса антагонистов рецепторов АП II, из которых 5 — фиксированные комбинации. Данный класс представлен максимальной долей оригинальных препаратов, достигающей 55%.

Препараты с центральным механизмом действия не относятся к основным ГП. Однако такие препараты, как Клофелин, Адельфан, Кристепин и др., особенно популярны среди больных с АГ в России. Эту ситуацию позволили изменить усилия последних лет, включающие национальные рекомендации, образовательные программы для врачей и пациентов, конфе-

ренции. Так, по данным опроса врачей, приверженность к назначению препаратов с центральным механизмом действия уменьшилась вдвое, а доля применяющих их пациентов сократилась с 13,3% в 2002 г. до 3,4% в 2008 г.

Анализ 10 наиболее часто применяемых пациентами ГП показал, что лидируют 3 препарата — Конкор, Эналаприл и Энап (табл. 2). Суммарная доля 10 наиболее часто применяемых препаратов в общем количестве АП II составляет 47%. Атенолол, Клофелин, Адельфан полностью вытеснены из десятки лидеров, зато десятка пополнилась ингибиторами АПФ: Престариумом, Арифоном ретард и Амлодипином.

Таблица 2. 10 наиболее часто принимаемых ГП (доля, %)

ПИФАГОР II (2002)	ПИФАГОР III (2008)
Энап — 17,9%	Конкор — 15%
Эналаприл — 15,7%	Эналаприл — 14,5%
Атенолол — 12,6%	Энап — 12,6%
Гипотиазид — 12,1%	Гипотиазид — 9,7%
Индап — 6,8%	Диротон — 8,9%
Энам — 6,4%	Индапамид — 8,6%
Эгилек — 6,4%	Престариум — 8,0%
Адельфан — 5,9%	Эгилек — 7,8%
Диротон — 5,8%	Индап — 7,6%
Клофелин — 5,6%	Амлодипин — 6,4%

ТРЕТИЙ ВОПРОС: КАК МЫ ЛЕЧИМ АГ И КАКУЮ ТАКТИКУ ВЫБИРАЮТ ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ?

Ответ на данный вопрос был включен в анкеты для врачей. Оказалось, что при выборе ГП врачи учитывают такие факторы, как сопутствующие заболевания (91% опрошенных), степень повышения АД (89%), наличие поражения органов-мишеней (83%), возраст пациентов (77%), которые позволяют индивидуализировать выбор фармакотерапии в эмпирическом подходе лечения АГ. С другой стороны, врачи отметили и такие факторы, как степень доказанности эффективности препарата (69%), стоимость препарата и социальный статус пациента (66%), которые согласно рекомендациям ВОЗ также имеют важное значение в достижении высокой эффективности антигипертензивной терапии. Так, по данным опроса, 60% пациентов и 10% льготной категории приобретают ГП за полную стоимость, а их финансовые возможности не превышают 500 руб. в месяц в 2008 г. Поэтому предпочтения пациентов во многом определяет цена препаратов, не всегда позволяющая точно следовать рекомендациям врача при выборе конкретного препарата. Таким образом, взамен рекомендуемых оригинальных ГП пациенты вынуждены заменять их более дешевыми препаратами-дженериками.

Подавляющее большинство врачей (около 70%) при лечении пациентов с АГ выбирают стратегию комбинированной терапии, что подтверждается высокой частотой применения комбинированной терапии пациентами (74%). В последнее

время врачи чаще стали назначать фиксированные комбинированные препараты (43%) и низкодозовые комбинации (29%).

Важное значение при проведении антигипертензивной терапии имеет не только выбор ГП, но и критерии оценки эффективности лечения. С 2001 г. в клиническую практику было внедрено понятие «целевого уровня АД», при котором достигается максимальное снижение риска развития осложнений АГ. При опросе врачей изучалась их позиция по уровню снижения АД у пациентов с АГ: 70% врачей указали целевой уровень АД 140/90 мм рт.ст. и менее; еще 6% указали на необходимость достижения более низкого уровня (до 130/80 мм рт.ст.) у пациентов высокого риска с сопутствующим сахарным диабетом, почечной недостаточностью, что полностью соответствует рекомендациям ВНОК. Однако 18% врачей (21% терапевтов и 10% кардиологов) по-прежнему предпочитают снижать АД до «рабочего уровня», а 9% считают «идеальным» снижение АД до 110/70–130/90 мм рт.ст. для всех пациентов с АГ.

Оценка эффективности гипотензивной терапии у больных проводилась по уровню АД: на момент заполнения анкеты средний уровень АД у больных составил 137,2/85,1 мм рт.ст., при этом целевой уровень АД (< 140/90 мм рт.ст.) имели 69% (по сравнению с 43% в 2002 г.). По данным опроса больных, по сравнению с 2002 г. увеличилась доля постоянно принимающих ГП пациентов — 79% (по сравнению с 62,1% в 2002 г.). Повысилась мотивация пациентов к лечению: до 70% (против 57% в 2002 г.) увеличилась доля больных, активно наблюдающихся у врача, до 83% — проводящих контроль уровня АД в домашних условиях, а 16% исследуемой популяции больных посещали школы для больных АГ.

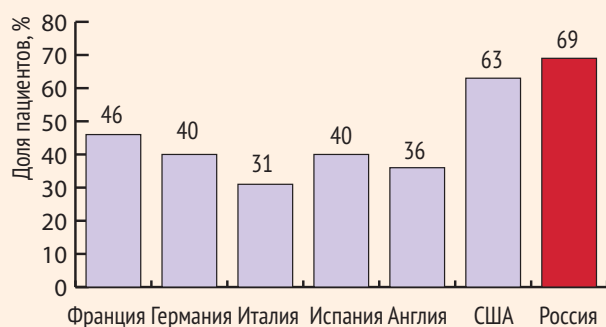
По данным эпидемиологических исследований, в течение многих лет уровень контроля АД в популяции пациентов в России был крайне невысоким по сравнению с другими странами. Данные о частоте контроля АД у категории пациентов по обращаемости особенно важны для оценки качества фармакотерапии. По сравнению с западными странами в Cardiomonitor survey уровень контроля АД по обращаемости в России существенно лучше и сопоставим с уровнем в США (63%), что также превышает результаты стран Европы (от 31

до 46%) (рис. 6) [4]. Такие результаты могут объясняться высоким уровнем применения комбинированной терапии у пациентов с АГ в России и, вероятно, более высокой частотой назначения ингибиторов АПФ.

Таким образом, в реальной практике в России наблюдается положительная тенденция к повышению эффективности и качества лечения АГ. Анализ позиции врачей при проведении антигипертензивной терапии показал соответствие современным национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ. Врачи при эмпирическом выборе стали более адекватно оценивать и учитывать преимущества и недостатки разных ГП, основанные на современных данных доказательной медицины. В результате структура назначаемых врачами ГП качественно изменилась: увеличилась доля ГП длительного действия с возможностью приема 1–2 раза в сутки, значительно сократилась доля «устаревших» и имеющих неблагоприятный профиль безопасности препаратов. В качестве критерия оценки эффективности антигипертензивной терапии укрепилось понятие «целевого» уровня АД. Также наблюдается положительная тенденция к улучшению эффективности фармакотерапии АГ у пациентов: об этом свидетельствуют данные об уровне контроля АД в популяции леченых пациентов. В реальной фармакотерапии пациентов прослеживается врачебная тактика применения современных ГП и комбинаций ГП, что не уступает аналогичным данным в современном мире.



Рисунок 6. Степень контроля уровня АД в разных странах (адаптировано по ссылке 4)



ЛИТЕРАТУРА

1. Pereira M., Nuno L., Ana A., Henrique B. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries/J.Hypertens. 2009; 27: 963–975.
2. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и соавт. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации/Российский кардиологический журнал. — 2006. — №4. — С. 45–50.
3. Dzau V.J., Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement/Am. Heart. J. 1991; 121: 1244–1263.
4. Wang Y.R., Alexander G.C., Stafford R.S. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States/Arch. Intern. Med. 2007; 167: 141–147.
5. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии в России (ПИФАГОР)/Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2005. — №4. — С. 12–20.
6. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В., Штейнберг Л.Л. и др. Фармакоэпидемиология артериальной гипертонии в России (по результатам фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III)/Российский кардиологический журнал. — 2011. — №2. — С. 9–16.
7. Janka H.U., Ziegler A.G., Disselhoff G., Mehnert H. Influence of bisoprolol on blood glucose, glucosuria, and haemoglobin A1 in noninsulin-dependent diabetics/J.Cardiovasc.Pharmacol. 1986; 8: Suppl 11: S96–9.
8. Elliott W., Meyer P.M. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis/Lancet 2007; 369: 201–207.
9. Carlberg B., Samuelsson O., Lindholm L.H. Atenolol in hypertension: is it a wise choice?/Lancet 2004; 364:1684–1689.