Н.В. АНПИЛОГОВА
аспирант Курского государственного медицинского университета
E-mail: natalya.anpilogova@bk.ru
Тел. 8 960 6864770

Г.С. МАЛЬ
доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии Курского государственного медицинского университета
E-mail: kurskmed@mail.ru
Тел. (4712) 58 81 32

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

В статье рассматриваются подходы к оптимизации оказания медицинской помощи кардиологическим больным по результатам проведенного фармакоэкономического анализа затрат. Анализируются результаты терапии кардиологических больных по данным стационарных карт с применением фармакоэкономического метода «затраты-эффективность».

Ключевые слова: ***анализ эффективности затрат, ретроспективное исследование, уровень артериального давления, артериальная гипертензия, анализ частоты назначений.***

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является главным фактором риска, определяющим общую смертность. В России 41,6 млн. пациентов с АГ старше 15 лет. Несмотря на разработку новых эффективных лекарственных средств, и в 2010 г. АГ осталась ведущей причиной смерти: по данным Всемирной организации здравоохранения, АГ обусловливает 17 млн. смертей в год, а наличие АГ укорачивает жизнь на 5 лет [4].

Известно, что снижение артериального давления (АД) до целевого уровня (менее 140/90) уменьшает относительный риск развития ИБС, инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний[2].

При экономической оценке признано, что лечение АГ имеет наиболее благоприятное соотношение стоимость/эффективность из всех когда-либо оценивавшихся эффектов лечения [6].

Среди основных причин, определяющих такой высокий процент смертей от АГ и осложнений, связанных с высоким АД, можно выделить:

1. позднее выявление АГ (предгипертензия);
2. отсутствие сознательности пациента по отношению к своему здоровью (низкий контроль АД) и своевременный прием дозы антигипертензивного лекарственного средства;
3. отсутствие рациональной лечебно-профилактической работы с пациентами, страдающими АГ[4].

Главной задачей лечения таких пациентов является максимальное снижение общего риска осложнений (предупреждение инфаркта миокарда, мозгового инсульта), смертности от этих заболеваний и улучшение прогноза[4]. Ведущую роль в ее реализации играет снижение повышенного АД до целевого уровня (менее 140/90).

В последнее время в отечественном здравоохранении особое внимание уделяется аспектам фармакоэкономики, то есть экономическому анализу фармакотерапии, позволяющему оценить эффективность использования бюджета, израсходованного на организацию и проведение лечебного процесса[8].

Анализ эффективности затрат – это тип клинико-экономического анализа, при котором проводят сравнительную оценку результатов лечения и затрат при двух и более вмешательствах, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах (мм рт.ст., уровень гемоглобина в крови, число предотвращённых осложнений, годы сохранённой жизни и т. п.). Клинико-экономические исследования по оценке эффективности затрат имеют серьёзные теоретические перспективы, однако на практике их использование ограничено [1,6].

В настоящее время существует большое число оригинальных препаратов и их дженериков, применяющихся у больных АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) [3].

Целью исследования явился сравнительный анализ затрат различных вариантов антигипертензивной терапии у пациентов с АГ в сочетании с ИБС в условиях стационара и анализ ассортимента

© Н.В. Анпилогова, Г.С. Маль

лекарственных средств (ЛС), используемых для антигипертензивной терапии.

Материалы и методы исследования: для проведения фармакоэкономического анализа по принципу «затраты – эффективность» была проведена выкопировка историй болезни пациентов с АГ в сочетании с ИБС. В рамках проведения ретроспективного анализа материалом исследования явились истории болезни пациентов (n=132) в 2 возрастных группах: 40-49 лет, 50-59 лет. В группах пациенты разделялись по гендерному признаку.

Использовались следующие методы исследования: ретроспективный, фармакоэкономический и статистический.

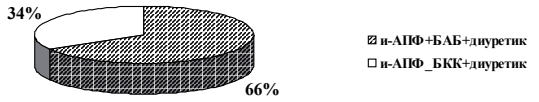
Результаты исследования

В ходе проведенного исследования было установлено, что в условиях соблюдения врачами Национальных рекомендаций и стандартов [5] наиболее часто используемой комбинацией в терапии пациентов, страдающих АГ II степени в сочетании с ИБС, оказалась двухкомпонентная терапия (в 86% случаев), представленная комбинацией ингибиторов АПФ (и-АПФ) с бета-адреноблокаторами (в 65% случаев) и и-АПФ с диуретиками (в 35% случаев). При АГ III степени в сочетании с ИБС, использовалась преимущественно 3-х компонентная терапия в (82% случаев), в основном представленная комбинацией бета-адреноблокаторов с и-АПФ и диуретиками (76% случаев).

Стоит отметить, что наиболее часто 3-х компонентные схемы терапии были представлены сочетанием и-АПФ с диуретиками и БАБ в 67% случаев, а схема и-АПФ с диуретиками и БКК в 34% случаев. 4-х компонентные схемы терапии использовались значительно реже и представляли собой комбинации и-АПФ с БАБ, БКК и диуретиками (44%), и-АПФ с БАБ, диуретиками, антагонистами рецепторов ангиотензина II (32%), БКК с БАБ, диуретиками , антагонистами имидазолиновых рецепторов (24%) (рисунок 1).

При оценке влияния проведенного лечения на уровень артериального давления (систолического и диастолического) у пациентов в возрастной группе (40-49 лет) отмечено, что наиболее целесообразным с позиции фармакоэкономики использование комбинации и-АПФ и диуретик. У женщин в данной группе наиболее эффективной оказалась комбинация периндоприл и гидрохлортиазид в 86% случаев. У мужчин в данной группе наиболее экономически обоснованной оказалась комбинация эналаприл и индапамид в 92% случаев.

3-х компонентные схемы комбинированной терапии



4-х компонентные схемы комбинированной терапии

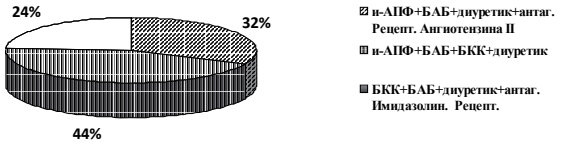


Рис. 1. Характеристика антигипертензивной терапии у пациентов с АГ (III ст., III ст.) в сочетании с ИБС (III фк).

У пациентов, страдающих АГ (III ст. III ст.) в сочетании с ИБС (III ФК), практически всегда присутствовали 3-х или 4-х компонентные схемы терапии. Комбинированная терапия имеет много преимуществ: усиление антигипертензивного эффекта за счет разнонаправленного действия препаратов на патогенетические механизмы развития АГ, что увеличивает число пациентов со стабильным снижением АД; уменьшение частоты возникновения побочных эффектов как за счет меньших доз комбинируемых препаратов, так и за счет взаимной нейтрализации этих эффектов; обеспечение наиболее эффективной органопротекции и уменьшение риска и числа сердечно-сосудистых осложнений[7,8,9].

В ходе проведенного ретроспективного исследования было установлено, что наиболее достоверно значимой фармакоэкономически в схеме терапии АГ оказалась комбинация и-АПФ с бета-адреноблокаторами и диуретиками, представленная фозиноприлом, бисопрололом и гидрохлортиазидом в 89% случаев у мужчин в возрастной группе (50-59 лет) . Данные комбинации обеспечили гипотензивный эффект на 21% (САД) и 13% (ДАД), что соответственно фармакоэкономически составило 23 руб. при снижении уровня АД на 1%.

У женщин в той же возрастной группе (50-59 лет), получающих терапию АГ по схеме и-АПФ с бета-адреноблокаторами и диуретиками, более рациональной оказалась комбинация эналаприла, метопролола и индапамида в 94% случаев по достижению целевого уровня артериального давления (САД/ДАД). Выбор индапамида обусловлен наличием благоприятного профиля эффективности

и безопасности, доказанного в крупных клинических исследованиях[10]. Подобное сочетание ЛС позволило добиться гипотензивного эффекта на 23% (САД) и 14% (ДАД), что соответственно фармакоэкономически составило 25 руб. при снижении уровня АД на 1%.

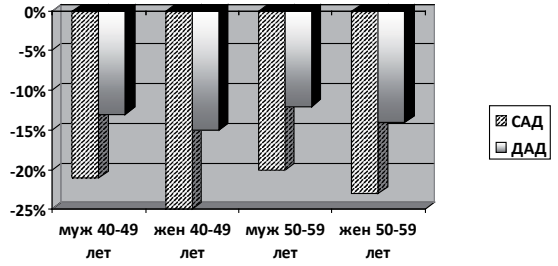


Рис. 2. Динамика АД у больных, страдающих с АГ (IIIст., III ст.) и ИБС (III ФК), получающих комбинированную терапию эналаприлом, метопрололом и индапамидом (женщины) и фозиноприлом, бисопрололом и гидрохлоротиазидом (мужчины).

При анализе ассортимента препаратов, используемых для лечения АГ в сочетании с ИБС в условиях стационара, было установлено, что в большинстве случаев назначалось 22 международных непатентованных наименований, представленных 38 торговыми наименованиями. Представлены препараты из группы бета-адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, диуретики, а также комбинированные препараты.

В схемах антигипертензивной терапии препаратами выбора явились бисопролол и метопролол, их доля составила 43% и 48%, тогда как на долю атенолола и пропранолола пришлось всего 4% и 5%. Регулярное и длительное лечение артериальной гипертонии, стенокардии, ХСН бисопрололом способно не только снизить АД до целевых уровней, уменьшить частоту приступов стенокардии и проявления сердечной недостаточности, но и существенно уменьшить развитие осложнений при этих заболеваниях и тем самым увеличить продолжительность жизни больных[7].

Блокаторы кальциевых каналов представлены практически в равных долях: основную долю составил верапамил (41%), амлодипин (32%) и нифедипин (27%).

Среди ингибиторов АПФ лидирует эналаприл (51%), доля остальных препаратов составила от 10 до 15%. (рисунок 3).

В результате анализа ассортимента ЛС, используемых для лечения АГ в сочетании с ИБС, выявлены наиболее часто назначаемые ЛС – и-АПФ (эналаприл), бета-адреноблокаторы (бисопрол, метопролол), антагонисты кальция (верапамил), диуретики (гидрохлортиазид, индапамид). В результате анализа частоты назначения препаратов для антигипертензивной терапии у пациентов с АГ в сочетании с ИБС установлено, что наиболее часто назначался из группы и-АПФ – эналаприл (в 2008 г. – 34,12% всех назначений, в 2009 г. – 32,56%), второе место по частоте назначений разделили ЛС из группы бета-адреноблокаторов – метопролол (в 2008 г. – 15,62%, в 2009 г. – 14,25%) и бисопролол (в 2008г. – 13,45%, в 2009 г.–14,62%).

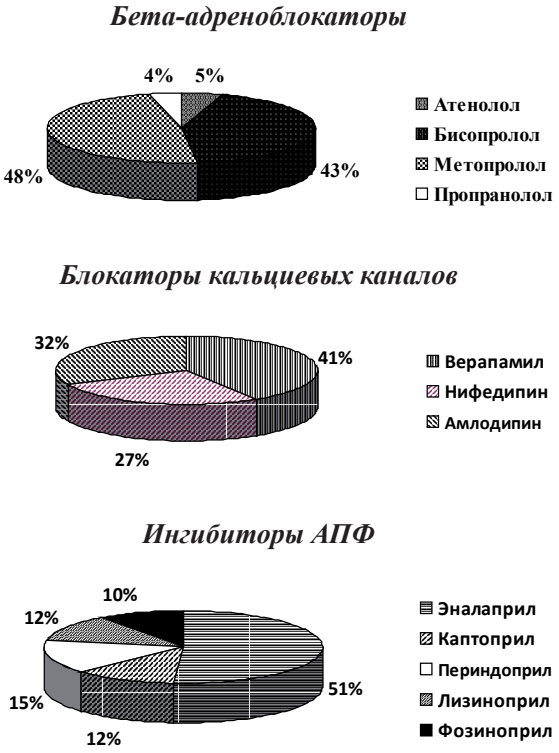


Рис. 3. Доля препаратов в схемах антигипертензивной терапии у пациентов с АГ (III ст., III ст.) в сочетании с ИБС (III фк).

Заключение

Проведенное ретроспективное исследование показало, что в условиях реальной клинической практики наиболее часто для лечения больных АГ (II ст. II ст.) используются 2-х компонентные схемы терапии (67% случаев), АГ (IIIст. IIIст.) в 34% случаев 3-х и 4-х компонентные схемы, что согласуется с Национальными рекомендациями и стандартами лечения. В результате анализа ассортимента ЛС, наиболее часто используемых для антигипертензивной терапии у пациентов с АГ в сочетании с ИБС, выявлены наиболее часто назначаемые ЛС – бета-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол), антагонисты кальция (верапамил), и-АПФ (эналарил). Ассортимент препаратов ограничен, что связано с дороговизной препаратов и ограничением ресурсов ЛПУ. Преимущественно используются

дженерики и лишь в отдельных случаях оригинальные препараты.

Таким образом, у пациентов в возрастной группе 40-49 лет в схеме терапии АГ в сочетании с ИБС наиболее часто используемой и фармакоэкономически обоснованной представлена комбинация и-АПФ и диуретик. Наиболее часто используемая и фармакоэкономически обоснованная комбинация у мужчин представлена эналаприлом и индапамидом, а в группе женщин – периндоприлом и гидрохлортиазидом. Тогда, как в возрастной группе 50-59 лет у больных АГ в сочетании с ИБС по результатам ретроспективного анализа наиболее рациональным является сочетание и-АПФ с бета-адреноблокаторами, диуретиками. При этом в группе мужчин данная комбинация представлена фозиноприлом, бисопрололом и гидрохлортиазидом, а в группе женщин – эналаприлом, метопрололом и индапамидом.

С позиции фармакоэкономики будет целесообразным использование выявленных преимущественных комбинаций ЛС в схемах комбинированной терапии у больных АГ в сочетании с ИБС. Выбор данных комбинаций позволит более рационально использовать ресурсы ЛПУ с точки зрения соотношения эффективности и затрат на данную терапию в анализируемой группе больных. Результаты анализа следует использовать при планировании закупок лекарственных средств для антигипертензивной терапии пациентов с АГ в сочетании с ИБС в условиях стационара.

Библиографический список

1. *Аннеманс Л.* Экономика здравоохранения для неэкономистов. Введение в концепции, методы и трудности экономической оценки в здравоохранении : пер. с англ. / Л. Аннеманс. М. : Ньюдиамед, 2010. 120 с.

2. *Аронов Д.М.* Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца / Д.М. Аронов, М.Г. Бубнова // Кардиосоматика. 2010. № 1. С. 11-17.

3. *Волков В.С.* Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы : рук. для врачей / В.С. Волков, Г.А. Базанов. М. : МИА, 2010. 360 с.

4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. № 7. (Прил. 2).

5. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (4-й пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. № 6. (Прил. 2).

6. Затраты, качество и результаты в здравоохранении. Книга терминов ISPOR : пер. с англ. М. : Ньюдиамед, 2009. 468 с.

7. *Кириченко А.А.* Место бисопролола в терапии артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца / А.А. Кириченко // Фарматека. 2009. № 8. С. 10-17.

8. *Сумин А.Н.* Актуальные вопросы лечения артериальной гипертензии (по материалам европейских конгрессов 2010 г.) / А.Н. Сумин, О.Л. Барбараш // Кардиология. 2012. Т. 52, № 5. С. 88-96.

9. National cardiovascular prevention should be based on absolute disease risks, not levels of risk factors / J. Poweles, A. Shoroufi, C. Mathers [et al.] // Eur. J. Public. Health. 2010. Vol. 20. P. 103-106.

10. *Michael E.E.* Использование диуретиков у больных с артериальной гипертензией / E.E. Michael, D. Pharm, M.D. Marvin Moser // Consilium medicum Ukraina. 2010. Т. 4, № 6. С. 9-12.

N.V. ANPILOGOVA, G.S. MAL

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF HEALTH CARE FOR CARDIAC PATIENTS AT HOSPITAL

The re was to considered the approaches to optimize the provision of medical care cardiac patients on the results of the survey of pharmacoeconomic analysis of cost. The results are analyzed of the treatment of cardiac patients from data of hospital with the use of pharmacoepidemiologic method of «cost-effectiveness».

Key words: ***cost-effectiveness analysis, retrospective study, the level of blood pressure, arterial hypertension, analysis of frequency assignments.***