

Ю.И. Нестеров, О.А. Лазарева, И.Н. Бондарева, О.Ю. Сотникова

*Кемеровская государственная медицинская академия,
кафедра поликлинической терапии,
г. Кемерово*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Изучено качество вторичной профилактики у 720 больных с артериальной гипертензией (АГ) в условиях первичного звена здравоохранения г. Кемерово. Полученные результаты были сравнены с данными 1995–1997 гг. Выявлено, что в лечении АГ удалось преломить психологию участковых терапевтов в пользу назначения современных антигипертензивных препаратов. Так, например, назначение иАПФ возросло с 3,1 % в 1997 г. до 40,2 % в 2003 г., БАБ – с 5,1 % до 13,6 %, соответственно. К единичным случаям свелось применение адельфана и его аналогов. Клофелин, хотя и продолжали получать 32,6 % пациентов, но он назначался в основном по социальным показаниям и при острых ситуациях. Намечилась явная тенденция к комбинированному лечению АГ, переход с курсового метода лечения на постоянный прием лекарств. Таким образом, за последние годы лечение АГ явно улучшилось, но еще не в полной мере соответствует современным требованиям.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество лечения, антигипертензивные препараты.

The quality of secondary preventive inspection (prophylaxis) of 720 patients with arterial hypertension (AH) in the conditions of polyclinics in Kemerovo town has been studied in the research. The received results were compared with the findings of 1995–1997. It has been discovered that in AH treatment the local therapeutics' psychology has been refracted in the favor of the up-to-date antihypertensive medicine prescription. For instance, the prescription of inhibitor angiotensionconverting ferment has increased from 3,1 % in 1997 to 40,2 % in 2003, of beta-adrenergic blocking agents from 5,1 % in 1997 to 13,6 % in 2003, correspondingly. There were rare instances of adelphane and its analogues prescription. 32,2 % of patients continued getting clonidine, but on the whole it is prescribed by social indications and in critical situations. There is a strong tendency to a combined AH treatment, the conversion from the course treatment to the constant medicine taking. Thus, recently AH treatment has considerably improved but still it does not correspond to the up-to-date requirements.

Key words: arterial hypertension, the quality of treatment, antihypertensive medicines.

Артериальная гипертензия (АГ) до настоящего времени остается одной из основных неинфекционных пандемий, определяющей структуру сердечно-сосудистых заболеваний и смертности [1, 2, 3]. Известно, что Россия занимает одно из первых мест в мире по частоте мозговых инсультов, инфарктов и сердечно-сосудистой смерти [4]. В то же время, раннее выявление всех лиц с АГ и эффективно проводимая антигипертензивная терапия во многом должны решить проблему заболеваемости и смертности от основных осложнений болезни. Так, мета-анализ 17 контролируемых исследований,

включивших более 47000 больных по лечению АГ, показал, что даже умеренное снижение артериального давления (АД), диастолического в среднем на 5–6 мм рт. ст., а систолического на 10–12 мм рт. ст., высоко достоверно позволяет снизить риск инсультов на 38–40 %, коронарной болезни сердца – на 14 % [5].

В Федеральной Целевой Программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» поставлена задача снижения заболеваемости населения мозговыми инсультами и ишемической болезнью сердца на 13–18 %.

Не принижая роли врачей госпитальных отделений, надо отметить, что проблема диагностики и профилактики осложнений АГ в основном будет решаться в первичном звене здравоохранения (амбулаторными врачами, врачами общей практики), где возможен длительный контроль за течением болезни. В то же время, проведенные исследования [6, 7, 8] показали низкую выявляемость больных АГ, высокий процент не леченых и отсутствие адекватного снижения АД. По данным эпидемиологических исследований стран Западной Европы, уровень АД ниже 140/90 мм рт. ст. наблюдался всего у 15-16 % больных АГ, получавших антигипертензивную терапию [9, 10]. Принятые ВНОК в 2002 году рекомендации по диагностике и лечению АГ в качестве препаратов первого ряда, при отсутствии противопоказаний, предлагают использовать 7 основных классов гипотензивных препаратов [11].

Цель исследования — сравнить качество оказания медицинской помощи и полноту обследования органов-мишеней у больных с артериальной гипертензией в условиях первичной медико-санитарной помощи г. Кемерово за 1995-1996 гг. и 2003-2004 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период 1995-1996 гг. был составлен банк данных на 1301 больного (мужчин и женщин) с АГ в возрасте от 18 до 75 лет, у которых в течение последних 2-х лет артериальное давление (АД) составляло 140/90 мм рт. ст. и более.

Для оценки реально проводимой гипотензивной терапии в поликлиниках на предшествующих этапах лечения, анализировались амбулаторные карты больных. Помимо того, в расчет принимались выписки из стационаров, заключения специалистов-консультантов, результаты обследования по самообращаемости и другие медицинские документы. Полученные сведения вносились в разработанную единую стандартную анкету, содержащую 32 позиции. В анкету были включены вопросы, касающиеся возраста, пола, рода занятий, наличия факторов риска и давность АГ (в годах), стадия (степень) болезни (по критериям ВОЗ/МОАГ 1999, 2002 гг.), периодичность врачебных осмотров с контролем показателей АД, а также все сведения, касающиеся лечения и обследования органов-мишеней АГ в прошлом.

Важным разделом работы явилось изучение в процессе диспансеризации медикаментозного обеспечения больных: индивидуальный подбор антигипертензивных препаратов в зависимости от сопутствующих заболеваний (их доза, частота приема в течение суток, регулярность лечения), адекватный контроль показателей АД. Особое внимание обращали на использование врачами первичного звена здравоохранения препаратов первой линии: ингиби-

торов ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ), высокоселективных β -адреноблокаторов (БАБ), антагонистов кальция (АК) с пролонгированным действием, мочегонных средств, либо использование комбинации этих препаратов в случае низкой эффективности монотерапии.

Анализировались полнота обследования и характер поражения органов-мишеней АГ: динамика общего анализа крови и мочи, холестерина и его фракций, глюкоза крови, мочевины, креатинина, изменения микрососудов глазного дна, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца (ЭхоКГ), сосудов, почек и надпочечников, суточное мониторирование ЭКГ и АД, проведение нагрузочных тестов у мужчин моложе 60 лет (велоэргометрия и чреспищеводная кардиостимуляция).

Для объективизации оценки качества лечения дополнительно проводили собеседование с больными. На основании полученных результатов собеседования, всех пациентов делили на следующие группы: 1-я — пациенты, которые хорошо перенесли гипертонию и не лечились, вопреки рекомендациям врачей; 2-я — лечившиеся не систематически, только в период обострения болезни; 3-я — регулярно принимавшие лекарства.

Всем больным проводили объективный осмотр, включающий измерение АД. После первого (1995 г.) проведенного исследования в течение последующего десятилетия с врачами первичного звена здравоохранения проводили семинарские занятия, лекции, посвященные современным стандартам диагностики и лечения АГ. Эти вопросы активно обсуждались на циклах повышения квалификации врачей, заседаниях областного общества кардиологов с участием ведущих ученых России. В 2003-2004 гг. в этих же поликлиниках, по такой же схеме обследования, был проведен повторный анализ 720 амбулаторных карт, и полученные результаты сравнили с результатами исследования 1995-1996 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование, по годам представлена в таблице 1. Использование врачами первичного звена здравоохранения основных групп антигипертензивных препаратов в лечении АГ в 1995 и 2004 гг. представлено в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, к 2004 г. в лечении АГ удалось изменить психологию врачей поликлинической службы в пользу назначения современных антигипертензивных препаратов, рекомендованных экспертами ВОЗ/МОАГ. Если в 1995 г. лечение АГ проводилось в основном традиционными для того времени клофелином, адельфаном, кристипином, препаратами раувольфии, дибазолом, папазолом и сернокислой магнезией, то к 2004 г. положение существенно изменилось. За истекшие годы заметно

Таблица 1
Клиническая характеристика больных,
включенных в исследование (в процентах)

Показатель	Количество больных	
	1995-1996 гг. (n = 1301)	2003-2004 гг. (n = 720)
По полу:		
- мужчины	46,6	38,2
- женщины	53,4	61,8
По социальному положению:		
- рабочие	39,1	21,1
- служащие	23,7	33,4
- пенсионеры	37,2	45,5
По тяжести АГ:		
- 1 степени	59,2	47,4
- 2 степени	32,2	43,5
- 3 степени	8,6	9,1
По возрасту:		
- до 30 лет	2,3	-
- 30-39	7,8	6,7
- 40-49	26,1	19,9
- 50-59	27,6	21,3
- старше 60 лет	36,2	52,1

Таблица 2
Частота использования различных
классов антигипертензивных препаратов
на амбулаторном этапе по годам (в процентах)

Показатель	Количество больных	
	1995-1996 гг. (n = 1301)	2003-2004 гг. (n = 720)
Ингибиторы АПФ	3,1	40,2
Мочегонные	9,8	12,6
Антагонисты кальция	6,2	7,9
β -адреноблокаторы	5,1	13,6
Клофелин	75,8	32,6
Адельфан и его аналоги	71,1	4,1
Дибазол, папаверин, папазол	7,4	-
Препараты раувольфии	8,3	-
Сернокислая магнезия	1,9	-
Блокаторы рецепторов ангиотензина II	-	0,3
α -адреноблокаторы	-	-

снизилось (на 67 %) использование участковыми врачами адельфана (с 71,1 % в 1995 г. до 4 % в 2004 г.). Хотя доля клофелина в лечении АГ также существенно снизилась (на 43,2 %), он еще остается достаточно популярным препаратом у врачей и больных. Его продолжают принимать каждый третий пациент с АГ. И все же, как показали исследования, клофелин в настоящее время в качестве монотерапии используется крайне редко, в основном он назначается малоимущим, при острых ситуациях (для купирования гипертонического криза или когда необходимо быстро снизить АД) или в комбинации с другими препаратами. Практически прекратили назначать ранее широко популярные препараты раувольфии, папаверин, дибазол и сернокислую магнезию.

За истекшие 10 лет заметно повысилась востребованность врачами первичного звена здравоохранения современных антигипертензивных препаратов (ингибиторов АПФ, β -блокаторов, антагонистов Ca^{2+}). Так, к 2004 г. назначение ингибиторов АПФ, по сравнению с 1995 г., возросло с 3,1 % до 40,2 %. Анализируя ассортимент использования этой группы препаратов, наблюдается отчетливое преобладание дешевых дженериков из группы эналаприла и, крайне редко, назначаются препараты последних поколений. Назначение БАБ, по сравнению с прошедшими годами, возросло с 5,1 % в 1995 г. до 13,6 % в 2004 г. Но если учесть тот широкий спектр показаний к их использованию у больных с АГ, то полученные цифры следует считать явно заниженными. Достойно критики преобладание в лечении АГ устаревшего препарата атенолола и неселективного пропранолола. Не нашли еще своего достойного места в лечении АГ антагонисты Ca^{2+} . За истекшие годы их использование возросло всего на 1,7 %, составив к 2004 г. 7,9 % от числа лечившихся, хотя эксперты Европейского общества кардиологов (2003) и ВНОК (2001) [11, 12] считают антагонисты Ca^{2+} , наряду с мочегонными, препаратами выбора у больных пожилого возраста. Нередко в практике лечения АГ продолжают использоваться короткодействующие антагонисты Ca^{2+} и необоснованно мало востребованы кардиоселективные высокопролонгированные верапамил и дилтиазем. Только в редких случаях востребован высокоэффективный антагонист Ca^{2+} третьего поколения амлодипин, очевидно, из-за его высокой стоимости.

В рекомендациях JNC VI 1997 и JNC VII 2003 [13] лечение АГ у большинства пациентов должно начинаться с назначения тиазидовых диуретиков в виде монотерапии, либо в комбинации с препаратами других классов, доказавших свою эффективность в рандомизированных исследованиях [14]. Казалось бы, имеются все показания для широкого использования диуретиков: широкая доступность по цене, высокая эффективность, не уступающая другим классам антигипертензивных препаратов, но более дорогих по стоимости. Однако в проведенном исследовании, как и в других работах [15], диуретики назначаются не более чем у 8,5-12,6 % больных, не намного превышая показатели 1995 года. Причиной столь низкого использования тиазидных диуретиков, очевидно, следует считать незнание участковыми врачами их преимуществ перед другими антигипертензивными препаратами. Нередко более дешевому и эффективному гипотиазиду необоснованно противопоставляют более дорогой (но не самый эффективный) диуретик индапамид и петлевой диуретик фуросемид.

Во многих работах в лечении АГ продемонстрирована низкая эффективность монотерапии [14, 16, 17]. Так, в исследовании ALLHAT (2003) монотерапия АГ I-II степени различными классами антигипертензивных препаратов оказалась в равной мере эффективна примерно у 60 % больных, а при АГ

II-III степени она снижается до 26-37 % [14]. В рекомендациях JNC VII [13] отмечено, что если исходный уровень АД превышает целевое АД более чем на 20/10 мм рт. ст., лечение следует начинать комбинацией из двух препаратов. Результаты отечественного многоцентрового исследования ФЛАГ и ФАГОТ [15] подтвердили преимущества комбинации ингибитора АПФ лизиноприла с диуретиком гидрохлортиазидом. Такая комбинация препаратов позволила достигнуть целевого уровня АД у 62,1 % больных с АГ I-III степени, а у 88,5 % больных — получить положительный результат. В проведенном нами исследовании частота назначения комбинаций препаратов составила не выше 34 %. Даже у пациентов с явно высокими показателями АД (систолическое АД > 180 мм рт. ст.) в лечении преобладает монотерапия.

Что касается регулярности лечения, то здесь, по сравнению с 1995 г., успехи менее заметны. За истекшие 10 лет количество лечившихся больных увеличилось всего на 4,7 % (с 80,1 % в 1995 г. до 84,8 % в 2003 г.), а число регулярно лечившихся возросло на 7,6 % (с 21,2 % до 28,8 %, соответственно, или с 16,7 % до 24,4 % от всех больных). Причем оказалось, что в группе постоянно лечившихся, преобладают лица женского пола. Несколько снизился (на 4,7 %) процент лиц, не участвующих в лечении (с 19,9 % в 1995 г. до 15,2 % в 2004 г.), в этой группе больных, наоборот, преобладали лица мужского пола молодого и среднего возрастов. Основную группу составляют, как и в прежние годы, больные, лечившиеся нерегулярно, только в период обострения болезни (с 58,9 % в 1995 г. до 55,8 % в 2004 г.).

Что касается исследования органов-мишеней АГ, то за истекшие 10 лет отмечена явная положительная динамика: количество исследований общего анализа мочи увеличилось на 30,7 %, определение уровня общего холестерина — на 33 %, исследование глазного дна — на 7 %, ЭКГ — на 20 %, ЭхоКГ-исследования сердца и крупных сосудов — на 46 % (табл. 3).

Таблица 3
Объем лабораторных и инструментальных исследований у больных с АГ по годам (в процентах)

Показатель	Количество больных	
	1995-1996 гг.	2003-2004 гг.
Общий анализ крови	56,6	86,7
Общий анализ мочи	62,5	91,3
Глюкоза крови	38,4	72,3
Общий холестерин и его фракции	31,2	64,1
Креатинин/мочевина	34,1	55,9
Электрокардиограмма	66,3	85,1
Глазное дно	41,5	48,3
УЗИ почек и надпочечников	34,1	42,7
ЭхоКГ + УЗИ магистральных артерий	12,7	57,2
Нагрузочные тесты	2,1	2,7

Таким образом, за последние 10 лет в лечении АГ на уровне первичного звена здравоохранения произошли заметные позитивные сдвиги: приоритетными в лечении гипертензии становятся современные антигипертензивные препараты с пролонгированным действием, увеличился процент регулярно лечившихся больных за счет лиц, ранее не участвовавших в лечении, повысилась грамотность участковых врачей по вопросам диагностики и лечения АГ. Однако, наряду с этими успехами, в лечении больных АГ остается еще целый ряд нерешенных проблем. Регулярно (но не всегда эффективно) лечатся всего 28,8 % больных, особенно мужчины работоспособного возраста. Остается высокий процент больных, лечившихся нерегулярно (60,4 %). При лечении больных недооценивается роль тиазидных диуретиков, недостаточно используются пролонгированные формы антагонистов кальция, β -адреноблокаторов, приоритетной остается монотерапия и игнорируется комбинированная терапия. В процессе динамического наблюдения не корректируется доза антигипертензивных препаратов. В ряде случаев имеет место отсутствие достаточной мотивации пациентов к активным формам лечения (смена образа жизни, отказ от вредных привычек, регулярный прием лекарств), очевидно, по причине не знания последствий нелеченой и/или плохо леченой гипертензии.

Повышение качества лечения АГ во многом будет зависеть от:

- решения социальных вопросов (приобретение лекарств на льготных условиях для малообеспеченных групп больных);
- активного вовлечения самих больных в лечебный процесс;
- повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения в вопросах диагностики и дифференцированного лечения АГ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арабидзе, Г.Г. Артериальная гипертония: Справ. руков. для врачей /Г.Г. Арабидзе, Ю.Б. Белоусов, Ю.А. Карпов. — М., 1999.
2. Распространенность артериальной гипертонии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов /В.В. Константинов, Г.С. Жуковский, Т.Н. Тимофеев и др. //Кардиология. — 2001. — № 4. — С. 39-43.
3. Леонова, М.В. Первое российское фармако-эпидемиологическое исследование артериальной гипертонии /М.В. Леонова, Д.Ю. Белоусов //Артер. гипертензия. — 2003. — № 4(9). — С. 128-133.
4. Верещагин, Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии /Н.В. Верещагин, В.А. Моргунов, Т.Ф. Гулевская. — М., 1997.
5. Blood pressure, stroke and koronary heart disiae. Part 2. Short term reduktion in blood pressure. Overview of randomised drug trial in the irtpidermiologyc /R. Collins, R. Peto, Mac S. Mahon et al. //Lancet. — 1990. — V. 335. — P. 828-838.
6. Распространенность артериальной гипертонии в России: информированность, лечение, контроль /С.А. Шальнова, А.Д. Деев, О.В. Вихирева и др. //Профил. забол. и укрепл. здоровья. — 2001. — № 2. — С. 3-7.

7. Сравнительная характеристика качества диспансерного наблюдения за пациентами с артериальной гипертензией /Ю.И. Нестеров, Г.А. Гольдберг, Р.Р. Козубовская и др. //Клин. мед. – 1999. – № 6. – С. 23-25.
8. Шапиро, И.А. Профилактическая медицинская помощь больным артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хабаровского края: состояние и перспективы /И.А. Шапиро, А.М. Калинина //Кардиоваскул. терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 16-21.
9. Trends in the prevalence, detection, treatment and control of arterial in the Belgian adult population /S. De Henauw, D. De Bacquer, W. Fjnteyne et al. //J. Hypertens. – 1998. – V. 16. – P. 277-284.
10. Blood pressure control in the hypertensive population /G. Mancia, R. Sega, C. Milesi et al. //Lancet. – 1997. – V. 349. – P. 454-457.
11. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации: Первый доклад экспертов науч. общ. по изучению артер. гипертенз. Всерос. науч. общ-ва кардиологов и Межведомств. совета по серд.-сос. забол. (ДАГ I) //Клин. фармакол. и терапия. – 2000. – № 9(3). – С. 5-30.
12. Современная терапия артериальной гипертензии (Реком. Европ. общ-ва по гипертензии и Европ. общ-ва кардиологов, 2003) //Кардиология. – 2003. – № 12. – С. 91-103.
13. Бритов, А.Н. Новые Рекомендации Объединенного национального комитета по предупреждению, диагностике и лечению артериальной гипертензии (США): от JNC VI к JNC VII /А.Н. Бритов, М.М. Быстрова //Кардиология. – 2004. – № 5. – С. 93-97.
14. Mektzer, J.I. A specialist in clinical hypertension critiques ALLHAT /J.I. Mektzer //Am. J. Hypertens. – 2003. – V. 16. – P. 416-420.
15. Агеев, Ф.Т. Правильно ли мы выбираем гипотензивный препарат в повседневной амбулаторной практике и как исправить эту ситуацию? /Ф.Т. Агеев, В.Ю. Мареев, И.Ф. Патрушева. //Сердце. – 2003. – № 4. – С. 185-189.
16. Зимин, Ю.В. Современное представление о комбинированном применении антигипертензивных препаратов в лечении артериальной гипертензии /Ю.В. Зимин. //Кардиология. – 1996. – № 9. – С. 83-89.
17. Kaplan, N.M. Treatment of hypertension: rationale and goals /N.M. Kaplan. – Baltimore, 1994. – P. 145-170.

**VIII МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ – 2005» –
Днепропетровск, 7-21 февраля 2005 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 февраля 2005 г.

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ» –
Москва, осень 2005 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 февраля 2005 г.

**ЗАОЧНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ» –
Санкт-Петербург, 1 февраля 2005 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 февраля 2005 г.

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИММУНОЛОГИЯ И РЕПРОДУКЦИЯ» –
Иваново, 11-14 апреля 2005 г.**

Прием заявок и тезисов до 10 февраля 2005 г.

**53 ИТОГОВАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА – 2005» –
Москва, 25-28 апреля 2005 г.**

Прием заявок и тезисов до 11 февраля 2005 г.