

Г.М. Синькова

УРОВНИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ, ЛЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

Обследовано 560 человек (148 мужчин, 412 женщины) в возрасте 19–95 лет (средний возраст $60,3 \pm 13,6$ года), жителей сельских и отдаленных районов Иркутской области, у которых при скрининговом обследовании выявлено АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. и/или установлен факт приема антигипертензивных препаратов. Выявлены относительно высокие уровни осведомленности (78,2 %) и лечения (71,3 %) артериальной гипертензии, сочетающиеся с низким уровнем контроля артериальной гипертензии (3,8 %), что обуславливалось недостатками антигипертензивной терапии. Основными недостатками антигипертензивной терапии являлись: невыполнение рекомендаций международных обществ кардиологов по выбору оптимального режима стартовой терапии, необоснованно частое использование монотерапии, редкое использование антигипертензивных препаратов пролонгированного действия и рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия

AWARENESS, TREATMENT AND CONTROL OF HYPERTENSION IN THE RURAL AND FARTHEST AREAS OF IRKUTSK REGION OF RUSSIA

G.M. Sinkova

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

We screened of 560 hypertension patients (148 males and 412 females) at the age of 19–95 years. The awareness (78,2 %) and treatment (71,3 %) of hypertension in the rural and farthest areas of Irkutsk Region of Russia were relatively high, but hypertension control (3,8 %) was very low because antihypertensive therapy defects. The defects included the unreasonably frequent usage of single-drug therapy, rare usage of durable action antihypertensive drugs and rare usage of rational combinations of antihypertensive drugs recommended by European Society of Cardiologists.

Key words: arterial hypertension

Многочисленные исследования свидетельствуют, что риск развития ишемической болезни сердца и cerebrovasкулярных заболеваний тесно связан с недостаточным контролем АД или нелеченной артериальной гипертензией [11]. Первичная профилактика — это наиболее действенный и экономически выгодный путь борьбы с инсультом и инфарктом миокарда, внедрение которого позволяет предотвратить не менее 150 случаев инсультов и инфарктов миокарда на 100 тыс. населения за 3–5 лет. Стратегия высокого риска предусматривает раннее выявление больных из групп высокого риска по развитию инсульта (например, с артериальной гипертензией или гемодинамически значимым стенозом внутренней сонной артерии) с последующим проведением превентивного медикаментозного и, при необходимости, хирургического лечения, что позволяет снизить число инсультов и инфарктов миокарда на 50 %. [5].

В последние годы были опубликованы рекомендации Американского (2003), Европейского (2007) и Российского (2008) обществ кардиологов по диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии, основанные на результатах рандомизируемых контролируемых и проспективных исследований [3, 10, 12]. В этих рекомендациях были определены показания и противопоказания для назначения антигипертензивных препаратов,

представлены эффективные стратегии медикаментозного лечения артериальной гипертензии.

Как показали результаты первого Российского исследования оптимального снижения АД (РОСА), правильное выполнение рекомендаций позволяет добиться стабильного снижения АД до целевого уровня (АД $< 140/90$ мм рт. ст.) у 97,6 % больных артериальной гипертензией [1].

В то же время, эпидемиологические исследования свидетельствуют о значительно более низком уровне контроля артериальной гипертензии в популяции: в странах Западной Европы — в среднем 8 %, в странах Северной Америки — 23 % [13], в РФ — 20,5 % у мужчин и 22,5 % у женщин [7], что, вероятно, связано с недостатками лечения артериальной гипертензии.

Имеются основания предполагать, что в сельских и отдаленных районах Иркутской области уровни осведомленности, лечения и контроля артериальной гипертензии могут быть ниже, чем в среднем по РФ, учитывая большую протяженность территории, малую плотность населения, недостаток врачебных кадров, малую доступность медицинской помощи и тяжелые климатические условия.

Целью настоящего исследования явилось определение уровней осведомленности, лечения и контроля артериальной гипертензии и анализ антигипертензивной фармакотерапии в сельских и отдаленных районах Иркутской области.

МЕТОДИКА

В период с октября 2004 по декабрь 2005 г. обследовано 560 человек (148 мужчин, 412 женщины) в возрасте 19–95 лет (средний возраст $60,3 \pm 13,6$ года), жителей Жигаловского, Зиминского, Катангского, Качугского, Киренского, Казачинско-Ленского, Черемховского и Куйтунского районов Иркутской области, у которых при скрининговом обследовании выявлено $АД \leq 140/90$ мм рт. ст. и/или установлен факт приема антигипертензивных препаратов.

Обследование включало измерение АД в соответствии с рекомендациями Всероссийского научно-общества кардиологов (ВНОК) [3], осмотр кардиолога, невролога, регистрацию электрокардиограммы и анкетирование, проводимое кардиологом с помощью специальной анкеты, включающей вопросы о принимаемых антигипертензивных препаратах.

В процессе анализа все больные были разделены на возрастные группы с периодом десять лет: до 20 лет – 1 больной; 21–30 лет – 11; 31–40 лет – 24; 41–50 лет – 114; 51–60 лет – 120; 61–70 лет – 129; 71–80 лет – 141; >80 лет – 20 больных.

Определяли следующие эпидемиологические показатели: уровень осведомленности о наличии артериальной гипертензии – доля лиц, знающих о своем заболевании артериальной гипертензией, среди всех лиц с выявленным высоким АД, уровень лечения артериальной гипертензии – доля лиц с артериальной гипертензией, получающих специфическое антигипертензивное лечение, уровень контроля артериальной гипертензии – доля лиц с артериальной гипертензией, получающих антигипертензивное лечение и имеющих АД меньше 140/90 мм рт. ст.

Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95 % доверительные интервалы (ДИ), критерий хи-квадрат).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осведомленность о наличии артериальной гипертензии у обследованных пациентов варьировала от 55,8 % в Казачинско-Ленском районе до 94,4 % в Зиминском районе ($P < 0,001$). Средний уровень осведомленности составил 78,2 % (95% ДИ = 74,8–81,8 %). У женщин осведомленность о заболевании артериальной гипертензией была значительно выше, чем у мужчин (82,5 и 66,2 % соответственно, $p < 0,001$).

Наиболее высокий уровень осведомленности отмечался в возрасте 51–60 и 61–70 лет (83,3 и 86,8 % соответственно), наиболее низкий уровень осведомленности – в возрасте 21–30 лет и в возрасте старше 80 лет (54,5 и 60,0 % соответственно). Различия между возрастными группами по уровню осведомленности были статистически значимыми ($P < 0,001$).

На момент обследования антигипертензивные препараты принимали 399 больных с артериальной гипертензией (71,3%; 95% ДИ = 67,6–75,1 %). Уровень лечения варьировал от 32,6 % в Казачинско-Ленском районе до 94,4 % в Зиминском районе

($P < 0,001$). У женщин уровень лечения был значительно выше, чем у мужчин (77,2 и 54,7 % соответственно, $P < 0,001$).

Наиболее высокий уровень лечения отмечался в возрасте 51–60 и 61–70 лет (78,3 и 79,8 % соответственно), наиболее низкий уровень лечения – в возрасте 21–30, 31–40 лет и в возрасте более 80 лет (36,4 %, 54,2 % и 55,0 % соответственно). Различия между возрастными группами по уровню лечения были статистически значимыми по данным дисперсионного анализа ($p < 0,001$).

Распределение антигипертензивных препаратов по фармакологическим классам в зависимости от количества принимавших их больных составило: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента – 65,4 %, бета-адреноблокаторы – 25,3 %, диуретики – 24,1 %, антигипертензивные препараты старых поколений (центрального, миотропного действия, симпатолитики) – 19,6 %, антагонисты кальция – 15,8 %.

Наиболее часто применяемыми ингибиторами ангиотензин превращающего фермента являлись эналаприл (78,5 % всех случаев применения ингибиторов ангиотензин превращающего фермента), каптоприл (15,3 %) и периндоприл (3,1 %).

Наиболее часто применяемыми бета-адреноблокаторами являлись атенолол (81,2 % всех случаев применения бета-адреноблокаторов), метопролол (9,9 %) и пропранолол (8,9 %).

Диуретики наиболее часто применялись в виде комбинированных препаратов (тенорик, аделфан, трирезид-К, кристепин) (74,0 % всех случаев применения диуретиков), индапамид применялся в 8,3 % случаев, гипотиазид – в 10,4 % случаев, диуретики других групп – в 7,3 % случаев.

Антигипертензивные препараты старых поколений наиболее часто применялись в виде комбинированных препаратов (аделфан, трирезид-К, андипал, папазол, кристепин, раунатин) (73,1 % всех случаев применения антигипертензивных препаратов старых поколений), миотропные препараты (дибазол, но-шпа) применялись в 16,7 % случаев, клофелин – в 12,8 % случаев. Препараты раувольфии составили 41,0 % всех случаев применения антигипертензивных препаратов старых поколений.

Наиболее часто применяемым антагонистом кальция являлся нифедипин (93,7 % всех случаев применения антагонистов кальция), верапамил применялся в 6,3 % случаев.

Монотерапия (лечение одним антигипертензивным препаратом) использовалась у 61,9 % больных, получавших лечение, комбинации антигипертензивных препаратов использовались у 38,1 % больных. Комбинации антигипертензивных препаратов фармакологических классов, рекомендуемых Всероссийским научным обществом кардиологов [3], использовались у 26,1 % больных: двух антигипертензивных препаратов – у 20,8 %, трех антигипертензивных препаратов – у 4,5 %, четырех антигипертензивных препаратов – у 0,8 % больных.

Для монотерапии с наибольшей частотой применялись ингибиторы ангиотензинпревращающих

ферментов (66,4 % всех случаев применения монотерапии), за ними следовали антигипертензивные препараты старых поколений (12,6 %), бета-адреноблокаторы (11,7 %), антагонисты кальция (8,5 %) и диуретики (0,8 %).

Из рекомендуемых Всероссийским научным обществом кардиологов эффективных комбинаций антигипертензивных препаратов [3] наиболее часто использовались диуретик + бета-адреноблокатор (20,2 %), антагонист кальция + ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (17,3 %), ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + диуретик (14,4 %), антагонисты кальция + бета-адреноблокаторы (3,9 %). Другими распространенными комбинациями являлись ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + бета-адреноблокатор (23,1 %), ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + бета-адреноблокатор + диуретик (13,5 %), ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + антагонист кальция + бета-адреноблокатор + диуретик (3,9 %). Комбинированные антигипертензивные препараты (тенорик, аделфан, трирезид-К, андипал, папазол, кристепин, раунатин) принимали 26,1 % больных.

Анализ структуры принимаемых антигипертензивных препаратов в зависимости от степени артериальной гипертензии выявил достоверное увеличение количества больных, принимающих антагонисты кальция среди больных с артериальной гипертензией III степени ($P < 0,022$).

Доля больных, получавших комбинированную терапию, увеличивалась одновременно с увеличением степени артериальной гипертензии: артериальная гипертензия I степени — 4 больных (20,0 %; 95% ДИ = 2,5–37,5), артериальная гипертензия II степени — 57 больных (34,6 %; 95% ДИ = 27,3–41,9), артериальная гипертензия III степени — 91 больной (42,5 %; 95% ДИ = 35,9–49,1), но различия были статистически незначимыми.

Также не выявлено статистически значимых закономерностей в предпочтении определенных фармакологических классов антигипертензивных препаратов и в соотношении моно- и комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от величины общего сердечно-сосудистого риска и наличия ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний и сахарного диабета.

Достижение уровня АД $< 140/90$ мм рт. ст. отмечено лишь у 15 из 399 больных, получавших лечение (3,8 %), без существенных различий у мужчин и женщин. Все больные с контролируемым АД были в возрасте старше 30 лет. Уровень контроля АД варьировал от 0 % в Жигаловском, Катангском и Казачинско-Ленском районах до 13,2 % в Куйтунском районе ($P = 0,001$). Ни один из 46 больных сахарным диабетом, получавших лечение, не контролировал АД.

Среди больных с контролируемым АД 11 человек получали монотерапию (73,3 %), а 4 человека (26,7 %) — комбинированную терапию из 2-3 антигипертензивных препаратов. Статистически значимой связи достижения целевого уровня АД с приемом

определенных фармакологических классов антигипертензивных препаратов не выявлено.

По данным Р. Kearney с соавт. [10], в экономически развитых странах от 1/2 до 2/3 больных артериальной гипертензией знают о своем заболевании, от 1/3 до 1/2 из них получают антигипертензивное лечение, от 30 до 50 % контролируют артериальную гипертензию. В РФ уровень осведомленности населения о заболевании артериальной гипертензией в среднем составляет 75 % у мужчин и 80,3 % у женщин, уровень охвата лечением — 53,1 % у мужчин и 63,1 % у женщин, уровень контроля артериальной гипертензии — 20,5 % у мужчин и 22,5 % у женщин [7]. В нашем исследовании относительно высокие уровни осведомленности и лечения артериальной гипертензии (78,2 и 71,3 % соответственно) сочетались с низким уровнем контроля артериальной гипертензии (3,8 %), что свидетельствовало, в первую очередь, о недостатках антигипертензивной терапии.

Согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2008) [3] для терапии артериальной гипертензии рекомендованы пять классов антигипертензивных препаратов: диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина I. При этом рекомендуется использование двух стратегий стартовой терапии артериальной гипертензии: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением доз или количества антигипертензивных препаратов до достижения целевого уровня АД [3, 12]. Монотерапия является вариантом выбора у больных с артериальной гипертензией I степени и низким или средним общим сердечно-сосудистым риском. У больных с артериальной гипертензией II или III степени и высоким или очень высоким общим сердечно-сосудистым риском предпочтительной является комбинированная терапия [12]. Как показало наше исследование, в сельских и отдаленных районах Иркутской области монотерапия являлась доминирующим режимом лечения, использовавшимся у 56,6 % больных, несмотря на то, что больные с артериальной гипертензией I степени составляли лишь 5,0 %, а больные с низким и умеренным общим сердечно-сосудистым риском — 19,5 % больных, получавших лечение. Нами не выявлено статистически значимого увеличения частоты применения комбинированной терапии у больных с высоким и очень высоким риском.

Следует отметить, что комбинации антигипертензивных препаратов, признанные рациональными и эффективными (диуретик + бета-адреноблокатор, антагонист кальция + ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + диуретик, антагонист кальция + бета-адреноблокатор) [3], использовались лишь в 34,1 % случаев комбинированной терапии.

Анализ антигипертензивной фармакотерапии в нашем исследовании свидетельствовал, что основу лечения артериальной гипертензии в сельских и отдаленных районах Иркутской области составили антигипертензивные препараты фармакологи-

ческих классов, рекомендуемых Всероссийским научным обществом кардиологов: Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (65,4 %), бета-адреноблокаторы (25,3 %) и диуретики (24,1 %), при этом применение антигипертензивных препаратов старых поколений было относительно высоким (19,6 %) и практически не применялись современные антигипертензивные препараты классов блокаторы рецепторов ангиотензина I и агонисты имидазолиновых рецепторов. Следует также отметить низкую долю препаратов пролонгированного действия практически во всех фармакологических классах антигипертензивных препаратов.

В сравнении с результатами российских исследований, проведенных в 1998 – 2001 гг. [2, 6, 8], в нашем исследовании выявлено преобладание в лечении артериальной гипертензии антигипертензивных препаратов фармакологических классов, рекомендуемых Всероссийским научным обществом кардиологов, и относительное снижение частоты использования антигипертензивных препаратов старых поколений. Сходные результаты были получены в исследовании В.А. Серова с соавт. [4]. Данная позитивная тенденция резко контрастировала с выявленным низким уровнем контроля артериальной гипертензии.

Следует отметить, что комбинации антигипертензивных препаратов, признанные рациональными и эффективными (диуретик + бета-адреноблокатор, антагонист кальция + ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + диуретик, антагонист кальция + бета-адреноблокатор [3]), использовались лишь в 55,8 % случаев комбинированной терапии.

ВЫВОДЫ

1. В сельских и отдаленных районах Иркутской области, несмотря на относительно высокие уровни осведомленности и лечения артериальной гипертензии, выявлен низкий уровень контроля артериальной гипертензии, обусловленный недостатками антигипертензивной терапии;

2. Основными недостатками антигипертензивной терапии являлись: невыполнение рекомендаций международных обществ кардиологов по выбору оптимального режима стартовой терапии, необоснованно частое использование монотерапии, редкое использование антигипертензивных препаратов пролонгированного действия и рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е. Можно ли лечить АГ эффективно? Результаты первого Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) // Атмосфера. Кардиология. — 2004. — № 4. — С. 2 – 9.

2. Васин С.В., Мареев В.Ю., Фомин И.В. Эффективна ли терапия пациентов с артериальной гипертензией в Нижегородской области? Готовы ли мы к переходу к современным гипотензивным средствам? // РМЖ. — 2001. — № 18. — Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_1381.htm.

3. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. — 2008. — Режим доступа: <http://www.cardiosite.ru/medical/recom-artgip.asp>.

4. Серов В.А. и др. Фармакоэпидемиология гипертонической болезни в Ульяновской области. // Артериальная гипертензия. — 2005. — № 1. — Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/gyper/05_01/38.shtml.

5. Скворцова В.И. Ответный удар по глобальной эпидемии // Мед. газета. — 2011. — № 35. — Режим доступа: <http://www.mgzt.ru/article/360>.

6. Фомин И.В. и др. Распространенность и эффективность лечения артериальной гипертензии и сердечной недостаточности среди населения Нижегородской области (данные 1998 г.) // Сердечная недостаточность. — 2000. — № 3. — Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/heart/00_03/97.shtml.

7. Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. — 2006. — № 4. — С. 45 – 50.

8. Эйдельман С.Е. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Санкт-Петербурге на примере Петроградского района // Артериальная гипертензия. — 2002. — № 6. — Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/gyper/02_06/212.shtml.

9. Chobanian A. et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure // Hypertension. — 2003. — N 42. — P. 1206 – 1252.

10. Kearney P. et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review // J. Hypertension. — 2004. — N 22. — P. 11 – 19.

11. Lenfant C. Гипертензия и ее последствия: состояние проблемы в мире // Артериальная гипертензия. — 2005. — N 2. — Режим доступа: http://www.consilium-medicum.com/media/gyper/05_02/86.shtml.

12. Mancia G. et al. Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. — 2007. — N 28. — P. 1462 – 1536.

13. Wolf-Maier K. et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States // JAMA. — 2003. — N 289. — P. 2363 – 2369.

Сведения об авторах

Синькова Галия Мнуильевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача клиник по лечебной работе, ассистент кафедры факультетской терапии Иркутского государственного медицинского университета (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел.: 8 (914) 88-13-382; e-mail: asink@yandex.ru)