

УДК:616.12-008.331.1-08:616.225.2

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАЦИОНАРНОГО И АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В.П. Вдовиченко¹, к.м.н., доцент; П.А. Заяц¹;

Т.А. Коршак¹, к.м.н., доцент; О.А. Заяц¹, Г.М. Бронская²

1 – УО «Гродненский государственный медицинский университет»

2 – УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространённой в мире сердечно-сосудистой патологией, лечение которой необходимо проводить длительное время, а в ряде случаев и пожизненно. По этой причине интерес к рациональному лечению АГ всегда был большим. Поэтому представляется практически важным для практического здравоохранения попытаться оценить существующую практику антигипертензивного лечения в течение последних лет. Ретроспективному анализу подвергнуты 160 историй болезней пациентов с АГ, проходивших лечение в Брестской областной больнице. Исследование ставило целью изучить широту применения лекарств различных классов антигипертензивных средств в лечении амбулаторных больных и сравнить с данными стационарного лечения больных с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивное лечение, поликлиника, стационар.

Arterial hypertension is the most common cardiovascular pathology in the world which requires long-term treatment and in many cases lifetime treatment. For that reason, there has always been a great interest in the rational treatment of hypertension. That is why, it seems to be useful for the practical medicine to estimate the current practice of antihypertensive treatment over the last several years. Retrospective analysis of 160 case histories of the out-patients receiving antihypertensive treatment in the Brest regional hospital has been made. The goal of this work was to study the spread of antihypertensive drugs of different classes in the treatment of out-patients in comparison with the data obtained from the in-patients' treatment.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive treatment, polyclinic, hospital.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ), как заболевание, является одной из крупнейших проблем современной кардиологии. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению АГ, появление новых высокоэффективных антигипертензивных препаратов и совершенствование методов лечения, распространенность АГ остается высокой [1, 3, 5, 7]. Прогноз же этого заболевания, учитывая роль АГ в формировании сердечно-сосудистой заболеваемости, смертности, выглядит еще менее оптимистически. Артериальная гипертензия – одно из самых распространенных заболеваний, встречается у 20-40 % взрослого населения многих промышленно развитых стран мира. В Республике Беларусь на конец 2004 г. выявлено более 1 115 000 человек, страдающих АГ, в то же время на диспансерном учете состоит менее 450 000 пациентов. Известно, что повышенное артериальное давление (АД) может привести к поражению органов-мишеней и развитию таких осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, энцефалопатия, гипертрофия левого желудочка, сердечная и почечная недостаточность. Повышение АД ускоряет течение атеросклеротического процесса и способствует преждевременному старению организма. В то же время эффективные терапевтические мероприятия

способны снизить сердечно-сосудистую заболеваемость, частоту осложнений, улучшить течение и прогноз АГ [4]. Последнее десятилетие ознаменовало себя новыми подходами в диагностике и лечении АГ. На территории Республики Беларусь длительное время использовались принципы диагностики, заложенные выдающимися учеными Г.Ф. Лангом, А.Л. Мясниковым и др. Однако в настоящее время для диагностики, динамического наблюдения и лечения больных АГ руководствуются приказом № 225 Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 сентября 2001 года, а также приложением 3 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 274 от 19.05 2005 г. «Клинические протоколы диагностики и лечения больных с заболеваниями системы кровообращения» [1]. В основу этих приказов положены рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по изучению АГ (ВОЗ/МОАГ), принятые в 1999 г. Как известно, подбор конкретных препаратов для лечения АГ зависит от ряда факторов, важнейший из которых – фармакоэкономический. Значительную роль в выборе препарата играют профессиональные и личностные качества врача – ориентация врачей в стратегии и тактике лечения АГ, способность воспринимать новшества в лечении [2, 6, 8].

Поэтому представляется актуальным провести анализ некоторых тенденций лечения АГ в стационарных и амбулаторных условиях, поскольку подобная «обратная связь» представляется практически важной для дальнейшего улучшения амбулаторного лечения этой важнейшей кардиологической патологии.

Материалы и методы

Ретроспективному анализу подвергнуты 160 историй болезней пациентов с АГ, проходивших лечение в 2006-2007 году в кардиологическом и терапевтическом отделениях Брестской областной больницы. Для анализа отбирались те истории болезни, где диагноз АГ был основным. Средний срок пребывания больных в стационаре составлял 10 дней. Исследование ставило целью изучить перечень основных лекарств, применяемых для лечения АГ и широту их применения в стационарных и амбулаторных условиях.

Результаты и обсуждение

Ниже приводятся некоторые данные, полученные при обследовании больных.

1. АД (среднее) при поступлении $172 \pm 0.3 / 108 \pm 0.15$ мм рт. ст.

АД (среднее) при выписке $125 \pm 0.15 / 82 \pm 0.1$ мм рт. ст.

Целевой уровень АД (т.е. АД не выше 140/90 мм рт. ст.) после курса лечения в стационаре был достигнут у 98% пациентов.

2. При исследовании профиля АД уже на второй день пребывания в стационаре отмечается явная тенденция по снижению АД. Лишь у 6.25% пациентов АД не снижалось на 2-й день, по сравнению с цифрами давления при поступлении.

3. Биохимический анализ крови:

а) общий холестерин – среднее 5.3 ммоль/л. У 30% пациентов повышен уровень общего холестерина;

б) триглицериды – среднее 1.8 ммоль/л. У 20% пациентов повышен уровень триглицеридов;

в) уровень электролитов (калия и натрия) у всех пациентов в пределах нормы.

4. «Стаж» артериальной гипертензии в среднем 12 ± 0.3 лет (минимальный – 2 года, максимальный – 24 года).

5. Средний возраст пациентов 58 ± 0.6 лет (минимальный – 37 лет, максимальный – 78 лет).

6. Согласно опросу пациентов, на амбулаторном этапе лечения (т.е. до поступления в стационар) препараты согласно назначениям врача регулярно и в указанной дозировке принимали 54% пациентов, 42% принимали нерегулярно, 4% – не принимали вообще.

7. Процент пациентов, принимавших препараты до поступления в Брестскую областную больницу (БОБ) амбулаторно (1), и лекарственные средства, используемые в БОБ (2), приведен в таблицах 1-5.

Таблица 1 – Мочегонные вещества (диуретики) в лечении АГ

Вещество	1	2
Фуросемид	10	7
Гипотиазид	26	22
Арифон	0	4
Индап	10	14
Верошпирон	2	1
Дисалунил	6	20
Тиалорид	2	10

Таблица 2 – β-адреноблокаторы в лечении АГ

Вещество	1	2
Бисокард	4	8
Конкор	2	14
Кардивас	1	8
Эгилок	10	24
Пропранолол	8	0
Атенолол	16	7

Таблица 3 – Ингибиторы АПФ в лечении АГ

Вещество	1	2
Диротон	8	11
Лизиноприл	1	1
Эналаприл	22	12
Энам	14	12
Берлиприл	18	36
Престариум	0	1
Хинаприл (квинаприл)	2	4
Рамиприл	3	4

Таблица 4 – Антагонисты кальция в лечении АГ

Вещество	1	2
Нифедипин	12	1
Амлодипин	24	28
Алтиазем РР	0	2
Норваск	0	4
Стамло	1	3
Тенокс	0	4

Таблица 5 – Комбинированные препараты в лечении АГ

	1	2
Экватор	2	3
Ко-ренитек	1	3
Нолипрел	2	2
Адельфан	6	0

На амбулаторном этапе 56% пациентов получали диуретики, в то время как в стационаре – уже 78% больных (см. таблицу 1). В стационаре используется более широкий спектр диуретиков, значительная часть которых представлена импортными препаратами. Наибольшей популярностью пользуются препараты гидрохлортиазида: гипотиази, дисалунил, тиалорид. В сумме они составляют 34% назначений диуретиков на амбулаторном этапе и 52% назначений на стационарном этапе. Короткодействующий петлевой диуретик фуросемид принимали на амбулаторном и стационарном этапах лечения, соответственно, 10% и 7% пациентов. При этом никто из пациентов не принимал длительнодействующий (и поэтому предпочтительный при АГ) петлевой диуретик торсемид (диувер) [11,13].

8. На амбулаторном этапе 41% больных с АГ получали β-адреноблокаторы, в стационаре – 63% пациентов. Наибольшей популярностью в стационаре пользуется препарат метопролола – эгилок. Практически не уступал ему по частоте назначе-

ний бисопролол (бисокард и конкор). В стационаре они назначались в три раза чаще, чем атенолол. На амбулаторном этапе эгилок уступал в популярности более дешёвому по стоимости атенололу. Пропранолол назначался достаточно часто (8% больных), но только на амбулаторном этапе лечения. Пациенты, имеющие АГ, ни на амбулаторном этапе лечения, ни в стационаре не получали дорогостоящий небиволол (см. таблицу 2).

9. Ингибиторы АПФ пользовались наибольшей популярностью среди всех гипотензивных средств. Так, на амбулаторном этапе 68% пациентов получали ингибиторы АПФ, в стационаре – 81% больных. Лидером были препараты эналаприла (эналаприл, энам, берлиприл), которые получали на амбулаторном и стационарном этапах лечения, соответственно, 54% и 60% пациентов. Препараты лизиноприла (лизиноприл, диротон) получали, соответственно, 9% и 11% больных с АГ. Все остальные ингибиторы АПФ – хинаприл, рамиприл и периндоприл (престариум) не имели заметного распространения во врачебных назначениях, составляя в сумме, на амбулаторном и стационарном этапах лечения, соответственно, 5% и 9% назначений в группе ингибиторов АПФ (см. таблицу 3).

10. На амбулаторном этапе 37% больных с АГ получали препараты из группы антагонистов кальция, в стационаре – практически столько же (42% пациентов). Выбор препаратов разных производителей гораздо выше в стационаре (см. таблицу 4). Все еще для постоянного лечения АГ на амбулаторном этапе используются антагонисты кальция короткого действия (нифедипин), но, следует отметить, во-первых, его практическое отсутствие (1%) на стационарном этапе лечения, во-вторых, лидерство современного дигидропиридинового антагониста кальция амлодипина (амлодипин, норваск, стамло, тенокс) на обоих этапах лечения АГ (соответственно, 25% и 39% пациентов).

11. Комбинированные антигипертензивные препараты получали незначительное количество пациентов, хотя после подбора дозы двух или более гипотензивных веществ ряду пациентов целесообразно назначать именно такие вещества с целью повышения комплаентности [9, 10, 12]. На амбулаторном этапе у незначительного количества пациентов (4%) применяется клофелин (клонидин).

12. Показания к назначению препаратов «статинов» из 160 больных имели 48 пациентов. Причем 43% из них никогда не слышали о таком классе лекарственных веществ, а из оставшихся пациентов – только каждый шестой принимал препараты данного фармакологического класса. Из 160 пациентов регулярно проверяют уровень холестерина, триглицеридов, электролиты, коэффициент атерогенности только 4%.

13. Согласно опросу больных, на препараты для лечения АГ в среднем за 1 месяц на амбулаторном этапе лечения пациенты тратят около 12.000 BLR

или 5.6 US\$ (по курсу Национального Банка на 1.03.2008 г.).

Выводы

1. В целом, структура медикаментозного лечения АГ соответствует мировым тенденциям лечения АГ – преимущественному назначению представителей четырех основных групп антигипертензивных веществ (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторов, диуретиков, антагонистов кальция). На стационарном этапе лечения, по сравнению с амбулаторным, выбор современных препаратов гораздо шире.

2. Меньший выбор препаратов и (или) меньшее количество пациентов, получающих современные препараты на амбулаторном этапе лечения, может объясняться экономическими причинами, поскольку более современные препараты обычно имеют и более высокую стоимость, или сохраняющейся приверженности части врачей к сохранению традиций лекарственного лечения АГ (адельфан, клофелин, фуросемид, нифедипин).

3. Низкая осведомленность населения о «новом» классе лекарственных веществ – статинов – препятствует в полной мере получению должного эффекта от лечения.

4. За средний срок пребывания в стационаре (10 дней) происходит нормализация АД – 98% выписываются с АД < 140/90 мм рт. ст., что позволяет рекомендовать стационарное лечение больным с АГ для подбора оптимального медикаментозного лечения.

Литература

1. Клинические протоколы диагностики и лечения больных с заболеваниями системы кровообращения //Здравоохранение. -2006.- № 3. – С. 62-64.
2. Монсеев В.С., Кобалова Ж.Д. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. Монография. Москва: МИА, 2002. – С. 448.
3. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1). Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 9. – С. 5-30.
4. Пристром М.С., Сушинский В.Э. Артериальная гипертензия у пожилых людей. Актуальные вопросы терапии. Минск, 2006. – С. 5-10.
5. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр)// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004 (приложение). – С. 1-19.
6. Сидоренко Б.А. Преображенский Д.В. Комбинированная терапия гипертонической болезни. Кардиология. – 1997. – № 2. – С. 84-89.
7. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. Выпуск 3./ Под редакцией А.Г. Чучалина А.И. Вялков / Москва, Эхо. - 2002. – С. 396.
8. Шварц Ю.Г. Наумова Е.А. Амбулаторное лечение АГ. Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов. Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 4. – С. 19-21.
9. Green G.B., Harris I.S., Lin G.A., Moylan K.C. The Washington Manual™ of Medical Therapeutics. 31st Ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2004. – P. 72-92.
10. Katzung B.G. Basic & Clinical Pharmacology. 10th Ed. McGraw-Hill, 2007. – P. 159-183.
11. Monthly Prescribing Reference. June 2005. N.Y. – P. 3-28.
12. Moser M. Clinical Management of Hypertension. 2th ed., PCI, 1997. – 192 p.
13. Tarascon Pocket Pharmacopoeia. Loma Linda. CA. TP 2006. – 315 p.

Поступила 26.05.08