

профилактики и лечения СКН позволяют достоверно уменьшить процент вовлечения в патологический процесс кишечника, а у пациентов с уже имеющимся СКН, в более ранние сроки восстановить пропульсивную способность кишечника и нормализовать кишечную микрофлору.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрющенко Л. В., Куновский В. В., Андрющенко В. П. Клинические и патоморфологические проявления синдрома недостаточности кишечника в течение острого некротического панкреатита. — Харківська хірургічна школа, 2010. — № 3 (41). — С. 5—7.
2. Бутова Е. Н. Оптимизация диагностики и лечения нутритивной недостаточности у больных с хроническим панкреатитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов н/Д., 2010. — С. 27.
3. Власов А. П., Шибитов В. А., Гераськини В. С. и др. // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 2. — С. 271—275.
4. Ермолов А. С., Попова Т. С., Пахомова Г. В. и др. Синдром кишечной недостаточности в неотложной

абдоминальной хирургии (от теории к практике) — М., 2005. — 460 с.

5. Колесник И. П. // Український Журнал Хірургії, 2012. — № 1. — С. 121—125.
6. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине. — М: ГЭОТАР-МЕД. — 2003. — 144 с.
7. Савельев В. С., Петухов В. А., Каралкин А. В. и др. // Трудный пациент. — 2006. — Т. 3, № 4. — С. 30—37.
8. Тропская Н. С. Механизмы послеоперационных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки и их фармакологическая коррекция: автореф. дис. ... докт. биол. наук. — М., 2009. — С. 48.
9. Besselink M. G., van Santvoort H. C., Renooij W., et al. // Ann Surg. — 2009. — Vol. 250, № 5. — P. 712—719.
10. Sharma M., Sachdev V., Singh N., et al. // Trop Gastroenterol. — 2012. — Vol. 33, № 1. — P. 45—50.

Контактная информация

Климович Игорь Николаевич — д. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: klimovichigor1122@yandex.ru

УДК 615.45-001.8:616.12-008.331

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Н. В. Рогова, Е. В. Коровина, Е. И. Первий, М. В. Леонова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами аллергологии ФУВ,
клинической фармакологии ФУВ;
Российское общество клинических исследователей;
Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова*

В результате проведенного эпидемиологического исследования установлены факторы, позволяющие повысить эффективность антигипертензивной терапии и комплаентность больных с артериальной гипертензией, жителей Волгограда.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, комплаентность, анкетирование пациентов, эпидемиологическое исследование.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF PHARMACOTHERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION ON THE BASIS OF A PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL STUDY

N. V. Rogova, E. V. Korovina, E. I. Perviy, M. V. Leonova

The epidemiological study revealed the factors which may increase the efficacy of antihypertensive therapy and compliance of patients with arterial hypertension living in Volgograd.

Key words: arterial hypertension, compliance, survey of patients, epidemiological study.

При отсутствии комплаенса со стороны пациентов даже строгое следование врачами стандартам при назначении антигипертензивной терапии не приводит к улучшению результатов лечения артериальной гипертензии (АГ). Именно соблюдение рекомендаций врача, осознанное отношение к своему состоянию и

самоконтроль приводят к хорошему результату. Школы по артериальной гипертензии во многом позволяют решить проблемы с комплаентностью пациентов. Однако результаты лечения АГ в нашей стране еще не достаточно успешны. Несмотря на широкое внедрение в практику врачей национальных рекомендаций по

ведению таких больных и высоким процентом охваченных лечением пациентов с АГ (более 50 %), эффективность антигипертензивной терапии, определяемая по достижению целевого уровня артериального давления (АД менее 140/80 мм рт. ст.), составляет всего 21,5 % в РФ [6]. Мы поставили задачей изучить факторы, влияющие на приверженность пациентов к лечению АГ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить факторы, влияющие на комплаенс больных АГ, жителей Волгограда, изучить структуру получаемых антигипертензивных препаратов (АГП) этими больными, оценить, по данным анкетирования пациентов, эффективность получаемой ими антигипертензивной терапии в реальной клинической практике и степень ее соответствия современным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению АГ.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа была выполнена в дизайне простого одномоментного проспективного описательного эпидемиологического исследования в рамках всероссийского фармакоэпидемиологического исследования «Первое исследование фармакоэпидемиологии артериальной гипертензии, ограниченное Россией» (ПИФА-ГОР IV). Проведено анкетирование 200 пациентов с АГ с помощью специальных анкет, разработанных на кафедре клинической фармакологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, которые содержали 22 актуальных вопроса по фармакотерапии артериальной гипертензии. Статистический анализ проводился с помощью Microsoft Office Excel 2007 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 200 опрошенных пациентов мужчины составили 23 %, женщины 76 %, не указали пол 1 %. Средний возраст опрошенных больных составил ($59 \pm 1,2$) лет, что согласуется со среднестатистическими данными по Российской Федерации (РФ), где средний возраст составляет 58,3 года [2]. Все анкеты были заполнены больными в помещениях лечебно-профилактических учреждениях Волгограда после планового визита пациента к терапевту/кардиологу. Из 200 опрошенных пациентов получили анкету у терапевта — 72 % больных, 25 % —

у кардиолога, 3 % — у специалистов другого профиля. Полученные данные свидетельствуют о том, что в нашем городе большая часть больных с АГ наблюдается у врачей-терапевтов, что согласуется с данными эпидемиологических исследований в среднем. Так, по России 52 % больных с АГ наблюдаются у терапевтов, а 39 % у кардиологов. Анализ длительности течения АГ показал, что 12 % наших больных имеют стаж заболевания менее 1 года, 45 % больных — более 10 лет, что согласуется со средними данными по России: стаж менее 1 года имеют в среднем 6 % больных АГ, более 10 лет — 39 % больных [2]. Полученные результаты свидетельствуют о более частом выявлении больных АГ в городе Волгограде на раннем этапе развития болезни. При анализе информированности больных о наличии у них факторов риска установлено, что 86 % опрошенных пациентов информированы о наличии у них факторов риска, 14 % — не знают о них. Для сравнения, по данным эпидемиологических исследований в России, осведомленность о факторах риска среди больных составляет около 87 %, что согласуется с нашими данными. По количеству факторов риска больные распределились следующим образом: отсутствие факторов риска — 14,6 %, 1 фактор риска имеют 50,3 % опрошенных, сочетание 2 факторов риска — 27,5 %, 3 — 6,5 %. Чаще всего из факторов риска встречается избыточная масса тела — в 50,2 % случаев, гиперхолестеринемия — в 28,9 %, сахарный диабет — у 17,6 % опрошенных. При анализе наличия сопутствующей патологии установлено, что 81 % опрошенных больных информированы о них, а 19 % не знают. Так, 1 осложнение имеют 40,1 % опрошенных, 2 — 27,1 %, 3 — 17,9 %, 4 и более — 14,7 % больных с АГ. Чаще всего среди осложнений встречаются гипертонические кризы — в 32,8 % случаев, ишемическая болезнь сердца — в 28,1 %, хроническая сердечная недостаточность — в 21,7 % случаев (табл.).

По данным анкетирования больных с АГ была проанализирована частота обращения их к врачу в реальной практике. Было выявлено, что ежемесячно посещают врача 18 % опрошенных, 1 раз в 3—6 месяцев — 36 %, отказываются от посещения врачей — 13 % больных с АГ. Данная ситуация демонстрирует относительно высокую мотивацию пациентов к лечению АГ, однако процент пациентов, не посещающих врача, остается довольно большим, что может способствовать низкой эффективности лечения АГ. Нами также была проанализирована цель

Информированность больных АГ о наличии факторов риска и осложнений АГ

Осложнения АГ	Частота, %	Факторы риска	Частота, %
Гипертонический криз	32,8	Избыточная масса тела	50,2
Стенокардия	24,3	Гиперхолестеринемия	28,9
Сердечная недостаточность	21,7	Сахарный диабет	17,6
Инфаркт миокарда	3,8	Подагра	3,3
Инсульт	4,4		
Почечная недостаточность	5,3		
Кровоизлияние в сетчатку глаза	7,6		

посещения врача. Было установлено, что по одному поводу обращаются 70,5 % опрошенных, по двум — 17 %, по трем — 11,5 %, по четырем — 1 % опрошенных больных. При определении значимости каждой цели посещения врача было установлено, что 43,9 % больных обращаются для получения рекомендаций по лечению, 28,6 % — для проведения плановых исследований (электрокардиограммы и др.), 10,7 % — для контрольного измерения АД, 5,7 % — для получения направления на госпитализацию и 6,9 % — для получения больничного листа. Таким образом, подавляющее большинство больных с АГ считают важным правильно следовать рекомендациям врача при приеме лекарственных средств. Также по результатам анкетирования больных мы оценили значимость и характер рекомендаций, которые врачи дают пациентам. Так, 86 % больных получили рекомендации по лечению АГ, 14 % опрошенных отмечали, что врач не дал рекомендаций по лечению. При оценке структуры врачебных рекомендаций выявлено, что 5 различных рекомендаций по лечению получают 34,3 % опрошенных, 4 — 12,2 %, 3 — 20,9 %, 2 — 18,9 %, 1 — 14 % больных АГ. При определении основных акцентов во врачебных рекомендациях было установлено, что рекомендации, касающиеся времени приема АГП получают 27,3 % опрошенных, тактики поведения больного при повышении АД — 21,4 %, об очередности приема АГП — 19,4 % больных АГ, о связи ЛС с приемом пищи — 19 %. При оценке качественного и количественного состава АГП выявлено следующее: доля пациентов, постоянно принимающих АГП — 80 % больных, принимающих АГП по потребности — 13,5 %, не принимающих АГП — 6,5 %. По результатам анкетирования было выявлено, что для лечения АГ в качестве гипотензивных препаратов пациенты получают 6 назначенных им основных классов препаратов. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) принимают 37,3 % опрошенных больных, β-адреноблокаторы — 17,8 %, диуретики — 24,9 %, антагонисты кальция — 6,5 %, антагонисты рецепторов ангиотензина II (АТII) принимают 12,4 % проанкетированных больных с АГ, препараты с центральным механизмом действия: агонисты имидазолиновых рецепторов указали 0,3 % пациентов и альфа-адреноблокаторы — 0,8 % больных с АГ. Все 5 групп препаратов одновременно принимают 1 % больных, 4 группы препаратов — 3,5 %, 3 группы АГП — 19 %, 2 группы — 40 %, 1 группу АГП — 31,5 %. Можно отметить, что назначение основных групп антигипертензивных препаратов соотносится с современными стандартами лечения АГ [1]. Структура принимаемых пациентами с АГ ингибиторов АПФ представлена 6 международными непатентованными наименованиями (МНН), всего 20 торговых наименований. Основная доля принадлежит Эналаприлу — 53,97 %, Периндоприл принимают 16,7 % опрошенных, Лизиноприл — 15 % опрошенных больных. Можно отметить, что в РФ зарегистрировано 11 МНН ингибиторов АПФ, а в городе Волгограде больные из них принимают только 6. В целом структура инги-

биторов АПФ соответствует клиническим рекомендациям, тем не менее, 8,7 % опрошенных больных по-прежнему используют Каптоприл для длительной терапии АГ, что не соответствует в полной мере клиническим рекомендациям [6]. Среди класса β-адреноблокаторов принимают 4 препарата (МНН), из них чаще всего принимают Бисопролол — 70 % опрошенных больных, МетопрололSR — 16,67 % больных, Атенолол — 6,7 %, Пропранолол — 1,67 % больных с АГ. Данная картина соответствует современным клиническим рекомендациям по лечению АГ и является отражением последних данных о неблагоприятных отдаленных эффектах Атенолола при лечении АГ в сравнении с другими АГП и повышении роли Бисопролола и Метопролола SR в лечении пациентов с АГ и сопутствующей сердечной недостаточностью. Класс диуретиков, по данным опроса больных, представлен 4 препаратами (МНН), всего больные получают 13 торговых наименований. Индапамид принимают 80,9 % опрошенных больных, Гипотиазид — 19 % опрошенных. Следует обратить внимание, что Гипотиазид применяется только в виде фиксированных комбинаций. В группу диуретических средств, получаемых пациентами с АГ, попали такие препараты, как Торасемид и Верошпирон, которые не относятся к рекомендуемым для лечения АГ, но могут быть назначены больным с сопутствующей сердечной недостаточностью [3]. Класс антагонистов кальция был представлен лишь 2 препаратами (МНН) и 7 торговыми названиями. При этом 90,9 % опрошенных принимают Амлодипин для длительной терапии АГ. Антагонист кальция короткого действия, Нифедипин, использую лишь 9,1 % опрошенных больных. Неожиданным оказался факт, что никто из проанкетированных больных с АГ не указал Верапамил и Дилтиазем для длительной терапии АГ. Среди препаратов класса антагонистов рецепторов ангиотензина II проанкетированные больные получают в основном Лозартан, который принимают как в монотерапии, так и в виде фиксированных комбинаций. Среди больных, принимающих антагонисты рецепторов ангиотензина II, Лозартан получают 95,34 % больных, остальной процент приходится на Кандесартан и Валсартан. Среди пациентов, получающих препараты с центральным механизмом, 75 % больных принимают Адельфан. Агонисты имидазолиновых рецепторов используют лишь 25 % больных с АГ. Был проведен анализ обеспеченности больных АГП и их доступности, что также изучалось при анкетировании пациентов. Так, 82 % опрошенных больных покупают АГП за полную стоимость в аптеках, 7,5 % — со скидкой, 7,5 % — покупают родственники. На вопрос о количестве ежемесячных расходов на приобретение АГП 36,5 % больных назвали сумму до 500 р. Однако 21 % опрошенных пациентов вынуждены расходовать на АГП более 1000 р. в месяц. Таким образом, большинство пациентов могут приобретать в основном препараты-генерики [4]. Оценка эффективности антигипертензивной терапии и комплаентности пациентов проводилась по уровню АД.

На момент заполнения анкеты целевой уровень АД (<140/90 мм рт. ст.) имели только 43 %, что отражает низкую эффективность лечения АГ в реальной клинической практике. Среди этих пациентов доля больных, достигших целевого АД на фоне монотерапии, составила 37 %, на фоне комбинации из двух АГП — 39,5 % и из 3- и 4-компонентной комбинации АГП — 23,25 % опрошенных. Самооценка больными эффективности проводимого лечения показала, что 62,5 % из опрошенных считают свое лечение эффективным (хотя из них целевого уровня АД достигли только 30,5 % пациентов с АГ), 31 % — малоэффективным и лишь 6 % указывают на отсутствие эффективности или лечения в целом [5]. Не менее важным для достижения эффективности лечения АГ является умение больных проводить самоконтроль уровня АД. Среди опрошенных пациентов с АГ 85,5 % самостоятельно измеряют АД с помощью автоматического (65,5 %) и простого (20,5 %) тонометра; 7 % пациентов обращаются за помощью к родственникам. Однако 4 % больных не контролируют АД в домашних условиях. Высокий процент пациентов, контролирующих АД, может свидетельствовать о доступности и простоте использования автоматических тонометров, улучшении просветительной работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное эпидемиологическое исследование показало, что среднестатистической больной с АГ в Волгограде — это женщина 59 лет, с 10-летним стажем АГ, имеющая 1 осложнение, которая 1 раз в 3—6 месяцев наблюдается у врача-терапевта. Этот человек, в основном, высоко мотивирован следовать рекомендациям своего врача. Этот пациент получает 2-компонентную терапию из ингибиторов АПФ и диуретика. Выяв-

ленные нами в результате исследования факторы, снижающие эффективность антигипертензивной терапии, могут быть легко устранимы. Таким образом, результаты нашего исследования позволяют улучшить качество оказания первичной медико-санитарной помощи больным с АГ — жителям Волгограда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). 2010 г.
2. *Леонова М. В., Белоусов Д. Ю., Штейнберг Л. Л. и др.* // *Consilium Medicum*. Системные гипертензии. — 2010. — № 1. — С. 33—39
3. *Петров В. И., Лопатин Ю. М., Недогада С. В. и др.* // Артериальная гипертензия. — 2001. — Т. 7. — № 1. — С. 37.
4. *Рогова Н. В., Коровина Е. В., Первий Е. И. и др.* // Вестник ВолгГМУ. — 2013. — № 4 (48). — С. 16—18.
5. *Рогова Н. В., Островская В. О., Стаценко В. И. и др.* // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 2 (38). — С. 53—55.
6. *Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Константинов В.* // Российский кардиологический журнал. — 2006. — № 4. — С. 34—35.

Контактная информация

Коровина Елизавета Викторовна — аспирант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической аллергологии ФУВ, клинической иммунологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: korovina-l@inbox.ru