

Сравнительный анализ тактики достижения целевого артериального давления в условиях поликлиники и стационара (по результатам исследования АРГУС 2 в г. Кирове)

С.В. Мальчикова, Е.И. Тарловская

Кировская государственная медицинская академия. Киров, Россия

Comparison of target blood pressure achievement tactics in ambulatory and hospital settings (ARGUS 2 Study results in Kirov City)

S.V. Mal'chikova, E.I. Tarlovskaya

Kirov State Medical Academy. Kirov, Russia

Цель. Проанализировать тактику достижения целевого артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях поликлиники и стационара.

Материал и методы. Проанализированы 60 амбулаторных карт больных АГ в поликлиниках города и 40 историй болезней, госпитализированных пациентов.

Результаты. Целевой уровень АД имеют 6,7% пациентов, посещающих поликлинику. Несмотря на то, что 93,3% больных нуждались в усилении антигипертензивной терапии, только у 37% больных были сделаны попытки оптимизации лечения: повышение дозы и/или назначение комбинированной терапии. Среднее число принимаемых препаратов в течение контролируемого года не только не изменилось, но уменьшилось. Среди назначаемых препаратов недостаточно часто использовали тиазидные диуретики (тД) и антагонисты кальция (АК). К концу года только у 15% больных удалось достигнуть целевого уровня АД. Смена терапии у больных, достигших и не достигших целевого АД колебалась от 0 до 14, в среднем 3,8 за год. Успешно лечившиеся больные чаще принимали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) в комбинации с тД. Основным показанием к госпитализации служила неконтролируемая АГ (67,5%) вследствие нерегулярного приема лекарственных препаратов (64,9%). За время лечения в стационаре у 97,5% больных удалось достичь целевого уровня АД. Основная особенность лечения в стационаре — сразу после поступления большинство больных начинали получать комбинированную терапию, включающую 3 препарата с привлечением тД и АК.

Заключение. Подтверждена возможность достижения целевого АД у больных АГ высокого и очень высокого риска; выявлены реальные ошибки в тактике амбулаторного ведения пациентов, являющиеся причиной крайне низких показателей контролируемой АГ у этой категории больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, целевое АД, амбулаторная и госпитальная тактики лечения.

Aim. To analyze ambulatory and hospital tactics of target blood pressure (BP) achievement.

Material and methods. In total, 60 ambulatory and 40 hospital case histories of AH patients were analyzed.

Results. Target BP levels were achieved in 6,7% of ambulatory patients. Even though 93,3% needed more aggressive antihypertensive therapy, only in 37%, some treatment optimization efforts were performed (dose increase and/or combined therapy prescription). Mean number of medications prescribed decreased during the control year. The rates of thiazide diuretics (tD) and calcium antagonists (CA) prescription were inadequately low. By the end of control year, target BP levels were achieved in 15% only. Therapy change rates in achievers and non-achievers varied from 0 to 14 (average one-year rate 3,8). Typically, achievers received ACE inhibitor and tD combination. Main indication for hospitalization was uncontrolled AH (67,5%), due to irregular medication intake (64,9%). During hospitalization, target BP levels were achieved in 97,5% of the patients. Soon after admission, most hospitalized patients were administered three-agent combination therapy, including tD and ACE inhibitors.

Conclusion. The possibility of achieving target BP in high and very high-risk AH patients was successfully proven. Real-world lapses in ambulatory management of this patient group, leading to inadequate AH control, were identified.

Key words: Arterial hypertension, target blood pressure, ambulatory and hospital treatment tactics.

© Коллектив авторов, 2007

Тел.: (8332) 53-58-93

e-mail: malchikova@list.ru

В 2000г появились и стали активно внедряться в клиническую практику первые российские рекомендации по артериальной гипертонии (АГ), в которых достаточно четко сформулированы принципиальные аспекты диагностики и лечения АГ. Новые современные международные и российские руководства по АГ, опубликованные в 2003-2004гг, подчеркивают первостепенную важность достижения целевого артериального давления (АД), особенно в группах высокого риска [1-3].

Ряд исследований продемонстрировал крайне низкие показатели контролируемой АГ у этой категории больных [4,5]. К последствиям недостаточной терапии могут быть отнесены высокая частота госпитализаций по поводу обострения АГ и гипертонических кризов, консультаций другими специалистами, определения параметров, связанных с экономическими затратами на лечение АГ [6]. Высокая частота госпитализаций по поводу АГ диктует необходимость изучения вопросов амбулаторной и госпитальной тактики лечения АГ.

Целью исследования послужил анализ тактики достижения целевого АД в условиях поликлиники и стационара.

Материал и методы

Для оценки врачебной тактики в поликлинике были случайным образом отобраны 60 амбулаторных карт пациентов (средний возраст $59,2 \pm 10,8$ года), посетивших врача по поводу АГ не менее 3 раз за период с 1.12.2004 по 1.12.2005; из них — 9 мужчин и 51 женщина. В стационаре по протоколу исследования были отобраны 40 историй болезни пациентов (средний возраст $57,7 \pm 9,7$ года) с АГ, госпитализированных в терапевтическое или кардиологическое отделения с 10.01 по 10.03.2006, способных предоставить информацию о частоте посещения врача поликлиники и назначенном лечении; из них — 27 мужчин и 17 женщин.

При анализе амбулаторных карт по социальным параметрам выяснилось, что начальное образование имеют 3 больных; среднее — 13; среднее специальное — 31; высшее — 13. Работают — 38 человек; пенсионеров — 42; на инвалидности — 16; имеют льготы — 13. Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1.

Большинство больных АГ имели очень высокий и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) — 42% и 53% больных, соответственно; средний — 5% человек [3].

При первом обращении в поликлинику в контролируемом году целевой уровень АД имели 6,7% пациентов. Терапия, которую получали больные на тот момент, представлена в таблице 2.

Частота назначения комбинированной терапии составила 50-87%. Однако комбинации из 3 и 4 препаратов назначаются сравнительно редко, особенно у пациентов

со II и III степенями повышения АГ по классификации ВОЗ/МОАГ.

Амбулаторные карты и истории болезни анализировались по специально разработанным анкетам. Обработку результатов исследования проводили методами вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ «Primer of Biostatistics Version 4.03 by Stanton A. Glantz». Достоверность различий средних величин рассчитывали с помощью критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При оценке тактики врача в течение года выяснилось, что у 15% пациентов лечение вообще не изменялось; увеличивались дозы препарата у 37% больных; назначалась комбинированная антигипертензивная терапия у 37%; часто производилась замена препарата на другой такого же класса — 38% случаев или просто замена торгового названия препарата — 40%; в 10% случаях доза снижалась (рисунок 1). Таким образом, несмотря на то, что 93,3% больных нуждались в усилении антигипертензивной терапии, только у 37% пациентов были сделаны попытки оптимизации лечения (повышение дозы и/или назначение комбинированной терапии).

Среднее число принимаемых препаратов исходно составило $1,85 \pm 0,84$, через 1 год — $1,90 \pm 0,84$. Среди больных, которые должны достигнуть АД $< 130/80$ количество препаратов достоверно уменьшилось (!) за год с $2,27 \pm 0,77$ до $1,91 \pm 0,83$ ($p < 0,05$), с целевым уровнем АД $< 140/90$ мм рт.ст. составило $1,76 \pm 0,83$ и $1,90 \pm 0,85$ соответственно.

Среди назначаемых препаратов 61,7% исходно и 76,7% в конце года приходилось на долю ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ); 43,3% и 36,7% соответственно — тиазидных диуретиков (тД); 41,7% и 48,3% — β -адреноблокаторов (β -АБ); 26,7% и 28,3% соответственно — антагонистов кальция (АК) (рисунок 2).

Обращает на себя внимание низкая частота назначения тД и АК, недостаточное использование эффективной комбинированной терапии, значительная доля нерациональных комбинаций, как например: ИАПФ + β -АБ. Детальный анализ групп антигипертензивных препаратов показал, что характеристика их составляющих далека от идеала (таблица 3).

Среди назначаемых ИАПФ предпочтение отдавалось эналаприлу; в группе β -АБ — метопролола тартрату, в 16% случаев использова-

Таблица 1

Клиническая характеристика амбулаторных пациентов

Характеристика	Показатель n, %
Наличие ФР	
Возраст (>55 лет у мужчин, > 65 лет у женщин)	21 (35%)
Курение	2 (3,3%)
АО	42 (70%)
Семейный анамнез ранних ССО	27 (45%)
ДЛП	51 (85%)
ПОМ	
ГЛЖ – ЭКГ	24 (40%)
ГЛЖ – ЭхоКГ	42 (70%)
Незначительное повышение креатинина сыворотки (муж. 115-133, жен. 107-127 мкмоль/л)	4 (6,7%)
Признаки атеросклеротического поражения магистральных сосудов (толщина интима-медиа сонной артерии > 0,9 мм)	12 (20%)
СД	11 (18,3%)
АКС	
Анамнез МИ	4 (6,7%)
Анамнез ТИА	1 (1,7%)
Анамнез ИМ	5 (8,3%)
Стенокардия	6 (10%)
ХПН (креатинин сыворотки у муж. >133, у жен. > 124 мкмоль/л)	1 (1,7%)
Поражение периферических артерий	2 (3,3%)
Ретинопатия: геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва	1 (1,7%)

Примечание: ФР – факторы риска, АО – абдоминальное ожирение, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка, ЭКГ – электрокардиография, ЭхоКГ – эхокардиография, ТИМ – толщина комплекса интима-медиа, ПОМ – поражение органов-мишеней, АКС – ассоциированные клинические состояния, ТИА – транзиторные ишемические атаки, ИМ – инфаркт миокарда, МИ – мозговой инсульт, ХПН – хроническая почечная недостаточность.

ли атенолол. В структуре АК самыми употребляемыми явились различные препараты нифедипина-ретард. Лекарства с фиксированными комбинациями получали всего 5% больных.

К концу контролируемого года только у 15% больных удалось достигнуть целевого уровня АД, а среди больных сахарным диабетом (СД) – у 9%.

Частота визитов больных к врачу составила в среднем $4,75 \pm 2,26$ раз, причем лица, достигшие целевого уровня АД, в 2 раза чаще посещали врача, чем те, кто его не достиг – $8,25 \pm 2,9$ и $4,2 \pm 1,6$ соответственно, ($p < 0,001$). При более детальном анализе выяснилось, что льготники достоверно чаще посещали врача, чем боль-

ные, не имеющие льгот (рисунок 3); от частоты визитов к врачу в этой группе зависела эффективность терапии. В группе больных, не получающих бесплатных лекарств, связь между частотой визитов и достижением целевого уровня АД отсутствовала.

Смена терапии у больных, достигших и не достигших целевого АД, колебалась от 0 до 14, в среднем 3,8 за год (рисунок 4).

Достижению целевого АД способствовали более частые изменения антигипертензивной терапии. В большей степени это обусловлено так называемыми «неправильными» переменами в лечении. К ним относятся: немотивированное снижение дозы лекарственного средства, замена препарата на другой с

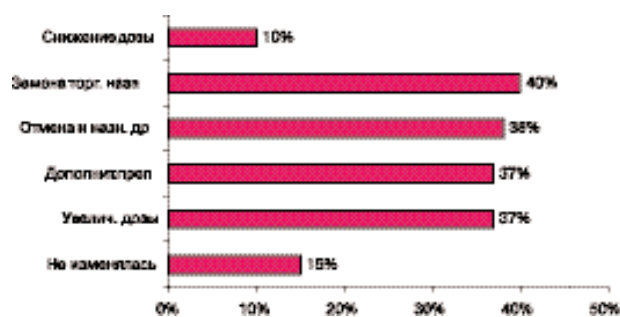


Рис. 1 Лечебная тактика врача поликлиники в течение года.

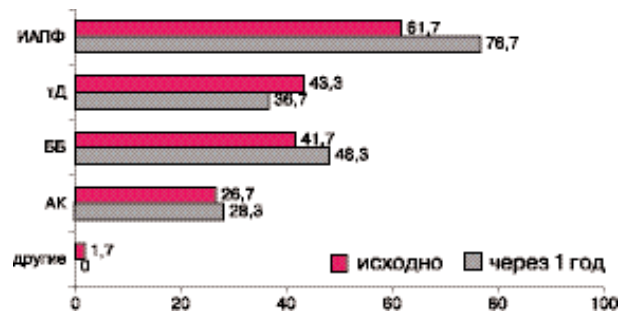


Рис. 2 Спектр назначаемых препаратов.

Таблица 2

Терапия АД при первом обращении в поликлинику в контролируемом году

Степень АД на момент анализа	%	Монотерапия (%)	Комбинированная терапия (%)		
			2 препарата	3 препарата	4 препарата
I ст.	26,7	31	38	31	-
II ст.	53,3	38	44	12	6
III ст.	13,3	13	62	25	-
Норм. АД	6,7	50	50	-	-

Таблица 3

Частота использования различных групп препаратов при лечении больных АД

Группа препаратов*	Представители
ИАПФ	73% - эналаприл
β-АБ	72% - метопролола тартрат; 16% - атенолол
АК	75% - нифедипин ретард
Д	77% - индапамид
Центрального действия	1 больной - клофелин
АРА	нет

Примечание: * - 87% - «генерические» препараты. АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина II.

иным торговым названием и отсутствие коррекции лечения в случае недостижения целевого АД. «Правильными» изменениями в лечении рассматривали: увеличение доз, добавление другого препарата, замена неэффективного лекарственного средства препаратом из другой группы.

У льготников достоверно чаще менялась антигипертензивная терапия, однако, только в этой подгруппе определили четкую связь между целевым АД и частотой смены медикаментозного лечения (рисунок 5).

Нормализация АД произошла и у тех, кому 1-2 раза меняли лечение и тех, кому 11 раз его корректировали. Подавляющая часть «неправильных» изменений терапии, вероятно, была связана с выпиской бесплатных лекарств, неличующих в аптеке.

Это позволяет сделать вывод о том, что эффективность лечения зависит не только от числа визитов и количества перемен в характере

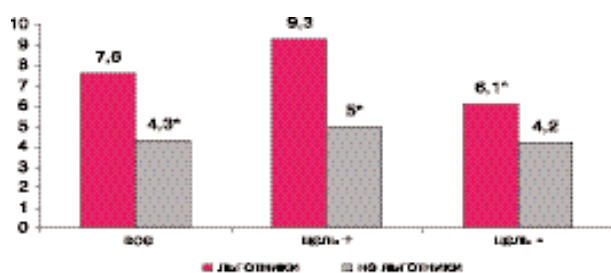
терапии, а скорее от качества назначенного лечения (рисунок 6).

Успешно лечившиеся больные чаще принимали ИАПФ (100% vs 73% пациентов, не достигших целевого АД) в комбинации с тД (67% vs 31% соответственно).

Частота назначения статинов у больных АД в среднем составила 20%, в т.ч. у больных с дислипидемией (ДЛП) – 23%, СД 2 типа – 27%. Эти цифры ничтожно малы, учитывая, что 95% больных нуждаются в их назначении (имеют высокий и очень высокий риск ССО).

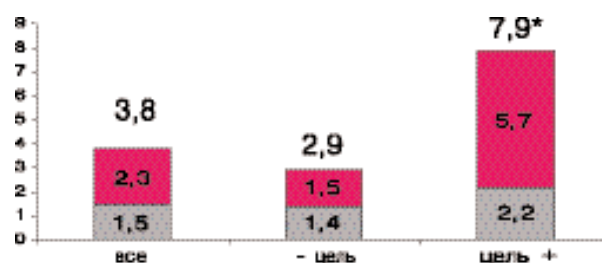
Частота госпитализаций за год составила 33,3%, основной причиной ее служили сопутствующие заболевания (17%) и гипертонические кризы (ГК) (10%).

Поводом для госпитализации послужила неконтролируемая АД у 67,5% больных; ГК у 30%; рефрактерная АД – у 2,5% пациентов. При этом предшествующую терапию получали 92,5% больных, из них большинство (64,9%) – нерегу-



Примечание: * - различия с группой льготников достоверны ($p < 0,05$); ^ - различия между льготниками, достигшими и не достигшими целевого АД достоверны ($p < 0,05$).

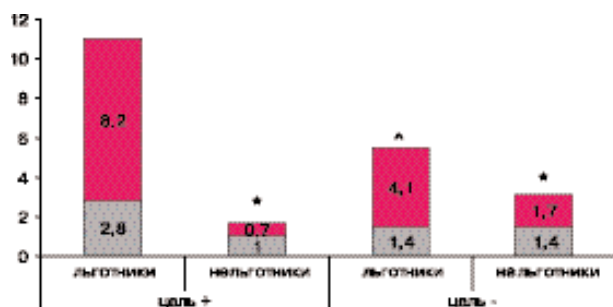
Рис. 3 Частота визитов и достижения целевого АД в зависимости от наличия льгот.



Примечание: ■ - «неправильные» изменения терапии, □ - «правильные»; различия между группами, достигшими и не достигшими целевого АД достоверны ($p < 0,05$).

Рис. 4 Частота изменений терапии в зависимости от достижения целевого АД.

Клинические исследования



Примечание: ■ - «неправильные» изменения терапии, □ - «правильные»; * - различия с группой льготников достоверны ($p < 0,05$); ^ - различия между льготниками, достигшими и не достигшими целевого АД достоверны ($p < 0,05$).

Рис. 5 Смена терапии и частота достижения целевого АД в зависимости от наличия льгот.

лярно. Основным поводом к госпитализации послужила неконтролируемая АГ вследствие нерегулярного приема лекарственных препаратов.

За время госпитализации уровень АД достоверно снизился со 172,9/101,5 мм рт.ст. до 126,9/79,9 мм рт.ст. ($p < 0,05$). У 97,5% больных удалось достичь целевого уровня АД в среднем на 9-ый день госпитализации. Средняя продолжительность госпитализации составила $16,4 \pm 2,8$ дней.

Возникает вопрос: почему же за 9 дней в стационаре удалось достигнуть целевого уровня АД, а за год амбулаторного лечения нет? Каковы отличия в тактике врачей стационара и поликлиники?

Режимы назначаемой терапии представлены в таблице 4.

Среднее количество антигипертензивных препаратов за время пребывания в стационаре незначительно увеличилось с 2,45 до 2,85. Основная особенность лечения в стационаре заключалась в том, что сразу после поступления большинство больных начинали получать комбинированную терапию 3 препаратами. В

процессе лечения доля монотерапии становилась еще меньше, чаще использовались 3- и 4-компонентные комбинации.

Самыми часто назначаемыми препаратами в стационаре были тД: частота их применения при поступлении составила 88%, при выписке – 95%. Врачи стационаров добавляли к ИАПФ АК: при поступлении 25% при выписке уже 45%. Практически не изменялась частота назначений ИАПФ – 73% и 80% соответственно и β-АБ – 60% и 58% соответственно (рисунок 7).

Таким образом, случаи рациональной комбинированной терапии с включением тД и ИАПФ достигли к моменту выписки 80%, в 45% случаев назначались АК.

Характеристика используемых антигипертензивных препаратов отличалась от назначаемых в амбулаторных условиях (таблица 5).

Обращает на себя внимание более частое назначение оригинальных лекарственных средств (54%); в структуре ИАПФ заметно увеличились доли периндоприла и лизиноприла; в группе β-АБ конкуренцию метопролола тартрату составил бисопролол (конкор). 90% из назначаемых АК – это препараты амлодипина (в основном, нормодипин). В подавляющем большинстве тД были представлены Арифеном® ретард. Частота назначения статинов в стационаре составила 72,5%.

Выводы

Частота достижения целевого уровня АД в амбулаторных условиях неудовлетворительно низка и составляет 7-15%.

Основными ошибками в тактике амбулаторного ведения пациентов являются: отсутствие увеличения доз лекарственных препаратов в должном объеме; недостаточное использование эффективной комбинированной тера-

Таблица 4

	Режимы терапии в стационаре				
	Монотерапия (%)	Комбинированная терапия (%)			
		2 препарата	3 препарата	4 препарата	5 препаратов
При поступлении	12,5	35	42,5	10	-
При выписке	5	32,5	37,5	22,5	2,5

Таблица 5

Частота использования различных групп препаратов при лечении больных АГ в стационаре

Группа препаратов*	Представители
ИАПФ	31% - эналаприл, 24% - периндоприл, 24% - лизиноприл
β-АБ	42% - метапролола тартрат; 42% - бисопролол
АК	90% - амлодипин
Д	86% - индапамид (80% - индапамид ретард)

Примечание: * - 46% - «генерические» препараты.

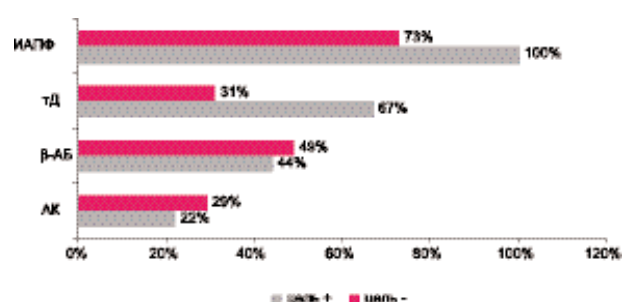


Рис. 6 Назначаемые препараты в группах больных, достигших и не достигших целевого АД.

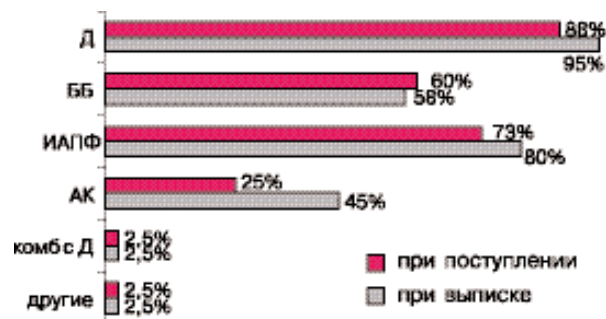


Рис. 7 Классы назначаемых препаратов при поступлении и при выписке.

пии с применением тД и АК; частое использование нерациональных комбинаций (ИАПФ + β-АБ); низкий процент назначения статинов.

Основным поводом к госпитализации больных АГ служит неконтролируемая АГ, обусловленная нерегулярным приемом антигипертензивных препаратов.

Очень высокий эффект антигипертензивной терапии в стационаре в сжатые сроки у па-

циентов, которые в течение года не могли достичь целевого АД (97,5% vs 15%).

Изменения в тактике лечения больных АГ в стационаре: широкое использование 3-4-компонентной комбинированной терапии с привлечением тД и АК, назначение более современных пролонгированных лекарств, более частое использование оригинальных препаратов.

Литература

1. 2003 European Society of Hypertension - Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension 2003; 21: 1011-53.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Blorck HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289: 2560-72.
3. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Секция артериальной гипертензии ВНОК. Москва. Приложение ж Кардиоваск тер профил 2004.
4. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. Lancet 1998; 351: 1755-62.
5. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Первое российское национальное многоцентровое исследование — РОСА (Российское исследование Оптимального Снижения Артериального давления). Артер гипертенз 2003; 5: 151-4.
6. Остроумова О.Д., Мамаев В.И. Фармакоэкономические аспекты лечения артериальной гипертензии. Артер гипертенз 2002; 6: 193-9.

Поступила 25/04-2007