

**ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ:
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Н. В. Рогова, Е. В. Коровина

**ГУ Волгоградский медицинский научный центр
Комитета здравоохранения Волгоградской области;
кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии
ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России**

**I. Актуальность проблемы
рациональной фармакотерапии
артериальной гипертензии**

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), среди основных причин смертности населения сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующее положение во всем мире. Один из самых высоких показателей распространенности ССЗ среди развитых стран отмечается в Российской Федерации (РФ). По данным Федеральной службы государственной статистики РФ, число больных, страдающих ССЗ, составляет 34,6 млн человек, при этом отмечается ежегодный рост заболеваемости в среднем на 1,6 %.

По данным ВОЗ, одним из наиболее значимых факторов риска, влияющих на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире, является артериальная гипертензия. Неконтролируемое артериальное давление играет важную роль в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний, а также приводит к формированию хронической сердечной недостаточности, нарушениям функции почек, заболеваниям периферических кровеносных сосудов и сосудов сетчатки. В многочисленных исследованиях доказано, что проведение адекватной антигипертензивной терапии ассоциируется со снижением на 35–40 % частоты инсульта, на 20–25 % – инфаркта миокарда и более чем на 50 % – сердечной недостаточности.

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что на 2014 г. распространенность повышенного АД среди

взрослого населения в возрасте от 25 лет и старше в странах мира составила около 40 %, а число людей с неконтролируемой гипертензией увеличилось с 600 млн в 1980 г. до 1 млрд в 2008 г. В России показатель распространенности АГ для взрослого населения по-прежнему остается одним из самых высоких и составляет 42 % у мужчин и 41,1 % у женщин, то есть около 42,5 млн человек страдают данным заболеванием.

За последние несколько лет, по данным эпидемиологического мониторинга АГ в Российской Федерации, до 75 % пациентов получают антигипертензивную терапию, однако ее эффективность в популяции остается низкой и не превышает 20 %.

Сложившаяся ситуация в нашей стране может быть связана с такими причинами как малосимптомное течение заболевания, необоснованное использование устаревших и малоэффективных лекарственных средств и схем лечения, низкая приверженность пациентов к назначенной терапии. Немаловажную роль в эффективности лечения АГ играют провизоры и фармацевты, которые проводят фармацевтическое консультирование и аналоговые замены в муниципальных и негосударственных аптеках различных регионов.

Для обеспечения эффективного внедрения современных принципов терапии пациентов с АГ в 2002 г. в федеральных округах России было организовано фармакоэпидемиологическое исследование «Первое Исследование Фармакоэпидемиологии Артериальной Гипертонии, Ограниченное Россией» (ПИФАГОР I). Целью ПИФАГОР I являлось

изучение реальной врачебной практики лечения больных с АГ и ее соответствие современным рекомендациям ВНОК, 2001 г. и был основан на опросе 530 врачей терапевтов и кардиологов, работающих в различных ЛПУ, имеющих постоянную практику лечения больных с АГ.

Вторая фаза исследования (ПИФАГОР II), реализованная в 2003 г., была основана на проведении анкетирования пациентов с АГ, обратившихся на прием к врачам-терапевтам или кардиологам ЛПУ различного типа.

В связи с двукратным пересмотром национальных рекомендаций после завершения первых исследований, в 2008 г. был инициирован новый этап анализа фармакоэпидемиологической ситуации по АГ в ЛПУ страны (ПИФАГОР III), дизайн которого был основан на анкетировании как врачей, так и пациентов.

В 2013 г. начался очередной этап исследования «Первое исследование фармакоэпидемиологии артериальной гипертонии, ограниченное Россией» (ПИФАГОР IV), в рамках которого выполнена основная часть представленной работы.

II. Эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи больным с артериальной гипертонией в Волгоградской области

Для оценки эффективности фармакотерапии АГ Волгоградский государственный медицинский университет совместно с Волгоградским медицинским научным центром организовал и провел фармакоэпидемиологическое исследование.

На первом этапе было проведено проспективное одномоментное эпидемиологическое исследование в рамках Всероссийского

фармакоэпидемиологического исследования «Первое исследование фармакоэпидемиологии артериальной гипертонии, ограниченное Россией» (ПИФАГОР IV). Выборка состояла из 70 врачей – терапевтов и кардиологов, имеющих практику лечения пациентов с АГ преимущественно из амбулаторно-поликлинического звена за период с февраля по май 2013 г. При проведении опроса использовались специальные анкеты, разработанные на кафедре клинической фармакологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, содержащие 13 актуальных вопросов по фармакотерапии артериальной гипертонии.

Среди врачей, участвующих в анкетировании, было терапевтов – 63 %, кардиологов – 36 % и 3 % врачей других специальностей (эндокринологи). Таким образом, основная масса пациентов с АГ в нашем регионе наблюдаются у терапевтов, а не у специалистов-кардиологов. В связи с этим принципиальное значение имеет знание рекомендаций по диагностике и лечению АГ врачами терапевтами, на которых приходится основная нагрузка по лечению больных с АГ.

По результатам анкетирования врачей выявлено, что для лечения артериальной гипертонии в качестве гипотензивных препаратов они используют 7 классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) назначают 21,7 % опрошенных, β -адреноблокаторы – 19,2 %, диуретики – 17,9 %, антагонисты кальция – 17,3 %, антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА) – 16,4 % проанкетированных врачей, препараты с центральным механизмом действия: агонисты имидазолиновых рецепторов указали 5 % врачей и 2,5 % используют α -адреноблокаторы (рис. 1).



Рис. 1. Предпочтения в назначении классов АГП врачами в Волгограде

Можно отметить, что назначение основных групп антигипертензивных препаратов соотносится с современными стандартами лечения АГ. Все 7 групп препаратов в своей

практике используют 7,1 % врачей, 6 групп – 8,6 % опрошенных, 5 групп – 42,9 %, 4 группы – 27,1 %, 3 группы – 5,7 %, одну группу, представленную иАПФ – 4,3 % (рис. 2).

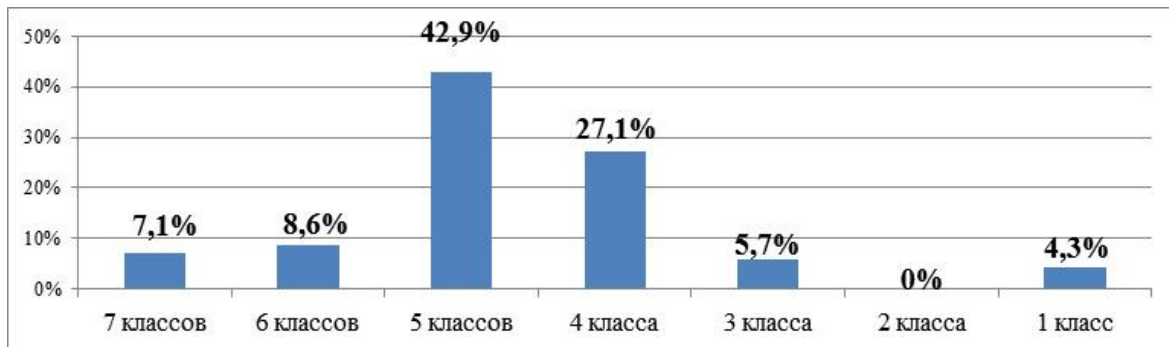


Рис. 2. Спектр АПГ, используемых врачами Волгограда

Следует отметить, что 5 основных групп антигипертензивных препаратов, указанных в современных рекомендациях используют 51,3 % опрошенных врачей. Однако 10 % врачей назначают не более трех групп АПГ в своей работе, что свидетельствует о необходимости проведения различных образовательных программ, направленных на повышение знаний о современной фармакотерапии АГ.

На наш взгляд, важное значение имеют критерии, которыми руководствуются врачи при выборе конкретного препарата из большого числа представителей определенного класса антигипертензивных средств. Среди препаратов класса иАПФ в своей практике

врачи чаще всего назначают эналаприл – в 22,8 % случаев, лизиноприл – 22,3 %, периндоприл – 21,5 % врачей, фозиноприл – 10,6 % случаев. Препараты с двойными путями элиминации или с преимущественно печеночной элиминацией – рамиприл, мозексиприл, спираприл, трандолаприл назначают в общей сложности не более 13,3 % врачей, что может негативно сказаться на лечении больных с ХБП.

Обращает на себя внимание довольно высокий процент использования капторила (8,5 % проанкетированных специалистов) для длительной терапии АГ, что не соответствует в полной мере современным рекомендациям (рис. 3).

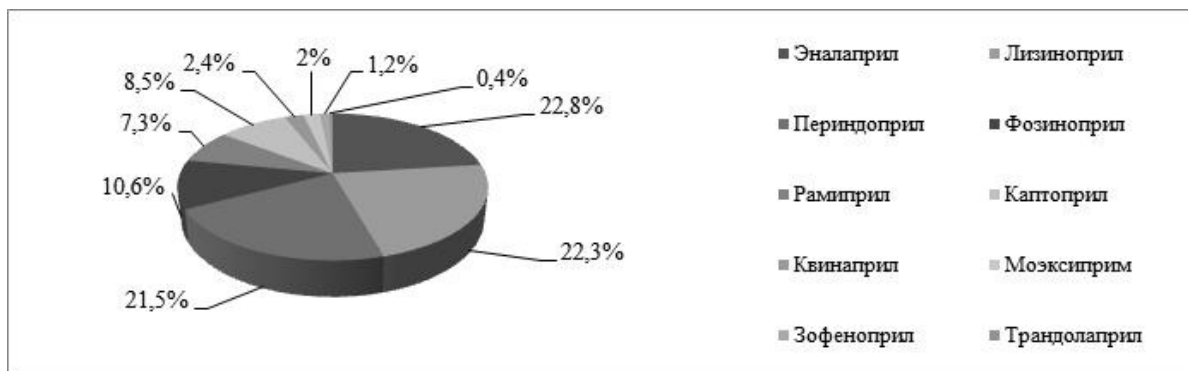


Рис. 3. Структура назначения препаратов класса Ингибиторов АПФ врачами Волгограда

Мы установили, что шесть и более препаратов используют в своей работе только 7,1 % врачей, 5 иАПФ – 17,1 %, 4 – 22,8 %, 3 – 24,3 %, 2 – 20 % опрошенных специалистов.

Если учесть, что в РФ зарегистрировано 11 препаратов данного класса антигипертензивных средств, полученные данные позволяют нам предположить, что у врачей имеется

недостаток знаний о большинстве представителей ингибиторов АПФ, их фармакокинетических различиях и возможных клинических ситуациях для их использования.

Среди препаратов класса β-адреноблокаторов чаще всего назначают бисопролол (33,3 %), карведилол (22 %) и метопролол SR (16,7 %), что на наш взгляд связано с большей доказательной базой по этим препаратам

и врачи имеют хороший опыт по их применению.

Отмечается низкий процент использования пропранолола и атенолола (0,5 и 1,6 %), вероятно связанный с результатами крупных метаанализов последних лет, показавшие неблагоприятные метаболические эффекты и повышение риска развития сахарного диабета (рис. 4).

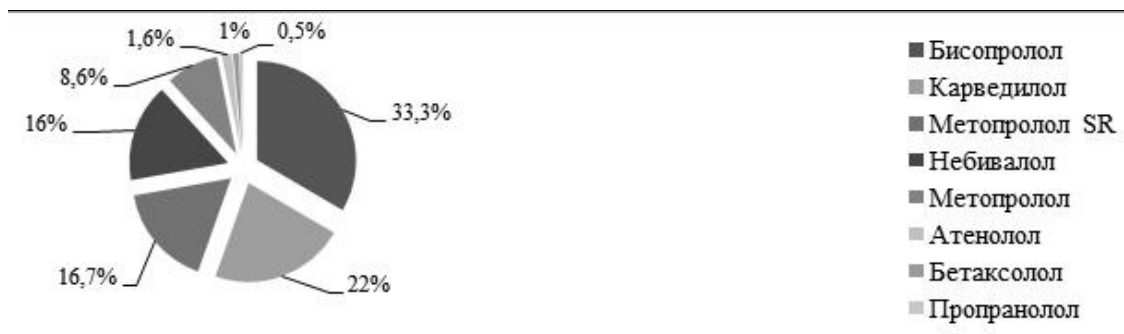


Рис. 4. Структура назначения β-адреноблокаторов врачами Волгограда в клинической практике

В общем, структура назначений препаратов данной группы соответствует современным рекомендациям по лечению артериальной гипертензии. Однако при анализе предпочтений при выборе препаратов данного класса было выявлено, что 5 бета-адреноблокаторов в своей практике используют 5,7 % врачей, 4 бета-адреноблокатора – 8,6 %, 3 – 48,6 %, 2 – 24,3 % и один препарат для лечения АГ используют 12,9 % проанкетированных врачей. С учетом данных Государственного регистра лекарственных средств, где зарегистрировано 8 препаратов

данного класса, полученные результаты могут говорить об отсутствии адекватной дифференцировки назначения препаратов данной группы или отсутствием у врачей достаточных знаний особенностей и различий между препаратами данных групп.

Среди препаратов класса антагонистов рецепторов ангиотензина II предпочтение проанкетированных врачей отдается лозартану и валсартану. Их назначают 50,4 % и 30,9 % врачей. Доля ирбесартана, телмисартана и кандесартана не превышает 18,7 % (рис. 5).

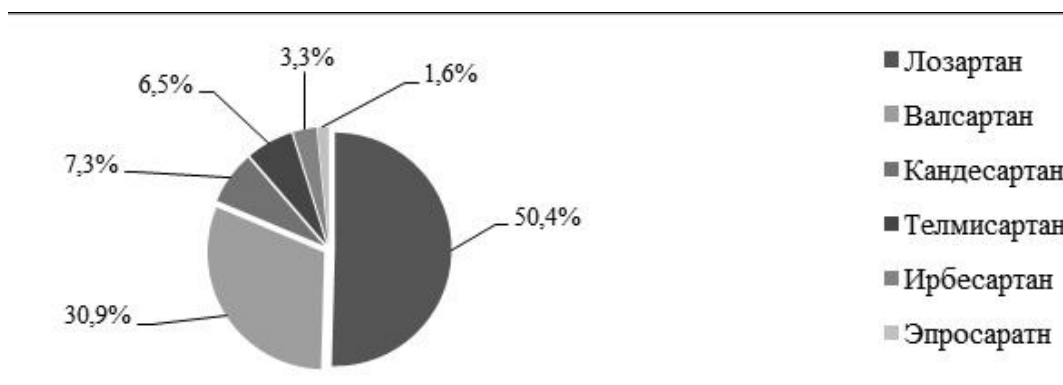


Рис. 5. Структура назначения препаратов класса Антагонистов рецепторов ангиотензина II врачами в Волгограде

Так же было выявлено, что из 7 препаратов данного класса, зарегистрированных в РФ, 3 и более препаратов данного класса

используют в своей работе только 11,4 % врачей, 2 препарата – 42,9 %, 1 препарат – 41,4 % проанкетированных специалистов,

что может говорить о недостаточной информированности врачей об особенностях и различиях между препаратами данной группы.

Среди диуретиков врачи в своей практике назначают 4 и более зарегистрированных препаратов данного класса – 21,4 % опрошенных, 3 препарата назначают 27,1 %, 2 – 30 % и 1 – 15,7 %. Следует отметить, что 5,7 % проанкетированных специалистов не указали препараты данной группы для лечения АГ, что не соответствует клиническим рекомендациям. Наиболее часто назначают индапамид – 27,3 % опрошенных, включая ретардную форму – 25,6 %, что согласуется

с результатами крупных международных исследований по доказательству ее эффективности. На гипотиазид приходится 16,3 % назначений, несмотря на данные мета-анализов о высокой частоте новых случаев сахарного диабета при его применении. Довольно высокий процент приходится на фуросемид и торасемид (14,5 и 16,3 % соответственно), что возможно связано с высоким распространением хронической сердечной недостаточности в регионе, как сопутствующей патологии (рис. 6). Однако, учитывая нежелательные эффекты длительной терапии фуросемидом, необходимо шире назначать торасемид.

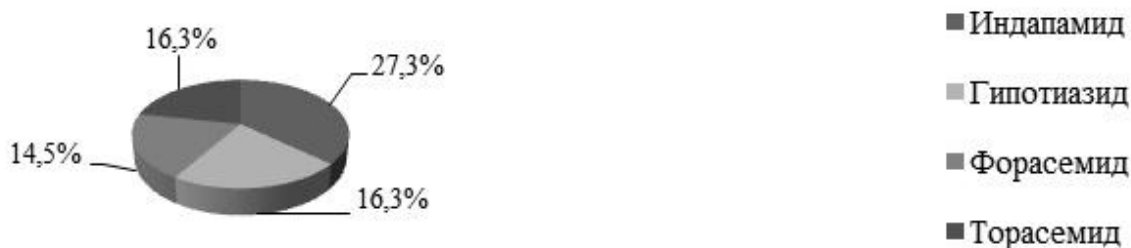


Рис. 6. Частота назначения препаратов из группы диуретиков врачами Волгограда

Среди препаратов класса антагонистов кальция препараты дигидропиридинового ряда используют в своей практике 48,6 % врачей, из них на амлодипин приходится 45,2 %, нифедипин – 35,7 %, из которых 31,4 % составляет препарат короткого действия, фелодипин используют в своей практике 19,1 %, из них 36,8 % приходится на короткодействующие препараты. Препараты недигидропиридинового ряда в своей практике используют совместно с препаратами дигидропиридинового ряда 44,3 % врачей, в качестве единственных представителей этого класса антигипертензивных средств – 4,3 % врачей. Всего на дилтиазем приходится 34 %, из них на долю препаратов пролонгированного действия приходится 56,2 %, верапамил используется 66 % проанкетированными специалистами, из них короткодействующие препараты используют 45,2 % врачей.

Важно отметить, что преобладание в терапии коротко-действующих препаратов не соответствует современным стандартам

и не совпадает с представлениями об идеальном гипотензивном препарате.

Наименьшей популярностью среди врачей пользуются препараты с центральным механизмом действия: агонисты имидазолиновых рецепторов (5 %) и альфа-адреноблокаторы (2,5 %). Препараты из группы агонистов имидазолиновых рецепторов врачи используют в основном 1 (44,3 %), больше половины врачей не назначают их в своей клинической практике (51,4 %), что противоречит современным клиническим рекомендациям по лечению АГ, так как длительная терапия Моксонидином предпочтительна у больных с метаболическим синдромом и нарушением толерантности к глюкозе. Среди препаратов из группы α 1-адреноблокаторов Празозин используют 42,9 % опрошенных врачей, Доксазозин – 57,1 %. Полученные данные демонстрируют, что 90 % врачей не применяют препараты данной группы в своей клинической практике.

Немаловажную роль в эффективности проводимой фармакотерапии играет тактика назначения лекарственных препаратов.

Известно, что комбинированная антигипертензивная терапия позволяет достигнуть лучших результатов лечения и целевого уровня АД.

Анализ часто назначаемых комбинаций АГП в нашем регионе показал, что большая

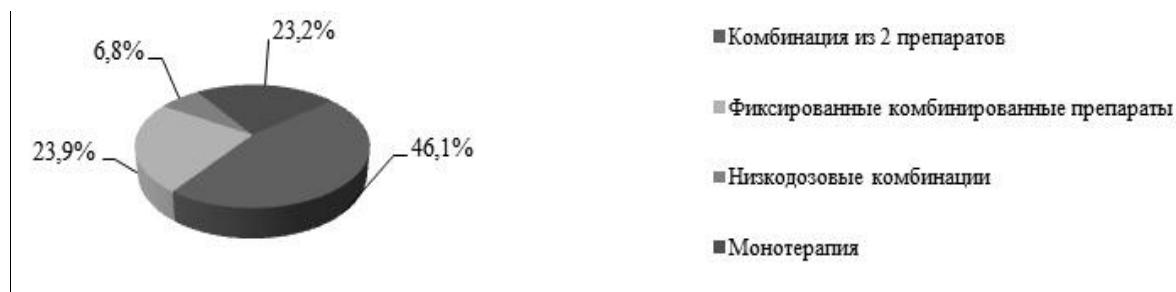


Рис. 7. Анализ тактики назначения гипотензивных препаратов, используемой при лечении АГ

Эти данные согласуются с современными тенденциями по повышению роли комбинированной терапии в лечении АГ, основанной на результатах последних крупных клинических исследований. Следует отметить, что Международные и национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению АГ позиционируют низкодозовые комбинации антигипертензивных препаратов в качестве перспективной стратегии лечения АГ, в связи с чем их редкое использование может негативно отразиться на лечении больных АГ с низким и средним риском. При анализе комбинаций различных АГП нами были получены данные, что 24,7 % опрошенных врачей используют комбинацию бета-адреноблокаторов и диуретиков, 27,8 % назначают диуретики совместно с ИАПФ, 19,6 % врачей предпочитают комбинацию бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция, комбинацию ИАПФ и антагонистов кальция назначают 24 % врачей. По современным Европейским и Российским рекомендациям данные комбинации относятся к оптимальным и рациональным, что демонстрирует соответствие полученных нами данных современным рекомендациям по лечению больных с АГ.

Результаты нашего исследования показали, что при формировании цели назначаемой терапии планируют достигнуть рекомендованных стандартами целевых уровней АД лишь 20 % врачей, которые вероятно хорошо знакомы с современными рекомендациями

часть проанкетированных специалистов назначает комбинации двух препаратов с подбором доз (свободные комбинации) – 46,1 %, фиксированные комбинации используют 23,9 % опрошенных, низкодозовые комбинации – 6,8 % (рис. 7).

по лечению АГ. 35,7 % опрошенных указали на необходимость достижения более низкого уровня АД (до 130/80 мм рт. ст.), 22,9 % опрошенных указали целевой уровень АД – 140/80 мм рт. ст., но не знакомы с рекомендацией достижения более низкого целевого уровня АД у больных с сахарным диабетом и ХПН. 17,1 % проанкетированных специалистов по-прежнему снижают АД до неясного понятия «рабочий уровень». В целом такая ситуация говорит о недостаточном внимании врачей к этому разделу национальных рекомендаций.

Таким образом, в основном все врачи знакомы с рекомендациями и стараются их исполнять, однако не все врачи считают важным строго следовать в полном объеме положениям, представленным в современных рекомендациях, а именно это несоблюдение, на наш взгляд, является причиной недостаточной эффективности антигипертензивной терапии в нашем регионе. Также важным заключением нашего исследования является установление факта недостаточной информированности врачей о всех зарегистрированных в РФ препаратах, что не позволяет использовать все имеющиеся возможности современной фармакотерапии и значительно снижает уровень персонализированного подхода к лечению больных.

Далее на втором этапе было проведено проспективное одномоментное эпидемиологическое исследование рамках Всероссийского фармакоэпидемиологического

исследования «Первое исследование фармакоэпидемиологии артериальной гипертонии, ограниченное Россией» (ПИФАГОР IV). Выборка состояла из 200 пациентов, жителей Волгограда, страдающих АГ за период с февраля по май 2013 г. Опрос проводился 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. Для формирования выборки использовался метод генерации случайных чисел.

Среди 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. Все анкеты были заполнены больными в помещениях лечебно-профилактических учреждений 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.

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. 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. Чаще всего из факторов риска встречаются 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. 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. 1).

Таблица 1

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		

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 по сравнению с данными эпидемиологических исследований, проводимых в РФ, этот показатель составляет 8 %, что может способствовать низкой эффективности лечения АГ.

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, что может негативно отражаться на эффективности проводимой фармакотерапии.

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 %.

Однако следует отметить, что на эффективность лечения влияет также правильность выполнения врачебных рекомендаций со стороны пациента, что мы оценили с помощью шкалы Мориски–Грин.

В результате нами были получены данные, что 43,2 % пациентов с АГ не привержены к лечению, что может также способствовать довольно низкому проценту больных среди жителей нашего региона, кто достиг целевого уровня АД (рис. 8).

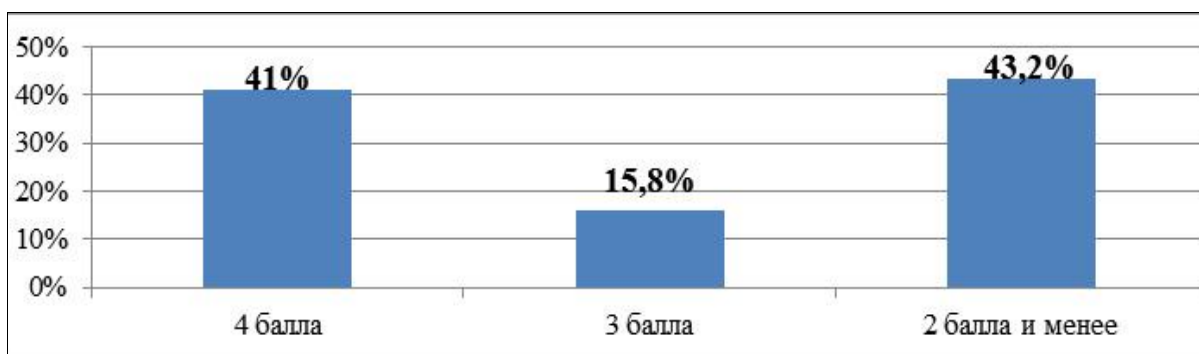


Рис. 8. Анализ приверженности пациентов к лечению с помощью шкалы Мориски–Грин

По результатам анкетирования было выявлено, что для лечения АГ в качестве гипотензивных препаратов пациенты получают 7 назначенных им основных классов препаратов. Ингибиторы АПФ принимают 37,3 % опрошенных больных, β -адреноблокаторы – 17,8 %, диуретики – 24,9 %, антагонисты кальция – 6,5 %, антагонисты рецепторов ангиотензина II 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.

Можно отметить, что назначение основных групп антигипертензивных препаратов соотносится с современными стандартами лечения АГ (рис. 9).

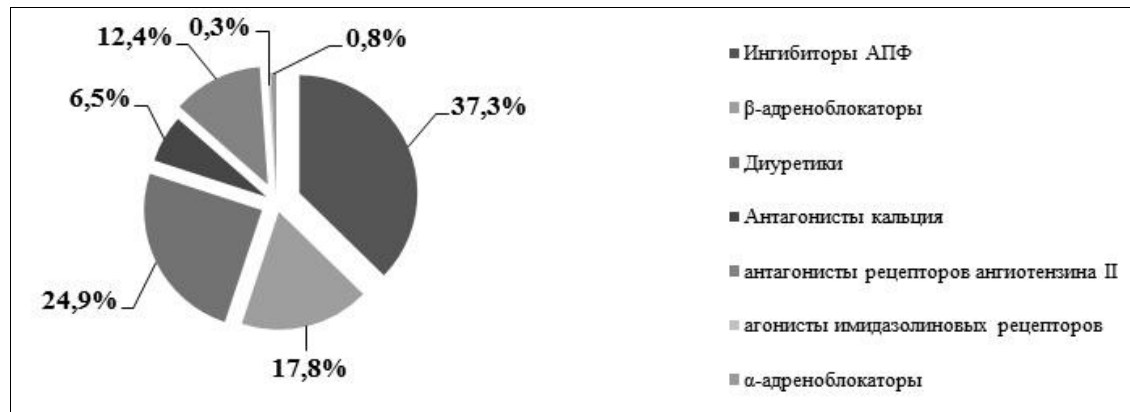


Рис. 9. Спектр различных классов АГП пациентами в Волгограде

В структуре принимаемых пациентами с АГ ингибиторов АПФ основная доля принадлежит эналаприлу – 53,97 %, периндоприл принимают 16,7 % опрошенных, лизиноприл – 15 % опрошенных больных.

В целом структура ингибиторов 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. Следует также отметить, что представители класса ИАПФ с двойным путем элиминации фозиноприл и рамиприл почти втрое реже принимаются пациентами, по сравнению с частотой использования, указанной врачами в ходе анкетирования.

Среди класса β-адреноблокаторов пациенты чаще всего принимают бисопролол – 70 % опрошенных больных, метопролол SR – 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. Следует отметить, что карведилол, который проанкетированные нами врачи указали на втором месте, используют только 2 % пациентов, несмотря на его приоритетное место среди других БАБ для лечения АГ у больных с метаболическим синдромом и ожирением.

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.

Класс антагонистов кальция был представлен лишь 2 препаратами, при этом 90,9 % опрошенных принимают амлодипин для длительной терапии АГ. Антагонист кальция короткого действия, нифедипин, используют 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. Таким образом, структура принимаемых пациентами нашего региона представителей антагонистов рецепторов АГ II значительно отличается от данных, полученных при проведении анкетирования врачей в ходе нашего

исследования и может свидетельствовать о несоблюдении больными с АГ рекомендации врачей в нашем регионе.

Среди АГП, препаратов с центральным механизмом действия пациенты Волгограда используют в подавляющем большинстве агонист имидазолиновых рецепторов – моксонидин, тогда как устаревший препарат клонидин не указал ни один пациент, участвующий в исследовании. Однако следует отметить, что один из устаревших препаратов для лечения АГ адельфан по-прежнему используется небольшим процентом пациентов

нашего региона, что не соответствует современным клиническим рекомендациям по лечению АГ и может сказаться на качестве лечения АГ.

При оценке стратегии приема АГТ больными с АГ – жителями Волгограда в реальной клинической практике было установлено, что большинство пациентов (45 %) получают комбинированную терапию из двух препаратов, из них на фиксированные комбинации приходится 4 %, на низкодозовые комбинации – лишь 1 % (рис. 10).



Рис. 10. Стратегия приема АГП пациентами Волгограда

Таким образом, низкий уровень приема фиксированных и низкодозовых комбинаций могут снижать приверженность к лечению среди больных и стать одной из причин низкой эффективности проводимой АГТ, в том числе и среди больных с низким и средним риском.

При анализе комбинаций из двух препаратов преобладает комбинация ИАПФ и тиазидных диуретиков – 37,5 %, что совпадает с результатами анкетирования врачей. Однако второй по частоте приема пациентами с АГ стала комбинация ИАПФ и бета-адреноблокаторов – 22,5 %, что может быть связано с высоким распространением ишемической болезни в нашем регионе.

Далее 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 руб. Однако 21 % опрошенных пациентов вынуждены

расходовать на АГП более 1 тыс. руб. в месяц. Таким образом, большинство пациентов могут приобретать в основном препараты – генерики.

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.

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, улучшением просветительной работы.

Выявленные 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 города Волгограда.

На третьем этапе было проведено анкетирование 60 провизоров и фармацевтов, работающих в муниципальных и государственных аптеках, а также негосударственных аптеках Волгограда. Для проведения опроса использовались специальные анкеты, разработанные на кафедре клинической фармакологии и интенсивной терапии совместно с заведующим кафедрой фармакологии и биофармацевтике ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета членом-корреспондентом РАН, д-м мед. наук,

проф. И. Н. Тюренковым. Анкета содержала 20 актуальных вопросов по фармакотерапии артериальной гипертензии.

Среди участников исследования фармацевтов было – 66,7 %, провизоров – 33,3 % опрошенных. Среди них стаж работы до 1 года имели 10 % опрошенных, стаж до 5 лет – 65 %, от 5 до 10 лет – 20 %, более 10 лет – 5 % опрошенных.

Из числа опрошенных 28,3 % респондентов работают в муниципальных аптеках, 72,7 % – в негосударственных аптеках Волгограда.

Специальная группа вопросов позволила оценить приоритеты, которыми руководствуются сами работники аптек при фармацевтическом консультировании больных.

Анализ результатов показал, что на стоимость препаратов ориентируются 26,2 % опрошенных, на общие отзывы о препарате (это была информация не из медицинских источников и не из СМИ) – 19,7 %, на принципы доказательной медицины – 19,7 %, на особенности течения заболевания у конкретного больного – 18 %, на собственный опыт использования лекарственных средств – 9,8 % опрошенных, на рекламу данного АГП в СМИ – 3,2 % и исходя из коммерческого соображения продвижения препарата от фармкомпаний, с которой заключили договор – 3,2 % опрошенных (рис. 11).

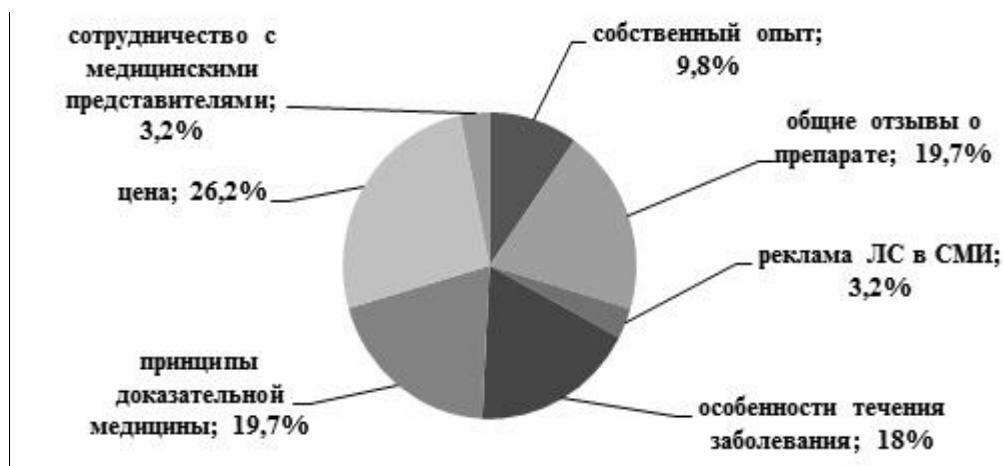


Рис. 11. Приоритеты провизоров при выборе препарата для покупателя

Таким образом, работники аптек в основном ориентируются на стоимость препарата. Можно также отметить достаточно высокий процент провизоров, использующих

принципы доказательной медицины в своей работе, а также очень низкий процент работников, продвигающих препараты по коммерческим соображениям.

При анализе источников, которыми пользуются провизоры и фармацевты для получения необходимой информации о лекарственных средствах, установлено, что 37 % опрошенных используют данные, полученные из беседы с коллегами и фармацевтическими работниками, 26 % опрошенных используют периодические издания по специальности, 23,9 % – лекции и семинары для врачей, а также научно-практические конференции, 8,7 % опрошенных получают знания из СМИ, 2,3 % используют инструкции по применению АГП.

Обращает на себя внимание тот факт, что в качестве источников необходимой информации о различных лекарственных препаратах на первое место выходят данные, полученные из беседы с коллегами и фармацевтическими работниками, а официальными медицинскими источниками пользуется меньший процент работников аптек.

Обнадеживающе выглядит результат, что реклама в СМИ и договор с определенными фармацевтическими компаниями на использование лекарственных препаратов не играют ключевой роли при проведении консультирования больных.

Таким образом, консультирование больных осуществляется на основании мнения фармацевтов и фармацевтических представителей, что может негативно влиять на качество информации, получаемой пациентами с АГ.

Анализ взаимозаменяемости лекарственных препаратов – один из наиболее сложных вопросов в работе аптек, поэтому мы проанализировали уровень знаний фармацевтических работников по этому вопросу. По результатам опроса 64 % могут дать определение понятию «аналоговая замена», 36 % опрошенных дали неверное определение. При этом 85 % из тех, кто смог дать точное определение, указали, что используют аналоговые замены в своей работе, 10 % не используют, 5 % не смогли ответить на данный вопрос.

При оценке принципов, которыми руководствуются провизоры и фармацевты при замене оригинального препарата на генерический, выявлено, что принципы доказательной медицины при проведении аналоговой замены руководствуются 29 % опрошенных, рекомендуют пациенту выбрать самому –

27,3 %, ориентируются на стоимость препарата – 21,8 %, на страну-производителя – 10,9 %, на свой опыт применения препарата – 3,6 % и рекламу в СМИ – 2,4 % опрошенных. Таким образом, при проведении аналоговой замены большинство работников аптек ориентируются, прежде всего, на принципы доказательной медицины, однако многие предлагают пациенту самому сделать выбор.

В анкете также были сформулированы группы вопросов, целью которых являлось определение знаний у работников аптек структуры АГП и показаний к их применению.

При оценке осведомленности об основных АГП были использованы списки лекарственных средств, содержащих не только АГП. Сотрудники аптеки должны были правильно выбрать АГП. Так, 65 % опрошенных отметили только АГП, а 35 % опрошенных допустили серьезные ошибки.

Из перечисленных работниками аптек АГП наиболее часто респонденты узнавали амлодипин (13 %), бисопролол (12,3 %), эналаприл (11,6 %), метопролол (11,6 %) и индапамид (10,9 %). Полученные данные свидетельствуют о недостаточности знаний среди работников аптек об основных препаратах, используемых для лечения артериальной гипертензии, что может снизить качество консультирования пациентов.

Для оценки знаний об ингибиторах ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторов АПФ) провизорам и фармацевтам был предложен список из 34 антигипертензивных препаратов, среди которых было 11 ингибиторов АПФ и они должны были выбрать их из списка. Все 11 названий препаратов указали 20 % опрошенных, 8 – 10 %, 7 – 5 %, 6 – 5 %, 5 – 5 %, 3 – 35 %, 2 – 10 %, 1 – 10 %. Среди всех ингибиторов АПФ более известны провизорам эналаприл (17,6 % опрошенных), каптоприл – 17,6 %, лизиноприл – 10,8 % опрошенных. Тем не менее 35 % опрошенных допустили ошибки в своих ответах. Ингибиторы АПФ – это один из часто назначаемых классов АГП, но, к сожалению, наше исследование выявило серьезные недостатки в знаниях работников аптек.

Среди β -адреноблокаторов провизорам и фармацевтам был предложен список из 34 антигипертензивных препаратов, среди которых было 7 представителей данной группы

и они должны были выбрать их из списка. Все 7 β -адреноблокаторов указали 5 % опрошенных, 6 – 15 %, 5 – 15 %, 4 – 30 %, 3 – 15 % и 1 препарат указали 20 % опрошенных. Среди препаратов данной группы провизоры и фармацевты наиболее часто указывают метопролол – 21,4 %, пропранолол – 20 %, атенолол – 17,1 %, бисопролол – 15,7 %, небивалол – 10 % опрошенных.

Полученные данные свидетельствуют, с одной стороны, о низкой осведомленности работников аптек о препаратах данной группы, с другой – большой процент приходится на более «старые» препараты, такие как пропранолол и атенолол.

В результате анкетирования мы также оценили степень осведомленности о принципах комбинированной терапии АГ. Из общего числа опрошенных 30 % отказались отвечать на этот вопрос, 78,4 % опрошенных, ответивших, указали рациональные комбинации АГП, 19,6 % указали возможные комбинации лекарственных средств, 2 % опрошенных указали нерациональные комбинации.

Среди комбинаций АГП респонденты наиболее часто указывали комбинацию из тиазидных диуретиков и β -адреноблокаторов – 13,7 % и комбинацию ингибиторов АПФ и антагонистов кальция дигидропиридинового ряда – 13,7 %, комбинацию из ингибиторов АПФ и β -адреноблокаторов указали 9,8 % опрошенных.

В основном все провизоры и фармацевты недостаточно информированы о современных принципах лечения больных с АГ, что, к сожалению, не может позволить

им проводить грамотное фармацевтическое консультирование и, как следствие, они могут своими советами серьезно снизить эффективность фармакотерапии пациентов с АГ и, как следствие, они могут своими советами серьезно снизить эффективность фармакотерапии пациентов с АГ.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о сохраняющейся в нашем регионе устойчивой тенденции к росту показателей сердечно-сосудистой заболеваемости, что, прежде всего, связано с высокой распространенностью АГ. Кроме того, эффективность лечения АГ остается достаточно низкой и составляет только 43 %.

Для повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи больным с АГ необходимо тесное сотрудничество врача, провизора и больного на всех этапах антигипертензивной терапии.

С учетом выявленных нами причин неэффективности проводимой АГТ предложен и внедрен алгоритм, позволяющий улучшить результаты лечения АГ.

III. Система мероприятий для повышения эффективности антигипертензивной терапии в Волгоградской области

1. В курсы повышения квалификации врачей-терапевтов региона рекомендуется включать отдельные тематические усовершенствования по вопросам рациональной антигипертензивной терапии с достаточным количеством часов.

Примерный перечень лекций в разделе болезней сердечно-сосудистой системы согласно плану цикла сертификационного усовершенствования по специальности «Терапия»

№	Тема лекции	Количество часов
1	Стенокардия	2
2	Лечение стенокардии	2
3	Инфаркт миокарда	2
4	Лечение инфаркта миокарда	2
5	Артериальная гипертензия: этиология, патогенез, клиника и диагностика, основные варианты течения	2
6	Терапия АГ. Национальные рекомендации по «Диагностике и лечению АГ», 2010	2
7	Симптоматическая артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика	2

8	Клинико-фармакологические подходы к выбору и дозированию лекарственных средств при АГ. Актуальные вопросы аналоговой замены препаратов из перечня ЖНВЛС для лечения АГ	2
9	Заболевания миокарда	2
10	Инфекционный эндокардит	2
11	Недостаточность кровообращения	2
12	Лечение хронической сердечной недостаточности	2
13	Нарушения ритма сердца	4

2. Предлагается при первичном осмотре больного с АГ в поликлинике вносить в амбула-

торную карту график контрольных сроков мониторинга достижения целевого уровня АД.

График контроля достижения целевого уровня АД

Целевой уровень АД _____

Явка в поликлинику 1 раз в месяц

Дата	Уровень АД	Антигипертензивная терапия, получаемая пациентом	Достижение целевого уровня АД Да/Нет

3. Для повышения приверженности больных к проводимой антигипертензивной терапии приказом председателя комитета здравоохранения Волгоградской области открыть школы по АГ при каждой поликлинике нашего региона. Внести в должностные инструкции врачей-кардиологов и терапевтов, медсестер с высшим сестринским образованием требования обязательного участия в проведении занятий для пациентов в школе по АГ.

Основные задачи разработанной программы для школы пациентов с АГ представлены в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.01.2003 г. № 4 «Положение об организации деятельности школы здоровья для больных с артериальной гипертонией»:

а) модифицировать образ жизни пациента с целью исключения факторов риска развития заболевания, информировать пациентов о факторах риска, усугубляющих течение АГ;

б) сформировать у пациента понятие целевого уровня АД;

в) для достижения целевого значения АД использовать немедикаментозные методы лечения и медикаментозную базисную терапию, основанную на непрерывном длительном приеме препаратов в эффективных дозах по назначению врача;

г) обучить практическим навыкам измерения АД, частоты пульса, ведения дневника самоконтроля;

д) научить оказывать самопомощь при остром повышении АД.

Организация занятий

Занятия в школе для пациентов по АГ проводятся в виде 6-дневного цикла занятий, из них 5 обязательных для посещения, 1 – для курящих пациентов и их родственников. Занятия проводятся 1–2 раза в неделю в течение 1 часа, группа состоит из 8–12 слушателей, направленных терапевтами и врачами других специальностей, а также обратившихся самостоятельно по объявлению. При формировании групп рекомендуется объединять больных по одному из признаков: возраст, уровень интеллекта, факторы риска, лица с отсутствием эффекта от применяемой антигипертензивной терапии и др.

Занятия в школе для пациентов с АГ проводят врачи и медицинские сестры с высшим сестринским образованием, прошедшие специальную подготовку по программе «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» на базе Координационного центра профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска МЗ РФ.

Занятия необходимо проводить в форме собеседования с элементами деловой игры, постоянным повторением пройденного; отработыванием практических навыков.

Обязательное оборудование

Для проведения занятий необходимо выделить свободное помещение, в котором имеется следующее оснащение: тонометры и фонендоскопы (несколько комплектов), весы, ростомер, таблицы для определения индекса массы тела, наглядные пособия, методические и обучающие материалы для больных, дневник больного с АГ, журнал учета, анкеты для оценки обучения.

Занятия в школе имеют единую структуру:

- вводная часть;
- информационная часть занятия;
- активная часть занятия;
- подведение итогов – заключительная часть занятия.

По окончании курса обучения каждый слушатель получает свидетельство об окончании школы по АГ.

**План-конспект занятий
в «Школе здоровья для больных
артериальной гипертензией»**

Тема 1: Артериальная гипертензия как социально значимое заболевание. Основные

клинические проявления, возможные осложнения. Понятие об артериальном давлении, современная трактовка нормативов АД. Правила измерения АД.

Тема 2: Избыточная масса тела – фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Определение индекса массы тела (ИМТ). Рациональное питание при АГ, ожирении.

Тема 3: Физическая активность и артериальная гипертензия. Коррекция двигательного режима.

Тема 4: Современные подходы к терапии АГ. Медикаментозная терапия гипертонической болезни. Критерии эффективности лечения. Характеристика основных групп препаратов, применяемых при лечении гипертонической болезни: иАПФ; диуретики; бета-адреноблокаторы; антагонисты кальциевых каналов; альфа-адреноблокаторов. Тактика пациента при повышении АД.

Тема 5: Курение и здоровье (занятие для курящих).

Тема 6: Стресс и здоровье. Итоговое тестирование. Выдача свидетельств о прохождении обучения в школе по АГ для пациентов.

4. Рекомендуется обязать врачей поликлинического звена вносить в амбулаторную карту запись о выдаче пациенту направления для обучения в школе по АГ (табл. 2).

Таблица 2

**Примерный образец направления на обучение в Школе здоровья
(утверждается приказом главного врача учреждения)**

Ф.И.О. пациента	
Пол	
Возраст	
Профессия	
Телефон	
Диагноз (из амбулаторной карты)	
Ф.И.О. врача	
Результаты обследования, дата	
АД (дата последнего измерения)	
Наличие АГ в анамнезе (сколько лет)	
Перенесенные заболевания:	
Инфаркт миокарда	
Мозговой инсульт	

Окончание табл. 2

Сопутствующие заболевания	
Сахарный диабет, с какого года	
Хроническая обструктивная болезнь легких	
Заболевания почек	
Другие заболевания	
Степень артериальной гипертензии	
Уровень суммарного риска	
Общий холестерин крови (дата)	
Сахар крови натощак (дата)	
Данные ЭКГ (дата)	

5. Обязать врачей – кардиологов и терапевтов завершать описание в амбулаторной карте пациента с АГ, достигнут или нет целевой уровень АД.

Рекомендуется выделять эту фразу в тексте.

6. Рекомендуется повысить эффективность системы повышения квалификации фармацевтов и провизоров региона с уделением большего внимания (больше объем часов) вопросам аналоговой замены антигипертензивных препаратов.

№	Тема занятия	Количество часов
1	Понятие артериальной гипертензии. Фармакотерапия гипертонической болезни	2
2	Понятие аналоговой замены. Принципы разработки формуляра аналоговой замены. Правила проведения аналоговой замены антигипертензивных препаратов	2

7. Для повышения качества проведения фармацевтического консультирования в аптеках нашего региона было бы целесообразным организовать при руководстве комитета здравоохранения Волгоградской области совещание с руководителями муниципальных/негосударственных аптек и аптечных сетей по вопросу проводимого фармацевтического консультирования.

По итогам разработать регламентирующий документ, который обяжет перенести место консультирования пациентов от кассы в торговый зал или отдельное помещение с выделением дежурного провизора,

занимающегося только консультированием больных.

8. С целью оптимизации взаимодействия врача, провизора и пациента целесообразно предложить сотрудникам аптек направлять раз в месяц перечень имеющихся антигипертензивных препаратов врачам поликлиник. В результате, при выписке рецептов врачи будут направлять больных в аптеки, где имеются выписанные препараты. Эти мероприятия существенным образом сэкономят время для пациентов и повысят качество оказания помощи. Пример информационного перечня в табл. 3.

Таблица 3

Образец информационного письма о наличии антигипертензивных лекарственных препаратов в муниципальной/негосударственной аптеке «наименование организации» Волгограда

МНН	Торговые наименования	Стоимость препарата	Льготная категория пациентов

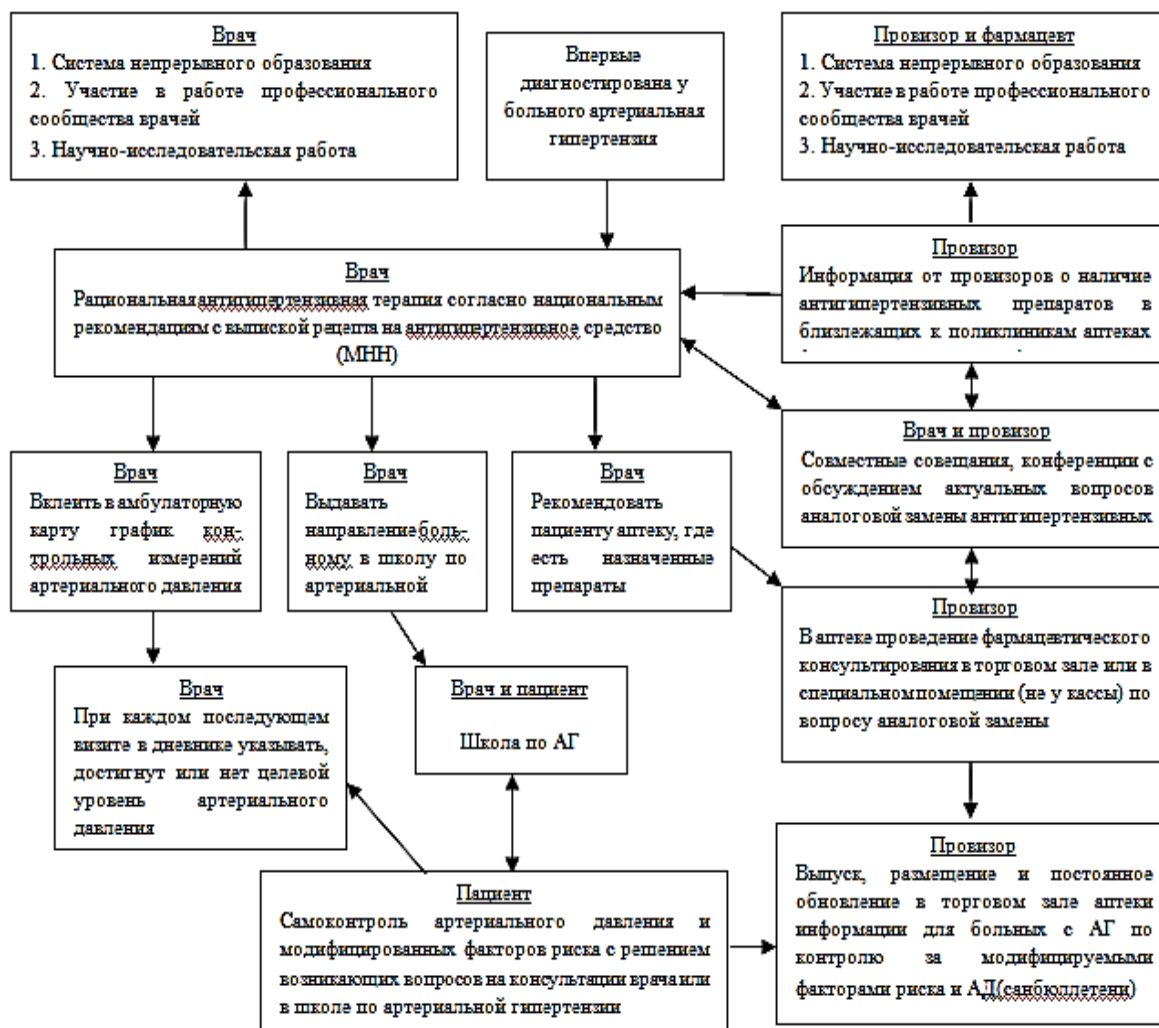
9. Для повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи больным с АГ в нашем регионе было бы правильным организовать на постоянной основе под руководством председателя комитета здравоохранения Волгоградской области совместных конференций с участием врачей амбулаторно-поликлинического звена совместно с провизорами и фармацевтами для изучения актуальных вопросов фармакотерапии АГ.

10. Для повышения качества санитарно-просветительной работы был бы целесообразным выпуск в аптеках санитарных бюллетеней на тему «Профилактика артериальной гипертензии», «Вредные привычки – спутники

гипертонической болезни», «Инсульт – грозное осложнение гипертензии», «Что такое холестерин», «Правильное питание», а также создание в аптеках города Волгограда тематических стендов и уголков здоровья. Предложить установить плазменные панели в торговых залах аптек сетей и витринах для демонстрации видеороликов, посвященных профилактике и лечению АГ в комплекте с наушниками.

11. Таким образом, предлагается алгоритм взаимодействия врача, провизора и больного на всех этапах терапии АГ, внедрение которого, на наш взгляд, существенно повысит качество оказания медико-санитарной помощи.

Алгоритм взаимодействия врача, провизора и пациента на этапах АГТ



ЛИТЕРАТУРА

1. *Рогова Н. В., Коровина Е. В., Первый Е. И. и др.* Оценка эффективности фармакотерапии артериальной гипертензии по данным фармакоэпидемиологического исследования // Вестник ВолГМУ. – 2014. – № 2 (50). – С. 38–42.
2. *Рогова Н. В., Коровина Е. В., Первый Е. И. и др.* Оценка рациональности фармакотерапии артериальной гипертензии в лечебных учреждениях г. Волгограда // Вестник ВолГМУ. – 2013. – № 4 (48). – С. 16–18.
3. *Рогова Н. В., Коровина Е. В., Первый Е. И. и др.* Оценка факторов, влияющих на комплаентность больных с артериальной гипертензией // Вестник ВолГМУ. – 2014. – № 1 (49). – С. 67–70.
4. *Леонова М. В., Штейнберг Л. Л., Белоусов Ю. Б. и др.* Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии ПИФАГОР IV: приверженность врачей // Российский кардиологический журнал. – 2015. – № 1 (117). – С. 59–67.
5. *Петров В. И., Рогова Н. В., Коровина Е. В. и др.* Роль провизора в эффективности фармакотерапии артериальной гипертензии по данным эпидемиологического исследования // Фармация. – 2015. – № 3.
6. *Леонова М. В., Штейнберг Л. Л., Белоусов Ю. Б. и др.* Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в России: анализ приверженности врачей (по результатам исследования ПИФАГОР IV) // Системные гипертензии. – 2015. – № 1. – С. 19–25.
7. Особенности антигипертензивной терапии в лечебных учреждениях г. Волгограда по данным фармакоэпидемиологического исследования / Е. В. Коровина, Е. И. Первый / Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: матер. 72-й науч.-практич. конф. молодых ученых и студентов с международным участием. – Волгоград, 2014. – С. 275–276.