

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИФАГОР III

М.В. Леонова¹, Ю.Б. Белоусов¹, Л.Л. Штейнберг¹,
А.А. Галицкий¹, Д.Ю. Белоусов²

¹ ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² Российское общество клинических исследователей, Москва

В статье представлены результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии (АГ) в России ПИФАГОР III. Проанализировано 3030 валидных анкет, на которые ответили пациенты с АГ (63 % мужчин, 35 % женщин). Средний возраст больных составил 58,3 года (от 20 до 95 лет). Постоянно принимают антигипертензивные препараты (АГП) 79 % пациентов; среднее число принимаемых АГП – 2,22 на 1 пациента. Распределение АГП по классам: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – 33,2 %, β-адреноблокаторы – 20,3 %, диуретики – 19,7 %, блокаторы кальциевых каналов – 13,4 %, антагонисты рецепторов АП II – 3,1 %, препараты центрального действия – 2,9 %. В группе ИАПФ доминируют 3 препарата: эналаприл (44 %), лизиноприл (15 %), периндоприл (10,3 %). В группе β-адреноблокаторов чаще принимают бисопролол (41,3 %) и метопролол (27,5 %). В группе диуретиков 67,0 % приходится на долю индапамида, 23,7 % – гидрохлоротиазида. В группе блокаторов кальциевых каналов лидирует амлодипин (53,4 %). Из препаратов центрального механизма действия 28 % составляет доля Клофелина, 31 % – резерпинсодержащих препаратов, 32 % – моксонидина. Всего пациенты принимают препараты 161 торгового наименования, доля оригинальных АГП – 39 %. Повысились мотивация и приверженность пациентов лечению: 83 % из них контролируют уровень артериального давления (АД) в домашних условиях, 16 % посещают школы по АГ, целевой уровень АД имеют 69 %. Выявлены положительные тенденции в качестве и эффективности фармакотерапии АГ. Вместе с тем остаются проблемы в обеспеченности и доступности различных АГП для пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, фармакоэпидемиологическое исследование, антигипертензивная терапия

The article presents the results of pharmacoepidemiological study of arterial hypertension (AH) in Russia PIFAGOR III. 3030 valid questionnaires completed by patients with AH (63 % men, 35 % women) were analyzed. The mean age of patients was 58,3 years (from 20 to 95 years). 79 % of patients regularly use antihypertensive drugs (AHD), the mean number of used AHD – 2,22 per 1 patient. Distribution of AHD by classes: angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) – 33,2 %, β-blockers – 20,3 %, diuretics – 19,7 %, calcium channel blockers – 13,4 %, angiotensin-2 receptor antagonists – 3,1 %, central acting drugs – 2,9 %. In the group of ACE inhibitors, 3 drugs dominate: enalapril (44 %), lisinopril (15 %), perindopril (10,3 %). In the group of β-blockers, bisoprolol (41,3 %) and metoprolol (27,5 %) are often used. In the group of diuretics, 67,0 % was accounted for indapamide, 23,7 % – hydrochlorothiazide. Amlodipine (53,4 %) take the lead in the group of calcium channel blockers. Among the central acting drugs, clonidine share is 28 %, rezerpine-containing drugs, 31 %, and moxonidine – 32 %. Overall, 161 brand-name drugs are used by patients, and only 39 % of AHD are innovator drugs. The motivation and treatment compliance have increased: 83 % of patients controls blood pressure (BP) at home, 16 % – attends AH school, and 69 % of patients have target BP levels. The positive trends in the quality and effectiveness of pharmacotherapy of AH are revealed. However, problems of provision and availability of different AHD for patients are not resolved.

Key words: arterial hypertension, pharmacoepidemiological study, antihypertensive therapy

Артериальная гипертензия (АГ) – самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание в России, поражающее около 40 % взрослого населения. За последние несколько лет, по данным эпидемиологического мониторинга АГ, в России наблюдаются положительные тенденции, а именно повышение охваченности лечением до 75 % пациентов с АГ, хотя эффективность лечения в популяции не превышает 20 % [1].

В связи с этим представляют интерес изучение потребления антигипертензивных препаратов (АГП) пациентами с АГ в клинической практике, анализ

динамики объема и структуры потребляемых АГП, что является одной из задач фармакоэпидемиологии.

Первое фармакоэпидемиологическое исследование АГ в России (ПИФАГОР II) было проведено в 2001–2002 гг. [2]. Его результаты показали невысокий уровень мотивации и приверженности пациентов лечению и как следствие – низкий уровень его эффективности. Кроме того, были выявлены определенные проблемы в обеспеченности и доступности АГП для больных в реальной практике.

За прошедшее время произошли существенные изменения нацио-

нальных рекомендаций по лечению АГ (ВНОК 2004, 2008) в рамках целевой Федеральной программы “Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации”, проводятся различные образовательные программы для врачей и пациентов, направленные на улучшение эффективности лечения АГ и снижение частоты развития осложнений и смертности.

Для изучения динамики реальной практики лечения пациентов с АГ в 2008 г. был инициирован новый этап фармакоэпидемиологического исследования – ПИФАГОР III.

Рис. 1. Общая структура классов АГП (доли, %)

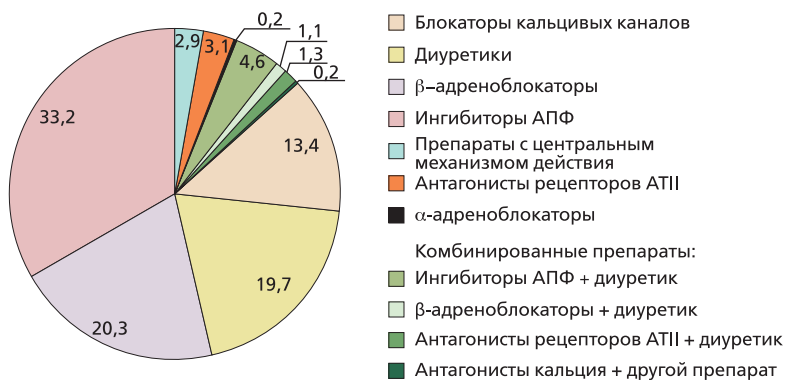
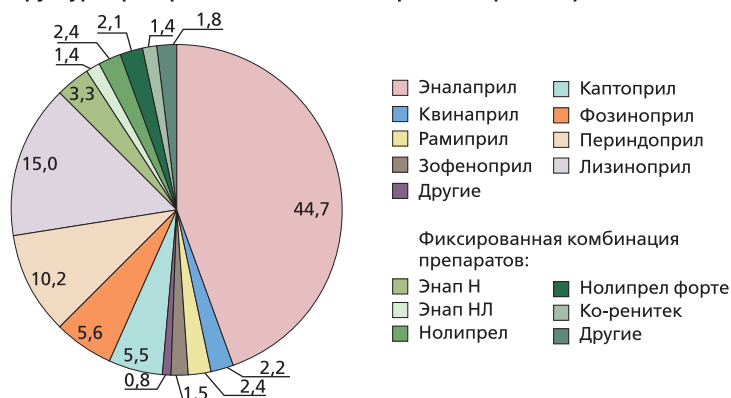


Рис. 2. Структура препаратов класса ингибиторов АПФ (доли, %)



Материал и методы

Дизайн фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III основан на опросе врачей и пациентов с АГ. Опрос пациентов с АГ проводился через врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) различных регионов России с помощью специально разработанных анкет, включивших вопросы об особенностях применения АГП. Анкеты поступали с мая по октябрь 2008 г. из 38 городов России (списки городов и руководителей исследовательских групп, участвовавших в сборе анкет, опубликованы ниже). Обработка анкет проводилась с применением современных компьютерных технологий и программы FormReader ("Abbyy", Россия).

Валидными для обработки было признано 3030 анкет больных АГ; 52 % больных получили анкету у терапевта, 39 % — у кардиолога, 7 % — у специалистов другого профиля;

46 % пациентов заполняли анкету, будучи в стационаре, 44 % — в поликлинике, 7 % — дома. Средний возраст опрошенных больных составил 58,3 года (от 20 до 95 лет), 16,6 % были старше 70 лет; мужчин — 63 %, женщин — 35 %; не указали пол 2 %. По уровню образования: 21 % больных имели среднее, 37 % — среднее специальное и 34 % — высшее. Анализ длительности АГ показал, что у 66 % больных стаж заболевания составил более 5 лет. При расчете средний индекс массы тела (ИМТ) составил 30 кг/м², причем только 15 % больных имели нормальный ИМТ.

О наличии у них факторов риска и других сопутствующих состояний знали 95,0 % опрошенных пациентов с АГ (в 2002 г. были осведомлены только 77 %); 41,0 % больных имели более одного, 10,2 % — 3 и более факторов риска. Наиболее частыми факторами риска у опрошенных были избыточная масса тела (57 %) и гиперхолестеринемия (50 %); наи-

более частыми осложнениями АГ — гипертонические кризы (59 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС; 43 %), хроническая сердечная недостаточность (ХСН; 32 %). Инфаркт миокарда и инсульт перенесли 14 и 9 % больных соответственно. При сравнении характеристик пациентов, участвовавших в опросе, с аналогичными данными в 2002 г. отмечено большее число пациентов с факторами риска и осложнениями.

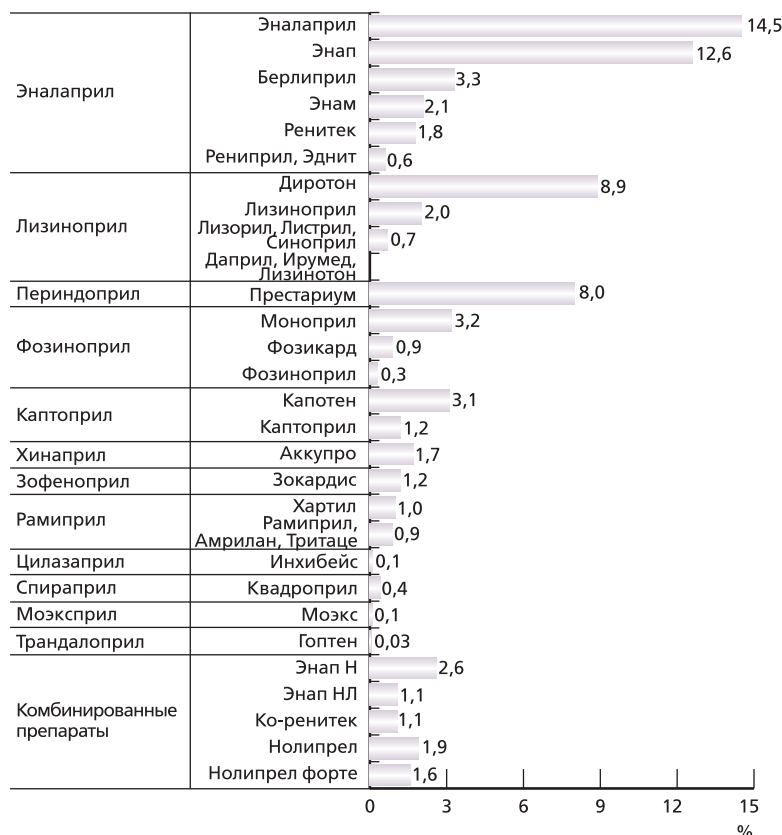
Результаты

Главное место в анкете занимали вопросы о характере антигипертензивной терапии и приверженности больных АГ лечению. По сравнению с 2002 г. увеличилась доля пациентов, постоянно принимавших АГП (79,0 против 62,1 %), и только 20 % больных (31,5 % в 2002 г.) принимали АГП по потребности (при плохом самочувствии и повышении уровня АД). Монотерапию получали 26 % больных, комбинацию из 2 препаратов — 37 %, из 3 и более — 37 %. По сравнению с данными 2002 г. увеличилось среднее количество АГП на одного больного: с 1,72 до 2,22.

Структура принимаемых пациентами АГП представлена четырьмя основными классами (рис. 1): ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), β-адреноблокаторами (БАБ), диуретиками, блокаторами кальциевых каналов (БМКК). По сравнению с данными 2002 г. относительная доля ИАПФ уменьшилась с 40 до 33 %, но существенно увеличился удельный вес препаратов нового класса антагонистов рецепторов АТII (3,1 против 0,2 % в 2002 г.). В 2,5 раза уменьшилась доля препаратов с центральным механизмом действия (2,9 против 7,7 % в 2002 г.); возросла доля фиксированных комбинаций АГП (7,2 против 3,4 % в 2002 г.).

В общей структуре АГП частота применения ИАПФ остается наиболее высокой — 69,0 %, частота применения БАБ — 41,9 %, диуретиков — 40,8 %, БМКК — 27,7 %, антагонистов рецепторов АТII — 6,3 %. Отрадно, что популярность препаратов с центральным механизмом действия снизилась с 13 % в 2002 г. до 6 %.

Рис. 3. Частота применения пациентами различных торговых наименований препаратов класса ингибиторов АПФ (%)



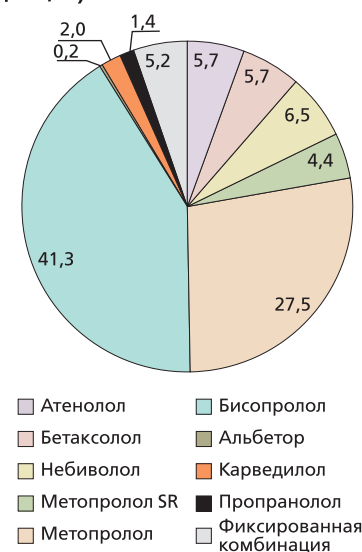
Структура применяемых пациентами с АГ ИАПФ представлена 19 препаратами, из них 7 — фиксированных комбинаций; всего 43 торговых наименования. Основная доля принадлежит эналаприлу — 44 % (против 66 % в 2002 г.), представленному 7 торговыми наименованиями, среди них наиболее часто применялись Эналаприл (14,5 %) и Энап (12,6 %). Остальные ИАПФ представлены лизиноприлом, периндоприлом, фозиноприлом и каптоприлом; другие препараты класса ИАПФ использовались больными редко (их доли не более 2,5 %; рис. 2, 3). Необходимо отметить, что по сравнению с данными 2002 г. доли лизиноприла, периндоприла и фозиноприла увеличились почти вдвое, а доля каптоприла (препарата короткого действия) уменьшилась на треть. Наибольшие доли среди них имеют торговые наименования — Диротон и Престариум. Последний доказал свою высокую эффективность в предупреждении кардиоваскулярной смертно-

сти и главных исходов АГ в крупных клинических исследованиях последних лет у пациентов с осложненной АГ, сочетанием АГ, ИБС и сахарным диабетом (ASCOT, PROGRESS, EUROPA, ADVANCE) [3–6].

Существенное место в структуре ИАПФ занимают фиксированные комбинации: их доля составила 12,0 против 4,6 % в 2002 г. Среди фиксированных комбинаций (12 торговых наименований) наиболее часто пациенты принимают Энап Н (3,3 %), Нолипрел (2,4 %) и Нолипрел форте (2,1 %). Суммарная доля оригинальных препаратов среди ИАПФ, по данным опроса больных, составила 43 %.

Класс БАБ, по данным опроса больных, представлен 9 препаратами 29 торговых наименований, из них 3 — фиксированные комбинации (рис. 4, 5). В отличие от 2002 г., когда доминировал атенолол (его доля была наибольшей — 38 %), в 2008 г. наибольшую долю занимал бисопролол (41,3 %). Бисопролол представлен

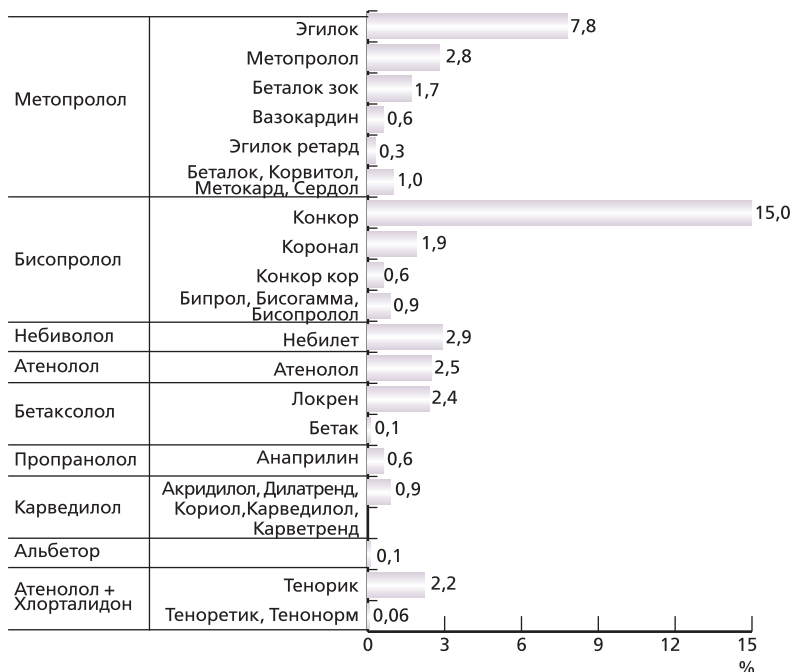
Рис. 4. Структура препаратов класса β-адреноблокаторов (доли, %)



6 торговыми наименованиями, из них 82 % приходится на оригинальный препарат Конкор, наиболее часто применяемый АГП среди всех БАБ. Доля метопролола увеличилась с 28 % в 2002 г. до 32 %, причем преимущественно за счет лекарственной формы с контролируемым высвобождением (CR/XL), представленной препаратом Беталок ЗОК (4,4 %). Пациенты использовали 9 торговых наименований метопролола, наиболее часто — Эгилон (7,8 %). Доля атенолола сократилась в 6 раз и составила 5,7 % (против 38,0 % в 2002 г.); также существенно уменьшилась доля пропранолола (1,4 против 11,2 % в 2002 г.).

Такая трансформация структуры применяемых пациентами БАБ является отражением последних данных доказательной медицины о неблагоприятных отдаленных эффектах атенолола при лечении АГ по сравнению с другими АГП [7] и повышения роли бисопролола и метопролола CR/XL в лечении пациентов с АГ и сопутствующей ХСН [8, 9], доля которых в исследуемой популяции достигала 32 %. Между тем возросло применение новых БАБ: небиволола в 3,5 раза (с 1,5 до 6,5 %) и бетаксоллола в 4,7 раза (с 1,2 до 5,7 %), Небилет и Локрен, соответственно, являются наиболее популярными их представителями. Фиксированные комбинации в классе

Рис. 5. Частота применения пациентами различных торговых наименований препаратов класса β-адреноблокаторов (%)



БАБ занимали 5,2 % и были представлены в основном комбинацией атенолола и хлорталидона – Тенориком (97 %). Суммарная доля оригинальных препаратов среди БАБ, по данным опроса больных, составила 57 %.

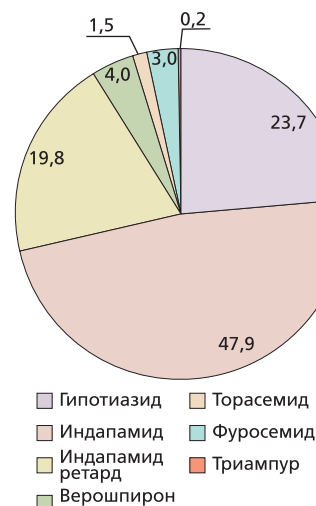
Класс диуретиков, по данным опроса больных, представлен 6 препаратами; всего пациенты использовали 15 торговых наименований (рис. 6, 7). Обращает на себя внимание, что по сравнению с данными 2002 г. доля гидрохлоротиазида уменьшилась почти вдвое и составила 23,7 %, при этом доля индапамида увеличилась на 50,0 % и составила 67,7 %. На треть препарат представлен ретардной лекарственной формой (доля 19,8 %). Индапамид в разных лекарственных формах представлен 10 препаратами; из них на долю оригинального препарата Арифон пришлось лишь 17 %, тогда как доля оригинального препарата Арифон ретард достигала 76 %.

В группу диуретических средств, использовавшихся пациентами с АГ, попали такие препараты, как фуросемид, торасемид, Верошпирон (спиронолактон) и Триампур композитум (их суммарная доля – 8,7 %), которые не относятся к рекомендуемым для лечения АГ, но могут быть оправ-

даны наличием у больных сопутствующей почечной или сердечной недостаточности. Суммарная доля оригинальных препаратов среди диуретиков, по данным опроса больных, составила 24 %.

Из класса БКК пациенты применяли 13 препаратов, из них 4 фиксированные комбинации 41 торгового наименования (рис. 8, 9). В отличие от данных 2002 г., когда подавляющее большинство БКК составляли препараты I поколения – нифедипин, верапамил и дилтиазем (суммарная доля – 87 %). В настоящее время их доля уменьшилась втрое и составляет только 29 %, а суммарная доля пролонгированных лекарственных форм (замедленного и контролируемого высвобождения) и БКК пролонгированного действия возросла с 22,5 до 69,2 %. Половину всех препаратов класса БКК занимает амлодипин (53,4 %); он представлен 12 торговыми наименованиями, среди которых большинство (43,0 %) – отечественные препараты-генерики, а оригинальный препарат Норваск составляет 12 % (в 2002 г. его доля была 27 %). Относительно высокий удельный вес (21,3 %) имеет нифедипин короткого действия. Этот факт

Рис. 6. Структура препаратов класса диуретиков (доли, %)



может быть объяснен тем, что в анкете больные указывали не только АГП, использованные ими для постоянного приема, но и те, которые они применяли для купирования эпизодов повышения АД в амбулаторных условиях. Суммарная доля ретардных лекарственных форм нифедипина увеличилась до 13 % (против 9 % в 2002 г.), что связано с внедрением в клиническую практику нифедипина ГИТС, доказавшего благоприятное влияние на исходы АГ и ИБС (исследования INSIGHT, ACTION) [10].

В классе БКК, которые используют для лечения пациенты, находится еще один дигидропиридин – фелодипин (2 против 0 % в 2002 г.); суммарная частота применения препаратов фелодипина составляет всего 0,6 %. Доля дилтиазема осталась без динамики (2,5 %).

Неожиданным оказался факт значительного уменьшения удельного веса верапамила (против 29 % в 2002 г.) среди БКК, принятых пациентами с АГ. Вместе с тем верапамил, как и дигидропиридины, обладает выраженным гипотензивным действием, а благодаря дополнительному хронотропному эффекту благоприятно влияет на прогноз у пациентов с АГ и ИБС (исследование INVEST) [11]. Кроме того, в России зарегистрированы ретардные лекарственные формы верапамила (например, Изоптин SR, Абботт), обеспечивающие стабиль-

ный гипотензивный эффект при однократном приеме в сутки, но их доля в реальной практике у больных АГ не превышает 0,2 %. Суммарная доля оригинальных препаратов среди БКК, по данным опроса больных, наименьшая среди всех АГП и составила лишь 18 %.

Класс антагонистов рецепторов АТФ представлен 11 препаратами, из которых 5 — фиксированные комбинации (рис. 10, 11). Лидирующее место занимают два препарата — лозартан и ирбесартан, используемые пациентами как в монотерапии, так и в виде фиксированных комбинаций (суммарная доля — 72 %). Наиболее часто больные применяют Лозап, Лозап плюс и Апровель.

Доля препаратов центрального механизма действия среди АГП, используемых пациентами, составляет 2,9 %, однако принимают их 6,0 % опрошенных. Состав препаратов этого класса существенно изменился. Если в 2002 г. до 95 % занимали препараты I поколения: Клофелин (клонидин) Адельфан/Кристепин, то в настоящее время их доля сократилась до 59 %, что компенсировано присутствием препаратов II поколения — агонистов имидазолиновых рецепторов (моксонидина, рилменидина), удельный вес которых увеличился в 7,5 раз и составил 38 % (рис. 12). Вместе с тем, несмотря на отказ врачей от назначения «устаревших» препаратов с центральным механизмом действия, в российской практике еще остаются пациенты, продолжающие применять их для лечения АГ (3,4 против 13,3 % в 2002 г.). В популяции опрошенных таких пациентов было 104, средний возраст составил 63,9 лет (от 41 до 83 лет); среднее число принимаемых АГП в этой подгруппе достигло 2,85 на человека.

Анализ 10 наиболее часто применяемых АГП среди опрошенных пациентов показал (рис. 13), что лидируют 3 препарата — Конкор (15 %), Эналаприл (14,5 %) и Энап (12,6 %); в 2002 г. лидировали: Энап (17,9 %), Эналаприл (15,7 %) и атенолол (12,6 %). Атенлол, Клофелин, Адельфан оказались вытесненными из «десятки» лидеров; кроме того,

Рис. 7. Частота применения пациентами различных торговых наименований препаратов класса диуретиков (%)

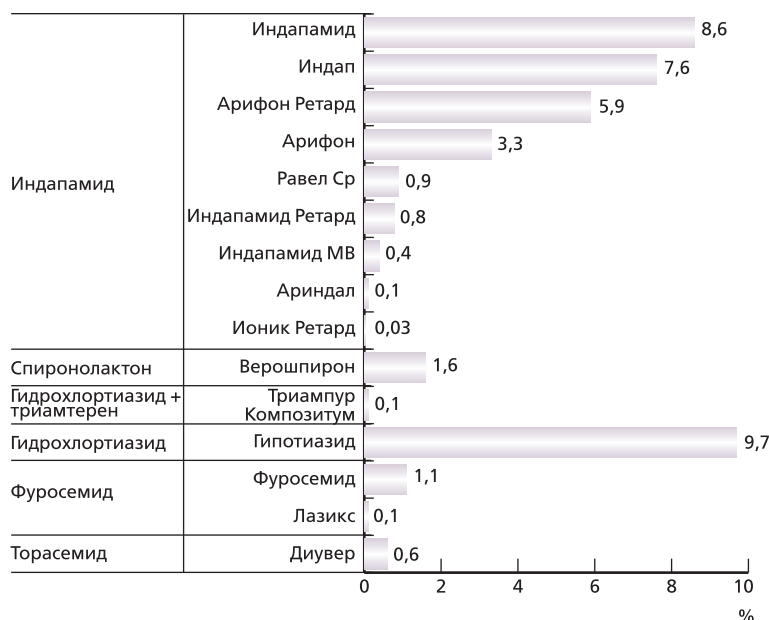
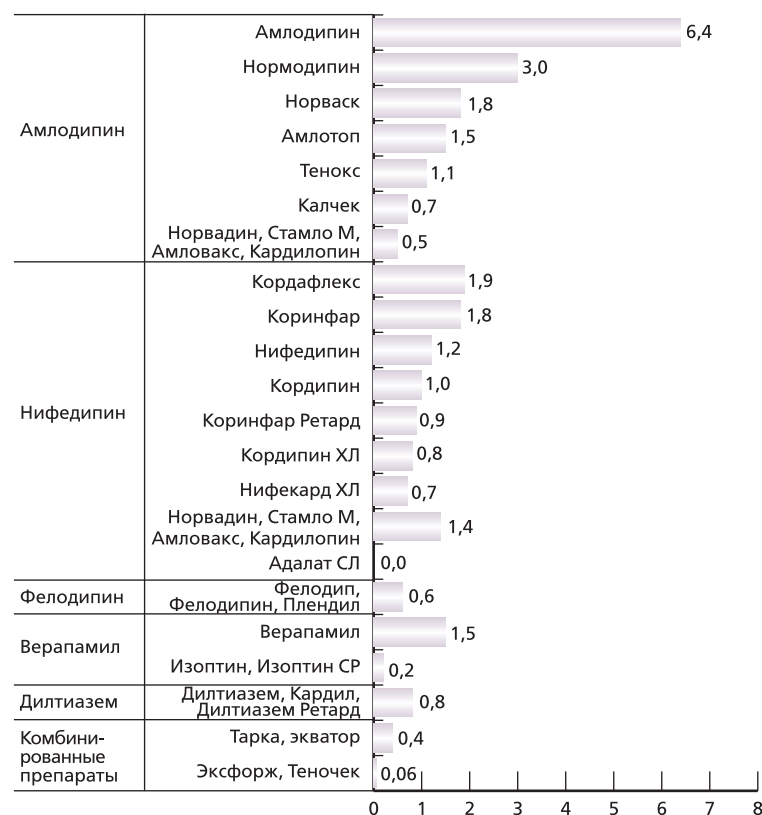


Рис. 8. Структура препаратов класса блокаторов кальциевых каналов (доли, %)

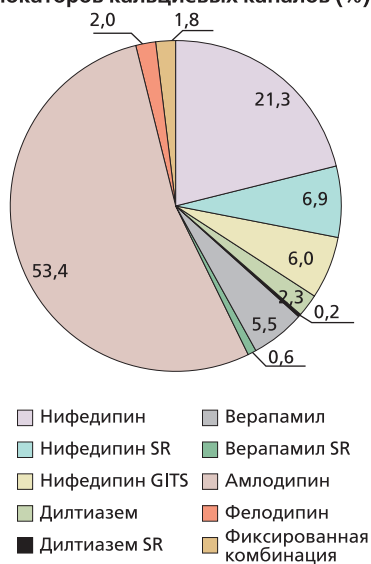


«десятка» пополнилась ИАПФ — Престариумом, Арифоном ретард и амлодипином. Суммарная доля 10 наи-

более часто применяемых препаратов среди всех АГП составляет 47 %.

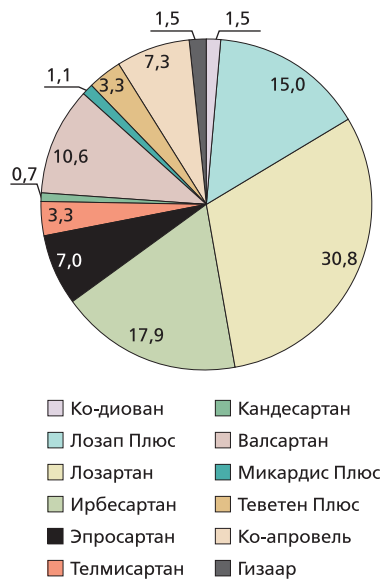
Оценку эффективности антиги-

Рис. 9. Частота применения пациентами различных торговых наименований препаратов класса блокаторов кальциевых каналов (%)



пертензивной терапии и приверженности больных лечению проводили по уровню АД. На момент заполнения анкеты средний уровень АД у больных достигал 137,2/85,1 мм рт. ст., при этом целевой уровень АД (< 140/90 мм рт. ст.) имели 69 % (против 43 % в 2002 г.). К тому же среднее число АГП у пациентов, достигших и не достигших целевого

Рис. 10. Структура препаратов класса антагонистов АТII (доли, %)



уровня АД, составило 2,14 и 2,61 соответственно, что показывает значение активного применения комбинированной антигипертензивной терапии для повышения результатов лечения. Самооценка больными эффективности проводимого лечения показала, что 74 % из них считают лечение эффективным, что на 10 % больше, чем в 2002 г. Таким образом, наблю-

дается положительная тенденция повышения эффективности лечения АГ в реальной практике, чему могли способствовать повышение мотивации и приверженности больных лечению, рост частоты использования комбинированной антигипертензивной терапии.

Удельный вес пациентов, достигших целевого АД на фоне использования монотерапии и комбинации двух АГП, одинаков и составляет 71 %; на фоне 3-компонентной комбинации АГП – 61 %. В подгруппе пациентов с сахарным диабетом, для которых установлен более низкий целевой уровень АД (< 130/80 мм рт. ст.), он был достигнут только 31 % пациентов. В подгруппе старше 70 лет достигли целевого уровня АД 41 % больных.

Возросло число пациентов, регулярно обращающихся к врачу: 31 % ежемесячно посещают врача (против 23 % в 2002 г.), 39 % – посещают врача каждые 3–6 месяца (против 34 % в 2002 г.); в 2 раза сократилась доля пациентов (с 16 до 8 %), которые совсем не обращаются к врачу.

Таким образом, подавляющее большинство больных АГ демонстрируют высокую мотивацию обращения к врачу. В 98 % случаев пациенты получают рекомендации по лечению,

Рис. 11. Частота применения пациентами различных торговых наименований препаратов класса антагонистов рецепторов АТII (%)

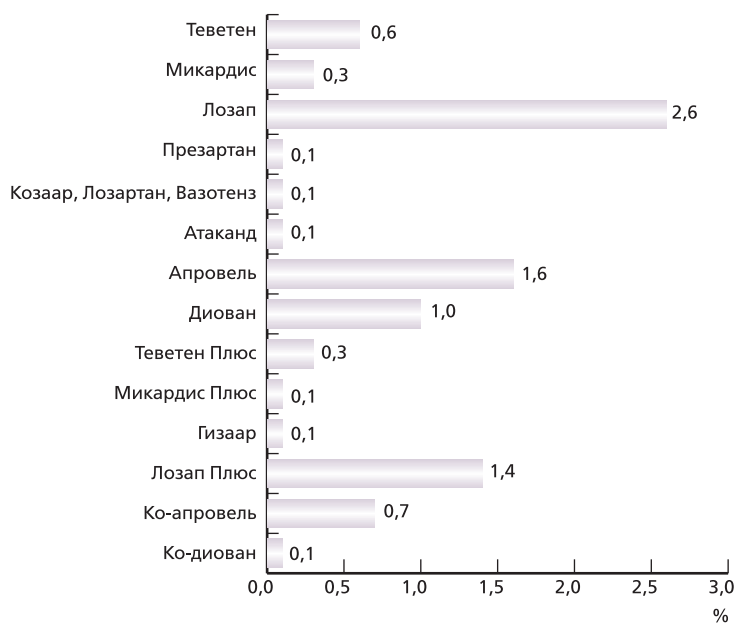
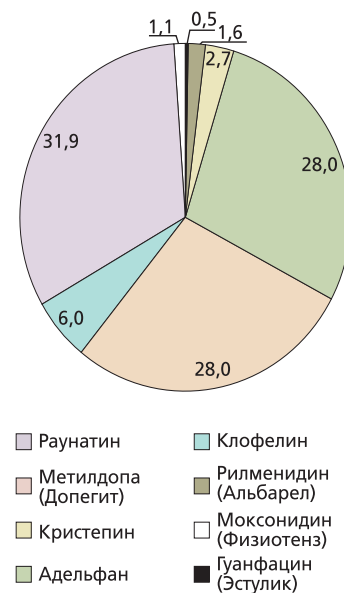


Рис. 12. Структура препаратов с центральным механизмом действия (доли, %)



включая вопросы режима дозирования и особенностей приема АГП, информацию о возможных побочных эффектах, тактике применения АГП при высоком уровне АД. В целом 84 % больных удовлетворены оказываемой помощью по лечению АГ.

Не менее важным для достижения эффективности лечения АГ является умение больных осуществлять самоконтроль уровня АД в домашних условиях, которому в настоящее время придается большое значение [12]. Среди опрошенных пациентов с АГ 83 % самостоятельно измеряли АД с помощью автоматического (46 %) или простого (37 %) тонометра; 16 % пациентов обращались за помощью к врачу. Лишь 3 % (против 12 % в 2002 г.) больных контролировали уровень АД в домашних условиях. Улучшение ситуации по сравнению с 2002 г., возможно, связано с большей доступностью и простотой в использовании автоматических тонометров, улучшением просветительской работы. Так, 16 % опрошенных больных посещали школы для больных АГ.

Особый интерес представляет анализ обеспеченности больных АГП и их доступности, что изучалось при опросе пациентов в рамках фармакоэпидемиологического исследования. Так, 54 % опрошенных больных покупают АГП за полную стоимость в аптеках и еще для 6 % больных АГП покупают их родственники. Имеют льготы 34 % опрошенных больных: 6,6 % покупают лекарства со скидкой, 15,6 % получают бесплатно, 11,9 % имеют льготы, но покупают лекарства за полную стоимость. “Другое” ответили 4,6 %, причем самым частым был ответ: “докупаю дополнительно к бесплатным”.

Экономические возможности пациентов с АГ в российских условиях скромные. На вопрос о размерах ежемесячных расходов на приобретение АГП 58 % больных назвали сумму до 500 руб. (в 2002 г. их было 74 %, рис. 14), из них 39 % тратят 200–500 руб. Однако 8 % опрошенных пациентов вынуждены расходовать на АГП более 1000 руб. в месяц (в 2002 г. их было 2,5 %).

Таким образом, подавляющее большинство пациентов с АГ в России по своим финансовым возможностям могут приобретать в основном препараты-генерики, однако по сравнению с 2002 г. удельный вес оригинальных АГП в общей структуре увеличился до 39 % против 27 % – в основном за счет новых препаратов класса антагонистов рецепторов АПГ.

Обсуждение

По данным Федеральной программы “Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации”, эпидемиологическая ситуация в России свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции к высоким показателям сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, что связано с высокой распространенностью АГ. Большие усилия в последние годы были направлены на повышение эффективности борьбы с АГ в России, которые начинают приносить определенные результаты. Так, по данным российских эпидемиологических исследований, отмечено

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ...

ПРЕСТАРИУМ® А

от 5 до 10 мг

ПЕРИНДОПРИЛ АРГИНИН
1 раз в день

**Престариум А – ГАРАНТИЯ
ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

115054; Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.
 тел.: (495) 937 07 00; факс: (495) 937 07 07.
 Рег. номер: ЛСР-000257/08 от 29.01.2008

Рис. 13. 10 наиболее часто применяемых пациентами ГП (частота, %)

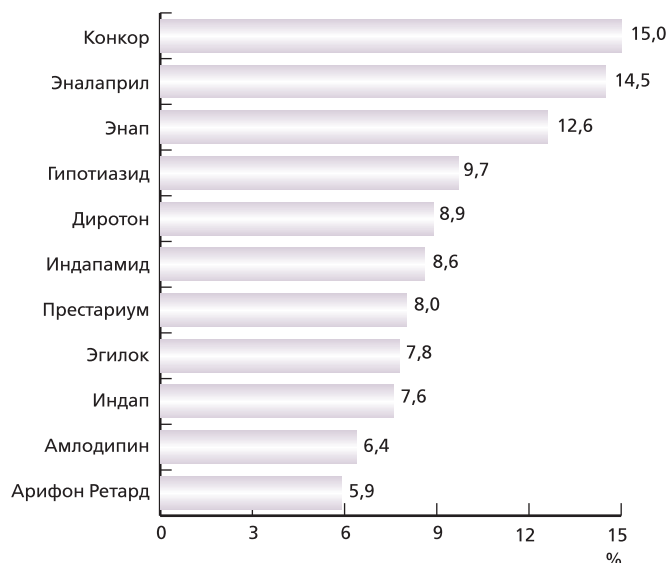
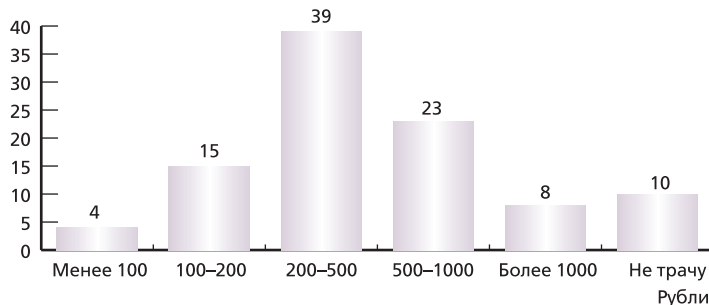


Рис. 14. Характеристика ежемесячных расходов на приобретение АГП, %



повышение уровня охвата и мотивации пациентов с АГ к лечению [1].

Мониторинг фармакоэпидемиологической ситуации в рамках исследования ПИФАГОР III выявил также положительные тенденции в осуществлении антигипертензивной терапии. Особенностью исследования ПИФАГОР III было повышенное внимание к первичному звену оказания медицинской помощи силами врачей терапевтов. Анализируя общую характеристику исследуемой популяции больных АГ, необходимо отметить высокую распространенность избыточной массы тела как одного из отягощающих факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. По частоте ассоциируемых клинических состояний и заболеваний исследуемая популяция больных АГ оказалась более тяжелой, чем в предшествующем исследовании ПИФАГОР II.

В структуре АГП, которые применяли пациенты, устойчиво преобладают 4 основных класса – АПФ, БАБ, диуретики и БКК, причем их соотношение стало более сбалансированным. К положительным тенденциям можно отнести возросшую роль нового класса антагонистов рецепторов АТII и дальнейшее уменьшение удельного веса “устаревших” препаратов центрального механизма действия (Адельфана, Кристепина, Клофелина). В целом структура АГП пополнилась новыми современными препаратами с высокой антигипертензивной активностью (Локрен, Небилет, нифедипин ГИТС, Нолипрел и др.), и, наоборот, сократился удельный вес препаратов, не рекомендованных к широкому применению (атенолол, нифедипин короткого действия). Увеличилась доля пациентов, получающих ком-

бинированную антигипертензивную терапию, что способствует достижению лучших результатов лечения.

Положительные тенденции наблюдаются в повышении мотивации и приверженности лечению. Так, большая доля пациентов мотивирована к постоянной антигипертензивной терапии, контролю уровня АД в домашних условиях, частой обращаемости к врачу. Во многом этому способствовало обучение пациентов в школах для больных АГ. Эффективность лечения, по данным исследования, показала значимо большую частоту достижения целевого уровня АД за прошедшие 6 лет и общую удовлетворенность лечением.

Однако сохраняются и проблемы лечения АГ в реальной практике, в частности касающиеся обеспеченности и доступности различных АГП для пациентов. Так, треть льготной категории опрошенных больных вынуждены покупать АГП дополнительно. Экономический ресурс среднего пациента с АГ не превышает 500 руб./мес., растет потребность в приобретении дорогостоящих АГП, что существенно ограничивает использование качественных препаратов.

Таким образом, мониторинг клинической практики лечения пациентов с АГ в рамках фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III показал положительные и негативные стороны. Осмысление выявленных тенденций определяет новые пути и возможности к улучшению медицинской и социально-экономической ситуации в борьбе с АГ в России.

Исследование выполнено при поддержке РГНФ (грант 09-06-00192а).

Мы выражаем благодарность всем врачам, специалистам, руководителям ЛПУ, региональных центров, принявшим посильное участие в исследовании ПИФАГОР III:

руководителям центров:
Морозовой Т.Е., Андрушишиной Т.Б. (Москва); Косяковой Н.И. (Пушино, МО); Морозову С.Л. (СПб.); Чернову Ю.Н., Батищевой Г.А. (Воронеж); Козлову С.Н., Рачиной С.А. (Смоленск); Филиппенко Н.Г. (Курск); Бочоришвили М.И. (Липецк); Шмыковой Е.А. (Белгород); Хохлову А.Л.

(Ярославль); Барабашкиной А.В. (Владимир); Петровской Е.В. (Самара); Верижниковой Е.В. (Саратов); Дмитриевой О.А., Гудовой Е.Н. (Саранск); Батурину В.А. (Ставрополь); Орловой Е.А., Вязовой И.В. (Астрахань); Башировой С.Б. (Махачкала); Смоленской О.Г. (Екатеринбург); Габбасовой Л.А. (Челябинск); Сидоренковой Н.Б. (Барнаул); Зайцевой О.Е. (Уфа); Бочановой Е.Н. (Красноярск); Трофимовой Н.Н. (Наро-Фоминск); Трапезниковой Б.В. (Сургут); Ронь Г.А. (Ноябрьск); Филатову А.П., Гомовой Т.А. (Тула), Слободенюк Е.В. (Хабаровск); Болдановой Н.Ю., Мацаковой С.В. (Элиста); Данильченко О.А., Елисеевой Е.В. (Владивосток); врачам: Абащеву Р.А. (СПб.), Акаемовой О.Н. (Оренбург),

Ананьиной Г.С. (СПб.), Боноховой С.Л. (СПб.), Варшавчик М.В. (Тюмень), Володиной Л.В. (Оренбург), Голотвинову М.В. (Красноярск), Денисовой О.С. (Красноярск), Егоровой Т.Д. (Тверь), Елисеевой Н.П. (СПб.), Жирковой О.В. (Тверь), Жук В.С. (СПб.), Жукову Н.И. (Тверь), Заяц Л.В. (Оренбург), Зимовой С.Б. (СПб.), Кавецкой А.И. (Тюмень), Казанцевой О.В. (Владивосток), Картиной М.Г. (Красноярск), Колесникову С.Д. (Сургут), Колесниковой Л.В. (Сургут), Кочневой Е.В. (Тверь), Кулбаисову А.М. (Оренбург), Малахову М.В. (Ростов-на-Дону), Махотину Е.Н. (Тверь), Мельниковой Л.А. (Красноярск), Мосиной В.А. (Красноярск), Мячиной Е.А. (Красноярск), Носковой Е.Г. (Владивосток), Павло-

вой Л.И. (СПб.), Паняниной Г.Г. (СПб.), Педяшовой Т.В. (Владивосток), Пелиновской Л.И. (Красноярск), Первушиной Н.А. (Тюмень), Поповой З.В. (СПб.), Прохоровой Л.Г. (Владивосток), Романихиной О.Ю. (Владивосток), Рысевой Т.В. (Оренбург), Скурихиной Н.М. (Красноярск), Страховой К.В. (Тверь), Строгалоной В.Н. (СПб.), Федотовой Г.В. (СПб.), Черненко Т.И. (Ростов-на-Дону), Ширяеву И.В. (Владивосток); Штегман О.А. (Красноярск), Шумляевой Н.М. (Тверь), Щукиной Г.И. (Красноярск); Соция Р.В., Варламовой Л.М., Эринчек В.П.; сотрудникам кафедры клинической фармакологии ГОУ ВПО РГМУ: доц. Уницкому А.А., асс. Строк А.Б. и асс. Цеденовой Е.А.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и соавт. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Российский кардиологический журнал 2006. № 4. С. 45–50.
2. Белоусов Ю.Б., Шляхто Е.В., Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. и др. Результаты национального фармакоэпидемиологического исследования больных артериальной гипертонией – ПИФАГОР II // Качественная клиническая практика 2004. № 1, С. 1–26.
3. Dahlof B, Sever PS, Poulter NR, et al. ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflume-thiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2005; 366:895–906.
4. PROGRESS Collaborative Group. Effects of a perindopril-based blood pressure lowering regimen on cardiac outcomes among patients with cerebrovascular disease. Eur Heart J 2003;24:475–84.
5. The European Reduction Of cardiac events with Perindopril in stable coronary artery Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet 2003;362:782–88.
6. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370:829–40.
7. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? Lancet 2004;364:1684–89.
8. Рекомендации Европейского общества кардиологов. Экспертный комитет по разработке практических рекомендаций и проведению методических конференций с целью повышения качества лечения. Рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. // Сердечная недостаточность 2001. № 6.
9. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН. <http://www.OSSN.ru>.
10. Croom KF, Wellington K. Modified-release nifedipine: a review of the use of modified-release formulations in the treatment of hypertension and angina pectoris. Drugs 2006;66:497–528.
11. Pepine CJ, Handberg EM, Cooper-DeHoff RM, et al. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease – the international verapamil-trandolapril study (INVEST): a randomized controlled trial. JAMA 2003;290:2805–16.
12. Руководство Европейского общества по артериальной гипертонии по контролю артериального давления в домашних условиях: итоговый отчет конференции Второго Международного консенсуса по контролю артериального давления в домашних условиях. / Артериальная гипертония 2009. № 1. С. 4–30.

Информация об авторах:

Белоусов Юрий Борисович — зав. кафедрой клинической фармакологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава.

Тел. 8 (499) 261-65-10, e-mail: belouspharma@mtu-net.ru;

Леонова Марина Васильевна — профессор кафедры клинической фармакологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава.

Тел. 8 (499) 261-23-08, e-mail: anti23@mail.ru;

Штейнберг Людмила Львовна — аспирант кафедры клинической фармакологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава.

Тел. 8 (499) 261-23-08, e-mail: anti23@mail.ru;

Галицкий Антон Анатольевич — старший лаборант кафедры клинической фармакологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава.

Тел. 8 (499) 261-23-08, e-mail: anti23@mail.ru;

Белоусов Дмитрий Юрьевич — Российское общество клинических исследователей. E-mail: clinvest@mail.ru