

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ

Н.С. Оганисян, Н.А. Дмитриева, А.М. Кочетков, С.Ю. Марцевич

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва, Агентство медицинской информации "СМ", Москва

Особенности диагностики и вторичной профилактики артериальной гипертонии по результатам опроса врачей

Н.С. Оганисян, Н.А. Дмитриева, А.М. Кочетков, С.Ю. Марцевич

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва
Агентство медицинской информации СМ, Москва

Цель. Выявить особенности диагностики и фармакотерапии артериальной гипертонии (АГ) и их соответствие международным и национальным рекомендациям по АГ.

Материал и методы. В апреле - июне 2005 г. был проведен опрос врачей г. Москвы, имеющих постоянную практику лечения больных АГ. Опрос проводился при помощи специально разработанных анкет, включающих 15 вопросов о практике ведения больных АГ. В опросе участвовали 102 врача, из них 65 терапевтов и 37 кардиологов. Среди опрошенных 56 врачей городских участковых поликлиник, 19 врачей клинико-диагностических центров (КДЦ), 14 врачей стационаров, 5 врачей коммерческих медицинских центров, 4 врача из научно-исследовательских институтов и 3 частных врача.

Результаты. 80,4% опрошенных врачей правильно определили основные цели лечения АГ. 16% опрошенных не указали достижение целевых цифр АД менее 140/90 мм рт.ст. как меру вторичной профилактики АГ. Основу терапии АГ составили четыре класса препаратов: ингибиторы АПФ – их доля составляет 35%, в-адреноблокаторы – 28%, диуретики - 26% и антагонисты кальция - 10%. Другие классы антигипертензивных препаратов (антагонисты рецепторов ангиотензина II, препараты центрального действия) составили около 1%. При выборе оригинального препарата из нескольких предложенных всего 22,5% опрошенных верно определили оригинальные препараты. В реальной клинической практике всего 29,4% назначений составляют оригинальные препараты.

Заключение. Реальная практика диагностики и лечения АГ существенно отличается от международных и национальных рекомендаций по АГ, что возможно связано как с недостаточными теоретическими знаниями врачей так и с определенными трудностями, существующими в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: артериальная гипертония, фармакотерапия, анкетирование врачей, международные и национальные рекомендации

РФК 2006; 2: 37-42

Peculiarities of arterial hypertension diagnosis and secondary prevention according to physicians interviewing

N.S. Oganisyan, N.A. Dmitrieva, A.M. Kochetkov, S.Y. Martsevich

State Research Center of Preventive Medicine, Roszdrav, Moscow
Agency of Medical Information SM, Moscow

Aim. To reveal peculiarities of arterial hypertension (AH) diagnosis and therapy and their matching with international and national guidelines on AH.

Material and Methods. An interview among Moscow physicians dealing with hypertensive patients was conducted in April-June 2005. Interview was taken with specially worked out forms containing 15 questions about hypertensive patient management. 102 physicians took part in interviewing, among them 65 internists and 37 cardiologists. Among interviewed physicians 56 ones were from outpatient clinics, 19 - from diagnostic centers, 14 - from hospitals, 5 - from commercial medical centers, 4 - from research center and 3 physicians had private practice.

Results. 80,4% of interviewed physicians correctly determined the main goals of AH therapy. 16% of doctors did not indicate blood pressure level below 140/90 mm Hg as target level of secondary prevention. Mainly antihypertensive therapy was presented by four classes of medicines, their shares were as follow: ACE inhibitors - 35%, beta-blockers – 28%, diuretics – 26% and calcium antagonists – 10%. Other classes of antihypertensive medicines (antagonists of angiotensin-II receptors, central acting medicines) made about 1% of share. When choosing original medicine among several suggested trade marks, only 22% of doctors defined the medicine correctly. Original medicines made only 29,4% prescriptions in real medical practice.

Conclusion. Real practice of AH diagnosis and therapy considerably differs from international and national guidelines on AH. It is possibly related with lack of appropriate knowledge among physicians as well as problems in public health service.

Key words: arterial hypertension, pharmacotherapy, physician interviewing, international and national guidelines.

Rational. Pharmacother. Cardiol. 2006; 2: 37-42

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения развитых стран, в том числе России, где в 2002 г. среди населения в возрасте 25-64 лет ССЗ составляли у мужчин 36%, у женщин 41% всех причин смерти, что в 3-4 раза превышает показатели смертности от ССЗ в странах Европы [1]. Артериальная гипертония (АГ) является самой распространенной болезнью сердечно-сосудистой системы. Распространенность АГ в России составляет 40% среди мужчин и женщин [2]. По дан-

ным проспективных наблюдений, АГ увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в 3 раза, а от инсульта в 6 раз [3,4]. Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от ССЗ составляет 40%, а в смертность от мозгового инсульта – 70-80% [2].

Значимость АГ в России как фактора риска состоит в том, что только 37% мужчин с этой патологией знают о наличии у них АГ, 22% из них лечатся и только 5,7% лечатся эффективно. У женщин ситуация несколько лучше, и соответствующие цифры составляют 58, 45,

17,5% [5]. Обращает на себя внимание, что эти показатели в России остаются на уровне 90-х годов прошлого века, тогда как во Франции эффективность лечения составляет 24% [6], а в США эта цифра достигает 34% [7]. В то же время многочисленные контролируемые исследования (ABCD, HDFP, STOP) доказали, что грамотное и последовательное лечение АГ способно не только снизить артериальное давление (АД) до целевого уровня, составляющего менее 140/90 мм рт.ст., но и в значительной степени предотвратить развитие ее осложнений и в конечном счете увеличить продолжительность жизни больных [8-10].

По результатам проведенных исследований созданы многочисленные международные и национальные рекомендации по ведению пациентов с АГ, четко определяющие особенности диагностики и лечения АГ [11,12].

Очевидно, что выявление больных АГ, разработка законодательной, нормативной базы и ресурсное обеспечение профилактических мероприятий является в большей степени социальной проблемой и зависит в основном от государственной политики, но вопросы качественного лечения больного с уже выявленной АГ являются проблемой чисто медицинской и должны решаться на уровне первичного звена здравоохранения (участковый врач, врач общей практики). Поэтому изучение особенностей диагностики и ведения больных АГ терапевтами и кардиологами представляется крайне актуальным.

Однако в ряде исследований было показано, что практические врачи в стратегии и тактике лечения АГ недостаточно четко представляют себе конечные цели терапии АГ (максимальное снижение сердечно-сосудистых заболеваний и смертности), мало знакомы с критериями разделения по категориям риска развития сердечно-сосудистых осложнений и далеко не всегда последовательно добиваются целевых цифр АД.

Одним из методов изучения состояния диагностики и лечения АГ является анкетирование врачей.

Цель исследования

Выявление особенностей диагностики, фармако-терапии и вторичной профилактики больных с АГ и их соответствие международным и национальным рекомендациям по АГ.

Материалы и методы

В апреле - июне 2005 г. был проведен опрос 102 врачей г. Москвы по ряду вопросов диагностики и лечения АГ. Опрос проводили с помощью специально разработанных анкет, включавших 13 вопросов, касающихся особенностей ведения больных АГ. Среди участников было 64% терапевтов, 36% кар-

диологов. Среди опрошенных 56 врачей городских участковых поликлиник, 19 врачей клиничко-диагностических центров (КДЦ), 14 врачей стационаров, 5 врачей коммерческих медицинских центров, 4 врача из научно-исследовательских институтов и 3 врача частной практики. Врачи, участвовавшие в опросе, были отобраны случайно при согласии заполнения анкеты. В анкете (приложение 1) анализировали цели, которые практикующие врачи преследуют при лечении АГ, информированность врачей по вопросам вторичной профилактики АГ. Одним из основных вопросов анкеты была оценка приоритета различных классов антигипертензивных препаратов, используемых врачами в клинической практике, а также способность отличать оригинальные препараты от препаратов - дженериков.

Результаты и обсуждения

В вопросе о целях лечения АГ 80,4% опрошенных врачей правильно определили основные цели лечения АГ: достижения уровня АД менее 140/90 мм рт.ст., влияние на отдаленный прогноз заболевания (развитие фатального/нефатального инфаркта миокарда, внезапная и другая сердечно-сосудистая смерть, цереброваскулярные осложнения), 68% опрошенных к одной из основных целей лечения АГ относят улучшение самочувствия пациента.

Среди мер первичной и вторичной профилактики, обязательных во врачебной практике, 35% ответили положительно на все пункты вопроса (достижение целевого уровня АД менее 140/90 мм рт.ст, коррекция образа жизни, назначение антитромбоцитарных препаратов, гиполипидемической терапии). 24% опрошенных не назначают гиполипидемические препараты, 33% врачей не используют как способ вторичной профилактики АГ назначение антитромбоцитарных препаратов. Наибольшее внимание среди мер вторичной профилактики АГ врачи уделяют коррекции образа жизни - 92% отметили этот пункт как обязательный. Однако 16% опрошенных не указали достижение целевых цифр АД менее 140/90 мм рт.ст как меру вторичной профилактики.

Чем же руководствуются врачи при определении целевого уровня АД? 85% опрошенных врачей ориентируются на наличие факторов риска; 38% - на возраст пациента. Самочувствие пациента при определении целевых цифр учитывают 49%, и лишь 9% руководствуется национальными и международными рекомендациями по лечению АГ.

При выборе тактики лечения АГ при недостаточной эффективности низких и средних доз одного препарата 47% ответили правильно, выбрав добавление малой дозы второго препарата, что в большей степени соответствует рекомендациям ВНОК (второ-

го пересмотра), однако 9% опрошенных не используют эффективные комбинации малых и средних доз антигипертензивных препаратов, предпочитая увеличение дозировки либо замену антигипертензивного препарата; 11% опрошенных увеличили бы дозировку препарата и добавили малую дозу второго препарата, 17% – поменяли бы препарат и также добавили малую дозу второго препарата.

По данным опроса были изучены основные классы антигипертензивных препаратов, прежде всего, используемых врачами в реальной клинической практике. Основу назначений больным с АГ составили 4 класса препаратов: ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, диуретики и антагонисты кальция. Наиболее часто используемыми являются ингибиторами АПФ – их доля составляет 35%, доля β-блокаторов – 28%; диуретиков – 26%, антагонистов кальция – 10%, другие классы антигипертензивных препаратов (антагонисты рецепторов ангиотензина II, препараты центрального действия) составили около 1%.

Основными ингибиторами АПФ являются препараты эналаприла доля которых составляет 35%, из них наиболее часто назначаемым является оригинальный эналаприл (ренитек) – 17%. Престариум составляет 23% от всех ингибиторов АПФ, доля моноприла – 17%, аккупро – 10%, диротон – 8%, капотен – 3%.

Вторым по частоте назначений среди опрошенных врачей являлся класс β-блокаторов: препараты метопролола – 34%, бисопролол и атенолол – 22%, локрен – 11%, небиволол – 8%.

Третье место по частоте назначений по данным опроса занимают диуретики. Их основу составили индапамид и гипотиазид, в отношении которых приверженность врачей была примерно одинаковой – 44 и 37% соответственно. Доля калий сберегающих диуретиков составила 12%. Обращает на себя внимание, что 6% врачей используют для лечения АГ фуросемид, 1% – диакарб.

Антагонисты кальция занимают по приверженности врачей четвертое место. Самыми широко используемыми являются препараты нифедипина короткого действия – 26%, нифедипины пролонгированного действия составляют всего 8%. Препараты амлодипина – 38%, из них 12% – оригинальный амлодипин норваск; плендил – 6%, верапамил – 6%.

Из других групп препаратов, применяемых для лечения больных АГ, по опросам врачей, наибольшую долю занимают гиполипидемические средства – 29% и антагонисты рецепторов ангиотензина II – 27,5%. На препараты центрального действия приходится 16,6%. Доля нитратов составляет 29%. Такие препараты, как пумпан, предуктал, корвалол, валокордин в сумме составили 7%. Также обращает на себя внимание, что 4,9% врачей рекомендуют пациен-

там с АГ различные биологически активные добавки.

Одной из задач проведенного анкетирования являлась оценка знаний врачами отличий между оригинальными препаратами и дженериками. На вопрос о том, знают ли врачи, чем отличаются оригинальные препараты от дженериков, 89,2% дали положительный ответ. Однако при выборе оригинального препарата из нескольких предложенных всего 22,5% опрошенных верно определили оригинальные препараты из каждой группы, а именно 83,33% врачей правильно определили оригинальный индапамид – арифон, 72,5% верно определили оригинальный амлодипин – норваск, 67,65% смогли выделить оригинальный эналаприл – ренитек и всего 27,4% врачей определили оригинальный метопролол – беталок.

На вопрос о том, какие препараты, оригинальные или дженерики приходится наиболее часто назначать в реальной клинической практике, выяснилось, что всего 29,4% назначений составляют оригинальные препараты, 60,8% приходится на дженерики, 4,9% в одинаковой степени назначают оригинальные и дженерики, 6% затруднились ответить.

На вопрос, ориентируются ли врачи на информацию, предоставленную им медицинскими представителями, положительный ответ дали 85,4%, отрицательный – 12,7%, 1,96% – не ответили на вопрос.

Необходимо отметить, что полученные в результате опроса данные нельзя считать полностью репрезентативными, т.е. полностью отражающими состояние диагностики и лечения АГ в регионе. Также использованная в данном опросе анкета охватывает далеко не все аспекты диагностики и лечения АГ, что уже отмечалось нами в ранее проведенном исследовании с использованием анкетирования в Волгограде [13]. Тем не менее полученные данные, с нашей точки зрения, вызывают несомненный интерес.

В первую очередь обращает на себя внимание, что 16% опрошенных практических врачей до сих пор не считают обязательным достижение целевых цифр АД у больных АГ (несмотря на то, что достижение целевых цифр АД является обязательным во всех существующих на сегодняшний день рекомендациях по лечению АГ). У больных, не достигающих целевых цифр АД, требования к которым с каждым годом становятся жестче, как известно, сохраняется высокий риск возникновения серьезных осложнений, таких как инфаркт миокарда, цереброваскулярные заболевания и др. Настораживает также тот факт, что 38% врачей все еще учитывают возраст пациента при определении целевого АД. Всего 9% указали, что при определении целевого АД они прежде всего ориентируются на рекомендации по лечению АГ.

Анализ частоты использования различных групп антигипертензивных препаратов в реальной клиниче-

Приложение 1. Опросник по АГ для врачей.

1. Укажите учреждение, в котором Вы работаете _____
2. Укажите вашу специальность _____
3. Какие цели Вы преследуете при лечении АГ? _____
 1. Нормализация цифр АД менее 140/90 мм рт.ст. ___
 2. Влияние на прогноз заболевания (развитие фатального/нефатального инфаркта миокарда, внезапная и другая сердечно-сосудистая смерть, цереброваскулярные осложнения) _____
 3. Улучшение самочувствия _____
 4. Иное _____
4. Отметьте группы препаратов, которые Вы наиболее часто используете при лечении больных АГ (укажите не более 3 групп)

Назовите наиболее часто назначаемые препараты из каждой группы

Мочегонные _____

Бета блокаторы _____

Антагонисты кальция _____

Ингибиторы АПФ _____

Блокаторы рецепторов ангиотензина II _____

Препараты центрального действия _____

Гиполипидемические средства _____

Нитраты _____

Другие: валидол, корвалол, баралгин _____

Пищевые добавки _____
5. Какие из перечисленных выше препаратов Вы считаете препаратами первого ряда при АГ? (перечислить): _____
6. Какие меры вторичной профилактики Вы обязательно используете в своей практике (можно указать несколько пунктов).
 1. Достижение целевого уровня АД менее 140/90 мм рт.ст. _____
 2. Коррекция образа жизни _____
 3. Назначение антитромбоцитарных препаратов _____
 4. Назначение гиполипидемической терапии _____
 5. Иное _____
7. Знаете ли Вы чем отличаются дженерики от оригинальных препаратов?
 1. Да
 2. Нет
 3. Сомневаюсь
8. Согласны ли Вы с мнением, что если бы позволяли возможности, было бы неплохо лечить только оригинальными препаратами?
 1. Да
 2. Нет

9. Какие препараты Вам приходится наиболее часто назначать – оригинальные или дженерики в реальной клинической практике?
 1. Оригинальные
 2. Дженерики
10. Если Вы знаете, что существует более эффективное лечение, но этого препарата нет в льготном списке, Вы:
 1. Умолчите о нем _____
 2. Оповестите пациента о существовании этого препарата _____
 3. Приложите все усилия для того, чтобы пациент получал этот препарат. _____
11. Какая тактика лечения АГ для Вас наиболее предпочтительна при недостаточной эффективности низких и средних доз одного препарата?
 1. Увеличить дозировку препарата _____
 2. Добавление малой дозы второго препарата _____
 3. Поменять препарат _____
 4. Иное _____
12. Чем Вы руководствуетесь при определении целевого уровня АД?
 1. Возраст пациента _____
 2. Исходный уровень АД _____
 3. Самочувствие пациента _____
 4. Наличие факторов риска _____
 5. Иное _____
13. Выберите из нижеперечисленных препаратов те, которые являются оригинальными
 1. Нормодипин _____
 2. Норваск _____
 3. Амлодипин _____
 4. Эгилек _____
 5. Метопролол _____
 6. Беталек _____
 7. Эналаприл _____
 8. Ренитек _____
 9. Арифон _____
 10. Индапамид _____
14. Ориентируетесь ли Вы на информацию, предоставленную медицинскими представителями?
15. Медицинские представители каких фирм к Вам ходят наиболее часто.

ской практике показал, что наиболее часто используемыми являются ингибиторы АПФ, в назначении которых отмечается положительная тенденция, по сравнению с данными исследования ПИФАГОР в 2002 г., в котором доля каптопена составила 21%, тогда как в 2005 г. врачи наиболее активно использовали новые ингибиторы АПФ; ингибиторы АПФ короткого действия составили 3%. Редко назначаемой группой препаратов оказались антагонисты кальция, несмотря на то, что этот класс препаратов во всем мире занимает первое место по частоте использования при АГ. При этом значительную долю назначений препаратов нифедипина составляют нифедипины короткого действия, несмотря на огромный выбор современных

продолженных нифедипинов и их невысокую стоимость. Обращает на себя внимание очень ограниченное применение такого современного класса антигипертензивных препаратов как антагонисты рецепторов ангиотензина II.

Поверхностный опрос по знанию оригинальных препаратов выявил серьезные дефекты. Так, всего 22,5 % опрошенных правильно определили оригинальные препараты из основных групп антигипертензивных препаратов. Такой же интерес представляют данные по реальному назначению оригинальных препаратов и дженериков практикующими врачами, которые свидетельствуют о том, что доля назначений оригинальных препаратов составляет всего 29,4%.

Заключение

Учитывая результаты опроса, можно предположить, что реальная практика диагностики и лечения АГ существенно отличается от международных и национальных рекомендаций, что, возможно, связано как с недостаточными теоретическими знаниями врачей, так и с определенными трудностями практического здравоохранения. На сегодняшний день имеется достаточно научных данных и практического опыта, основанных на принципах доказатель-

ной медицины, чтобы положительно влиять на прогноз и продолжительность жизни у пациентов с АГ. Улучшение ситуации в отношении диагностики, лечения и вторичной профилактики АГ возможно путем совместных усилий системы здравоохранения, других государственных и общественных организаций, направленных на систематическое образование всех врачей, участвующих в лечении больных АГ, прежде всего терапевтов и кардиологов.

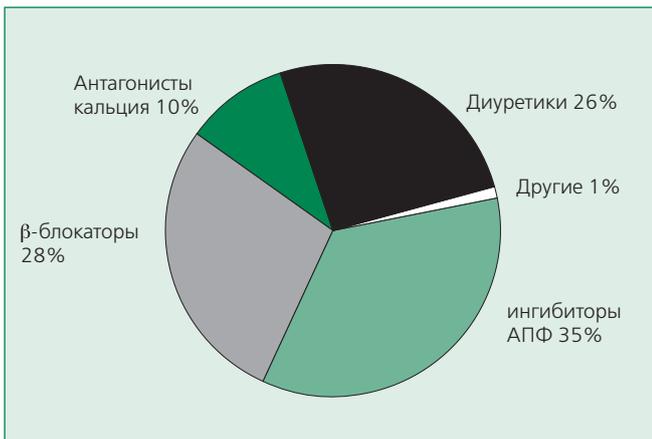


Рис. 1. Число врачей (%), которые рассматривают различные группы препаратов как препараты первого ряда.

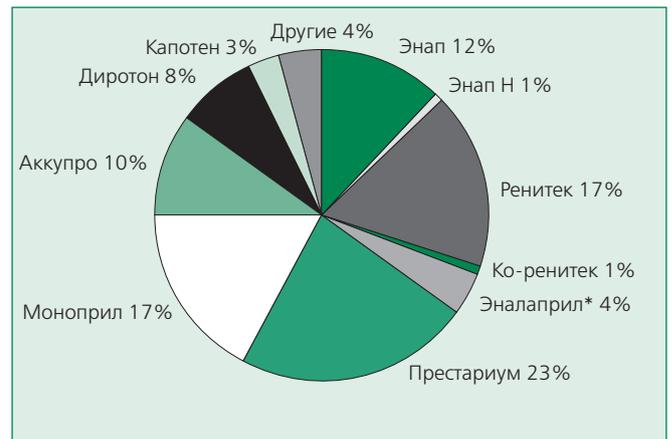


Рис. 2. Число врачей (%), назначающих различные ингибиторы АПФ

*Эналаприл указывался непосредственно врачами в анкетах и мог обозначать как коммерческое, так и непатентованное международное название препарата.

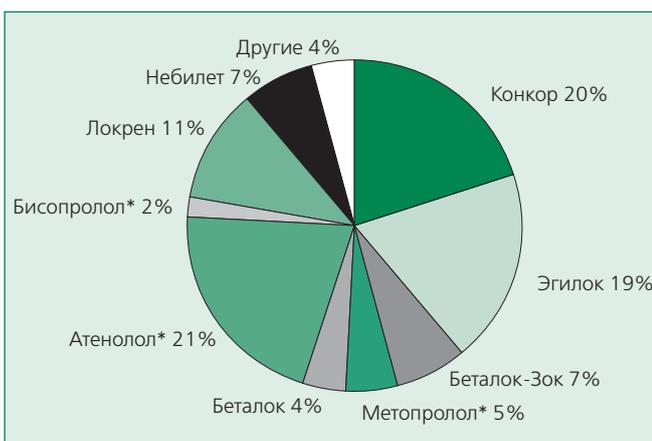


Рис. 3. Число врачей (%), назначающих различные β-блокаторы

* Метопролол, бисопролол, атенолол указывались непосредственно врачами и могли обозначать как коммерческое, так и непатентованное международное название препарата.

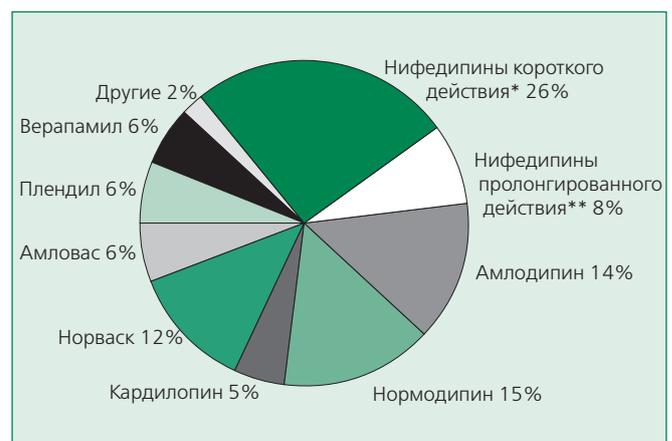


Рис. 4. Число врачей (%), назначающих различные антагонисты кальция

* Среди нифедипинов короткого действия были указаны кордафлекс, коринфар, кордипин, нифекард, нифедипин.** Среди нифедипинов пролонгированного действия были указаны Нифекард XL, Кордипин XL.

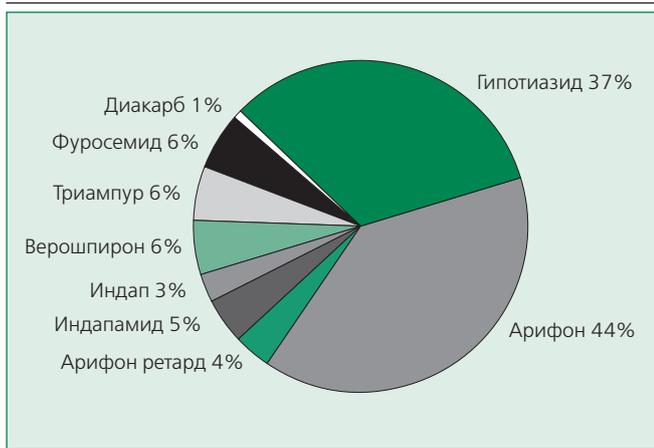


Рис. 5. Число врачей (%), назначающих различные диуретики

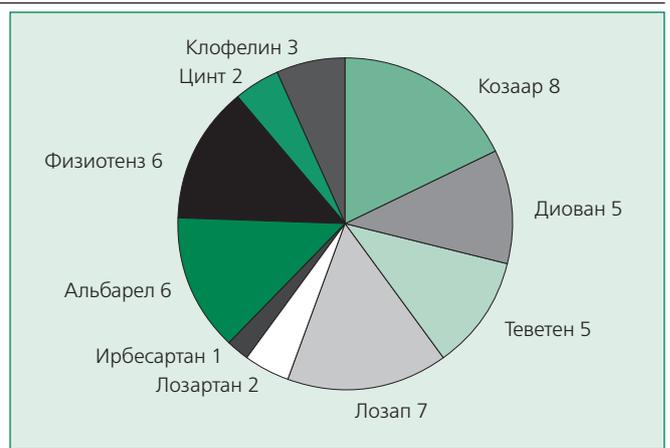


Рис. 6. Число врачей (n), назначающих антагонисты рецепторов ангиотензина II и препараты центрального действия

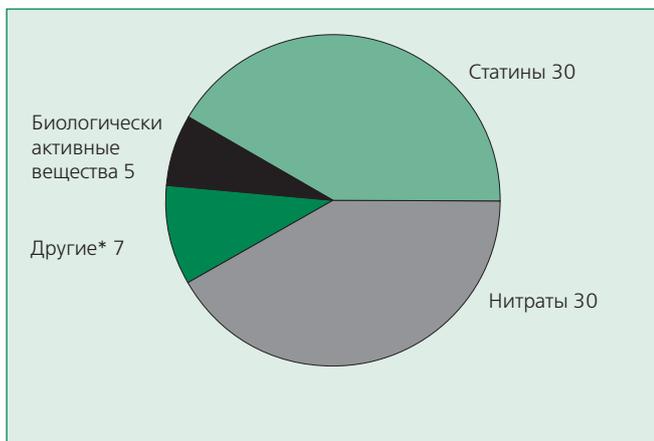


Рис. 7. Число врачей (n), назначающих другие группы препаратов при лечении АГ.

* В группе другие указывались следующие препараты: корвалол, пумпан, предуктал, валокордин, коаксил, транквилизаторы.

Литература

- Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваскулярная терапия и профилактики 2002; 3: 4-8.
- Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России. Автореф. дисс докт мед наук. Москва 1999.
- Жуковский Г.С., Константинов В.В., Варламова Т.А. и др. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация в России и других странах. РМЖ 1997; 5(9): 551-8.
- Kannel WB. Артериальное давление как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. JAMA 1996; 275(24): 1571-6.
- Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль. Профилактика заболевание и укрепление здоровья 2001; 4(2): 3-7.
- Chamontin B, Mallion JM, Lang T, et al. Prevalence treatment, control of hypertension in General practice in France. Can J Cardiol 1997; 13 (Suppl B): 1267.
- The seventh report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC J Report. JAMA 2003; 289 (19): 2560-72.
- Savage S, Nagel NJ, Estacio RO et al. ABCD Trial (Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes). Online J Curr Clin Trials 1993 (doc?3 104).
- HDFP (Hypertension Detection and Follow – up Program), The HDFP cooperative group. JAMA 1979; 242: 2562-2571.
- Hansson L, Dahlof B, Ekbom T et al. STOP – Hypertension (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension), a. Cardiovasc Drug Ther 1990; 4: 1253-1256
- Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Всероссийское научное общество кардиологов, 2004 г.
- Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов, 2003г. Артериальная гипертензия 2004; 10 (2): 65-97.
- Марцевич С.Ю., Оганисян Н.С., Дмитриева Н.А. и др. Состояние диагностики и лечения артериальной гипертензии по данным опроса врачей г. Волгограда и Волгоградской области. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2005; 2: 32-36.