

РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПИФАГОР IV: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ

Леонова М. В.¹, Штейнберг Л. Л.¹, Белоусов Ю. Б.¹, Белявская Д. В.¹, Выдрин О. И.¹, Пастернак Е. Ю.¹, Белоусов Д. Ю.² и группа исследователей

Цель. Проведение нового этапа фармако-эпидемиологического исследования АГ — ПИФАГОР IV — для изучения структуры и частоты применения различных классов антигипертензивных препаратов (АГП) в клинической практике.

Материал и методы. Исследование проводилось методом опроса врачей (терапевтов, кардиологов и др.), имеющих практику лечения пациентов с АГ с помощью специально разработанных анкет. Анкетировано 1105 врачей (67,5% терапевтов, 28,1% кардиологов и 8,2% др.) из 73 городов и населенных пунктов России за период с февраля по июль 2013г.

Результаты. Структура АГП, которые врачи используют для лечения больных с АГ, включает 5 основных рекомендованных классов: ингибиторы АПФ (доля 24,2%), β-адреноблокаторы (18,9%), диуретики (18,9%), антагонисты кальция (17,4%) и антагонисты рецепторов ангиотензина II (16%), суммарная доля которых достигает 95,4%. Доли дополнительных классов: препаратов центрального действия — 3,4%, доля α-адреноблокаторов — 1,2%. В классе ингибиторов АПФ наибольшие доли имеют 5 препаратов: периндоприл (доля 20,3%), эналаприл (18,3%), лизиноприл (18,5%), рамиприл (14,2%) и фозиноприл (13,6%). В классе β-блокаторов наибольшие доли имеют бисопролол (доля 30,2%), метопролол в лекарственных формах обычного и модифицированного высвобождения (суммарная доля — 25,2%), карведилол (16%). Класс диуретиков наполовину представлен индапамидом (доля 54,8%); торасемидом (18,4%), гидрохлортиазидом (19,4%). В классе антагонистов кальция наибольшие доли имеют: амлодипин (доля 32,6%) в т.ч., S-амлодипин — 1,8%, нифедипин в разных лекарственных формах (21,5%), в т.ч., доля форм с модифицированным высвобождением — 14,3%, верапамил в разных лекарственных формах (14,6%), дилтиазем в разных лекарственных формах (13%). В классе АРАII наибольшие доли составили лосартан (37,3%) и валсартан (29,9%). Класс препаратов центрального действия представлен моксонидином (74,1%), рилменидином (8%) и клофелином (18%). Увеличилась приверженность врачей к выбору фиксированных комбинаций до 52,6%; повысилась доля комбинаций антагонистов кальция с ингибиторами АПФ до 29,1%, а снижение доли получили комбинации β-блокаторов с диуретиком — до 15,6%. Врачи используют адекватные критерии выбора АГП и рекомендованные критерии эффективности лечения (целевой уровень АД).

Заключение. Анализ приверженности врачей показал соответствие современным национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ; врачи

активно используют комбинированную фармакотерапию и современные фиксированные препараты.

Российский кардиологический журнал 2015, 1 (117): 59–66

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-1-59-66>

Ключевые слова: фармакоэпидемиология, антигипертензивные препараты, ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов АПII, препараты центрального действия.

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва; ²Российское общество клинических исследователей, Москва, Россия.

Леонова М. В.* — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАЕН, профессор кафедры клинической фармакологии, Штейнберг Л. Л. — ассистент кафедры клинической фармакологии, Белоусов Ю. Б. — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, заведующий кафедрой клинической фармакологии, Белявская Д. В. — интерн кафедры клинической фармакологии, Выдрин О. И. — интерн кафедры клинической фармакологии, Пастернак Е. Ю. — интерн кафедры клинической фармакологии, Белоусов Д. Ю. — член общества.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): anti23@mail.ru

АГ — артериальная гипертензия, АГП — антигипертензивные препараты, АД — артериальное давление, АРАII — антагонисты рецепторов ангиотензина II, АПФ — ангиотензинпревращающий фермент, ДЛО — дополнительное льготное обеспечение, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, МОАГ — Международное общество артериальной гипертензии, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЦВБ — цереброваскулярная болезнь.

Рукопись получена 02.09.2014

Рецензия получена 04.09.2014

Принята к публикации 11.09.2014

RESULTS OF PHARMACOEPIDEMIOLOGIC STUDY OF ARTERIAL HYPERTENSION PIFAGOR IV: PHYSICIANS COMPLIANCE

Leonova M. V.¹, Steinberg L. L.¹, Belousov Yu. B.¹, Belyavskaya D. V.¹, Vydrina O. I.¹, Pasternak E. Yu.¹, Belousov D. Yu.² and Research Team members

Aim. To conduct the new stage of pharmaco-epidemiologic study of AH — PIFAGOR IV to study the structure and prevalence of various classes of antihypertensive drugs usage (ADU) in clinical practice.

Material and methods. The study was conducted with physicians questionnaires usage (GPs, cardiologists), having the practice of AH patients treatment with specially developed questionnaires. Totally 1105 physicians studied (67,5% GPs, 28,1% cardiologists, 8,2% the others) from 73 cities and other places during the period from february to july 2013.

Results. The ADU structure by physicians in AH patients includes 5 main recommended drug classes: ACE inhibitors (24,2%), β-adrenoblockers (18,9%), diuretics (18,9%), calcium channel antagonists (17,4%) and angiotensin II receptor blockers (16%), totally 95,4%. Other classes included: central-acting drugs — 3,4%, α-adrenoblockers — 1,2%. In ACE inhibitors class the main are five following: perindopril (20,3%), enalapril (18,3%), lisinopril (18,5%), ramipril (14,2%) and fosinopril (13,6%). In β-blocker class the main are bisoprolol (30,2%), metoprolol in modified and common compounds (25,2%), carvedilol (16%). Diuretic class consists by a half of indapamide (54,8%), torasemide (18,4%), hydrochlorothiazide (19,4%). In calcium antagonists the main are amlodipine (32,6%) including S-amlodipine (1,8%), nifedipine in various forms (21,5%), with modified release — 14,3%, verapamil in various forms (14,6%), diltiazem (13%). In

ARBII the main are losartan (37,3%), valsartan (29,9%). Central drug class included moxonidine (74,1%), rilmenidine (8%), clopheline (18%). The part of physicians compliant to fixed drug combinations increased to 52,6%; the part of ACE inhibitors with calcium channel blockers increased to 29,1%, and decrease found for β-blockers with diuretic — 15,6%. Physicians use more adequate criteria for AHT and recommended criteria for treatment effectiveness control (target BP).

Conclusion. Analysis of physicians compliance showed the relevance to national guidelines for diagnostics and treatment of AH; physicians actively use combination therapy and modern fixed dose compounds.

Russ J Cardiol 2015, 1 (117): 59–66

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-1-59-66>

Key words: pharmacoepidemiology, antihypertensive drugs, ACE inhibitors, β-adrenoblockers, calcium antagonists, ATI receptor antagonists, central-acting drugs.

¹SBEI HPE Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov, Moscow;

²Russian Society of Clinical Investigators, Moscow, Russia.

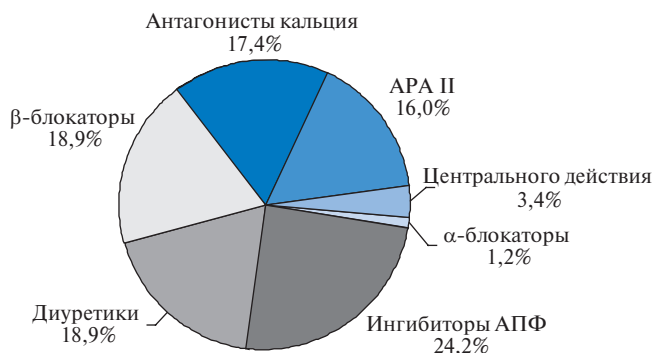


Рис. 1. Общая структура назначаемых врачами классов АГП (доли, %).

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием взрослого населения в современном мире. Проблему представляет ассоциация АГ с вовлечением главных органов-мишеней (сосуды, сердце, мозг, почки) и развитием других серьезных сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, ХСН, ЦВБ), приводящих к тяжелым инвалидизирующим осложнениям и смертности. Поэтому главной целью лечения больных с АГ, согласно международным рекомендациям по диагностике и лечению АГ, является максимальное снижение риска развития осложнений и смертности. Для достижения этой цели необходимо не только снижение уровня АД до целевого уровня, но также обеспечение органопротективных и других благоприятных эффектов фармакотерапии. С 2007г для повышения эффективности фармакотерапии рекомендуется более активно использовать комбинации антигипертензивных препаратов (АГП), в том числе в качестве стартовой терапии [1-4].

Приверженность врачей в проведении фармакотерапии АГ в соответствии с современными рекомендациями имеет важное значение для улучшения результатов лечения больных с АГ в реальной практике: ведь первичным является назначение антигипертензивной терапии врачом, а вторичным — приверженность (комплаентность) пациентов к назначенной терапии.

Для изучения фармакоэпидемиологии АГ в России с 2001г проводится исследование ПИФАГОР: ПИФАГОР I-II (2001-2002гг), ПИФАГОР III (2008г) [5, 6]. Результаты исследования отражают структуру и частоту применения различных классов АГП в клинической практике, а также выполнение последних Национальных рекомендаций по диагностике и лечению АГ (РМОАГ, 2010г). В этой связи, в 2013г был инициирован новый этап фармако-эпидемиологического исследования ПИФАГОР IV, первые результаты которого представлены в статье.

Материалы и методы

Дизайн фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР IV основан на опросе врачей и пациентов с АГ.

Опрос врачей, работающих в различных ЛПУ и имеющих постоянную практику лечения больных с АГ, проводился с помощью специально разработанных анкет, включающих 8 вопросов об особенностях использования АГП. Анкетирование проводилось с февраля по июль 2013г в 73 городах и населенных пунктах России; списки городов и руководителей исследовательских групп, участвовавших в сборе анкет, опубликованы ниже.

1105 анкет врачей была признаны валидными для обработки. Обработка анкет проводилась с применением современных компьютерных технологий и программы FormReader ("Abbyy", Россия).

Общая характеристика участников исследования: 67,5% терапевтов, 28,1% кардиологов и 8,2% врачей других специальностей (врачи общей практики, клинические фармакологи, эндокринологи и др.); 56,2% врачей амбулаторно-поликлинического звена, 36% врачей стационаров, 8,2% врачей клинко-диагностических центров и 3,3% врачей из других ЛПУ.

Результаты и обсуждение

Анализ структуры АГП, которые используются врачами для лечения больных с АГ показал, что основу врачебных назначений больным с АГ составили 5 рекомендованных классов препаратов: ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция и антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II), суммарная доля которых достигает 95,4% (рис. 1). Распределение их долей в общей структуре оказалось равномерным с небольшим преимуществом ингибиторов АПФ (24,2%) и меньшей долей антагонистов рецепторов ангиотензина II (16%). Остальные классы АГП, имеющие дополнительное значение в фармакотерапии АГ, составили весьма малую долю в приверженности врачей: доля препаратов центрального действия — 3,4%, доля α-адреноблокаторов — 1,2%.

Сравнение полученных результатов с результатами исследования ПИФАГОР III (2008г) показало некоторое уменьшение долей ингибиторов АПФ, диуретиков, β-блокаторов и антагонистов кальция в сторону двукратного увеличения доли АРА II (16% против 8% в 2008г) (рис. 2).

Анализ частоты назначения врачами различных классов АГП выявил, что наиболее часто назначаемыми препаратами остаются ингибиторы АПФ (93,8% в сравнении с 95,8% в 2008г), второе место по частоте применения занимают β-блокаторы и диуретики (73,1% и 73,2%), третье место — антагонисты кальция и АРА II (67,3% и 62,1%) со значительным увеличением частоты назначения АРА II. Частота применения врачами препаратов центрального действия не изменилась в сравнении с данными ПИФАГОР III и устойчиво составляет 13,3%; не изменилась

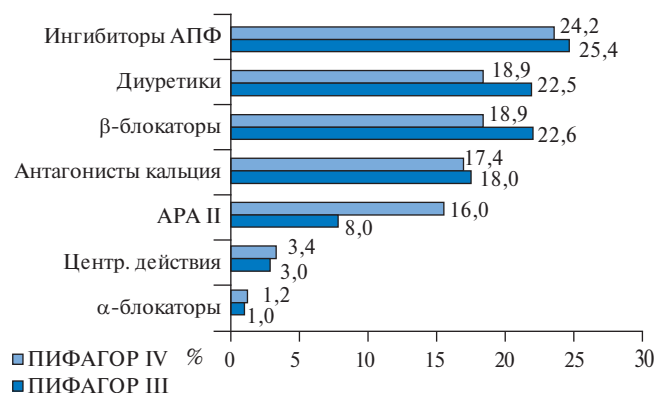


Рис. 2. Сравнение долей различных классов АГП по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

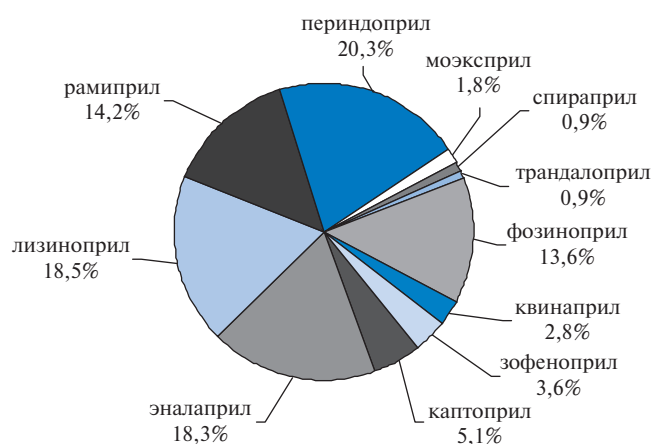


Рис. 4. Структура распределения препаратов класса ингибиторов АПФ (доли, %).

приверженность врачей к использованию α-блокаторов (4,6% в сравнении с 3,9% в 2008г) (рис. 3).

Структура класса ингибиторов АПФ представлена 12 препаратами, из которых наибольшие доли имеют 5 препаратов: периндоприл (20,3%), эналаприл (18,3%), лизиноприл (18,5%), рамиприл (14,2%) и фозиноприл (13,6%); их совокупная доля составила 85%. Доли остальных представителей класса ингибиторов АПФ (квиноприл, моэксиприл, спираприл, трандалоприл) составили менее 5% (рис. 4). Один из новых ингибиторов АПФ с высокой липофильностью и дополнительным антиоксидантным действием — фозиноприл — составил 3,6% в приверженности врачей.

В сравнении с результатами ПИФАГОР III лидирующее положение среди класса ингибиторов АПФ в приверженности врачей имеет периндоприл (20,3% против 17% в 2008г) (рис. 5). Эналаприл потерял свою лидирующую позицию в ряду ингибиторов АПФ — его доля уменьшилась и стала сопоставимой с долей лизиноприла (18,3% и 18,5%, соответственно). Значимо возросла доля рамиприла (14,2% против 9% в 2008г); доли других высоко-липфильных и длительно-действующих ингибиторов АПФ существенно

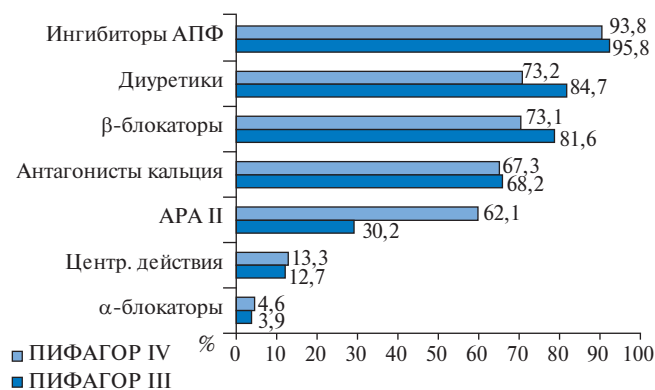


Рис. 3. Сравнение частоты назначения различных классов АГП по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (%).

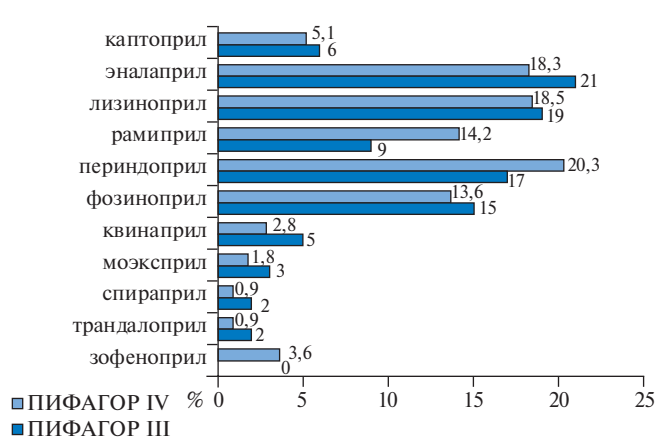


Рис. 5. Сравнение структуры класса ингибиторов АПФ по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

не изменились. Каптоприл остался на прежнем месте — его доля составила 5,1% в приверженности врачей.

В классе ингибиторов АПФ врачи назвали 40 торговых наименований препаратов (против 31 в 2008г), которые они назначают пациентам с АГ. Среди них наиболее часто врачи используют престариум (48,6% опрошенных врачей), диротон (27,4%), эналаприл (27,4%) и энап (20,7%).

По результатам опроса врачей лидирующую позицию в классе β-блокаторов занимает сопролол (доля 30,2%); чуть меньшая доля принадлежит метопрололу в лекарственных формах обычного и модифицированного высвобождения (суммарная доля 25,2%) (рис. 6). Третье место в приверженности врачей занял карведилол (доля 16%), относящийся к β-блокаторам III поколения с дополнительным вазодилатирующим действием.

В сравнении с данными ПИФАГОР III в структуре класса β-блокаторов отмечено уменьшение долей метопролола, небиволола и бетаксолола, что связано с возросшей долей карведилола (рис. 7). Наблюдается дальнейшее уменьшение доли атенолола (3% против 9% в 2008г), что обусловлено его негативными мета-

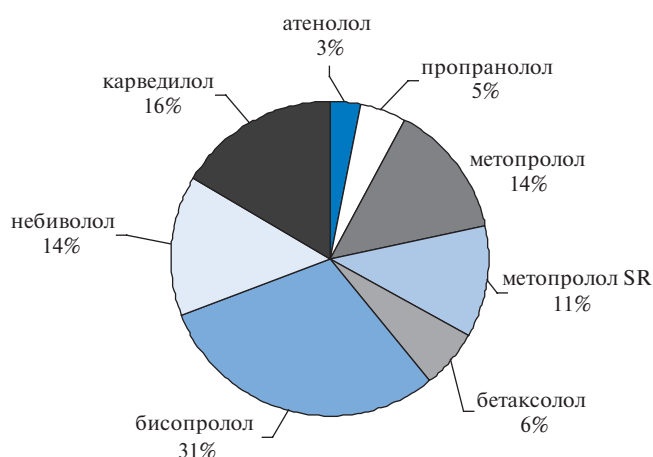


Рис. 6. Структура распределения препаратов класса β-блокаторов (доли, %).

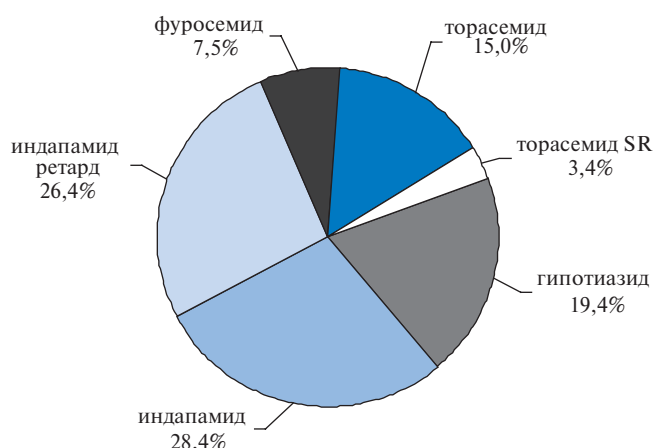


Рис. 8. Структура распределения препаратов класса диуретиков (доли, %).

болическими эффектами (высокий риск развития сахарного диабета) и недостаточным снижением риска развития инсультов в сравнении с другими АГП [7, 8]. Вместе с тем, доля устаревшего неселективного β-блокатора пропранолола остается на уровне 4,7% в приверженности врачей, что не может иметь доказанных обоснований. Кроме того, 0,7% врачей указали на использование соталола, что, вероятно, связано с рекомендациями по его применению для купирования гипертонических кризов.

В классе β-блокаторов врачи указали 45 торговых наименований препаратов (против 33 в 2008г); среди них наиболее часто назначают конкор (74,1% опрошенных врачей), беталок зок (34,4%), эгилок (22,7%) и небилет (17%).

Класс диуретиков в приверженности врачей наполовину представлен индапамидом в простой и ретардной формах (54,8%) (рис. 8). Предпочтение врачей к выбору этого тиазидоподобного диуретика обоснован особым механизмом вазодилатирующего эффекта и более благоприятным профилем безопасности, особенно в малых дозах (1,5 мг) [9]. Значимым измене-

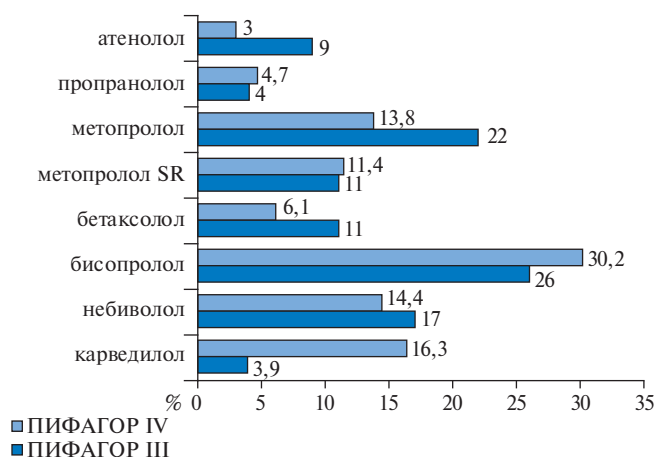


Рис. 7. Сравнение структуры класса β-блокаторов по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

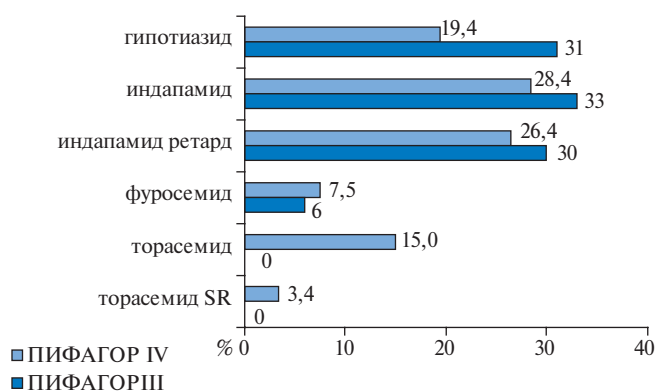


Рис. 9. Сравнение структуры класса диуретиков по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

нием в структуре диуретиков является появление торасемида — его суммарная доля для обычной и ретардной форм составила 18,4%, что сопоставимо с долей гидрохлортиазида (19,4%). Торасемид относится к новым петлевым диуретикам, который в клинических исследованиях у больных с АГ показал свою эффективность [10]. В сравнении с данными ПИФАГОР III отмечается некоторое уменьшение долей индапамида и гидрохлортиазида в сторону нового диуретика — торасемида (рис. 9).

В ряду класса диуретиков врачи называют 28 торговых наименований (против 21 в 2008г), среди которых по частоте назначения лидируют индапамид (39,1% опрошенных врачей), гипотиазид (38,1%), диувер (30%); арифон и арифон-ретард составили по частоте 18 и 18,5%. Вместе с тем, 17% врачей при опросе указали спиронолактон, 0,9% — диакарб и 0,3% — маннитол, что не имеет обоснований к применению при АГ.

Лидирующее положение среди препаратов класса антагонистов кальция в приверженности врачей по-прежнему занимает антагонист кальция III поколе-

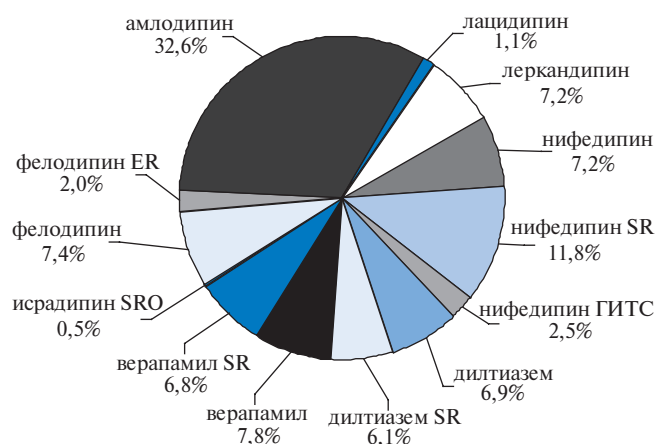


Рис. 10. Структура препаратов класса антагонистов кальция (доли, %).

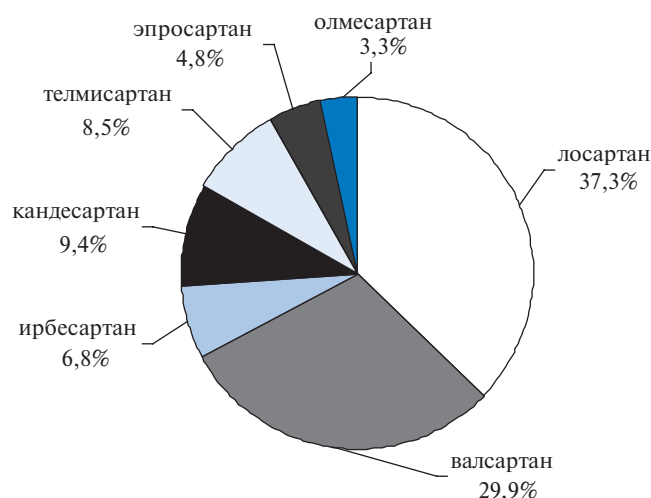


Рис. 12. Структура препаратов класса антагонистов рецепторов АП II (доли, %).

ния — амлодипин (доля 32,6%) доля которого существенно не изменилась в сравнении с 2008г (рис. 10). На сегодняшний день это самый изученный антагонист кальция с большой доказательной базой отдаленной эффективности и безопасности, обеспечивающий снижение рисков развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ, в том числе в сочетании с ИБС, и обладающий преимуществом в снижении риска развития инсультов [11,12]. Вместе с тем, 1,8% в доле амлодипина врачами отмечен S-амлодипин (левамлодипин), который имеет лучшую переносимость и меньшую частоту развития отеков лодыжек, но недоказанную отдаленную эффективность [13]. Второе место по значимости для врачей занимает нифедипин и его лекарственные формы с модифицированным высвобождением — суммарная доля 21,5% (против 30% в 2008г), из них доля форм с модифицированным высвобождением — 14,3%.

В сравнении с данными ПИФАГОР III суммарная доля “старых” препаратов короткого действия (нифе-

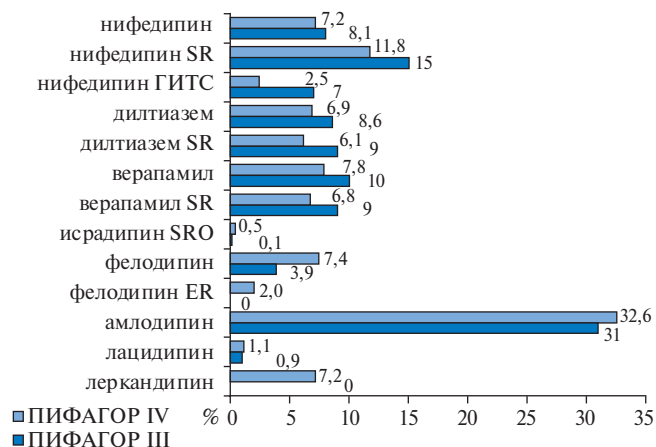


Рис. 11. Сравнение структуры класса антагонистов кальция по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

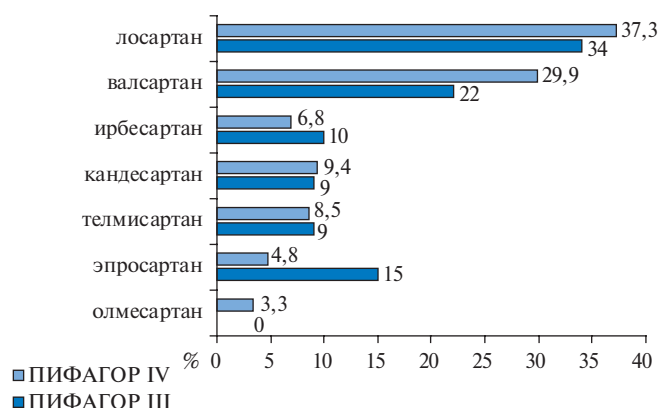


Рис. 13. Сравнение структуры класса АРА II по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

дипина, дилтиазема, верапамила) продолжает сокращаться и составляет 21,9% (против 27% в 2008г), а доля их лекарственных форм модифицированного высвобождения (ретардных форм) также несколько уменьшилась до 27,2% (против 33% в 2008г) (рис. 11). При этом, доля антагонистов кальция длительного действия, которые наиболее оптимально контролируют уровень АД в течение суток, увеличилась до 51%. Так, более чем вдвое возросла доля фелодипина (9,4% против 3,9% в 2008г), а доля нового антагониста кальция III поколения — леркандипина — составила 7,4%.

В классе антагонистов кальция врачи отметили 57 различных торговых наименований (против 45 в 2008г), что связано с большим многообразием лекарственных форм препаратов. Наиболее часто врачи называли амлодипин (51% опрошенных врачей), нормодипин (18,4%) и норваск (18,5%). В ряду препаратов нифедипина врачи указали 22 торговых наименований (против 16 в 2008г); наибольшая частота назначения приходится на формы короткого

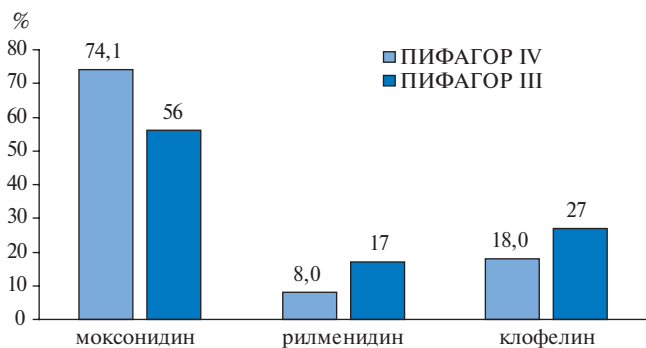


Рис. 14. Сравнение структуры препаратов центрального действия по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

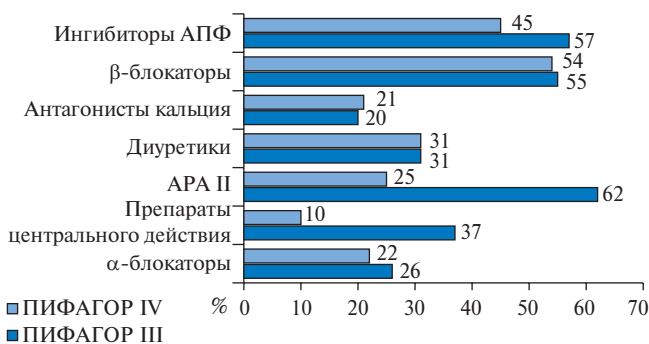


Рис. 15. Сравнение доли оригинальных препаратов в каждом классе АГП по данным исследований ПИФАГОР III и ПИФАГОР IV (доли, %).

действия — кордафлекс и нифедипин (6,5% и 5,9%, соответственно), из форм пролонгированного действия наибольшую частоту имеет кордипин XL и нифекард XL (4,3% и 3,1%, соответственно).

Среди препаратов класса АРА II наибольшие доли в приверженности врачей показали лосартан (37,3%) и валсартан (29,9%), доли которых увеличились в сравнении с 2008г (рис. 12). Другие препараты АРА II (ирбесартан, телмисартан и кандесартан) используются врачами по-прежнему в долях менее 10% (рис. 13); появился новый препарат олмесартан (его доля 3,3%).

В классе АРА II врачи указали 24 торговых наименования (против 14 в 2008г); чаще всего врачи используют лозап (48,3% опрошенных врачей), лориста (35,6%) и валз (23,7%).

Среди препаратов класса α-блокаторов основную долю представляет доксазозин (74%) и празозин (26%).

Анализ структуры препаратов с центральным механизмом действия показал, что наибольшая доля принадлежит препаратам II поколения: моксонидину (74,1%) и рилменидину (8%); доля клофелина уменьшилась до 18% (против 27% в 2008г), но по частоте назначения его указали 14% опрошенных врачей (рис. 14). Всего торговых наименований препаратов

центрального механизма врачи указали 14; наиболее часто они используют физиотенз (44% опрошенных врачей). Кроме того, 5,8% врачей назначают метилдопу и 0,2% — адельфан.

При анализе результатов опроса врачей о приверженности к выбору разных АГП были изучены предпочтения к использованию оригинальных препаратов перед препаратами-генериками, объем которых значительно увеличился за прошедшие 5 лет. Оказалось, что предпочтение врачей к выбору оригинальных препаратов составило в среднем 34,6% (43% в 2008г). Причем, доля оригинальных препаратов в классах β-блокаторов, антагонистов кальция, диуретиков и α-блокаторов существенно не изменилась в приверженности врачей, тогда как для ингибиторов АПФ и, особенно, АРА II доля оригинальных препаратов существенно уменьшилась (для АРА II — в 2,5 раза) в сторону препаратов-генериков, что может объясняться увеличением количества препаратов-генериков в этих классах (рис. 15).

По данным опроса, при выборе АГП врачи учитывают такие факторы, как сопутствующие заболевания (90,6% опрошенных врачей), степень повышения АД (90,9%), наличие поражения органов-мишеней (85,4%), возраст пациентов (78,3%), которые позволяют индивидуализировать выбор фармакотерапии в эмпирическом подходе лечения АГ. С другой стороны, врачи указали и такие факторы как степень доказанности эффективности (63%), стоимость препарата и социальный статус пациента (59,5%), которые по рекомендациям ВОЗ также имеют большое значение в достижении высокой эффективности антигипертензивной терапии. Среди дополнительных факторов, влияющих на выбор АГП, врачи назвали список ДЛО (30%) и лекарственный формуляр учреждения (18%); доля рекламы не более 3%.

Большое значение при проведении антигипертензивной терапии имеют не только выбор АГП, но и критерии оценки эффективности лечения. С 2001г в международные и национальные рекомендации по лечению АГ было введено понятие “целевого уровня АД”, как уровня, при котором достигается максимальное снижение риска развития осложнений АГ; для всей популяции пациентов с АГ целевое АД составляет менее 140/90 мм рт.ст., а с 2003г определен целевой уровень для отдельных категорий больных с диабетом и заболеваниями почек — 130/80 мм рт.ст. и менее. Результаты настоящего опроса врачей выявили сохраняющуюся высокую частоту использования понятия “целевого уровня” АД (140/90 мм рт.ст. и менее) — 77,5% (против 70% в 2008г), включая 60% врачей, указавших на необходимость достижения более низкого уровня (до 130/80 мм рт.ст.) у отдельных категорий пациентов. Вместе с тем, понятие “рабочее АД” продолжают применять 17,5% (против 18% в 2008г).

В международных и национальных рекомендациях последних лет повышается роль комбинированной антигипертензивной терапии для достижения лучших результатов лечения больных с АГ. Уже по данным ПИФАГОР III в 2008г врачи показали высокую приверженность к применению комбинированной фармакотерапии. В настоящем исследовании в приверженности врачей сохранилась такая же частота применения комбинированной терапии, причем отмечается нарастание частоты выбора фиксированных комбинаций (рис. 16).

С 2010г был уточнен состав рациональных комбинаций АГП на основании накопленных результатов различных клинических исследований. Так, наряду с комбинациями на основе тиазидных диуретиков, которые имеют наиболее рациональные фармакодинамические обоснования и широко распространены в клинической практике, получили новое развитие комбинации на основе антагонистов кальция. Так, получила обоснования комбинация антагонистов кальция с ингибиторами АПФ, в результате взаимодействия более значительно уменьшается пульсовое АД и максимально снижается риск развития сердечно-сосудистых осложнений (результаты исследования ASCOT-BPLA). Особое значение получила комбинация антагонистов кальция и АРАП, фармакодинамическое взаимодействие которых позволяет почти в 2 раза уменьшать частоту развития отеков лодыжек, связанных с применением антагонистов кальция [14].

Структура свободных комбинаций, используемых врачами, представлена на рисунке 17. Большинство опрошенных врачей предпочитают назначать комбинации ингибиторов АПФ с диуретиком — их доля не изменилась с 2008г. Возросла доля комбинаций антагонистов кальция с ингибитором АПФ — до 29,1% (против 22% в 2008г), что, безусловно, является отражением результатов крупных клинических исследований (в частности, ASCOT, ACCOMPLISH). Предпочтение к использованию комбинаций β -блокаторов с диуретиком уменьшилось и доля сократилась на 30%; данные комбинации характеризуются наиболее неблагоприятными метаболическими побочными эффектами и не являются рациональными.

Характеристика фиксированных комбинированных препаратов, которые используют врачи, представлена на рисунке 18. Наибольшую долю в предпочтении врачей имеют комбинации ингибитор АПФ/диуретик, второе место — у комбинаций АРАП/диуретик, третье место — у комбинаций антагонист кальция/другой АГП (среди них почти 75% занимают комбинации антагонист кальция/ингибитор АПФ). Всего врачи используют 60 разных фиксированных комбинаций; среди них чаще всего врачи называют Престанс (34,5% опрошенных врачей), Лозап-плюс (44,2%), Нолипрел (38,1%), Экватор (26,2%), Энап-Н

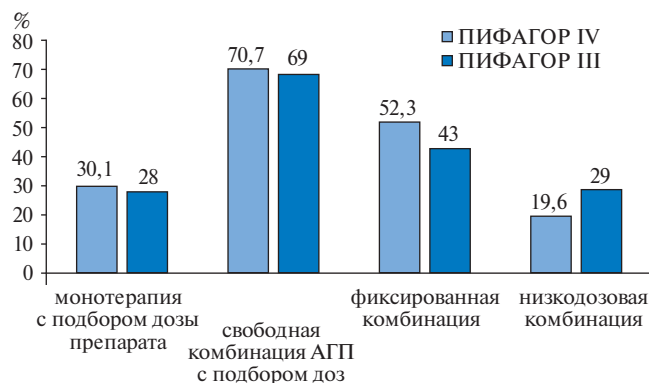


Рис. 16. Частота приверженности врачей к разной тактике фармакотерапии АГ.

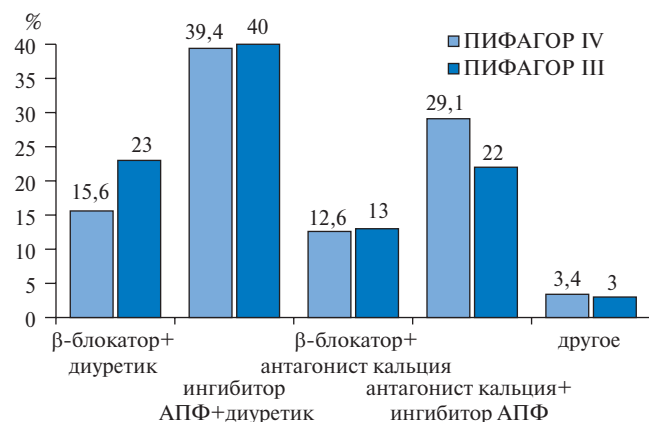


Рис. 17. Приверженность врачей к различным свободным комбинациям АГП (доли, %).

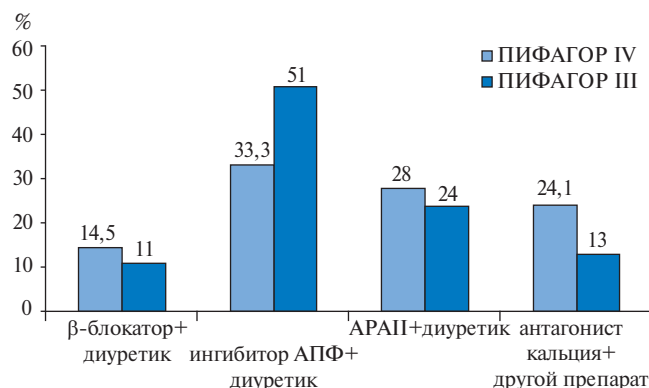


Рис. 18. Приверженность врачей к различным фиксированным комбинациям АГП (доли, %).

(24,5%), Лориста Н (20%), Лодоз (19%), Эксфорж (17,3%).

Заключение

1. Анализ приверженности врачей при проведении антигипертензивной терапии в реальной практике показал соответствие современным Национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ.

2. При выборе АГП врачи используют рекомендуемые ВОЗ/МОАГ факторы, включающие факторы риска, факторы, влияющие на прогноз, степень доказательности эффективности и безопасности АГП, социально-экономический статус пациентов.

3. Врачи руководствуются критерием “целевого” уровня АД для оценки эффективности антигипертензивной терапии.

4. Врачи стали адекватно оценивать и учитывать преимущества и недостатки разных классов АГП при эмпирическом выборе терапии, основанные на современных данных доказательной медицины. В результате распределение основных классов ГП при выборе врачами стало более сбалансированным; в структуре АГП значительно сократилась доля “старых” препаратов короткого действия, а также препаратов, имеющих неблагоприятный профиль безопасности.

5. Врачи активно используют комбинированную антигипертензивную терапию, применяя современные фиксированные комбинации.

#Участники исследования: проф. Потешкина Н.Г. (г. Москва); проф. Чукаева И.И. (г. Москва); проф. Морозова Т.Е., Андрушишина Т.Б. (г. Москва); Упницкий А.А. (г. Москва); Крылова Н.А. (г. Москва); Филип-

пова О.Н. (г. Москва); Братанчук М.Б. (г. Москва); Жукова Л.И. (г. Москва); Осина Т.М. (Мос. обл., г. Наро-Фоминск), Абалина Н.Д. (Наро-Фоминский р-н); проф. Сидоренкова Н.Б., Терентьева Н.В., Плешинников М.А., Волкова Ю.В., Титова З.А., Журавлева А.Н., Жгут О.Г., Худобина Т.А., Сысоева О.Ф., Шаханцева З.В., Грдневская Л.И., Копылова М.П., Рогова А.С., Шушпанова Т.В. (г. Барнаул); Барабашкина А.В., Кулибаба Е.В. (г. Владимир); акад. Петров В.И., проф. Рогова Н.В., Коровина Е.В., Первий Е.И. (г. Волгоград); Калугина А.А. (г. Вологда); проф. Батищева Г.А. (г. Воронеж); проф. Н.И. Максимова, Логачева И.В. (г. Ижевск); Свицерская Л.Н. (г. Красноярск); проф. Филиппенко Н.Г., Левашова О.В. (г. Курск); проф. Маль Г.С. (г. Курск); Руднева Г.А. (г. Мурманск); Онищенко Е.Г. (г. Новокузнецк); Федорова Е.Л. (г. Новосибирск); Фоминых С.Г. (г. Омск); проф. Ховаева Я.Б., Бурдина Е.Н. (г. Пермь); проф. Везикова Н.Н. (г. Петрозаводск); проф. Решетько О.В. (г. Саратов); Гудова Е.Н. (г. Саранск); проф. Козлов С.Н., Рачина С.А. (г. Смоленск); проф. Батурин В.А. (г. Ставрополь); Курочкина О.Н., Нужная Т.Г. (г. Сыктывкар); Зайцева О.Е. (г. Уфа); проф. Слободенюк Е.В., Лукьянчикова В.Ф., Юхно В.В. (г. Хабаровск); проф. Хохлов А.Л. (г. Ярославль)

Литература

- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25:1105-87.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertension 2009; 27: 2121-58.
- Mancia G, Fagard R, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertension 2013; 31: 1281-357.
- Russian Medical Society of hypertension (RMOAG), Russian Scientific Society of Cardiology (GFCF). Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Russian recommendations (fourth revision), 2010. (Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр), 2010).
- Leonova MV, Belousov DY, analytical research group PIFAGOR. The first Russian pharmacoepidemiological study of hypertension. Good Clinical Practice, 2002; 3: 47-53. (Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., аналитическая группа исследования ПИФАГОР. Первое Российское фармакоэпидемиологическое исследование артериальной гипертензии. Качественная клиническая практика, 2002; 3: 47-53).
- Leonova MV, Belousov DY, Steinberg LL, analytical research group PIFAGOR. Analysis of the medical practice of antihypertensive therapy in Russia (according to a study PIFAGOR III). Farmateka, 2009; 12: 98-103. (Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Штейнберг Л.Л. аналитическая группа исследования ПИФАГОР. Анализ врачебной практики проведения антигипертензивной терапии в России (по данным исследования ПИФАГОР III). Фарматека 2009; 12: 98-103).
- Elliott W, Meyer PM. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. Lancet 2007; 369: 201-7.
- Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should b-blockers remain the first choice in the treatment of primary hypertension? Lancet 2005; 366: 1545-53.
- Leonetti G. Clinical positioning of indapamide sustained release 1,5 mg in management protocols for hypertension. Drugs 2000; 59 (suppl. 2): 27-38.
- Roca-Cusachs A, Aracil-Vilar J, Calvo-Go'mez C, et al. Clinical effects of torasemide prolonged release in mild-to-moderate hypertension: a randomized noninferiority trial versus torasemide immediate release. Cardiovascular Therapeutics 2008; 26(2): 91-100.
- Lee S-A, Choi H-M, Park H-J, et al. Amlodipine and cardiovascular outcomes in hypertensive patients: meta-analysis comparing amlodipine-based versus other antihypertensive therapy. Korean J Intern Med. 2014; 29: 315-24.
- Wang JG, Li Y, Franklin SS, et al. Prevention of stroke and myocardial infarction by amlodipine and angiotensin receptor blockers. A quantitative overview. Hypertension. 2007; 50: 181-8.
- Liu F, Qiu M, Zhai SD. Tolerability and effectiveness of (S)-amlodipine compared with racemic amlodipine in hypertension: a systematic review and meta-analysis. Curr Ther Res Clin Exp. 2010; 71(1): 1-29.
- Smith TR, Philipp T, Vaisse D, et al. Amlodipine and valsartan combined and as monotherapy in stage 2 elderly and black hypertensive patients: subgroup analyses of 2 randomized, placebo-controlled studies. J Clin Hypertens. 2007; 9: 335-64.