

РЕЛИФ — РЕгулярное Лечение И проФилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть III

Р.Г. ОГАНОВ, Г.В. ПОГОСОВА, И.Е. КОЛТУНОВ, Ю.С. БЕЛОВА, В.А. ВЫГОДИН

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101953 Москва, Петроверигский пер., 10

RELIPH — Regular Treatment and Prevention — The Key to Improvement of Situation With Cardiovascular Diseases in Russia: Results of a Russian Multicenter Study (Part III)

R.G. OGANOV, G.V. POGOSOVA, I.E. KOLTUNOV, YU.S. BELOVA, V.A. VYGODIN

Research Center for Preventive Medicine, Petroverigsky per. 10, 101953 Moscow, Russia

Представлены результаты крупномасштабного российского исследования "РЕгулярное Лечение И проФилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России — РЕЛИФ" по оценке соответствия рекомендованного врачами лечения артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) современным стандартам, а также приверженности больных врачам рекомендациям. В исследовании принимали участие 512 участковых врачей/врачей общей практики и 2517 больных АГ и ИБС из 20 городов России. В настоящей публикации приводятся данные по современной ситуации с медикаментозным лечением больных АГ, изолированной или в сочетании с ИБС.

Ключевые слова: эпидемиологическое исследование; артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца; вторичная профилактика.

The first results of a big Russian multicenter study "RELIPH — Regular treatment and prevention - the key of improvement of the situation with cardiovascular diseases in Russia" are presented. The study examines the accordance of arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD) treatment recommended by physicians to contemporary standards. Patients adherence to physicians recommendations is also studied. 512 general practitioners and 2517 patients with AH and CHD from 20 cities of Russia were included. In the present article the current situation with medical treatment of AH, isolated or in comorbidity with CHD is presented.

Key words: epidemiological study; arterial hypertension; ischemic heart disease; secondary prevention.

Результаты крупномасштабных контролируемых исследований свидетельствуют, что лечение больных АГ и ИБС в соответствии с принципами, изложенными в международных и отечественных рекомендациях экспертов, позволяет добиться хорошего клинического эффекта, значительного снижения частоты развития сердечно-сосудистых осложнений, а также показателей инвалидности и смертности [1].

Разрыв между результатами контролируемых клинических исследований и реальной клинической практикой обусловлен рядом причин социально-экономического и медицинского характера. Среди них определяющее значение имеют несоблюдение самими врачами современных принципов лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и низкая приверженность больных к выполнению рекомендаций врачей, как по медикаментозному, так и по немедикаментозному лечению [2].

Ряд исследований, проведенных в России, свидетельствует о том, что лечение больных АГ и ИБС в условиях практического здравоохранения не соответствует современным стандартам лечения этих заболеваний [3–8]. Исследования АРГУС, ПИФАГОР, АТР, Российский регистр острых коронарных синдромов внесли весомый вклад в понимание современной ситуации с лечением и вторичной профилактикой АГ и ИБС у нас в стране. В то же время некоторые из них имели ряд методологических ограничений. В частности, результаты части исследований основывались на

самодекларируемых врачами сведениях о назначении препаратов (или групп препаратов) для лечения АГ или ИБС без привязки к конкретному пациенту (например, врачи указывали, какие препараты они чаще всего назначают пожилым больным АГ, больным с дислипидемией и пр.). Как показывает опыт, эти данные не всегда соответствуют рекомендациям, действительно предоставленным пациентам. Возможным способом объективизировать картину является одновременное включение в исследование врачей и их пациентов с получением информации о предоставленных и полученных рекомендациях от обоих участников лечебного процесса.

С учетом изложенного было проведено крупномасштабное исследование по оценке соответствия рекомендованного врачами лечения АГ и ИБС современным стандартам, а также приверженности больных врачам рекомендациям — "РЕгулярное Лечение И проФилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России — РЕЛИФ". Исследование проведено под эгидой ВНОК при поддержке исследовательского гранта, предоставленного фармацевтическими компаниями Abbott, Astrazeneca, Фармстандарт, Pfizer, Schwarz Pharma и Solvay Pharma.

Материал и методы

Дизайн исследования

РЕЛИФ — клинико-эпидемиологическое исследование, проведенное в период с июня по декабрь 2006 г. на обширной с географической точки зрения территории РФ от Санкт-Петербурга до Красноярска.

В исследовании участвовали 20 городов, представляющих 6 федеральных округов (ФО) России: Центральный ФО: Москва, Московская область (Жуковский, Серпухов, Подольск, Щелково, Красногорск), Смоленск, Воронеж, Курск; Северо-западный ФО: Санкт-Петербург, Вологда; Приволжский ФО: Нижний Новгород, Самара, Казань, Саратов, Пермь; Южный ФО: Ростов, Краснодар, Волгоград; Уральский ФО: Екатеринбург, Челябинск; Сибирский ФО: Барнаул, Новосибирск, Красноярск.

Согласно протоколу в каждом городе в исследование случайным образом включали 5 обычных районных (а не ведомственных, академических, частных и пр.) поликлиник, обслуживающих 30–40 тыс. населения, по одной в каждом районе, в городах с числом районов больше 5 — по одной в каждом втором районе (только в Москве с учетом размеров мегаполиса в исследование были включены 10 поликлиник). В каждой из поликлиник в исследование включали 5 участковых врачей (врачей общей практики), работающих на полную ставку в этой должности. Выбор врача был случайным и был ограничен лишь отказом врача от участия в исследовании. Врач, давший согласие на участие, включал в исследование 5 больных АГ и/или ИБС, последовательно в течение одного рабочего дня пришедших на прием и соответствующих критериям включения. Столь малое число пациентов, включаемых врачом, имело целью с одной стороны, минимизировать временные затраты врача на участие в исследовании, с другой, повысить качество заполнения врачом документации. Кроме того, с целью получения максимально объективной информации участие врачей в исследовании было анонимным (врач записывал на анкетах только свои инициалы).

В окончательном анализе были отражены данные, полученные от 512 участковых врачей/врачей общей практики, включивших в исследование 2517 больных с верифицированной АГ и/или ИБС. По факту оказалось, что все включенные пациенты имели АГ, которая считалась верифицированной при уровне АД пациента $\geq 140/90$ мм рт.ст. и/или приеме антигипертензивной терапии. Учитывая возможную высокую частоту ложноположительных диагнозов ИБС в практическом здравоохранении, в исследование включали пациентов лишь с верифицированной ИБС, которая считалась таковой в 2 случаях: 1) при перенесенном и документально подтвержденном инфаркте (инфарктах) миокарда; 2) при типичных приступах стенокардии в сочетании с положительными результатами неинвазивного исследования (пробы с физической нагрузкой, стресс-ЭхоКГ, суточного мониторирования ЭКГ) и/или инвазивного исследования (коронарной ангиографии).

Помимо приведенных, критериями включения пациентов в исследование были отсутствие алкогольной или иной зависимости, а также способность пациента самостоятельно заполнить опросный лист на русском языке.

Каждый врач заполнял «Карту врача: мнение специалиста», вопросы которой были направлены на выяснение мнения врача по важнейшим аспектам лечения и профилактики ССЗ. Врач указывал свой возраст; пол; стаж работы в качестве участкового

врача/врача общей практики (годы); категорию (нет, вторая, первая, высшая); обучение на циклах последипломного образования (число раз за последние 5 лет); обучение навыкам профилактической работы; посещение конгрессов, конференций по лечению ССЗ (число раз за последние 5 лет); получение медицинской литературы по современным аспектам лечения ССЗ (число раз за последний год); личное знакомство с международными рекомендациями по лечению АГ и ИБС от 2003 г. и Национальными рекомендациями (ВНОК) от 2004 г. по лечению АГ и ИБС.

Врачу также предлагалось указать среднюю длительность приема одного больного АГ и/или ИБС (в мин); показатели липидного спектра крови, определяемые в конкретном лечебном учреждении; факторы риска (ФР) развития ССЗ; нормативы повышенных уровней АД (в мм рт.ст.), глюкозы, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), триглицеридов (все в ммоль/л); методы оценки избыточного веса/ожирения, абдоминального ожирения и их диагностические критерии ($\text{кг}/\text{м}^2$ и см); диагностические критерии АГ I, II, III степени и изолированной систолической гипертензии (в мм рт.ст.); рекомендуемый больному АГ уровень потребления поваренной соли (в г); рекомендуемый больному АГ и/или ИБС уровень физической активности (в мин в день); целевые уровни липидов у больных ИБС и с ее эквивалентами (ОХС, ХС ЛНП, ХС липопротеидов высокой плотности — ХС ЛВП); методы оценки и определение в ежедневной практике суммарного сердечно-сосудистого риска; предоставление пациенту рекомендаций по ФР ССЗ (и причины непредоставления этих рекомендаций); шесть антигипертензивных препаратов, которые врач чаще всего назначает своим пациентам АГ.

В данной Карте врач также высказывал свое мнение о том, кто должен повышать информированность больных ССЗ по вопросам лечения и вторичной профилактики, а также свое мнение о причинах высокого уровня заболеваемости и смертности от ССЗ в нашей стране.

Согласно протоколу исследования на каждого пациента заполнялись 2 карты. Одна карта заполнялась врачом — «Карта врача: состояние пациента», вторая — самим пациентом — «Карта пациента».

В «Карте врача: состояние пациента» врач указывал диагноз и специфику заболевания данного пациента, в частности степень тяжести АГ; функциональный класс стенокардии; перенесенные хирургические вмешательства на сосудах сердца; наличие гипертонической ретинопатии, атеросклероза периферических артерий, почечной недостаточности, сердечной недостаточности, дисциркуляторной энцефалопатии, перенесенного мозгового инсульта, сахарного диабета 1-го или 2-го типа. Указывались также наличие у пациента наследственной отягощенности по ССЗ; проведенные пациенту в течение последнего года диагностические исследования, включая общий анализ мочи, определение уровня глюкозы, ОХС, креатинина, исследование глазного дна, ЭКГ, УЗИ сердца и почек; биохимические показатели анализа крови больного (последнего в течение последнего года), включая ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицериды, глюкозу (все в ммоль/л); показа-

тели 2-кратного измерения на приеме АД и ЧСС (в уд/мин) в положении больного сидя после 3-минутного отдыха, а также измеренный на приеме показатель объема талии (в см); наличие у пациента какого-либо психоэмоционального расстройства (состояния); ранее данные пациенту рекомендации в отношении образа жизни; рекомендованная терапия (с названиями препаратов и их доз); корректировка терапии за последний год (число раз); успешность достижения целевого уровня АД; степень приверженности пациента рекомендованному лечению (низкая, средняя, высокая); причины низкой приверженности пациента к лечению.

“Карта пациента” заполнялась самим пациентом и отражала следующие характеристики или данные о пациенте: социально-демографические (пол, возраст, семейное положение, наличие детей, социально-трудовой статус, уровень дохода¹); физикальные: рост (в см), вес (в кг); кардиоваскулярные ФР: статус курения, потребление алкоголя (количество в мл за неделю), уровень физической активности², уровень хронического психоэмоционального стресса по 10-балльной шкале³); пищевые привычки (досаливание пищи; ограничение животных жиров; употребление рыбы, овощей/фруктов и сахара (количество и кратность); навыки самоконтроля АД (наличие домашнего тонометра, кратность измерений); знание нормативов повышенного АД и целевого уровня АД; знание ФР развития АГ и ИБС, а также осложнений этих заболеваний (в рамках открытых вопросов); получение от врача рекомендаций в отношении: образа жизни и немедикаментозных методов снижения АД; стаж АГ и/или ИБС (месяцы, годы); наличие клинических симптомов при повышении АД (спецификация); стаж антигипертензивного/антиангинального лечения (месяцы, годы); принимаемая в течение последнего месяца терапия (с названиями препаратов и их доз); уровень АД без приема и на фоне приема лекарств; прекращение приема в течение последнего года какого-либо препарата из-за побочных эффектов (с указанием препарата и возникших побочных эффектов); число обращений за последний год в медицинские службы (скорая помощь, поликлиника, стационар), нахождение на больничном листе; основной источник медицинской информированности (врач, СМИ, Интернет, знакомые); мотивация к получению консультаций по различным аспектам АГ и/или ИБС; степень готовности к оздоровлению образа жизни.

Приверженность пациента к медикаментозной терапии оценивали в соответствии с ответом на вопрос: “Принимаете ли Вы рекомендованные лекарства регулярно?” В соответствии с рекомендациями экспертов

¹ Учитывая, что оценка уровня дохода по денежным категориям крайне субъективна и различается, в том числе в зависимости от региона проживания, пациенту предлагалось самостоятельно классифицировать свой семейный доход по следующим категориям: 1) очень низкий, 2) низкий, 3) средний, 4) высокий.

² Уровень физической активности определялся в минутах любой физической активности (включая ходьбу) в день. При длительно-

[9] положительный ответ на этот вопрос проверялся согласием пациента с тремя утверждениями: “Я принимаю лекарства каждый день”, “Я не пропускаю ни одного приема”, “Я принимаю лекарства строго в дозах, рекомендованных врачом”. В случае нерегулярного приема терапии пациент указывал причины.

Психологический статус пациентов оценивали с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) [14].

Статистический анализ результатов исследования проводили в системе SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики, включая пошаговые логистические регрессионные модели.

Для количественных показателей (например, уровни АД), измеряемых по интервальной шкале, рассчитывали среднее значение, среднеквадратическое отклонение и ошибку среднего, а также значения отрезных точек распределения (1, 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 и 99%), что позволило определять медиану, моду, размах и интерквартильное расстояние. Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале (наличие/отсутствие какого-либо признака, например курения), и порядковых показателей, измеряемых по ранговой шкале (например, стадии АГ), определяли частоту выявления показателя в процентах или частоту регистрации разных ранговых оценок показателя соответственно. Достоверность связи между показателями оценивали с помощью таблиц сопряженности с расчетом нескольких модификаций критерия хи-квадрат, коэффициентов сопряженности Крамера и др. При анализе межгрупповых различий показателей, измеренных по интервальной шкале, рассчитывали значения *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок по соответствующим формулам.

Результаты и обсуждение

В исследование были включены 512 врачей (89,0% участковых врачей и 11,0% врачей общей практики), а также 2517 больных АГ, из которых 1078 (42,8%) страдали ИБС. Детальная информация по клинико-демографическим характеристикам обследованной случайной выборки больных АГ, изолированной и в сочетании с ИБС, представлена ранее. В двух ранее опубликованных статьях в журнале “Кардиология” [11, 12] приведены также данные о распространенности и уровнях кардиоваскулярных ФР у больных АГ/ИБС; информированности участковых врачей и их пациентов о ФР, диагностических нормативах и целевых уровнях ФР; пищевых привычках пациентов; практических навыках больных по контролю своего состоя-

сти физической активности менее 30 мин в день уровень физической активности считался низким, при 30—60 мин — средним, более 60 мин в день — высоким.

³ Шкала представляет собой линию с одиннадцатью обозначенными цифрами от 0 до 10. Пациенту предлагалось обвести кружочком одну цифру, соответствующую уровню испытываемого им постоянного стресса. 0 соответствует минимальному, 10 — максимальному уровню стресса.

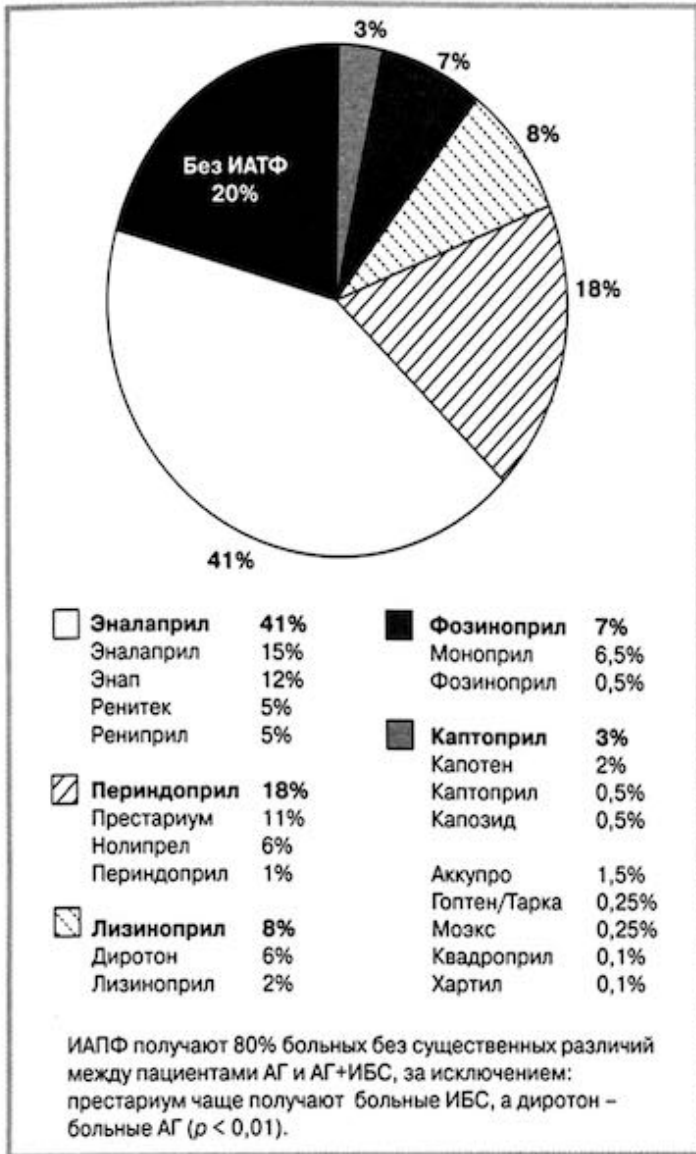


Рис. 1. Частота приема больными АГ/ИБС ингибиторов АПФ. ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.



Рис. 2. Частота приема больными АГ/ИБС диуретиков.

ния; источниках медицинской информированности пациентов; мотивации больных к изменению образа жизни в желательном направлении и потребностях в профилактической помощи; приверженности больных к антигипертензивному лечению и факторах, влияющих на нее. Установлено, что нерегулярно при-

нимают антигипертензивную терапию 46% больных изолированной АГ и 34% больных с сочетанием АГ и ИБС. Показано, что более 80,0% врачей-участников исследования лично, согласно их утверждению, читали Национальные рекомендации ВНОК по лечению АГ от 2004 г. и Национальные рекомендации ВНОК по лечению стабильной стенокардии от 2004 г., а около 70% – также Международные рекомендации (Европейского или Американского общества кардиологов) по лечению АГ и ИБС от 2003 г., опубликованные в российских изданиях.

В настоящей статье представлены данные, касающиеся характера и особенностей рекомендованной пациентам медикаментозной терапии, в том числе в зависимости от характера основного заболевания, регулярности лечения и региона проживания.

Наиболее часто используемым для лечения АГ классом препаратов являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) – их получают около 80% больных без существенных различий между пациентами с изолированной АГ и сочетанием АГ с ИБС (77,9 и 81,2% соответственно). За небольшим исключением: престариум чаще получают больные ИБС, а диротон – больные АГ ($p < 0,01$). Ингибитор № 1 в России – эналаприл, его получают 41,1% больных АГ/ИБС (51,3% от числа пациентов, принимающих ингибиторы АПФ). Оригинальный эналаприл (ренитек) изолированно или в фиксированной комбинации с гипотиазидом (ко-ренитек) принимают всего 4,9% больных. Большинство пациентов используют дженерики, наиболее назначаемый среди них – энап (включая энап-Н, энап-НЛ – 11,9%). При сравнении этих данных с результатами исследования ПИФАГОР-2 обращает на себя внимание существенно более широкое использование класса ингибиторов АПФ в целом и эналаприла в частности, а также 5-кратное сокращение сегмента, занимаемого каптоприлом. В настоящее время каптоприл получают всего 3% пациентов, и это позитивно, поскольку препарат имеет наименее благоприятный профиль переносимости и наименее удобный по сравнению с другими ингибиторами АПФ режим дозирования. Чаще стал назначаться периндоприл, его получают 15,7% больных АГ и каждый пятый (20,1%) пациент с АГ и ИБС. В абсолютном большинстве случаев применяется оригинальный препарат (престариум) и его сочетание с гипотиазидом (нолипрел, нолипрел-форте). Причем, если у больных АГ престариум и нолипрел используются примерно в равных долях (7,8 и 7,6%), то у больных АГ с ИБС чаще назначается престариум (14,0% против 4,6%). Почти одинаковое число пациентов (7,9 и 7,1%) получают лизиноприл и фозиноприл, в основном за счет диротона и моноприла соответственно. Как видно из рис. 1, частота использования других ингибиторов АПФ, таких как квинаприл, трандолаприл, мозексиприл, квадроприл и рамиприл не превышает 1,5% от общего числа больных АГ/ИБС и 2% от числа больных, принимающих ингибиторы АПФ. Если сравнивать пациентов, нерегулярно и регулярно принимающих антигипертензивные препараты, то последние чаще получают престариум, ренитек и хартил (все $p < 0,05$).



Рис. 3. Частота приема больными АГ/ИБС антагонистов кальция. АК — антагонисты кальция.

Второй по частоте использования класс антигипертензивных препаратов — это диуретики (рис. 2). Их получают 40% больных изолированной АГ и каждый третий (31%) больной с сочетанием АГ и ИБС. Индапамид назначается существенно чаще, чем гипотиазид: в 4 раза чаще при АГ и в 2 раза чаще у больных с сочетанием АГ и ИБС. При сравнении с ранее проведенными исследованиями становится очевидным, что сегодня при лечении АГ диуретики стали использоваться чаще, кроме того, врачи отдают предпочтение индапамиду (в исследовании ПИФАГОР-2 врачи декларировали назначение индапамида и гипотиазида примерно в равных долях, а в исследовании АРГУС-1 больные получали гипотиазид в 1,5 раза чаще). Различий по приему диуретиков в зависимости от регулярности/нерегулярности антигипертензивного лечения не обнаружено.

По сравнению с исследованиями, выполненными в прошлые годы, возросла частота назначения больным АГ β -адреноблокаторов (АРГУС-1 — 18%, ПИФАГОР-2 — 27%). В настоящее время β -адреноблокаторы получают 36% больных АГ и 50% больных с сочетанием АГ и ИБС; последние достоверно чаще получают метопролол ($p < 0,05$), бисопролол ($p < 0,01$) и бетаксоллол ($p < 0,05$). Лидирующую позицию среди наиболее используемых β -адреноблокаторов занимает метопролол, и это большой шаг вперед по сравнению с недавним прошлым, когда наиболее часто у нас назначались атенолол и пропранолол. Из метопрололов с большим



Рис. 4. Частота приема больными АГ/ИБС β -адреноблокаторов.

отрывом лидирует эгилок. Вторую позицию по частоте применения среди β -адреноблокаторов занимает бисопролол, почти целиком за счет оригинального препарата конкора. β -адреноблокаторы с дополнительной вазодилатирующей активностью, небиволол и карведилол, применяются достаточно редко, менее чем у 2% больных (рис. 3). Пациенты, регулярно принимающие антигипертензивные препараты, чаще используют бисопролол ($p < 0,01$).

Антагонисты кальция получает каждый пятый больной АГ и каждый третий — с сочетанием АГ и ИБС (рис. 4). Больные ИБС чаще получают норваск, верапамил и ретардные формы нифедипина ($p < 0,01$). Среди класса антагонистов кальция лидирующая роль принадлежит амлодипину, его получают около половины больных из числа принимающих антагонисты кальция. Несколько отстает от амлодипина нифедипин. В основном используются дженерики обоих препаратов. По сравнению с ранее проведенными исследованиями существенно возросла частота применения амлодипина, ретардных форм нифедипина, а также сократилось использование верапамила и дилтиазема.

Несмотря на отличный профиль переносимости и высокую безопасность, антагонисты рецепторов АП применяются у нас достаточно редко. Причиной тому, очевидно, — высокая стоимость препаратов (рис. 5). Тем не менее по сравнению с исследованием ПИФАГОР-2 частота назначения препаратов данного класса возросла в 3 раза. В настоящее время антагонисты



Рис. 5. Частота приема больными АГ/ИБС антагонистов рецепторов АП.
АРА II — антагонисты рецепторов АП.



Рис. 6. Частота приема больными АГ/ИБС статинов.

рецепторов АП получают 4,95% больных АГ и 8,15% больных АГ с ИБС (различия существенны, $p < 0,05$). Самый часто назначаемый антагонист рецепторов АП — лозартан.

Еще реже, чем антагонисты рецепторов ангиотензина II, применяются современные антигипертензивные препараты центрального действия — селективные агонисты имидазолиновых рецепторов. Моксонидин (физиотенз) получают 1,2% и рилменидин (альбарел) — 0,4% больных АГ, без существенных различий в зависимости от наличия или отсутствия ИБС.

Несомненно положительным представляется то, что не рекомендуемые в настоящее время антигипертензивные препараты центрального действия получает очень небольшое число больных: клофелин — 0,79%, адельфан — 0,21%.

Еще одна позитивная тенденция касается назначения больным ИБС нитратов: установлено существенное сокращение их использования. Если в исследовании АТР нитраты получали 87% больных ИБС, то в настоящем исследовании — всего 31%.

Широко используется в кардиологической практике в нашей стране триметазидин (преимущественно предуктал, предуктал МВ): его получают 4,2% больных изолированной АГ и каждый пятый (20,9%) больной с сочетанием АГ и ИБС ($p < 0,001$). Причем прием предуктала достоверно ассоциирован с регулярностью лечения по поводу АГ ($p < 0,001$).

Исследование РЕЛИФ продемонстрировало улучшение ситуации с назначением гиполипидемических средств в России: в настоящее время их получает каждый третий (33,99%) больной с сочетанием АГ и ИБС (рис. 6). Это существенный сдвиг по сравнению не только с исследованием VALIANT (0,6%), но и АТР (11%). Крайне важно, что статины назначаются 15% больных АГ, не страдающим ИБС, но имеющим высокий кардиоваскулярный риск. Среди статинов лидирует симвастатин, его получает более половины (55,4%) из числа пациентов, принимающих препараты данного класса. Несколько уступает симвастатину по частоте использования аторвастатин, его получают 32% больных, принимающих статины. В случае обоих препаратов используются в основном дженерики. Активно набирает позиции розувастатин (за счет оригинального препарата крестора) и, наоборот, сдает их флувастатин. Частота использования других гиполипидемических средств незначительна; так, никотиновую кислоту получают 0,17% пациентов.

Несмотря на наметившиеся позитивные тенденции в назначении гиполипидемической терапии, результаты анализа ее эффективности свидетельствуют о недостижении целевых уровней липидов у подавляющего большинства наших пациентов. Анализ параметров липидного профиля позволил выявить, что у 67% больных АГ с ИБС и 64% больных изолированной АГ уровни ОХС были выше 5,0 ммоль/л, а у 10% больных ИБС — выше 7,0 ммоль/л (хотя по данным самих врачей, более чем у 85% обследованных пациентов с АГ/ИБС в течение года до включения в исследование был определен уровень ОХС).

Таблица. Рейтинг назначаемости и частота применения в реальной практике антигипертензивных препаратов по ФО РФ

Место	6 ФО РФ		Центральный ФО		Северо-западный ФО		Приволжский		Южный ФО		Уральский ФО		Северный ФО	
	препарат	рейтинг, % применение, %	препарат	рейтинг, % применение, %	препарат	рейтинг, % применение, %	препарат	рейтинг, % применение, %	препарат	рейтинг, % применение, %	препарат	рейтинг, % применение, %	препарат	рейтинг, % применение, %
1	Эналаприл	89,9 40,8	Эналаприл	98,6 41,7	Престариум	100 25,9	Эналаприл	82,7 38,2	Эналаприл	88,9 50,0	Эналаприл	100 47,4	Эналаприл	86,6 31,4
2	Престариум	57,6 26,1	Престариум	66,2 17,1 %	Эналаприл	51,0 30,0	Индапамид	70,4 35,3	Престариум	55,6 19,8	Индапамид	62,9 28,8	Индапамид	82,1 29,1
3	Индапамид	54,5 20,0	Амлодипин	59,2 11,8	Амлодипин	46,9 21,9	Престариум	54,3 17,4	Индапамид	42,9 15,9	Амлодипин	58,1 14,9	Амлодипин	55,2 12,7
4	Амлодипин	52,8 18,2	Метопролол	43,0 18,3	Метопролол	46,9 10,1	Метопролол	49,4 21,6	Метопролол	41,3 20,7	Лизиноприл	46,8 13,6	Метопролол	44,8 21,2
5	Метопролол	44,6 13,0	Индапамид	36,6 24,0	Индапамид	44,9 25,1	Амлодипин	49,4 8,5	Амлодипин	39,7 12,3	Метопролол	45,2 19,5	Бисопролол	34,7 12,0
6	Бисопролол	35,1 12,0	Лизиноприл	33,1 10,0	Моноприл	32,7 11,7	Бисопролол	34,6 12,3	Лизиноприл	38,1 11,1	Бисопролол	38,7 14,2	Лизиноприл	13,4 4,5

Примечание. В графе "Рейтинг" — число врачей (в %), указавших данный препарат в числе 6 самых назначаемых ими антигипертензивных препаратов; в графе "Применение" — частота назначения данного препарата пациентам с АГ, включенным в исследование.

Как показал анализ применения препаратов по 6 ФО, предпочтения врачей в отношении выбора препаратов и их назначения в регионах страны различаются в значительной степени. Вот некоторые выборочные данные, демонстрирующие наиболее акцентированные различия: липримар назначается в Южном ФО (ЮФО) в 47 раз чаще, липтонорм и рениприл — в 16 раз чаще, предуктал — в 2 раза чаще, чем в Центральном ФО (ЦФО). Норваск применяется в основном в ЦФО и Сибирском ФО (СФО), и почти не назначается в Северо-западном ФО (СЗФО). Также почти не назначается в СЗФО теветен, его используют в основном за Уралом, в Уральском ФО (УФО) и СФО. Тарка назначается только в 2 округах — ЦФО и УФО. Эфокс (эфокс-лонг) применяется в Приволжском ФО (ПВФО) в 22 раза чаще и в СФО в 36 раз чаще, чем в ЦФО. Крестор активно назначается в СЗФО и в 2 раза реже в ЦФО и СФО.

Включенным в исследование участковым врачам/врачам общей практики предлагалось указать 6 препаратов, которые они наиболее часто назначают своим больным АГ. Это позволило установить рей-

тинг назначаемости антигипертензивных препаратов и сравнить с частотой их реального использования. В таблице обобщены данные по стране и 6 ФО. Шесть наиболее часто назначаемых в РФ антигипертензивных препаратов: эналаприл, периндоприл, индапамид, амлодипин и бисопролол. Как видим, врачи предпочитают лечить своих больных АГ ингибиторами АПФ, прежде всего эналаприлом (он лидирует с большим отрывом) и периндоприлом. В шестерку самых часто назначаемых препаратов также входят 1 диуретик, 1 антагонист кальция и 2 β -адреноблокатора. Исследование РЕЛИФ наглядно показало, что наблюдается значительный разрыв между декларируемыми врачами сведениями о назначении тех или иных препаратов и реальной частотой их применения. Как видно из таблицы, она ниже в 2—4 раза.

Перечисленные выше препараты занимают ведущие позиции в рейтингах назначаемости в отдельных ФО, однако имеются и региональные особенности. Так, в ЦФО в шестерку самых популярных среди врачей антигипертензивных препаратов входит лизиноприл (всего 0,7% уступает ему бисопролол). В СЗФО

врачи отдают абсолютный приоритет периндоприлу (и по применению в реальной практике периндоприл ненамного уступает эналаприлу), при этом в шестерку входит еще один ингибитор АПФ — моноприл. В ПВФО ситуация в целом сходная с усредненной, однако здесь более высокую позицию в рейтинге занимает индапамид, и применяется он на практике почти так же часто, как эналаприл. В ЮФО, как и в ЦФО, в шестерку входит лизиноприл. Лизиноприл входит в шестерку также в УФО, и это единственный ФО, где врачи не включили в число шести самых приоритетных антигипертензивных препаратов периндоприл. В СФО диуретик индапамид мало уступает по рейтингу и частоте применения в практике эналаприлу.

На выбор терапии оказывают влияние и экономические факторы. По признанию врачей, фактор стоимости препаратов влиял на принятие решения об их назначении у 27% больных АГ/ИБС, включенных в исследование, причем достоверно чаще в группе пациентов, лечившихся нерегулярно (33,8% против 24,2%; $p < 0,001$).

В рамках исследования получены большой объем интересных данных о зависимости назначений врачей от их профессиональных характеристик, в частности категории. Эти данные будут представлены позднее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний—основа улучшения демографической ситуации в России. Кардиоваск тер и проф 2005;3:1:4—9.
2. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца—ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиология 2007;3: 79—84.
3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Склизкова Л.А. и др. Представления об артериальной гипертонии у пожилых и реальная клиническая практика в России (Результаты I этапа российской научно-практической программы АРГУС). Кардиология 2001;11:14—20.
4. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии в России (ПИФАГОР). Кардиология 2003;11:23—26.
5. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР-Angina Treatment Pattern). Кардиология 2003;5:6—10.
6. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъемов сегмента ST. Кардиология 2003;12:23—36.
7. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых

Выводы

1. В настоящее время наиболее часто используемым для лечения изолированной АГ классом препаратов являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, их получают около 78% больных. Второй по частоте применения класс антигипертензивных препаратов — диуретики (40%), третий — β -адреноблокаторы (36%), четвертый — антагонисты кальция (19%).

2. Установлена следующая частота назначения антиангинальных и антигипертензивных препаратов у больных ИБС (сочетающейся с АГ): ингибиторы АПФ — 81%, β -адреноблокаторы — 50%, антагонисты кальция, нитраты и диуретики — по 31%, миокардальный цитопротектор триметазидин — 21%.

3. По сравнению с ранее проведенными российскими фармакоэпидемиологическими исследованиями установлен ряд положительных тенденций в отношении соответствия назначенного в реальной практике лечения по поводу АГ/ИБС современным стандартам ведения этих заболеваний, изложенным в международных и отечественных рекомендациях экспертов.

4. Несмотря на наметившиеся положительные тенденции, эффективность лечения АГ/ИБС далека от желаемой: у подавляющего большинства наших пациентов не достигаются целевые уровни АД и целевые уровни липидного спектра крови.

коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме с подъемами сегмента ST. Кардиология 2004;4:4—13.

8. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. Проблема взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертонии в России. Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2. Кардиология 2007;3:38—47.
9. Schroeder K., Fahey T., Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2004;164:722—732.
10. Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiat Scand 1983;67:361—370.
11. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. РЕЛИФ-РЕгулярное Лечение И профилактика-ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования (часть I). Кардиология 2007;5:62—70.
12. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. РЕЛИФ-РЕгулярное Лечение И профилактика-ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования (часть II). Кардиология 2007;11:52—71.

Поступила 10.01.08