

Н.А. МОРИНА, О.Д. САВКОВА, Е.А. ФЕДОРОВА, И.Л. ЦАРЕВ, А.Б. ФРОЛКОВА, А.Э. ЦЫГАНКОВА, А.А. СОКОЛОВА, к.м.н.,
Д.А. НАПАЛКОВ, д.м.н., профессор, В.В. ФОМИН, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, НАЗНАЧАЕМОЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИЯХ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лечение артериальной гипертензии (АГ), несмотря на большой выбор антигипертензивных препаратов, в настоящее время остается одной из актуальнейших проблем в современной кардиологии. Однако схемы, применяемые в реальной клинической практике, не всегда соответствуют существующим рекомендациям, в частности, Европейского общества по борьбе с гипертонией (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC). Так, пациенты с 2–3 степенью повышения артериального давления (АД) и высоким или очень высоким добавочным риском часто не получают требующуюся в данных клинических ситуациях комбинированную терапию.

Согласно рекомендациям ESH и ESC, пациентам, имеющим АГ низкого/среднего риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти от них, возможно назначение монотерапии при достижении целевых значений АД [1]. Пациентам с высоким или очень высоким риском ССО и/или АГ 2–3-й степени сразу должна назначаться комбинация из двух препаратов. Если же целевые значения АД не достигаются, то применяется либо комбинация из двух препаратов в максимальных терапевтических дозах, либо производится смена комбинации препаратов, либо добавляются 3-й, 4-й и так далее антигипертензивный препарат [2, 3]. Комбинированная терапия также может быть назначена и пациентам, имеющим АГ с низким/средним риском развития ССО при недостижении целевых значений АД [3, 4].

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые осложнения, антигипертензивная терапия, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, блокаторы «медленных» кальциевых каналов.

N.A. MORINA, O.D. SAVKOVA, E.A. FEDOROVA, I.L. TSAREV, A.B. FROLKOVA, A.E. TSYGANKOVA, A.A. SOKOLOVA, PhD in medicine, D.A. NAPALKOV, PhD in medicine, Prof., V.V. FOMIN, corresponding member of RAS, MD, Prof.

Sechenov First Moscow State Medical University

PECULIARITIES OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY INDICATED IN THERAPEUTIC AND SURGICAL DEPARTMENTS OF THE UNIVERSITY CLINICAL HOSPITAL

Treatment of arterial hypertension (AH) despite the large variety of antihypertensive drugs currently remains one of the most urgent problems in modern cardiology. However, the scheme used in clinical practice does not always correspond to existing recommendations, in particular, of the European Society of Hypertension, ESH, and the European Society of Cardiology, ESC. Thus, patients with 2–3 degree increase blood pressure (BP) and high or very high added risk often do not get the combination therapy that is required for them in this clinical environment.

According to the recommendations of the ESH and ESC patients with hypertension of low/medium risk of development of cardiovascular complications (CVC) and death from them a monotherapy can be prescribed if targeted AP values are achieved [1]. Patients with high or very high risk of CCO and/or AG of Degree 2 and 3 immediately must be prescribed a combination of the two drugs. If the target blood pressure values are not attained, either a combination of two drugs at the maximum therapeutic doses, or replacement of the combination of drugs is prescribed or the 3d, 4th and so on antihypertensive drug is added [2, 3]. Combination therapy may also be administered to patients with hypertension with low/medium risk of development of CVC if the target AP are not reached [3, 4].

Keywords: arterial hypertension, cardiovascular complications, antihypertensive therapy, angiotensin converting enzyme inhibitors, renin-angiotensin-aldosterone system blockers, slow calcium channel blockers.

Цель данного исследования – сопоставить антигипертензивную терапию (АГТ), назначаемую пациентам с АГ в ходе рутинной клинической практики терапевтического и хирургического отделений Университетской клинической больницы, и АГТ, рекомендуемую экспертами ESH и ESC.

Материал и методы. На базе Университетской клинической больницы № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было проведено ретроспективное одномоментное поперечное исследование пациентов с АГ на предмет наличия или отсутствия адекватной АГТ. Всего было проанализировано 904 истории болезни пациентов, выписанных из терапевтического и хирургического отделений

Университетской клинической больницы одного из крупнейших медицинских вузов страны за период 2011–2015 гг. По полученным данным проводилась ретроспективная оценка АГТ у пациентов с АГ различной степени и разного добавочного риска. Статистическая обработка выполнена с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 21.

Результаты. Было проанализировано 904 истории болезни; из их числа у 351 пациента (у 237 – в терапевтическом отделении (ТО) и у 114 – в хирургическом отделении (ХО)) была диагностирована АГ. Среди пациентов ТО женщин оказалось больше, чем мужчин (56,5% vs. 43,5%), средний возраст составил 68,2 года. В ХО, напротив, преобладали мужчины (89,5% vs. 10,5%), средний

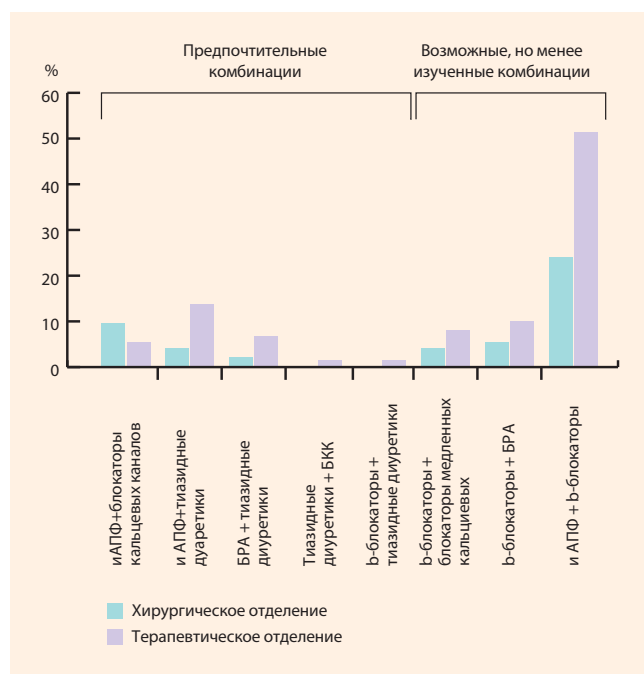
возраст – 64,9 года. По данным анамнеза, чаще всего отмечалась 3 степень повышения АД ($> 180/100$ мм рт. ст.): у 73,8% ($n = 175$) в ТО и у 79,8% ($n = 91$) в ХО. Существенно реже встречалась АГ 2 степени повышения АД: в ТО – в 21,9% ($n = 52$), в ХО – в 20,2% ($n = 23$) случаев. АГ 1 степени была выявлена у 4,2% пациентов из общего числа гипертоников только в ТО, что может быть связано с тем, что реальная выявляемость умеренно повышенного АД в хирургическом стационаре существенно ниже.

При сравнении структуры монотерапии в отделениях стоит отметить, что хирурги отдают предпочтение ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (46,7%; $n = 14$), а терапевты – β -блокаторам (49%; $n = 24$)

Наиболее часто в обоих отделениях для лечения АГ применялась двойная комбинированная АГТ: у 42,2% ($n = 100$) в ТО и у 39,5% ($n = 45$) в ХО. Пациентам с АГ различной степени чаще не назначалась должная терапия в ХО (9,6% vs. 1,3% в ТО), а комбинации из 3 препаратов, наоборот, чаще использовались в ТО (29,5% vs. 21,6% в ХО).

При сравнении структуры монотерапии в отделениях стоит отметить, что хирурги отдают предпочтение ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (46,7%; $n = 14$), а терапевты – β -блокаторам (49%; $n = 24$). Блокаторы кальциевых каналов (БКК) в обоих отделениях назначаются с одинаковой частотой.

Рисунок 1. Комбинированная антигипертензивная терапия у пациентов, находящихся в терапевтическом и хирургическом отделениях одного из стационаров г. Москвы



Предпочтительными комбинациями, имеющими наилучшую доказательную базу по влиянию на конечные точки, по мнению экспертов ESC/ESH, считаются блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (БРА) (иАПФ или сартан) + тиазидные (тиазидоподобный) диуретики / антагонисты кальция. При подробном анализе двойной комбинированной АГТ следует отметить, что предпочтительные комбинации в ТО и ХО пациенты с АГ получали приблизительно с одинаковой частотой: в ТО – в 31% ($n = 31$) случаев, в ХО – в 28,9% случаев. Нежелательная комбинация (иАПФ + сартан) не назначалась ни в одном из отделений.

При выборе комбинации из двух антигипертензивных препаратов и в ТО, и в ХО предпочтение отдавалось сочетанию иАПФ и β -блокатора (52%, $n = 52$ и 53,3%, $n = 24$ соответственно) (рис. 1).

При назначении 3 антигипертензивных препаратов в ТО наиболее часто применялись комбинации: β -блокатор + иАПФ + диуретик – 45% ($n = 31$), β -блокатор + иАПФ + БКК – 17,4% ($n = 12$), с одинаковой частотой применялись сочетания: БРА + β -блокатор + диуретик и иАПФ + БКК + диуретик (по 11,6%, $n = 8$). Комбинация β -блокатор + БРА + БКК встречалась реже – в 4,3% случаев ($n = 3$). В ХО картина была несколько иной: комбинация β -блокатор + иАПФ + БКК применялась в 32% случаев ($n = 8$), как и комбинация β -блокатор + иАПФ + диуретик. Комбинация β -блокатор + БРА + БКК встречалась с той же частотой, что и комбинация БРА + β -блокатор + диуретик (у 4% пациентов; $n = 1$).

Следует обратить внимание на то, что в комбинациях, состоящих из 4–5 антигипертензивных препаратов, как в ХО, так и в ТО встречалось сочетание иАПФ + БРА, которое обозначено ESC как «крайне нежелательное», являющееся потенциально опасным из-за риска развития побочных эффектов со стороны почек. Данная нежелательная комбинация в составе многокомпонентной АГТ была отмечена у двух пациентов в ХО и у одного пациента в ТО.

Предпочтительными комбинациями, имеющими наилучшую доказательную базу по влиянию на конечные точки, по мнению экспертов ESC/ESH, считаются блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иАПФ или сартан) + тиазидные (тиазидоподобный) диуретики/антагонисты кальция

Обращает на себя внимание отсутствие лечения у пациентов с АГ 3 степени, которые даже без учета дополнительных факторов риска уже обладают высоким добавочным риском. При этом одному пациенту с АГ 3 степени в ТО АГТ не была назначена, а в ХО таких пациентов оказалось девять (!). В терапевтическом отделении также наблюдалось 10 человек с АГ 1 степени, из которых четверо имели очень высокий риск развития ССО и смерти от них по шкале SCORE (40%): возраст старше 65 лет, наличие курения в анамнезе и высокие цифры

Следует обратить внимание на то, что в комбинациях, состоящих из 4–5 антигипертензивных препаратов, как в ХО, так и в ТО встречалось сочетание иАПФ + БРА, которое обозначено ESC как «крайне нежелательное», являющееся потенциально опасным из-за риска развития побочных эффектов со стороны почек

холестерина позволяют отнести таких больных, несмотря на 1 степень повышения АД, к группе высокого или очень высокого риска. Однако из них трое получали лишь монотерапию β-блокаторами, а один пациент не принимал антигипертензивные препараты, что также противоречит рекомендациям ESC/ESH.

ОБСУЖДЕНИЕ

В нашей работе было показано, что назначение АГТ пациентам с АГ в ТО и ХО не в полной мере соответствует рекомендациям ESC и ESH. Предпочтение в отделениях и терапевтического, и хирургического профиля отдается комбинациям с недостаточно доказанной эффективностью в плане влияния на прогноз, а часть пациентов, которым, согласно рекомендациям ESC и ESH, необходимо назначение комбинированной терапии, получали один препарат или вовсе не получали должного лечения [1, 4]. В ТО пациентам с АГ 3 степени монотерапия назначалась в 17,7% случаев (n = 31), не получал никакой фармакотерапии один пациент. При АГ 2 степени монотерапия была назначена 26,9% (n = 14) пациентов, ни одного препарата не получал один пациент. В ХО пациентам с АГ 3 степени монотерапия назначалась в 23% случаев (n = 21), а не получали никаких препаратов 9,9% (n = 9). Пациенты с АГ 2 степени получали 1 препарат в 39,1% случаев (n = 9), терапия не назначалась вовсе в 8,7% случаев (n = 2). По данным некоторых авторов [6],

в Саратове ситуация несколько хуже, чем в столице России: 6% пациентов с АГ не получают АГТ. Также примечательно, что структура монотерапии АГ схожа: иАПФ составляют 35%, β-блокаторы – 31%.

Как показывают результаты нашей работы, лишь половина назначавшихся комбинаций отвечала требованиям ESC. Однако остается не совсем ясной причина таких несоответствий. С одной стороны, это может быть связано с недостаточным обеспечением клиник надлежащими лекарственными средствами. Но в то же время нельзя исключить и отсутствие навыков у ряда врачей практического применения клинических рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Назначение антигипертензивной терапии пациентам с АГ в терапевтическом и хирургическом отделениях не в полной мере соответствует рекомендациям ESC и ESH. В ТО 51 пациент из 237 не получал должного лечения (21,5%), в ХО – 41 из 114 (35,9%): вместо комбинированной терапии назначался 1 препарат или не назначался вовсе.

Предпочтение в отделениях и терапевтического, и хирургического профиля отдается комбинациям с недостаточно доказанной эффективностью в плане влияния на прогноз, а часть пациентов, которым, согласно рекомендациям ESC и ESH, необходимо назначение комбинированной терапии, получали один препарат или вовсе не получали должного лечения

2. Неадекватное лечение АГ 3 степени осуществлялось в 18,3% случаев в ТО и в 33% случаев в ХО.
3. У небольшого числа пациентов (в 1,2% случаев в ТО и в 7,1% случаев в ХО) встречалось назначение нежелательной комбинации препаратов: иАПФ + БРА. 

Проект выполнен в рамках научной работы «Школы мастерства по терапии» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

ЛИТЕРАТУРА

1. 2013 European society of hypertension/ European society of cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension.
2. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная лига». СПб., 2015: 5–54.
3. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Клинические рекомендации. Кардиологический вестник, 2015, 1(X): 3–30.
4. Карпов Ю.А. Комбинированная антигипертензивная терапия – приоритетное направление в лечении артериальной гипертонии. РМЖ, 2011, 26: 1568–1571.
5. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии, 2010, 3: 5–26.
6. Соколов А.В., Садыкова В.З., Решетько О.В. Анализ врачебных назначений антигипертензивной терапии при выписке из стационара больным с метаболическим синдромом. Современная медицина: актуальные вопросы, 2015, 38–39: 113–118.