

Оценка эффективности вторичной профилактики у больных стабильной стенокардией

Расим Кутлу¹, Т.М. Мураталиев^{1,2*}

¹Кыргызская государственная медицинская академия, ²Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова. Кыргызстан, Бишкек

Secondary prevention effectiveness in patients with stable angina

Rasim Kutlu¹, T.M. Murataliev^{1,2*}

¹Kyrgyz State Medical Academy, ²Academician Mirsaid Mirrakhimov National Centre of Cardiology and Therapy. Bishkek, Kyrgyz Republic

Цель. Оценить эффективность медикаментозной вторичной профилактики у амбулаторных больных со стабильной стенокардией (СС) в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Методом случайной выборки за период 2006 г проведен ретроспективный анализ 1067 амбулаторных карт пациентов со СС, находящихся на диспансерном учете в центрах семейной медицины г. Бишкек.

Результаты. Основными классами антиангинальных препаратов (ААП), назначаемых врачами первичного звена, были β-адреноблокаторы 43,0 %, нитраты — 28,6 %, антагонисты кальциевых каналов — 27,9 %, реже применялись миокардиальные цитопротекторы — 0,5 %. Антиагреганты использовались в 86,8 % случаев, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента — у 82,2 % пациентов. Врачи первичного звена в условиях реальной клинической практики редко применяли гиполипидемические препараты — у 8,4 % больных. Использовались неадекватно низкие дозы, на уровне минимально эффективных, основных групп ААП. В 93,3 % случаев при лечении больных СС использовали генерические ААП и лишь в 6,7 % — оригинальные.

Заключение. Медикаментозная вторичная профилактика у больных СС не в полном объеме соответствует современным рекомендациям.

Ключевые слова: стабильная стенокардия, фармакотерапия, вторичная профилактика.

Aim. To assess the effectiveness of pharmaceutical secondary prevention in ambulatory patients with stable angina (SA), in the real-world clinical settings.

Material and methods. Retrospective analysis of randomly selected ambulatory medical histories (n=1067; year 2006) of SA patients attending Bishkek centres of family medicine.

Results. The main groups of anti-anginal medications (AAM), prescribed by primary healthcare doctors, were beta-adrenoblockers (BAB; 43,0 %), nitrates (28,6 %), and calcium antagonists (CA; 27,9 %). Anti-aggregants were prescribed to 86,8 % of the patients, and ACE inhibitors — to 82,2 %. Myocardial cytoprotectors were prescribed less often (0,5 %), as well as lipid-lowering agents (8,4 %). The prescribed doses of lipid-lowering agents were inadequately low (minimal effective doses). Generic lipid-lowering medications were prescribed more often (93,3 %) than the original ones (6,7 %).

Conclusion. Pharmaceutical secondary prevention in SA patients was not adequate and did not comply with the modern clinical guidelines.

Key words: Stable angina, pharmacotherapy, secondary prevention.

Коронарная болезнь сердца (КБС) остается наиболее острой медицинской проблемой в большинстве стран мира, в т.ч. и в Кыргызской Республике (КР). В республике продолжается неуклонный рост смертности от сердечно-сосудистых

заболеваний (ССЗ). По данным Республиканского медико-информационного центра в 2005г 1023,1 чел. на 100 тыс. трудоспособного населения страдали КБС, более трети из них имели стабильную стенокардию (СС), что составляет 320,5 больных

© Коллектив авторов, 2010
e-mail: murataliev@mail.ru

[1 Расим Кутлу — аспирант кафедры “Внутренних болезней 6 курса”, 1, Мураталиев Т. М. (*контактное лицо) — зав. отделением КБС НЦКиТ при МЗ КР и проф. кафедры “Внутренних болезней 6 курса” КГМА].

на 100 тыс. населения. Рост заболеваемости КБС за последние 15 лет составил 21,5 % [1-2]. Смертность от КБС в центрально-азиатских республиках в 4,2 раза превышает средний уровень смертности по странам Евросоюза [3].

За последние десятилетия проведено достаточное количество международных, многоцентровых, рандомизированных исследований, посвященных проблемам профилактики и лечения ССЗ, в частности КБС [4-8]. Несмотря на то, что полученные результаты становятся достоянием широкой медицинской общественности, снижение смертности и заболеваемости от ССЗ в КР, в отличие от стран Европы, не наблюдается. Для определения причин высокой заболеваемости, смертности от ССЗ и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий необходимо провести исследования, позволяющие изучать использование и частоту применения лекарственных препаратов с доказанной эффективностью в реальной клинической практике [9].

Результаты исследований по вторичной профилактике больных КБС в европейских странах, представлены в 5 крупных, многоцентровых работах [4-8]. Эти исследования показали, что большинство международных рекомендаций по ведению больных ССЗ не соблюдается в реальной клинической практике. Отсутствие аналогичных исследований в КР не позволяет в полной мере судить ни о детальных характеристиках больных СС, ни о применяющихся методах диагностики, ни о характере и результатах их лечения. Поэтому одной из актуальных задач медицины, в частности клинической кардиологии, является анализ медикаментозной вторичной профилактики, а также поиск и разработка мер по внедрению существующих международных рекомендаций в реальную клиническую практику при ведении больных СС.

Цель исследования — оценить эффективность медикаментозной вторичной профилактики у больных СС в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы

Методом случайной выборки выполнен ретроспективный анализ 1067 амбулаторных карт пациентов со СС, находящихся на диспансерном учете в центрах семейной медицины г. Бишкек. Для проведения этой работы была разработана унифицированная регистрационная форма, куда вносилась информация о пациенте, его медицинский анамнез, проводимая терапия, а также достижение целевых показателей основных факторов риска (ФР) ССЗ. Врачебные назначения анализировали за период с января по декабрь 2006г.

Результаты исследования обработаны с применением компьютерного пакета “Microsoft Excel”.

Результаты

Анализ исследования показал, что из 1067 пациентов 1043 (97,7 %) лечились ААП, остальным 24

(2,3 %) — антиангинальную терапию (ААТ) не назначали. При анализе частоты назначений разных ААП было отмечено, что лидирующую позицию заняли β -адреноблокаторы (β -АБ), которые назначали в 43,0 % случаев. Второе место по частоте назначений заняли нитраты — 28,6 %, затем антагонисты кальция (АК) — 27,9 %, реже использовали миокардиальные цитопротекторы МЦП — 0,5 % (рисунок 1).

Установлено, что большинство пациентов (58,1 %) получали комбинированную ААТ, из них 1 (0,1 %) пациенту была назначена комбинация из 4 препаратов, 93 (8,9 %) — из 3 препаратов, 512 (49,1 %) — из 2 препаратов. На монотерапии находились 41,9 % пациентов.

Важное значение имеет анализ частоты использования различных представителей внутри каждого класса ААП. При изучении предпочтения врачей первичного звена из класса β -АБ отмечено, что наиболее часто назначали атенолол — в 78,5 % случаев, реже бисопролол (9,8 %), метопролол (3,1 %), карведилол (2,9 %), небиволол (2,0 %) и пропранолол (3,7 %).

Как показал анализ структуры назначений в классе нитратов, то наиболее часто врачи применяли в своей практике изосорбида динитрат — в 70,2 % случаев, реже изосорбида-5-мононитрат (15,1 %), пентаэритролтетранитрат (11,3 %) и изосорбида мононитрат (3,4 %).

Основу назначений препаратов из гр. АК составили: нифедипин короткого действия (33,8 %), нифедипин пролонгированного действия — 16,6 % случаев, верапамил — 27,3 %, амлодипин — 21,7 % и дилтиазем был назначен 0,6 % пациентов.

Из МЦП триметазидин получили 0,5 % больных.

Анализ назначения ААП с учетом их торговых названий показал, что 93,3 % больных принимали генерики и лишь в 6,7 % случаев — оригинальные препараты.

Антиагреганты были использованы 86,8 % пациентами, при этом чаще принимали ацетилсалициловую кислоту (АСК) 99,3 %, реже — клопидогрел 0,5 % и тиклопидин — 0,2 %. У остальных 13,2 % больных причина отсутствия назначения антиагрегантов не была указана.

К настоящему времени известна бесполезность или нет доказательств эффективности кратковременного или длительного применения при стенокардии таких препаратов, как: рибоксин, аденозинтрифосфат, кокарбоксилаза [9]. Тем не менее, врачи первичного звена здравоохранения назначали аденозинтрифосфат 0,5 % и рибоксин 1,5 % пациентам.

Следует особо отметить, что врачи амбулаторно-поликлинического звена в своей практике очень редко применяли препараты, корригирующие дислипидемию (ДЛП). При этом гиполипидемические

Таблица 1

ЧСС на фоне монотерапии	
Наименование ААП	ЧСС уд/мин (M±m)
β-АБ	80,95±11,96
Нитраты	82,11±11,39
АК	84,22±14,54
МЦП	80,00±12,33

Таблица 2

Достижение целевого уровня АД у пациентов со СС и сопутствующей АГ

Целевой уровень АД	Общее число пациентов (n=923)	Мужчины (n=342)	Женщины (n=581)
Не достигнут	788 (85,37 %)	286 (83,63 %)	502 (86,40 %)
Достигнут	135 (14,63 %)	56 (16,37 %)	79 (13,60 %)

средства были назначены лишь 8,4 % пациентам со СС. Из них чаще использовали аторвастатин — 86,7 %, реже симвастатин — 12,2 % и никотиновую кислоту — 1,1 %. Данные о полном липидном спектре были внесены в амбулаторные карты только у 2,4 % пациентов. У больных, принимавших гиполипидемические препараты, целевой уровень общего холестерина был достигнут лишь у 1,5 % больных.

Принцип применения всех β-АБ един: их надо назначать в дозах, обеспечивающих клиническую β-адреноблокаду. Критерием эффективности назначения β-АБ служит отчетливое урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое. При лечении β-АБ ЧСС в покое не должна превышать 55-60 уд./мин [10].

Важно отметить, что врачи поликлинического звена не уделяют достаточного внимания достижению целевой ЧСС у пациентов со СС. Значения ЧСС были отмечены во всех амбулаторных картах пациентов (100 %). При этом уровень ЧСС ≥80 уд./мин был у 525 (49,2 %) больных, ЧСС 79-70 уд./мин — у 431 (40,4 %), ЧСС 69-61 — у 92 (8,6 %), а ЧСС <60 — у 19 (1,8 %) пациентов. Анализ ЧСС у пациентов, лечившихся различными классами ААП также показал, что средняя ЧСС > 80 уд./мин (таблица 1). Таким образом, целевой уровень ЧСС был достигнут лишь у 19 (1,8 %) больных.

Согласно современным рекомендациям ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) показаны больным СС с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом, систолической и/или диастолической дисфункцией ЛЖ и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) [10-12]. Полученные результаты показывают, что врачи первичного звена назначали ИАПФ 877 (82,2 %) пациентам. Последнее, вероятно, связано с тем, что в исследовании преобладали пациенты пожилого возраста, с АГ, перенесенным ИМ и ХСН. Из ИАПФ врачи первичного звена чаще назначали пациентам эналаприл в 62,9 % случаев, затем каптоприл — 22,5 %, лизиноприл — 14,6 % случаев. Следует отметить, что антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА) использовались врачами редко — в 0,2 % случаев.

АГ была отмечена в диагнозе у 923 (86,5 %) пациентов, из них АГ I степени (ст.) очень высокого риска — 30 (3,3 %), АГ 2 ст. очень высокого риска — 110 (11,9 %), АГ 3 ст. очень высокого риска — 783 (84,8 %). Текущие значения систолического и диастолического артериального давления (АД) внесены в амбулаторные карты всех (100 %) пациентов. Также была проанализирована эффективность контроля АД на фоне терапии. Результаты анализа показали, что целевое АД у больных с сопутствующей

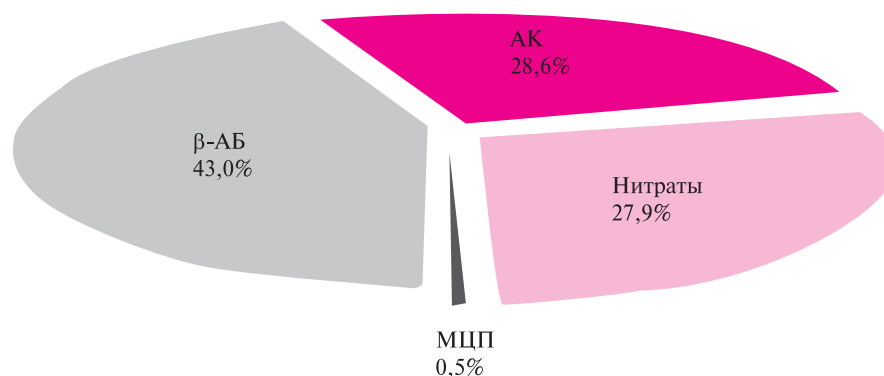


Рис. 1 Общая структура применяемых ААП по данным анализа амбулаторных карт.

шей АГ достигнуто лишь у 14,6 % пациентов, у 85,4 % — целевой уровень АД не был достигнут (таблица 2).

Анализ использования среднесуточных доз основных ААП, ГЛП, антиагрегантов и ИАПФ показал, что врачи амбулаторно-поликлинического звена применяют минимально эффективные дозы. Среднесуточная доза атенолола составила $29,70 \pm 13,68$ мг/сут, метопролола — $33,93 \pm 13,88$ мг/сут, небиволола — $3,25 \pm 1,18$ мг/сут, изосорбида динитрата — $25,45 \pm 10,41$ мг/сут, изосорбида-5-моонитрата — $25,00 \pm 9,40$ мг/сут, изосорбида моонитрата — $16,82 \pm 4,77$ мг/сут, нифедипина — $25,52 \pm 9,44$ мг/сут, аторвастатина — $10,00 \pm 1,40$ мг/сут, эналаприла — $10,00 \pm 1,40$ мг/сут, АСК — $117,82 \pm 19,81$ мг/сут.

Обсуждение

В настоящем исследовании впервые на примере г. Бишкек выполнен ретроспективный анализ вторичной медикаментозной профилактики у пациентов со СС в условиях реальной клинической практики врачей первичного звена. Полученные данные показали, что врачи первичного звена отдавали предпочтение комбинированной ААТ в лечении больных СС. При этом среднесуточные дозы большинства ААП были ниже целевых доз, обеспечивающих достаточный антиангинальный эффект.

Следует отметить, что врачи в 93,3 % случаев в лечении больных СС использовали генерические ААП и лишь в 6,7 % — оригинальные препараты. Частота назначения различных классов ААП составила: β -АБ — 43,0 %, нитратов — 28,6 %, АК — 27,9 %, МЦП — 0,5 %. Из антиагрегантов чаще использовали

АСК 99,3 %, реже клопидогрел (0,5 %) и тиклопидин (0,2 %). По сравнению с врачами Европейских стран, частота назначения антиагрегантов, нитратов, АК почти не различалась. Врачи первичного звена г. Бишкек чаще применяли ИАПФ, реже β -АБ и очень редко ГЛП, в т.ч. статины — у 8,4 % больных [7]. Следует особо отметить, что врачи первичного звена г. Бишкек в медикаментозной вторичной профилактике, по сравнению с врачами с Европы чаще применяли комбинированную ААТ [4-8].

Выводы

Частота назначения различных классов ААП составила: β -АБ — 43,0 %, нитратов — 28,6 %, АК — 27,9 %, МЦП — 0,5 %. Антиагреганты использовались в 86,8 % случаев, ИАПФ в 82,2 % случаев.

Врачи первичного звена очень редко применяли ГЛП (8,4 %), в т.ч. статины. Продолжают назначать препараты, не имеющие доказательную базу (рибоксин, аденозинтрифосфат) и неэффективные нитраты (эринит).

В большинстве случаев врачи применяли комбинированную ААТ (58,1 %). Среднесуточные дозы большинства ААП были ниже целевых, обеспечивающих полный антиангинальный эффект.

Врачи в 93,3 % случаев при лечении больных СС использовали генерические ААП и лишь в 6,7 % — оригинальные препараты.

Врачи амбулаторно-поликлинического звена при проведении фармакотерапии не контролируют регулируемые ФР и не добиваются достижения целевых значений: содержание липидов, АД, уровень ЧСС и др.

Литература

1. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики. Бишкек 2000; 152 с.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики. Бишкек 2006; 275 с.
3. Информационный центр ВОЗ по здоровью населения и здравоохранению в Центрально-азиатских республиках, Health of population and health care in central Asian republics WHO information center on health for. Carinonet J 2000; 1: 3-15.
4. EUROASPIRE Study Group EUROASPIRE European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease. Principal results. Eur Heart J 1999; 18: 1569-82.
5. EUROASPIRE II Study Group Life style and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II. Euro Heart Survey Programmer. Eur Heart J 2001; 22: 554-72.
6. Euro Heart Survey Programme ESC Quality Assurance Programme to Improve Cardiac Care in Europe. Euroaspire III Euro Heart Survey on Secondary and Primary Prevention Of Coronary Heart Disease. Euro Heart Survey ESC Congress, Vienna, september 2007.
7. Eastaugh JL, Calvert MJ, Freemantle N, et al. Highlighting the need for better patient care instable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients Family Practice. Eur Heart J 2004; 21: 1-8.
8. Witold R, Caroline AD, Anselm G, et al. Prospective observational study from the Euro heart survey of stable angina: Predicting prognosis instable angina—results. BMJ J 2006; 332: 262-7.
9. Strom BL. What is pharmacoepidemiology? 2nd ed. New York. John Wiley & Sons, Inc. J 1994; 6: 3-15.
10. Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Кардиоваск тер профил 2008г. <http://familymedicine.ru/content/view/246/32/>
11. Kim F, Maria A, Diego A, et al. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2006; 10: 1001-93.
12. Theodore D, Fraker J, Stephan D, et al. A Report of the American 2007 Chronic Angina Focused Updated of the ACC/AHA 2002 Guidelines for the for the Management of Patients With Chronic Stable Angina. Circulation J 2007; 116: 1-12.

Поступила 15/01-2009