

# Терапевтическая инертность как причина неконтролируемой артериальной гипертензии в амбулаторной практике: результаты исследования АРГУС–2

*Ж.Д. Кобалава, Ю.В.Котовская, Е.Г.Старостина, С.И. Дроздецкий, Р.С.Богачев* от имени исследователей АРГУС–2\*

## Uncontrolled hypertension in out-patient clinic - therapeutic rigidity as a cause: results of ARGUS-2

G.D. Kobalava, Yu.V. Kotovskaya, E.G. Starostina, S.I. Drozdetski, R.S. Bogachev

*Статья поступила в редакцию: 14.10.06. и принята к печати: 22.12.06.*

Основные результаты российской научно-практической программы АРГУС (Улучшение выявления, оценки и лечения Артериальной Гипертензии У пациентов Старше 55 лет) показали крайней низкие показатели контролируемой АГ у этой категории больных, низкую частоту назначения диуретиков. Проведение этой программы совпало с появлением и началом внедрения в клиническую практику первых российских рекомендаций по АГ, гармонизированных с международными руководствами, прежде всего с рекомендациями ВОЗ 1999 г. Обновленные международные и российские руководства по АГ, опубликованные в 2003 и 2004 гг., подчеркивают первостепенную важность достижения целевого АД, особенно в группах высокого риска с использованием в большинстве случаев комбинированной антигипертензивной терапии [1, 2, 3, 4].

Очевидно, что улучшение контроля АД может быть достигнуто только совместными усилиями врача и пациента. Именно поэтому целью программы «Улучшение контроля Артериальной Гипертензии У лиц с высоким риском развития Сердечно-сосудистых осложнений» (АРГУС–2) стало изучение психологических проблем взаимодействия врача и пациента, барьеров с обеих сторон для адекватного лечения АГ, а также оценка возможности рационального использования диуретиков в группах больных с трудно контролируемой АГ.

Терапевтическая инертность, или неизменение антигипертензивной терапии при недостижении целевого АД, вносит значительный вклад в высокую распространенность неконтролируемой АГ [5].

Целью данной публикации стал анализ тактики врача для достижения целевого АД у больных АГ в амбулаторной практике.

### Материалы и методы

Программа АРГУС–2 проходила в 15 центрах 13 городов Российской Федерации. Протокол программы АРГУС–2 был опубликован в журнале «Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2006 № 4. Предварительные результаты программы были доложены на Конгрессе ВНОК 11 октября 2006 г.

В анализ включались амбулаторные карты пациентов в возрасте старше 18 лет с первым диагнозом «Гипертензивная болезнь», посетивших врача по поводу АГ не менее 3-х раз за период с 1.12.2004 по 1.12.2005 г.

Карты для анализа отбирались случайным образом из представленного врачами списка из 150–200 больных, соответствующих критериям отбора. Анализ медицинских карт амбулаторных больных проводился региональными координаторами или назначенными ими ответственными по единой аналитической карте, содержащей 19 позиций.

Полученная таким образом информация анализировалась по следующему плану:

- 1) Частота контролируемой АГ при первом обращении в поликлинику и выделение группы пациентов, у которых на первом визите не было достигнуто целевое АД (<140/<90 мм рт.ст. в общей популяции больных и <130/<80 мм рт.ст. у больных с сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью и протеинурией)
- 2) Разделение пациентов с неконтролируемой АГ по уровню целевого АД.
- 3) Частота и характер изменений антигипертензивной терапии в общей группе анализа и в подгруппах, выделенных в зависимости от целевого уровня АД.
- 4) Частота назначения классов антигипертензивных препаратов и изменение соотношения назначения классов антигипертензивных препаратов в течение года.
- 5) Количество антигипертензивных препаратов, назначенных на первом визите, и его изменение в течение года в подгруппах, выделенных в зависимости от целевого уровня АД.
- 6) Частота достижения целевого АД при последнем обращении в поликлинику.
- 7) Сравнение пациентов, у которых было достигнуто целевое АД при последнем обращении по исходным показателям.
- 8) Сравнение характера изменений антигипертензивной терапии в течение года в зависимости достижения контроля АД при последнем обращении.

**ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ, ЧЬИ АМБУЛАТОРНЫЕ КАРТЫ БЫЛИ ПРОАНАЛИЗИРОВАНЫ**

Показатель	Вся группа n=684	Мужчины n=239	Женщины n=445
Средний возраст, лет	58±11.2	57.6±11.5	59.5±10.1
Диапазон возраста, лет	22–97	22–97	28–84
<b>Возрастные категории, %</b>			
<40	6.7	14.0	2.8
40–54	28.7	28.0	29.0
55–59	21.2	18.6	22.6
60–64	13.7	13.1	14.0
65–69	15.0	12.3	16.5
70–75	8.9	8.0	9.3
76–80	4.4	4.6	4.1
>80	1.4	1.2	1.6
<b>Образование, %</b>			
Начальное	1.7	1.3	1.9
Среднее	14.2	12.4	15.3
Среднее специальное	34.6	27.4	38.5
Высшее	49.5	58.8	44.4
Работают	54.4	64.8	48.8
Инвалидность	29.7	26.8	31.2
Пенсионер	54.7	37.2	64.0
<b>Распределение по риску, %</b>			
Низкий	0.9	0.9	0.9
Средний	13.7	15.0	13.0
Высокий	35.2	24.8	41.0
Очень высокий	50.2	59.4	45.0

В анализ были включены амбулаторные карты 684 пациентов (239 мужчин и 445 женщин), средний возраст которых составил 58±11.2 года. Пациенты посетили врача по поводу АГ в течение года от 3 до 20 раз. Клинико-демографическая характеристика пациентов представлена в таблице 1. Наиболее распространенными факторами риска явились: дислипидемия (75,34 %), абдоминальное ожирение (65,93 %), семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых осложнений (60,12 %). Среди поражения органов-мишеней чаще всего выявлялась ГЛЖ.

Сахарный диабет отмечен у 18,88 %. Наиболее распространенным ассоциированным клиническим состоянием была стенокардия напряжения (40,97 %).

Для создания таблиц использованы программы Microsoft® Excel 2000 и Microsoft® Access 2000, входящие в состав Microsoft® Office 2000 для операционной среды Microsoft® Windows 2000. Описательная статистика для переменных непрерывного типа включала число наблюдений (N), среднее значение (mean), среднеквад-

**ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ЦЕЛЕВОГО АД НА ПЕРВОМ И ПОСЛЕДНЕМ ВИЗИТАХ В ПОЛИКЛИНИКУ**

	Вся группа	Экспертный уровень целевого АД	
		<140/<90 мм рт.ст.	<130/<80 мм рт.ст.
Вся группа			
	n=684	n=510	n=174
При первом %	2.9	2.7	3.4
При последнем %	24.4	25.9	20.1
Мужчины			
	n=239	n=177	n=62
При первом %	2.9	2.8	3.2
При последнем %	30.9	31.1	30.6
Женщины			
	n=445	n=333	n=112
При первом %	2.9	3.0	2.7
При последнем %	20.9	23.1	14.4
<55 лет			
	n=241	n=188	n=53
При первом %	3.7	3.7	3.8
При последнем %	27.4	27.7	26.4
55–65 лет			
	n=239	n=174	n=65
При первом %	2.5	2.4	2.8
При последнем %	23.4	26.9	15.3
>65 лет			
	n=204	n=148	n=56
При первом %	2.5	2.0	3.6
При последнем %	22.1	22.3	21.4

ратическое отклонение – СКО – (StdDev), медиану (Median), минимальное (min) и максимальное (max) значения. Категориальные переменные представлены частотными таблицами. Для оценки нормальности распределения значений непрерывных переменных использованы критерии Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Для сравнения двух групп использован критерий Стьюдента для несвязанных групп, а в случае распределения данных отличным от нормального использован непараметрический аналог – критерий Манна-Уитни. Для сравнения более двух групп использован однофакторный дисперсионный анализ, а в случае распределения данных отличным от нормального или неравных дисперсиях использован непараметрический аналог – критерий Краскела-Уоллиса. Для оценки гомогенности (равенства) дисперсии применен критерий Левене. Различия считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты

#### Тактика врача для достижения целевого АД

Исходно уровень АД при первом визите контролировался у 2,9 % пациентов. Показатели контроля АД не различались в подгруппах, выделенных в зависимости от пола и возраста (табл.2).

Антигипертензивная терапия на протяжении года оставалась неизменной у 20,5 % больных, недостоверно чаще у пациентов с целевым уровнем АД  $<130/ <80$  мм рт.ст. (табл.3). Максимальное количество изменений лечения составило 10. Наиболее частой мерой изменения режима лечения было увеличение дозы препарата (46,6 %) и назначение дополнительного препарата (36,8 %). Характер изменения режима терапии не различался в зависимости от уровня целевого АД. Отношение количества изменений антигипертензивной терапии и посещений поликлиники составило 0,48 (0,49 у пациентов с целевым АД  $<140/90$  мм рт.ст. и 0,46 с целевым АД  $<130/80$  мм рт.ст.) (табл. 3).

Количество назначенных антигипертензивных препаратов за год наблюдения достоверно увеличилось как в общей группе наблюдения (с  $2.0 \pm 0.83$  до  $2.5 \pm 0.9$ ,  $p < 0,05$ ) так и в зависимости от целевого уровня АД ( $<140/ <90$  мм рт.ст. с  $1.9 \pm 0.82$  до  $2.5 \pm 0.89$ ,  $p < 0,05$ ;  $<130/ <80$  мм рт.ст. с  $2.1 \pm 0.84$  до  $2.6 \pm 0.96$ ,  $p < 0,05$ ). Однако ко-

личество антигипертензивных препаратов достоверно не различалось в подгруппах с разным целевым АД.

При первом обращении в поликлинику чаще всего назначались ингибиторы АПФ (74,5 %), частота назначения тиазидных диуретиков составила 28,5 % (табл.4). Назначение классов антигипертензивных препаратов в зависимости от экспертного уровня целевого АД при первом посещении поликлиники существенно не различалось и не изменилось на последнем визите. Наиболее отчетливо изменилась частота назначения бета-блокаторов и антагонистов кальция (+8 %).

#### Сравнительный анализ тактики врача в зависимости от достижения целевого АД при последнем обращении пациента в поликлинику

Частота достижения целевого АД при последнем обращении в поликлинику составила 24,4 %, и была недостоверно выше у мужчин, чем у женщин (табл.2). Целевое АД  $<140/90$  мм рт.ст. достигалось недостоверно чаще, чем  $<130/80$  мм рт.ст. При этом у мужчин различия были незначительными, в то время как у женщин частота достижения целевого АД  $<130/80$  мм рт.ст. была значительно ниже, чем  $<140/90$  мм рт.ст. Значительная диссоциация между частотой достижения двух уровней целевого АД отмечалась в возрастной категории 55–65 лет, и не наблюдалась у более молодых или пожилых пациентов.

Пациенты, у которых был достигнут контроль АД, не отличались от пациентов с неконтролируемой АГ по исходному уровню АД. Динамика АД за год наблюдения в группах, выделенных в зависимости от уровня АД при последнем обращении в поликлинику, представлена в таблице 5.

Пациентам, достигшим целевого АД, назначалось достоверно большее количество антигипертензивных препаратов как при первом обращении, так и при последнем. При этом существенных различий по количеству назначенных препаратов при первом и последнем обращении в поликлинику в зависимости от уровня целевого АД выявлено не было (табл. 6). Пациенты, достигшие целевого АД, посещали поликлинику достоверно чаще.

В отличие от пациентов, не достигших целевого АД, у больных с контролируемой на последнем визите АГ отмечены достоверно более высокая частота назначения тиа-

Таблица 3

### ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ТЕРАПИИ

Изменение антигипертензивной терапии	Вся группа n=684	Экспертный уровень целевого АД	
		$<140/ <90$ мм рт.ст. n=510	$<130/ <80$ мм рт.ст. n=174
Не изменялась	20.5	18.8	26.5
Доза снижалась	3.8	4.0	3.5
Увеличивались дозы препарата	46.6	48.2	44.7
Назначался(лись) дополнительный(ые) препарат(ы)	36.8	37.3	37.6
Отменялся препарат и назначался препарат другого класса	30.8	32.1	28.8
Производилась замена препарата на другой того же класса	30.4	30.4	32.4
Среднее кол-во изменений терапии (мин, макс)	$2.5 \pm 1.7$ (0–10)	$2.5 \pm 1.68$ (0–10)	$2.6 \pm 1.74$ (0–10)
Количество посещений поликлиники за год (мин, макс)	$5.2 \pm 3.3$ (3–20)	$5.1 \pm 3.2$ (3–18)	$5.6 \pm 3.5$ (3–20)

Таблица 4

## НАЗНАЧЕНИЕ КЛАССОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСПЕРТНОГО ЦЕЛЕВОГО АД

Классы препаратов	Обращение в поликлинику	Вся группа n=684	Экспертный уровень целевого АД	
			<140/<90 мм рт.ст. n=510	<130/<80 мм рт.ст. n=174
Тиазидный/ тиазидоподобный диуретик	Первое обращение	28.5	28.0	30.0
	Последнее обращение	31.5	31.5	31.2
Петлевой диуретик	Первое обращение	3.1	2.4	5.3
	Последнее обращение	3.2	2.2	6.5
Бета-адреноблокатор	Первое обращение	48.5	47.4	51.8
	Последнее обращение	56.1	55.8	57.1
Ингибитор АПФ	Первое обращение	74.5	71.8	82.4
	Последнее обращение	73.4	71.6	78.8
Антагонист кальция	Первое обращение	28.0	26.6	32.4
	Последнее обращение	36.2	34.9	40.0
Антагонист рецепторов ангиотензина II	Первое обращение	3.6	4.0	2.4
	Последнее обращение	8.5	8.1	9.4
Агонист П-имидазолиновых рецепторов и другие	Первое обращение	13.2	12.5	15.3
	Последнее обращение	10.1	9.9	10.6
Фиксированный комбинированный препарат, содержащий диуретик	Первое обращение	4.6	4.8	4.1
	Последнее обращение	7.1	7.1	7.1
Фиксированный комбинированный препарат, не содержащий диуретик	Первое обращение	0.3	0.2	0.6
	Последнее обращение	0.15	0.2	0.0

Таблица 5

## АД В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО АД НА ПОСЛЕДНЕМ ВИЗИТЕ

	Достижение целевого АД	Mean	Std	Mediana	Min	Max
САД при первом обращении, мм рт.ст.	Да	166.49	19.87	165.00	120.00	240.00
	Нет	170.64	17.06	170.00	100.00	260.00
САД при последнем обращении, мм рт.ст.	Да	129.70	9.13	130.00	105.00	138.00
	Нет	154.78	13.47	150.00	120.00	245.0
ДАД при первом обращении, мм рт.ст.	Да	100.59	9.51	100.00	80.00	130.00
	Нет	100.26	9.87	100.00	70.00	130.00
ДАД при последнем обращении, мм рт.ст.	Да	80.77	5.58	80.00	65.00	88.00
	Нет	93.30	9.83	90.00	30.00	140.00

зидных/тиазидоподобных диуретиков на первом визите и ее достоверное увеличение к последнему посещению, а также увеличение частоты назначения фиксированных комбинированных препаратов, содержащих диуретик (табл. 7).

### Обсуждение

Международные и российские руководства по АГ подчеркивают первостепенную важность достижения целевого АД для снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у больных АГ [1–4]. Положение «Чем выше риск, тем больше польза снижения АД» подкреплено данными многочисленных контролируемых исследований. В качестве целевого уровня АД в общей популяции пациентов рекомендован <140/<90 мм рт.ст. и <130/<80 мм рт.ст. при наличии сахарного диабета, хронической почечной недостаточности или протеинурии [1–4].

При первом обращении в поликлинику коррекция уровня АД требовалась 97.1 % больных. Через год целевого АД достигли 24.4 %.

Анализ тактики врача в отношении достижения целевого АД у больных АГ в амбулаторных условиях показал, что врачи не ориентированы на достижение целевого АД. В группе 684 пациентов, среди которых 85.4 % имели высокий/очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в 20.5 % врачи не

меняли режим антигипертензивной терапии, несмотря на то, что пациенты в среднем посетили поликлинику 5 раз в течение года. Отношение количества изменений антигипертензивной терапии и посещений поликлиники составило 0,48. Иными словами, лишь на половине из визитов врач изменял проводимую антигипертензивную терапию. Активность изменения антигипертензивной терапии практически не различалась у пациентов с целевым АД <140/<90 мм рт.ст. или <130/<80 мм рт.ст.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о широкой распространенности терапевтической инертности в группах пациентов, где требуется достижение более жесткого контроля АД.

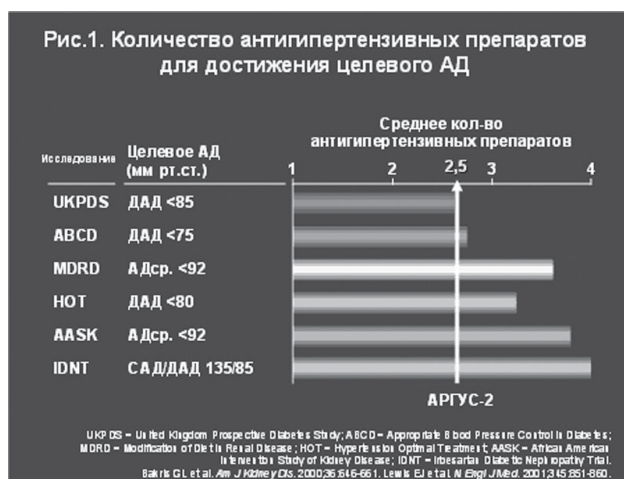
Терапевтическая инертность определяется как неспособность врача усилить терапию при недостижении целевого АД, и вносит значительный вклад в высокую распространенность неконтролируемой АГ. В ретроспективном когортном исследовании, включавшем результаты наблюдения за 7253 пациентами с АГ 168 врачами, оказалось, что антигипертензивная терапия изменялась только на 13.1 % визитов с повышенным АД, или на 44 % реже ожидаемого. Терапевтическая инертность чаще отмечалась при наблюдении пациента одним врачом, чем несколькими, а также у пациентов с высоким риском, у которых наиболее отчет-

лива польза от достижения целевого АД. Значимыми предикторами терапевтической инертности (отсутствия усиления терапии) оказались пожилой возраст, сахарный диабет, ИБС и дислипидемия [5]. Среди возможных причин терапевтической инертности рассматриваются преувеличение количества пациентов, достигших целевого уровня АД, поиск «смягчающих» объяснений «неусиления» антигипертензивной терапии (убеждение врача в том, что пациент не будет следовать большинству рекомендаций), недостаток информированности, обучающих и организационных программ, нацеленных на достижение терапевтических целей [6].

Исследование АРГУС-2 впервые в российской практике поставило своей задачей анализ барьеров достижения целевого АД со стороны врача и пациента. Результаты этого анализа будут опубликованы в 2007 г.

Современные руководства отмечают необходимость назначения комбинированной терапии у большинства пациентов с АГ для достижения адекватного контроля АД. Общеизвестные 60–75 % по данным исследования НОТ (Hypertension Optimal Treatment) отражают потребность в комбинированной терапии для достижения целевого диастолического АД [7]. Реальные потребности в комбинированной антигипертензивной терапии для

Рисунок 1.



достижения целевого систолического АД существенно выше (рис.1).

По данным проведенного анализа врач назначал дополнительный препарат лишь в 36.8 % случаев коррекции терапии. В результате на последнем визите среднее количество антигипертензивных препаратов составило

Таблица 6  
КОЛИЧЕСТВО ВИЗИТОВ, АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ИЗМЕНЕНИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО АД НА ПОСЛЕДНЕМ ВИЗИТЕ [M±SD (MIN-MAX)]

	Не достигшие целевого АД n=517	Все достигшие целевого АД n=167	Достигшие целевого АД <140/<90 мм рт.ст. n=132	Достигшие целевого АД <130/<80 мм рт.ст. n=35
Кол-во визитов	4±3 (3–12)	7±4^ (3–20)	7±4 (3–16)	8±4 (3–20)
Кол-во препаратов				
Первое обращение	1.7±0.9 (1–6)	2.2±0.9^ (1–6)	2.2 ±0.9 (1–6)	2.4±0.8 (1–5)
Последнее обращение	2.2±0.9* (1–5)	2.5±0.9*^ (1–5)	2.5±0.9* (1–5)	2.6±1* (1–5)
Кол-во изменений терапии	2±1.2 (0–8)	2±1.2 (0–8)	2±1.3 (0–8)	2±1.0 (0–5)

Примечание: \*достоверность различий по сравнению с первым обращением p<0,05

^достоверность различий по сравнению с не достигшими целевого АД p<0,05

Таблица 7  
ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ КЛАССОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПЕРВОМ И ПОСЛЕДНЕМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО АД

Классы препаратов	Обращение в поликлинику	Достижение целевого АД на последнем визите, %	
		Да n=167	Нет n=517
Тиазидный/ тиазидоподобный диуретик	Первое обращение	38.73	24.55
	Последнее обращение	56.07*^	22.95
Петлевой диуретик	Первое обращение	2.89	3.19
	Последнее обращение	1.73	3.99
Бета-адреноблокатор	Первое обращение	51.45	47.50
	Последнее обращение	53.76	56.89
Ингибитор АПФ	Первое обращение	67.63	75.65
	Последнее обращение	71.6	75.45
Антагонист кальция	Первое обращение	31.21	26.95
	Последнее обращение	32.37	37.13
Антагонист рецепторов ангиотензина II	Первое обращение	9.83	1.40
	Последнее обращение	18.50	5.19
Агонист II-имидазолиновых рецепторов и другие	Первое обращение	13.87	15.3
	Последнее обращение	9.25	12.77
Фиксированный комбинированный препарат, содержащий диуретик	Первое обращение	8.67	10.18
	Последнее обращение	11.56	5.59
Фиксированный комбинированный препарат, не содержащий диуретик	Первое обращение	0.58	0.20
	Последнее обращение	0.00	0.20

**Эталонный диуретик для лечения  
больных артериальной гипертензией**

# АРИФОН® РЕТАРД

ИНДАПАМИД 1,5 МГ – КОНТРОЛИРУЕМОЕ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ

## НОВАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА - ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ДОЗА



*Соответствует  
последним  
российским и  
международным  
научным  
рекомендациям*

*«Доказанной  
метаболической  
нейтральностью  
обладает индапамид  
в форме ретард,  
эффективный  
в суточной дозе  
1,5 мг»<sup>1</sup>*



### **1 ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ**

- **Оптимальный 24-часовой контроль артериального давления**<sup>2,3</sup>
- **Оптимальное соотношение эффективность/переносимость**<sup>2</sup>
- **Оптимальная кардиопротекция**<sup>3,4</sup>
- **Уменьшение микроальбуминурии**<sup>5</sup>

1. «Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации». Первый доклад экспертов научного общества по изучению артериальной гипертензии, Всероссийского научного общества кардиологов и межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1), 2000. 2. Guez D, Mallion JM, Degaute JP, Malini PL, et al. Arch Mal Coeur Vaiss. 1996; 89: 17-26. 3. Mallion JM, Asmar R, Ambrosioni E, MacMahon M, et al. Arch Mal Coeur Vaiss. 1996; 89: 27-38. 4. Kaplan NM. Am J Cardiol. 1996; 77: 1B-2B. 5. Marre M, Fernander M, Garcia Puigl, et al. J Hypertens. 2002;20 (Suppl 14): S338.

Регистрационный номер П N 015249/01 от 08.10.2003



115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.  
Тел.: (495) 937 0700; факс: (495) 937 0701.

2.5±0.9, при этом пациенты с контролируемой АГ получали их достоверно больше, чем с неконтролируемой 2.2±0.9 против 2.5±0.9, p<0,05.

В соответствии с рекомендациями JNC VII в случае начала лечения с другого класса, вторым препаратом в большинстве случаев должен быть тиазидный диуретик [2].

При первом обращении в поликлинику тиазидные диуретики были назначены лишь 28.5 % пациентов. Частота назначения этого класса препаратов практически не изменилась и составила 31.5 % при последнем обращении. Сравнивая полученные данные с результатами анализа реальной клинической практики лечения АГ у пациентов старше 55 лет, проведенного в ходе первого проекта АРГУС, приходится констатировать сохранение некоей предвзятости в отношении назначения этого класса препаратов у врачей. Ценность тиазидных и тиазидоподобных диуретиков в низких дозах для снижения АД, их хорошая переносимость, минимальное клиническое значение их возможных эффектов в отношении углеводного и липидного обмена, электролитного баланса на сегодняшний день убедительно подтверждены [8–11]. Современный тиазидоподобный диуретик индапамид ретард (Арифон ретард, Сервье, Франция) метаболически нейтрален, его высокая антигипертензивная эффективность, кардио- и нефропротективный потенциал показаны в ряде исследований [12–16].

Тем не менее, отвечая на вопрос о препятствиях для назначения этого класса препаратов, из 373 врачей, опрошенных в ходе исследования АРГУС–2, 44 % указали именно возможные нежелательные явления (табл. 8).

Необходимость назначения тиазидных диуретиков для достижения адекватного контроля АД подтверждена и результатами проведенного анализа: диуретики использовались более чем в 2 раза чаще у пациентов, достигших целевого уровня АД (56.07 %), по сравнению с пациентами, у которых уровень АД не контролировался при последнем обращении в поликлинику (22.95 %).

Таким образом, результаты проведенного анализа ведения больных АГ в амбулаторных условиях свидетельствуют о терапевтической инертности в отношении достижения целевого АД, основными проявлениями которой служат недостаточное использование многокомпонентной комбинированной терапии и низкая частота назначения тиазидных/тиазидоподобных диуретиков для лечения больных с высоким/очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Дальнейший анализ результатов исследования АРГУС–2 позволит оценить причины терапевтической инертности, и потенциально будет способствовать оптимизации обучающих и организационных программ, нацеленных на достижение терапевтических целей.

**\*Рабочая группа:** Ж.Д. Кобалава (председатель), Е.Г. Старостина, Ю.В. Котовская, С.В. Виллевалде, О.Н. Серебрян-

## МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ О ПРЕПЯТСТВИЯХ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТИАЗИДНЫХ/ ТИАЗИДОПОДОБНЫХ ДИУРЕТИКОВ (n=373)

	%
Препятствий нет	37.5
Низкая антигипертензивная эффективность тиазидных/тиазидоподобных диуретиков	16.1
Побочные эффекты тиазидных/тиазидоподобных диуретиков	44.0
Наличие более новых и современных антигипертензивных препаратов других групп	39.1
Низкая комплаентность больных к приему тиазидных/тиазидоподобных диуретиков	24.7
Неоптимальный механизм действия тиазидных/тиазидоподобных диуретиков при АГ	13.9
В лечении АГ можно обойтись и без тиазидных тиазидоподобных диуретиков, достаточно препаратов других групп	15.5
Тиазидные/тиазидоподобные диуретики давно отошли на второй план в лечении АГ	4.8
Прочее	3.5

никова, И.М. Маслова. **Координационный совет программы АР-ГУС-2:** А.И. Мартынов, В.С. Моисеев, Р.Г. Оганов, Е.И. Баранова (Санкт-Петербург), Р.С. Богачев (Смоленск), Н.И. Волкова (Ростов-на-Дону), С.И. Дроздецкий (Нижний Новгород), О.А. Кисляк (Москва), Ж.Д. Кобалава (Москва), Н.А. Козилова (Пермь), И.Г. Колина (Омск), Ю.Н. Краснова (Иркутск), Ю.М. Лопатин (Волгоград), С.В. Недогада (Волгоград), Е.И. Тарловская (Киров), Л.И. Тюкалова (Томск), Р.А. Хохлов (Воронеж), М.А. Фрейдлина (Екатеринбург). **Статистический анализ:** Е.А. Лукьянова (Москва).

**Литература**

- Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика, приложение. 2004;с.20.
- Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003;42:1206–1252.
- 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003;21:1983–1992.
- 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003;21:1011–1053.
- Okonofua EC et al. Hypertension. 2006; 47:345–351.
- Fine LJ, Cutler JA. Hypertension. 2006; 47:319–320.
- Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S.G. et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet.1998;351:1755–1762.
- Psaty B.M., Lumley T., Furberg C.D., et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. JAMA 2003;289:2534–2544
- Kostis J.B., Wilson A.C. Fredenberger R.S. et al. Long-term effect of diuretic-based therapy on fatal outcomes in subjects with isolated systolic hypertension with and without diabetes. Am J Cardiol 2005;95:29–35.
- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Arch Intern Med. 2005;165:1410–1419.
- Moser M. Diuretics should continue to be one of the preferred initial therapies in the management of hypertension. The argument for. J Clin Hypertens. 2005;7:111–116
- PATS Collaborating Group. Post-stroke antihypertensive treatment study. A preliminary result. Chin Med J (Engl). 1995;108:710–717.
- Gosse P., Sheridan P., Zannad F. et al. Regression of left ventricular hypertrophy in hypertensive patients treated with indapamide SR 1.5 mg versus enalapril 20 mg: the LIVE study. J Hypertens. 2000;18:1465–1475.
- Marre M., Puig J.G., Kokot F. et al. Equivalence of indapamide SR and enalapril on microalbuminuria reduction in hypertensive patients with type 2 diabetes: the NESTOR Study. J Hypertens. 2004;22:1613–1622.
- London G., Schmiede R., Calvo C. Antihypertensive efficacy of indapamide SR vs candesartan and amlodipine in hypertensive patients: the X-cellent main study J Hypertens 2004;22 (suppl.2):S384 S113.
- London G., Schmiede R., Calvo C. Indapamide SR antihypertensive efficacy vs candesartan and amlodipine in isolated systolic hypertensive patients: the X-cellent ISH substudy. J Hypertens 2004;22 (suppl.2):S384 S113.