



# ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Нанаева М.Т., Зурдинов А.З., Урманбетова А.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им.И.К.Ахунбаева,  
Кыргызско-Российский Славянский Университет,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Артериальная гипертензия (АГ) является актуальнейшей проблемой современного общества, приводящей к значительному увеличению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Но, несмотря на существование большого арсенала антигипертензивных препаратов, эффективность терапии остается достаточно низкой, не превышая 35-40% даже в развитых странах. Эффективность терапии во многом зависит от информированности лечащих врачей о современных подходах к терапии АГ и следования им.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, антигипертензивный препарат, фармакоэпидемиология, антигипертензивная терапия.

# КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КАН БАСЫМЫН ЫЛДЫЙЛАТУУЧУ ДАРЫЛАРДЫН ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Нанаева М.Т., Зурдинов А.З., Урманбетова А.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
Кыргыз-Россиялык Славян Университети,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме.** Артериальдык гипертензия (АГ) жүрөк - тамыр ооруларынын өнүгүшү жана өлүм коркунучунун кыйла өсүшүнө алып келген азыркы коомдогу көйгөйлүү маселе болуп эсептелет. Бирок, кан басымын ылдыйлатуучу дарылардын кен арсеналы бар болгондугуна карабастан, дарылоонун натыйжалуулугу төмөн бойдон кала берүүдө, өнүккөн өлкөлөрдө да 35-40% дан ашпайт. Дарылоонун натыйжалуулугу көпчүлүк учурда дарылап жаткан дарыгерлердин Агнын дарылоосуна карата азыркы мамиле кылуулар тууралуу маалымдуулугуна жана ошого карата иш жүргүзүшүнө байланыштуу.

**Негизги сөздөр:** артериальдык гипертензия, кан басымдуулук оорусу, кан басымын ылдыйлатуучу дары, фармакоэпидемиология, кан басымдатуучу дарылоо.

# PHARMACOEPIDEMIOLOGY OF ANTIHYPERTENSIVE DRUGS IN KYRGYZ REPUBLIC

Nanaeva M.T., Zurdinov A.Z., Urmanbetova A.D.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,  
Kyrgyz-Russian Slavic University,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Arterial hypertension is very actual problem of the modern society, leading to increase the risk of the developing cardiovascular complicates and mortality. And, in spite of the existence of a great variety of antihypertensive drugs, the therapy efficiency remains rather low, not exceeding 35-40% even in developed countries. The therapy efficiency depends from the doctor's informing the modern recommendations of antihypertensive therapy considerably.

**Key words:** arterial hypertension, primary or essential hypertension, antihypertensive drug, pharmacoepidemiology, antihypertensive therapy.

## Актуальность исследования.

Артериальной гипертензией (АГ) страдает от 15 до 20% взрослого населения в развитых странах [1]. Около 90% случаев АГ связано с гипертонической болезнью (ГБ) или эссенциальной гипертензией (ЭГ). В остальных случаях повышение артериального давления (АД) связано с заболеваниями ряда органов и систем организма и носят вторичный характер [2]. Анализ статистических данных по заболеваемости, летальности и инвалидности в

Кыргызской Республике показывает, что ведущее место в структуре общей смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), причем, начиная с 90-х годов XX века, регистрируется рост сердечно-сосудистой смертности среди лиц трудоспособного возраста, и, особенно, среди молодых людей. Показано, что основной вклад (80%) в смертность и инвалидность населения республики от ССЗ вносят ГБ, особенно в сочетании с гиперлипидемией (ГЛ) и коронарной болезнью сердца (КБС). Согласно



данным эпидемиологических исследований, проведенных сотрудниками Национального центра кардиологии и терапии Кыргызской Республики в 2005 году, распространенность артериальной гипертензии среди взрослого (старше 18 лет) населения Кыргызстана, составила 41% среди городской популяции и 38,4% среди сельской. За 10 лет частота встречаемости артериальной гипертензии в республике (с 1995 по 2005 годы) увеличилась в 1,6 раза с 24% до 41% соответственно. Согласно данным регионального бюро ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) по стандартизированному показателю смертности от мозгового инсульта еще в 1994 году Кыргызстан занимал первое место в Евроазиатском регионе и с этого времени тенденции к снижению данного показателя не наблюдается. Широкая распространенность артериальной гипертензии и тяжесть вызываемых ею осложнений определяет клиническую, социальную и экономическую значимость этого состояния для населения не только Кыргызской Республики, но и большинства стран мира [3, 4].

Необходимо признать, что нерациональное использование лекарственных средств при лечении ГБ остается неотложной и очень распространенной проблемой и для здравоохранения нашей республики, имеющей серьезные последствия в виде неудовлетворительных результатов лечения пациентов, частых осложнений, побочных реакций на лекарственные препараты, и, в целом, ненужной траты ресурсов в этом направлении [5].

Несмотря на принятые основные компоненты стратегии ВОЗ по содействию рациональному использованию лекарственных средств, в нашем государстве нет требовательного ведомства по регулированию лекарственной политики, нет полномасштабной программы по содействию рациональному использованию лекарственных средств (РИЛС), недостаточно уделяется внимание решению проблем нерационального использования ЛС лицами, которые их назначают, и потребителями (пациентами) [5]. Несмотря на предпринимаемые меры по ведению больных с ГБ, число больных с данной патологией и его осложнения, ведущие к инвалидизации и летальности год от года растет. В

связи с этим закономерно возрастает потребность в проведении фармакоэпидемиологических исследований антигипертензивных препаратов (АГП) и способствованию рациональному применению наиболее эффективных, безопасных и приемлемых из них [6].

**Цель исследования.** Изучение информированности врачей о современных рекомендациях по фармакотерапии гипертонической болезни (ГБ) и проведение фармакоэпидемиологического анализа использования антигипертензивных препаратов (АГП) в некоторых регионах Кыргызской Республики.

**Материалы и методы.** Проводился опрос врачей (кардиологов и терапевтов центров семейной медицины и стационаров г. Бишкек и Чуйской области) с использованием специально разработанных анкет. Анкетирование было анонимным, отмечались лишь место работы врачей (г. Бишкек или Чуйская область) и их специализация (кардиологи или терапевты). Было проанкетировано 70 врачей-кардиологов и терапевтов первичного уровня, работающих в центрах семейной медицины г. Бишкек (50% анкетированных) и Чуйской области (50% анкетированных). Годными к обработке были признаны 63 анкеты, которые затем и анализировались. Также было опрошено 60 врачей (кардиологов и терапевтов) вторичного и третичного уровней здравоохранения. Годными для обработки были признаны 57 анкет, которые затем и анализировались. Разработанная анкета включала 20 вопросов. Десять первых вопросов анкеты отличались для врачей первичного и стационарного уровней особенностями организационной работы с пациентами. Второй блок (10 вопросов) был одинаковым для обеих групп анкетированных врачей и касался их информированности о современных подходах к лечению ГБ (основных групп препаратов, рациональности их комбинаций, используемых доз, противопоказаний и т.д.) и их ответы затем анализировались для врачей первичного и стационарного уровней вместе (120 врачей).

**Результаты и их обсуждение.** Среди анкетированных врачей первичного уровня средний стаж работы врачом у 25,4% врачей был более 21 года, у 30,15% - 11-20 лет, у 25,4% - от 6-ти до 10-ти лет и у 19,05% - до 5-ти лет.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди проанкетированных врачей 34,92% обслуживали до 4 тысяч взрослого (старше 18-ти лет) населения.

39,68% врачей первичного уровня здравоохранения отметили, что на диспансерном учете по поводу ГБ у них состоят от 16 до 20% населения. При этом 47,6% врачей указали, что среди диспансерных пациентов преобладала возрастная группа от 51 до 70-ти лет, а 44,44% - старше 71 года.

100% опрошиваемых врачей отметили, что всегда перед назначением медикаментозной терапии ГБ проводят с больным беседу о необходимости соблюдения немедикаментозных (базисных) мероприятий.

Эффективность проводимой антигипертензивной терапии контролировали по мере обращаемости больных ГБ 12,7% опрошиваемых врачей, 47,61% - 1 раз в 6 месяцев, 28,57% - 1 раз в 12 месяцев, а 3,18% - 1 раз в 3 месяца.

По данным анкетирования 44,44% врачей отметили, что им удавалось достичь целевых уровней АД (менее 140/90 мм.рт.ст.) на фоне проводимой терапии более чем у 75% пациентов ГБ, 52,38% - у 50-75%, и 3,18% - менее чем у 50% больных.

Среди наиболее часто используемых в своей практике АГП были перечислены следующие: эналаприл (93,65%), лизиноприл (74,6%), атенолол (90,47%), гидрохлортиазид (49,2%), индапамид (38,1%), амлодипин (33,33%), верапамил (50,79%), нифедипин и его ретардная форма (58,73%), бисопролол (36,51%). Кардиологи центров семейной медицины г. Бишкек добавили к этому перечню ряд более современных АГП, таких как карведилол (4,76%), кандесартан (6,35%), эпросартан (1,59%), лозартан (3,18%), моксонидин (3,18%), дилтиазем (6,35%), небиволол (3,18%). Врачи центров семейной медицины Чуйской области (3,33%) указывали в анкетах использование «устаревших» (рутинных) препаратов, таких как метилдофа, клонидин, дибазол, препараты раувольфии. Из наиболее часто применяющихся комбинаций АГП врачами были отмечены следующие препараты (Табл. 1).

Рекомендаций согласно утвержденным клиническим протоколам МЗ КР по лечению больных с ГБ строго придерживалось 77,78%

опрошенных врачей первичного уровня здравоохранения, остальные специалисты полагались на собственный профессиональный опыт или мнения более «знающих» коллег.

Среди анкетированных врачей стационарного уровня 46,67% врачей указали на общий врачебный стаж более 21 года, 29,83% - от 11 до 20-ти лет, 17,54% - от 6 до 11 лет, и 5,27% - менее 5-ти лет.

По мнению 89,5% анкетированных врачей средние сроки лечения в стационаре больных с ГБ составляли до 10-ти дней.

52,63% врачей указали, что часто встречаемой возрастной группой среди госпитализированных больных с ГБ являются пациенты старше 71 года, 40,35% - от 51 до 70-ти лет, 7,02% - от 41 до 50-ти лет.

100% опрошиваемых отметили, что перед назначением медикаментозной антигипертензивной терапии всегда оговаривают методы немедикаментозной терапии (здоровый образ жизни, исключение модифицируемых факторов риска) как базисных в лечении ГБ.

84,21% опрошиваемых врачей отметили недостаточную обеспеченность стационаров АГП по программе обязательного медицинского страхования (ОМС).

На фоне проводимой антигипертензивной терапии в стационаре 54,39% врачей указали, что у более чем 75% пациентов они достигли целевых уровней артериального давления (АД) менее 140/90 мм.рт.ст.

Среди наиболее часто используемых АГП, указанных в анкетах, перечислялись следующие: эналаприл (94,74%), атенолол (89,47%), верапамил (61,4%), гидрохлортиазид (52,63%), индапамид (43,86%), нифедипин и его ретардная форма (64,91%), лизиноприл (77,19%), амлодипин (57,9%), бисопролол (59,65%). Препараты эпросартан (3,51%), кандесартан (7,02%), небиволол (7,02%), доксазозин (7,02%), метопролол (3,51%), моксонидин (5,26%), карведилол (7,02%) указывались как используемые в практике гораздо реже и в основном врачами-кардиологами города Бишкек. В больницах Чуйской области по результатам анкетирования в терапии ГБ врачи продолжают использовать сульфат магния, хлорпромазин, клонидин, дибазол, папаверин (в 5% анкет). Среди наиболее часто используемых комбинаций АГП



Таблица 1

Используемые комбинации антигипертензивных средств на первичном уровне здравоохранения КР

Комбинации ЛП	ЦСМ г. Бишкек	ЦСМ Чуйская обл.
иАПФ+β-адреноблокаторы	эналаприл + атенолол лизиноприл+бисопролол (84,13% и 56,7%)	эналаприл + атенолол лизиноприл+бисопролол (87,2% и 35,4%)
β-адреноблокаторы +тиазидные (тиазидоподобные)	атенолол + гипотиазид бисопролол+индапамид (44,44% и 35,8%)	атенолол + гипотиазид бисопролол+индапамид (56,87% и 24,58%)
диуретики иАПФ+тиазидные (тиазидоподобные) диуретики	эналаприл+гипотиазид (41,27%) эналаприл+индапамид (23,4%) лизиноприл+гипотиазид (10,7%)	эналаприл+гипотиазид (45,3%) эналаприл+индапамид (12,3%) лизиноприл+гипотиазид (7,65%)
иАПФ+Ca-блокаторы (дигидропиридины)	эналаприл+ верапамил лизиноприл+верапамил (46,8% и 34%)	эналаприл+ верапамил лизиноприл+верапамил (53,2% и 27,3%)
β-адреноблокаторы +Ca-блокаторы (дигидропиридины)	атенолол+амлодипин (27%) бисопролол+нифедипин (16%) атенолол+нифедипин (43,4%)	атенолол+амлодипин (20%) бисопролол+нифедипин (26,2%) атенолол+нифедипин (49,23%)
Антагонисты АТII-рецепторов+Ca-блокаторы	кандесартан+верапамил лозартан+дилтиазем эпросартан+дилтиазем кандесартан+амлодипин (3,18%) кандесартан+нифедипин лозартан+амлодипин эпросартан+амлодипин (4,76-5,8%)	0%
Антагонисты АТII-рецепторов+тиазидные (тиазидоподобные) диуретики	кандесартан+гипотиазид лозартан+гипотиазид лозартан+индапамид эпросартан+индапамид - 3,18%	0%
Антагонисты АТII-рецепторов+β-адреноблокаторы	кандесартан+атенолол (7,94%) лозартан+атенолол лозартан+бисопролол эпросартан+бисопролол (3,45%)	0%
α-адреноблокаторы+β-адреноблокаторы	доксазозин+атенолол доксазозин+бисопролол	0%
Антагонисты АТII-рецепторов+α-адреноблокаторы	эпросартан + доксазозин кандесартан+доксазозин (1,59%)	0%
Ca-блокаторы +тиазидные (тиазидоподобные) диуретики	верапамил+гипотиазид (1,59%) амлодипин+гипотиазид амлодипин+индапамид (1,54%)	0%
иАПФ+β-адреноблокаторы +Ca-блокаторы	эналаприл+атенолол+амлодипин (6,35%) лизиноприл+бисопролол+нифедипин (4,35%)	0%
α-адреноблокаторы +Ca-блокаторы+иАПФ	доксазозин+амлодипин+эналаприл (1,59%) доксазозин+амлодипин+лизиноприл (0,98%)	0%

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

зывались эналаприл (лизиноприл) + ателолол (бисопролол) – 89,47%, ателолол (бисопролол) + гипотиазид (индапамид) – 56,14%, эналаприл (лизиноприл) + верапамил – 49,12%, эналаприл (лизиноприл) + гипотиазид (реже индапамид) – 54,39%, ателолол (бисопролол) + амлодипин (чаще нифедипин, нифедипин-ретард) – 31,58%. В стационарах города Бишкек дополнительно используются такие комбинации АГП, как: эналаприл (лизиноприл) + ателолол (бисопролол) + амлодипин (нифедипин, нифедипин-ретард) – 12,28%, кандесартан (лозартан, эпросартан) + гипотиазид (индапамид) – 8,77%, кандесартан (лозартан, эпросартан) + верапамил (дилтиазем) – 5,26%, кандесартан (лозартан, эпросартан) + амлодипин (нифедипин, нифедипин-ретард) – 8,77%, доксазозин + амлодипин + эналаприл (лизиноприл) – 3,51%, моксонидин + эналаприл (лизиноприл) + амлодипин – 3,51%.

87,72% опрошенных врачей отметили, что строго руководствуются при назначении тех или иных АГП клиническими протоколами, а 12,28% своими знаниями, опытом и интуицией.

Второй блок анкеты был посвящен вопросам фармакотерапии ГБ. На вопрос о выборе рациональных комбинаций АГП из предложенных подавляющее большинство анкетированных (96,67%) не указали комбинацию ателолол + доксазозин как рациональную и, наоборот, 85% отметили комбинацию бисопролол + лозартан как рациональную (что подтверждается частым использованием этой комбинации в реальной врачебной практике).

На вопрос «К какому классу АГП относится лозартан?» - 25% опрошенных отнесли его к ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), а не к блокаторам ангиотензиновых рецепторов (БАР).

На вопрос о продолжительности антигипертензивной терапии все 100% опрошиваемых отметили необходимость пожизненной терапии ГБ.

На вопрос о выборе из предложенных препаратов, абсолютно противопоказанных при беременности, только 35% анкетированных ответили верно, указав лизиноприл, индапамид и лозартан.

На вопрос о выборе препаратов 1-ой линии при лечении изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) только

10% опрошиваемых ответили верно, указав препараты лизиноприл, индапамид, гипотиазид, остальные же ошибочно отнесли к этому списку бисопролол (что подтверждается очень частым назначением бета-адреноблокаторов при ИСАГ в реальной врачебной практике).

Моэксиприлкак и АПФ преимущественно внепочечным путем выведения из перечисленных отметили только 25% анкетированных.

Только 15% опрошенных врачей имеют правильное представление о максимальной суточной дозе ателолола 200 мг, тогда как 65% опрошенных считают ее равной 100 мг в сутки.

48,33% респондентов правильно отметили препарат пропранолол из перечисленных, как препарат абсолютно противопоказанный при сахарном диабете.

На вопрос о выборе рациональных комбинаций диуретиков между собой 25% респондентов ошибочно указали комбинацию «петлевой» диуретик (фуросемид) + тиазидный диуретик (гипотиазид) как рациональную.

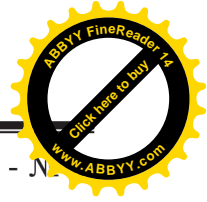
### Выводы

1. Необходимо отметить, что подавляющее большинство анкетированных не были знакомы с международными непатентованными наименованиями (МНН) АГП, поскольку в своей повседневной практике они в основном пользуются их торговыми (фирменными) названиями (на указанные в вопросах анкеты МНН АГП приходилось приводить примеры их торговых (фирменных) названий, иначе врачи не могли их сами определить).

2. Заслуживает внимания положительный факт 100%-назначения базисных (немедикаментозных) мероприятий в лечении пациентов ГБ.

3. Остается проблемой недостаточная обеспеченность стационаров АГП по линии программы ОМС.

4. Наиболее часто используемые группы и отдельные представители АГП, их основные комбинации, перечисленные в анкетах, на первичном и вторичном уровнях в основном схожи. Более современные группы АГП используются в основном врачами первичного и вторичного уровней города Бишкек, а регионах при лечении ГБ до сих пор используются препараты, применение которых нерационально с точки зрения доказательной медицины: сульфат



ния, клонидин, препараты раувольфии, хлорпромазин, дибазол, папаверин.

5. Используемые комбинации АГП относятся в основном к рациональным или возможным к применению согласно современным рекомендациям.

6. Анализ ответов на вопросы по фармакотерапии ГБ отражает недостаток знаний у анкетированных врачей относительно более современных АГП (БАР, агонистов имидазолиновых рецепторов).

**Список литературы**

1. Джанашия П.Х. Потешкина Н.Г., Селиванова Г.Б. Артериальная гипертензия. – М.: Миклош, 2007. – 168 с.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Виллевалде С.В. Рекомендации по артериальной гипертензии 2007 года: текст, контекст и

размышления // Кардиология. – 2008. - № 1. – С. 72-87.

3. Диагностика и лечение гипертонической болезни у взрослых: клиническое руководство / Джумагулова А.С., Романова Т.А., Полупанов А.Г. и др. – Б., 2010. – 58 с.
4. Кыдыралиева Р.Б. Проблемы кардиологии в Кыргызской Республике // Российский кардиологический журнал. – 2007. - № 5 (67). – С. 83-87.
5. Чазова И.Е. Образовательный Мастер-курс по артериальной гипертензии и сердечно-сосудистому риску // Кардиология. – 2008. - № 1. – С. 77-78.
6. Чазова И.Е. Лечение артериальной гипертензии: современные представления // Терапевтический архив. – 2007. - № 9. – С. 5-8.