

Сведения об авторах

Цыганкова Дарья Павловна, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; адрес: Российская Федерация, 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6; Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, г. 22а; тел. +7(923)5128909; e-mail: darjapavlovna2014@mail.ru

Мулера Татьяна Александровна, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; адрес: Российская Федерация, 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6; тел. +7(960) 9063656; e-mail: mulerova-77@mail.ru

Огарков Михаил Юрьевич, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; адрес: Российская Федерация, 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6; Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей; адрес: Российская Федерация, 654005, Кемеровская область, Новокузнецк, проспект Строителей, г. 5; тел. +7(905) 9009380; e-mail: ogarmu@ketcardio.ru

Саарека Екатерина Юрьевна, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, г. 22а; тел. +7(904)3759008; e-mail: cheku2@mail.ru

Кузьмина Анастасия Александровна, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; адрес: Российская Федерация, 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6; e-mail: kuzmaa@ketcardio.ru

Казачек Яна Владимировна, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; адрес: Российская Федерация, 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6; e-mail: kazachek@ketcardio.ru

Барбараш Ольга Леонидовна, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; адрес: Российская Федерация, 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6; Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, г. 22а; тел. +7(3842) 643308; e-mail: barbol@ketcardio.ru

Information about the authors

Tsygankova Dar'ya Pavlovna, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Address: 6, Sosnoviy blvd, Kemerovo, Russian Federation 650002; Kemerovo State Medical University; Address: 22A, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phone +7(923)5128909; e-mail: darjapavlovna2014@mail.ru

Mulerova Tat'yana Aleksandrovna, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Address: 6, Sosnoviy blvd, Kemerovo, Russian Federation 650002; Kemerovo State Medical University; Address: 22A, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phone +7(960)9063656; e-mail: mulerova-77@mail.ru

Ogarkov Mikhail Yur'evich Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Address: 6, Sosnoviy blvd, Kemerovo, Russian Federation, 650002; Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine; Address: 5, Prospect builders, Novokuznetsk, Russian Federation 654005; Phon +7(905)9009380; e-mail: ogarmu@ketcardio.ru

Saarela Ekaterina Yur'evna, Kemerovo State Medical University; Address: 22A, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phon +7(904) 3759008; e-mail: cheku2@mail.ru

Kuz'mina Anastasiya Aleksandrovna, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Address: 6, Sosnoviy blvd, Kemerovo, 650002, Russian Federation; e-mail: kuzmaa@ketcardio.ru

Kazachek Yana Vladimirovna, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Address: 6, Sosnoviy blvd, Kemerovo, 650002, Russian Federation; e-mail: kazachek@ketcardio.ru

Barbarash Ol'ga Leonidovna, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Address: 6, Sosnoviy blvd, Kemerovo, 650002, Russian Federation; Kemerovo State Medical University; Address: 22A, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phon +7 (3842)643308; e-mail: barbol@ketcardio.ru

Поступила 03.03.2017 г.

Принята к печати 26.04.2017 г.

Практическая медицина



© ГЕРАСИМОВ С.Н., ПОСНЕНКОВА О.М., КИСЕЛЕВ А.Р., ПОПОВА Ю.В., ПОПОВ И.А., ГРИДНЕВ В.И.

УДК 616.12-008.331.1-08-039.57:911.375(470.44)(045)

DOI: 10.20333/2500136-2017-2-97-103

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО ДАВЛЕНИЯ: ДАННЫЕ ПОЛИКЛИНИКИ РАБОЧЕГО ПОСЕЛКА

С.Н. Герасимов, О.М. Посненкова, А.Р. Киселев, Ю.В. Попова, И.А. Попов, В.И. Гриднев

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов 410012, Российская Федерация

Цель исследования. Выявить клинические характеристики, влияющие на достижение целевого АД у пациентов с АГ, наблюдающихся в поликлинике рабочего поселка Саратовской области.

Материал и методы. Изучены данные амбулаторных карт 182 пациентов с эссенциальной АГ (средний возраст $64,6 \pm 11,3$ лет, 48,5% – мужчины), которые обращались за медицинской помощью в поликлинику рабочего поселка Саратовской области в период с 01.07.2015 г. по 31.07.2015 г. – первый этап ($n = 88$) и с 01.07.2016 г. по 31.07.2016 г. – второй этап ($n = 94$). Включались все последовательные пациенты, посетившие участкового врача, врача общей практики или кардиолога в ходе одного случайно выбранного приема на первом и на втором этапе. Для выявления факторов, ассоциированных с достижением целевого АД, использовался дискриминантный анализ.

Результаты. В изучаемой группе ($n = 182$) АД соответствовало целевому уровню у 93 больных АГ (51%). Пациенты с целевым АД реже были женского пола (53,8% против 69,7, $p = 0,028$), чаще имели перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (22,6% против 10,1%, $p = 0,024$), реже страдали другими формами стабильной ИБС (55,9% против 73%, $p = 0,016$), получали меньшее количество антигипертензивных препаратов: $1,63 \pm 0,12$ против $1,98 \pm 0,11$ ($p = 0,018$).

Построенная дискриминантная модель обладала высокой предсказательной ценностью (ОШ 5,4 (95% ДИ 2,7-10,7), $p < 0,001$) и учитывала два наиболее значимых фактора: перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (ОШ 2,6 (95% ДИ 1,1 – 6,6), $p = 0,032$) и количество назначенных антигипертензивных препаратов ≥ 2 (ОШ 0,4 (95% ДИ 0,2 – 0,7), $p = 0,003$).

Заключение. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда и получающих менее двух антигипертензивных препаратов, вероятность достижения целевого АД в 5,4 раза выше, чем при отсутствии этих факторов.

Ключевые слова: гипертензия, целевое артериальное давление, поликлиника, клинические характеристики пациентов, контроль артериального давления.

Для цитирования: Герасимов СН, Посненкова ОМ, Киселев АР, Попова ЮВ, Попов ИА, Гриднев ВИ. Сибирское медицинское обозрение. 2017;(2):97-103. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-97-103

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION INFLUENCING TO THE ACHIEVEMENT OF TARGET PRESSURE: DATA OF POLYCLINICS OF THE WORKING VILLAGE

S.N. Gerasimov¹, O.M. Posnenkova¹, A.R. Kiselev¹, Yu.V. Popova¹, I.A. Popov¹, V.I. Gridnev¹

¹ Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov 410012, Russian Federation

The aim of the research. To reveal the clinical characteristics influencing to the achievement of target BP in patients with AH, observed in the polyclinic of the working village of the Saratov region.

Material and methods. The data of outpatient cards of 182 patients with essential hypertension (mean age 64.6 ± 11.3 years, 48.5% - men) were studied, they asked for medical care in the polyclinic of the working village of the Saratov region in the period from 01.07.2015 to 31.07.2015 - the first stage ($n = 88$) and from 01.07.2016 to 31.07.2016 - the second stage ($n = 94$). There were included all consecutive patients, visited a district doctor, general practitioner or cardiologist during one randomly chosen reception at the first and second stages. To identify the factors associated with achieving the target blood pressure, we used discriminant analysis.

Results. In the study group ($n = 182$), BP corresponded to the target level in 93 patients with AH (51%). Patients with targeted BP were rarely females (53.8% vs. 69.7, $p = 0.028$), more likely to have a history of myocardial infarction (22.6% vs. 10.1%, $p = 0.024$), less likely to have other forms of stable ischemic heart disease (55.9% vs. 73%, $p = 0.016$), received fewer antihypertensive drugs: 1.63 ± 0.12 versus 1.98 ± 0.11 ($p = 0.018$).

The constructed discriminant model had a high predictive value (OR 5.4 (95% CI 2.7-10.7), $p < 0.001$) and took into account two most significant factors: previous myocardial infarction in the anamnesis (OR 2.6 (95% CI 1.1 - 6.6), $p = 0.032$) and the number of prescribed antihypertensive drugs ≥ 2 (OR 0.4 (95% CI 0.2-0.7), $p = 0.003$).

Conclusion. In patients, underwent myocardial infarction and received less than two antihypertensive drugs, the probability of achieving the target blood pressure is 5.4 times higher than in the absence of these factors.

Key words: hypertension, target arterial pressure, polyclinic, clinical characteristics of patients, blood pressure control.

Citation: Gerasimov SN, Posnenkova OM, Kiselev AR, Popova YuV, Popov IA, Gridnev VI. Characteristics of patients with arterial hypertension influencing to the achievement of target pressure: data of polyclinics of the working village. Siberian Medical Review. 2017;(2):97-103. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-97-103

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) — одно из наиболее частых заболеваний, имеющих у посетителей поликлиник. И зачастую в связи с малосимптомностью АГ, не это заболевание является поводом для обращения. Вместе с тем, контроль артериального давления (АД) является одним из ключевых компонентов лечения больных АГ согласно отечественным и международным клиническим рекомендациям по АГ [1, 2, 3]. Это один из основных аспектов, отслеживаемых в рамках мониторинга смертности населения, проводимого в учреждениях первичного звена здравоохранения в соответствии с письмом Минздрава России от 13.03.2015 №17-6/10/1-77. Согласно требованию Минздрава, ежемесячно оценивается число и доля лиц с АГ, достигших целевого уровня $\leq 140/90$ мм рт. ст. Похожий показатель рекомендуется экспертами европейского общества кардиологов для оценки качества лечения больных АГ [4]. Представляется, что на настоящий момент достижение целевого АД — единственный объективный критерий качества и эффективности лечения больных АГ в клинической практике, особенно в первичном звене. Вместе с тем принципиальное значение имеет вопрос, что оказывает наибольшее влияние на уровень АД у пациентов. В какой мере, и каким наиболее рациональным способом практический врач может улучшить этот показатель? Такой вопрос неизбежен, поскольку в повседневной клинической практике действуют собственные законы, и существует множество трудно учитываемых факторов, влияние которых искусственно исключается в клинических исследованиях с целью получения статистически значимых результатов.

Знание предикторов достижения целевого АД в реальной клинической практике позволит предвидеть трудности в лечении отдельных пациентов и уделять наблюдению за ними больше внимания по сравнению с теми, у кого не предвидится затруднений с контролем АД. У последних напротив можно было

бы ограничиться минимально необходимым наблюдением. Выявление у больных АГ предвестников удовлетворительного или неудовлетворительного контроля АД позволит эффективнее управлять лечением в реальной клинической практике.

Целью настоящего исследования было выявить клинические характеристики, влияющие на достижение целевого АД у пациентов с АГ, наблюдающихся в поликлинике рабочего поселка Саратовской области.

Материал и методы

В исследование последовательно включались пациенты с диагнозом АГ в амбулаторной карте в возрасте 18 лет и старше, обратившиеся в поликлинику рабочего поселка Саратовской области. Исключались пациенты со вторичной АГ и пациенты, отказавшиеся подписать добровольное информированное согласие. Включение производилось в два этапа: первый — с 07.07.2015 г. по 31.07.2015 г., второй — с 07.07.2016 г. по 31.07.2016 г. На каждом этапе был случайно выбран один прием каждого из врачей поликлиники, осуществляющих лечение больных АГ, среди них: 11 участковых терапевтов, 2 врача общей практики, 1 кардиолог. Источником данных служила амбулаторная карта (форма 025/у), которая анализировалась ретроспективно за период 12 месяцев, предшествующих включению в исследование. Сравнивались клинические характеристики пациентов с целевым АД ($< 140/90$ мм рт. ст.) и не целевым АД ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) на последнем визите. Для выявления факторов, ассоциированных с достижением целевого АД, использовался дискриминантный анализ с пошаговым исключением. Основной целью дискриминации являлось нахождение такой линейной комбинации переменных (канонической дискриминантной функции), которая бы оптимально разделила рассматриваемые группы по критерию достижения целевого АД. Для определения степени вклада отдельных переменных в итоговую классификацию по признаку достижения целевого АД производили построение функций классификации. На ос-

новании изучения функций классификации строилась матрица классификации, содержащая информацию о количестве корректно классифицированных наблюдений в каждой группе. На основании матрицы классификации рассчитывалось отношение шансов для каждого из значимых предикторов дискриминантной функции и для всей функции в целом. В качестве факторов для дискриминантного анализа использовались основные демографические данные (пол и возраст), данные анамнеза, факторы риска, параметры медикаментозного и немедикаментозного лечения. В многофакторную модель включались факторы, показавшие уровень значимости отличий $p < 0,05$.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программного пакета «Statistica 6.1». Для сравнения качественных переменных (бинарных, пропорций) применялся критерий Хи-квадрат (χ^2). Различия групп по количественным переменным оценивались на основе критерия Манна-Уитни. Категориальные данные представлены в виде частот, выраженных в процентах, и 95% доверительных интервалов. Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного диапазона – Ме (25%; 75%) при распределении отличном от нормального, и в виде среднего со стандартным отклонением ($M \pm SD$) для нормально распределенных данных. Статистическая значимость результатов принималась не менее 0,05.

Результаты и обсуждение

Согласно критериям включения и исключения в исследование было включено 182 пациента (средний возраст $64,6 \pm 11,3$ лет, 48,5% – мужчины); 88 больных АГ на первом этапе и 94 больных на втором этапе. В общей группе ($n = 182$) АД соответ-

ствовало целевому уровню у 93 больных АГ (51%). Полученный результат превышает данные российского регистра больных АГ, где целевое АД было зарегистрировано на последнем визите у 44% пациентов в 2014 году [5] и у 46% больных в 2015 году по данным Ивановской области [6]. Схожие показатели контроля АД продемонстрировало американское исследование NHANES (The National Health and Nutrition Examination Survey): в 2009-2010 гг. в репрезентативной выборке населения США 45,1% больных АГ достигли АД $< 140/90$ мм рт. ст., что составило 61,9% из числа принимающих антигипертензивные препараты [7]. Исследование ЭССЕ-РФ, проведенное по данным представительных выборок 9 регионов России, выявило еще более низкие значения контроля АД [8]. В этом исследовании АД $< 140/90$ мм рт. ст. зарегистрировано у $\approx 30\%$ всех больных АГ женского пола и у 14,4% всех больных АГ мужского пола (в том числе у 53,5% женщин и у 41,4% мужчин с АГ, принимающих гипотензивные препараты), т.е. контролируют АД менее трети российских больных АГ. Похожие результаты представлены в исследовании европейской когорты больных АГ [9].

В настоящем исследовании средний уровень систолического АД в группе оптимального контроля составил 120 (115; 130) мм рт. ст. [Ме (25%; 75%)], средний уровень диастолического АД – 70 (65; 80) мм рт. ст. В группе неоптимального контроля АД значения систолического и диастолического АД были выше ($p < 0,001$): 145 (140; 152) мм рт. ст. и 85 (80; 90) мм рт. ст. соответственно.

Пациенты с целевым АД (группа оптимального контроля АД) статистически значимо отличались от пациентов, у которых АД превышало целевой уровень (группа не оптимального контроля АД) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение клинических характеристик больных АГ в зависимости от контроля АД

| Переменная | Группа оптимального контроля АД (n=93) | Группа не оптимального контроля АД (n=89) | p |
|---|--|---|-----------|
| Женский пол (%), М (95%ДИ) | 53,8 (43,4 – 64,1) | 69,7 (59,9 – 79,4) | p = 0,028 |
| Возраст (лет), Ме (25%; 75%) | 66 (57; 74) | 68 (62; 75) | p = 0,059 |
| Стенокардия (%), М (95%ДИ) | 16,1 (8,5 – 23,7) | 11,2 (4,5 – 17,9) | p = 0,339 |
| Инфаркт миокарда (%), М (95%ДИ) | 22,6 (13,9 – 31,2) | 10,1 (3,7 – 16,5) | p = 0,024 |
| Другие формы хронической ИБС (%), М (95%ДИ) | 55,9 (45,6 – 66,2) | 73,0 (63,6 – 82,4) | p = 0,016 |
| Заболевания периферических артерий (%), М (95%ДИ) | 7,5 (2,1 – 12,9) | 7,9 (2,2 – 13,6) | p = 0,932 |
| САД (мм рт. ст.), Ме (25%; 75%) | 120 (115; 130) | 145 (140; 152) | p < 0,001 |
| ДАД (мм рт. ст.), Ме (25%; 75%) | 70 (65; 80) | 85 (80; 90) | p < 0,001 |
| ЛПНП (мг/дл), Ме (25%; 75%) | 104 (97; 140) | 88 (85; 151) | p = 0,569 |
| ОХС (мг/дл), Ме (25%; 75%) | 186 (171; 217) | 213 (190; 229) | p = 0,012 |
| Триглицериды (мг/дл), Ме(25%;75%) | 72 (61; 88) | 96 (65; 175) | p = 0,271 |
| Креатинин (мг/дл), Ме (25%; 75%) | 1,1 (0,9; 1,2) | 1,0 (0,9; 1,1) | p = 0,177 |
| Дан совет по курению (%), М (95%ДИ) | 2,2 (0,9 – 5,2) | 1,1 (0,1 – 3,4) | p = 0,588 |
| Дан совет по диете (%), М (95%ДИ) | 53,8 (43,4 – 64,1) | 55,1 (44,5 – 65,6) | p = 0,861 |
| Дан совет по физической активности (%), М (95%ДИ) | 5,4 (0,7 – 10,1) | 7,9 (2,2 – 13,6) | p = 0,500 |
| Среднее количество гипотензивных препаратов (n), М±SD | 1,63 ± 0,12 | 1,98 ± 0,11 | p = 0,018 |
| 0 препаратов (%), М (95%ДИ) | 12,9 (6,0 – 19,8) | 9,0 (2,9 – 15,0) | p = 0,406 |
| 1 препарат (%), М (95%ДИ) | 40,9 (30,7 – 51,0) | 21,3 (12,7 – 30,0) | p = 0,005 |
| 2 препарата (%), М (95%ДИ) | 21,5 (13,0 – 30,0) | 39,3 (29,0 – 49,7) | p = 0,010 |
| 3 и более препарата (%), М (95%ДИ) | 24,7 (15,8 – 33,7) | 30,3 (20,6 – 40,1) | p = 0,399 |
| иАПФ (%), М (95%ДИ) | 27,9 (18,7 – 37,2) | 39,3 (29,0 – 49,7) | p = 0,105 |
| АРА (%), М (95%ДИ) | 29,0 (19,6 – 38,4) | 30,3 (20,6 – 40,1) | p = 0,848 |
| Бета-блокаторы (%), М (95%ДИ) | 46,2 (35,9 – 56,6) | 57,3 (46,8 – 67,8) | p = 0,136 |
| Антагонисты кальция дигидропиридиновые (%), М (95%ДИ) | 20,4 (12,1 – 28,8) | 21,3 (12,7 – 30,1) | p = 0,879 |
| Антагонисты кальция недигидропиридиновые (%), М (95%ДИ) | 4,3 (0,1 – 8,5) | 3,4 (0,1 – 7,2) | p = 0,745 |
| Диуретики петлевые (%), М (95%ДИ) | 8,6 (2,8 – 14,4) | 9,0 (2,9 – 15,0) | p = 0,927 |
| Диуретики тиазидные (%), М (95%ДИ) | 3,2 (0,1 – 6,9) | 6,7 (1,4 – 12,1) | p = 0,275 |
| Диуретики тиазидоподобные (%), М (95%ДИ) | 9,7 (3,6 – 15,8) | 21,4 (12,7 – 30,0) | p = 0,030 |
| Диуретики калийсберегающие (%), М (95%ДИ) | 14,0 (6,8 – 21,2) | 9,0 (2,9 – 15,0) | p = 0,294 |

Примечание: АРА – антагонисты рецепторов к альдостерону; АГ – артериальная гипертензия, АД – артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ДИ – доверительный интервал, ИБС – ишемическая болезнь сердца, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, САД – систолическое АД.

Среди них было меньше женщин (53,8% против 69,7, $p = 0,028$), у них чаще отмечался перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (22,6% против 10,1%, $p = 0,024$), что согласуется с данными исследования Tarmidas [10] и результатами российского регистра больных АГ [11]. В то же время пациенты в группе оптимального контроля АД реже страдали другими формами стабильной ИБС (55,9% против 73%, $p = 0,016$). Уровень общего холестерина крови был значимо ниже в группе оптимального контроля АД и составил менее 186 мг/дл у половины пациентов, тогда как в группе неоптимального контроля лишь четверть пациентов соответствовала уровню 190 мг/дл и менее ($p = 0,012$), что также соответствует данным исследования Tarmidas [10], но не совпадает с данными отечественного регистра [11]. Количество назначенных антигипертензивных препаратов было статистически значимо ниже в группе оптимального контроля АД: $1,63 \pm 0,12$ против $1,98 \pm 0,11$ ($p = 0,018$), что противоположно данным российского регистра АГ. В настоящем исследовании пациенты группы оптимального контроля АД чаще находились на монотерапии ($\approx 41\%$ против $\approx 21\%$ в группе неоптимального контроля АД, $p = 0,005$), тогда как в группе неоптимального контроля АД преобладали пациенты, получавшие двухкомпонентную антигипертензивную терапию ($\approx 39\%$ против $\approx 22\%$ в группе оптимального контроля АД, $p = 0,005$). Распределение частоты назначения препаратов из основных рекомендованных классов антигипертензивных препаратов в обеих группах статистически не отличалось, за исключением тиазидоподобных диуретиков (9,7% в группе оптимального контроля АД против 21,3% в группе неоптимального контроля АД, $p = 0,03$).

Шесть параметров клинического статуса, показавших статистически значимые различия между группами с целевым и нецелевым АД, были включены в дискриминантный анализ для оценки их значения в классификации пациентов по факту достижения целевого АД. В построенной модели лишь два фактора показали статистически значимый вклад в классификацию пациентов по достигнутому уровню АД (табл. 2): перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе и количество назначенных антигипертензивных препаратов. Эти факторы были включены в итоговую дискриминантную модель ($\chi^2 = 12,8$, $p < 0,001$). Построенная модель обладала высокой предсказательной ценностью (ОШ 5,4 (95% ДИ 2,7-10,7), $p < 0,001$). Для каждого фактора в модели было подсчитано отношение шансов для определения их способности выявлять пациента с достижением целевого АД. Отношение шансов для перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе составило 2,6 (95% ДИ 1,1 – 6,6), $p = 0,032$. Количество назначенных антигипертензивных препаратов ≥ 2 показало ОШ = 0,4 (95% ДИ 0,2 – 0,7), $p = 0,003$. Согласно построенной модели в изучаемой группе больных АГ наличие инфаркта миокарда в анамнезе повышает вероятность достижения целевого АД в 2,6 раза, а назначение двух и более

антигипертензивных препаратов на 40% снижает вероятность его достижения. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда и получающих менее двух антигипертензивных препаратов, вероятность достижения целевого АД в 5,4 раза выше, чем при отсутствии этих факторов.

Обзор ранее проведенных исследований по определению клинических детерминант достижения целевого АД у больных АГ показал следующее. Согласно исследованию Tarmidas [10] предикторами достижения целевого АД у больных АГ в сочетании с сахарным диабетом II типа были цереброваскулярное заболевание, ишемическая болезнь сердца в анамнезе, индекс массы тела менее 28 кг/м^2 , уровень ЛПНП (чем он ниже, тем выше вероятность достижения целевого АД). Исследование, посвященное изучению клинических характеристик больных с неконтролируемой АГ в США в качестве предикторов неудовлетворительного контроля АД выделило возраст 65 лет и старше, мужской пол, отсутствие визитов к врачу в течение предшествующих 12 месяцев [12]. Аналогичное исследование у больных ишемической болезнью сердца выявило в качестве предиктора неудовлетворительного контроля АД интенсификацию лечения в течение 6 предшествующих месяцев наблюдения [13].

Полученный в настоящем исследовании результат – чем меньше число назначенных антигипертензивных препаратов, тем выше вероятность достижения целевого АД кажется парадоксальным. Большинство проведенных ранее исследований свидетельствуют об обратном: чем больше препаратов назначено больному АГ, тем вероятнее достижение целевого АД [11, 14, 15]. Однако, подобное наблюдение в столь ограниченной когорте больных полностью совпадает с находкой крупнейшего за последние годы отечественного эпидемиологического исследования – ЭССЕ-РФ [16]. Схожие данные получены также в одном из японских исследований, которое показало, что у лиц в возрасте 75 лет и старше прием менее двух препаратов даже в минимальных дозах на фоне хорошей приверженности лечению способствует достижению целевого АД [17]. Действительно, высокая приверженность лечению может оказаться более существенным фактором для его эффективности, чем число лекарств или доза назначенного антигипертензивного препарата.

Возможным объяснением обратной закономерности в отношении числа антигипертензивных препаратов и частоты достижения целевого АД, наблюдаемой в изучаемой группе, может служить и следующее. В летние месяцы АД имеет тенденцию спонтанно стабилизироваться, и пациенты, нерегулярно принимающие антигипертензивные препараты, именно в этот период склонны отказываться от лечения вовсе, поскольку не испытывают дискомфорта вследствие повышения АД. С одной стороны, включение больных только летом является ограничени-

ем при сравнении результатов данного исследования с другими. Но с другой стороны, реалии повседневной работы поликлиники свидетельствуют именно о сезонности проявления заболеваний, в частности и АГ. Так, пациенты с АГ реже обращаются в поликлинику по поводу повышения АД летом, тогда как в осенне-зимний период и весной отмечается увеличение посещений в связи с повышенным АД [18]. Вместе с тем, включение больных в период обострений АГ также может повлечь за собой определенные затруднения. В этот период даже у тех пациентов, которые лечатся регулярно и получают полноценную антигипертензивную

Таблица 2

Вклад клинических факторов в идентификацию больных АГ с целевым АД

| Фактор | Нормированные коэффициенты дискриминантной функции | P |
|--|--|-------|
| Другие формы хронической ИБС | -0,53 | 0,560 |
| Пол | -0,48 | 0,302 |
| Тиазидоподобные диуретики | -0,48 | 0,43 |
| Количество антигипертензивных препаратов | -0,47 | 0,046 |
| ОХС | 0,49 | 0,142 |
| Перенесенный инфаркт миокарда | 0,50 | 0,036 |

Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца; ОХС – общий холестерин.

терапию, может отмечаться дестабилизация АД. Следовательно, время года является одним из факторов, оказывающих влияние на контроль АД [19-25]. С этой позиции, проведенное исследование исключает воздействие мощного неучтенного фактора — времени года. Вместе с тем, для полноценного понимания предикторов достижения целевого АД у больных АГ требуется воспроизведение подобного исследования отдельно в каждом сезоне: весной, летом и зимой. Однако, все месяцы, кроме летних, сопряжены с высокой посещаемостью поликлиник: осенью и зимой — в связи с простудными заболеваниями, в межсезонье — в связи с обострением хронической патологии. Это существенно затрудняет процедуру включения больных АГ и может повлиять на качество сформированной выборки. Изучение влияния метеоусловий на достижение целевого АД у больных АГ станет предметом наших дальнейших исследований.

Связь монотерапии или отсутствия медикаментозного лечения с достижением целевого АД может также объясняться тем, что в изучаемой выборке присутствовали пациенты с дебютом АГ. В этом случае согласно современным клиническим рекомендациям по АГ [1, 2, 3] можно обеспечить эффективный контроль АД только немедикаментозным лечением или монотерапией в адекватной дозе при условии регулярного приема препарата.

Нельзя исключить и тот факт, что врач не зафиксировал в амбулаторной карте препараты, которые принимает пациент, поскольку поводом для обращения послужила не АГ. Это вопрос требует дальнейшего изучения.

Другой результат настоящего исследования касается положительного влияния перенесенного инфаркта миокарда на достижение целевого АД. Одним объяснением подобной взаимосвязи может служить развитие стойкой гипотензии вследствие значительной площади некроза миокарда и снижения его сократительной функции. Другое объяснение — значительное повышение приверженности больного АГ медикаментозной терапии после перенесенного коронарного события. Даже необходимость одновременного приема большого числа препаратов не мешает регулярному приему лекарств, поскольку страх смерти, пережитый пациентом и его родственниками вследствие сердечного приступа, является сильнейшим стимулом для проведения полноценной вторичной профилактики.

Таким образом, результаты, полученные в настоящем исследовании должны занять свою нишу среди прочих и повлечь за собой дальнейшие разработки в области определения предикторов достижения целевого АД в реальной клинической практике.

Заключение

В поликлинике рабочего поселка с достижением целевого АД у больных АГ связано наличие перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе, тогда как назначение многокомпонентной антигипертензивной терапии снижает эффективность лечения. Больные, получающие два и более антигипертензивных препарата и ранее не переносившие коронарных событий, нуждаются в более пристальном контроле уровня АД и дополнительных мерах по стимуляции приверженности проводимому лечению.

Литература

1. Чазова ИЕ, Ратова АГ, Бойцов СА, Небиеридзе ДВ. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). *Системные гипертензии*. 2010(3):5-26.
2. Европейские рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского Общества Гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC). *Российский кардиологический журнал*. 2014;1(105):7-94.

3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association*. 2014;311(5):507–20.

4. Drozda J Jr, Messer JV, Spertus J, Abramowitz B, Alexander K, Beam CT, Bonow RO, Burkiewicz JS, Crouch M, Goff DC Jr, Hellman R, James T 3rd, King ML, Machado EA Jr, Ortiz E, O'Toole M, Persell SD, Pines JM, Rybicki FJ, Sadwin LB, Sikkema JD, Smith PK, Torcson PJ, Wong JB. ACCF/AHA/AMA-PCPI 2011 Performance Measures for Adults With Coronary Artery Disease and Hypertension: A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Performance Measures and the American Medical Association — Physician Consortium for Performance Improvement. *Circulation*. 2011;124:248-70.

5. Посненкова ОМ, Коротин АС, Киселев АР, Гриднев ВИ, Белова ОА, Рачкова СА, Романчук СВ, Довгалевский ПЯ, Ощепкова ЕВ. Выполнение рекомендованных мероприятий по борьбе с факторами риска у пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью: данные российского регистра 2014 года. *Кардио-ИТ*. 2015;2(1):e0102.DOI: 10.15275/cardioit.2015.0102.

6. Белова ОА, Рачкова СА, Шутемова ЕА, Романчук СВ. Контроль факторов риска среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в Ивановской области: возможности регионального регистра. *Кардио-ИТ*. 2016;3(1):e0102.DOI: 10.15275/cardioit.2016.0102.

7. Gu Q, Burt VL, Dillon CF, Yoon S. Trends in antihypertensive medication use and blood pressure control among United States adults with hypertension. The National Health and Nutrition Examination Survey, 2001 to 2010. *Circulation*. 2012;126:2105–14.

8. Бойцов СА, Баланова ЮА, Шальнова СА и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25—64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;4:4–14.

9. Kjeldsen SE, Naditch-Brule L, Perlini S, Zidek W, Farsang C. Increased prevalence of metabolic syndrome in uncontrolled hypertension across Europe: the global cardiometabolic risk profile in patients with hypertension disease survey. *Journal of Hypertension*. 2008;26(10):2064-70.

10. Pablos-Velasco P, Gonzalea-Albarran O, Estopinan V, Khanbhai A. Blood pressure, antihypertensive treatment and factors associated with good blood pressure control in hypertensive diabetics: the Tarmidas study. *Journal of Human Hypertension*. 2007;21:664-72.

11. Посненкова ОМ, Киселев АР, Гриднев ВИ. и др. Контроль артериального давления у больных гипертензией в первичном звене здравоохранения. Анализ данных регистра артериальной гипертензии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012;11(3):4–11.

12. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345:479–86.

13. Ho MP, Magid DJ, Shetterly SM, Olson KL, Peterson PN, Masoudi FA, Rumsfeld JS. Importance of therapy intensification and medication nonadherence for blood pressure control in patients with coronary disease. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168(3):271-6.

14. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan JK. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. *BMJ*. 2003;326:1427-31.

15. The SPRINT research group. A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. *The New England Journal of Medicine*. 2015;373(22):2103-16.

16. Шальнова СА, Деев АД, Баланова ЮА. Лечение гипертензии у пациентов высокого риска. Монотерапия или комбинация? *Лечащий врач*. 2016;7:17-23.

17. Hatori N, Sakai H, Sato K, Miyajima M, Yuasa S, Kuboshima S, Kajiwara K, Hara Y, Minamizawa K, Miyakawa M. A survey of actual clinical practice concerning blood pressure control among patients with hypertension in Kanagawa 2014. *Journal of Nippon Medical School*. 2016;83:188-95. DOI: 10.1272/jnms.83.188.

18. Максимова ТМ, Белов ВБ, Саурина ОС, Лушкина НП. Сезонность контактов населения с медицинскими организациями в связи с заболеваниями системы кровообращения. *Проблемы социальной гигиены и истории медицины*. 2014;4:3-6.

19. Fletcher RD, Amdur R, Kolodner R. The VA electronic health record controls hypertension and eliminates differences due to age. A large multicenter analysis displaying seasonal variation. *Circulation*. 2008;118:729.

20. Rose G. Seasonal variation in blood pressure in man. *Nature*. 1961;189:235.

21. Sega R, Cesana G, Bombelli M, Grassi G, Stella ML, Zanchetti A, Mancia G. Seasonal variations in home and ambulatory blood pressure in the Pamela population. *Journal of Hypertension*. 1998;16:1585-92.

22. Andreeva G, Deev A, Isaikina O et al. Quality of life may influence the severity of seasonable variations of the ambulatory blood pressure level in patients with arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013;31(e-Suppl A):e129.

23. Iwabu A, Konishi K, Tokutake H, Yamane S, Ohnishi H, Tominaga Y, Kusachi S. Inverse correlation between seasonal changes in home blood pressure and atmospheric temperature in treated-hypertensive patients. *Clinical and Experimental Hypertension*. 2010;32:221-6.

24. Modesti PA, Morabito M, Massetti L, Rapi S, Orlandini S, Mancia G, Gensini GF, Parati G. Seasonal blood pressure changes: an independent relationship with temperature and daylight hours. *Hypertension*. 2013;61(4):908-14.

25. Смирнова МИ, Горбунов ВМ, Бойцов СА, Лукьянов ММ, Деев АД, Платонова ЕВ, Андреева ГФ, Белова ЕН, Калинина АМ, Романчук СВ, Назарова ОА, Белова ОА, Рачкова СА, Кравцова ЕА, Довгалецкий ПЯ, Фурман НВ, Кувшинова ЛЕ. Сезонные изменения гемодинамических параметров у больных с контролируемой артериальной гипертензией и высоким нормальным артериальным давлением в двух регионах Российской Федерации с различными климатическими характеристиками. Часть I. Дизайн и предварительные результаты исследования. *Профилактическая медицина*. 2013;(6):71-8.

References

1. Chazova IE, Ratova LG, Boitsov SA, Nebieridze DV. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Russian recommendations (forth revision). *Sistemnyie Gipertensii*. 2010;(3):5-26. (In Russian)

2. 2013 ESH/ESC Guidelines for the treatment of arterial hypertension. The Task Force for the treatment of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Russian Journal of Cardiology*. 2014;1(105):7-94. (In Russian)

3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Oggedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association*. 2014;311(5):507-20.

4. Drozda J Jr, Messer JV, Spertus J, Abramowitz B, Alexander K, Beam CT, Bonow RO, Burkiewicz JS, Crouch M, Goff DC Jr, Hellman R, James T 3rd, King ML, Machado EA Jr, Ortiz E, O'Toole M, Persell SD, Pines JM, Rybicki FJ, Sadwin LB, Sikkema JD, Smith PK, Torcson PJ, Wong JB. ACCF/AHA/AMA-PCPI 2011 Performance Measures for Adults With Coronary Artery Disease and Hypertension: A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Performance Measures and the American Medical Association – Physician Consortium for Performance Improvement. *Circulation*. 2011;124:248-70.

5. Posnenkova OM, Korotin AS, Kiselev AR, Gridnev VI, Belova OA, Rachkova SA, Romanchuk SV, Dovgalevsky PYa, Oshchepkova EV. Performance of recommended measures on risk factors control in patients with hypertension, coronary artery disease and chronic heart failure: the data from 2014 Russian registry. *Cardio-IT*. 2015;2(1):e0102. (In Russian)

6. Belova OA, Rachkova SA, Shutemova EA, Romanchuk SV. Risk factors control in patients with cardiovascular diseases in Ivanovo region: possibilities of a regional registry. *Cardio-IT*. 2016;3(1):e0102. (In Russian)

7. Gu Q, Burt VL, Dillon CF, Yoon S. Trends in antihypertensive medication use and blood pressure control among United States adults with hypertension. The National Health and Nutrition Examination Survey, 2001 to 2010. *Circulation*. 2012;126:2105-14.

8. Boitsov SA, Balanova YuA, Shal'nova SA et al. Arterial hypertension among individuals of 25-64 years old: prevalence, awareness, treatment and control. By the data from ECCD. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;14(4):4-14.

9. Kjeldsen SE, Naditch-Brule L, Perlini S, Zidek W, Farsang C. Increased prevalence of metabolic syndrome in uncontrolled hypertension across Europe: the global cardiometabolic risk profile in patients with hypertension disease survey. *Journal of Hypertension*. 2008;26(10):2064-70.

10. Pablos-Velasco P, Gonzalea-Albarran O, Estopinan V, Khanbhai A. Blood pressure, antihypertensive treatment and factors associated with good blood pressure control in hypertensive diabetics: the Tarmidas study. *Journal of Human Hypertension*. 2007;21:664-72.

11. Posnenkova OM, Kiselev AR, Gridnev VI et al. Blood pressure control in primary care patients with arterial hypertension: analysing the Hypertension Register data. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2012;11(3):4-11. (In Russian)

12. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345:479-86.

13. Ho MP, Magid DJ, Shetterly SM, Olson KL, Peterson PN, Masoudi FA, Rumsfeld JS. Importance of therapy intensification and medication nonadherence for blood pressure control in patients with coronary disease. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168(3):271-6.

14. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan JK. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. *BMJ*. 2003;326:1427-31.

15. The SPRINT research group. A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. *The New England Journal of Medicine*. 2015;373(22):2103-16.

16. Shal'nova SA, Deev AD, Balanova YuA. Treatment of hypertension in high-risk patients. Monotherapy or combination? *Lechashij Vrach*. 2016;7:17-23. (In Russian)

17. Hatori N, Sakai H, Sato K, Miyajima M, Yuasa S, Kuboshima S, Kajiwara K, Hara Y, Minamizawa K, Miyakawa M. A survey of actual clinical practice concerning blood pressure control among patients with hypertension in Kanagawa 2014. *Journal of Nippon Medical School*. 2016;83:188-95.

18. Maksimova TM, Belov VB, Saurina OS, Lushkina NP. The seasonality of population contacts with medical organizations in connection with diseases of blood circulation system. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2014(4):3-6. (In Russian)

19. Fletcher RD, Amdur R, Kolodner R. The VA electronic health record controls hypertension and eliminates differences due to age. A large multicenter analysis displaying seasonal variation. *Circulation*. 2008;118:729.

20. Rose G. Seasonal variation in blood pressure in man. *Nature*. 1961;189:235.

21. Sega R, Cesana G, Bombelli M. Seasonal variations in home and ambulatory blood pressure in the Pamela population. *Journal of Hypertension*. 1998;16:1585-92.

22. Andreeva G, Deev A, Isaikina O. Quality of life may influence the severity of seasonable variations of the ambulatory blood pressure level in patients with arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013;31(e-Suppl A):e129.

23. Iwabu A, Konishi K, Tokutake H, Yamane S, Ohnishi H, Tominaga Y, Kusachi S. Inverse correlation between seasonal changes in home blood pressure and atmospheric temperature in treated-hypertensive patients. *Clinical and Experimental Hypertension*. 2010;32:221-6.

24. Modesti PA, Morabito M, Massetti L, Rapi S, Orlandini S, Mancia G, Gensini GF, Parati G. Seasonal blood pressure changes: an independent relationship with temperature and daylight hours. *Hypertension*. 2013;61(4):908-14.

25. Smirnova MI, Gorbunov VM, Boitsov SA, Luk'yanov MM, Deev AD, Platonova EV, Andreeva GF, Belova EN, Kalinina AM, Romanchuk SV, Nazarova OA, Belova OA, Rachkova SA, Kravtsova EA, Dovgalevskiy PYA, Furman NV, Kuvshinova LE. Seasonal variations in hemodynamic parameters in patients with controlled hypertension and prehypertension in two Russian Federation regions with different climatic characteristics. Part 1. Study design and preliminary results. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2013;(6):71-8. (In Russian)

Сведения об авторах

Герасимов Станислав Николаевич, Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского; адрес: Российская Федерация, 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112; тел.: +7(8452)393978; e-mail: gerasimov_s@mail.ru.

Посненкова Ольга Михайловна, Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского; адрес: Российская Федерация, 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112; тел.: +7(8452)393978; e-mail: posnenkova@cardio-it.ru.

Киселев Антон Робертович, Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского; адрес: Российская Федерация, 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112; тел.: +7(8452)393978; e-mail: antonkis@list.ru.

Попова Юлия Викторовна, Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского; адрес: Российская Федерация, 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112; тел.: +7(8452)393978; e-mail: doctorup@mail.ru.

Полов Иван Алексеевич, Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского; адрес: Российская Федерация, 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112; тел.: +7(8452)393978; e-mail: vanya.medic@gmail.com.

Гриднев Владимир Иванович, Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского; адрес: Российская Федерация, 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112; тел.: +7(8452)393978; e-mail: gridnev@cardio-it.ru.

Information about the authors

Gerasimov Stanislav Nikolaevich, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky; Address: 141, Bolshaya Kazachya Str., Saratov, Russian Federation, 410012; Phone: +7(8452)393978; e-mail: gerasimov_s@mail.ru – the development of the concept and design, the analysis and the interpretation of data

Posnenkova Olga Mikhailovna, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky; Address: 141, Bolshaya Kazachya Str., Saratov, Russian Federation, 410012; Phone: +7(8452)393978; e-mail: posnenkova@cardio-it.ru, the development of the concept and design, the analysis and the interpretation of data

Kiselev Anton Robertovich, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky; Address: 141, Bolshaya Kazachya Str., Saratov, Russian Federation, 410012; Phone: +7(8452)393978; e-mail: antonkis@list.ru, the analysis and the interpretation of data

Popova Yulia Viktorovna, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky; Address: 141, Bolshaya Kazachya Str., Saratov, Russian Federation, 410012; Phone: +7(8452)393978; e-mail: doctorup@mail.ru – the development of the concept and design

Popov Ivan Alexseevich, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky; Address: 141, Bolshaya Kazachya Str., Saratov, Russian Federation, 410012; Phone: +7(8452)393978; e-mail: vanya.medic@gmail.com, the analysis and the interpretation of data

Gridnev Vladimir Ivanovich, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky; Address: 141, Bolshaya Kazachya Str., Saratov, Russian Federation, 410012; Phone: +7(8452)393978; e-mail: gridnev@cardio-it.ru – justification of the manuscript and checking important intellectual content, final approval of the manuscript for publication

Поступила 15.03.2017 г.

Принята к печати 26.04.2017 г.

© ЧЕПУРЕНКО С. А., АРТЮХОВА Н. В., ШАВКУТА Г. В.

УДК 616-005

DOI: 10.20333/2500136-2017-2-103-108

ТРЕХ- И ШЕСТИМЕСЯЧНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭПЛЕРЕНОНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

С. А. Чепуренко^{1,2}, Н. В. Артюхова¹, Г. В. Шавкута¹

¹Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону 344022, Российская Федерация

²Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону 344000, Российская Федерация

Цель исследования. Оценить возможность замедления прогрессирования ишемической дилатационной кардиопатии путем добавления селективного антагониста минералокортикоидных рецепторов – эплеренона к стандартной терапии.

Материал и методы. В основу работы легли результаты клинических и инструментальных исследований у пациентов с ишемической дилатационной кардиопатией без клинических признаков декомпенсации. Ишемический генез кардиопатии подтвержден результатами коронарографии и/или наличием инфаркта миокарда в анамнезе. Пациентам основной и контрольной группы были назначены рамиприл, небиволол, кишечнорастворимая форма ацетилсалициловой кислоты и розувастатин в максимально переносимых дозах. В основной группе к терапии добавлен эплеренон под контролем уровня электролитов. Больные контрольной группы эплеренон не получали.

Результаты. Терапия на протяжении 3 и 6 мес. селективным антагонистом минералокортикоидных рецепторов эплереноном в дополнение к стандартному лечению приводит к достоверному уменьшению конечного диастолического размера левого желудочка, конечного диастолического размера правого желудочка. Уменьшается степень регургитации на митральном и трикуспидальном клапанах. Наблюдается достоверное увеличение теста шестиминутной ходьбы. Несмотря на длительный прием этого препарата, уровень калия и натрия остается в пределах нормы. В контрольной группе наблюдается увеличение конечно диастолического размера правого желудочка, при этом конечный диастолический размер левого желудочка достоверно не изменяется. Так же увеличивается выраженность регургитации на митральном и трикуспидальном клапанах. Результат лечения зависит от степени дилатации левого желудочка до начала приема препарата. Эффект терапии выражен в большей степени у пациентов с более высокими значениями конечного диастолического размера левого желудочка.

Заключение. При добавлении эплеренона к стандартной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторами, статинами и антиагрегантами, наблюдается эффективное улучшение кардиогемодинамических показателей и функционального состояния миокарда. Уменьшается функциональный класс хронической сердечной недостаточности. Несмотря на длительный прием эплеренона уровень калия и натрия остается в пределах нормы.

Ключевые слова: эплеренон, хроническая сердечная недостаточность, кардиогемодинамика.

Для цитирования: Чепуренко СА, Артюхова НВ, Шавкута ГВ. Трех- и шестимесячный опыт использования эплеренона у пациентов с ишемической дилатационной кардиопатией без признаков декомпенсации. *Сибирское медицинское обозрение*. 2017;(2):103-108. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-103-108