

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА**

**Диссертационный совет Д.14.11.044**

На правах рукописи

**УДК 615.03:616.12-008.331.1(575.2)**

**Урманбетова Айгуль Джекшенбековна**

**СОСТОЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕРРИТОРИИ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ**

**14.03.06 – фармакология, клиническая фармакология**

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек 2011**

Работа выполнена на кафедрах базисной и клинической фармакологии Кыргызско-Российского Славянского Университета имени Б.Н. Ельцина и Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева.

**Научный руководитель:** член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор  
Зурдинов Ашир Али Зурдинович

**Официальные оппоненты:** академик НАН РК, доктор  
медицинских наук, профессор  
Кузденбаева Раиса Салмаганбетовна

академик Академии естественных  
наук РК, доктор медицинских наук,  
профессор Рахимов Кайролла  
Дуйсенбаевич

**Ведущая (оппонирующая) организация:** Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет им. М.И. Сеченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Россия, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2).

Защита диссертации состоится 24 декабря 2011 года в 14 часов на заседании диссертационного совета Д.14.11.044 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

Автореферат разослан «22 ноября» 2011 г.

**Ученый секретарь диссертационного совета,  
к.м.н., доцент**

**Сабилова Т.С.**

## ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ И ТЕРМИНОВ

<b>ААБ</b>	-	альфа-адреноблокаторы
<b>АГ</b>	-	артериальная гипертензия
<b>АГ ЛС</b>	-	антигипертензивные лекарственные средства
<b>АГП</b>	-	антигипертензивные препараты
<b>АГТ</b>	-	антигипертензивная терапия
<b>АД</b>	-	артериальное давление
<b>АК</b>	-	антагонисты кальция
<b>АКд</b>	-	антагонисты кальция дигидропиридиновой структуры
<b>АКнд</b>	-	антагонисты кальция недигидропиридиновой структуры
<b>АИР</b>	-	агонисты I <sub>1</sub> -имидазолиновых рецепторов
<b>АРА II</b>	-	антагонисты рецепторов к ангиотензину II типа
<b>АСК</b>	-	ацетилсалициловая кислота
<b>БАБ</b>	-	бета-адреноблокаторы
<b>ГБ</b>	-	гипертоническая болезнь
<b>ГБ ВР</b>	-	гипертоническая болезнь высокого риска (ССО)
<b>ГБ ОВР</b>	-	гипертоническая болезнь очень высокого риска (ССО)
<b>ГКС</b>	-	глюкокортикостероиды
<b>ГП</b>	-	генерические препараты
<b>ДАД</b>	-	диастолическое артериальное давление
<b>ДМ</b>	-	доказательная медицина
<b>иАПФ</b>	-	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
<b>КБС</b>	-	коронарная болезнь сердца
<b>КГМА</b>	-	Кыргызская государственная медицинская академия
<b>КРИ</b>	-	карты рационального использования
<b>КР</b>	-	Кыргызская Республика
<b>КРСУ</b>	-	Кыргызско-Российский Славянский Университет
<b>МЗ КР</b>	-	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
<b>НПВС</b>	-	нестероидные противовоспалительные средства
<b>ОИМ</b>	-	острый инфаркт миокарда
<b>ОНМК</b>	-	острое нарушение мозгового кровообращения
<b>ОП</b>	-	оригинальные препараты
<b>САД</b>	-	систолическое артериальное давление
<b>СД</b>	-	сахарный диабет
<b>СК АГП</b>	-	свободные комбинации антигипертензивных препаратов
<b>ССЗ</b>	-	сердечно-сосудистые заболевания
<b>ССО</b>	-	сердечно-сосудистые осложнения
<b>ССР</b>	-	сердечно-сосудистый риск
<b>ТД</b>	-	тиазидные и тиазидоподобные диуретики
<b>ФК АГП</b>	-	фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов
<b>ФР</b>	-	факторы риска
<b>ФЭИ</b>	-	фармакоэпидемиологическое исследование
<b>ЦСМ</b>	-	центры семейной медицины

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** АГ является одним из самых распространенных хронических неинфекционных заболеваний, возникновение которых сопряжено со значительным увеличением риска развития ССО и смертности. В развитых странах распространенность АГ составляет от 25 до 40% среди взрослого трудоспособного населения [Белоусов, Ю.Б. и соавт., 2004]. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в КР, с 1990 по 2005 годы распространенность АГ возросла в 1,6 раз. Так, если в 1995 году этот показатель среди лиц старше 18-ти лет был на уровне 24% в городской популяции и 18% среди сельского населения страны, то к 2005 году он увеличился до 41% среди городского населения и 38,4% среди сельского. В ходе этих же исследований было показано, что в 80% случаев смертность и инвалидность населения нашей республики от ССЗ наступала именно от первичной АГ – ГБ, особенно в сочетании с гиперлипидемией и КБС [Полупанов, А.Г. и соавт., 2007].

Согласно данным регионального бюро ВОЗ, по стандартизованному показателю смертности от мозгового инсульта Кыргызстан с 1994 года занимает первое место в Евроазиатском регионе и, к сожалению, тенденции к снижению данного показателя не наблюдается. Согласно официальной медицинской статистике в настоящее время на учете в ЦСМ по поводу ГБ находятся не более 9% от всех таких больных. Остальная же часть больных либо не знают о наличии у них заболевания, либо, зная об этом факте, не обследуются и не лечатся. И только у 4-8% больных удается достичь «целевых» цифр АД на фоне проводимой АГТ [Полупанов, А.Г. и соавт., 2007]. Аналогичная ситуация с осведомленностью больных о своем заболевании и эффективности АГТ прослеживается и в ряде других стран СНГ [Нестеров, Ю.И. и соавт., 2006; Масляева, Л.В., 2008].

Согласно современным представлениям, основная цель лечения ГБ – максимальное снижение риска ССО и смертности от них. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до нормального уровня, но и коррекция всех модифицируемых ФР [JNCVII, 2007; ESH-ESC Guidelines for management of arterial hypertension, 2007].

В настоящее время в формировании подходов к лечению ГБ ведущее место отводится данным, основанным на принципах доказательной медицины. Именно эти данные сейчас во всем мире и рассматриваются как наиболее весомые аргументы для выработки стратегии лечения различных заболеваний, в том числе и ГБ [Багрий, А.Э., 2008; Зурдинов, А.З. и соавт., 2008; Рахимов, К.Д. и соавт., 1999].

В решении проблемы рационализации фармакотерапии ГБ может помочь проведение ФЭИ, которые изучают эффективность, безопасность и использование ЛС в реальных условиях на уровне популяции или больших групп людей и способствуют рациональному и приемлемому, с позиции соотношения «стоимость-эффективность», применению наиболее эффективных и безопасных ЛС [Подзолоков, В. И. и соавт., 2003; Кузденбаева, Р.С. и соавт., 2007]. Проведение ФЭИ позволяет выявить и устранить «слабые звенья» в тактике ведения больных ГБ и повысить эффективность АГТ [Калинина, А.М., 2006]. Надо отметить, что в КР полномасштабные ФЭИ при ГБ не проводились, что и определяет актуальность данной работы.

**Связь темы диссертации с научными программами и с основными научно-исследовательскими работами.** Диссертационная работа выполнена в рамках темы научно-исследовательской работы кафедры базисной и клинической фармакологии КГМА им. И.К. Ахунбаева «Разработка новых фармакологических средств природного и синтетического происхождения и изучение использования лекарственных препаратов в практической медицине», номер регистрации 0004828.

**Цель исследования** - фармакоэпидемиологический анализ использования АГ ЛС в реальной клинической практике при лечении ГБ у пациентов в различных регионах КР на всех уровнях здравоохранения и определение стратегии вмешательства для рационального использования АГП, основанного на принципах ДМ.

#### **Задачи исследования**

1. Изучение использования АГ ЛС у больных ГБ по регионам КР на первичном, вторичном и третичном уровнях здравоохранения.
2. Проведение ретроспективного анализа историй болезней и амбулаторных карт пациентов по использованию АГ ЛС и их соответствие клиническим протоколам ведения больных ГБ, утвержденных МЗ КР.
3. Выявление возможных причин нерационального использования АГ ЛС у больных ГБ на всех уровнях здравоохранения.
4. Разработка рекомендаций по стратегии вмешательств, направленных на улучшение практики использования АГ ЛС, основанной на принципах ДМ, на всех уровнях здравоохранения.

**Научная новизна полученных результатов.** Впервые в КР проводилось многоуровневое ФЭИ по использованию АГ ЛС у больных ГБ, которое выявило недостаточную эффективность АГТ на всех уровнях здравоохранения. Установлено частое использование короткодействующих форм и «устаревших» АГП, редкое применение на практике «новых» АГП с доказанным профилем

эффективности и безопасности, а также использование нерациональных комбинаций АГ ЛС. Выявлено, что врачи всех уровней здравоохранения не назначают больным ГБ ВР и ГБ ОВР адекватной антиагрегантной и гиполипидемической терапии с целью первичной и вторичной профилактики ССО. Показано, что реальная эффективность лечения больных с ГБ существенно ниже в сравнении с результатами изучения амбулаторных карт и историй болезни. В ходе наших исследований определены основные факторы, влияющие на приверженность больных с ГБ длительной АГТ.

**Практическая значимость работы.** Результаты проведенного исследования характеризуют состояние использования АГ ЛС в лечении больных с ГБ на различных уровнях здравоохранения КР. Уточнение реального положения и возможных причин нерационального использования АГ ЛС поможет улучшить ситуацию с ростом осложнений ГБ в КР.

На основе полученных данных разработаны рекомендации, использованные в практической медицине при лечении больных с ГБ на всех уровнях здравоохранения, в учебном процессе при изучении современных подходов к фармакотерапии ГБ, основанных на принципах ДМ.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Основу назначений АГП на всех уровнях здравоохранения в КР составляют 4 класса АГП: иАПФ - 65,11% всех назначений на первичном и 77,8% на стационарных уровнях, БАБ - 51,44% на первичном и 52,46% на стационарных уровнях, АК - 49,56% на первичном и 41,47% на стационарных уровнях, диуретики - 23,56% всех назначений на первичном и 26,28% на стационарных уровнях. Другие группы АГП – АРА II, АИР, ААБ используются реже вследствие их высокой стоимости, несмотря на их доказанную эффективность и безопасность.
2. В лечении ГБ врачи в основном назначают комбинированную АГТ на первичном (в 81%) и на стационарных (в 92,46%) уровнях здравоохранения.
3. По данным ретроспективного анализа (историй болезни и амбулаторных карт) применяемые для лечения ГБ АГП, в целом, находятся в соответствии с указанными в клинических протоколах рекомендациями, утвержденными МЗ КР (2005, 2006 гг.). Однако в реальной клинической практике имеет место назначение нерациональных препаратов и комбинаций АГП, что в итоге отражается на низкой эффективности проводимой АГТ на всех уровнях здравоохранения (эффективный контроль ГБ достигается только у 22% пациентов, находящихся под медицинским наблюдением).
4. У больных ГБ ВР и ГБ ОВР ССО на всех уровнях здравоохранения не назначается адекватная антиагрегантная и гиполипидемическая терапия.
5. У больных ГБ выявлена низкая приверженность длительной АГТ.

**Личный вклад соискателя.** Сбор и обработка полученного в исследовании материала, систематизация полученных результатов, их анализ, обобщение и интерпретация проводились лично автором.

**Апробация результатов диссертации.** Апробация работы проводилась на совместном заседании кафедры базисной и клинической фармакологии КГМА им. И.К. Ахунбаева и кафедры фармакологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина. Результаты работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции КРСУ им. Б.Н. Ельцина «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана» (Бишкек, 2010).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертационного исследования опубликовано 9 научных работ.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа изложена на 144 страницах, состоит из введения, обзора литературы, главы, описывающей материалы и методы исследований и одной главы по результатам собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников, который включает 192 источника, в том числе 162 на русском и 30 английском языках. Текст диссертации иллюстрирован 10 таблицами и 38 рисунками, содержит 4 приложения.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

В главе 1 «Современные подходы к фармакотерапии ГБ (обзор литературы)» систематизированы современные рекомендации по фармакотерапии ГБ с использованием основных классов АГП с доказанной эффективностью и безопасностью, приведены рациональные и нерациональные комбинации АГП, дана информация о перспективах АГТ. На основе обобщения литературных данных обосновывается актуальность проведения ФЭИ использования АГ ЛС на всех уровнях системы здравоохранения КР с целью рационализации АГТ.

Во 2 главе представлены материалы и методы исследования. Критерий включения в данное исследование: верифицированная ГБ у взрослых (старше 18 лет) пациентов. Критерии исключения: симптоматические АГ, АГ у беременных и АГ у пациентов младше 18-ти лет.

Исследование состояло из трех этапов.

**I этап** заключался в ретроспективном анализе использования АГ ЛС на всех уровнях здравоохранения. Материалом исследования на первичном уровне здравоохранения явились отобранные методом случайной выборки амбулаторные карты пациентов, стоящих на диспансерном учете по поводу ГБ (за 2006 - 2008 годы) в 10-ти ЦСМ города Бишкек и в 4-х ЦСМ Чуйской области – 900 амбулаторных карт.

Материалом для исследования на стационарных уровнях здравоохранения явились отобранные методом случайной выборки истории болезни пациентов (955 историй болезни за 2006 - 2008 годы), пролеченных по поводу ГБ в стационарах города Бишкек и Чуйской области.

Для выполнения данного этапа исследования была разработана унифицированная регистрационная форма – КРИ АГ ЛС, куда заносилась информация из амбулаторных карт и историй болезни пациентов с ГБ. Для изучения адекватности лечения больных использовались нормативы амбулаторного и стационарного наблюдения, указанные в клинических протоколах, рекомендованных МЗ КР (2005, 2006гг).

На **II этапе** проводился опрос врачей (кардиологов и терапевтов) ЦСМ и стационаров города Бишкек и Чуйской области по специально разработанным анкетам с целью изучения информированности практикующих врачей о современных рекомендациях по фармакотерапии ГБ. Результаты, полученные при анкетировании врачей, сравнивались с данными реально назначаемых АГ ЛС в амбулаторных картах и историях болезней пациентов. Разработанная анкета включала 20 вопросов и для анализа были отобраны 63 анкеты врачей первичного и 57 анкет врачей стационарных уровней здравоохранения.

На **III этапе** проводилось изучение реальной приверженности пациентов ГБ назначаемой врачами АГТ в амбулаторных условиях методом интервьюирования (15 вопросов в анкете). При этом выяснялось применение пациентами АГП, их приверженность к длительной АГТ, степени самоконтроля за уровнем АД, удовлетворенности лечением и финансовых затрат на применяемые АГП. Проанализировано 100 анкет.

Полученные систематизированные данные обрабатывались общепринятыми статистическими методами при помощи персонального компьютера на базе прикладных статистических программ SPSS 16.0 for Windows.

В **главе 3** представлены **результаты изучения использования АГ ЛС** на всех уровнях здравоохранения. В выборке исследованных КРИ АГ ЛС на первичном уровне здравоохранения пациентов женского пола оказалось больше (56,67%), чем мужского (43,33%). Средний возраст больных - 56,87 лет. Преобладали больные с ГБ старше 51 года среди пациентов обоих полов (78,67%). Лица моложе 50-ти лет составили 21,33%.

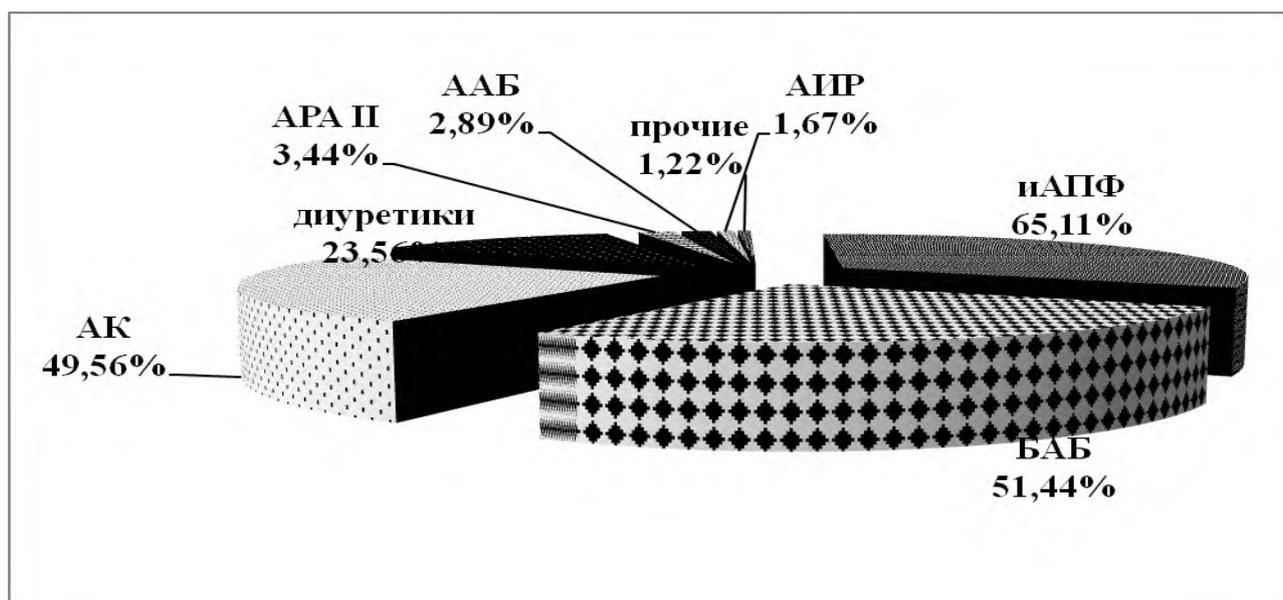
По степени повышения АД в исследованной выборке у основной группы пациентов (в сумме у 88,11%) выявилась II и III степени его повышения и только у 11,89% пациентов обнаружена I степень повышения АД.

Такая же картина наблюдалась при анализе распределения больных по суммарному риску ССО: 60,44% больных наблюдались по поводу ГБ ОВР, 20,11% - по поводу ГБ ВР, 18,11% пациентов – по поводу ГБ среднего риска (ГБ СР) и только 1,33% пациентов – по поводу ГБ низкого риска (ГБ НР).

ФР ССО были указаны только в 20,11% всех КРИ АГ ЛС на первичном уровне здравоохранения. Наиболее часто из отмеченных в амбулаторных картах пациентов с ГБ встречаются такие ФР, как сопутствующие заболевания (СЗ) и ассоциированные клинические состояния (АКС - КБС, ОИМ, ОНМК, СД) – в 20,51%, максимальные уровни повышения АД – в 12,56%, наследственность, - в 10,33%, гиперлипидемия – в 4,22%, ожирение – в 10,67%, курение - в 9,78%, гиподинамия – в 0,22%, злоупотребление алкоголем – в 0,22%, злоупотребление поваренной солью – в 0,11% всех амбулаторных карт.

Сопутствующая патология и осложнения ГБ указаны в 55,67% КРИ АГ ЛС на первичном уровне здравоохранения: в 52,69% случаев указана КБС в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), в 22,55% КРИ АГ ЛС указано сочетание АГ с любыми другими ССЗ и осложнениями, в 12,38% КРИ АГ ЛС указан СД, в 11,38% указан инсульт, в 1,20% КРИ АГ ЛС указана хроническая почечная недостаточность (ХПН).

В 100 % КРИ АГ ЛС указано проведение базисных немедикаментозных методов лечения ГБ. Проведение медикаментозной АГТ отмечено в 100% амбулаторных карт пациентов. Монотерапия АГП назначалась в 19 % случаев (в основном у молодых пациентов с I степенью ГБ НР и ГБ СР ССО). Комбинированную АГТ врачи первичного уровня назначали в 81 % случаев. Чаще использовались СК АГП - в 91,33% случаев, а ФК АГП – только в 8,67% случаев. Из ФК АГП использовались комбинации эналаприла с гидрохлортиазидом (85,9% от всех ФК АГП) и лизиноприла с амлодипином (в 14,1%). Основу медикаментозных назначений в лечебных учреждениях первичного уровня здравоохранения КР составили 4 класса АГП (рис. 1).



**Рис. 1. Основные классы АГ ЛС, назначаемые врачами в г. Бишкек и Чуйской области на первичном уровне здравоохранения**

Первое место в структуре назначений занимают иАПФ (65,11% всех назначений АГП) и далее - БАБ (51,44%), АК (49,56%), диуретики (23,56% случаев). Другие классы препаратов использовались реже: АРА II – в 3,33% (причем 100% в назначениях врачей ЦСМ города Бишкек), ААБ – в 2,89%, АИР – в 1,67%, прочие препараты (клонидин, адельфан, резерпин и т. д.) – в 1,22% всех назначений АГП.

В основном врачи в своей практике назначали ГП - в 91,2% случаев и только в 8,2% случаев использовали ОП, мотивируя это значительной стоимостью ОП и часто невозможностью приобретения их пациентами.

Нами был проведен анализ частоты использования различных представителей внутри каждого класса АГП. Основу назначений ЛС из класса иАПФ, используемых на первичном уровне, составили эналаприл (54,61%), лизиноприл (25,43%), каптоприл (12,46%), моэксиприл (5,12%), фозиноприл (2,39 % всех назначений иАПФ).

Среди БАБ основу во врачебных назначениях составили селективные ( $\beta_1$ ) БАБ: атенолол (72,79%), бисопролол (18,14%), метопролол (1,30%), небиволол (3,02%), неселективный БАБ пропранолол (0,86%) и гибридный ( $\alpha_1$ -адреноблокатор+ $\beta_1$ ,  $\beta_2$ -адреноблокатор) БАБ - карведилол (5,42% от назначений всех БАБ).

Основу назначений АК составляют “старые” препараты этой группы - верапамил, нифедипин, дилтиазем (реже) - в сумме составляют 76,01% от всех назначений АК (причем, в 59,3% случаев приоритет отдан короткодействующим формам и только в 40,7% - ретардным). Необходимо отметить довольно частое назначение (в 15,02% назначений АК) короткодействующей формы нифедипина в плановой терапии ГБ.

В терапии ГБ на первичном уровне здравоохранения использовались в основном тиазидные (гидрохлортиазид) и тиазидоподобные (индапамид) диуретики в 57,55% и 30,19% случаев соответственно. Другие представители этого класса АГП использовались менее, чем в 20% случаев, чаще при сочетании ГБ и ХСН. В ЦСМ Чуйской области отмечены случаи назначения нетиазидных диуретиков (фуросемид, спиронолактон) в плановой терапии ГБ без сопутствующей ХСН.

При анализе КРИ АГ ЛС на первичном уровне оценивалась эффективность в целом АГТ (достижение целевого уровня АД менее 140/90 мм.рт.ст. у больных ГБ без сопутствующих СД и ХПН и менее 130/80 у пациентов с сопутствующими СД и ХПН без микроальбуминурии и АД менее 125/70 у пациентов с сопутствующими СД и ХПН с микроальбуминурией) в ходе наблюдения пациентов на амбулаторном уровне. Проводимая АГТ по данным анализа амбулаторных карт была эффективна только у 37,22% больных, получавших АГТ.

Врачами первичного уровня здравоохранения при лечении ГБ в 68,45% случаев назначалась комбинация из 2х АГП. Следует отметить достаточно большое - в 31% случаев - использование 3х компонентной комбинации АГП. Это указывает на наличие значительного количества больных с рефрактерной ГБ. У пациентов с тяжелыми СЗ и АКС - КБС, СД, ОНМК и т.д. - в 0,55% случаев для лечения ГБ использовалась комбинация из 4-х АГП (табл. 1).

**Таблица 1. – Комбинации АГП, используемые на первичном уровне здравоохранения**

Комбинации АГП	%
иАПФ+БАБ	20,56
БАБ+ТД	9,6
иАПФ+ААБ	0,55
иАПФ+АК	7,82
иАПФ+ТД	15,36
АК+ТД	3,98
БАБ+АКд	9,88
иАПФ+АКд+БАБ	6,86
иАПФ+ТД+АК	7,54
АК+ТД+БАБ	3,70
ААБ+иАПФ+БАБ	0,14
ААБ+иАПФ+АК	0,14
АК+АРА II	0,27
БАБ+АРА II	0,41
БАБ+АРА II +АК	0,27
иАПФ+ТД+БАБ	11,93
прочие*	0,96

Следует отметить, что наиболее часто используемой во врачебной практике на первичном уровне являлась комбинация иАПФ+БАБ (в 20,56% случаев), которая относится не к классическим “рациональным” комбинациям АГП, а к “возможным”, использующимся как резервные при неэффективности или непереносимости классических “рациональных” комбинаций АГП.

Необходимо отметить аспект взаимодействия АГП с другими ЛС, назначаемыми по поводу СЗ. Оценивалась эффективность проводимой АГТ на фоне приема ГКС и НПВС, обладающих потенциальным гипертензивным побочным эффектом. Так, 21,11% больным с ГБ в исследованных амбулаторных картах по поводу указанных сопутствующих заболеваний назначались НПВС и у 2,67% больных назначались ГКС. В целом же, целевой уровень АД у больных, принимающих НПВС, достигнут только у 27,9% больных, а в группе больных, получающих ГКС - только у 20,83% пациентов.

Согласно современным рекомендациям по лечению ГБ всем пациентам ГБ ВР и ГБ ОВР показано назначение антиагрегантной терапии с целью профилактики ССО. По результатам наших исследований установлено, что на первичном уровне для профилактики ССО антиагрегантная терапия больным ГБ ВР и ГБ ОВР ССО осложнений в достаточной дозе была назначена только 62,1% нуждающимся больным: АСК получали 59,31%, клопидогрель – 1,93%, тиклопидин – в 0,83% пациентов. Необходимо отметить, что 18,48% всех больных с ГБ ВР и ГБ ОВР ССО осложнений, нуждающихся в антиагрегантной терапии, не получали антиагрегантных препаратов, а 19,48% - получали в качестве антиагреганта АСК в неэффективной дозе (50 мг в сутки).

Согласно Европейским рекомендациям по лечению АГ 2007 года у больных ГБ с гиперлипидемиями обязательно назначение гиполипидемической терапии. В данном исследовании на первичном уровне здравоохранения в 30,67% амбулаторных карт пациентов “гиперлипидемия” была указана как ФР ССО. Но гиполипидемическая терапия (статинами) назначалась только 12,68% больным этой категории.

Среди пациентов с ГБ на вторичном и третичном (стационарных, госпитальных) уровнях здравоохранения преобладали пациенты женского пола (59,7%) и несколько меньше было пациентов мужского пола (40,3%). Средний возраст больных равнялся 60,52 года. По возрастному признаку преобладали пациенты старше 51 года как среди мужского, так и среди женского контингента больных с ГБ (81,06%). Лица моложе 50-ти лет составили 18,94%.

По степени повышения АД пациентов со II степенью составляли 46,81%, с III степенью – 45,65% и всего 7,54% с I степенью повышения АД.

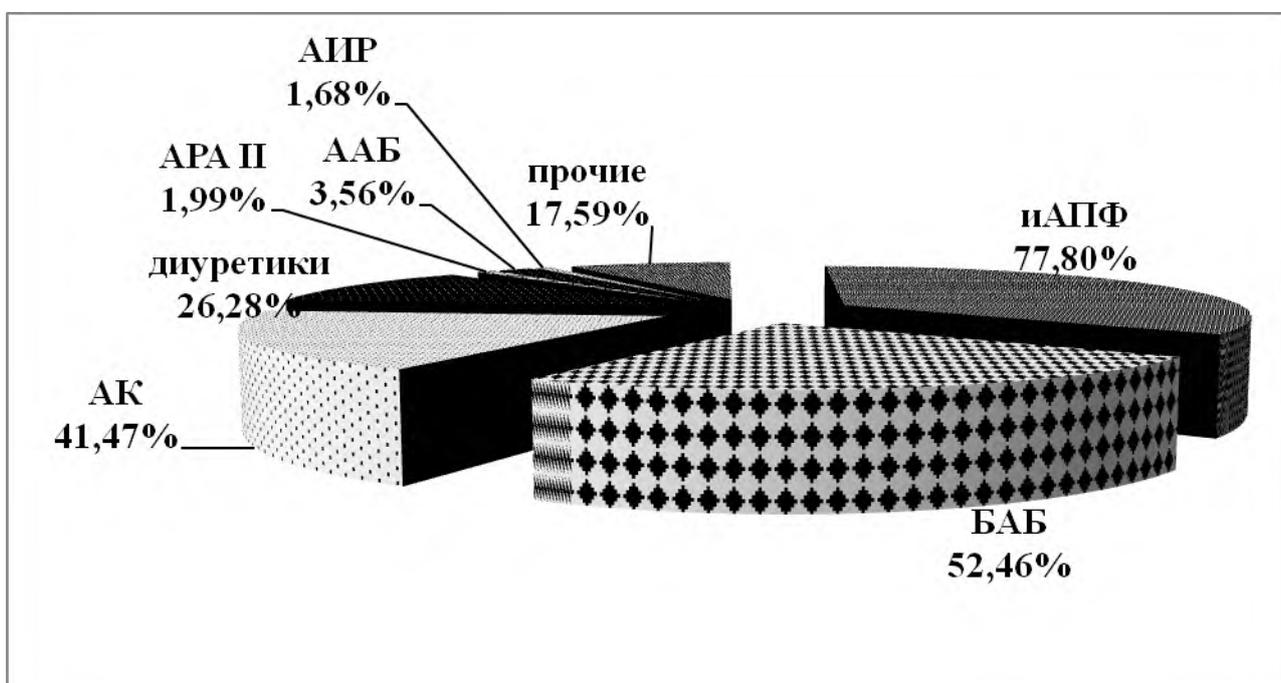
Примерно такая же картина наблюдалась при анализе распределения больных по суммарному риску ССО: 48,17% больных лечились по поводу ГБ ОВР, 39,27% - по поводу ГБ ВР, 11,51% пациентов – по поводу ГБ СР и только 1,05% пациентов – по поводу ГБ НР ССО.

В отношении ФР ССО у больных ГБ необходимо отметить, что они были указаны только в 16,23% КРИ АГ ЛС. Наиболее часто из отмеченных на стационарных уровнях здравоохранения встречаются такие ФР, как СЗ и АКС (КБС, ОИМ, ОНМК, СД и т.д.) – в 28,38%, максимальные уровни повышения АД – в 20,73%, наследственность, - в 18%, гиперлипидемия – в 16,23%, ожирение – в 11%, курение - в 6,28%, гиподинамия – в 1%, злоупотребление алкоголем – в 0,21% от всех историй болезни.

Из сопутствующей патологии и осложнений ГБ отмечены: в 54,84% КБС в сочетании с ХСН, в 20,36% - сочетание ГБ с другими СЗ и осложнениями, в 10,89% указан СД, в 6,85% - инсульт, в 1,01% - ХПН и в 6,05% всех КРИ АГ ЛС как сопутствующая патология указана ХСН на фоне развития у пациентов “гипертонического сердца”.

В 100 % КРИ АГ ЛС на стационарных уровнях здравоохранения указано проведение базисных немедикаментозных методов лечения ГБ. Проведение медикаментозной терапии указано в 100% КРИ АГ ЛС. Монотерапия АГП назначалась в 7,54% случаев. Комбинированную АГТ врачи назначали в 92,46% случаев. Использовались СК АГП - в 92,35% случаев, а ФК АГП – только в 4,65% случаев. Из ФК АГП использовались комбинации эналаприла с гидрохлортиазидом (в 63,64%), лизиноприла с амлодипином (в 27,27% случаев) и комбинация ателолола с нифедипином-ретардом и диуретиком хлорталидоном (в 6,06% случаев от всех ФК АГ ЛС).

Основу медикаментозных назначений во время стационарного лечения пациентов с ГБ составили 4 класса АГП (рис. 2).



**Рис. 2. Основные классы АГ ЛС, назначаемые врачами в г. Бишкек и Чуйской области на вторичном и третичном уровнях здравоохранения во время стационарного лечения пациентов с ГБ**

Первое место в структуре назначений занимали иАПФ (в 77,8% случаев от всех назначений АГП). Второе место занимают БАБ (в 52,46% случаев). Далее следуют АК (в 41,47% случаев) и диуретики (в 26,28% случаев). Доля использования “прочих” АГП на стационарных уровнях здравоохранения оказалась очень высокой по сравнению с их использованием на первичном уровне здравоохранения и составила 17,59%. К “прочим” препаратам были отнесены клонидин (пероральная и внутривенная форма), наиболее часто применяющийся внутривенно для купирования гипертонических кризов (ГК) в стационарах Чуйской области сульфат магния, резерпин и адельфан. Здесь

необходимо отметить и применение внутривенно для купирования ГК хлорпромазина в стационарах Чуйской области.

В основном врачи на стационарных уровнях здравоохранения назначали ГП - в 96,13% случаев и только в 3,87% случаев использовали ОП, вследствие значительной стоимости ОП, невозможности приобретения этих ЛС государством и предоставления их в арсенал стационаров в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС) бесплатно для пациентов.

Основу назначений ЛС из класса иАПФ, использующихся на стационарных уровнях, составили эналаприл (49,26%), лизиноприл (24,23%), каптоприл (23,55%), моэксиприл (1,88%), фозиноприл (1,08% назначений).

Среди БАБ чаще назначались селективные  $\beta_1$ -адреноблокаторы: ателолол (58,68%) бисопролол (29,14%), небиволол (1,48%), метопролол (1,2%). Неселективный БАБ пропранолол встречался в 0,8% и гибридный БАБ карведилол – в 7,78% случаев всех назначений БАБ.

Основу назначений АК на стационарных уровнях здравоохранения составляли “старые” препараты этой группы АГП - верапамил, нифедипин, нифедипин-ретард, дилтиазем (реже), которые в сумме составляли 72,48% всех назначений АК. В 58,34% случаев назначались короткодействующие формы АК и только в 41,66% случаев - ретардные.

Из диуретиков в терапии ГБ использовались гидрохлортиазид - в 55,38% случаях и гораздо реже, чем на первичном уровне здравоохранения в плановой терапии ГБ использовался индапамид 11,16%. Другие представители этого класса АГП использовались неоправданно часто - в 33,47% случаев, не всегда при сочетании ГБ и ХСН, а назначались в плановой терапии ГБ (особенно в стационарах Чуйской области).

Другие АГП на вторичном и третичном уровнях здравоохранения использовались гораздо реже и только в составе политерапии: ААБ в 3,56% случаев, АРА II в 1,99% и АИР в 1,68% всех назначений АГП.

Врачами стационарных уровней здравоохранения при лечении ГБ в 49,49% случаев использовалась комбинация из 3х АГП, 2х компонентная комбинация - в 42,81%, 4х компонентная комбинация АГП – в 7,70% случаев.

Наиболее часто используемой на стационарных уровнях здравоохранения комбинацией тоже являлась комбинация иАПФ+БАБ (в 19,59% случаев), “прочие” комбинации АГП (в 14,84% - комбинации, содержащие АИР, клонидин, сульфат магния, хлорпромазин и четырехкомпонентные комбинации АГП). Реже встречались иАПФ+АК (в 13,36%), иАПФ+АКд+БАБ (10,53%), иАПФ+ТД+АК (8,7%), БАБ+АКд (7,59%), иАПФ+ТД (5,89%), БАБ+ТД (4,53%), иАПФ+БАБ+ТД (3,74%), АК+БАБ+ТД (3,4%), АК+ТД (3,06%), БАБ+АРА II (1,59%), АК+АРА II (1,13%), БАБ+АРА II+АК (0,91%), иАПФ+ААБ (0,57%), ААБ+иАПФ+АК (0,34%) и ААБ+иАПФ+БАБ (0,23%).

В исследованных историях болезни по поводу указанных СЗ у 31,62% больных с ГБ назначались НПВС и у 4,29% больных назначались ГКС. Целевой уровень АД у больных, принимающих НПВС, достигнут только у 5,76% больных, а в группе больных, получающих ГКС - достигнут у 34,15% больных.

В итоге проводимая АГТ на стационарных уровнях здравоохранения по данным анализа КРИ АГ ЛС была более эффективна, чем на первичном уровне здравоохранения – целевой уровень АД достигнут у 73,51% пациентов с ГБ, получавших стационарное лечение.

По данным наших исследований из всех нуждающихся пациентов с ГБ ВР и ГБ ОВР ССО антиагрегантная терапия АСК в эффективной дозе назначалась в 57,17%, клопидогрелем – 0,63% случаев. Необходимо отметить, что 28,17% таким больных антиагрегантные препараты не назначались, а 14,03% - получали в качестве антиагреганта АСК в неэффективной дозе.

Гиполипидемическую терапию в стационарах получали только 23,87% всех нуждающихся больных с ГБ.

В данной главе также представлены результаты изучения реальной практики лечения ГБ врачами первичного уровня здравоохранения. Более половины анкетированных врачей первичного уровня имели врачебный стаж более 10-ти лет, то есть обладали значительным опытом работы и обслуживали 2 и более тысячи населения. Более половины респондентов указали, что от 10 до 20% обслуживаемого взрослого населения наблюдается в ЦСМ по поводу ГБ. Среди наблюдаемых по поводу ГБ преобладали пациенты старше 51 года.

Все 100% респондентов отметили, что всегда перед назначением медикаментозной АГТ проводят с больными беседу о необходимости соблюдения немедикаментозных (базисных) мероприятий: соблюдения гиполипидемической и низкосолевой диеты, достаточной физической активности, отказ от курения и спиртного, снижения массы тела. Только 50,79% анкетированных врачей следуют срокам планового диспансерного осмотра больных с ГБ. 96,82% опрошенных врачей отмечают на фоне проводимой ими АГТ достигают целевого уровня АД более, чем у половины пациентов с ГБ. Среди наиболее часто используемых в своей практике АГП были перечислены следующие: эналаприл, лизиноприл, ателолол, гидрохлортиазид, индапамид, амлодипин, верапамил, нифедипин и его ретардная форма, бисопролол. Кардиологи ЦСМ города Бишкек добавили к этому перечню ряд более современных АГП: карведилол, эпросартан, моксонидин, небиволол. Врачи ЦСМ Чуйской области указывали в анкетах использование «устаревших» (рутинных) препаратов: метилдофа, клонидин, дибазол, препараты раувольфии. Из наиболее часто применяющихся комбинаций АГП были отмечены следующие: иАПФ+БАБ, БАБ+ТД, иАПФ+АК, иАПФ+ТД, БАБ+АКд. Клинических протоколов по лечению

больных с ГБ придерживаются 78% врачей первичного уровня, остальные врачи полагаются на собственный опыт или мнения более знающих коллег.

В главе 3 также изложены результаты изучения реальной практики лечения ГБ врачами стационарных уровней здравоохранения. Среди анкетированных врачей 77,19% имели опыт врачебной деятельности более 10-ти лет. 90% респондентов указали, что средние сроки госпитализации по поводу ГБ составляют до 10-ти дней. 56,14% врачей отметили частоту госпитализации в стационар одного больного с ГБ менее 1 раза в год. Анкетированные отметили, что среди пациентов ГБ, поступающих на лечение в стационары, преобладают лица старше 51 года. 100% опрошенных отметили, что перед назначением медикаментозной АГТ, всегда обговаривают методы немедикаментозной терапии в лечении ГБ. 84,21% респондентов отметили недостаточную обеспеченность стационаров необходимыми АГП по программе ОМС. На фоне проводимой АГТ все стационарные врачи отмечают ее эффективность более чем у половины больных с ГБ. Среди наиболее часто используемых АГП, указанных в анкетах, перечислялись: эналаприл, атенолол, верапамил, гидрохлортиазид, индапамид, нифедипин и его ретардная форма, лизиноприл, амлодипин, бисопролол. Эпросартан, небиволол, доксазозин, метопролол, моксонидин, карведилол указывались гораздо реже и в основном врачами-кардиологами стационаров города Бишкек. В больницах Чуйской области в терапии ГБ врачи продолжают использовать сульфат магния, хлорпромазин, клонидин, дибазол, папаверин (в 5,26% анкет). Среди комбинаций АГП указывались: иАПФ+БАБ, БАБ+ТД, иАПФ+АК, иАПФ+ТД, БАБ+АКд. В стационарах города Бишкек дополнительно используются комбинации иАПФ+БАБ+АКд, АРА II+ТД, АРА II+АК, АРА II+АКд, ААБ+АКд+иАПФ, АИР+иАПФ+АКд. 87,72% опрошенных врачей отметили, что строго руководствуются при назначении АГТ клиническими протоколами, а 12,28% - своими знаниями, опытом и интуицией.

Второй блок анкеты был посвящен вопросам по фармакотерапии ГБ. Ответы врачей всех уровней здравоохранения анализировались вместе. При выборе рациональных комбинаций АГП из предложенных, большинство участников исследования (96,67%) не указали комбинацию атенолол+доксазозин как рациональную и, наоборот, 85% отметили комбинацию бисопролол+лозартан как рациональную. 25% опрошенных в вопросе о групповой принадлежности кандесартана отнесли его к иАПФ. На вопрос о продолжительности АГТ все 100% врачей правильно отметили необходимость пожизненной терапии ГБ. На вопрос о выборе из предложенных препаратов АГП, абсолютно противопоказанных при беременности, только 35% анкетированных верно указали лизиноприл, лозартан. На вопрос о выборе АГП 1-ой линии при лечении изолированной систолической артериальной

гипертензии только 10% опрошиваемых ответили верно указали лизиноприл, индапамид, гидрохлортиазид. Моэксиприл как иАПФ с преимущественно внепочечным путем выведения из перечисленных иАПФ верно отметили только 25% анкетированных. Только 15% опрошенных врачей имели правильное представление о максимальной суточной дозе атенолола (200мг). Только 48,33% респондентов правильно отметили препарат пропранолол из перечисленных, как препарат, абсолютно противопоказанный при СД. На вопрос о выборе рациональных комбинаций диуретиков между собой 25% респондентов указали комбинацию фуросемид+ТД как рациональную.

Необходимо отметить, что подавляющее большинство врачей всех уровней здравоохранения, участвовавших в наших исследованиях, не были знакомы с международными непатентованными наименованиями (МНН) АГП, поскольку в своей повседневной практике они в основном назначали АГП под их торговыми названиями. На указанные в вопросах анкеты МНН АГП приходилось приводить примеры их торговых названий, иначе врачи не могли их сами определить.

Также в главе 3 рассматриваются результаты изучения приверженности пациентов, страдающих ГБ, к назначенной врачом АГТ. Среди респондентов, участвовавших в наших исследованиях, оказалось 48% мужчин и 52% женщин, проживающих в городе Бишкек и Чуйской области. Средний возраст опрошиваемых составил  $47,6 \pm 12,2$  лет. Средний стаж наблюдения по поводу ГБ составил  $9,5 \pm 5,2$  лет. Результаты наших исследований показали, что из числа респондентов 36% пациентов доверяют не полностью или вообще не доверяют своему лечащему врачу. При прицельном опросе в качестве причин этого явления указывались недостаточный профессионализм и отсутствие взаимопонимания между врачом и пациентом. Только 39% опрошенных пациентов соблюдали установленный график диспансерного наблюдения у своего врача по поводу ГБ. Необходимо отметить, что все опрошенные пациенты были информированы врачами о необходимости проведения немедикаментозных мероприятий по изменению образа жизни, как базисных, в лечении ГБ. Но лишь 8% респондентов четко представляли их важность в общем плане лечения ГБ и следовали этим рекомендациям, 7% больных игнорировали их. И это, несмотря на то, что 87% участников исследования знали о наличии у себя таких ФР ССО как курение, ожирение, СД, повышенный холестерин и т.д. Только 32% пациентов знали о необходимости регулярной пожизненной терапии ГБ. Лишь 29% опрошенных регулярно принимали назначенные АГП. Среди принимаемых АГП наиболее часто указывались иАПФ, АК, БАБ, ТД. Однако в 7% случаев, в качестве принимаемых, указывались «устаревшие» АГП с центральным механизмом действия (клонидин, резерпин). 49% пациентов отмечали факт недостаточного

информирования, инструктирования и предостережения со стороны лечащего врача по поводу назначенной АГТ. Самоконтроль уровней АД осуществляет около одной трети опрошенных пациентов с ГБ. Только у 22% респондентов отмечено достижение целевых цифр АД при его измерении во время опроса. Все респонденты отметили дороговизну АГТ. Следует отметить, что льготные категории пациентов (пенсионеры, инвалиды) осведомлены о предоставляемых государством льготах на приобретение АГП и пользуются ими. Таким образом, на основании полученных нами результатов необходимо отметить, что имеет место применение АГП и их комбинаций, неоправданных с позиций доказательной медицины, врачами всех уровней здравоохранения, а также низкая комплаентность больных ГБ проводимой АГТ, что в итоге приводит к низкой эффективности лечения больных с ГБ.

## **ВЫВОДЫ**

1. В лечебных учреждениях всех уровней здравоохранения КР по поводу ГБ наблюдаются и лечатся в основном пациенты старше 50-ти лет со II и III степенями повышения АД, с высоким и очень высоким риском ССО. Контингент лиц, моложе 50-ти лет, составил всего 21,33% на первичном и 18,94% на стационарных уровнях здравоохранения. Это указывает на низкую выявляемость пациентов с начальными проявлениями заболевания, когда проведение целенаправленных профилактических мероприятий может предотвратить развитие ССО.
2. В реальной клинической практике не реализуется на должном уровне выявление модифицируемых ФР ССО, что приводит к недостаточному использованию медикаментозных и немедикаментозных методов вторичной профилактики ГБ и низкому контролю за соблюдением рекомендаций по модификации образа жизни пациентов с ГБ.
3. В структуре назначений АГП на всех уровнях системы здравоохранения отмечено применение АГП и их комбинаций, неоправданных с позиций ДМ, что в результате проявляется низкой эффективностью проводимой АГТ. Эффективный контроль ГБ достигается только у каждого 4-5 больного, находящегося под медицинским наблюдением.
4. В лечении ГБ врачи отдают предпочтение использованию комбинированной АГТ как на первичном (в 81%), так и на стационарных уровнях (в 92,46% случаев лечения), что находится в соответствии с современными подходами к лечению ГБ. Врачи предпочитают использовать СК АГП (в 91,33% на первичном уровне и в 95,35% на стационарных уровнях здравоохранения).
5. У больных ГБ ВР и ГБ ОВР ССО на всех уровнях системы здравоохранения не назначается адекватная антиагрегантная и гиполипидемическая терапия.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности проводимой АГТ необходимо усилить работу по информированности населения о ГБ с помощью средств массовой информации и расширения действующей при ЦСМ города Бишкек сети «клубов гипертоников». Создание таких клубов в регионах для повышения осведомленности населения об этой патологии, ее возможных осложнениях, путях профилактики и лечения, выявление и борьба с модифицируемыми ФР ССО является важной составляющей среди мер вмешательств по снижению вреда от данной патологии.
2. Для повышения уровня осведомленности практикующих врачей предусмотреть постоянно действующие круглые столы, конференции, чаще информировать их о нововведениях в рекомендациях по фармакотерапии ГБ, своевременное издание клинических протоколов и методических руководств по рациональной АГТ.
3. Для оптимизации медикаментозного лечения пациентов с ГБ с целью первичной и вторичной профилактики ССО необходимо способствовать более широкому внедрению в практику АГП с доказанной эффективностью и безопасностью (АРА II, АИР, ААБ), а также исключить использование короткодействующих форм АГП в пользу пролонгированных форм, что способствует повышению приверженности проводимой АГТ стороны пациентов с ГБ.
4. Необходимо назначение адекватной антиагрегантной и гиполипидемической терапии нуждающимся больным ГБ ВР и ГБ ОВР с целью первичной и вторичной профилактики ССО.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Зурдинов, А.З.** Оценка использования антигипертензивных лекарственных средств в Кыргызской Республике [Текст] / А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова // Клиническая фармакология и терапия (Москва). - 2009. - № 6. – С. 86-88.
2. **Урманбетова, А.Д.** Оценка приверженности пациентов к проводимой антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях [Текст] / А.Д. Урманбетова, А.З. Зурдинов // Наука и новые технологии. – 2009. - № 9. – С. 19-22.
3. **Урманбетова, А.Д.** Оценка использования антигипертензивных лекарственных средств в Кыргызской Республике [Текст] / А.Д. Урманбетова, А.З. Зурдинов // Наука и новые технологии. – 2010. - № 1. – С. 108-110.

4. **Урманбетова, А.Д.** Особенности фармакотерапии артериальной гипертонии у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] / А.Д. Урманбетова // Наука и новые технологии. – 2010. - № 2. – С. 82-88.
5. **Зурдинов, А.З.** Особенности фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных [Текст] / А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова, Т.А. Жолошева, С.Р. Молдоисаева // Наука и новые технологии. – 2010. - № 2. – С. 112-119.
6. **Молдоисаева, С.Р.** Использование антигипертензивных средств в системе практического здравоохранения Кыргызстана и оценка рациональности их применения [Текст] / С.Р. Молдоисаева, А.Д. Урманбетова, А.З. Зурдинов // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – 2010. – Том XVI, № 2. - С. 99-102.
7. **Урманбетова, А.Д.** Современные представления о фармакотерапии гипертонической болезни [Текст] / А.Д. Урманбетова // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2010. – Том 10, № 5. – С. 166-170.
8. **Зурдинов, А.З.** Оценка использования антигипертензивных лекарственных средств в Кыргызской Республике [Текст] / А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова // «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана»: сб. науч. ст. - Б., 2010. – С. 190-194.
9. **Урманбетова, А.Д.** Фармакоэпидемиологические аспекты использования антигипертензивных средств в Кыргызской Республике [Текст] / А.Д. Урманбетова // Поиск (Алматы). – 2011. - № 1. – С. 94-100.

**Урманбетова Айгүл Жекшенбековнанын 14.03.06 – фармакология, клиникалык фармакология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын алуу үчүн сунуш кылган “Кыргыз Республикасында гипертония оорусунда дары-дармектерди колдонуунун абалы жана аны оптималдаштыруу жолдору” аттуу диссертациялык ишинин**

### **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** гипертония оорусу (ГО), ретроспективдүү фармакоэпидемиологиялык изилдөө (РФИ), антигипертензивдүү дары каражаттары (АГ ДК), антигипертензивдүү терапия (АГТ), артериалык басымдын (АБ) “максаттуу” деңгээли, далил боло ала турган медицина (ДБМ).

**Изилдөө объектиси:** 900 амбулаториялык 2006-жылдан 2008-жылдар аралыгында көзөмөлдө турган ГОлуу пациенттеринин карталары; 955 стационарларда 2006-жылдан 2008-жылдар аралыгында ГОдан дарыланышкан пациенттин оорусунун тарыхы; КРнын саламаттыкты сактоосунун бардык деңгээлдеринде 120 врачтын анкетасы; ГОлуу 100 пациенттин анкетасы.

**Изилдөөнүн максаты:** КРнын ар башка аймактарындагы пациенттердин ГОларды дарылоодогу реалдуу клиникалык практикада АГ ДКын колдонуудагы фармакоэпидемиологиялык анализ жана ДБМ көз карашында АГ ДКын рационалдуу колдонуу үчүн кийлигишүү стратегиясын аныктоо.

**Изилдөө ыкмасы:** социологиялык, салыштырмалуу, статистикалык.

**Изилдөөнүн натыйжасы:** ГО дарылоодо саламаттыкты сактоонун бардык деңгээлеринде негизинен АГП 4 классы: иАПФ, БАБ, АК жана диуретиктер колдонулат. АГП жана алардын ДБМ көз карашында акталбаган айкалышын саламаттыкты сактоонун бардык деңгээлдериндеги врачтар дайындай берсе болот. Ал АГТ төмөн деңгээли менен чагылдырылат (АБ «максаттуу» деңгээли 22% оорулууда жетишилет). ГО дарылоодо врачтар айкалыш АГТ колдонууга баштапкы деңгээлде (81%), стационардык деңгээлдеринде (дарылоонун 92,46% учурунда) көп көңүл бурушат. Врачтар АГ ДКдын белгиленбеген айкалышын (саламаттыкты сактоонун биринчи деңгээлинде 91,33% жана стационардык деңгээлеринде 95,35%) колдонууну артык көрүшөт. Пациенттер арасында бул жүргүзүлгөн АГТ жактагандар өтө аз болуп чыкты.

**Илимий жаңылык.** КРнда ГО ооруларга АГ ДКын колдонуу боюнча көп баскычтуу РФИ биринчи ирет жүргүзүлдү. АГП кыска убакыт таасир этүүчү формаларын жана «эскиргендерин» көп колдонуу, АГП рационалдуу эмес айкалышын пайдалануу, муктаж болгон ГО пациенттерге антиагреганттик жана гипополипидемиялык терапияны адекватваттуу эмес дайындоо ачык болду, узак убакыт АГТ алып жаткан ГО оорулар жактаган негизги факторлор аныкталды.

**Колдонулуучу тармак:** медицина, саламаттыкты сактоо.

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Урманбетовой Айгуль Джекенбековны на тему: «Состояние использования лекарственных средств при гипертонической болезни в Кыргызской Республике и пути его оптимизации» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.03.06 – фармакология, клиническая фармакология**

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь (ГБ), ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование (РФИ), антигипертензивные лекарственные средства (АГ ЛС), антигипертензивная терапия (АГТ), «целевой» уровень АД, доказательная медицина (ДМ).

**Объект исследования:** 900 амбулаторных карт пациентов с ГБ, наблюдавшихся в ЦСМ, в период с 2006 по 2008 годы; 955 историй болезни пациентов, получивших стационарное лечение по поводу ГБ в стационарах в период с 2006 по 2008 годы; 120 анкет врачей всех уровней здравоохранения КР; 100 анкет пациентов с ГБ.

**Цель исследования:** фармакоэпидемиологический анализ использования АГ ЛС в реальной клинической практике при лечении ГБ у пациентов в различных регионах КР на всех уровнях здравоохранения и определение стратегии вмешательства для рационального использования АГП, основанного на принципах ДМ.

**Методы исследования:** социологический, сравнительный, статистический.

**Результаты исследования.** В основном в лечении ГБ на всех уровнях здравоохранения используются 4 класса АГП: иАПФ, БАБ, АК и диуретики. Встречается назначение АГП и их комбинаций, неоправданных с позиции ДМ, врачами всех уровней здравоохранения. Это приводит к снижению эффективности проводимой АГТ - «целевого» уровня АД достигают 22% больных. В лечении ГБ врачи отдают предпочтение использованию комбинированной АГТ на первичном (в 81%), и на стационарных уровнях (в 92,46% случаев лечения). Чаще используются СК АГП (в 91,33% на первичном уровне и в 95,35% на стационарных уровнях здравоохранения). Выявлена низкая приверженность пациентов к АГТ.

**Научная новизна.** Впервые в КР проводилось многоуровневое РФИ по использованию АГ ЛС у больных ГБ. Выявлено частое использование короткодействующих форм и «устаревших» АГП, применение нерациональных комбинаций АГП, неадекватное назначение антиагрегантной и гиполипидемической терапии нуждающимся пациентам с ГБ, определены основные факторы, влияющие на приверженность больных с ГБ длительной АГТ.

**Область применения:** медицина, здравоохранение.

## SUMMARY

**of Aigul Djekshenbekovna Urmanbetova's thesis entitled "The situation of drug use in hypertensive disease in the Kyrgyz Republic and ways of its optimization"**

**for the degree of a candidate of medical science according to the specialties**

**14.03.06 – pharmacology, clinical pharmacology**

**Keywords:** hypertensive disease (HD), retrospective pharmacoepidemiological investigation, antihypertensive drugs (AHD), antihypertensive therapy (AHT), target level of arterial pressure (AP), evidence - based medicine.

**Object of investigation:** 900 medical records of patients with HD, observed in family practice centers of Bishkek and Chu oblast over the period from 2006 to 2008; 955 case histories of patients with HD, treated in in-patient hospitals of Bishkek and Chu oblast over the period from 2006 to 2008; 63 questionnaires of primary healthcare physicians and 57 questionnaires of secondary and tertiary healthcare physicians in the Kyrgyz Republic; 100 questionnaires of patients with HD.

**Aim of investigation:** pharmacoepidemiological analysis of AHD use in actual clinical practice during the treatment of patients with HD at all the levels of healthcare system in different regions of the Kyrgyz Republic and determination of interference strategy for the rational use of AHD from the position of evidence - based medicine.

**Methods of investigation:** sociological, comparative, statistical.

**Results of investigation.** Four classes of AHD: inhibitors of angiotensin converting enzyme, beta-adrenergic blocking agents, calcium antagonists and diuretics are generally used in the treatment of HD at all the levels of health care. The prescription of AHD and their combinations undue from the position of evidence - based medicine by the physicians of all levels of health care are in evidence, and that declares itself as low effectiveness of AHT conducted (target level of AP is achieved in 22% of patients). The physicians give preference to combined AHT at the primary (in 81%), as well as at the secondary and tertiary levels (in 92,46% of cases); that is in accordance with modern approaches to the treatment of HD.

The physicians prefer to use unfixed combinations of AHD (in 91,33% - at the primary level and in 95,35% - at the secondary and tertiary levels of health care). Low adherence of the patients to the conducted antihypertensive treatment is revealed.

**Scientific novelty.** A multi level retrospective pharmacoepidemiological investigation on the use of AHD in patients with HD was conducted in the Kyrgyz Republic for the first time. Frequent use of short-acting forms and “out-of-date” AHD, use of irrational combinations of AHD, inadequate prescription of antiplatelet and hypolipidemic therapy needed for the patients with HD are revealed, main factors influencing on adherence of the patients with HD to long-term AHT are determined.

**Field of use:** medicine, healthcare.