

Приверженность врачей рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии

Никита Борисович Перепеч, Валерия Дорофеевна Шурыгина,
Алексей Викторович Трегубов*

Санкт-Петербургский государственный университет
Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9

Цель. Проверка знания базовых положений клинических рекомендаций по ведению пациентов с артериальной гипертензией и выяснение готовности врачей к практическому применению обновленных рекомендаций.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили анонимные анкеты 306 врачей. Анкета состояла из двух частей. Вводная часть включала вопросы, позволяющие выяснить специальность, стаж работы, пол, возраст и наличие у респондента факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В основную часть анкеты вошли 16 вопросов, касающихся положений действующих на момент проведения опроса (2017/2018 учебный год) рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excell 2010. Различия расценивались как достоверные при значении $p < 0,05$.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что и терапевты, и кардиологи не придают должного значения стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией и недостаточно осведомлены о возможностях и ограничениях применения комбинаций антигипертензивных лекарственных препаратов. Терапевты хуже кардиологов знают основные положения клинических рекомендаций по ведению больных артериальной гипертензией (целевые уровни артериального давления в процессе лечения [64,6% против 87,7%; $p < 0,001$], показания к стартовой комбинированной антигипертензивной терапии, возможности использования фиксированных комбинаций [52,3% против 83,9%; $p < 0,001$]). Значительная часть врачей (как кардиологов, так и терапевтов) адекватно оценивает эффективность проводимого антигипертензивного лечения, отмечает недостаточно частое достижение целевого уровня артериального давления у своих пациентов и проявляет готовность к обеспечению более жесткого контроля артериального давления.

Заключение. Результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о необходимости активного повышения квалификации врачей в области ведения пациентов с артериальной гипертензией. Наибольшее внимание следует уделить обучению терапевтов и врачей общей практики по вопросам стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, применения комбинаций антигипертензивных лекарственных препаратов и методам повышения приверженности пациентов антигипертензивной терапии.

Ключевые слова: знания врачей, артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, клинические рекомендации.

Для цитирования: Перепеч Н.Б., Шурыгина В.Д., Трегубов А.В. Приверженность врачей рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2019;15(4):502-509. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-4-502-509

Doctors' Adherence to the Guidelines on the Diagnostics and Treatment of Arterial Hypertension

Nikita B. Perepech, Valeria D. Shurygina, Aleksey V. Tregubov*
Saint-Petersburg State University
Universitetskaya nab. 7-9, St. Petersburg, 199034 Russia

Aim. Examination of knowledge of the basic provisions of clinical guidelines for the management of patients with arterial hypertension and finding out the readiness of doctors for the practical application of updated recommendations

Material and methods. Anonymous questionnaires of 306 doctors served as material for the study. The questionnaire consisted of two parts. The introductory part included questions that allow to find out the specialty, work experience, gender, age, and whether the respondent has cardiovascular risk factors. The main part of the questionnaire included 16 questions regarding provisions of the guidelines on the diagnosis and treatment of arterial hypertension in force at the time of the survey (2017/2018 academic year). Statistical processing of the results was carried out using the Microsoft Excel 2010 software package. Differences were regarded as significant at $p < 0.05$.

Results. The findings suggest that both therapists and cardiologists do not give due importance to the risk stratification of cardiovascular complications in patients with arterial hypertension and are not sufficiently aware of the possibilities and limitations of the use of combinations of antihypertensive drugs. Therapists worse than cardiologists know the main points of the clinical guidelines for the management of patients with arterial hypertension (target blood pressure levels during treatment [64.6% vs 87.7%, $p < 0.001$], indications for combination antihypertensive therapy starting, the possibility of fixed dose combinations using [52.3% vs 83.9%, $p < 0.001$]). A significant part of physicians (both cardiologists and therapists) adequately assess the antihypertensive treatment effectiveness, not enough frequent achievement of the target blood pressure level in their patients and is willing to provide more strict control of blood pressure.

Conclusion. The results of the survey indicate the need of the active education of doctors in the management of patients with arterial hypertension. The most attention should be paid to the training of therapists and general practitioners on the cardiovascular complications risk stratification, the using of the antihypertensive drugs combinations use and methods to increase patient adherence to antihypertensive therapy.

Keywords: knowledge of doctors, arterial hypertension, antihypertensive therapy, clinical guidelines.

For citation: Perepech N.B., Shurygina V.D., Tregubov A.V. Doctors' Adherence to the Guidelines on the Diagnostics and Treatment of Arterial Hypertension. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2019;15(4):502-509. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-4-502-509

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): altregubov@mail.ru

Received / Поступила: 02.04.2019

Accepted / Принята в печать: 28.05.2019

Осенью 2017 г. экспертами Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца были опубликованы новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) [1]. В этом документе предложена новая классификация АГ, в соответствии с которой пороговое значение артериального давления (АД) для ее диагностики составляет 130/80 мм рт.ст. Если использовать этот критерий, то окажется, что половина всего взрослого населения Земли страдает АГ [2]. Однако и при использовании привычного критерия (140/90 мм рт.ст. и выше), который остается действующим как в Европе [3], так и в России [4], распространенность АГ является весьма высокой. Острое, симптомное повышение АД – это один из наиболее частых поводов вызова бригад неотложной медицинской помощи, а хроническое повышение АД, требующее подбора антигипертензивной терапии – основная причина обращения к терапевтам, врачам общей практики, кардиологам. АГ нередко сочетается с сахарным диабетом, хронической болезнью почек, подагрой и негативно влияет на их течение, поэтому принципы ведения больных с повышенным АД должны быть хорошо известны эндокринологам, нефрологам, ревматологам. С учетом того, что нарушения мозгового кровообращения, развитие когнитивных нарушений являются закономерными и частыми осложнениями повышенного АД, знание алгоритмов диагностики и лечения АГ является обязательным и для неврологов. Таким образом, полноценная медицинская помощь больным АГ – это важнейшая задача представителей широкого круга врачебных специальностей.

Реализация положений рекомендаций экспертных сообществ по диагностике, профилактике и лечению различных заболеваний, основанных на результатах крупных рандомизированных клинических исследований, позволяет обеспечить надлежащее качество медицинской помощи. Естественно, рекомендации не могут охватить весь спектр клинических ситуаций, которые возникают в повседневной практике врача [5], но их выполнение следует рассматривать как необходимую основу для построения индивидуальной тактики диагностических и лечебных мероприятий с учетом особенностей конкретного пациента и возможностей медицинского учреждения. Для оценки знаний, необходимых для обеспечения базового уровня медицинской помощи больным АГ, мы провели анкетирование кардиологов, терапевтов и врачей общей практики Санкт-Петербурга. Поскольку на момент проведения опроса еще не были опубликованы рекомендации Европейского общества кардиологов (2018 г.) [3] и Российские рекомендации (2019 г.) [4], оценивалось знание рекомендаций Европейского общества кардиологов (2013 г.) [6]. Некоторые вопросы

анкеты позволяли оценить готовность врачей к выполнению обновленных положений рекомендаций, касающихся целевых уровней АД и применения комбинированной антигипертензивной терапии.

Цель данной работы – изучить знание базовых положений клинических рекомендаций по ведению пациентов с АГ и оценить готовность врачей к практическому применению обновленных рекомендаций.

Материал и методы

Анонимное анкетирование проводилось среди слушателей циклов повышения квалификации врачей, проходивших на базе НКиОЦ «Кардиология» в 2017/2018 учебном году – до публикации последней (2018 г.) редакции рекомендаций Европейского общества кардиологов по оказанию медицинской помощи больным АГ. Все участники опроса подписывали согласие на обработку персональных данных. Респонденты заполняли анкеты до начала обучения по тематике опроса.

Вводная часть анкеты включала вопросы, позволяющие выяснить специальность, стаж работы, пол, возраст и наличие у респондента факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), включая курение. В основную часть анкеты вошли 16 вопросов, касающихся основных положений, действующих на момент проведения опроса рекомендаций по диагностике и лечению АГ и применению комбинаций антигипертензивных средств. Вопросы, относящиеся к разным разделам анкеты, были перемешаны для того, чтобы получить максимально правдивые ответы (рис. 1).

В опросе приняли участие 306 врачей (кардиологи, терапевты, врачи общей практики и представители других терапевтических специальностей). В 68 анкетах были допущены некорректные ответы или пропуски ответов, в связи с чем они не были включены в дальнейшую статистическую обработку. Таким образом, были проанализированы 238 анкет. Средний возраст опрошенных составил $42,0 \pm 10,0$ лет, стаж работы по специальности – $15,0 \pm 9,3$ лет. Среди респондентов абсолютное большинство составили женщины – 221 (92,9%). 162 анкеты (68,1%) были заполнены кардиологами, 65 (27,3%) – терапевтами (включая врачей общей практики) и 11 (4,6%) – представителями других специальностей (неврологи, эндокринологи, врачи функциональной диагностики).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ MS Excell 2010 (Microsoft Inc., США). Для определения соотношения правильных и неправильных ответов в группе использовался частотный анализ. Для оценки статистической значимости различий между ответами использовались χ^2 – критерий и точный критерий Фишера. Различия

Анкета	
<p>Ваш пол? Каков Ваш возраст (полных лет)? Курите ли Вы? Да/Нет По какой специальности Вы работаете? Каков Ваш стаж работы по специальности (лет)? Каков Ваш уровень общего холестерина? Каков Ваш «привычный» уровень артериального давления (АД)? По Вашему мнению, имеются ли у Вас клинические проявления атеросклероза? Да/Нет Если «да», то какие?</p>	<p>9. При наличии специальных показаний лечение больного с АГ возможно комбинацией: а) ингибитора АПФ с блокатором рецепторов ангиотензина II (БРА) б) лонидина с агонистом-11-имидазолиновых рецепторов в) блокатора кальциевых каналов дигидропиридинового ряда и блокатора кальциевых каналов недигидропиридинового ряда г) селективного бета-адреноблокатора и неселективного бета-адреноблокатора</p> <p>10. Показанием к применению комбинации ингибитора АПФ с БРА у больного с АГ может быть: а) рефрактерность АГ на фоне сахарного диабета, осложненного диабетической нефропатией б) возникновение приступов сухого кашля в) развитие АГ на фоне паренхиматозного заболевания почек, сопровождающегося потерей белка более 3 г в сутки г) рефрактерность АГ на фоне терапии ингибитором АПФ, амлодипином и гидрохлортиазидом в максимальных терапевтических дозах э) эта комбинация абсолютно противопоказана</p>
<p>1. Показания для начала медикаментозной коррекции АГ Вы определяете на основании: а) уровня АД, который Вы зафиксировали у пациента на приеме б) предоставленных пациентом результатов самоизмерения АД в) наличия и количества дополнительных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) г) наличия признаков поражения органов-мишеней д) стратификации риска ССО</p>	<p>11. Показанием к применению комбинации амлодипина с верапамилом у больного с АГ может быть: а) сохраняющаяся АГ на фоне терапии комбинацией ингибитора АПФ/БРА, амлодипина и гидрохлортиазидов в максимальных терапевтических дозах б) высокая АГ у больного с хронической обструктивной болезнью легких и склонностью к тахикардии в) возникновение отека лодыжек при терапии амлодипином г) плохая переносимость терапии ингибиторами АПФ/БРА э) эта комбинация абсолютно противопоказана</p>
<p>2. При выявлении какого признака Вы оцените риск ССО у больного с АГ 1 степени как очень высокий: а) 3 и более факторов риска ССО б) ГЛЖ в) ХБП 3б стадии г) сахарного диабета д) ТИА в анамнезе</p>	<p>12. На каком этапе лечения Вы предпочитаете назначать Вашим пациентам с АГ очень высокого риска фиксированную комбинацию антигипертензивных препаратов? а) после подтверждения неэффективности монотерапии б) после подтверждения неэффективности первой из назначенных свободных комбинаций в) после подтверждения неэффективности нескольких последовательно назначенных свободных комбинаций г) в качестве стартовой терапии</p>
<p>3. Наличие у пациента старше 60 лет величины пульсового АД более 60 мм рт.ст., по Вашему мнению, является: а) закономерным явлением б) дополнительным фактором риска ССО в) признаком поражения артерий как органа-мишени АГ г) признаком ассоциированного клинического состояния – распространенного атеросклероза</p>	<p>13. У какой доли пациентов с АГ в процессе лечения Вам удалось добиться стойкого снижения АД до уровня ниже 140/90 мм рт.ст.? а) более 80% б) 60-80% в) 40-60% г) 20-40% д) 10-20% е) менее 10%</p>
<p>4. Какой из перечисленных признаков дает возможность констатировать поражение почек как органа-мишени у пациентов с АГ: а) ультразвуковые признаки нефросклероза б) умеренное повышение уровня креатинина плазмы в) снижение относительной плотности мочи г) суточная экскреция альбумина 30-300 мг/сут</p>	<p>14. Каков уровень АД Вы считаете (станете считать) целевым для себя при лечении неосложненной АГ: а) снижение АД на 20% от исходного б) минимальный хорошо переносимый в) 120/80 мм рт.ст. г) ниже 140/90 мм рт.ст. д) любой хорошо переносимый уровень АД</p>
<p>5. Пациентов с подтвержденной хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией следует относить к группе: а) низкого риска ССО б) среднего риска ССО в) высокого риска ССО г) очень высокого риска ССО</p>	<p>15. Какую из рекомендаций по изменению образа жизни больного с АГ Вы, скорее всего, не будете выполнять сами (если у Вас есть/будет АГ)? а) ограничение потребления поваренной соли б) ограничение потребления алкоголя в) отказ от курения г) изменение режима питания (ограничение потребления углеводов и животных жиров, увеличение потребления растительных пищи, снижение общего калоража) д) увеличение физической активности (ограничение использования личного и общественного транспорта)</p>
<p>6. Каков целевой уровень АД при лечении пациентов с неосложненной АГ без сахарного диабета: а) снижение на 20% от исходного б) минимальный хорошо переносимый в) 120/80 мм рт.ст. г) ниже 140/90 мм рт.ст. д) любой хорошо переносимый уровень АД</p>	<p>16. Если у Вас выявлена (окажется выявлена) стойкая бессимптомная АГ с уровнем АД 160/90 мм рт.ст., ЭхоКГ-признаки ГЛЖ, СКФ 58 мл/мин/1,73 м² - какую тактику Вы предпочтете? а) только изменение образа жизни б) изменение образа жизни и монотерапию с подбором дозы титрацией до максимальной в) изменение образа жизни и свободную комбинацию антигипертензивных средств г) изменение образа жизни и фиксированную комбинацию антигипертензивных средств</p>
<p>7. Немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение уровня АД, следует рекомендовать пациентам с АГ при: а) низком риске ССО б) среднем риске ССО в) высоком риске ССО г) очень высоком риске ССО д) при любом риске ССО</p>	
<p>8. Какая из перечисленных ситуаций является основанием для начала лечения АГ с комбинации антигипертензивных средств: а) отягощенный аллергологический анамнез б) АГ 2 степени при отсутствии дополнительных факторов риска ССО в) АГ 3 степени при отсутствии дополнительных факторов риска ССО г) отягощенная по АГ наследственность д) выраженное ожирение</p>	

АГ – артериальная гипертензия, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка, ХБП – хроническая болезнь почек, ТИА – транзиторная ишемическая атака, АПФ – ангиотензинпревращающий фермент, Эхо-КГ – эхокардиография

Figure 1. Questionnaire for participants of continuing education courses for doctors

Рисунок 1. Вопросы анкеты для слушателей циклов повышения квалификации врачей

Table 1. Answers of respondents to questions of the main part of the questionnaire

Таблица 1. Ответы, данные респондентами на вопросы основной части анкеты

Вопрос	Группа	Ответы, n (%)					
		a	b	c	d	e	f
1	Все	19(8)	56(23,5)	36(15,1)	11(4,6)	116(48,8)	-
	Терапевты*	8(12,3)	18(27,7)	11(17)	6(9,2)	22(33,8)	-
	Кардиологи	11(6,8)	33(20,4)	23(14,2)	5(3,1)	90(55,5)	-
2	Все	50(21)	3(1,3)	21(8,8)	51(21,4)	113(47,5)	-
	Терапевты**	21(32,3)	2(3,1)	2(3,1)	14(21,5)	26(40)	-
	Кардиологи	26(16,1)	0(0)	19(11,7)	37(22,8)	80(49,4)	-
3	Все	10(4,2)	45(18,9)	114(47,9)	69(29)	-	-
	Терапевты*	7(10,8)	11(16,9)	29(44,6)	18(27,7)	-	-
	Кардиологи	3(1,9)	29(17,9)	82(50,6)	48(29,6)	-	-
4	Все	17(7,1)	47(19,8)	6(2,5)	168(70,6)	-	-
	Терапевты***	6(9,2)	18(27,7)	5(7,7)	36(55,4)	-	-
	Кардиологи	8(4,9)	29(17,9)	1(0,6)	124(76,6)	-	-
5	Все	2(0,8)	24(10,1)	93(39,1)	119(50)	-	-
	Терапевты**	2(3,1)	11(16,9)	30(46,2)	22(33,8)	-	-
	Кардиологи	0(0)	12(7,4)	59(36,4)	91(56,2)	-	-
6	Все	4(1,7)	7(2,9)	31(13)	193(81,1)	3(1,3)	-
	Терапевты***	3(4,6)	5(7,7)	15(23,1)	42(64,6)	0(0)	-
	Кардиологи	1(0,6)	2(1,2)	14(8,6)	142(87,7)	3(1,9)	-
7	Все	24(10,1)	3(1,3)	0(0)	2(0,8)	209(87,8)	-
	Терапевты	15(23,1)	2(3,1)	0(0)	0(0)	48(73,8)	-
	Кардиологи	8(5)	1(0,6)	0(0)	2(1,2)	151(93,2)	-
8	Все	2(0,8)	100(42)	100(42)	14(5,9)	22(9,3)	-
	Терапевты	0(0)	21(32,3)	34(52,3)	5(7,7)	5(7,7)	-
	Кардиологи	2(1,2)	76(46,9)	60(37,1)	7(4,3)	17(10,5)	-
9	Все	64(26,9)	31(13)	135(56,7)	8(3,4)	-	-
	Терапевты***	22(33,8)	13(20)	23(35,4)	7(10,8)	-	-
	Кардиологи	37(22,8)	16(9,9)	108(66,7)	1(0,6)	-	-
10	Все	24(10,1)	6(2,5)	53(22,3)	20(8,4)	135(56,7)	-
	Терапевты	9(13,8)	2(3,1)	16(24,6)	5(7,7)	33(50,8)	-
	Кардиологи	12(7,4)	4(2,5)	36(22,2)	11(6,8)	99(61,1)	-
11	Все	5(2,1)	166(69,8)	2(0,8)	9(3,8)	56(23,5)	-
	Терапевты***	4(6,2)	30(46,1)	2(3,1)	4(6,2)	25(38,4)	-
	Кардиологи	0(0)	129(79,6)	0(0)	4(2,5)	29(17,9)	-
12	Все	26(10,9)	10(4,2)	23(9,7)	179(75,2)	-	-
	Терапевты***	16(24,6)	3(4,6)	12(18,5)	34(52,3)	-	-
	Кардиологи	10(6,2)	6(3,7)	10(6,2)	136(83,9)	-	-
13	Все	35(14,7)	80(33,6)	72(30,3)	38(16)	12(5)	1(0,4)
	Терапевты	9(13,9)	19(29,2)	22(33,8)	11(16,9)	4(6,2)	0(0)
	Кардиологи	24(14,8)	59(36,4)	45(27,8)	26(16,1)	7(4,3)	1(0,6)
14	Все	6(2,5)	17(7,1)	77(32,4)	138(58)	0(0)	-
	Терапевты	5(7,7)	7(10,8)	25(38,5)	28(43)	0(0)	-
	Кардиологи	1(0,6)	9(5,5)	49(30,3)	103(63,6)	0(0)	-
15	Все	51(21,4)	30(12,6)	9(3,8)	86(36,1)	62(26,1)	-
	Терапевты	10(15,4)	6(9,2)	5(7,7)	21(32,3)	23(35,4)	-
	Кардиологи	36(22,2)	23(14,2)	3(1,9)	62(38,3)	38(23,4)	-
16	Все	0(0)	42(17,7)	41(17,2)	155(65,1)	-	-
	Терапевты	0(0)	17(26,2)	19(29,2)	29(44,6)	-	-
	Кардиологи	0(0)	25(15,4)	18(11,1)	119(73,5)	-	-

*p<0,05, **p<0,005, ***p<0,001 по сравнению с кардиологами

расценивались как достоверные при значении $p < 0,05$.

Результаты

Количественная характеристика ответов врачей на вопросы основной части анкеты представлена в табл. 1.

Вопрос 1 предлагал выбрать наиболее значимый для респондента критерий инициации медикаментозного лечения АГ. В соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению АГ это решение должно приниматься на основании стратификации риска с учетом и уровней АД, и факторов риска ССО, и наличия признаков поражения органов-мишеней. Верный ответ был дан 55,5%

кардиологов и лишь 33,8% – терапевтов. Среди 66,2% терапевтов, не выбравших правильный ответ, лишь 9,2% выбрали в качестве критерия инициации антигипертензивной терапии поражение органов-мишеней и 17% – наличие дополнительных факторов риска ССО. Кардиологи выбирали правильный ответ статистически значимо чаще, чем терапевты ($p=0,026$).

Отвечая на **вопрос 2**, врачи верно оценили риск ССО при АГ 1 степени менее чем в половине случаев. У кардиологов результат был статистически значимо лучше, чем у терапевтов, но и среди них доля правильных ответов не достигла 50% (49% и 40%, соответственно; $p=0,004$), а это значит, что каждый второй врач не считает перенесенную транзиторную ишемическую атаку признаком очень высокого риска ССО.

Вопрос 3 был посвящен выяснению отношения врачей к высокому пульсовому давлению как признаку поражения органов-мишеней при АГ. Правильный ответ на этот вопрос выбрали менее 50% респондентов. Кардиологи статистически значимо чаще верно оценивали значение этого признака (50,6%), в то время как терапевты дали правильный ответ лишь в 44,9% случаев ($p=0,033$).

Вопрос 4 касался признаков поражения почек при АГ. Ответы, данные респондентами на этот вопрос, продемонстрировали значительную разницу в подготовке терапевтов и кардиологов. Так, кардиологи выбрали верный ответ (суточная экскреция альбумина 30-300 мг/сут) в 70,6% случаев, в то время как терапевты – лишь в 55,4% ($p<0,001$).

Вопрос 5 был предназначен для выяснения отношения врачей к хронической сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией как фактору риска ССО у пациентов с АГ. Правильный ответ на него был дан лишь 50% респондентов. Только треть (33,8%) терапевтов признали сердечную недостаточность с сохраненной систолической функцией признаком очень высокого риска ССО. Среди кардиологов доля верных ответов на этот вопрос была статистически значимо больше – 56,2% ($p=0,002$).

На вопрос 6, посвященный целевому уровню АД при неосложненной АГ, ответ, соответствующий рекомендациям, действующим на момент проведения опроса (ниже 140/90 мм рт.ст.), дали 87,7% кардиологов и 64,6% терапевтов ($p<0,001$). Следует отметить, что терапевты чаще кардиологов выбирали в качестве целевого более низкий уровень АД – 120/80 мм рт.ст. (23,1% и 8,6%, соответственно).

Вопрос 7 касался проведения немедикаментозных мероприятий, направленных на снижение АД. 87,8% опрошенных указали, что немедикаментозные мероприятия по снижению АД следует проводить при любом риске ССО. Кардиологи статистически значимо

чаще, чем терапевты, отвечали верно (соответственно, 93,2% и 73,8%; $p<0,001$).

В **вопросе 8** предлагалось выбрать из предложенных вариантов показание для применения комбинации антигипертензивных препаратов в качестве стартовой терапии АГ. Ответ «с» (АГ II 1 степени при отсутствии дополнительных факторов риска ССО), соответствующий рекомендациям Европейского общества кардиологов (2013 г.), выбрали 53,3% терапевтов и 37,1% кардиологов. Ответы «а», «d» и «е» дали 15,4% терапевтов и 16,0% кардиологов. Кардиологи наиболее часто (в 46,9% случаев) выбирали ответ «b», подразумевающий начало лечения с комбинации лекарственных средств при меньшем уровне АД.

Следующие три вопроса касались возможностей и ограничений применения комбинаций антигипертензивных лекарственных средств. Из предложенных ответов на **вопрос 9** допустимо только применение сочетания блокаторов кальциевых каналов дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда. Этот вариант выбрали 66,7% кардиологов и лишь 35,4% терапевтов ($p<0,001$). Правильный ответ на **вопрос 10** выбрали 61,1% кардиологов и 50,8% терапевтов, которые сообщили, что считают комбинацию ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II противопоказанной. Распределение ответов на этот вопрос в группах терапевтов и кардиологов статистически значимо не различается. Верный ответ на **вопрос 11**, касающийся показаний к применению комбинации амлодипина с верапамилом у больного АГ (высокая АГ у больного с хронической обструктивной болезнью легких и склонностью к тахикардии) дали 79,6% кардиологов и лишь 46,1% терапевтов ($p<0,001$).

Вопрос 12 касался применения фиксированных комбинаций антигипертензивных средств. В соответствии с полученными ответами статистически значимо большее количество кардиологов по сравнению с терапевтами готовы использовать фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов уже в качестве стартовой терапии (83,9% и 52,3%, соответственно; $p<0,001$).

Ответы на **вопрос 13** показали, что лишь 14,7% респондентов добиваются целевого уровня АД у 80% своих пациентов. Даже сравнительно неплохой результат – достижение целевого уровня у 60-80% больных указали только 36,4% кардиологов и 29,2% терапевтов. Таким образом, почти 60% терапевтов и почти 50% кардиологов признают, что не достигают целевого уровня АД у каждого второго своего пациента (различие между распределением ответов, данных терапевтами и кардиологами, статистически незначимо).

При ответе на **вопрос 14**, предлагавший выбрать целевой уровень АД для самих себя, и терапевты, и кардиологи продемонстрировали склонность к жесткому контролю АД. Ответ «120/80 мм рт.ст.» выбрали 30,3% кардиологов и 38,5% терапевтов. Ответ «ниже 140/90 мм рт.ст.», соответствующий рекомендациям, действовавшим на момент проведения опроса, выбрали 63,6% кардиологов и 43% терапевтов ($p=0,002$ при анализе без 5-го варианта ответа, который не выбрал ни один респондент). Нельзя не отметить, что никто из респондентов не выбрал для себя вариант ответа «любой хорошо переносимый уровень АД».

Вопрос 15 позволял определить рекомендацию по изменению образа жизни, выполнение которой, с точки зрения врачей, является наиболее проблематичным. С целью повышения уверенности в том, что такая рекомендация будет определена верно, вопрос был адресован непосредственно респонденту, если у него уже имеется или будет АГ. По мнению терапевтов, наименее вероятно выполнение рекомендации об увеличении физической активности (35,4%), в то время как кардиологи считают наиболее сложным изменение режима питания (38,3%). Различия ответов на этот вопрос, полученных от терапевтов и кардиологов, статистически незначимы. При анализе ответов на данный вопрос обращает на себя внимание тот факт, что отказаться от курения, скорее всего, не смогли бы 9 респондентов, хотя при заполнении первой части анкеты лишь 3 врача сообщили о том, что они курят.

Отвечая на **вопрос 16**, касающийся выбора оптимального подхода к лечению АГ в стандартной клинической ситуации при условии, если в антигипертензивной терапии нуждается сам врач, 73,5% кардиологов выбрали вариант применения фиксированных комбинаций и 11,1% – вариант свободных комбинаций антигипертензивных препаратов. Лишь 15% кардиологов отдали предпочтение монотерапии. Среди терапевтов только 44,6% врачей предпочли фиксированные комбинации, 29,2% выбрали свободные комбинации и 26,2% – монотерапию. Следует отметить, что ни один из респондентов не выбрал вариант лечения без применения медикаментов.

Обсуждение

Результаты анкетирования целесообразно обсуждать не по порядку следования вопросов, а сгруппировав их по тематическим разделам.

Первый раздел основной части анкеты был посвящен оценке риска ССО и выявлению признаков очень высокого риска (вопросы 1-5). Степень риска ССО рассматривают как основу для принятия решения о необходимости начала медикаментозной терапии АГ лишь 48,8% респондентов. Большинство врачей неверно оценивают значение факторов риска ССО у па-

циентов с АГ 1 степени. Хотя знания кардиологов, продемонстрированные при ответе на вопросы первого раздела анкеты, оказались статистически значимо лучше знаний терапевтов ($p<0,05$ для распределения ответов на каждый из вопросов), их нельзя признать удовлетворительными. Ответы на вопросы первого раздела основной части анкеты близки к результатам опросов врачей, проводившихся ранее. Так, по данным И.В. Емельянова с соавт., полученным в 2012 г., лишь 52% врачей первичного звена всегда применяют в своей работе таблицы, предназначенные для стратификации риска ССО [7]. По данным Л.Ю. Дроздовой и соавт., которые были опубликованы в 2011 г., 59% врачей не считали нужным немедленно назначить лекарственную терапию пациенту с АГ и высоким риском ССО [8]. Анализ ответов на вопросы первого раздела основной части анкеты позволяет прийти к заключению о том, что врачи не придают должного значения стратификации риска ССО у пациентов с АГ и недооценивают значение этого этапа диагностики для правильного выбора антигипертензивной терапии.

Второй раздел основной части анкеты включал вопросы 7 и 15, которые были посвящены немедикаментозным мероприятиям по лечению АГ. Отвечая на эти вопросы, кардиологи и терапевты продемонстрировали несоответствие мнений о том, какая из рекомендаций по изменению образа жизни с наибольшим трудом выполняется пациентом с АГ, но эта разница не была статистически значимой. В то же время терапевты статистически значимо реже, чем кардиологи, расценивают немедикаментозные мероприятия как необходимый компонент лечения пациента с АГ вне зависимости от степени риска ССО.

Третий раздел был посвящен применению комбинаций антигипертензивных лекарственных средств. Распределение ответов на вопрос 8 показывает, что кардиологи склонны к более раннему началу комбинированной антигипертензивной терапии. Это соответствует современной тенденции изменения стратегии лечения больных АГ. Знания врачей о рациональных и нерациональных комбинациях антигипертензивных лекарственных препаратов выяснялись вопросами 9-11. Среди терапевтов лишь на один из этих вопросов (о комбинации ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II) доля правильных ответов превысила 50%. Вопрос 16, касающийся выбора оптимального подхода к лечению АГ при условии, если в антигипертензивной терапии нуждается сам врач, позволил выяснить, что 73,5% кардиологов предпочитают применение фиксированных комбинаций, в то время как среди терапевтов этот вариант лечения выбирают 44,6% респондентов. С одной стороны, эти данные могут расцениваться как свидетельство недо-

статочной уверенности терапевтов в эффективности и безопасности современных средств антигипертензивной терапии. С другой стороны, нельзя не отметить, что по данным опроса 2012 г. комбинированную терапию на начальном этапе лечения АГ всегда использовали лишь 4,8% и часто – 34,8% врачей поликлиник [7]. В целом ответы респондентов на вопросы третьего раздела основной части анкеты позволяют заключить, что кардиологи склонны проводить комбинированную антигипертензивную терапию чаще, чем терапевты, и предпочтительным считают использование фиксированных комбинаций антигипертензивных средств. Уровень знаний терапевтов о допустимых и запрещенных комбинациях антигипертензивных средств является низким. Демонстрируя более высокую степень осведомленности о современных принципах комбинированной антигипертензивной терапии, кардиологи все же не достигают того уровня знаний по этой проблеме, который можно считать приемлемым для врачей-специалистов.

К четвертому разделу основной части анкеты, который был посвящен выбору и достижению целевого уровня АД, относились вопросы 6, 13 и 14. Целевой уровень АД, соответствовавший рекомендациям, действовавшим на момент проведения опроса (140/90 мм рт.ст.), верно указали 87,7% кардиологов и 64,6% терапевтов. По данным И.В. Емельянова с соавт. в 2012 г. 100% врачей первичного звена правильно отмечали целевой уровень АД [7]. Вместе с тем наше исследование показало, что в настоящее время более 30% врачей рассматривают в качестве целевого более низкий уровень АД – 120/80 мм рт. ст. Эта позиция подтверждается ответами на вопрос 14, предлагавший врачам выбрать целевой уровень АД для самих себя. Доля кардиологов, склонных к более жесткому контролю АД, при ответе на вопрос 6 составила 8,6%, а при ответе на вопрос 14 – 30,3%. На основании этих данных можно сделать вывод о том, что значительная часть врачей считает целесообразным снижение целевого уровня АД, т.е. готова к выполнению рекомендаций Европейского общества кардиологов (2018 г.) [3].

Насколько эффективным является лечение больных с АГ, по мнению врачей, в реальной практике? Ответы на вопрос 13 показали – почти 60% терапевтов и

почти 50% кардиологов признают, что не достигают целевого уровня АД у половины пациентов. Эти результаты практически полностью совпадают с данными, полученными в 2012 г. [7], и позволяют считать результат лечения АГ неудовлетворительным. В сочетании с высокой степенью ориентированности врачей на достижение целевого уровня АД и готовностью принять более жесткие требования к его значению, а также широкими возможностями медикаментозной терапии, имеющимися в настоящее время, вероятно, причину недостаточной эффективности лечения следует искать в низкой приверженности пациентов к выполнению полученных рекомендаций.

Ограничения исследования

Применение метода анонимного анкетирования накладывает ограничения на трактовку полученных результатов, так как правдивость ответов обеспечивалась только анонимностью респондентов. В то же время этот метод остается единственным, позволяющим выяснить мнение большого количества представителей профессиональной группы по кругу специальных вопросов.

Заключение

Результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о необходимости активного повышения квалификации врачей в области ведения больных с повышенным АД. Актуальность этого направления повышается в связи с появлением новых Европейских (2018 г.) и Национальных (2019 г.) клинических рекомендаций по диагностике и лечению АГ. Особенно интенсивно работу по разъяснению положений новых рекомендаций необходимо проводить среди терапевтов и врачей общей практики, так как именно на их долю приходится ведение основной массы больных с АГ, а знания по проблеме у врачей этих специальностей недостаточности глубоки. Из аспектов, затронутых в ходе анкетирования, дополнительное внимание при проведении обучения следует уделить стратификации риска ССО у пациентов с АГ, применению комбинаций антигипертензивных средств и методам повышения приверженности пациентов антигипертензивной терапии.

References / Литература

1. Whelton P.K., Carey R.M., Aronow W.S., et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(19):2199-269. DOI:10.1016/j.jacc.2017.11.005.
2. Kibria G.M.A., Swasey K., Kc A., et al. Estimated Change in Prevalence of Hypertension in Nepal Following Application of the 2017 ACC/AHA Guideline. *JAMA Network Open.* 2018;1(3):e180606. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2018.0606.
3. Williams B., Mancia G., Spiering W. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021-104. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339.
4. Chazova I.E., Zhernakova J.V. et al. Clinical recommendations. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. *Systemic Hypertension.* 2019;16(1):6-31 (In Russ.) [Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. и др. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные Гипертензии. 2019;16(1):6-31].
5. Gershlick A.H. The Value of Guidelines in Everyday Clinical Practice. *Eur Heart J.* 2018;39(13):1046-8. DOI:10.1093/eurheartj/ehy103.
6. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2013;34(28):2159-219. DOI:10.1093/eurheartj/eht151.
7. Emel'yanov I.V., Protasov K.V., Dzizinskij A.A., Konradi A.O. Attitude of practitioners to achieve the target level of blood pressure and follow the recommendations for the treatment of hypertension. The problem of medical inertness. *Arterial Hypertension.* 2012;18(3);191-8 (In Russ.) [Емельянов И.В., Протасов К.В., Дзизинский А.А., Конради А.О. Отношение практических врачей к достижению целевого уровня артериального давления и следованию рекомендациям по лечению артериальной гипертонии. Проблема врачебной инертности. Артериальная Гипертензия. 2012;18(3);191-8].
8. Drozdova L.Y., Marcevic S.Y., Voronina, V.P. Evaluation of cardiovascular risk factors prevalence and efficacy of their correction in physicians. estimation of physicians' expertise in up-to-date clinical guidelines. results of the "Physician's Health and Education" study. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2011;7(2);137-44 (In Russ.) [Дроздова, Л. Ю., Марцевич, С. Ю., Воронина, В. П. Одновременная оценка распространенности и эффективности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей и их знания современных клинических рекомендаций. Результаты проекта «Здоровье и образование врача». Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2011;7(2);137-44]. DOI:10.20996/1819-6446-2011-7-2-137-144.

About the Authors:

Nikita B. Perepech – MD, PhD, Professor, Head of Clinical, Research and Education Center "Cardiology", Saint-Petersburg State University

Valeria D. Shurygina – MD, PhD, Senior Researcher, Clinical, Research and Education Center "Cardiology", Saint-Petersburg State University

Aleksey V. Tregubov – MD, Junior Researcher, Clinical, Research and Education Center "Cardiology", Saint-Petersburg State University

Сведения об авторах:

Перепеч Никита Борисович – д.м.н., профессор, руководитель научно-клинического и образовательного центра «Кардиология», СПбГУ

Шурыгина Валерия Дорофеевна – к.м.н., с.н.с., научно-клинический и образовательный центр «Кардиология», СПбГУ

Трегубов Алексей Викторович – м.н.с., научно-клинический и образовательный центр «Кардиология», СПбГУ