

СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО ДАННЫМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

С.Ю. Марцевич¹, Н.С. Оганисян¹, Н.А. Дмитриева¹, А.В. Климаков²

¹ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ и СР РФ, Москва

² Компания Dr. Reddy's Laboratories

Состояние диагностики и лечения артериальной гипертонии по данным опроса врачей Волгограда и Волгоградской области

С.Ю. Марцевич¹, Н.С. Оганисян¹, Н.А. Дмитриева¹, А.В. Климаков²

¹ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрави, Москва

² Компания Dr. Reddy's Laboratories

Цель исследования. Оценка качества диагностики и лечения больных с артериальной гипертонией (АГ) и их соответствие международным и национальным рекомендациям по АГ, определение соответствия полученных результатов опроса международным и национальным рекомендациям по АГ.

Материалы и методы. В 2004 г. был проведен опрос врачей г. Волгограда и Волгоградской области, участвовавших в областной конференции по проблемам АГ. В опросник было включено 13 вопросов об особенностях ведения больных АГ. В опросе участвовали 128 врачей, из них 90 терапевтов, 24 кардиолога и 14 врачей различных терапевтических специальностей.

Результаты. Выявлена вариабельность представления врачей о некоторых принципах диагностики и ведения больных АГ. Отмечено недостаточное знакомство с критериями разделения по категориям риска развития сердечно-сосудистых осложнений, определения степени АГ по уровню АД, а также с основными принципами лечения больных АГ. Из опрошенных врачей всего 25,2% правильно оценили степень риска сердечно-сосудистых заболеваний, 21% врачей неверно оценили степень АГ по значениям цифр АД.

Заключение. Учитывая полученные данные, можно предположить, что реальная практика диагностики и лечения АГ существенно отличается от международных и национальных рекомендаций по АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, опрос врачей, диагностика, сердечно-сосудистый риск.

РФК 2005; 2: 32-36.

The state of arterial hypertension diagnostics and treatment, according to the results of the poll among physicians of Volgograd and Volgograd region.

S.Y. Martsevich¹, N.S. Oganisyan¹, N.A. Dmitrieva¹, A.V. Klimakov²

¹ State Research Center for Preventive Medicine of Roszdrav, Moscow

² Company Dr. Reddy's Laboratories

Aim. Assessment and quality of diagnostics of treatment of patients with arterial hypertension (AH) and their conformity with international and national recommendations on AH.

Material and methods. The poll among physicians of Volgograd and Volgograd region, who took part in the regional conference, devoted to the problems of AH, was carried out in April 2004. The questionnaire included 13 questions about peculiarities of AH patients' management 128 physicians took part in the poll, from them 90 thetapeutists (general physicians), 24 cardiologists, and 14 physicians of different therapeutic specializations.

Results. Variability of conceptions of physicians on some principals of diagnostics and treatment of AH patients is revealed. Insufficient knowledge of criteria for division patients according to the risk category of cardiovascular complications. The same is observed for definition of AH grade according to the blood pressure level, and of the main approaches AH patients treatment. From all the questioned physicians only 25.2% correctly evaluated the risk level of cardiovascular diseases, 21% of physicians wrongly assessed the AH grade according to the blood pressure level.

Conclusion. Results, show that real practice of diagnostics and treatment of AH significantly deviates from international and national recommendations on AH.

Key words: arterial hypertension, poll of physician, diadnostics, cardio-vascular risk.

Rational Pharmacother. Cardiol. 2005; 2: 32-36.

Среди сердечно-сосудистых заболеваний наиболее часто встречающимся является артериальная гипертония (АГ).

По данным ГНИЦ ПМ, распространенность АГ в России в 1992-1999 гг. составляла 39,2% среди мужчин и 41,4% среди женщин [1]. АГ остается одной из самых актуальных проблем в России и в мире еще и потому, что оказывает большое влияние на структуру смертности и инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. Так, у пациентов с АГ общая смертность в 2-5 раз, а смертность от сердечно-сосу-

дистых заболеваний в 2-3 раза выше, чем у людей, не страдающих АГ [10].

В многочисленных контролируемых исследованиях доказано, что грамотное и последовательное лечение АГ способно не только снизить артериальное давление (АД), но и в значительной степени предотвратить развитие ее осложнений и увеличить продолжительность жизни больных [2-4].

На основании результатов этих исследований сформулированы многочисленные международные и национальные рекомендации по лечению

АГ, четко регламентирующие особенности диагностики и лечения АГ [5,6]. Проблема АГ заключается в том, что не все больные информированы о наличии у них заболевания, а среди тех кто информирован, далеко не все получают адекватную медикаментозную терапию. Главным критерием адекватности терапии АГ является достижение так называемых «целевых цифр» АД, которые по данным современных международных рекомендаций составляют менее 140/90 мм рт.ст.

Например, во Франции лечатся около 60% больных АГ, а эффективность лечения составляет 24% [7], в Канаде эффективно лечатся 22,7% женщин и 9,8% мужчин [8]. Доля лиц, контролирующая артериальное давление, в США составляет 34% [9]. В России только 37,1% мужчин знают о наличии у них артериальной гипертонии, около 21,6% лечатся и только 5,7% делают это эффективно. Среди женщин 58,9% знают о наличии у них артериальной гипертонии, а эффективно лечатся только 17,5% [1].

Если проблема выявления больных АГ является в большей степени социальной и зависит в основном от государственной политики, то вопросы качественного лечения больного с уже выявленной АГ являются проблемой чисто врачебной.

В ряде проведенных ранее исследований было показано, что практические врачи в стратегии и тактике лечения АГ недостаточно четко представляют себе конечные цели терапии АГ (максимальное снижение сердечно-сосудистых заболеваний и смертности) и далеко не всегда последовательно добиваются целевых цифр АД.

Одним из методов изучения состояния диагностики и лечения АГ является анкетирование врачей. Так, в результате анкетирования, проведенного сотрудниками отдела профилактической фармакологии ГНИЦ ПМ в 2004 г., выявлено, что даже среди больных АГ, длительно наблюдающихся в центре и регулярно получающих конкретные рекомендации по лечению, целевые цифры АД достигались лишь у 42%.

Известно, что во многом определяющим фактором в выявлении и подборе терапии артериальной гипертонии является амбулаторно-поликлиническое звено, поэтому изучение особенностей диагностики и ведения больных с артериальной гипертонией в этих условиях представляется крайне актуальным.

В 2004 г. был проведен опрос врачей Волгограда и Волгоградской области, участвовавших в областной конференции по проблемам АГ, по некоторым вопросам диагностики и лечения АГ.

Цель

Целью данного исследования являлось определение соответствия полученных результатов опроса

международным и национальным рекомендациям по АГ.

Материалы и методы

Опрос проводился с помощью специально разработанных опросников, включающих 13 вопросов об особенностях ведения больных АГ. В опросе участвовали 128 врачей, из них 90 терапевтов, 24 кардиолога и 14 врачей различных терапевтических специальностей. Анализировалась информированность врачей по вопросам о факторах риска развития АГ, риске развития сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертонией, целевых цифрах артериального давления, а также об основных принципах лечения артериальной гипертонии (приложение 1).

Результаты

В вопросе о факторах риска АГ 99,2% опрошенных врачей правильно определили основные факторы риска АГ: семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, высокий уровень холестерина, возраст (мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет), исключив из списка высокий уровень мочевой кислоты в плазме крови.

Степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений на примере больного с I-III степенью АГ, имеющего другие факторы риска, поражения органов-мишеней, с отсутствием ассоциированных заболеваний, только 25,2% врачей оценили правильно - как высокий, 66,1% опрошенных к высокому риску отнесли больного с I-III степенью АГ, имеющего другие факторы риска, ассоциированные заболевания и сахарный диабет, тогда как по международным и национальным рекомендациям по ведению больных АГ, здесь имеет место очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений (рис. 1). При АГ I степени и средней степени риска верную тактику ведения выбрали лишь 59%, а именно модификацию образа жизни в течение 3-6 мес, при неэффективности - медикаментозную терапию; 19,7% предпочли одновременно модификацию образа жизни и медикаментозную терапию. Мнения врачей в отношении определения степени АГ в зависимости от уровня АД разделились: 71% правильно определили уровень АД 170/90 мм рт.ст. как II степень АГ, 21% считают это изолированной систолической АГ. Верно указали целевые цифры АД у больных сахарным диабетом 91,3%, выбрав вариант ответа, где АД составляло менее 130/85 мм рт.ст. **Стеноз почечных артерий** как противопоказание к назначению ингибиторов АПФ правильно определили 80,3% опрошенных. Однако 16,5% считали возможным назначить ингибиторы АПФ во время беременности. В соответствии



Рис. 1. Способность врачей оценить степень риска у больных АГ.

с международными и российскими рекомендациями препаратами выбора для лечения АГ у пациентов с сахарным диабетом являются ингибиторы АПФ. Так же считают 77% врачей, выбравшие из предложенных в опроснике (индапамид, нифедипин, атенолол, эналаприл) – ингибитор АПФ эналаприл (энам), однако 10% врачей считают препаратом выбора у этой группы больных мочегонное индапамид. Обращает на себя внимание, что из опрошенных врачей знали свой уровень АД 99,2%, а уровень холестерина лишь 64%.

Обсуждение

В первую очередь необходимо отметить, что полученные в результате опроса данные нельзя назвать полностью репрезентативными, т.е. полностью отражающими состояние диагностики и лечения АГ в регионе. Это объясняется тем, что участие в подобных конференциях, как известно, принимают наиболее интересующиеся этой проблемой врачи, стремящиеся повысить свои знания. Следует также отметить, что использованная в данном опросе анкета охватывает далеко не все аспекты диагностики и лечения АГ. Тем не менее, полученные данные, с нашей точки зрения, вызывают несомненный интерес.

В первую очередь обращает внимание, что практические врачи до сих пор плохо ориентируются в

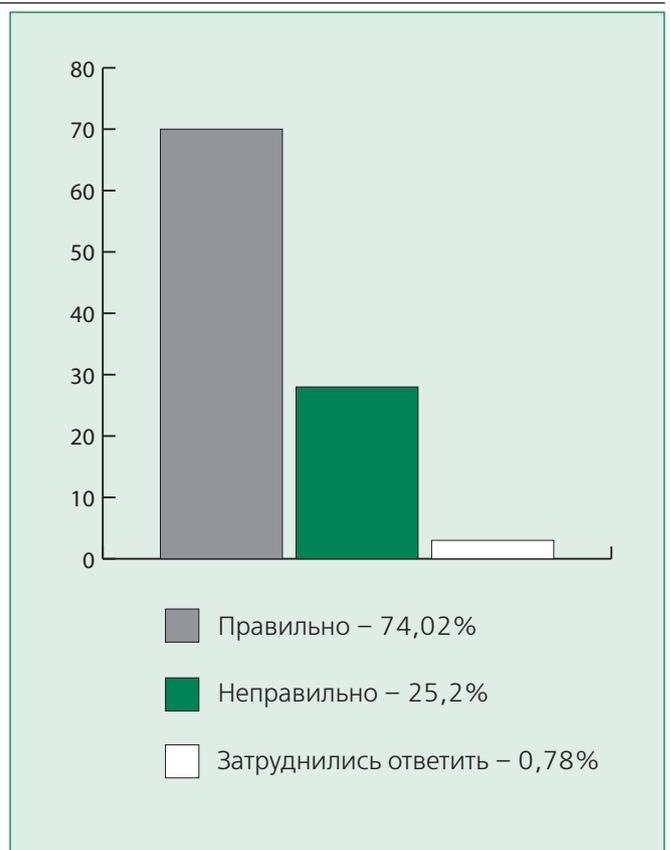


Рис. 2. Способность врачей правильно оценить степень тяжести АГ при фиксированном уровне АД 170/90 мм рт.ст.

степени риска АГ (несмотря на то, что знание риска является обязательным для установления диагноза, с таблицей, позволяющей оценить риск заболевания в рекомендациях по лечению АГ). Неверное определение степени риска АГ повлечет за собой и неверный выбор тактики лечения.

Поверхностный опрос выявил и явные дефекты знаний врачей в области клинической фармакологии. Очень настораживает факт, что 16,5% врачей считают возможным использовать иАПФ для лечения АГ у беременных. Как известно, наличие беременности является абсолютным противопоказанием к назначению иАПФ, их использование в такой ситуации может привести к тяжелым осложнениям в развитии плода.

Заключение

Оценка представлений врачей о некоторых принципах диагностики и ведения больных АГ свидетельствует об их вариабельности и прежде всего недостаточном знакомстве с критериями разделения по категориям риска развития сердечно-сосудистых осложнений, определения степени АГ по уровню АД, а

Приложение

К факторам риска развития ГБ относится все, кроме:

- А Семейного анамнеза ранних сердечно-сосудистых заболеваний
- Б Высокого уровня мочевой кислоты в плазме крови
- В Высокого уровня холестерина в плазме крови
- Г Возраста: для мужчин >55 лет, для женщин > 65 лет
- Д Курения

Риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больного ГБ расценивается как высокий, если имеется сочетание следующих признаков:

- А I-III степень АГ + другие факторы риска + ассоциированные заболевания + сахарный диабет
- Б I степень АГ + отсутствие факторов риска + отсутствие поражения органов-мишеней + отсутствие ассоциированных заболеваний
- В II-III степень АГ + отсутствие факторов риска + отсутствие поражения органов-мишеней + отсутствие ассоциированных заболеваний
- Г I-III степень АГ + 1 или более факторов риска + отсутствие поражения органов-мишеней + отсутствие ассоциированных заболеваний
- Д I-III степень АГ + другие факторы риска + поражения органов-мишеней + отсутствие ассоциированных заболеваний

Укажите принципы немедикаментозного лечения АГ. Какую тактику ведения больного надо выбрать при выявлении у него 1 степени АГ и средней степени риска?

- А Модификация образа жизни
- Б Медикаментозная терапия
- В Модификация образа жизни в течение 6-12 мес, при неэффективности – медикаментозная терапия
- Г Модификация образа жизни в течение 3-6 мес, при неэффективности – медикаментозная терапия
- Д Модификация образа жизни и медикаментозная терапия

К какому классу следует отнести уровень АД 170/90 мм рт.ст.?

- А Изолированная систолическая АГ
- Б Нормальное АД
- В Повышенное нормальное АД.
- Г I степень АГ
- Д II степень АГ

Какой уровень целевого АД установлен для больных АГ с сахарным диабетом?

- А 120/75
- Б 140/90
- В 130/80
- Г 150/85

К какой группе антигипертензивных средств относится препарат ЭНАМ

- А β-Адреноблокатор
- Б Центральные симпатолитики
- В иАПФ
- Г α-Адреноблокатор
- Д Антагонист кальция

К каким целям антигипертензивной терапии можно отнести стабильное поддержание АД на целевом уровне в сочетании с отсутствием прогрессирования поражения органов-мишеней и компенсацией имеющихся сердечно-сосудистых осложнений?

- А Краткосрочные
- Б Среднесрочные
- В Долгосрочные

иАПФ противопоказаны больным с:

- А ХСН
- Б ГБ II степени
- В Сахарным диабетом
- Г ХПН
- Д Стенозом почечных артерий

Какое положение неверно применительно к иАПФ?

- А Оказывают кардиопротективное действие
- Б Показаны больным сахарным диабетом
- В Оказывают нефропротективное действие
- Г Показаны для лечения АГ во время беременности
- Д Не нарушают пуриновый обмен

Какой из нижеперечисленных антигипертензивных препаратов наиболее показан больным ГБ в сочетании с сахарным диабетом?

- А Индапамид
- Б Нифедипин
- В Эналаприл
- Г Гидрохлортиазид
- Д Атенолол

Знаете ли Вы уровень Вашего АД?

- А Да
- Б Нет

Знаете ли Вы свой уровень холестерина?

- А Да
- Б Нет

также с основными принципами лечения больных АГ.

Учитывая полученные данные, можно предположить, что реальная практика диагностики и лечения артериальной гипертензии существенно отличается от

международных и национальных рекомендаций по АГ, что, возможно, связано как с недостаточными теоретическими знаниями врачей, так и с определенными трудностями практического здравоохранения.

Литература

1. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль. Профилактика заболевания и укрепление здоровья 2001; 4(2): 3-7.
2. ABCD Trial (Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes). a. Online J Curr Clin Trials 1993 (doc?3 104).
3. HDFP (Hypertension Detection and Follow – up Program), JAMA 1979; 242: 2562-2571.
4. STOP – Hypertension (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension), a. Cardiovasc Drug Ther 1990; 4: 1253-1256
5. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Всероссийское научное общество кардиологов, 2004 г.
6. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов, 2003г. Артериальная гипертензия 2004; 10 (2): 65-97.
7. Chamontin B, Mallion JM, Lang T, et al. Prevalence treatment, control of hypertension in General practice in France. Can J Cardiol 1997; 13 (Suppl B): 1267.
8. Guibert R, Franco ED. Choosing a definition of hypertension: impact on epidemiological estimates. J Hypertens 1996; 14 (11): 1275-80.
9. The seventh report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC J Report. JAMA 2003; 289 (19): 2560-72.
10. MRFIT: Risk factor (Multiple risk factor intervention trail research group). JAMA 1982; 248: 1465-1477.