

Этиопатогенез, диагностика и подходы к лечению артериальной гипертензии: оценка базовых знаний врачей терапевтического профиля. Финальные результаты проекта PHUSTARH

Р.А. Бонцевич^{✉1}, Я.Р. Вовк¹, А.А. Гаврилова¹, А.А. Кириченко², Е.Ю. Эбзеева², Е.Д. Космачева^{3,4}, О.Г. Компаниец³, Г.Г. Прозорова⁵, В.А. Невзорова⁶, И.М. Мартыненко⁶, В.О. Барышева⁷, Г.Г. Кетова⁸, М.Л. Максимов⁹, О.А. Осипова¹

¹ФГАУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия;

⁴ФБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия;

⁵ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия;

⁶ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия;

⁷ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия;

⁸ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия;

⁹Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия

Аннотация

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) – синдром, сопровождающийся повышением систолического артериального давления (АД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. Это быстропрогрессирующая патология, поражающая взрослое трудоспособное население и приводящая к развитию смертельно опасных осложнений. **Цель.** Сравнение уровня знаний врачей в разных центрах России по вопросам определения, диагностики и лечения АГ.

Материалы и методы. В рамках многоцентрового исследования PHUSTARH (полное название проекта Physicians' and undergraduates' knowledge in arterial hypertension treatment), начатого в 2017 г., было проведено исследование при помощи метода анонимного анкетирования среди 425 врачей из 9 городов/регионов России (Белгородская область, Москва, Краснодарский край, Республика Адыгея, Воронеж, Приморский край, Татарстан, Липецк, Челябинск).

Результаты. Менее 1/2 респондентов правильно ответили на следующие вопросы: определение гипертензии по уровню «домашнего» мониторинга АД (36% врачей), определение степени АГ для значения АД 140/110 мм рт. ст. (37% врачей), определение и распространенность «резистентной к лечению» АГ (33% врачей), определение «маскированной» гипертензии (45% врачей), необходимость медикаментозной коррекции высокого нормального АД (9% врачей), выбор основных классов антигипертензивных препаратов без учета клинических ситуаций (26% врачей).

Заключение. Знания врачей по вопросам АГ, несмотря на распространенность патологии и наличие клинических рекомендаций, являются недостаточно удовлетворительными, что, на наш взгляд, обосновывает необходимость углубленного изучения данной темы и введения дополнительных общедоступных образовательных программ для врачей разных регионов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, уровни знаний врачей, анкетирование

Для цитирования: Бонцевич Р.А., Вовк Я.Р., Гаврилова А.А., Кириченко А.А., Эбзеева Е.Ю., Космачева Е.Д., Компаниец О.Г., Прозорова Г.Г., Невзорова В.А., Мартыненко И.М., Барышева В.О., Кетова Г.Г., Максимов М.Л., Осипова О.А. Этиопатогенез, диагностика и подходы к лечению артериальной гипертензии: оценка базовых знаний врачей терапевтического профиля. Финальные результаты проекта PHUSTARH. Системные гипертензии. 2021; 18 (1): 25–30. DOI: 10.26442/2075082X.2021.1.200346

Информация об авторах / Information about the authors

✉ Бонцевич Роман Александрович – канд. мед. наук, доц., врач-терапевт, пульмонолог, клинический фармаколог, доц. каф. фармакологии и клинической фармакологии НИУ БелГУ. E-mail: dr.bontsevich@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9328-3905

Вовк Яна Руслановна – врач-терапевт, аспирант каф. фармакологии и клинической фармакологии НИУ БелГУ. ORCID: 0000-0002-7741-9745

Гаврилова Анна Андреевна – врач-терапевт, аспирант каф. фармакологии и клинической фармакологии НИУ БелГУ. ORCID: 0000-0002-4335-5165

Кириченко Андрей Аполлонович – д-р мед. наук, проф. каф. терапии и полиморбидной патологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. ORCID: 0000-0001-8364-7472

Эбзеева Елизавета Юрьевна – канд. мед. наук, доц. каф. терапии и полиморбидной патологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. ORCID: 0000-0001-6573-4169

Космачева Елена Дмитриевна – д-р мед. наук, глав. кардиолог Краснодарского края, зав. каф. терапии №1 ФГБОУ ВО КубГМУ, зам. глав. врача по медицинской части ФБУЗ НИИ-ККБ №1. ORCID: 0000-0001-8600-0199

Компаниец Ольга Геннадьевна – канд. мед. наук, доц. каф. терапии №1 ФГБОУ ВО КубГМУ. ORCID: 0000-0001-9449-9241

Прозорова Галина Гаральдовна – д-р мед. наук, проф. каф. терапевтических дисциплин Института дополнительного образования ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». ORCID: 0000-0001-8675-1590

✉ Roman A. Bontsevich – Cand. Sci. (Med.), Belgorod State National Research University. E-mail: dr.bontsevich@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9328-3905

Yana R. Vovk – therapist, Belgorod State National Research University. ORCID: 0000-0002-7741-9745

Anna A. Gavrilova – therapist, Belgorod State National Research University. ORCID: 0000-0002-4335-5165

Andrey A. Kirichenko – D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. ORCID: 0000-0001-8364-7472

Elizaveta Yu. Ezbzeeva – Cand. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. ORCID: 0000-0001-6573-4169

Elena D. Kosmacheva – D. Sci. (Med.), Kuban State Medical University, Ochapovsky Research Institute – Regional Clinical Hospital №1. ORCID: 0000-0001-8600-0199

Olga G. Kompaniets – Cand. Sci. (Med.), Kuban State Medical University. ORCID: 0000-0001-9449-9241

Galina G. Prozorova – D. Sci. (Med.), Prof., Burdenko Voronezh State Medical University. ORCID: 0000-0001-8675-1590

ORIGINAL ARTICLE

Etiopathogenesis, diagnosis, and approaches to the treatment of arterial hypertension: an assessment of the physicians' basic knowledge. Final results of the PHYSTARH project

Roman A. Bontsevich^{✉1}, Yana R. Vovk¹, Anna A. Gavrilova¹, Andrey A. Kirichenko², Elizaveta Yu. Ebzeeva², Elena D. Kosmacheva^{3,4}, Olga G. Kompaniets³, Galina G. Prozorova⁵, Vera A. Nevzorova⁶, Irina M. Martynenko⁶, Valeriya O. Barysheva⁷, Galina G. Ketova⁸, Maxim L. Maksimov⁹, Olga A. Osipova¹

¹Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia;

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

³Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia;

⁴Ochapovsky Research Institute – Regional Clinical Hospital №1, Krasnodar, Russia;

⁵Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia;

⁶Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia;

⁷Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia;

⁸South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia;

⁹Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Kazan, Russia

For citation: Bontsevich RA, Vovk YaR, Gavrilova AA, Kirichenko AA, Ebzeeva EYu, Kosmacheva ED, Kompaniets OG, Prozorova GG, Nevzorova VA, Martynenko IM, Barysheva VO, Ketova GG, Maksimov ML, Osipova OA. Etiopathogenesis, diagnosis, and approaches to the treatment of arterial hypertension: an assessment of the physicians' basic knowledge. Final results of the PHYSTARH project. *Systemic Hypertension*. 2021; 18 (1): 25–30.

DOI: 10.26442/2075082X.2021.1.200346

Abstract

Introduction. Arterial hypertension (AH) is a syndrome accompanied by an increase in systolic blood pressure (BP) ≥ 140 mmHg and/or diastolic BP ≥ 90 mmHg. It is a progressive pathology that affects the adult employable population and leads to the development of deadly complications.

Aim. To compare the level of physicians' knowledge in AH's definition, diagnosis and treatment in different centers of Russia.

Materials and methods. In the framework of the multicenter study PHYSTARH (the full name of the project "Physicians' and undergraduates' knowledge in arterial hypertension treatment"), which was launched in 2017, an anonymous survey was conducted among 425 doctors from 9 cities/regions of Russia (Belgorod Region, Moscow, Krasnodar Territory, the Republic of Adygea, Voronezh, Primorye Territory, Tatarstan, Lipetsk, Chelyabinsk).

Results. The study revealed an insufficient level of doctors' knowledge in diagnosis and treatment of AH. Less than half of the respondents correctly answered the following questions: determining hypertension by the level of "home" monitoring of BP (36% of physicians), determining the degree of hypertension for the proposed numerical values (37% of physicians), definition and prevalence of the "refractory" hypertension (33% of physicians), definition of the "masked" hypertension (45% of physicians), the need for drug correction of high normal BP (9% of physicians), selection of the main classes of antihypertensive drugs without clinical situations (26% of physicians).

Conclusion. The physicians' knowledge on AH is unsatisfactory, despite the prevalence of pathology and the availability of clinical guidelines, which, in our view, justifies the need for additional public education programs for doctors in different regions.

Keywords: arterial hypertension, arterial hypertension treatment, level of physicians' knowledge, education programs for doctors, anonymous survey

Введение

Артериальная гипертония (АГ) – синдром стойкого повышения артериального давления – АД (систолическое АД – САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД – ДАД ≥ 90 мм рт. ст.). Это быстро прогрессирующая патология, поражающая с каждым годом все больший процент взрослого трудоспособного населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2014 г. распространенность гипертонии в мире составила 29,2% среди мужской части населения и 24,8% – среди женской [1]. Распространенность данного заболевания среди населения России составила 44% [2]. АГ с каждым годом имеет все большую тенденцию к «омоложению». По данным современных исследований, синдром АГ диагностируется у лиц в возрасте от 18 до 30 лет с частотой встречаемости от 3,4 до 40,7% [3, 4]. Ежегодно от данного заболевания умирают 7,1 млн человек [5].

Одной из причин такой катастрофически высокой смертности являются быстрое прогрессирование заболевания при

несвоевременном его выявлении, а также неправильно подобранное лечение и появление смертельно опасных осложнений со стороны органов-мишеней (цереброваскулярных, сердечно-сосудистых и почечных) [5–7].

Для снижения темпов прогрессирования гипертонии, а также улучшения качества жизни пациентов необходимы качественные знания врачей в вопросах современной диагностики и лечения данной патологии, согласно актуальным клиническим рекомендациям [8–10].

Цель исследования – оценить уровень знаний врачей терапевтического профиля в разных территориальных центрах России в вопросах определения, диагностики и лечения АГ.

Материалы и методы

В рамках многоцентрового исследования PHYSTARH (полное название проекта – Physicians' and undergraduates' knowledge in arterial hypertension treatment) в 2017–2019 гг. было проведено анонимное анкетирование врачей терапев-

Невзорова Вера Афанасьевна – д-р мед. наук, проф., дир. Института терапии и инструментальной диагностики ФГБОУ ВО ТГМУ. ORCID: 0000-0002-0117-0349

Мартыненко Ирина Михайловна – канд. мед. наук, доц. Института терапии и инструментальной диагностики ФГБОУ ВО ТГМУ. ORCID: 0000-0002-5181-0279

Барышева Валерия Олеговна – канд. мед. наук, врач – клин. фармаколог, ФГБУ «НМИЦ эндокринологии». ORCID: 0000-0001-7762-7854

Кетова Галина Григорьевна – д-р мед. наук, проф. каф. поликлинической терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ЮГМУ. ORCID: 0000-0002-4678-6841

Мaksimov Максим Леонидович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинической фармакологии и фармакотерапии КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО. ORCID: 0000-0002-8979-8084

Осипова Ольга Александровна – д-р мед. наук, каф. госпитальной терапии Медицинского института НИУ БелГУ. ORCID: 0000-0002-7321-6529

Vera A. Nevzorova – D. Sci. (Med.), Prof., Pacific State Medical University. ORCID: 0000-0002-0117-0349

Irina M. Martynenko – Cand. Sci. (Med.), Pacific State Medical University. ORCID: 0000-0002-5181-0279

Valeriya O. Barysheva – Cand. Sci. (Med.), Endocrinology Research Centre, Moscow. ORCID: 0000-0001-7762-7854

Galina G. Ketova – D. Sci. (Med.), Prof., South Ural State Medical University. ORCID: 0000-0002-4678-6841

Maxim L. Maksimov – D. Sci. (Med.), Prof., Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. ORCID: 0000-0002-8979-8084

Olga A. Osipova – D. Sci. (Med.), Belgorod State National Research University. ORCID: 0000-0002-7321-6529

тического профиля из 9 городов/регионов России: Белгородской области, Москвы, объединенного центра Краснодарский край – Республика Адыгея (общий центр в связи с небольшим абсолютным числом респондентов в каждом из городов; уровень различий между центрами статистически незначимый, $p > 0,05$), Воронежа, Приморского края, объединенного центра Татарстан–Липецк–Челябинск (общий центр в связи с небольшим абсолютным числом респондентов в каждом из городов; уровень различий между центрами статистически незначимый, $p > 0,05$).

В ходе исследования применялся метод анонимного анкетирования, для которого была разработана оригинальная анкета из 21 вопроса, основанная на клинических рекомендациях Европейского кардиологического общества 2013 г. [11]. Врачам было предложено указать специальность, категорию, возраст, стаж работы, а также является ли для них прохождение данной анкеты первичным или повторным. Фамилию и имя респонденты не указывали для получения более независимых результатов без влияния фактора возможной оценки. В данной работе проанализированы ответы на первые 12 вопросов, они представлены ниже без вариантов ответов (во всех вопросах только один правильный ответ):

1. Определить значение АД для диагностирования синдрома АГ (4 варианта ответов).
2. Дать числовую характеристику АГ по значению домашнего (самостоятельного) мониторинга АД (4 варианта ответов).
3. Указать степень АД согласно современной классификации в следующих вариантах – 190/120, 155/105, 160/80, 140/110.
4. Указать процент встречаемости резистентной АГ (4 варианта ответов).
5. Указать процент встречаемости АГ «белого халата» (4 варианта ответов).
6. Выбрать определение понятию «резистентная к лечению АГ» (3 варианта ответов).
7. Выбрать состояние, относящееся к терминам «изолированная гипертония белого халата», или «изолированная офисная АГ», или «изолированная клиническая АГ» (3 варианта ответов).
8. Выбрать определение понятию «маскированная» или «изолированная амбулаторная гипертония» (3 варианта ответов).
9. Определить оптимальные препараты для длительной антигипертензивной терапии – АГТ (5 вариантов ответа).
10. Указать условие для выбора монотерапии в качестве стартовой стратегии (5 вариантов ответа).
11. Определить случаи, в которых требуется медикаментозная коррекция высокого нормального АД (4 варианта ответов).
12. Выбрать оптимальный класс препаратов для начальной АГТ без учета специфических клинических ситуаций и ограничений (5 вариантов ответа).

За каждый правильный ответ респондентам начислялся 1 балл, за неправильный – 0 баллов, при неполном ответе или частично верном респонденты получали от 0,25 до 0,75. При пропуске вопроса с обязательным «написательным» ответом респондент также получал 0 баллов.

Все результаты вносились и анализировались при помощи прикладных программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 26.

Анализ на нормальность распределения проведен с помощью критерия Шапиро–Уилка. Качественные переменные обрабатывались с помощью многопольных таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 Пирсона с применением точного критерия Фишера. Значимость различий фиксировалась при уровне двустороннего $p < 0,05$ с учетом поправки Бенджамини–Хохберга для множественных сравнений. Для оценки силы связи между категориальными

признаками был использован критерий V Крамера (интерпретация значений согласно рекомендациям Rea и Parker).

Следует отметить, что данная методика оценки знаний является относительной, она создана для настоящего исследования и не может полноценно отразить реальный уровень знаний респондентов в отдельных центрах. В связи этим исходя из этических соображений центры в данной статье обозначены и обозначены как «центр 1», «центр 2» и т.д.

Результаты

В анкетировании участвовали 425 врачей терапевтического профиля из 9 городов/регионов России (34% из Белгородской области, 21% из Москвы, 19% из объединенного центра Краснодарский край – Республика Адыгея, 11% из Воронежа, 7% из Приморского края, 8% из объединенного центра Татарстан–Липецк–Челябинск).

Средний уровень верных ответов по первой части анкеты составил 55,3% (от 47 до 59% в разных центрах, $p < 0,01$). Уровень правильных ответов по анализируемым вопросам варьирует от 9 до 89% среди всех респондентов и от 3 до 100% в разных центрах. Минимальный уровень правильных ответов наблюдался в следующих вопросах: вопрос №2 (числовая характеристика АГ по значению самостоятельного мониторинга АД) – 36% верных ответов (от 11 до 55% в разных центрах, $p < 0,01$), вопрос №3 (определить степень АГ при АД 140/110) – 37% врачей (от 24 до 44% в разных центрах, $p > 0,05$), вопрос №6 (определение «резистентной к лечению АГ») – 34% (от 15 до 42% в разных центрах, $p < 0,01$), вопрос №11 (необходимость медикаментозной коррекции высокого нормального АД) – 9% (от 3 до 18% в разных центрах, $p < 0,05$), вопрос №12 (оптимальный класс препаратов для АГТ без учета клинических ситуаций) – 26% (от 2 до 39%, $p < 0,01$).

Максимальный уровень правильных ответов был отмечен в следующих вопросах: вопрос №1 (определение АГ) – 83% (от 81 до 89% в разных центрах, $p > 0,05$), вопрос №3 (степень АГ при АД 190/100) – 89% (от 78 до 100% в разных центрах, $p < 0,01$), вопрос №9 (оптимальные препараты для длительной АГТ) – 85% (от 65 до 97% в разных центрах, $p < 0,05$).

На рис. 1 приведены уровни верных ответов респондентов на все вопросы анкеты.

Обсуждение

Первый вопрос анкеты был посвящен определению понятия АГ. Согласно российским клиническим рекомендациям 2013 и 2019 г. [11, 12], это синдром, который диагностируется в покое у пациента, не получающего гипотензивную терапию, при уровне САД и/или ДАД, достигающего или превышающего значения 140 и 90 мм рт. ст. На этот вопрос правильно ответили 83% врачей (от 81 до 89% в разных центрах, $p > 0,05$).

Во втором вопросе респондентам необходимо было указать, при каком АД, в случае его домашнего мониторинга, диагностируется АГ. Правильно ответили на вопрос, указав, что АГ при самостоятельном мониторинге диагностируется при АД ≥ 135 и 85 мм рт. ст., 36% врачей (от 11 до 55% в разных центрах, $p < 0,01$, $V = 0,361$).

Далее респондентам было предложено указать степень гипертонии согласно современной классификации к предложенным вариантам уровней АД: 190/120, 155/105, 160/80 и 140/110 мм рт. ст. соответственно [11, 12]. В итоге 89% врачей (от 78 до 100% в разных центрах, $p < 0,01$) правильно «присвоили значению» 190/120 мм рт. ст. 3-ю степень гипертонии, 73% врачей (от 65 до 80% в разных центрах, $p > 0,05$) верно определили 2-ю степень для значения 155/105 мм рт. ст., 76% респондентов (от 62 до 98% в раз-

Рис. 1. Уровни полученных верных ответов на вопросы анкеты с учетом среднего, минимального и максимального значений в разных центрах (%)

Fig. 1. Levels of received correct answers to the questionnaire, considering the average, minimum and maximum values in different centers (%).

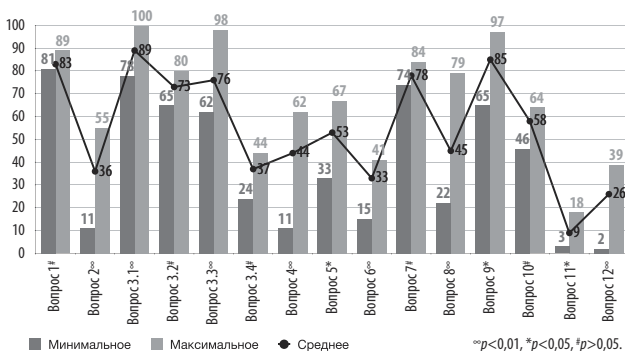
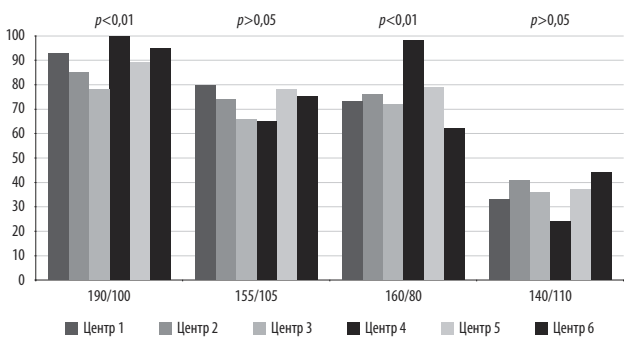


Рис. 2. Распределение правильных ответов врачей среди центров на вопрос о классификации АГ (%)

Fig. 2. Distribution of doctors' correct answers to the question about the classification of hypertension by centers (%).



ных центрах, $p < 0,01$) верно указали 2-ю степень для значения 160/80 и только 37% врачей (от 24 до 44% в разных центрах, $p > 0,05$) справились с заданием, определив 3-ю степень для значения 140/110 мм рт. ст. (рис. 2). Низкий уровень ответов в определении степени АГ при АД 140/110 мм рт. ст., возможно, связан с акцентированием внимания респондентов на уровне САД, при том что степень гипертензии определяется по наибольшему показателю САД или ДАД.

Следующие два вопроса были посвящены понятию «резистентная к лечению АГ» и ее распространенности среди населения. Данная патология диагностируется, если при изменении образа жизни, а также при приеме комбинации из трех антигипертензивных препаратов (включая диуретик) в индивидуально оптимальных дозах не удается достичь целевого уровня АД. Ее распространенность среди всего населения не достигает 10% [11, 13, 14]. Знакомы с корректным определением понятия «резистентная к лечению АГ» 33% врачей (от 15 до 41% в разных центрах, $p < 0,01$, $V = 0,264$); остальные 66% респондентов не указали, что целевой уровень снижения АД должен быть <140 и 90 мм рт. ст., при том что одним из трех применяемых препаратов обязательно должен быть диуретик. Верно знают процент распространенности данной патологии среди населения 44% врачей (от 11 до 62% в разных центрах, $p < 0,01$, $V = 0,258$), большая же часть респондентов (54%) считают, что «резистентная» АГ встречается чаще.

Термин «изолированная гипертония белого халата» является в случаях, когда при повторных посещениях ле-

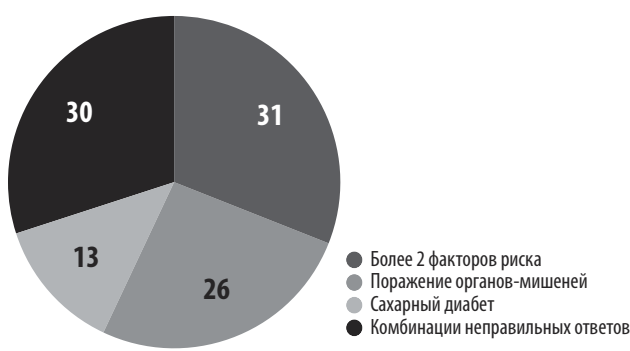
Рис. 3. Распределение неправильных ответов на вопрос о выборе монотерапии в качестве стартовой стратегии лечения АГ (%)

Fig. 3. Distribution of incorrect answers to the question about the choice of monotherapy as an initial strategy for the treatment of hypertension (%).



Рис. 4. Распределение неправильных ответов на вопрос о показаниях к медикаментозной коррекции при высоком нормальном АД (%)

Fig. 4. Distribution of incorrect answers to the question about indications for pharmacological correction at high normal blood pressure (%).



чебного учреждения АД выявляется повышенным, а вне его – нормальным. Частота встречаемости данной патологии не превышает 13% [11, 15, 16]. Правильно ответили на вопрос об определении понятия «изолированная гипертония белого халата» 78% врачей (от 74 до 84% в разных центрах, $p > 0,05$), на вопрос о распространенности этой патологии – 53% врачей (от 33 до 67% в разных центрах, $p < 0,05$), а 47% врачей считают, что данная патология встречается чаще.

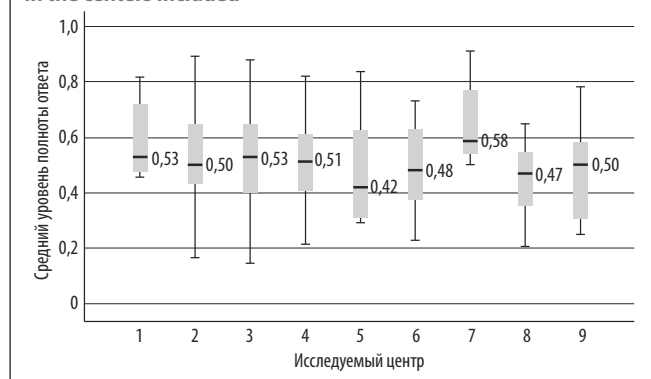
«Маскированная» гипертония (синонимы – «амбулаторная» и «клиническая» гипертония) – состояние, при котором уровень АД при измерении в медицинском учреждении нормальный (<140/90 мм рт. ст.), но патологически повышен при самостоятельном измерении АД вне лечебного учреждения [16, 17]. Правильно ответили на вопрос, посвященный определению данного понятия, 45% врачей (от 22 до 79% в разных центрах, $p < 0,05$). Остальные 55% врачей считают, что это состояние диагностируется, когда АД при первом или повторном посещении может быть повышенным в лечебном учреждении, а вне его – нормальным.

Пациенты с АГ требуют длительной АГТ с использованием препаратов пролонгированного действия, обеспечивающих 24-часовой контроль АД после однократного приема. Об этом осведомлены 85% врачей (от 65 до 97% в разных центрах, $p < 0,05$, $V = 0,184$).

Монотерапия в качестве стартовой стратегии показана лицам с небольшим повышением АД и низким или средним

Рис. 5. Средние уровни полноты ответов врачей среди респондентов в исследуемых центрах на вопросы первой части анкеты.

Fig. 5. Average levels of completeness of doctors' answers to the first part of questionnaire among respondents in the centers included



риском сердечно-сосудистых осложнений [17, 18]. Правильно определили показания к монотерапии АГ 58% врачей (от 46 до 64% врачей, $p > 0,05$); рис. 3.

Однако, согласно актуальным российским клиническим рекомендациям 2019 г. [12], концепция в выборе монотерапии как стартовой терапии АГ изменена. Так, лечение одним антигипертензивным препаратом показано лицам с небольшим повышением АД и низким риском, пациентам в возрасте 80 лет и старше, пациентам с синдромом старческой астении (синоним – синдром «хрупкости»), а также при лечении АГ у беременных [18].

Следующий вопрос был посвящен необходимости медикаментозной коррекции высокого нормального АД. Согласно рекомендациям 2013 г. высокое нормальное АД не требовало медикаментозного лечения. Корректный ответ дали всего 9% врачей (от 3 до 18% в разных центрах, $p < 0,05$, $V = 0,227$). Распределение неправильных ответов показано на рис. 4.

Отмечаем, что в соответствии с европейскими рекомендациями 2018 г. и российскими 2019 г. [12, 18] медикаментоз-

ная коррекция высокого нормального АД показана при его сочетании с сердечно-сосудистым заболеванием, например ишемической болезнью сердца [17].

Для лечения гипертонии применяется 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты кальция, β -адреноблокаторы, диуретики, блокаторы рецепторов ангиотензина II [19–22]. Для начальной терапии, без учета специфических клинических ситуаций и ограничений, подходит любой класс препаратов. На данный вопрос верно ответили 26% врачей (от 2 до 39%, $p < 0,01$, $V = 0,256$). Остальные 74% респондентов выделили только один из этих классов препаратов.

На рис. 5 приведен средний уровень полноты ответов респондентов среди разных центров на вопросы первой части анкеты.

Выводы

1. В результате исследования был выявлен недостаточный уровень знаний врачей терапевтического профиля в вопросах классификации, диагностики разных видов гипертонии, а также лечения.

2. Более высокий уровень знаний был получен при анализе вопросов, посвященных определению синдрома АГ и выбору оптимального класса гипотензивных препаратов для длительной АГТ.

3. Худшие результаты знаний были выявлены при ответе на вопросы об определении АГ по значению домашнего мониторинга, определении понятия резистентной АГ, необходимости медикаментозной коррекции высокого нормального АД, выборе оптимального класса препаратов для стартовой терапии АГ без учета клинических ситуаций.

4. Проведенное нами исследование показало необходимость проведения дополнительных образовательных программ с целью улучшения качества знаний врачей по вопросам АГ.

Конфликт интересов

У авторов нет заявленных конфликтов интересов. Исследование проводилось без участия спонсоров. По результатам исследования получено свидетельство о государственной регистрации базы данных*.

Литература/References

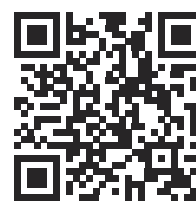
- Maroszynska-Dmoch EM, Wozakowska-Kaplon B. Coronary artery disease in young adults: clinical and angiographic characterization. A single center study. *Polish Heart J* 2015; p. 1–17. DOI: 10.5603/kp.a2015.0178
- Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией. *Кардиология*. 2014; 54 (10): 4–12 [Chazova IE, Zhernakova YuV, Oshchepkova YeV. Prevalence of cardiovascular risk factors in Russian population of patients with arterial hypertension. *Kardiologiya*. 2014; 54 (10): 4–12 (in Russian)].
- Sundstrom J, Neovius M, Tynelius P, et al. Association of blood pressure in late adolescence with subsequent mortality: cohort study of Swedish male conscripts. *BMJ* 2011; 342: d643. DOI: 10.1136/bmj.d643
- Reddy VS, Jacob GP, Ballala K, et al. A study on the prevalence of hypertension among young adults in a coastal district of Karnataka, South India. *Int J Healthcare Biomed Res* 2015; 3 (3): 32–9.
- Задюченко В.С., Шехян Г.Г., Тимофеева Н.Ю. Особенности комбинированной антигипертензивной терапии в современном лечении артериальной гипертонии. *Рус. мед. журн.* 2011; 19 (26): 1630–9 [Zadionchenko VS, Shekhyan GG, Timofeyeva NYU. Features of combined antihypertensive therapy in the modern treatment of arterial hypertension. *Rus. med. zhurn.* 2011; 19 (26): 1630–9 (in Russian)].
- Kontsevaya AV, Bates K, Goryachkin EA, et al. Hospital Stage of Myocardial Infarction Treatment in 13 Regions of Russian Federation by Results of the International Research. *Rational Pharmacoth Cardiol* 2018; 14 (4): 474–87. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-4-474-487
- Danilenko LM, Klochkova GN, Kizilova IV, Pokrovskii MV. Metabolic cardioprotection: new concepts in implementation of cardioprotective effects of meldonin. *Res Results Pharmacol* 2016; 2 (3): 95–100. DOI: 10.18413/2500-235x-2016-2-3-95-100
- Bontsevich R, Chernykh A, Leonova A, et al. Physicians' and undergraduates' knowledge of drugs contraindicated for AH treatment. *Eur J Clin Pharmacol* 2019; 75 (Suppl. 1): S28 (EACPT-1241). The Abstracts: 14th Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT). 29 June – 2 July 2019, Stockholm, Sweden. DOI: 10.1007/s00228-019-02685-2
- Leonova A, Bontsevich R, Chernykh A, et al. Assessment of physicians' and senior medical students' knowledge of antihypertensive drugs contraindications in COPD patients treatment. *Eur J Clin Pharmacol* 2019; 75 (Suppl. 1): S28 (EACPT-1263). The Abstracts: 14th Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT). 29 June – 2 July 2019, Stockholm, Sweden. DOI: 10.1007/s00228-019-02685-2
- Bontsevich RA, Vovk YR, Gavrilova AA, et al. Physicians' and senior medical students' knowledge of drugs contraindicated for arterial hypertension treatment according to the PHYSTARH study. *Sys Rev Pharm* 2020; 11 (6): 26–30. DOI: 10.31838/srp.2020.6.06
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Task Force Members, 2013. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*; 31 (7): 1281–357. DOI: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc. PMID: 23817082.
- Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертонии. 2019; 16 (1): 6–31 [Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Systemic Hypertension. 2019; 16 (1): 6–31 (in Russian)]. DOI: 10.26442/2075082X.2019.1.190179
- Бритов А.Н., Быстрова М.М. Резистентная артериальная гипертония: современные подходы к диагностике и лечению. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2010; 2 [Britov AN, Bystrva MM. Refractory hypertension – modern approaches to diagnostics and treatment. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2010; 2 (in Russian)]. DOI: 10.20996/1819-6446-2010-6-2-206-211
- Цибилькин Н.А. Резистентная гипертония: от синдрома к диагнозу. *Практическая медицина*. 2013; 3 [Tsibulkin NA. Resistant hypertension: from syndrome to diagnosis. *Prakticheskaya meditsina*. 2013; 3 (in Russian)].

*Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2020620700 Российская Федерация. Артериальная гипертония: определение, классификация, диагностика и лечение – уровень знаний врачей. Бонцевич Р.А., Вовк Я.Р., Гаврилова А.А.; правообладатель ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». №2020620700 заявл. 15.04.2020; зарегистр. 21.04.2020.

15. Горбунов В.М., Смирнова М.И. Современные проблемы оценки эффективности антигипертензивной терапии: скрытая неэффективность лечения и «гипертония белого халата». Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009; 3 [Gorbunov VM, Smirnova MI. Contemporary problems of evaluation of hypertension treatment efficacy: masked hypertension and white coat hypertension. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2009; 3 (in Russian)]. DOI: 10.20996/1819-6446-2009-5-3-76-82
16. Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д. Амбулаторные методы регистрации артериального давления в клинической практике. Евразийский кардиологический журнал. 2015; 3 [Kobalava ZhD, Kotovskaya YuV. Ambulatory methods of blood pressure measurement in clinical practice. Eurasian Cardiology Journal. 2015; 3 (in Russian)].
17. Лямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П. Маскированная артериальная гипертензия у лиц молодого возраста: выявляемость, выраженность кардиоваскулярных факторов риска и прогноз с учетом гендерных различий. Рос. кардиол. журн. 2017; 4 [Lyamina NP, Nalivaeva AV, Senchikhin VN, Lipchanskaya TP. Masked hypertension in young persons: prevalence, significance of cardiovascular risk factors and prognosis by gender differences. Russian Journal of Cardiology. 2017; 4: 7–12 (in Russian)]. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-4-7-12
18. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39 (33): 3021–104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339
19. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25: 1105–87. DOI: 10.1080/08037050701461084
20. Liu L, Zhang Y, Liu G, et al. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients. J Hypertens 2005; 23: 2157–72. DOI: 10.1097/01.hjh.0000194120.42722.ac
21. Vanhees L, Geladas N, Hansen D, et al. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the EACPR. Part II. Eur J Prev Cardiol 2012; 19: 1005–33. DOI: 10.1177/1741826711430926
22. Прибылов С.А., Шабанов Е.А., Алиуллин Р.В., и др. Эндотелиопротекторные и гемодинамические эффекты сартанов при сочетании артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких. Научные ведомости Белгородского государственного университета. 2011; 16: 125–30 [Pribylov SA, Shabanov EA, Aliullin RV, et al. Endothelioprotective and hemodynamic effects of sartans in conjunction with arterial hypertension, coronary heart disease and chronic obstructive pulmonary disease. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. 2011; 16: 125–30 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.08.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.03.2021



OMNIDOCTOR.RU