

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

А. Манойлов, кандидат медицинских наук
Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск
E-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Проведен анонимный опрос 77 врачей скорой медицинской помощи и 33 выпускников медицинских вузов, обучающихся в интернатуре. Установлена сравнительно одинаковая осведомленность респондентов о факторах риска декомпенсации артериальной гипертензии. Опрошенные обеих групп не считают значительной роль лечащих врачей и развития толерантности к лечению в утрате контроля АД.

Ключевые слова: осведомленность, декомпенсация артериальной гипертензии, резистентность.

Частота нормализации АД у лиц с установленной артериальной гипертензией (АГ) возрастает. Одновременно клиницисты разных профилей стали сталкиваться с ситуацией, когда АД начинает повышаться после хорошо установленного контроля заболевания. В отличие от эпизодического, реактивного повышения АД декомпенсация АГ (утрата контроля) более длительна, связана с повторными госпитализациями, избыточным использованием медицинских ресурсов, особенно скорой медицинской помощи (СМП), и отдаленными осложнениями. Во всем мире дестабилизация АД — один из самых частых поводов для обращения в медицинские учреждения, в том числе — за неотложной помощью [1–3]; жалобы на высокие показатели АД регистрируются у 10–20% пациентов отделений неотложной помощи (ОНП). В России примерно 1/2–2/3 обратившихся на станции СМП не относятся к разряду истинно неотложных пациентов, у них нет гипертонических кризов [3, 4]. В нашей стране из-за отсутствия ОНП и слабо развитого института семейных врачей пациенты с отклоняющимися от нормы показателями АД традиционно вызывают бригаду СМП на дом. По данным автоматизированной системы управления станции СМП Челябинска, собственно обращений за СМП по поводу проблемы «повышение АД» — 5–6% от общего числа вызовов [5]. Эти цифры в 3–4 раза превышают аналогичный показатель европейских стран [6]. Значимого изменения числа принятых вызовов из-за повышения АД за истекшее десятилетие в Челябинске не отмечено [5].

Будет не совсем правильным обвинять в декомпенсации АД исключительно пациентов. Ранее установлено, что у обратившихся за СМП — высокая приверженность лечению, которая часто сочетается с постоянно ненормализованным «рабочим» АД [5]. При этом обращаемость к лечащему врачу приближается к абсолютным цифрам [5].

Задачи клинициста при диагностике декомпенсации АГ сложны. Необходимо оценить применение пациентом антигипертензивных средств, чтобы выявить у него отказ от лечения, постоянство приема препаратов, привержен-

ность лечению [7]. Не менее важно выяснить другой важный фактор риска декомпенсации АД — профессиональное поведение врача. Речь идет о плохо подобранной терапии, нежелании части клиницистов применять эффективные дозы лекарств ($\geq 70\%$ случаев) [8], о неудовлетворительных отношениях между врачом и больным, слабой информированности пациентов [7]. При декомпенсации необходимо также определить категорию больных с рефрактерностью к гипотензивной терапии. Устойчивость заболевания к лечению *per se* в 20–30% случаев препятствует достижению целевых показателей АД [9]. Знание доминирующих причин дестабилизации АД (алгоритма) позволит врачам изначально целенаправленно проводить диагностический поиск, разрабатывать эффективные предупреждающие мероприятия, улучшать преемственность ведения пациентов и сокращать число высокочастотных способов компенсации АГ (вызов СМП). Выдвинуто предположение, что сохраняющаяся годами проблема частой декомпенсации АГ в России носит системный характер, в частности обусловлена спецификой подготовки врачей. В связи с этим проведено сравнительное изучение осведомленности медицинских работников — врачей СМП и выпускников медицинских вузов — о причинах утраты контроля АГ.

Использовалась модель аудита качества контроля АГ Всемирной лиги по АГ — метод анкетирования клиницистов и получения информации об их отношении к разным аспектам контроля АГ [10]. Анкеты представляли собой специально разработанные самозаполняемые бланки, содержащие открытые вопросы. К исследованию принято 77 анкет, т.е. на вопросы анкеты ответили 81% общего числа врачей СМП Челябинской, Курганской, Оренбургской, Тюменской областей, Ханты-Мансийского автономного округа и Пермского края, обучавшихся на кафедре безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи Южно-Уральского государственного медицинского университета в 2010 г. Средний возраст врачей СМП, участвовавших в анкетировании, — 44,56 года ($n=77$; $Me - 45$; $min - 23$; $max - 68$; $SD - 11,09$), средний стаж работы по специальности — 15,64 года ($n=77$; $min - 1$; $max - 35$; $SD - 9,20$); мужчин — 40 (51,95%), женщин — 37 (48,05%). Одновременно было роздано 35 анкет для выпускников медицинских вузов, обучающихся в интернатуре по специальности «терапия», «неврология» и «скорая медицинская помощь»; к исследованию приняты 33 анкеты; средний возраст врачей-интернов, участвовавших в анкетировании, — 24,15 года ($n=33$; $Me - 23$; $min - 23$; $max - 36$; $SD - 2,59$). Для сравнения ответов врачей-интернов и врачей СМП был использован точный двусторонний критерий Фишера. Полученные значения p не округлялись и записывались до 3-го знака после запятой. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$. Для сравнения долей проводилась проверка статистической гипотезы о равенстве относительных частот внутри одной группы. Для описания относительной частоты бинарного признака расчет доверительного интервала — ДИ (95% ДИ) осуществлялся по методу Клоппера—Пирсона. Вычисления проводились при помощи статистической программы Statistica 6.0 Copyright© StatSoft, Inc. 1984–2001, США.

Информированность медицинских специалистов о причинных факторах утраты контроля АГ оценивали по их ответам на вопросы: «Что является, по Вашему мнению, типичными и частыми причинами обострения ранее компенсированной гипертонической болезни?», «Какие

дополнительно назначаемые пациенту с гипертензией лекарственные средства ослабляют гипотензивные эффекты препаратов, назначаемых для снижения АД?». Данные приведены в таблице.

Осведомленность и соответственно указанные врачами-интернами и сотрудниками СМП причины утраты контроля АД значимо не различаются. Из этиологических факторов декомпенсации АД врачи СМП (n=48; 62,34%) и врачи-интерны (n=20; 60,61%) на 1-м месте и в равной мере отметили нарушение пациентами медикаментозного, реже – диетического предписанного режима лечения (нон-комплаенс). Практически совпала частота выбора врачами СМП (n=27; 33,77%) и врачами-интернами (n=12; 36,36%) такого фактора риска дестабилизации АД, как стресс. Одинаково редко и без существенных различий респонденты указывали следующие причинные факторы: врачебные дефекты лечения (врачи СМП – 5,19%; врачи-интерны – 3,03%); приобретение устойчивости гипертензии к терапии (врачи СМП – 5,19%; врачи-интерны – 3,03%); развитие, обострение сопутствующих заболеваний (специалисты СМП – 7,79%; врачи-интерны – 18,18%). Никто из респондентов не привел в ответах как ведущую конкретную причину развития рефрактерности к терапии АД задержку жидкости, натрия. Ни один из участников опроса не указал точно коморбидные заболевания (например, обструктивное апноэ), приводящие к утрате контроля АД. Выпускники вузов статистически значимо чаще, чем врачи СМП, выбирали вариант «затрудняюсь ответить» (27,27 против 11,69%; p=0,004). Опрошенные считали нон-комплаентность пациентов главным препятствием к сохранению целевого АД, отводя значительно более скромную роль лечащему врачу. Подобное ранжирование причин декомпенсации АД аналогично таковому в исследованиях, проведенных в европейских странах и США [11, 12].

Итоги опроса больных и результаты проверки практики ведения гипертензии свидетельствуют не в пользу лечащих врачей. Обнаружено, что клиницисты вообще склонны переоценивать свои возможности по достижению контроля над гипертензией и по не совсем понятным причинам мо-

гут способствовать ухудшению приверженности больного выполнению назначений врача [12]. Приверженность лечению АД определяется позициями обоих участников лечебного процесса – доктора и пациента [11]. Известно, что неудовлетворительные профессиональные навыки, в частности неэффективное общение врача с больным, консервативное отношение к лечению играют равную наряду с нон-комплаентностью роль в утяжелении течения хронического заболевания [11].

Получены также оригинальные данные. Обе группы респондентов придают исключительное значение психологическим факторам риска декомпенсации течения АД. Врачи, скорее всего, апеллируют к нейрогенной теории заболевания в оригинальном изложении Г.Ф.Ланга – А.Л.Мясникова (стресс-модель). Опрошенные одинаково часто указывали в ответах стресс-индуцированный вариант декомпенсации АД (врачи СМП – 33,37%; врачи-интерны – 36,36%). В современном понимании на нейрогенную форму эссенциальной гипертензии, характеризующуюся повышением тонуса симпатической нервной системы, приходится не менее 50% всех случаев высокого АД [13]. Возможно, декомпенсация АД наряду с тревожностью, паническими атаками [15] действительно часто обусловлена эмоциональным стрессом, особенно в условиях неотложной помощи [4, 5]. Врачи редко принимали во внимание толерантность к лечению как фактор декомпенсации АД; возможно, они неудовлетворительно знают концепцию резистентной гипертензии [9]. Врачу, в том числе врачу СМП, важно непосредственно на вызове отличить больных с неконтролируемой АД от пациентов с толерантностью к лечению, поскольку истинно резистентная форма заболевания является показанием к госпитализации в специализированные клиники [9].

В отличие от проблемы гипертонических кризов, ведение больных с утратой контроля АД не освещено в современных клинических руководствах по СМП, российских клинических рекомендациях по АД (нет алгоритмов). Официальная медицина не уделяет достаточного внимания про-

Результаты анкетирования; врачи СМП (n=77); врачи-интерны (n=33); абс. (%)

Вопрос	Врачи СМП (95% ДИ)	Врачи-интерны (95% ДИ)	p
Что является, по Вашему мнению, типичными и частыми причинами обострения ранее компенсированной гипертонической болезни?			
Варианты ответов:			
пациент*	48 (62,34) [50,56–73,13]	20 (60,61) [42,14–77,09]	1,000
психогенные причины**	26 (33,77) [23,38–45,45]	12 (36,36) [20,40–54,88]	0,828
врач***	4 (5,19) [1,43–12,77]	1 (3,03) [0,08–15,76]	1,000
сопутствующие заболевания	6 (7,79) [2,91–16,19]	6 (18,18) [6,98–35,46]	0,178
устойчивость к терапии****	4 (5,19) [1,43–12,77]	1 (3,03) [0,08–15,76]	0,315
другое	5 (5,49) [2,14–14,51]	–	0,315
затрудняюсь ответить	9 (11,69) [5,49–21,03]	9 (27,27) [13,36–45,52]	0,052
Какие дополнительно назначаемые пациенту с гипертензией лекарственные средства ослабляют гипотензивные эффекты препаратов, назначаемых для снижения АД?			
Варианты ответов:			
затрудняюсь ответить	40(51,95) [40,26–63,48]	21(63,64) [45,12–79,60]	0,299
НПВП	23(29,87) [19,97–41,38]	3(9,09) [1,92–24,33]	0,004
симпатомиметики	10(12,99) [6,41–22,59]	5(15,15) [5,11–31,90]	0,767
стероидные гормоны	16(20,78) [12,37–31,54]	6(18,18) [6,98–35,46]	1,000
антидепрессанты	8(10,39) [4,59–19,45]	–	0,049

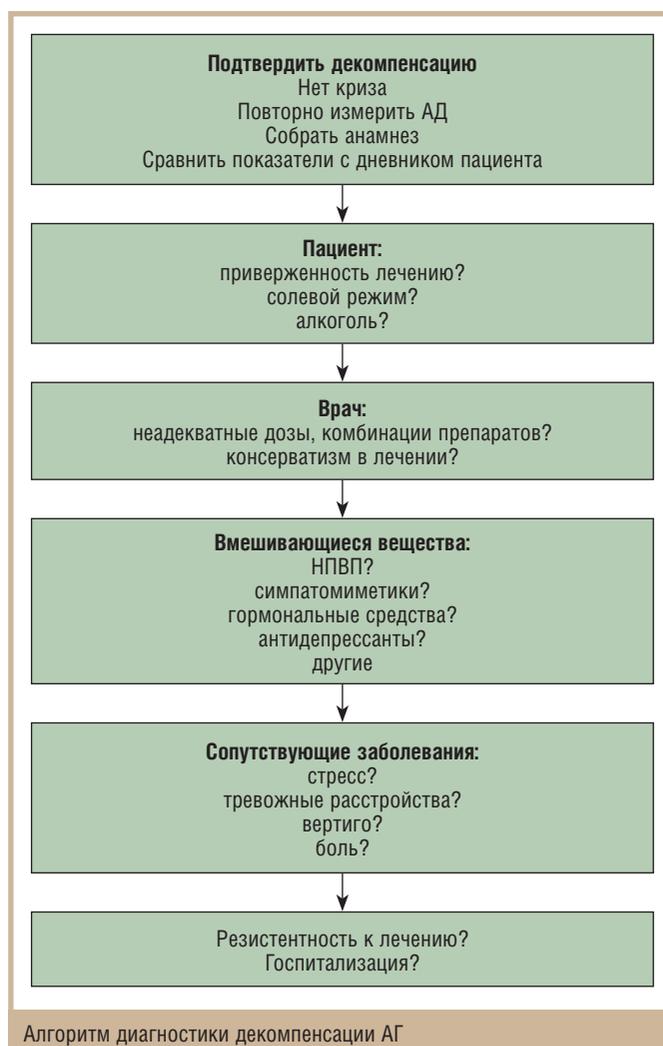
Примечание. Типичные ответы в анкетах: * – самостоятельно прерывают лечение, снижают дозы назначенных средств, заменяют препараты; нарушают предписанный образ жизни (прием алкоголя, нарушение диеты, курение); ** – стрессовые ситуации, физические и эмоциональные перегрузки, депрессия, особенности личности, когнитивные нарушения; *** – ошибки лечащего врача, дефекты в лечении, неадекватная схема лечения (низкие дозы, нелогичные комбинации); **** – толерантность, привыкание к препаратам; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

блеме декомпенсации диагностированной АГ. Широкому кругу населения России неизвестны конкретные (с указанием цифр АД) показания к безотлагательному обращению к лечащему врачу и (или) вызову СМП. Среди пациентов в России в отличие от других стран мира пропагандируется своеобразное самолечение АГ, похожее на самопомощь при стенокардии. Пациенту с гипертонией наряду с постоянной антигипертензивной терапией широко рекомендуется самокоррекция отклоняющихся от нормы показателей АД короткодействующими гипотензивными средствами, даются советы по самостоятельному изменению доз на основании частого ежедневного измерения АД [14]. При этом официально консультирование по телефону с участковым терапевтом для пациента невозможно, т.е. больной с декомпенсацией заболевания чаще всего предоставлен сам себе и (или) СМП.

Существует огромное число препаратов, веществ, снижающих эффективность гипотензивных средств, и наиболее распространены из них НПВП, гормональные препараты, симпатомиметические амины, антидепрессанты. Исследованием выявлено, причем в равной мере (врачи СМП – 51,95%; врачи-интерны – 63,64%), частое незнание особенностей взаимодействия лекарственных препаратов, которое может привести к снижению эффективности гипотензивной терапии. Врачи-интерны меньше, чем специалисты СМП, осведомлены об антагонистическом взаимодействии НПВП с гипотензивными средствами (9,09 против 29,87%; $p=0,004$). Значимых различий в ответах об антагонистической роли симпатомиметиков, гормональных препаратов, антидепрессантов в нарушении контроля АД не обнаружено.

Утрата контроля АД, прерывистое (курсовое) лечение приводят к краткосрочным проблемам (тревога у пациента, избыточная утилизация медицинских услуг) и, безусловно, к классическим долговременным осложнениям АГ. Менеджмент АГ в России, как и во всем мире, все более усложняется, несмотря на наличие достаточного количества гипотензивных средств. Декомпенсация заболевания высокозатратна для здравоохранения. Врач СМП – техник по быстрому снижению АД и, согласно квалификационным характеристикам, не вмешивается в базисную терапию гипертонии. Многие больные после вызова СМП не обращаются в поликлинику, продолжают заниматься самокупированием отклоняющихся от нормы показателей АД. Ситуация приобретает стагнационный характер [5].

Участковый врач после вызовов СМП зачастую направляет подобного больного в стационар для очередной, во многих случаях – необоснованной замены лекарственной терапии. Проведение пациента по замкнутому кругу «СМП → терапевт → стационар» может повторяться бесконечно долго, если все участники этого процесса не начнут целенаправленно выяснять и устранять причины дестабилизации АГ. Представления о причинах утраты контроля АГ у выпускников медицинского вуза и врачей со стажем существенно не различаются и носят, вероятно, системный характер. Для решения проблемы необходим комплекс мероприятий: разработка, активное внедрение стандартов, рекомендаций по ведению неконтролируемой АГ на всех образовательных уровнях; официальное разрешение (в квалификационных характеристиках) врачам СМП корректировать гипотензивную терапию на вызове; отказ от голословного обвинения пациента в утрате контроля АД; точная оценка роли психологических факторов декомпенсации АГ;



наконец, признание равной наряду с пациентом ответственности врача за достижение и поддержание стабильного контроля заболевания. Учитывая изложенное, вниманию практикующих врачей предлагается самостоятельный алгоритм диагностики декомпенсированной АГ, созданный на основании некоторых рекомендаций (см. рисунок) [9, 11].

Литература

1. Monteiro Júnior F., Anunciação F., Salgado Filho N. et al. Prevalence of true hypertensive crises and appropriateness of the medical management in patients with high blood pressure seen in a general emergency room // *Arq. Bras. Cardiol.* – 2008; 90 (4): 247–51.
2. Bauman B., Abate N., Covan R. et al. Characteristics and referral of emergency department patient with elevated blood pressure // *Acad. Emerg. Med.* – 2007; 14 (9): 779–81.
3. Руксин В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии. Краткое руководство для врачей / М.: МЕДпресс-информ, 2009; 48 с.
4. Sobrinho S., Correia L., Cruz C. et al. Occurrence rate and clinical predictors of hypertensive pseudocrisis in emergency room care // *Arq. Bras. Cardiol.* – 2007; 88 (5): 579–84.
5. Манойлов А.Е. Причины утраты контроля артериальной гипертензии у лиц, обращающихся за скорой медицинской помощью // *Скорая мед. помощь.* – 2011; 12 (1): 18–24.
6. Olla P., Molia T., Quercy A. Eight months of emergency services by ambulance (with doctor on board) of the Emergency Department of Prado, Italy // *Minerva Anestesiol.* – 2002; 68 (11): 849–54.

7. Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy // Am. J. Hypertens. – 2006; 19 (11): 1190–6.

8. Rose A., Berlowitz D., Orner M. et al. Understanding uncontrolled hypertension: is it the patient or the provider? // J. Clin. Hypertens (Greenwich). – 2007; 9 (12): 937–43.

9. Calhoun D., Jones D., Textor S. et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research // Circulation. – 2008; 117 (25): 510–26.

10. Wilhelmsen L. WHO-WHL Hypertension Management Audit Proeject // J. Hum. Hypertens. – 1993; 7 (3): 257–63.

11. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action / Geneva, Switzerland: WHO, 2003; 198.

12. Redon J., Erdin S., Böhm M. et al. Physician attitudes to blood pressure control: findings from the Supporting Hypertension Awareness and Research Europe-wide survey // J. Hypertens. – 2011; 29 (8): 1633–40.

13. DiBona G., Esler M. Translational medicine: the antihypertensive effect of renal denervation // Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. – 2010; 298 (2): 245–53.

14. Об организации школ здоровья для больных страдающих артериальной гипертензией (болезнями системы кровообращения). Комитет по здравоохранению Ленинградской области. Приказ от 7 октября 2004 г. №288.

15. Davies S., Jackson P., Lewis G. et al. Is the association of hypertension and panic disorder explained by clustering of autonomic panic symptoms in hypertensive patients? // J. Affect. Disord. – 2008; 111 (2–3): 344–50.

DECOMPENSATION OF HYPERTENSION: WAYS OF PROBLEM SOLUTION

A. Manoilov, Candidate of Medical Sciences

South-Ural State Medical University, Chelyabinsk

Seventy-seven emergency care physicians and 33 medical interns were anonymously questioned. The respondents were established to be equally aware of risk factors for decompensation of hypertension. Those asked in both groups do not consider physicians and tolerance to treatment to play a significant role in loss of blood pressure control.

Key words: awareness; decompensation of hypertension; resistance.

Дорогие коллеги!

Предлагаем вашему вниманию научно-практический журнал «Спортивная медицина: наука и практика» – первое и единственное в России специализированное издание, освещающее проблемы спортивной медицины. Журнал включен ВАК в перечень российских рецензируемых научных журналов.

Цель журнала – информирование спортивных врачей сборных команд и клубов, врачебно-спортивных диспансеров, фармакологов, кардиологов, травматологов, психологов, физиотерапевтов, специалистов в области функциональной диагностики и т.д. об отечественном и зарубежном опыте, научных достижениях в сфере спортивной медицины, антидопинговом обеспечении спорта и реабилитационных программах для спортсменов.

Главный редактор журнала – Е.Е. Ачмасов, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

- Оформить **подписку на журнал** «Спортивная медицина: наука и практика» можно:
- по каталогу «Пресса России» (индекс – 90998)
 - в редакции (e-mail: podpiska@rusvrach.ru)

Дополнительная информация – на сайтах: www.rusvrach.ru; <http://спорт-мед.рф/>

