

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНЕРТНОСТЬ КАК ФАКТОР, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Э.В. Минаков¹, Р.А. Хохлов², Г.И. Фурменко¹, Н.М. Ахмеджанов^{3*}

¹ Кафедра госпитальной терапии Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, 394000 Воронеж, ул. Студенческая, 10

² Межтерриториальный кардиологический центр Воронежской областной клинической больницы № 1, 394082 Воронеж, Московский просп., 151, корп. 2

³ Государственный научный центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

Клиническая инертность как фактор, препятствующий эффективному лечению сердечно-сосудистых заболеваний

Э.В. Минаков¹, Р.А. Хохлов², Г.И. Фурменко¹, Н.М. Ахмеджанов^{3*}

¹ Кафедра госпитальной терапии Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, 394000 Воронеж, ул. Студенческая, 10

² Межтерриториальный кардиологический центр Воронежской областной клинической больницы № 1, 394082 Воронеж, Московский просп., 151, корп. 2

³ Государственный научный центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

Цель. Изучить факторы, способствующие формированию клинической инертности у врачей первичного звена, осуществляющих лечение и наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы. Было проведено анонимное анкетирование 184 врачей первичного звена, во время которого оценивали социально-демографические характеристики, условия труда, профессиональную подготовку, сложившиеся стереотипы работы, а также знание основных положений современных рекомендаций по диагностике и лечению ССЗ. Исследование было одномоментным с использованием опроса.

Результаты. В целом для врачей первичного звена была характерна клиническая инертность. При этом активные стереотипы врачебной практики, препятствующие клинической инертности, имеют 43 (26,4%) терапевтов первичного звена. Такие специалисты чаще имеют первичную специализацию, используют в качестве источника профессиональной информации интернет, зарубежные журналы и международные руководства, более высоко оценивают возможности немедикаментозных методов профилактики и лечения ССЗ, а также являются основными инициаторами динамического наблюдения за своими пациентами.

Заключение. Клиническая инертность является доминирующей формой поведения врачей первичного звена. В основе ее может лежать недостаточное знание современных рекомендаций и неумение их применять на практике для достижения конечных целей.

Ключевые слова: клиническая инертность, медицинская помощь, приверженность лечению.

РФК 2009;2:39-48

Doctor inertness as a factor disturbing effective treatment of cardiovascular diseases

E.V. Minakov¹, R.A. Khokhlov², G.I. Furmenko¹, N.M. Akhmedzhanov^{3*}

¹ Chair of Hospital Therapy of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Studencheskaya ul. 10, Voronezh, 394000 Russia

² Interregional Cardiology Center of Voronezh Regional Clinical Hospital № 1, Moskovsky prosp. 151-2, Voronezh, 394082 Russia

³ State Research Center for Preventive Medicine of Rosmedtechnology, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Aim. To evaluate factors contributing to development of inertness in doctors of the primary care which treat and follow-up patients with cardiovascular diseases (CVD).

Material and methods. The anonymous poll was carried out among 184 primary care physicians. The questionnaire included information about sex, age, time and conditions of work, established stereotype of practice, knowledge of current guidelines on CVD treatment. The study was one-stage with usage of questionnaire.

Results. High prevalence of inertness was observed among physicians. Only 43 (26,4%) of doctors had active stereotypes of practice, which prevent inertness. These physicians have more often post-graduate specialization, read international guidelines, foreign and web-journals, evaluate higher non-drug approaches to prevention and therapy and they more often initiate long-term patient observation.

Conclusion. Inertness is common behavior feature among primary care. The main reasons of this inertness are insufficient knowledge of modern guidelines on CVD treatment and lack of skills on its practical usage.

Key words: cardiovascular diseases, medical care, compliance, clinical inertness.

Rational Pharmacother. Card. 2009;2:39-48

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): nakhmedzhanov@gnicpm.ru

По определению ВОЗ, приверженность лечению – это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и/или других параметров образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника [1]. Недостаточная приверженность лечению – многофакторная проблема, имеющая прямые последствия как для самих пациентов, так и для системы здравоохранения в целом. Низкая приверженность лечению сердечно-сосудистых

заболеваний (ССЗ) приводит к раннему развитию осложнений, инвалидности и преждевременной смерти, что оборачивается значительными экономическими затратами и усугубляет негативные демографические тенденции [1-4].

Существенное влияние на приверженность лечению оказывают особенности самого пациента и его заболевания, характер терапии, социально-экономические факторы, а также, и это особенно важно, эффек-

тивность взаимодействия врача и пациента [1,5,6]. К факторам, зависящим, в основном, от врача, относят его возраст, стаж и профессиональный уровень, знакомство с современными рекомендациями и умение применять их на практике, навыки профилактического консультирования, отношение к пациенту и клиническую инертность [5-8].

Клиническая инертность – это обычное для врача поведение, в результате которого не начинается или не усиливается терапия, позволяющая достигнуть необходимых целевых значений при лечении хронических заболеваний [7]. Причинами клинической инертности являются переоценка эффективности собственной работы, боязнь интенсификации лечения из-за опасений развития побочных эффектов и удорожания терапии, отсутствие у врачей подготовки, ориентирующей их на достижение целевых показателей, а также необходимых для этого форм контроля [6-8].

Цель настоящего исследования – изучение клинической инертности, а также факторов, способствующих ее формированию, у врачей первичного звена, осуществляющих непосредственное наблюдение и лечение пациентов с ССЗ.

Материал и методы

В рамках образовательного проекта «Ведение пациентов высокого риска» Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) в течение 2006 и 2007 гг. было проведено анонимное анкетирование 184 врачей первичного звена. В анкете отмечались социально-демографические характеристики врачей, особенности их последиplomной подготовки, условия труда, сложившиеся стереотипы клинической практики, отношение к современным рекомендациям по диагностике и лечению ССЗ, а также проверялось знание основных рекомендаций ВНОК. Было возвращено 169 (92%) анкет; после проверки 6 из них были исключены из анализа, поскольку содержали неполную информацию о респондентах.

Среди ответивших на вопросы анкеты было 123 (75,5%) женщины и 40 (24,5%) мужчин. Возраст респондентов находился в диапазоне от 26 до 75 лет с медианой, равной 47, и интерквартильным размахом от 39 до 53 лет. Стаж врачебной деятельности колебался от 2 до 50 лет с медианой, равной 21, и интерквартильным размахом от 14 до 28 лет.

При этом 131 (80,4%) специалист закончил интернатуру, 10 (6,1%) – клиническую ординатуру, 74 (45,4%) прошли первичную специализацию. Среди опрошенных лиц 90 (55,2%) имели подтвержденную квалификационную категорию, а последнее усовершенствование проходили менее 5 лет назад 158 (96,9%) врачей.

Основным местом работы для 32 (19,6%) тера-

певтов был офис врача общей практики, для 127 (77,9%) – поликлиника и 4 (2,5%) совмещали работу в поликлинике и стационаре. Из 163 респондентов 46 (28,4%) являлись, по своей основной специальности, врачами общей практики, 67 (41,4%) – участковыми терапевтами, 39 (23,9%) – терапевтами, 11 (6,8%) – кардиологами.

Занимали административную должность 28 (17,4%) специалистов. На полную ставку работали 96 (58,9%), более чем на одну – 64 (39,3%) и менее чем на одну – 3 (1,8%) респондентов. Удовлетворены своей работой были 128 (79,5%) и желали бы снова выбрать ту же самую профессию 120 (74,5%) врачей.

Все статистические расчеты выполнялись с помощью программы STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc). Количественные показатели представлялись как медиана с указанием нижнего и верхнего квартилей. Для номинальных признаков указывалось абсолютное значение и доля. При сравнении количественных переменных двух несвязанных выборок использовался критерий Манна-Уитни. Сравнение качественных несвязанных переменных осуществлялось с помощью критерия χ^2 и критерия точной вероятности Фишера. При множественных сравнениях применялась поправка Бонферрони. Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости (p) менее 0,05 [9].

Результаты и обсуждение

Опрос показал, что редко читают специальную литературу и занимаются самоподготовкой – 12 (7,4%), иногда – 39 (24,1%), часто – 99 (61,1%) и очень часто – 12 (7,4%) специалистов первичного звена. При этом руководства и учебниками пользуются 112 (68,7%), научными монографиями – 64 (39,3%), специализированными периодическими изданиями (журналами) – 127 (77,9%), интернетом – 25 (15,3%) и иностранными журналами и монографиями – 16 (9,8%) респондентов. Посещают научно-практические конференции и семинары редко – 45 (27,7%), иногда – 68 (42%), часто – 39 (24,1%), очень часто – 3 (1,9%) и практически не посещают – 7 (4,3%) врачей. Медиана количества посещенных конференций за последние полгода для всей группы составила 2 с интерквартильным размахом от 1 до 3.

Таким образом, устойчивый стереотип самостоятельной работы со специальной литературой (читают часто и очень часто) имеют лишь 68,5% врачей, и только 26% из них часто или очень часто посещают научно-практические конференции и семинары. Полученные данные оказались сопоставимыми с результатами анкетирования участковых терапевтов, проведенных Д.М. Ароновым и соавт. [10].

На вопрос анкеты «Знаете ли Вы о существовании практических рекомендаций по диагностике и лечению

сердечно-сосудистых заболеваний?» подавляющее большинство опрошенных [157 (96,3%)] ответили утвердительно. При этом полное согласие с их содержанием высказали 137 (84,1%) респондентов. Однако в качестве источника рекомендаций специалистами указывались конспекты прослушанных ими лекций, справочники, журнальные статьи, учебные пособия, списки льготных лекарственных средств, формулярная система. И всего лишь 30 (18,6%) врачей смогли точно вспомнить названия соответствующих рекомендаций ВНОК.

Считали, что рекомендации облегчают работу, 125 (76,7%), защищают пациента и гарантируют ему необходимый уровень помощи 51 (31,3%), являются полезным источником информации 91 (55,8%), легко применимы на практике 42 (25,8%), мешают индивидуальному подходу 7 (4,3%) и защищают врача юридически 44 (27%) респондента. Таким образом, рекомендации как таковые большинством врачей могут рассматриваться, в первую очередь, как инструмент, защищающий интересы пациентов, но не облегчающий их собственный труд. Вероятно, это означает, что современные рекомендации обязательно должны иметь в своем составе раздел, посвященный механизму их внедрения в практическое здравоохранение и актуализации с учетом существующих в отрасли нормативных документов и приказов.

Анализ сложившихся стереотипов консультирования по немедикаментозным методам профилактики и лечения ССЗ показал, что в обычной своей работе редко дают рекомендации по изменению образа жизни 19 (11,8%), иногда – 41 (25,5%), часто – 76 (47,2%), очень часто – 20 (12,4%) и не дают соответствующих рекомендаций 5 (3,1%) врачей. Таким образом, лишь 59,6% специалистов первичного звена осуществляют данную работу систематически. Это согласуется с данными других исследований и в целом свидетельствует о низком охвате пациентов профилактическим консультированием в первичном звене [11-13].

То, что немедикаментозные методы способны улучшать течение и прогноз ССЗ, считали 82 (50,3%), качество жизни пациентов 95 (58,3%), а прогноз и течение сопутствующих заболеваний 48 (29,5%) опрошенных врачей. Полагали, что немедикаментозные методы играют вспомогательную роль 74 (45,4%) респондента и 53 (32,5%) отметили, что эти методы важны не менее лекарственной терапии.

Анализ ответов показал, что консультирование пациентов по изменению образа жизни зависит от наличия свободного времени на приеме у 58 (35,6%), культурного уровня пациента у 111 (68,1%), инициативы самого пациента у 70 (42,9%) и личного отношения к пациенту у 29 (17,8%) врачей. Исследование Д.М. Аронова и соавт. также показывает, что существует не-

сколько объективных и субъективных факторов, влияющих на этот процесс, но самым главным из них является культурный уровень пациента, на который обращают внимание 78,8% терапевтов [12].

Ответы врачей на вопрос о том, какие немедикаментозные мероприятия ими обычно рекомендуются для профилактики ССЗ, представлены на рис. 1. Спектр рекомендуемых методов профилактики был достаточно широким. В то же время мероприятия, обладающие безусловным клиническим воздействием, такие как ограничение употребления алкоголя, соли, отказ от курения, снижение веса и уровня холестерина, упоминались не всегда, и даже реже, чем методики с недоказанной профилактической эффективностью, например фитотерапия. Похожие данные были получены и в исследовании РЕЛИФ [14]. Обращает на себя внимание, что врачи придают достаточно большое значение диете, снижению веса и увеличению физической активности своих пациентов. В то же время, отказ от курения, ограничение употребления соли и алкоголя менее актуальны, несмотря на широкую распространенность этих факторов риска в популяции и очевидную пользу от их устранения [2, 13-15].

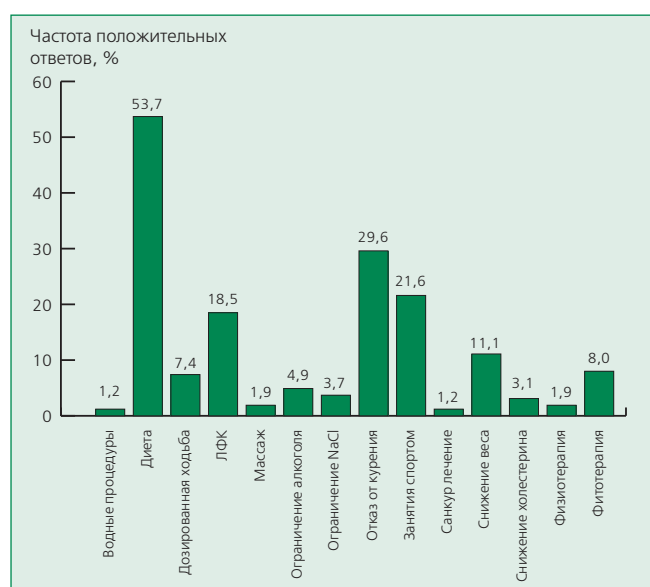


Рисунок 1. Используемые врачами методы немедикаментозной профилактики

Индивидуальный риск сердечно-сосудистой смерти у пациентов без клинических проявлений атеросклероза во время осмотров и консультаций обычно редко определяют 30 (18,8%), иногда – 36 (22,5%), часто – 71 (44,4%), очень часто – 14 (8,8%) и совсем не определяют 9 (5,6%) опрошенных. Следовательно, 46,8% врачей в своей повседневной клинической практике не используют систему стратификации риска – одного из основных и простых инструментов профилактики сердечно-сосудистых событий.

Несмотря на то, что большинство врачей для оценки индивидуального риска развития сердечно-сосудистой смерти использовали отдельные критерии модели SCORE [пол, возраст, статус курильщика, систолическое артериальное давление (АД), уровень общего холестерина], только 8 (5%) из них точно смогли указать все критерии. Частота использования клинических характеристик, применявшихся врачами для расчета индивидуального риска сердечно-сосудистой смерти, представлена на рис. 2.

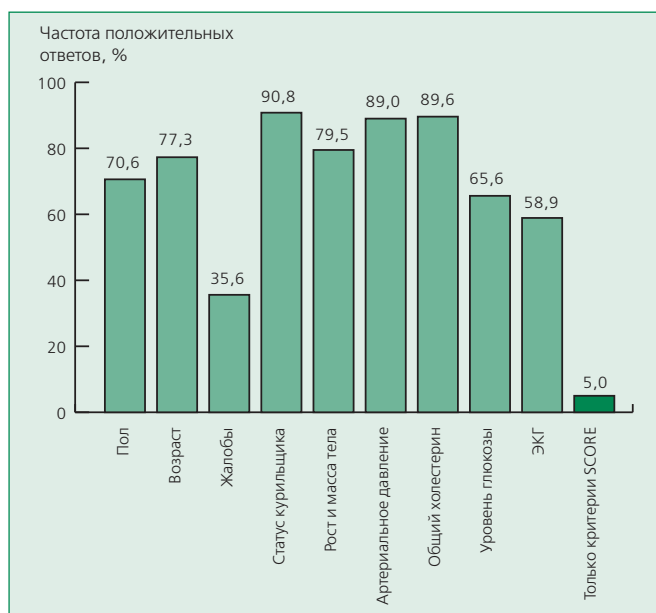


Рисунок 2. Используемые врачами критерии для расчета риска сердечно-сосудистой смерти

Похожие результаты были получены и в исследовании РЕЛИФ, по данным которого, 57,8% врачей не оценивают суммарный сердечно-сосудистый риск, а 72,1% делают это с помощью таблицы «Стратификация риска у больных артериальной гипертензией» [11]. Таким образом, активное внедрение системы SCORE с учетом существующей системы стратификации риска при артериальной гипертензии (АГ) является одной из актуальнейших задач.

Анализ сложившихся стереотипов назначения медикаментозных методов лечения ССЗ показал, что редко объясняют цель, принцип действия и побочные эффекты назначаемых средств 6 (3,7%), иногда – 27 (16,7%), часто – 97 (59,9%) и очень часто – 32 (19,7%) врача.

При выборе лекарственной терапии предпочитают руководствоваться сведениями, полученными во время обучения 130 (79,8%), опытом коллег в схожей ситуации – 34 (20,9%), рекламными проспектами – 62 (31,9%), информацией, полученной во время научных мероприятий и из специальной литературы, – 107 (65,6%), национальными и международными рекомендациями – 77 (47,3%) врачей. Эти данные сопо-

ставимы с результатами исследования Д.М. Аронова и соавт., в котором только 45% участковых терапевтов были готовы опираться при принятии решения на клинические рекомендации [10]. Кроме того, 110 (67,5%) специалистов при выборе фармакологических средств учитывают материальное положение пациентов. Большое значение для врачей именно стоимости терапии отмечают и другие исследователи, что может быть одной из предпосылок формирования клинической инертности [7, 10, 16].

Таким образом, хотя 79,6% врачей обычно систематически объясняют своим пациентам цель и принципы действия назначаемых препаратов, только 47,3% из них основывают свой выбор на положениях международных и национальных рекомендаций.

Анкетирование показало, что разъяснение пациенту цели назначения и принципов действия лекарственных средств зависит от наличия свободного времени на приеме у 63 (38,7%), культурного уровня пациента – у 133 (81,6%), инициативы самого пациента – у 63 (38,7%) и личного отношения к пациенту – у 30 (18,4%) врачей. При этом, как и в случае с консультированием по немедикаментозному лечению ССЗ, одним из определяющих факторов являлся культурный уровень пациентов [12].

Регулярность контрольных и повторных визитов в процессе динамического наблюдения за пациентом определялась собственной инициативой у 96 (59,6%), инициативой пациента – у 22 (13,7%), установленными правилами – у 30 (18,6%) и необходимостью выписки рецептов и справок – у 13 (8,1%) врачей, что согласуется с результатами, полученными другими авторами [10].

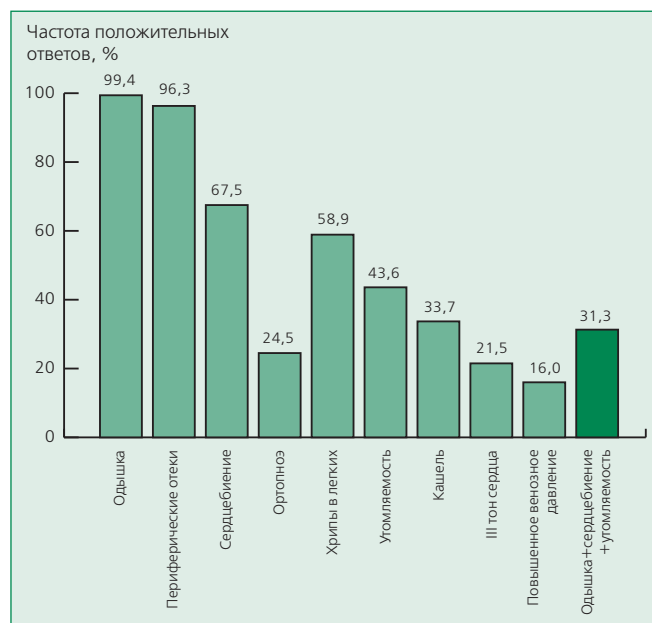


Рисунок 3. Симптомы, указывающие на наличие хронической сердечной недостаточности

Врачам, участвовавшим в опросе, было предложено выбрать из списка симптомы, наиболее точно характеризующие наличие у пациента хронической сердечной недостаточности (ХСН) в соответствии с рекомендациями ОССН (2003). Результаты представлены на рис. 3. Хотя врачи в качестве типичных симптомов часто отмечали одышку и периферические отеки, имеющие низкую специфичность, лишь 51 (31,3%) из них смогли указать наиболее характерную триаду: одышка, сердцебиение и утомляемость. Это является наиболее распространенной ошибкой диагностики ХСН [17,18].

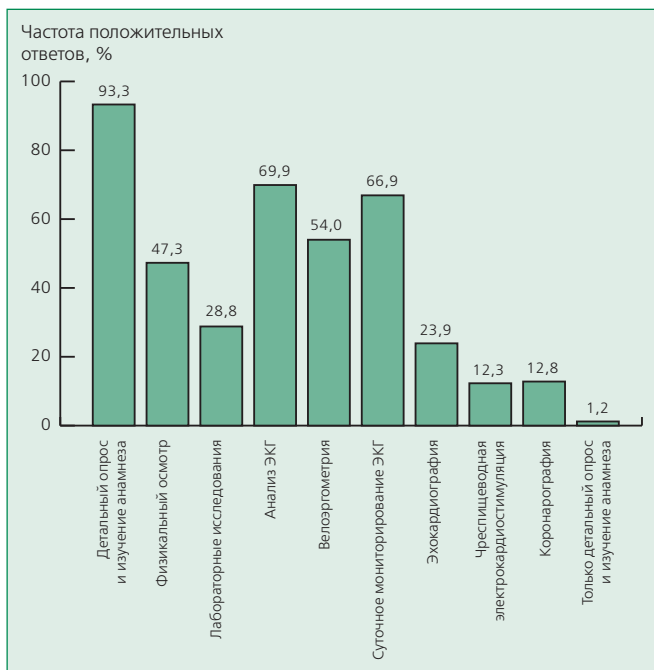


Рисунок 4. Исследования, необходимые врачам для диагностики стенокардии напряжения

Ответы врачей на вопрос о минимально необходимой совокупности клинических данных, позволяющей диагностировать стабильную стенокардию напряжения, представлены на рис. 4.

Главными способами диагностики стенокардии были детальный опрос и изучение анамнеза, а также регистрация ЭКГ покоя и холтеровское мониторирование ЭКГ. Велоэргометрия была упомянута в 54% случаев и лишь 2 (1,2%) врача в качестве основного метода диагностики указали только детальный опрос пациента. Важно отметить, что ответы на вопросы анкеты в большей степени отражали теоретические представления врачей и их намерения; в реальной клинической практике (как показывает анализ случайной выборки пациентов московского кардиологического диспансера) частота применения дополнительных методов диагностики еще меньше. В частности, тредмил или велоэргометрия назначаются 17,7% и холтеровское мониторирование ЭКГ – 1,3% пациентов со ста-

бильной стенокардией [19]. Сходные данные получены и в российской части исследования ATP Survey, в котором нагрузочному тестированию подвергались лишь 50,8% пациентов со стабильной стенокардией [20].

Дополнительный анализ ответов врачей показал, что 50 (31,7%) из них никогда не направляют своих пациентов с диагнозом ИБС при наличии показаний на коронарографию, 61 (38,6%) делают это редко, 37 (23,4%) – иногда, 8 (5,1%) – часто и 2 (1,3%) – очень часто. Следовательно, всего лишь 6,4% врачей первичного звена систематически направляют пациентов на коронарографию. Этот вывод хорошо согласуется с результатами уже упомянутых исследований, по данным которых частота использования коронарографии колебалась от 3,9% до 9,9% [19,20].

Информированность специалистов о целевых значениях АД, частоты сердечных сокращений и уровней общего холестерина в разных клинических группах представлены на рис. 5. Наибольшую информированность врачи имели в области целевых значений при лечении АГ. Однако знание ими целевых значений АД у пациентов с сахарным диабетом и почечной недостаточностью, когда требуется более интенсивное снижение этого параметра, было хуже и составило 60% и 44,7%, соответственно. Правильно смогли указать целевой уровень общего холестерина только 47,3 – 58,6% опрошенных специалистов.

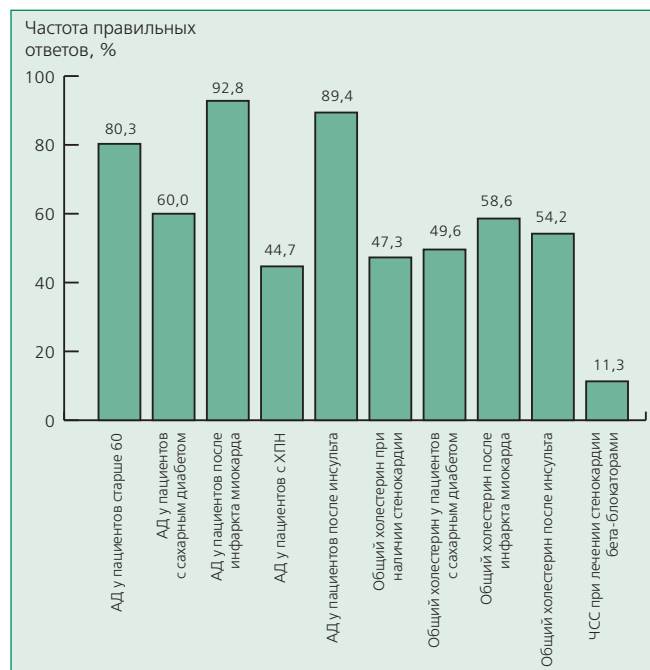


Рисунок 5. Знания врачей о целевых уровнях некоторых количественных параметров

Лишь 11,3% врачей смогли правильно указать целевое значение частоты сердечных сокращений в покое (55-60 уд/мин) при лечении стенокардии напряжения бета-блокаторами. Возможно, именно этим

Таблица 1. Выбор врачами групп лекарственных средств, улучшающих прогноз ССЗ

Фармакологическая группа	При лечении ИБС		При лечении ХСН	
	Частота ответов	Ранг	Частота ответов	Ранг
Антагонисты кальция	69 (42,9%)	7	40 (24,7%)	9
Антиагреганты	141 (87,6%)	1	104 (64,2%)	4
Антикоагулянты	3 (1,9%)	12	2 (1,2%)	12
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	22 (13,7%)	10	21 (13%)	10
Бета-блокаторы	130 (80,8%)	2	93 (57,4%)	5
Диуретики	46 (28,6%)	8	136 (84%)	1
Антагонисты альдостерона	5 (3,1%)	11	13 (8%)	11
Статины	93 (57,8%)	5	52 (32,1%)	7
Ингибиторы АПФ	115 (71,4%)	3	133 (82,1%)	2
Метаболические препараты	85 (52,8%)	6	68 (42%)	6
Нитраты	113 (70,2%)	4	51 (31,5%)	8
Сердечные гликозиды	30 (18,6%)	9	111 (68,5%)	3
Указаны все препараты, улучшающие прогноз	52 (32,3%)		40 (24,5%)	

объясняется (как показано в российской части международного исследования ATP survey) то обстоятельство, что пациенты со стабильной стенокардией, несмотря на проводимую терапию, имеют более 7 приступов в неделю [20].

Таким образом, недостаточная распространенность среди врачей знаний о целевых значениях ряда показателей является, вероятно, одной из причин клинической инертности. Это согласуется с результатами других исследований, в которых также была отмечена недостаточная осведомленность врачей в этих вопросах, особенно при лечении пациентов высокого риска [11,12,21-23].

С помощью анкеты был оценен уровень знаний врачей первичного звена в вопросах фармакотерапии ССЗ. За основу эталонных ответов были взяты соответствующие разделы рекомендаций ВНОК. Результаты

представлены в табл. 1.

Частота правильных назначений с целью улучшения прогноза ИБС составила всего 32,3% (указывали антиагреганты, бета-блокаторы, статины, ингибиторы АПФ), а при лечении ХСН – 24,5% (антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-блокаторы, антагонисты альдостерона, ингибиторы АПФ). Неоправданно высокое предпочтение отдавалось диуретикам (28,6%), метаболическим препаратам (52,8%), нитратам (70,2%) и сердечным гликозидам (18,6%) при лечении ИБС и антагонистам кальция (24,7%), антиагрегантам (64,2%), метаболическим препаратом (42%) и нитратам (31,5%) при лечении (в терапии – АК) ХСН. В результате такого выбора статины занимали лишь пятую, а бета-блокаторы – четвертую позицию при лечении ИБС и ХСН, соответственно. В то же время антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты аль-

Таблица 2. Терапевтические дозы лекарственных средств, указанных врачами, в мг (медиана, нижний и верхний квартили)

При лечении ИБС			
Бета-блокаторы	Статины	Ингибиторы АПФ	Антиагреганты
Атенолол – 50 (50-50)	Аторвастатин – 20 (10-20)	Лизиноприл – 10 (5-10)	Аспирин – 75 (50-100)
Бетаксолол - 10	Ловастатин – 20 (20-20)	Периндоприл – 8 (4-8)	
Бисопролол – 5 (5-10)	Симвастатин – 20 (10-20)	Фозиноприл – 20 (10-20)	
Карведилол – 18,75 (12,5-37,5)	Флувастатин - 80	Эналаприл – 10 (5-10)	
Метопролол – 50 (50-100)			
Небиволол – 5			
При лечении ХСН			
Бетаблокаторы	Антагонисты рецепторов ангиотензина II	Ингибиторы АПФ	Антагонист альдостерона
Атенолол – 100 (50-150)	Валсартан – 80 (80-80)	Каптоприл – 37,5 (25-50)	Спиронолактон – 50 (25-75)
Бисопролол - 5 (2,5-5)	Лозартан – 50 (50-50)	Квинаприл – 5 (5-5)	
Карведилол – 25 (25-25)	Эпросартан – 600	Лизиноприл – 10 (10-10)	
Метопролол – 50 (50-100)		Периндоприл – 4 (4-8)	
		Рамиприл - 10	
		Фозиноприл – 10 (10-20)	
		Эналаприл – 10 (10-20)	

достерона имели наименьшие значения, по мнению врачей, среди препаратов, улучшающих прогноз ССЗ.

Используемые врачами средние дозы препаратов, улучшающих выживаемость при ИБС и ХСН, представлены в табл. 2. Обычно специалисты предпочитали использовать субтерапевтические дозы бета-блокаторов и статинов при лечении ИБС и бета-блокаторов, ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II при лечении (в терапии – АК) ХСН. Помимо этого, врачи плохо различали показания к применению конкретных ингибиторов АПФ при лечении ИБС и бета-блокаторов и антагонистов рецепторов ангиотензина (к ангиотензину II – АК) при лечении ХСН.

Результаты анкетирования хорошо согласуются с данными исследований, в которых анализировались реальные клинические назначения. Было показано, что врачи часто отдают предпочтение препаратам симптоматического действия (диуретики при ХСН, нитраты при ИБС) или средствам метаболической поддержки. В то же время препараты, улучшающие прогноз заболеваний (бета-блокаторы, статины, ингибиторы АПФ), как правило, назначаются недостаточно широко, в малых дозах, часто не титруются из-за опасности развития побочных эффектов, увеличения стоимости терапии или незнания современных рекомендаций [6, 7, 10, 12, 24].

Специально спланированные для изучения этой проблемы исследования, а также данные международного регистра REACH показывают хотя и небольшие, но положительные сдвиги [15, 25- 27].

Учитывая, что основным проявлением клинической инертности является поведение врачей, в результате которого не проводится или не усиливается терапия, позволяющая достигнуть необходимых целевых значений

ряда показателей при лечении хронических заболеваний, нами был проведен сравнительный анализ ответов специалистов в подгруппе с обычными и активными стереотипами клинической практики.

В первую подгруппу было включено 120 (73,6%) специалистов, которые на вопросы анкеты, касающиеся сложившихся стереотипов работы («Вы читаете специальную литературу?», «Вы посещаете научно-практические мероприятия?», «Вы даете своим пациентам советы по немедикаментозным методам лечения?», «Как часто Вы объясняете своим пациентам принцип действия назначаемых препаратов?», «Вы определяете у пациентов без клинических проявлений атеросклероза индивидуальный риск сердечно-сосудистой смерти?») давали ответы «Никогда», «Редко» или «Иногда». Во вторую подгруппу с активными стереотипами клинической практики вошли 43 (26,4%) врача, которые на соответствующие вопросы давали ответы «Часто» или «Очень часто».

Специалисты с активными стереотипами клинической практики демонстрировали меньшую степень клинической инертности, поскольку регулярно читали медицинскую литературу, принимали участие в конференциях и семинарах, консультировали своих пациентов по вопросам немедикаментозной профилактики, рассчитывали у них риск сердечно-сосудистой смерти, а также объясняли действие назначаемых лекарственных средств. Характеристики двух подгрупп представлены в табл. 3.

В подгруппе врачей с активными стереотипами клинической практики была достоверно больше доля специалистов, имевших первичную специализацию, работающих терапевтами и удовлетворенных выбором профессии, и меньше доля участковых терапевтов, что

Таблица 3. Характеристики врачей в сравниваемых подгруппах

Характеристика	С обычными стереотипами клинической практики (n=120)	С активными стереотипами клинической практики (n=43)	p
Возраст, лет	47 (40-53)	48 (38-52)	0,7554
Стаж, лет	21 (14-28)	20,5 (13-26)	0,5899
Учеба в интернатуре	98 (81,7%)	33 (76,4%)	0,4856
Учеба в ординатуре	5 (4,2%)	5 (11,6%)	0,1307
Первичная специализация	49 (40,8%)	25 (58,1%)	0,0500
Имеют категорию	62 (51,7%)	28 (65,1%)	0,1281
Врачи общей практики	32 (26,7%)	14 (32,6%)	0,4614
Участковые терапевты	59 (49,2%)	8 (18,6%)	0,0005
Терапевты	24 (20%)	15 (34,9%)	0,0497
Кардиологи	5 (4,2%)	6 (14%)	0,0687
Занимают административную должность	20 (17%)	8 (18,6%)	0,8165
Работают более чем на одну ставку	46 (38,3%)	18 (41,9%)	0,6845
Удовлетворены своей работой	92 (78%)	36 (83,7%)	0,4235
Удовлетворены выбором профессии	82 (69,5%)	38 (88,4%)	0,0150

Количественные данные представлены как медиана и нижний и верхний квартили; сравнение параметров с помощью критерия Манна-Уитни. Номинальные данные представлены в виде абсолютного значения и доли признака; сравнение с помощью критерия χ^2

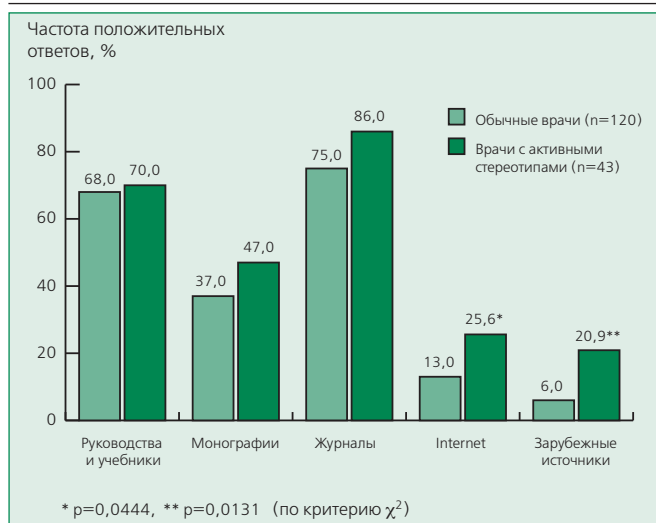


Рисунок 6. Источники информации, которыми предпочитают пользоваться врачи

согласуется с результатами других исследований [10,12]. Доля кардиологов также была несколько большей в этой подгруппе. Ни возраст, ни стаж, ни условия труда в двух подгруппах достоверно не различались.

Сравнение предпочтений врачей с разными стереотипами клинической практики в выборе источников информации, которыми они обычно пользуются для поддержания своего профессионального уровня, представлено на рис. 6. Врачи с активными стереотипами достоверно чаще предпочитали использовать в

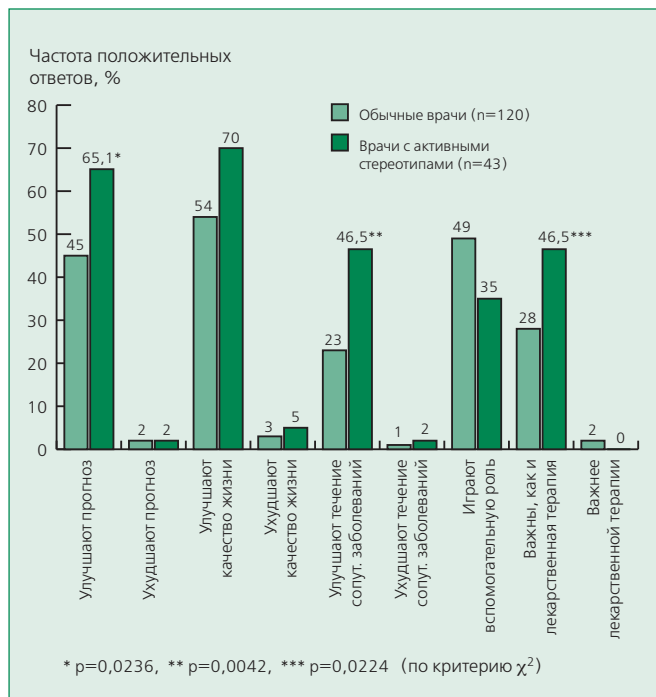


Рисунок 7. Отношение врачей к немедикаментозным методам лечения сердечно-сосудистых заболеваний

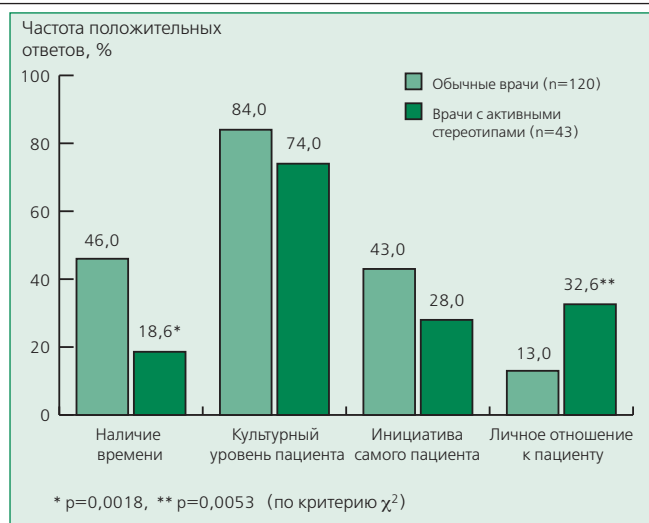


Рисунок 8. Факторы, влияющие на готовность врача объяснять принцип действия назначаемых лекарственных средств

качестве источника информации ресурсы Интернета и зарубежные журналы и монографии. Они также достоверно чаще своих коллег полагали, что практические рекомендации защищают пациента [19 (44,2%) из 43 против 32 (26,7%) из 120; p=0,0335].

В двух подгруппах врачи по-разному оценивали и возможности немедикаментозных методов. Результаты такого сравнения представлены на рис. 7. Врачи с активными стереотипами достоверно чаще считали, что немедикаментозные способы лечения ССЗ не менее важны, чем фармакологические средства, что они улучшают прогноз, а также течение сопутствующей патологии.

Сравнение факторов, определяющих тактику врача при консультировании пациентов по немедикаментозным методам лечения, не выявило достоверных различий между двумя подгруппами. В то же время, специалисты с активными стереотипами достоверно чаще своих коллег при выборе лекарственной терапии руководствовались национальными и международными практическими рекомендациями [32 (74,4%) из 43 против 45 (35,5%) из 120; p<0,0001].

Сравнение факторов, влияющих на готовность врача объяснять принцип действия назначаемых лекарственных средств, представлено на рис. 8. Специалисты с активными стереотипами при разъяснении действия лекарственных средств достоверно чаще принимали в расчет свое отношение к пациенту, но реже учитывали наличие свободного времени, не считая этот фактор критическим.

Специалисты с активными стереотипами врачебной практики достоверно чаще своих коллег являлись инициаторами контрольных визитов (рис. 9). При этом для них меньшее значение имели инициатива самого пациента, а также необходимость выписки спра-

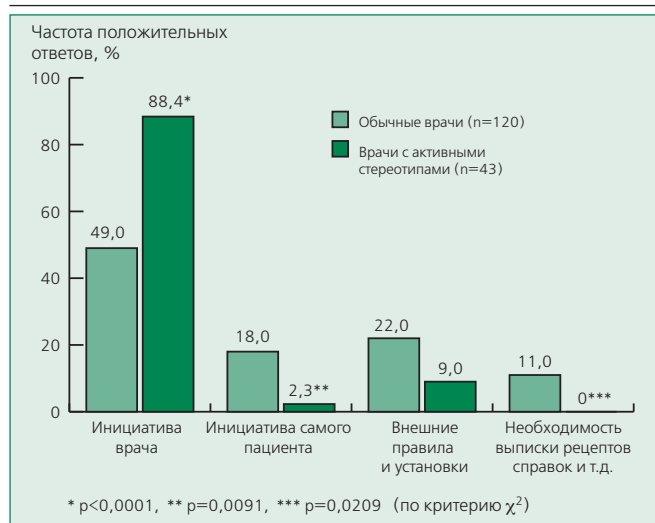


Рисунок 9. Факторы, определяющие регулярность повторных и контрольных визитов

вок и рецептов. Этот вывод особенно важен, поскольку, как было показано в исследовании АРГУС-2, именно частота контрольных визитов является одним из предикторов достижения целевого АД при лечении АГ в амбулаторных условиях [16].

Таким образом, проведенный анализ показывает, что врачи с активными стереотипами клинической практики чаще используют в качестве источников информации интернет, иностранные журналы и руководства. Выбирая лекарственные средства, они, в первую очередь, ориентируются на национальные и международные рекомендации и более высоко оценивают возможности немедикаментозной терапии. При этом регулярность повторных и контрольных визитов определяется, в первую очередь, их собственной инициативой, а не внешними обстоятельствами, как у врачей с обычными стереотипами, обладающими большей степенью клинической инертности, которая препятствует эффективному лечению ССЗ.

Выводы

1. Устойчивый стереотип самостоятельной работы со специальной литературой имеют 68,5% и регулярно посещают научно-практические конференции и семинары 26% специалистов первичного звена. Большинство опрошенных положительно относятся к рекомендациям по диагностике и лечению ССЗ, но только 25,8% терапевтов считают, что эти рекомендации легко применимы на практике.

2. Регулярно проводят стратификацию риска 53,2% и консультируют по вопросам немедикаментозной профилактики и лечения 59,6% терапевтов первичного звена, из них 50,3% убеждены, что это положительно влияет на прогноз ССЗ. Специалисты используют широкий диапазон профилактических мер, эффективность многих из которых не доказана.

3. Врачи первичного звена недостаточно информированы о целевых уровнях АД и общего холестерина, особенно в группах высокого риска. При лечении ИБС и ХСН они, как правило, используют субтерапевтические дозы рекомендованных средств, отдавая предпочтение лекарствам с симптоматическим действием и метаболическим препаратам.

4. В своей обычной практике 79,6% врачей разъясняют цель и принципы действия назначаемых препаратов; при этом 47,3% свой выбор основывают на положениях официальных рекомендаций, 67,5% обязательно учитывают материальное положение пациентов и лишь 59,6% являются инициаторами контрольных визитов.

5. Активные стереотипы врачебной практики, препятствующие клинической инертности, имеют 26,4% терапевтов. Такие специалисты чаще проходили первичную специализацию, чаще используют в качестве источника профессиональной информации интернет, зарубежные журналы и международные руководства, выше оценивают возможности немедикаментозных методов профилактики и лечения ССЗ, а также являются основными инициаторами динамического наблюдения за своими пациентами.

Литература

1. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO 2003.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005;(3):4-9.
3. Neutel J.M., Smith D.H. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2003;5(2):127-32.
4. Paramore L.C., Halpern M.T., Lapuerta P. et al. Impact of poorly controlled hypertension on healthcare resource utilization and cost. Am J Manag Care 2001;7(4):389-98.
5. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертония 2004;(3):137-43.
6. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Рославцева А.Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиология 2007;(3):79-84.
7. Phillips L.S., Branch W.T.Jr., Cook C.B., et al. Clinical inertia. Ann Intern Med. 2001;135:825-34.
8. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al, National Heart, Lung, Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003;42:1206-52.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002.
10. Аронов Д.М., Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю., и др. Факторы, влияющие на осведомленность врачей первичного звена в вопросах вторичной профилактики КБС и их готовность к реализации. Сердце 2006;(6):288-91.
11. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть I. Кардиология 2007;(5):58-66.
12. Аронов Д.М., Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю., и др. Отношение участковых терапевтов к проблеме вторичной профилактики ишемической болезни сердца (по результатам специального опроса). Кардиология 2006;(6):18-25.
13. Калинина А.М., Концевая А.В., Омеляненко М.Г. Качество профилактического консультирования по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008;(7):5-10.
14. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть II. Кардиология 2007;(11):30-9.
15. Панченко Е.П., Беленков Ю.Н. Характеристика и исходы атеротромбоза у амбулаторных больных в Российской Федерации (по материалам международного регистра REACH). Кардиология 2008;(2):17-24.
16. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. Пути улучшения контроля артериальной гипертонии. Основные результаты российской научно-практической программы АРГУС-2. Клиническая фармакология и терапия. 2007;(2):40-6.
17. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы диагностируем и лечим сердечную недостаточность в реальной клинической практике в начале XXI века? Результаты исследования IMPROVEMENT HF. Consilium medicum 2001;3(2):65-72.
18. Национальные Рекомендации ВНОК и ОСН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Журнал Сердечная недостаточность 2007;8(1):4-41.
19. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности популяции, диагностика, вторичная профилактика и антиангинальная терапия у пациентов с диагнозом стабильная стенокардия. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2006;(5):49-54.
20. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР – Angina Treatment Pattern). Кардиология 2003;(5):9-15.
21. Марцевич С.Ю., Оганисян Н.С., Дмитриева Н.А., Климаков А.В. Состояние диагностики и лечения артериальной гипертонии по данным опроса врачей Волгограда и Волгоградской области. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2005;(2):32-6.
22. Оганисян Н.С., Дмитриева Н.А., Кочетков А.М., Марцевич С.Ю. Особенности диагностики и вторичной профилактики артериальной гипертонии по результатам опроса врачей. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2006;(2):37-42.
23. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Склизкова Л.А. и др. Представления об артериальной гипертонии у пожилых и реальная клиническая практика в России (Результаты I первого этапа российской научно-практической программы АРГУС). Кардиология. 2001;11:14-20.
24. Сусеков А.В., Зубарева М.Ю., Деев А.Д. и др. Основные результаты Московского Исследования по Статинам (Moscow Statin Survey, MSS). Сердце 2006;(6):324-8.
25. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. Eur Heart J 2001;22:554-72.
26. Gitt A.K., Wienbergen H., Shiele R., et al. Improvement in acute care of myocardial infarction in clinical practice 1994-2001 resulted in a 28% reduction of hospital mortality (abstract). Eur Heart J 2002;4 Suppl:401.
27. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть III. Кардиология 2008;(4):46-53.