

Совершенствование методики повышения квалификации врачей в лечении артериальной гипертензии

Верткин А. Л., Скотников А. С., Мычка В. Б., Прохорова Ю. В., Хамурзова М. А., Узueva Э. И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Определить роль алгоритмизации назначения антигипертензивной терапии (АГТ) и повышения квалификации врачей в лечении артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. По материалам протоколов патологоанатомических вскрытий проанализирована распространенность АГ, спектр ее осложнений и структура коморбидной патологии у 3239 пациентов многопрофильного стационара г. Москвы. Произведен анализ назначаемой АГТ пациентам при жизни на амбулаторном этапе; проводился опрос врачей-терапевтов поликлиник о качестве лекций.

Результаты. Среди пациентов, умерших по причине сердечно-сосудистых заболеваний отмечена, высокая частота распространения АГ (96,1%) с признаками поражения органов-мишеней (ПОМ), тесная связь величины артериального давления (АД) с риском развития сосудистых катастроф, широкий спектр коморбидной патологии и ее осложнений. В работе показано отсутствие единообра-

зия схем и режимов АГТ у пациентов сопоставимых по полу, возрасту, структуре и тяжести коморбидной патологии.

Заключение. Достижение целевых уровней АД не смогло предотвратить развитие сосудистых катастроф, ставших причинами летальных исходов пациентов. АГТ назначалась без учета органопротективных и плейотропных свойств препаратов. Разработка алгоритма назначения АГТ с учетом возраста, гендерных различий, наличия ПОМ и перенесенных сосудистых катастроф улучшило восприятие врачами лекционного материала.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, органопротективные свойства, плейотропные эффекты.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (5): 11-15
Поступила 04/07-2013

Принята к публикации 26/08-2013

Improving the methodology of continuous medical education in the context of arterial hypertension treatment

Vertkin A. L., Skotnikov A. S., Mychka V. B., Prokhorova Yu. V., Khamurzova M. A., Uzueva E. I.

A. I. Evdokimov Moscow State Medico-Stomatological University. Moscow, Russia

Aim. To assess the role of the algorithm-based selection of antihypertensive therapy (AHT) and the continuous medical education in the treatment of arterial hypertension (AH).

Material and methods. Based on the autopsy data, we analysed the prevalence of AH and the structure of its complications and comorbidities among 3239 patients of a multidisciplinary Moscow City hospital. We also analysed the practices of preceding ambulatory AHT and conducted the survey on the quality of continuous medical education lectures delivered to internal medicine specialists working at polyclinics.

Results. Among patients who died from cardiovascular disease, a high prevalence of AH (96,1%) was combined with prevalent target organ damage (TOD), a strong association between blood pressure (BP) levels and the risk of major cardiovascular events, and a wide range of

comorbidities and AH complications. There was a lack of universal AHT schemes and regimens for patients of similar age, gender, and nature and severity of comorbidities.

Conclusion. Achievement of target BP levels failed to prevent major cardiovascular events which resulted in fatal outcomes. AHT was administered without adequate consideration of organo-protective and pleiotropic effects of antihypertensive medications. The development of an algorithm which considered age, gender, TOD presence, and previous major cardiovascular events in the selection of AHT had improved the doctors' understanding of the lecture information.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive therapy, organo-protective effects, pleiotropic effects.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (5): 11-15

Согласно результатам эпидемиологических исследований, в России заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением (АД) составляет 7801,4 случаев на 100 тыс. населения [1], а распространенность артериальной гипертензии (АГ) у лиц >15 лет составляет 39,5% [2]. Поражение "органов-мишеней" (ПОМ) делает АГ заболеванием, основная опасность которого связана с высоким риском развития кардио- и цереброваскулярных

катастроф, хронической почечной недостаточности (ХПН), прогрессирования атеросклероза, ожирения (Ож) и сахарного диабета 2 типа (СД-2) [3].

Ведение больных АГ в России регламентируется клиническими рекомендациями, согласно которым выделяют пять основных: ингибиторы ангиотензин-превращающего (ИАПФ), сартаны, антагонисты кальция (АК), тиазидные диуретики (тД), β-адрено-блокаторы (β-АБ) и три дополнительных:

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: 8 (926) 115-15-66

e-mail: victoria-mychka@yandex.ru; Prokhorovay@list.ru

[Верткин А. Л. – д. м.н., проф., заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи, Скотников А. С. – к. м.н., доцент кафедры, Мычка В. Б.* – д. м.н., профессор кафедры, Прохорова Ю. В. – аспирант кафедры, Хамурзова М. А. – аспирант кафедры, Узueva Э. И. – аспирант кафедры].

α -адреноблокаторы (α -АБ), агонисты имидазолиновых рецепторов (АИР), прямые ингибиторы ренина (ПИР) классов антигипертензивных препаратов (АГП), антигипертензивный эффект которых сопоставим [1].

В своей повседневной практике врач сталкивается с проблемой выбора метода лечения, в большей степени показанного в той или иной конкретной клинической ситуации. Ошибки в лечении и недостатки ведения больных АГ связаны, как правило, с недостаточной осведомленностью врачей в вопросах, как выбора АГП, так и режима их назначения и дозирования, учета межлекарственного взаимодействия в условиях вынужденной полипрагмазии, обусловленной коморбидностью, а также с плохой приверженностью лечению [4].

Низкая мотивация врачей к повышению своего профессионального уровня, обусловленная их трудовой нагрузкой, усталостью и обилием медицинской информации, усугубляет сложившееся положение и делает крайне затруднительным вопрос адекватного лечения АГ и своевременной профилактики ее осложнений [5]. Поиск методов совершенствования квалификации врачей лег в основу настоящей работы.

Цель исследования — определить роль алгоритмизации назначения антигипертензивной терапии (АГТ) и повышения квалификации врачей в лечении АГ.

Материал и методы

Исследование включало три этапа. На первом этапе ретроспективно был проведен анализ 3239 протоколов патологоанатомических вскрытий больных, поступивших в многопрофильный стационар г. Москвы по поводу декомпенсации соматической патологии. Средний возраст больных — $72,7 \pm 11,5$ лет. Причинами смерти 1566 (48,3%) больных явились острые и хронические формы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Из 3239 больных, умерших в терапевтических отделениях многопрофильного стационара, АГ различных степеней (ст.) при жизни имела место у 1490 (46,2%) пациентов, средний возраст которых составил $68,5 \pm 12,2$ лет.

В то же время, из 1566 больных, умерших по причине острых и хронических ССЗ и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), АГ имела место у 1504 (96,1%) пациентов.

Морфологическим субстратом для посмертной диагностики АГ являлись обнаружение при аутопсии ПОМ, среди которых были сердце — гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ), признаки перенесенного ИМ; головной мозг (ГМ) — признаки перенесенного инфаркта ГМ (ИГМ); почки (нефроангиосклероз, “первично сморщенная почка”).

Таким образом, высокая распространенность АГ у “сосудистых” больных позволяет рассматривать ее в качестве фонового заболевания практически каждого пациента с ССЗ.

Среди 1504 больных АГ 674 составляли мужчины (средний возраст $67,5 \pm 10,5$ лет) и 830 женщины (средний возраст $71,1 \pm 12,2$ лет). Тяжесть АГ определяли ретроспективно с помощью общепринятой классификации ВНОК.

В структуре всех пациентов с АГ 1 ст. повышения АД имели 22,7% ($n=341$), 2 ст. — 58,8% ($n=885$), а 3 ст. — 18,5% ($n=278$) больных. На этом же этапе работы у 1566 пациентов с различной ст. повышения АД был проанализирован спектр осложнений АГ и структура коморбидной патологии.

На втором этапе исследования была изучена АГТ, длительное время проводившаяся этим больным на амбулаторном этапе. Из 1504 больных АГ, умерших по причине ССЗ, карты амбулаторного пациента удалось обнаружить лишь в 971 (64,6%) случае. У остальных 533 (35,5%) амбулаторные карты в поликлиниках отсутствовали, следовательно, регулярное наблюдение более чем за третьей частью больных, страдающих ССЗ и АГ, не проводилось.

Таким образом, подробный разбор различных схем консервативной АГТ, назначенной коморбидным “сосудистым” больным, страдающим АГ, проводили в группе (гр.), состоящей из 971 пациента (средний возраст $66,7 \pm 9,7$ лет). После анализа 971 карты амбулаторного пациента было составлено общее представление о АГТ, проводимой врачами поликлинического звена, был обобщен перечень классов АГП и их отдельных представителей, а также были выделены наиболее часто применяемые схемы АГТ.

В этой же части работы из 971 “сосудистого” больного была сформирована когорта, состоявшая из 114 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту, спектру и тяжести основной и сопутствующей патологии. В данную выборку вошли курящие мужчины (средний возраст $67,8 \pm 8,8$ лет) с АГ 2 ст., фибрилляцией предсердий (ФП) (пароксизмальный тип), СД-2, Ож, аденомой простаты, имеющие симптомы хронической сердечной (ХСН) II функционального класса (ФК) по NYHA и почечной (латентная стадия) недостаточности (ПН), перенесшие ИГМ. АГТ этих больных проанализировали на предмет единообразия и преемственности.

Результаты второго этапа исследования продемонстрировали наличие трудностей и обозначили большое число спорных вопросов при назначении АГТ. Поэтому третий этап исследования включал в себя разработку алгоритма выбора АГП в зависимости от структуры “сосудистой” и сопутствующей патологии у больных АГ.

Необходимость алгоритмизации в профессиональной деятельности врача была подтверждена медико-социологическим опросом 136 врачей-терапевтов, работающих в поликлиниках Северного административного округа (САО) г. Москвы.

Опрос врачей проводили повторно после курса лекций с учетом разработки и внедрения алгоритма выбора АГП, пожеланий врачей-терапевтов, а также исправления большинства недочетов и неудобств, указанных ими.

Статистическую обработку результатов осуществляли в программе “Statistica 6.0”. Использовали следующие статистические методы: вычисление среднего значения, вычисление стандартного отклонения, расчет достоверности и критерия Стьюдента, построение диаграмм и гистограмм. Различия между гр. считали достоверно значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

На первом этапе в результате скрининга 1504 протоколов аутопсий больных ССЗ с АГ было выявлено, что причиной смерти (основным диагнозом) 183 (12,2%) пациентов стал ОИМ; 281 (18,7%) человека — ИГМ; 29 (1,9%) больных — геморрагический инсульт (ГИ); 48 (3,2%) пациентов — сочетание ИМ и ИГМ; 410 (27,2%) больных — хронические формы ИБС (ХИБС); 359 (23,9%) больных — хроническая ишемия ГМ (ХИГМ); 167 (11,1%) пациентов — сочетание ХИБС и ХИГМ и 9 (0,6%) — диссекция аорты (ДА). Гиперто-

Таблица 1

Связь величины АД с частотой сосудистых осложнений

Ст АГ	ИМ (n=183)	ИГМ (n=281)	ГИ (n=29)	ИМ+ИГМ (n=48)	ДА (n=9)
1 ст	17 (9,3%)	23 (8,2%)	1 (3,4%)	4 (8,3%)	1 (11,1%)
2 ст	121 (66,1%)	54 (19,2%)	2 (6,8%)	37 (77,1%)	1 (11,1%)
3 ст	45 (24,6%)	204 (72,6%)	26 (89,8%)	7 (14,6%)	7 (77,8%)

ническая болезнь (ГБ) как основное заболевание фигурировала в структуре заключительного диагноза 18 (1,2%) больных.

Частота развития острых кардио- и цереброваскулярных событий различалась в зависимости от величины АД (таблица 1).

Даже легкое и умеренное повышение АД, не требующее усиленной АГТ, опасно развитием сосудистых катастроф. Риск развития ИМ (66,1%) и сочетания ИМ и ИГМ (77,1%) максимально высокий у пациентов со 2 ст. АГ, а у пациентов с АГ 3 ст. наиболее высока вероятность развития ИГМ (72,6%), ГИ (89,8%) и ДА (77,8%).

Среди 1504 больных ССЗ с АГ у 429 (28,5%) пациентов был диагностирован СД-2; у 513 (34,1%) пациентов — Ож; у 325 (21,6%) больных — злокачественные новообразования (ЗН) различных локализаций; у 280 (18,6%) — алкогольная висцеропатия (АВ); у 262 (17,4%) пациентов — хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); у 162 (10,8%) больных — желчнокаменная болезнь (ЖКБ); у 146 (9,7%) — мочекаменная болезнь (МКБ); у 588 (87,2% от 674 мужчин с ССЗ и АГ) пациентов — доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ); у 273 (32,9% от 830 женщин с ССЗ и АГ) больных — миома матки; у 205 (13,6%) — коллагенозы и у 93 (6,2%) — язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки.

Наиболее частыми осложнениями коморбидных больных ССЗ и АГ были тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и ее ветвей (n=733; 48,7%), отек легких (ОЛ) (n=247; 16,4%), отек головного мозга (ОГМ) (n=591; 39,3%), пневмония (n=1048; 69,7%), эрозивно-язвенное поражение (ЭЯП) слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (n=713; 47,4%), ФП (n=529; 35,2%), ХСН (n=799; 53,1%), хроническая ПН (ХПН) (n=1017; 67,6%), дыхательная недостаточность (ДН) (n=260; 17,3%), кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) (n=110; 7,3%) и анемии (n=224; 14,9%). В подавляющем большинстве случаев осложнения основного ССЗ и сопутствующей патологии были представлены комбинациями.

Таким образом, в результате анализа протоколов аутопсий больных ССЗ, выявлены: высокая частота (96,1%) АГ с признаками ПОМ, тесная связь величины АД с риском развития сосудистых катастроф, а также широкий спектр коморбидной патологии и ее осложнений, затрудняющих назначение и прием АГП.

Во второй части исследования, в результате ретроспективного анализа 971 карты амбулаторных пациен-

Таблица 2

Различные схемы АГТ схожих больных

Препараты	Частота назначения
Монотерапия: ИАПФ, АК	19,3%
ИАПФ+тД+β-АБ	31 (32,3%) *
ИАПФ+тД+АК	19 (21,6%) *
ИАПФ+тД+АК+β-АБ	12 (13,2%)
АРА+тД+АК+β-АБ	12 (13,2%)
АРА+АК+β-АБ	10 (10,8%)
АК+β-АБ	8 (8,9%)

Примечание: * — $p < 0,05$.

тов с ССЗ и АГ, отмечено, что всем больным вне зависимости от ст. тяжести АГ проводили длительную АГТ. Лечение в целом соответствовало клиническим рекомендациям ведения пациентов с АГ.

Наиболее часто врачи амбулаторного звена назначали ИАПФ (88,9%), АК (49,8%) и β-АБ (41,4%). Обращают на себя внимание малая частота назначения сартанов (17,7%), а также крайне низкая частота назначения α-АБ (6,5%), АИР (3,1%) и ПИР (1,3%).

В структуре ИАПФ в 48,3% (n=431) случаев назначался эналаприл, в 15,4% (n=138) — лизиноприл, в 10,5% (n=94) — периндоприл, в 9,7% (n=87) — рамиприл, в 5,6% (n=49) — каптоприл, в 4,4% (n=39) — зофеноприл, в 3,2% (n=29) — квинаприл, в 1,8% (n=16) — рениприл, в 1,1% (n=10) — фозиноприл.

Среди АК 52,2% (n=253) всех назначений занимал амлодипин, в 21,2% (n=103) случаев — нифедипин, в 10,3% (n=49) — нимодипин, в 9,2% (n=45) — фелодипин, в 7,1% (n=34) — верапамил.

Из β-АБ 41,3% (n=166) всех назначений занимал бисопролол, в 17,8% (n=72) случаев — метопролола тарtrat, в 12,2% (n=49) — метопролола сукцинат, в 10,1% (n=41) — атенолол, в 9,3% (n=37) — пропранолол, в 6,1% (n=24) — карведилол, в 3,2% (n=13) — небиволол.

Из 172 случаев назначения антагонистов рецепторов ангиотензина-II (АРА) в 46,2% (n=80) случаев назначали лосартан, в 27,3% (n=47) — валсартан, в 12,5% (n=22) — кандесартан, в 9,4% (n=16) — ирбесартан, в 4,6% (n=8) — телмисартан.

В 89,6% (n=870) случаев назначения АГП был применен комбинированный режим АГТ (КАГТ). Комбинации из 2 препаратов были использованы у 10,1% (n=89) больных, из 3 препаратов — у 87,8% (n=764) больных, из 4 — в единичных случаях (2,1%).

Наиболее частыми комбинациями АГП были сочетание ИАПФ, β-АБ и тД (n=540), назначенное в 62,1% случаев, а также сочетание АК, ИАПФ,

Таблица 3

Используемые препараты (МНН) в комбинации
ИАПФ+тД+ β-АБ

Препараты	Частота назначения	Достижение целевого АД
Эналаприл, Гхт, атенолол	7 (22,6%) *	6 (85,7%)
Лизиноприл, Гхт, бисопролол	6 (19,4%) *	5 (83,3%)
Лизиноприл, Гхт, карведилол	5 (16,1%)	4 (80%)
Рамиприл, Гхт, бисопролол	4 (12,9%)	4 (100%)
Периндоприл, индапамид, бисопролол	4 (12,9%)	4 (100%)
Эналаприл, Гхт, метопролол	3 (9,7%)	3 (100%)
Рамиприл, Гхт, пропранолол	2 (6,4%)	2 (100%)
Суммарно	31 (100%)	28 (90,3%)

Примечание: * — $p < 0,05$.

тД и β-АБ, назначенное 21,2% ($n=184$) больным. В остальных 16,7% ($n=146$) случаях были назначены другие комбинации, включающие АРА, АИР, α-АБ.

АГП в режиме монотерапии были использованы 10,4% ($n=101$) пациентами. В 38,3% ($n=39$) случаев применяли ИАПФ, в 31,4% ($n=32$) случаев — АК, в 19,7% ($n=20$) случаев — β-АБ, в 10,6% ($n=10$) случаев — сартаны.

Таким образом, независимо от режима терапии, самыми назначаемыми АГП являлись ИАПФ, β-АБ и АК, наиболее востребованы из которых эналаприл, бисопролол и амлодипин, соответственно, а дополнительным лекарственным препаратом, усиливающим АГП, в большинстве случаев является гидрохлортиазид (Гхт).

Как было упомянуто ранее, в финале второго этапа исследования была сформирована гр. из 114 пациентов, сопоставимых по возрасту, полу, структуре заболеваний и осложнений, а также их тяжести. Детальный анализ амбулаторных карт этих больных, практически идентичных между собой, выявил неоднородность способов и режимов их АГП. Из 114 больных 13 (11,4%) пациентам проводили монотерапию ИАПФ, 9 (7,9%) пациентам — монотерапию АК. Таким образом, такой режим АГП был применен в лечении 22 (19,3%) коморбидных больных высокого сердечно-сосудистого риска (ССР), что не соответствует общепринятым рекомендациям как с позиций возможного достижения целевых значений АД, так и с точки зрения улучшения отдаленного прогноза у этих пациентов.

Режим КАГТ был назначен 92 (80,7%) больным. Однако выбор составляющих многокомпонентной схемы АГП различался почти у каждого двадцатого больного. Подробный анализ различных схем КАГТ, примененных к идентичным коморбидным больным представлен в таблице 2.

В лечении пациентов с вышеописанным набором заболеваний: АГ, ФП, СД-2, ХСН, ХПН, Ож, ДГПЖ, последствия ИГМ, практически врачи отдают предпочтение комбинации ИАПФ, тД и β-АБ ($n=31$). Однако даже в структуре представленной комбинации выбор конкретного АГП (как международного непа-

ентованного названия (МНН), так и торгового наименования) различался практически в каждом отдельно взятом случае (таблица 3).

Наиболее часто назначали сочетание эналаприла, Гхт и атенолола и лизиноприла, Гхт и бисопролола. Таким образом, в терапии не были учтены фармакокинетические свойства ИАПФ — лизиноприл обладает 100% почечной элиминацией, в то время как у всех больных присутствовала ХПН, и селективность β-АБ — атенолол является неселективным препаратом, обладающим низким профилем метаболической безопасности, в то время как у всех пациентов был СД-2.

На фоне АГТ 90,3% ($n=28$) коморбидных больных ССЗ и АГ достигли целевых значений АД, однако это не смогло предотвратить развитие у них инвалидизирующего ИГМ ранее (первичная профилактика) и последующих сосудистых катастроф, ставших причиной летальных исходов этих пациентов (вторичная профилактика).

Таким образом, широкий спектр применяемых в клинической практике АГП большей частью преследует исключительно цель снижения АД, в то время как одного антигипертензивного эффекта, обеспечивающего достижение целевых цифр АД, недостаточно для предотвращения осложнений АГ. Органопротективные свойства (кардио-, вазо-, церебро-, нефроротекция) и плейотропные эффекты (антиокислительный, гиполипидемический, метаболический, противовоспалительный и др.) АГП практически не учитываются врачами, что в условиях коморбидности способствует вынужденной полипрагмазии и увеличивает риск взаимодействия лекарственных средств, развития их нежелательных явлений (НЯ). Защита поврежденных органов-мишеней и компенсация сопутствующей патологии необходимы для своевременной профилактики осложнений АГ, а знание дополнительных полезных свойств АГП и принципов рациональной фармакотерапии является залогом уменьшения полипрагмазии.

Исходя из многочисленных, индивидуальных, морфологических, анамнестических, физикальных, эпидемиологических, гендерных и других различий каждого пациента, алгоритм выбора АГП должен учитывать пол, возраст, массу тела (МТ), наличие привычных интоксикаций, длительность АГ, наличие ПОМ и перенесенных сосудистых катастроф, а также структуру коморбидности и составляющие медикаментозной терапии.

Выбор режима терапии и класса АГП должен осуществляться только после формирования полного разностороннего представления о больном АГ, а назначение конкретного представителя МНН должно быть обосновано доказанными органопротективными и плейотропными эффектами выбранного препарата, одновременно полезными для ряда заболеваний в той или иной структуре коморбидности.

Решение вопроса о рациональности КАГТ должно быть аргументировано не только потенцированием

антигипертензивного эффекта, но и расширением органопротекции, усилением плейотропии, минимизацией межлекарственных взаимодействий.

В результате проведенного медико-социологического опроса 136 врачей-терапевтов были получены достаточно однородные ответы, демонстрирующие низкую мотивацию специалистов амбулаторного звена к совершенствованию своей квалификации в целом и знаний об АГ в частности. На вопрос “Достаточно ли Ваших знаний об АГ для повседневной работы?” 86,7% (n=118) респондентов ответили утвердительно. Регулярно посещают научно-практические конференции только 31,7% (n=43) опрошенных врачей. Периодические медицинские издания регулярно читают 58,2% (n=79) врачей, однако активными подписчиками являются лишь 7,4% (n=8) из них. Отвечая на вопрос “Как часто в Вашей поликлинике проводятся семинары и лекции?” подавляющее большинство (94,9%) (n=129) респондентов ответили 2–3 раза в мес., что, по их мнению, довольно часто, при этом большинство проводимых мероприятий посвящено ССЗ. Большой интерес представляют результаты второй половины опроса, отражающие мнения врачей о качестве лекций.

Содержанием прослушанного лекционного материала не довольны 63,8% (n=87) опрошенных врачей, на взгляд которых проводимые мероприятия в большинстве своем носят теоретический характер, перегружены диаграммами клинических исследований и рекламным подтекстом, что, по мнению 75,2% (n=102) респондентов, затрудняет использование полученной информации в повседневной практической работе. Профессиональная загрузка, дефицит времени, а также усталость затрудняют восприятие информации, доносимой лектором, для 84,6% (n=115) врачей. На вопрос “Что бы Вы хотели изменить в структуре и формате лекций?” 71,6% (n=98) опрошенных выказали потребность в интерактивной форме проводимых семинаров, 52,7% (n=72) врачей желают видеть больше доступного мультимедийного и анимационного материала, 91,9% (n=125) респондентов считают необходимой подачу информации в виде конкретных алгоритмов и резюмирующих схем, легко применимых в клинической практике, а 16,8% (n=23) терапевтов хотят видеть в медицинских лекциях элементы театрализа-

ции и искусства. Обнаруженные результаты потребовали модернизации формата и структуры проводимых мероприятий, что и было выполнено в ряде поликлиник САО ДЗ г. Москвы.

Таким образом, учет пожеланий врачей, внедрение алгоритма выбора АГП, а также формирование гр. больных АГ, схожих по полу, возрасту, структуре коморбидной патологии, ее тяжести и другим критериям улучшило восприятие врачами лекционного материала; укрепило их представление о необходимости интерактивности, мультимедийности и театральности проводимых мероприятий; достоверно повысило их интерес к изучению различных аспектов АГ, а также мотивацию к повышению профессиональной квалификации. Более того, выделение, упорядочение и запоминание клиничко-фармакологических ниш для использования различных классов и отдельных представителей лекарственных средств, снижающих АД, способствовало улучшению практических аспектов рационализации фармакотерапии коморбидных состояний у больных АГ.

Выводы

Распространенность АГ и ПОМ у “сосудистых” больных составляет 96,1%, при этом даже легкое повышение АД, не требующее активной АГТ, опасно развитием сосудистых катастроф;

Достижение целевых значений АД является недостаточным методом предотвращения инвалидизирующих и фатальных осложнений АГ, а широкий спектр коморбидной патологии при ней вызывает трудности в выборе АГП;

Алгоритм выбора АГП должен учитывать пол и возраст больного, МТ, наличие привычных интоксикаций, длительность АГ, наличие ПОМ, структуру коморбидности и составляющие медикаментозной терапии;

Внедрение алгоритма выбора АГП на 52,1% облегчило использование полученных знаний в повседневной практике, а модернизация семинаров посредством повышения их интерактивности, мультимедийности и театральности на 36,6% снизила общее недовольство врачей от прослушанной лекции и на 42,7% улучшила ее восприятие.

Литература

1. Society of cardiology of Russian Federation. National guidelines for the diagnosis and treatment of hypertension; Moscow, izd-vo ООО “Siliceja-Poligraf” 2010. Russian (Всероссийское научное общество кардиологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Москва, изд-во ООО “Силицея-Полиграф” 2010).
2. Shalnova SA, Balanova Y.A., Konstantinov Y.A. Hypertension: prevalence, awareness, acceptance and effectiveness of antihypertensive treatment in the population of the Russian Federation. Russian Journal of Cardiology. 2006; 4: 45–50. Russian (Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 2006; 4:45–50).
3. Sharipova Г.Х., Chazova I.E. Violations of kidney function in patients with the metabolic syndrome in combination with arterial hypertension. Russian journal of cardiology, 2009; 3:89-95. Russian (Шарипова Г.Х., Чазова И.Е. Нарушения функции почек у больных при метаболическом синдроме в сочетании с артериальной гипертензией, Российский кардиологический журнал, 2009; 3:89-95).
4. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertens 2009; 27 (11): 2121–58.
5. Vodopyanov NE, Starchenkova ES. “Burnout Syndrome: Diagnosis and Prevention”. M-SPB, “Peter” 2005. Russian (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. “Синдром выгорания: диагностика и профилактика”. М-СПб, “Питер” 2005).