

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.4\(55\).2022.3](https://doi.org/10.34287/MMT.4(55).2022.3)

М. Я. Доценко, О. Я. Малиновська, Л. В. Герасименко, І. О. Шехунова, С. С. Боєв, О. В. Молодан
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна

N. Y. Dotsenko, O. Y. Malynovska, L. V. Herasymenko, I. O. Shekhunova, S. S. Boiev, O. V. Molodan
State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УКРАЇНІ: ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ

Diagnosis, treatment and management of hypertension in Ukraine: survey of doctors

Реферат

Мета роботи. Оцінити виконання сучасних стандартів ведення пацієнтів із артеріальною гіпертензією практикуючими лікарями України.

Матеріали та методи. Проаналізовано 76 анонімних анкет, представлені кардіологами (65,8%) а також терапевтами і сімейними лікарями (34,2%).

Результати. Більшість лікарів при діагностиці і корекції терапії гіпертензії орієнтуються на дані амбулаторного моніторингу артеріального тиску. Лікарі рідко призначають добове моніторування артеріального тиску для діагностики гіпертензії «білого халату». Більшість лікарів призначають ЕКГ при наявності скарг з боку серця, а не для діагностики ураження органів-мішеней, а ехокардіографію і дослідження сонної артерії часто при кожному контакті. При підозрі на резистентну гіпертензію тільки 20% кардіологів призначають рекомендовані мінералокортикоїди. Статини пацієнтам з гіпертензією більшість докторів призначають «1 пацієнту з 10».

Висновки. У цілому підходи до лікування гіпертензії опитаними відповідає сучасним рекомендаціям. Встановлено недостатнє розуміння лікарями показів і частоти проведення інструментальних досліджень, слабку насторогу відносно гіпертензії «білого халату» та резистентної гіпертензії, недостатнє призначення статинів. Укладачам рекомендацій бажано звертати більше уваги практичним аспектам ведення пацієнтів.

Abstract

Purpose of the study. The goal of the study was to evaluate the implementation of modern healthcare standards in patients with hypertension by practitioners in Ukraine.

Materials and methods. We analyzed 76 anonymous questionnaires, represented by cardiologists (65,8%) as well as internists and family doctors (34,2%).

Results. Most physicians in the diagnostics and correction of hypertension therapy focus on the data of ambulatory blood pressure monitoring. Doctors rarely prescribe ambulatory blood pressure monitoring for the diagnostics of white coat hypertension. Most doctors prescribe ECG in the presence of heart complaints, but not for investigation of target organs damage, and echocardiography and carotid ultrasound often with each contact. If resistant hypertension is suspected, only 20% of cardiologists prescribe recommended mineralocorticoids. Statins for patients with hypertension, most doctors prescribe «1 patient out of 10».

Conclusions. In general, the approaches to the treatment of hypertension by the interviewees correspond to modern recommendations. Insufficient understanding by doctors of the indications and frequency of conducting instrumental studies, weak vigilance regarding «white coat» and resistant hypertension, insufficient prescription of statins were established. It is desirable for the compilers of the recommendations to pay more attention to the practical aspects of patient management.

Ключові слова: Артеріальна гіпертензія, організація лікування, інструментальна діагностика.

Keywords: arterial hypertension, organization of treatment, instrumental diagnostics.

В наш час у більшості медичних видань з певною періодичністю друкуються повідомлення про стан тієї чи іншої галузі медичної допомоги у різних регіонах. Так, провідний часопис Європи з кардіології – European Heart Journal – останнім часом надрукував статті: «Знайомство з відділенням кардіології лікарні Західного Китаю Сичуанського університету», «Клінічні характеристики, лабораторні профілі та методи лікування сімейної гіперхолестеринемії в Єгипті», «Антигіпертензивні стратегії та контроль гіпертонії в країнах Африки на південь від Сахари» та інші [1, 2, 3]. Подібні роботи представлені й в Україні [4]. Такі дослідження є важливими. Вони допомагають зрозуміти наскільки якісно надається медична допомога з того чи іншого приводу, дозволяють порівняти рівень медичних втручань у конкретному медичному закладі з кращою відповідною патологією у інших лікарнях, регіонах, державах і визначитися, у якому напрямку слід рухатися лікарю чи лікувальному закладу у своєму розвитку.

МЕТА РОБОТИ

Метою нашої роботи було оцінювання частоти виконання сучасних стандартів діагностики, лікування та ведення пацієнтів із артеріальною гіпертензією двома групами лікарів методом анкетного опитування.

У 2021 році нами було проаналізовано 76 анкет практикуючих лікарів. Порівнювали дані, представлені кардіологами (1 група, 50 лікарів, 65,8%), а також терапевтами і сімейними лікарями (2 група, 26 лікарів, 34,2%). Середній вік спеціалістів склав $46,58 \pm 1,85$ та $41,12 \pm 2,80$ років, стаж роботи – $19,88 \pm 1,81$ та $15,31 \pm 2,76$ років відповідно.

При складанні запитань, що входили у опитувальник, ми віддавали перевагу тенденціям, які змінилися нещодавно. Питання ми намагалися складати так, щоб відповідь на них була не однозначною або формулювалася на розсуд лікарів (Табл. 1).

Питання № 1: Які цифри АТ Ви враховуєте, коли визначаєте ступінь АГ?

Еталонна відповідь (ЕВ): згідно із останніми рекомендаціями експерти асоціації кардіологів України (ЕАКУ) вважають, що «Золотим стандартом скринінгу, діагностики та оцінки ефективності терапії АГ є традиційне вимірювання АТ в умовах медичного закладу (офісне вимірювання АТ) [5].

Експерти Європейського товариства кардіологів (ЕСТК) рекомендують засновувати діагнос-

тики АГ на наступних параметрах: – Повторні виміри «офісного» АТ; або – Позаофісні вимірювання АТ з використанням ДМАТ та/або АМАТ в тих випадках, коли це зручно та економічно виправдано» [6].

Слід підкреслити, що діагностика АГ базується саме на повторних вимірюваннях офісного АТ – під час ≥ 1 візиту до лікаря, за винятком випадків тяжкої АГ (наприклад, 3-го ступеню та особливо у пацієнтів із високим ризиком) або вимірюванні АТ методом амбулаторного і домашнього моніторингу [7].

Наші коментарі (НК): за нашими даними більшість опитаних лікарів при діагностиці АГ намагаються орієнтуватися на дані АМАТ, з чим ми повністю згодні. Виходячи з реалій клінічної практики України пацієнти неохоче зголошуються на повторний візит до лікаря для вимірювання АТ коли в нього «нічого не болить».

Питання № 2: Чи часто Ви назначаете ДМАТ з метою діагностики «АГ білого халату»?

ЕВ: ЕСТК «АГ білого халату» зустрічається у 30–40% пацієнтів (і у $> 50\%$ літніх) з високим офісним АТ, хоча її частота варіює за даними різних досліджень [6]. Її поширеність невелика в осіб із ураженням органів, зумовленими АГ, при повторних вимірах офісного АТ, а також у ситуаціях, коли лікар не залучений до процесу визначення АТ. Значний ефект «білого халата» може спостерігатися у пацієнтів з будь-яким ступенем АГ (включаючи резистентну АГ), проте поширеність АГ «білого халата» максимальна у групі пацієнтів з АГ 1-го ступеня».

НК: якщо виходити з наведених даних про поширеність АГ «білого халата», то призначення ДМАТ (а також АМАТ) 1–2 рази у місяць у рутинній лікарській практиці є абсолютно недостатнім, особливо в умовах амбулаторної практики. Цей факт, на нашу думку, потребує більшої уваги як провайдерів, спікерів, укладачів настанов, так й МОЗ України для зменшення тягаря на систему охорони здоров'я через призначення необґрунтованих досліджень і лікування.

Питання № 3: Ступінь ризику за шкалою SCORE пацієнтам з АГ Ви визначаєте...

ЕВ: раніше практикувалася особлива шкала оцінки ризику АГ, яка мало впливала на тактику ведення пацієнтів [8]. У останніх рекомендаціях чітко визначається, що ступінь серцево-судинного (СС) ризику при АГ повинна визначатися за шкалою SCORE [7]. І саме результатами за цією шкалою регламентується проведення більшості медикаментозних втручань!

НК: Більшість лікарів, що пройшли опитування, відповіли правильно – ступінь СС ризику

за шкалою SCORE визначають усім, при цьому число таких серед Кар. більше. Визначення ризику тільки «інколи чи при ознаках високого ризику» слід вважати не виконання сучасних рекомендацій, й число таких лікарів є досить значне.

Питання № 4: ЕКГ пацієнтам з АГ Ви призначаєте...;

Питання № 5: ЕхоКС пацієнтам з АГ Ви призначаєте...

Питання № 6: УЗД сонної артерії пацієнтам з АГ Ви призначаєте... – стосуються діагностики ураження органів-мішеней (ДУОМ), і їх ми розглянемо разом. Так, ЕСТК рекомендують проведення ЕКГ у 12 відведеннях у всіх хворих на АГ (рівень доказовості (РД) ІВ); ЕхоКГ: – при виявленні змін на ЕКГ або при наявності симптомів та ознак дисфункції лівого шлуночка (ГЛШ) (РД ІВ); – може виконуватись, якщо виявлення ГЛШ вплине на вибір тактики лікування (РД ІвВ); проведення УЗД сонних артерій – просто рекомендується (РД І В) [6].

ЕАКУ: при оцінці ураження органів-мішеней – ЕхоКС для усіх є бажаною на етапі первинної ланки й обов'язковою на етапі вторинної допомоги; УЗД сонних і периферичних артерій може проводитися як додаткові дослідження [5]. ЕКГ є обов'язковою для всіх пацієнтів; проведення ЕхоКГ та УЗД сонної артерії для закладів первинної медичної допомоги є бажаним, вторинної амбулаторної та стаціонарної – обов'язковими.

Необхідно підкреслити, що ці рекомендації надаються відносно обстеження пацієнтів з АГ, коли захворювання діагностовано уперше. В подальшому «рекомендується проводити оцінку факторів ризику (у пацієнтів) безсимптомного ураження органів не рідше ніж кожні 2 роки» [6].

Хочемо нагадати, що згідно традицій Європейської медичної практики, інструментальні дослідження повинні призначатися тоді, коли вони будуть впливати на тактику ведення пацієнта. Відносно теми, що обговорюється, є ще одне показання: високотехнологічні методи дослідження (враховуючи вартість/надану інформативність) можуть застосовуватися, якщо вони вплинуть на більш точне визначення СС ризику [8].

НК: таким чином, більшість опитаних лікарів призначають ЕКГ при появі скарг з боку серця, а не для ДУОМ. При цьому ЕхоКС, УЗД сонної артерії призначають у більшості випадків при кожному контакті. Звертаємо увагу, що лікарі призначають УЗД сонної артерії тільки несуттєво рідше, ніж ЕхоКС, а також має місце різноманіття отриманих даних відносно частоти призначення цих досліджень у динаміці спостереження пацієнтів, причому не рідко – раз на 5 років.

Хочемо нагадати, що ЕСТК у рекомендаціях з профілактики ССЗ вказують, що «систематичне дослідження товщини інтима-медіа для покращення оцінки ризику не рекомендується через відсутність методологічної стандартизації та

відсутність додаткових переваг визначення товщини комплексу інтима-медіа у прогнозуванні майбутніх СС подій, навіть у групі проміжного ризику» [8]. Крім того, чутливість виявлення ГЛШ (за ЕхоКС) помірна при підтвердженій прогностичній цінності, а чутливість виявлення потовщення комплексу інтима-медіа сонної артерії чи бляшок у ній визнається дуже низькою при дуже повільному змінні цих параметрів й відсутності прогностичної цінності [9].

Таким чином, отримані дані можна трактувати так: лікарі мають слабе розуміння відносно мети, показів до проведення вказаних досліджень у пацієнтів з АГ. Ми вважаємо, що лікарям необхідно надати орієнтири по повторному проведенню цих досліджень при спостереженні пацієнтів. Прикладом може бути наказ МОЗ України № 2857 від 23. 12. 2021 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця», в якому вказується, що ЕхоКГ повинно проводитися таким пацієнтам: « – під час щорічного моніторингу; – безсимптомним стабільним хворим – кожні 2–5 років». Також, при складанні настанов крім клінічної повинна враховуватися і економічна складова, враховуючи доступність цих досліджень у медзакладах України.

Питання № 7: Через який час зазвичай Ви досягаєте цільового АТ при медикаментозній терапії АГ?

ЕВ: ЕСТК вказують, що «Після початку антигіпертензивної терапії важливо спостерігати за пацієнтами хоча б протягом перших двох місяців з метою оцінки впливу лікування на АТ та виявлення можливих побічних ефектів доти, доки не буде досягнуто контролю АТ [6]. Терапія фіксованими комбінаціями повинна призвести до зниження АТ протягом 1–2 тижнів, і зниження може продовжуватися ще в наступні 2 місяці. Після досягнення цільового рівня АТ інтервали між відвідуваннями лікаря можуть становити кілька місяців, при цьому доведено, що немає різниці між 3 і 6 місяцями щодо збереження контролю АТ».

До подібних висновків приходять й вітчизняні дослідники: в більшості випадків цільовий АТ досягається через 2 тижня лікування, у частини – через 4 тижні [10].

НК: За нашими даними більшість лікарів орієнтується на строки 2 тижні. (Двоє лікарів відповіли, що не контролюють цільовий АТ – це тому, що вони працюють у стаціонарах). Але така установка може призводити до послаблення досягнення цільового АТ, що є недопустимим! В нас немає пропозицій щодо покращення ситуації з цього питання – тут потрібні настанови МОЗ України.

Питання № 8: Як Ви вважаєте, при корекції терапії краще орієнтуватися на показники АТ за даними...?

ЕВ на це питання перетинається з питанням № 1. Однак відомі дослідження, які свідчать, що в первинній діагностиці АГ та виборі антигіпертензивної терапії моніторингування АТ є провідним діагностичним методом. Найбільш інформативним є метод АМАТ з частотою вимірювань кожні 2–3 години, протягом дня (міра інформативності за Кульбаком $I(x) = 1,8$, порівняно з $I(x) = 2,0$ при ДМАТ) [11]. При цьому автор зазначає, що найкраща прихильність до АМАТ зберігається при вимірюваннях АТ один раз на день – у 96,7% пацієнтів, або два рази на день у 90,0%, ($p < 0,05$), найгірша – при частих самовимірюваннях АТ – 76,6%, ($p > 0,001$). Виявлено тісний зворотний кореляційний зв'язок ($r = -0,98$; $p < 0,001$) між прихильністю до АМАТ та кратністю вимірювань АТ.

НК: результати опитування демонструють, що більшість лікарів у цьому питанні орієнтується на дані АМАТ, з чим ми повністю згодні. Хочемо відмітити тенденцію більш широкого застосування ДМАТ Кар., ніж Тер, що можна пояснити більшою доступністю для Кар. апаратного ДМАТ й більшою довірою до інструментальних методів дослідження.

Питання № 9: При корекції терапії чи враховуєте Ви частоту гіпертензивних кризів?

Це питання дискусійне, у сучасних рекомендаціях однозначної відповіді на нього ми не знайшли. Це питання слід вважати важливим, і ось чому. У останній час основними причинами розвитку гіпертензивних кризів вважаються: стрес, підвищене споживання солі, недотримання режиму лікування [12]. Вітчизняні автори вважають, що безпосередніми причинами виникнення гіпертензивного кризу є: дисфункція (гіперреактивність) діенцефальної області мозку та висока варіабельність АТ [13]. Таким чином, тактика ведення пацієнтів із такою патологією буде різнитися в залежності від провокуючих факторів, і це слід обов'язково враховувати. Крім того, за частотою розвитку «субклінічних» кризів, з не вираженою клінікою, що не потребує (або потребує) невідкладної допомоги, на наш погляд можна оцінити комплаєнс пацієнта, «готовність» до стресу, підвищену варіабельність АТ, що потребує застосування засад хронотерапії АГ [14,15].

НК: отримані дані свідчать, що абсолютна більшість лікарів звертають увагу на наявність та частоту розвитку гіпертензивних кризів у своїх пацієнтів. Слід визнати, що так робити їх заставляє досвід клінічної практики.

Питання № 10: Якщо не вдається досягти цільового АТ на комбінації ІАПФ/сартан + сечогінне + амлодипін Ви зазвичай додаєте...?

ЕВ: ЄТК: За відсутності адекватного контролю АТ на фоні потрійної комбінації слід посилити терапію за рахунок додавання спіронолактону або, при його непереносимості, інших діуретиків,

наприклад, амлориду та вищих доз інших діуретиків, БАБ або альфа-блокатора (РД ІВ) [6]. Інші ЄТК вказують, що якщо АТ не контролюється комбінацією трьох препаратів, лікування слід посилити додаванням спіронолактону або, якщо не переноситься, інші діуретики, такі як амлорид або вищі дози інших діуретиків, альфа-блокатора або БАБ, або клонідину [7].

НК: Відповіді лікарів на це питання нас здивували: більш ніж третина з них у таких випадках пропонують клофелін, ще третина – БАБ. Застосування ебрантилу ми розцінюємо як терапію «відчаю». Так, частина лікарів знають, що при резистентній АГ четвертим препаратом повинен бути мінералокортикоїд/інші діуретики, але, нажаль, таких небагато, навіть серед Кар.

Питання № 11: Як часто Ви призначаєте статини пацієнтам з есенціальною АГ?

ЕВ: Слід зазначити, що ЄТК в останні роки змінили свою думку по цьому питанню. Так у рекомендаціях 2018 року воно розглядалося так: «Пацієнтам дуже високого ризику рекомендується терапія статинами з метою зниження рівня ХС ЛПНШ $< 1,8$ ммоль/л або зменшення його на $\geq 50\%$ від вихідного рівня (РД І В) [6]. (Пацієнтам високого ризику – менш суворі межі (РД І В). Пацієнтам з низьким/помірним ризиком доцільно призначити терапію статинами з метою зниження рівня ХС ЛПНГ $< 3,0$ ммоль/л (РД ІІа С)». У 2021 році ця рекомендація ЄТК звучить коротше: Хворим з високим і дуже високим СС ризиком рекомендовані статини (ІВ) [7].

ЕАКУ: За відсутності протипоказань після уточнення діагнозу та ступеня ризику пацієнтам високого та дуже високого ризику призначається медикаментозна корекція дисліпідемії – статини в стандартних дозах [5].

НК: Слід вважати, що призначення статинів пацієнтам з АГ вирішено вже давно, й немов би вже повинно бути чітко засвоєно лікарями. Але результати опитування свідчать, що це не зовсім так. Нам здається, що призначення статинів у рутинній клінічній практиці «У 1 з 10 пацієнтів» є недостатнім. Тим більше, що є свідчення, що призначення статинів сприяє кращому контролю АТ. Звертаємо увагу, що Кар. дещо частіше призначають статини при АГ.

Питання № 12: Як часто Ви призначаєте ацетилсаліцилову кислоту пацієнтам з есенціальною АГ?

ЕВ: ЄТК: Для вторинної профілактики СС захворювань рекомендують аспірин 75–100 мг на добу (РД І А) [6, 7]. Антитромбоцитарна терапія не рекомендована особам із низьким/помірним ризиком СС захворювань через підвищений ризик великої кровотечі. (РД ІІІ А). (Наш коментар: у даному контексті при вторинній профілактиці маються на увазі тільки атеросклероз асоційовані захворювання, а саме всі форми ішемічної хвороби серця (підтвердженої), церебральні

інсульт, транзиторні ішемічні атаки, захворювання периферичних артерій, також включено тяжкі форми діабету й хронічні хвороби нирок).

НК: Ми із задоволенням констатуємо, що в теперішній час це питання знайшло чітке відображення у рекомендаціях. Оцінюючи результати опитування лікарів можна сказати, що у цілому вони виконують ці рекомендації.

Питання № 13: Якщо у пацієнта з АГ в анамнезі є інсульт, то яким антигіпертензивним препаратом Ви віддаєте перевагу?

ЕВ: експерти США у таких випадках віддають перевагу тiazидним діуретикам, ІАПФ або блокаторами рецепторів ангіотензину II – вони є корисними для зниження АТ та ризику повторного інсульту (РД ІА) [16]. ЕСТК вказують, що рекомендована антигіпертензивна терапія, спрямована на попередження інсульту, включає блокатор ренін-альдостеронової системи (РАС) у поєднанні з антагоністами кальцію або тiazидоподібним діуретиком (РД ІА) [6].

НК: Раніше були повідомлення, що антагоністи кальцію мають деякі переваги у таких пацієнтів. Однак в останній час така думка не отримала достатніх підтверджень, й на перші місця виходять блокатор РАС і сечогінні засоби. Жодну відповідь лікарів не можна вважати помилковою, але звертає увагу слідуюче: засоби, котрі впливають на РАС застосовують однакова часто і Кар. (54% лікарів), і Тер. (53,8), як й антагоністи кальцію.

ОБГОВОРЕННЯ

Питання діагностики, у нашому випадку вимірювання АТ, є важливим, оскільки від цього залежить визначення: чи є у пацієнта патологія, який її ступінь. Пов'язані питання: констатація патології має суттєвий психологічний вплив на пацієнта, фінансові проблеми – й для системи охорони здоров'я, і для пацієнта. За нашими спостереженнями, у реальній клінічній практиці України, дуже часто порушуються правила вимірювання АТ. Так, за вітчизняними традиціями лікар, у межах дуже обмеженого часу, зазвичай проводить вимірювання АТ тільки один раз замість двох, трьох. Мабуть подібна ситуація є й в інших країнах, що спонукало ЕСТК в останніх рекомендаціях чітко прописати, що всі три метода вимірювання АТ є рівноцінні – і офісне, і АМАТ, і ДМАТ. Ми можемо висловити побажання, щоб у слідуючих вітчизняних рекомендаціях це питання було чіткіше прописано.

В останні роки ЕСТК проводять активну роботу по ознайомленню лікарів з основами діагностики та ведення пацієнтів з АГ «білого халата».

Як показало наше опитування в Україні з цим є проблема. На нашу думку, необхідно підвищити настороженість практикуючих лікарів відносно даної патології, й це закріпити у регламентуючих документах.

Шкала оцінки СС ризику при АГ, яка рекомендувалася 10–20 років тому, мала не суттєве клінічне значення [8]. Зараз ситуація змінилася: к рівню СС ризику прив'язані початок й інтенсивність медикаментозного лікування, проведення гіполіпідемічної терапії. Останнє вимагає визначення СС ризику за шкалою SCORE усім пацієнтам з АГ, перегляд (повторне дослідження) у динаміці спостереження. Й, як показало опитування, з цим питання у наших докторів не все гаразд.

Наше опитування показало, що вітчизняні лікарі мають не дуже чітке розуміння мети, показів до проведення інструментальних досліджень у пацієнтів з АГ. На нашу думку, це може бути пов'язано з «розмитістю» сучасних рекомендацій, недостатньою акцентуацією на чисто практичних аспектах проблеми. З іншого боку, за нашими спостереженнями, має місце зловживання вітчизняними лікарями проведенням інструментальних досліджень у пацієнтів з АГ. Це може бути зумовлене недостатнім розповсюдженням у широкому загальному лікарів Європейської практики: призначаючи будь-яке дослідження лікар повинен чітко уявляти, які результати він може отримати й як це вплине на ведення пацієнта.

Ще раз хочемо звернути увагу, що питання взаємозв'язку гіпертензивних кризів і перебігу АГ ще недостатньо вивчено і, як наслідок, недостатньо висвітлено у сучасних рекомендаціях. Опитування лікарів продемонструвало, що для практики це питання актуальне й потребує подальшої конкретизації.

Поняття резистентної гіпертензії з'явилося відносно недавно і результати опитування, на нашу думку, свідчать про еволюцію його подальшого впровадження у рутинну практику. Не можемо не відмітити відмінності організації медичної допомоги в Україні і країнах Західної Європи. Так, у останніх при виникненні проблем у сімейного лікаря при веденні пацієнтів з АГ він має змогу направити останнього у «центр лікування АГ». У лікарів України такої змоги немає.

Ще з часів «Радянського Союзу» вітчизняна медицина насамперед визначалася як «профілактична». У кардіології, після модифікації образу життя у профілактичних засадах на першому місці стоїть проведення гіполіпідемічної терапії. В Україні, як можна трактувати результати опитування, цьому питанню приділяється недостатня увага.

Питання анкетування та результати проведеного опитування лікарів

№	Питання	Запропоновані варіанти відповідей	Відповіді лікарів	
			Кардіологи	Терапевти
1	Які цифри АТ Ви враховуєте, коли визначаєте ступінь АГ?	Офісним	15 (30%)	5 (19,2%)
		Амбулаторним	28 (56%)	18 (69,2%)
		Обом	7 (14%)	3 (11,5%)
2	Чи часто Ви назначаєте ДМАТ з метою діагностики «АГ білого халату»?	1–2 рази у місяць	28 (56%)	9 (34,6%)
		Рідше	22 (44%)	17 (65,4%)
3	Ступінь ризику за шкалою SCORE пацієнтам з АГ Ви визначаєте:	Всім	30 (60%)	12 (46,2%)
		Інколи	9 (18%)	8 (30,8%)
		При ознаках високого ризику	11 (22%)	6 (23,1%)
4	ЕКГ пацієнтам з АГ Ви призначаєте	При появі скарг	46 (92%)	24 (92,3%)
		Раз на 2 роки	2 (4%)	1 (3,8%)
		Раз на 5 років	2 (4%)	1 (3,8%)
5	ЕхоКС пацієнтам з АГ Ви призначаєте:	При кожному контакті	38 (76%)	21 (80,8%)
		Раз на 2 роки	10 (20%)	2 (7,7%)
		Раз на 5 років	2 (4%)	3 (11,5%)
6	УЗД сонної артерії пацієнтам з АГ Ви призначаєте	При першому контакті	28 (56%)	16 (61,5%)
		Раз на 2 роки	18 (36%)	7 (26,9%)
		Раз на 5 років	4 (8%)	3 (11,5%)
7	Через який час зазвичай Ви досягаєте цільового АТ при медикаментозній терапії АГ?	2 тижні	33 (66%)	15 (57,7%)
		2 місяці	16 (32%)	5 (19,2%)
		6 місяців	0	5 (19,2%)
		Не контролюю	1 (2%)	1 (3,8%)
8	Як Ви вважаєте, при корекції терапії краще орієнтуватися на показники АТ за даними	Офісному	13 (26,0%)	4 (15,4%)
		АМАД	19 (38,0%)	14 (53,8%)
		ДМАТ	14 (28,0%)	8 (30,8%)
		І те, і інше	4 (8,0%)	0
9	При корекції терапії чи враховуєте Ви частоту гіпертензивних кризів?	Так	48 (96%)	26 (100%)
		Ні	2 (4%)	0
10	Якщо не вдається досягти цільового АТ на комбінації ІАПФ/сартан + сечогінне + амлодипін Ви зазвичай додаєте	БАБ	17 (34%)	11 (42,3%)
		Клофелін	20 (40%)	10 (38,5%)
		Спіронолактон	10 (20%)	3 (11,5%)
		Урапідил (Ебрантіл)	3 (6%)	2 (7,7%)
11	Як часто Ви призначаєте статини пацієнтам з есенціальною АГ?	У 1 з 10	29 (58%)	19 (73,1%)
		Частіше	21 (42%)	7 (26,9%)
12	Як часто Ви призначаєте ацетилсаліцилову кислоту пацієнтам з есенціальною АГ?	У 1 з 10	18 (36,0%)	10 (38,5%)
		Рідше	32 (64,0%)	16 (61,5%)
13	Якщо у пацієнта з АГ в анамнезі є інсульт, то яким антигіпертензивним препаратом Ви віддасте перевагу?	Сартанам	16 (32,0%)	1 (3,8%)
		ІАПФ	11 (22,0%)	13 (50,0%)
		Антагоністам кальцію	21 (42,0%)	11 (42,3%)
		Інші (які?)	2 (4,0%)	1 (3,8%)

Примітки: – тут і надалі: АГ – артеріальна гіпертензія; АМАТ – амбулаторне моніторування АТ; АТ – артеріальний тиск; БАБ – β -блокатори; ДМАТ – добове (апаратне) моніторування АТ; ЕхоКС – ехокардіоскопія; ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту; УЗД – ультразвукове дослідження

ВИСНОВКИ

1. У цілому підходи до лікування АГ опитаними лікарями відповідає сучасним рекомендаціям, як терапевтами, так й кардіологами.

2. В Україні рівень підготовки лікарів кардіологів і терапевтів (сімейних лікарів) з питань ведення пацієнтів з АГ суттєво не відрізняється.

3. Можна стверджувати, що результати опитування продемонстрували недостатнє розуміння

лікарями показів і частоти проведення інструментальних досліджень у пацієнтів з АГ, слабку насторогу відносно «АГ білого халата», резистентної гіпертензії, призначення статинів, ацетилсаліцилової кислоти.

4. Укладачам рекомендацій бажано звертати більше уваги практичним аспектам ведення пацієнтів, а саме конкретизувати покази до проведення інструментальних досліджень, частоту їх проведення.

REFERENCES

1. Zhao ZG, He JJ, Feng Y, Chen M. Introduction to the Department of Cardiology in West China Hospital of Sichuan University. *Eur Heart J*. 2021; 42 (22): 2148–2151. doi:10.1093/eurheartj/ehab032.

2. Reda A, Bendary A, Elserafy AS, et al. Clinical Characteristics, Laboratory Profiles, And Treatment Modalities for Familial Hypercholesterolemia in Egypt, *Eur Heart J Supp.*, Volume 23, Issue Supplement_D, October 2021, suab069.001, doi:10.1093/eurheartj/suab069.001.

3. Cavagna P, Stéphane Ikama M, Euloge Kramoh K, et al. Antihypertensive strategies and hypertension control in Sub-Saharan Africa. *Eur J Prev Cardiol*. 2021; 28 (11): e21–e25. doi:10.1177/2047487320937492.

4. Torbas O, Kushnir S, Rekovets O, Sirenko Y. The structure of the drug therapy prescription to cardiac patients during the primary care: the lessons of the OZIRKA study. *AG [Internet]*. 2022 Jan. 5; 14 (4): 11–20. Available from: <https://hypertension.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/327>.

5. Sirenko Y, Radchenko H, Mishchenko L. Classification and standards of providing medical care for patients with arterial hypertension of the Ukrainian Association of Cardiology. *AG [Internet]*. 2021 Sep. 27; (4.60): 26–47. Available from: <https://hypertension.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/226>.

6. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension [published correction appears in *Eur Heart J*. 2019 Feb 1; 40 (5): 475]. *Eur Heart J*. 2018; 39 (33): 3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

7. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol*. 2022; 29 (1): 5–115. doi:10.1093/eurjpc/zwab154.

8. Dotsenko N, Boev S, Shekhunova I, Gerasimenko L. New recommendations on hypertension, but the questions of clinicians are old. *AG [Internet]*. 2021 Sep. 27; (1.63): 38–43.

Available from: <https://hypertension.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/248>.

9. Perrone-Filardi P, Coca A, Galderisi M, et al. Non-invasive cardiovascular imaging for evaluating subclinical target organ damage in hypertensive patients: A consensus paper from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), the European Society of Cardiology Council on Hypertension, and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2017; 18 (9): 945–960. doi:10.1093/ehjci/jex094.

10. Bilochytska VV Hemodynamic and vegetative features of arterial hypertension in combination with occlusive atherosclerosis of the lower extremities, justification of combined antihypertensive treatment in outpatient practice. 2019. PhD. Zaporizhzhia, Ukraine.

11. Samorukova VV Informativity of various blood pressure monitoring methods in assessing the effectiveness of antihypertensive therapy in the practice of a family doctor. 2019. PhD. Zaporizhzhia, Ukraine.

12. Fragoulis C, Dimitriadis K, Siafi E, et al. Profile and management of hypertensive urgencies and emergencies in the emergency cardiology department of a tertiary hospital: a 12-month registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2022; 29 (1): 194–201. doi:10.1093/eurjpc/zwab159.

13. Vásquez Abanto, J., Vásquez Abanto, A. and Arellano Vásquez, S. 2021. Clinical bases of the syndrome of hypertensive crisis in the primary care. *EMERGENCY MEDICINE*. 17, 1 (Sep. 2021), 72–88. doi:10.22141/2224-0586.17.1.2021.225725.

14. Boev S, Dotsenko N, Shekhunova I, Gerasimenko L. Chronotherapy of arterial hypertension: current state of the issue. *AG [Internet]*. 2021 Sep. 27; (6.62): 23–9. Available from: <https://hypertension.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/242>.

15. Sudano I. Dealing with high blood pressure in the emergency room: not an easy task!. *Eur J Prev Cardiol*. 2022; 29 (1): 192–193. doi:10.1093/eurjpc/zwab168.

16. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association [published correction appears in Stroke. 2021 Jul; 52 (7): e483–e484]. Stroke. 2021; 52 (7): e364–e467. doi:10.1161/STR.0000000000000375.

Стаття надійшла до редакції 04.10.2022