

Инертность врача как причина резистентности к лечению при артериальной гипертензии. Как преодолеть проблему?

И.В. Емельянов, А.О. Конради

ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий»

Емельянов И.В. — к.м.н., старший научный сотрудник научно-клинического отдела «Артериальной гипертензии»; Конради А.О. — д.м.н., профессор, руководитель научно-клинического отдела «Артериальной гипертензии».

Контактная информация: 197341 Россия, Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2. ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», тел./факс (812) 702 55 71. E-mail: ahleague@mail.ru (Конради Александра Олеговна).

Ключевые слова: инертность врача, резистентная гипертония, комбинированная терапия.

Physician's inertia as a cause of resistant hypertension. How to overcome this problem?

I. V. Emelyanov, A. O. Konradi

Almazov Federal Heart, Blood, and Endocrinology Center, St Petersburg, Russia

Corresponding author: 197341 Russia, St Petersburg, 2 Akkuratova st., Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre. Phone/Fax: (812) 702 55 71 (Emelyanov Igor, candidate of medicine, senior staff scientist of the scientific department of arterial hypertension). E-mail: ahleague@mail.ru (Conrady Alexandra, MD, professor, leader of the research department of arterial hypertension, vice-editor of the journal «Arterial hypertension»).

Key words: physician's inertia, resistant hypertension, combination therapy.

Статья поступила в редакцию: 31.03.09. и принята к печати: 09.04.09.

«Врачи — это те, кто прописывает лекарства, о которых мало знают, от болезней, о которых знают еще меньше, людям, о которых не знают совсем ничего». Вольтер

В последние годы проблема неудовлетворительных результатов снижения артериального давления (АД) в масштабе популяции в основном обсуждается с позиций низкой информированности населения, плохой приверженности пациентов к терапии, недостаточности обучения и мотивации к лечению. Однако взаимодействие врача и пациента и результат этого взаимодействия, а именно достижение желаемой цели лечения, зависят от обоих участников процесса. Личность врача, его формальные знания, а главное, готовность использовать их в полной мере в повседневной работе определяют успех терапии артериальной гипертензии (АГ) ничуть не меньше, чем исходная комплаентность больного. В связи с очевидными проблемами успешной терапии хронических заболеваний, связанными непосредственно с деятельностью врача, появилось понятие «врачебной инертности» [1–2], которое подразумевает отсутствие какой-либо модификации лечения (в частности АГ или сахарного диабета) при наличии к этому объективной необходимости.

Если мы последовательно рассмотрим так называемые «барьеры» [3] в успешном лечении АГ, то большая часть из них связана с проблемами врача, а не пациента:

- неправильное измерение АД, использование несоответствующего размера манжеты, псевдогипертензия;
- недооценка необходимости снижения систолического АД;
- неспособность соблюдения мер по изменению образа жизни;

- страх перед обилием препаратов;
- неиспользование диуретика в структуре лечения;
- использование нерациональных комбинаций;
- использование недостаточных доз препаратов;
- страх перед избыточным снижением диастолического АД;
- истинно резистентная АГ;
- поведенческие проблемы, в том числе приверженность.

Классическими причинами инертности врача считаются переоценка успеха проводимого лечения, сознательное использование различных предлогов для отсутствия изменений в терапии и в меньшей степени отсутствие должных навыков и знаний, которые могут вести к таким проблемам, как использование нерациональных лекарственных комбинаций.

Современные «целевые» значения АД, и легко ли их добиться?

Буквально за последние десять лет произошло стремительное «падение» целевых значений АД от 160/95 до 130/80 мм рт. ст. для всех пациентов высокого риска согласно последним рекомендациям [4]. При этом, согласно эпидемиологическим данным, если за целевое АД взять уровень 160 и 95 мм рт. ст., он достигается у 38 % пациентов, тогда как опущение планки до 140/90 мм рт. ст. позволяет достичь ее лишь у 9,3 % пациентов. Более того, желаемый уровень АД у пациентов с сахарным

диабетом 130/80 мм рт. ст. по некоторым данным достигается лишь в 1–3 % случаев [5–6].

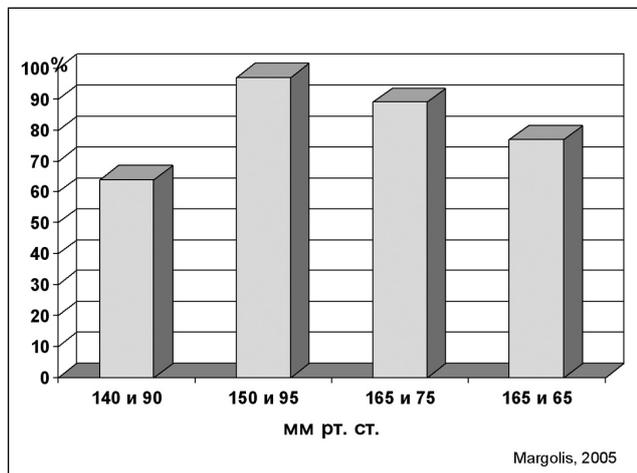
Следует отметить, что объективные трудности в достижении целевых значений АД могут сочетаться и с субъективным незнанием этих целей лечения. Так, данные по центральной России (Курск и Орел) свидетельствуют о том, что в 2008 году лишь 55,4 % врачей считают корректной целью лечения снижение АД до 140/90 мм рт. ст. при этом 7 % врачей снижают АД до неопределенного «рабочего уровня», а еще почти 4 % — на 10 % от исходного [7].

Насколько часто врачебная инертность лежит в основе недостижения целевых значений АД?

Отметим, что врачебная инертность — такая же «норма» человеческого поведения, как и плохая приверженность со стороны пациентов, и она широко распространена во всем мире. Согласно статистике США, где на эту проблему обращают внимание уже более 10 лет, врачебная инертность ответственна за 19 % больных с неконтролируемой АГ, тогда как успешная борьба с этой проблемой может привести к существенному повышению доли больных с целевым АД уже к 2010 году, на что нацелена определенная система мероприятий [8]. Если обратиться к данным знаменитого исследования Ветеранов, то наблюдение в течение двух лет, при котором было осуществлено в среднем 6 визитов в год по поводу АГ, показало, что 40 % пациентов на визите имело АД более 160/90 мм рт. ст., тогда как интенсификация лечения проводилась лишь в 6,7 % случаев [9].

Недооценка важности снижения систолического АД, особенно у пожилых, по-прежнему является важной составляющей врачебной инертности. Так, при анкетировании врачей 70 % ответили «нет» на вопрос о том, назначали бы они лечение пациенту 70 лет с уровнем САД 148 мм рт. ст. [10]. Данные Heart Survey в Великобритании 1998 года свидетельствуют о том, что установка на использование монотерапии в лечении АГ по-прежнему составляет 60 %, тогда как необходимость комбинированной терапии для большинства пациентов уже давно доказана [11]. Российская программа АРГУС показала также неутешительные результаты, выявив, что,

Рисунок. Доля врачей, которые склонны усилить лечение в зависимости от достигнутых значений артериального давления



несмотря на отсутствие достижения целевых значений АД, лишь в каждом пятом случае проводится интенсификация лечения [12].

На рисунке показана связь между достигнутым уровнем систолического АД и долей пациентов, у которых врачи осуществляют изменение терапии в сторону ее усиления. Отчетливо видно, что в пределах умеренного повышения систолического АД к должной модификации лечения склонно меньшее число врачей, что отражает врачебную инертность [13].

В 2002 году в Корнельском университете Нью-Йорка был проведен анализ 270 записей в историях болезни, который показал, что в 93 % случаев уровень САД на визите у пациентов был более 140 мм рт. ст., а у 35 % — более 150 мм рт. ст. При этом наиболее частые причины отсутствия изменений в терапии включали следующие: «приемлемое» снижение АД, достаточное снижение диастолического АД (то есть пренебрежение систолическим), а также субъективное мнение о том, что у пациента имеется лишь пограничная АГ, не требующая лечения [14].

Наконец, совсем недавно, в 2008 году были опубликованы данные о том, какую терапию и с каким эффектом получают пациенты после инсульта. Было показано, что 40 % пациентов при наличии АГ не получали антигипертензивной терапии или получали только один препарат, целевое АД было достигнуто тоже лишь у 40 %, интенсификация лечения была лишь у 20 % [15].

Каковы основные причины врачебной инертности?

Не следует думать, что стоимость терапии, то есть некоторая боязнь назначить дорогостоящее лечение, существенно определяет действие врачей в этом аспекте. Существует немало данных, что даже при бесплатном обеспечении пациента препаратами проблема инертности врачей остается актуальной [16]. Нельзя объяснить врачебную инертность и плохой приверженностью пациентов. Показано, что больные с сохраняющимся повышением АД и даже при хорошем результате лечения, как правило, приходят на очередные визиты и исполняют назначения, тогда как врачи нередко остаются пассивными в отношении желаемых изменений в терапии [17]. Многие специалисты считают, что причины инертности лежат совсем в другой области и касаются психологической неготовности активно лечить заболевания, протекающие малосимптомно [1]. Субъективно врачи всегда относятся к своей деятельности более лояльно, нежели это есть на самом деле и преувеличивают успешность своей терапии и следование рекомендациям. При этом они часто преувеличивают опасения пациентов в отношении лечения, считая, что пациент не будет принимать тот или иной препарат, не пытаясь реально выяснить настрой пациента. И, наконец, отсутствие личной уверенности в том, что незначительное повышение АД, особенно систолического, о чем уже сказано ранее, реально увеличивает риск осложнений, становится причиной пассивного отношения к этим нескольким миллиметрам ртутного столба.

Какие существуют меры по борьбе с врачебной инертностью?

Большинство мероприятий по борьбе с инертностью врачей носят организационный характер и заключаются в образовательной деятельности. Основные направления борьбы с врачебной инертностью выглядят следующим образом:

- интенсифицировать профессиональное образование, особенно в области доказательной медицины;
- ввести специальные разделы образования врачей, посвященные причинам инертности и методам борьбы с этим фактором;
- включать в образовательные программы по АГ не только вопросы этиологии, патогенеза, подходов к лечению, но и вопросы организации помощи и стратегий реального воплощения клинических рекомендаций в жизнь;
- постоянный самоконтроль результатов практической деятельности;
- регулярное взаимодействие с экспертами в данной области, что усиливает мотивацию к совершенствованию собственной работы;
- внедрение простых систем напоминания о важности достижения целевых значений АД (например, листовка под стеклом стола).

Однако, как ни странно, подход к изготовлению лекарственных препаратов также может позитивно сказаться на преодолении этих проблем. В частности, изготовление фиксированных лекарственных комбинаций, а также создание форм выпуска препаратов, при которых назначение комбинированной терапии неизбежно, является простым методом не только повышения приверженности пациента, но и мотивации врача к более активному (или даже агрессивному) лечению [18]. Примером таких препаратов могут быть препараты Энзиск, Энзиск Дуо и Энзиск Дуо-форте (Хемофарм). Эти препараты выпускаются в виде блистеров, в которых одновременно, но не в одной таблетке, содержится эналаприл в различных дозах (от 5 до 20 мг) и индапамид (2,5 мг). При назначении подобной терапии, врач «одним росчерком пера» назначает комбинированную терапию в достаточных дозах для того, чтобы обеспечить контроль АД у большей части пациентов. Большинство исследований, посвященных преодолению врачебной инертности показали, что рекомендация простого, дешевого и четкого протокола назначения терапии и ее интенсификации приводит к реальным положительным результатам [19]. Таким вариантом «подбора» терапии может быть титрование препарата Энзиск, что существенно упрощает для врача алгоритм выбора терапии.

В целом сегодня необходимо отметить, что меры, направленные на преодоление врачебной инертности совместно с усилиями в области повышения приверженности больных к лечению становятся основными направлениями общей борьбы «за миллиметры ртутного столба», каждый из которых реально ведет к уменьшению сердечно-сосудистой заболеваемости



- Стойкий антигипертензивный эффект в течение суток
- Высокий комплаенс терапии
- Безопасность для больных сахарным диабетом и нефропатией
- Хорошая переносимость
- Улучшение прогноза и повышение качества жизни

Энзиск	Энзиск Дуо	Энзиск Дуо Форте
эналаприл 10 мг	эналаприл 10 мг	эналаприл 20 мг
15 таблеток	30 таблеток	30 таблеток
индапамид 2,5 мг	индапамид 2,5 мг	индапамид 2,5 мг
15 таблеток	15 таблеток	15 таблеток



и смертности населения. В этой борьбе необходимо использовать комплекс мер, направленных на улучшение взаимодействия врача и пациента, на создание мотивации к достижению целевых значений АД у обеих сторон этого процесса, а также на попытку создания простых алгоритмов лечения, легко воплощаемых на практике, включая создание специальных лекарственных форм препаратов.

Литература

1. Phillips L.S., Branch W.T., Cook C.B. et al. Clinical inertia // *Ann. Intern. Med.* — 2001. — Vol. 135. — P. 825–834.
2. O'Connor P.J., Sperl-Hillen J.M., Johnson P.E., Rush W.A., Blitz G. Clinical inertia and outpatient medical errors // *Advances Patient Safety.* — 2005. — Vol. 2. — P. 293–308.
3. Elliott W.J. What Factors Contribute to the Inadequate Control of Elevated Blood Pressure? // *J. Clin. Hypertens.* — 2008. — Vol. 10 (1 Suppl 1). — P. 20–26.
4. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *J. Hypertens.* — 2007. — Vol. 25. — P. 1105–1187.
5. Ruilope L.M. Do we effectively lower blood pressure? // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* — 2000. — Vol. 53. — P. S3–S6.
6. Grant R.W., Buse J.B., Meigs J.B. University HealthSystem Consortium (UHC) Diabetes Benchmarking Project Team. Quality of diabetes care in U.S. academic medical centers: low rates of medical regimen change // *Diabetes Care.* — 2005. — Vol. 28. — P. 337–342.
7. Швец Г.И., Поветкин С.В. Фармакоэпидемиологические аспекты приверженности врачей лечебно-профилактических учреждений Орла назначению антигипертензивных препаратов // *РФК.* — 2008. — Т. 1. — С. 6–9.
8. Egan B.M., Basile J.N. Controlling blood pressure in 50% of all hypertensive patients: an achievable goal in the Healthy People 2010 Report? // *J. Investig. Med.* — 2003. — Vol. 51. — P. 373–385.
9. Hyman D.J., Pavlik V.N. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine // *Arch. Intern. Med.* — 2001. Vol. 160. — P. 2281–2286.
10. Roumie C.L., Elasy T.A., Wallston K.A. Clinical inertia: a common barrier to changing provider prescribing behavior // *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* — 2007. — Vol. 33, № 5. — P. 277–285.
11. Berlowitz D.R., Ash A.S., Hickey E.C., Friedman R.H., Glickman M., Kader B. et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population // *N. Engl. J. Med.* — 1998. — Vol. 339. — P. 1957–1963.
12. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. с соавт. Проблема взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертензии в России. Основные результаты научно-практической программы АРГУС-2 // *Кардиология.* — 2007. — Т. 47, № 3. — С. 38–47.
13. Margolis K.L., Rolnick S.J., Fortman K.K. et al. Self-reported hypertension treatment beliefs and practices of primary care physicians in a managed care organization // *Am. J. Hypertens.* — 2005. — Vol. 18, № 4 Pt 1. — P. 566–571.
14. Oliveria S.A., Lapuerta P., McCarthy B.D., L'Italien G.J., Berlowitz D.R., Asch S.M. Physician related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension // *Arch. Intern. Med.* — 2002. — Vol. 162. — P. 413–420.
15. Touzé E., Coste J., Voicu M. et al. Importance of in-hospital initiation of therapies and therapeutic inertia in secondary stroke prevention: IMplementation of Prevention After a Cerebrovascular event (IMPACT) Study // *Stroke.* — 2008. — Vol. 39, № 6. — P. 1834–1843.
16. Fahey T., Schroeder K., Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2005. — № 1. — CD005182.
17. Eni C., Okonofua, Kit N., Simpson, Ammar Jesri, Shakaib U., Rehman, Valerie L., Durkalski, Brent M. Egan Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals // *Hypertension.* — 2006. — Vol. 47. — P. 345–351.

18. Basile J., Black H.R., Flack J.M., Izzo J.L. Jr. The role of therapeutic inertia and the use of fixed-dose combination therapy in the management of hypertension // *J. Clin. Hypertens. (Greenwich).* — 2007. — Vol. 9, № 8. — P. 636–645.

19. Tobe S.W., Pylypchuk G., Wentworth J. et al. Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes mellitus: the Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial // *CMAJ.* — 2006. — Vol. 174, № 9. — P. 1267–1271.