

# Результати опитування лікарів, що лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Г.Д. Радченко, І.М. Марцovenко, Ю.М. Сіренко

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ  
Сумський кардіологічний диспансер

## **КЛЮЧОВІ СЛОВА:** артеріальна гіпертензія, лікарі, анкетування

Для запобігання виникненню серцево-судинних ускладнень (ССУ), ураження органів-мішеней та для покращання якості життя при артеріальній гіпертензії (АГ) необхідно, перш за все, знижувати артеріальний тиск (АТ). У багатьох дослідженнях було показано, що у всіх країнах світу контроль АТ залишається, на жаль, ще недостатнім [1–6, 10, 11, 15, 16, 19–21]. До недавнього часу діяло «правило половини», коли тільки 50 % людей з підвищеним АТ знали про наявність в них АГ, 50 % з них лікувалися та 50 % з тих, що лікувалися, контролювали АТ [14]. За даними NHANES III (National Health and Nutrition Survey), що включали відомості за 1991–1994 рр., у США тільки 24,4 % пацієнтів з АГ досягали цільового АТ – менше 140/90 мм рт. ст. [8, 9, 15]. В інших країнах ситуація була не кращою: в Канаді – 16 %, в Індії – 9 %, в Англії – 6 %, в Росії – 5,7 % [14]. На теперішній час у деяких країнах ситуація поліпшилася. Так, у США за даними 1999–2000 рр. знали про АГ 70 % хворих на АГ, лікувалися з них 59 % та 34 % досягали цільового АТ [15]. В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, поширеність АГ становила 29,3 % серед міського та 36,8 % серед сільського населення [2, 5]. Знали про наявність АГ 80,8 % хворих у міській популяції та 66,1 % – у сільській, лікувалися – відповідно 48,6 та 37,4 %, а контролювали АТ – відповідно 18,7 та 8,0 %. При цьому чоловіки значно гірше контролювали АТ – лише 9 та 2,7 % пацієнтів у міській та сільській популяціях. За даними італійських дослідників, тільки 33,4 % пацієнтів контролювали АТ, причому контроль САТ був значно гіршим, ніж контроль ДАТ [7, 13].

Причини недостатнього контролю АТ класифікують на пацієнт-залежні (наявність кількох захворювань, генетичні фактори, фактори зовнішнього середовища, прихильність до ліку-

вання), препарат-залежні (монотерапія ефективна тільки у 50 % пацієнтів, прийом ліків призводить до активації систем контррегуляції, прихильність до лікування – одноразовий прийом), лікар-залежні (призначення ефективних доз, застосування немедикаментозної терапії). Заходи, спрямовані на покращання контролю АТ, можна розділити на: пов'язані із самим пацієнтом (забезпечення прихильності хворого до лікування), пов'язані із лікарем (забезпечення послідовності лікування – від дільничного терапевта до спеціаліста з лікування АГ, зацікавленість у результатах своєї роботи, підвищення рівня освіти лікаря), пов'язані із системою охорони здоров'я (впровадження страхової медицини, національні програми з лікування та профілактики АГ, освіта пацієнта через рекламу на телебаченні, друковані матеріали, заохочення лікарів до підвищення ефективності лікування АГ, забезпечення системи освіти та підвищення кваліфікації медичних працівників тощо).

Традиційно в нашій країні значну увагу приділяли вивченню пацієнт-залежних причин неадекватного контролю АТ та факторів, пов'язаних із призначенням антигіпертензивних препаратів. Роль лікаря у цьому процесі висвітлена в літературі недостатньо. Вважається *a priori*, що в нашій країні лікар завжди правильно призначає лікування і забезпечує правильне ведення пацієнта з АГ. Проте, згідно зі статистикою західних країн з високорозвиненою системою страхової медицини, лікарі помиляються при лікуванні кожного 10–13-го пацієнта. На думку авторів італійського дослідження, однією із причин не дуже ефективного лікування пацієнтів з АГ в Італії були недостатньо агресивна антигіпертензивна терапія (АГТ), що призначається лікарями загальної практики, та низька прихильність пацієнтів до рекомендацій щодо

зміни способу життя [7]. Спеціальні заняття з лікарями, роз'яснення їм суті рекомендацій Європейського товариства гіпертензії привели до того, що через рік контроль АТ збільшився на 19,3 % та становив 52,7 % (53,6 % мали САТ менше 140 мм рт. ст. та 90,5 % – ДАТ менше 90 мм рт. ст.). За даними дослідження M. Persson та співавторів, лікарі загальної практики недооцінюють серцево-судинний ризик та не поспішають призначати антигіпертензивні препарати, незважаючи навіть на явно підвищений АТ [17]. Тому підвищення рівня освіти лікарів є дуже важливим напрямком покращання контролю АТ, а вивчення ролі та можливостей самого лікаря у покращанні лікування АГ є одним із пріоритетних завдань сучасної медицини.

Стаття присвячена оцінці результатів опитування лікарів, що лікують хворих з АГ у Сумській області.

## Матеріал і методи

В опитуванні за допомогою розробленої авторами анкети взяли участь 168 лікарів, які лікують пацієнтів з АГ у Сумській області.

Анкета включала такі запитання: Вік. Час, що минув від закінчення вищого медичного закладу. Рік, коли проходили інтернатуру, спеціалізацію та останні курси підвищення кваліфікації. Яку спеціальність та категорію маєте? Чи берете участь у роботі наукових товариств та конференцій? Якими джерелами медичної інформації користуєтеся? Чи ознайомлені з Рекомендаціями Українського товариства кардіологів (2008)? Якою інформацією користуєтеся для лікування пацієнтів з АГ? Яке ставлення до модифікації способу життя у пацієнтів з АГ? Що, на думку лікаря, перешкоджає забезпеченню контролю виконання пацієнтом рекомендацій, наданих лікарем? Яким є цільовий АТ для більшості пацієнтів з АГ? Які препарати вважаєте важливими в лікуванні пацієнтів з АГ? Які антигіпертензивні препарати частіше призначаєте? Які причини повторного візиту пацієнта до лікаря?

Окрім результатів опитування лікарів, у дослідженні для порівняння були застосовані дані щодо опитування 1055 пацієнтів з АГ, які мешкають в тій же Сумській області (середній вік  $53,6 \pm 0,3$  року). Одним із запитань для пацієнтів було: «Які антигіпертензивні препарати ви приймаєте?» Це дозволило нам оцінити, які

антигіпертензивні препарати реально призначають у Сумській області.

На основі отриманих заповнених анкет було створено комп'ютерну базу даних у системі SPSS 13.0. Статистичну обробку проводили за допомогою програм SPSS 13.0 Microsoft Access.

## Результати та їх обговорення

Середній вік опитаних лікарів –  $43,60 \pm 1,23$  року. У середньому вони закінчили вищі медичні заклади ( $21,2 \pm 0,78$ ) року тому, пройшли інтернатуру та спеціалізацію відповідно ( $19,7 \pm 0,78$ ) та ( $7,9 \pm 0,73$ ) року тому. Останні курси підвищення кваліфікації опитані закінчили в середньому ( $2,3 \pm 0,14$ ) року потому. Більшість лікарів були жінками – 150 (89,3 %). За спеціальністю 95 (56,5 %) були терапевтами, 20 (11,9 %) – кардіологами, 18 (12 %) – не проходили спеціалізації, 3 (1,8 %) – ендокринологами, 1 (0,6 %) – невропатологом, 31 (18,5 %) – іншими спеціалістами (гастроентерологами, алергологами, лікарями сімейної медицини тощо). Більшість мали першу та другу категорії – 58 (34,5 %) та 52 (31 %) відповідно, 37 (22 %) – не мали категорії та у 21 (12,5 %) була вища категорія. Більшість лікарів (125 (74,4 %)), що проходили опитування, не були членами ніяких наукових товариств та 52 (31 %) – зовсім не відвідували наукові конференції. На запитання, чи читають вони спеціальну літературу, 127 (75,6 %) відповіли, що роблять це часто, 23 (13,7 %) – дуже часто, 17 (10,1 %) – інколи та 2 (1,2 %) – зовсім рідко. При цьому медичну інформацію лікарі отримують з періодичної літератури – у 54 (32,1 %) випадках, з монографій – 43 (25,6 %), з посібників та підручників – 30 (17,9 %), з вітчизняної літератури – 17 (10,1 %), з інтернету – 21 (12,5 %), із зарубіжної літератури – 3 (1,8 %). Відвідування наукових конференцій є джерелом інформації для 37 (22 %) лікарів. 44 (26,2 %) та 67 (39,9 %) лише інколи або рідко сприймають інформацію з наукових конференцій. 19 (11,3 %) респондентів ніколи не вважали конференції джерелом інформації. І лише 1 (0,6 %) лікар дуже часто користується інформацією, отриманою на конференціях, як джерелом медичних знань.

Останніми роками проводиться дуже багато наукових конференцій із залученням практичних лікарів. Проте більшість цих конференцій організується фармацевтичними компаніями з метою промоції їх антигіпертензивних препара-

тів. У зв'язку з цим багато лікарів часто скептично ставляться до отриманої інформації і, як показує наше опитування, лише 22 % лікарів знаходять для себе щось інформативне у таких конференціях. Тому в подальшому можна було б рекомендувати організаторам конференцій більш ретельно ставитися до того, як подається інформація.

Рекомендації з лікування артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів (2008) читали 162 (96,4 %) респонденти. При цьому більшість відповіли, що повністю дотримуються цих рекомендацій або застосовують основну частину у своїй практиці – відповідно 76 (45,2 %) та 71 (42,3 %) лікар. Мало що застосовують із рекомендацій при лікуванні хворих на АГ або вважають їх зайвою інформацією 14 (8,3 %) та 7 (4,1 %) респондентів.

У своїй практичній діяльності лікарі, що взяли участь в опитуванні, вказали, що спираються на накази МОЗ України в 57 (33,9 %) випадках або на рекомендації – в 40 (23,8 %), хоча на попереднє запитання 87,5 % лікарів відповіли, що повністю або у більшості дотримуються положень рекомендацій. Для 22 (13,1 %) лікарів в їх практичній діяльності має значення інформація, яку вони отримують від авторитетів у галузі кардіології. 20 (11,9 %) респондентів керуються в своїй практичній діяльності інформацією, отриманою з рекламних проспектів. Для 16 (9,5 %) та 14 (8,3 %) мають значення відповідно досвід колег та знання, отримані в інституті.

Більшість – 158 (96,9 %) та 150 (92 %) з тих, що відповіли (n=163 та n=160), вважали, що модифікація способу життя покращує прогноз захворювання та якість життя у пацієнтів з АГ. Окрім того, 90 (65,1 %) з тих, хто відповів (n=152), вважали, що спосіб життя має таке ж значення, як і фармакотерапія, 50 (32,9 %) – що менше значення, ніж фармакотерапія. Рекомендують зміну способу життя всі лікарі, які відповіли на запитання. При цьому 26 (15,5 %) роблять це не всім пацієнтам, а вибірково. Контролюють виконання рекомендацій часто або дуже часто 84 (50 %) та 14 (8,3 %) лікарів. 58 (34,5 %) та 11 (7,1 %) роблять це інколи або рідко, 1 (0,6 %) – зовсім не контролює виконання своїх призначень. На запитання, що стримує лікаря контролювати виконання його рекомендацій пацієнтом, відповіли лише 72 лікарі. Більшість з них – 30 (41,7 %) – вважають, що це через матеріальні труднощі пацієнтів (не мають

змоги придбати призначені ліки) та лікарів, 20 (27,8 %) – через брак часу та завантаженість лікарів, 29 (40,3 %) – через особисті характеристики пацієнтів, які не бажають приходити на візити до лікарів або свідомо не виконують рекомендації, надані лікарем.

Як відомо, можливість контролювати виконання рекомендацій тісно пов'язана із ефективністю антигіпертензивної терапії. Так, згідно з результатами дослідження, проведеного в Англії, лікарів матеріально заохочували додатково займатися з хворими на АГ, і це привело до значного покращання контролю АТ у пацієнтів [12].

У більшості лікарів пацієнти викликають співчуття – 108 (66,3 %), у 27 (16,6 %) – симпатію, у 25 (15,3 %) – нічого не викликають, у 3 (1,8 %) – роздратування. Переважна більшість лікарів – 165 (98,8 %) – вважають, що їх пацієнти майже завжди приймають призначені ліки правильно. При цьому правильність прийому, на думку опитаних, залежить в 95 (56,9 %) випадків від вартості призначених ліків, у 57 (34,1 %) – від освіти пацієнта, в 55 (32,9 %) – від віку хворих, в 68 (39,9 %) – від схеми призначень, в 29 (17,4 %) – від авторитету лікаря та в 23 (1,8 %) – від контролю з боку лікаря.

За твердженням лікарів, причинами відвідування лікаря були: у 60 (35,7 %) хворих – диспансерний огляд, в 52 (31 %) випадків лікарі самі викликають хворих до себе, в 40 (23,8 %) випадків хворі приходять самі і в 14 (8,3 %) – пацієнти відвідують лікарів для оформлення медичних документів.

Таким чином, більша половина лікарів контролюють виконання рекомендацій щодо модифікації способу життя. Найчастішою причиною відсутності достатнього контролю за виконанням рекомендацій, наданих лікарем, є матеріальні труднощі пацієнтів і лікарів та недисциплінованість пацієнта.

На запитання, який рівень АТ вважається цільовим для більшості пацієнтів з АГ, 103 (66 %) відповіли, що це рівень 140/90 мм рт. ст. та менше, 48 (30,8 %) – 130/80 мм рт. ст., 5 (3,2 %) – менше 160/90 мм рт. ст. Тобто, більшість лікарів є більш-менш обізнаними щодо рівня АТ, який має бути у пацієнта з АГ для запобігання виникненню ускладнень.

Найбільш важливими препаратами в лікуванні АГ 160 (95,2 %) лікарів вважають  $\alpha$ -адреноблокатори, 122 (75,6 %) – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), 104 (61,9 %) –

Таблиця 1

Препарати, які, на думку лікарів, вони частіше призначають пацієнтам з артеріальною гіпертензією, та препарати, що реально отримують пацієнти

Група препаратів, назва препарату	Кількість лікарів, які відповіли, що найчастіше призначають, абс. (% з тих, що призначають) (n=168)	Кількість пацієнтів, які відповіли, що приймають препарати, абс. (% з тих, що отримують) (n=1055)	Достовірність різниці між даними
Інгібітори АПФ	168 (100)	728 (69)	
<i>Еналаприл</i>	93 (55,4)	402 (55,2)	<0,001
<i>Каптоприл</i>	1 (0,6)	10 (1,2)	НД
<i>Лізиноприл</i>	46 (27,4)	211 (25,7)	<0,05
<i>Раміприл</i>	24 (14,3)	57 (7)	<0,005
<i>Периндоприл</i>	4 (2,4)	40 (5,5)	НД
<i>Фозиноприл</i>	–	6 (0,8)	–
<i>Моексиприл</i>	–	2 (0,3)	–
Бета-адреноблокатори	96 (57,1)	520 (49,2)	
<i>Метопролол</i>	30 (31,3)	125 (24)	НД
<i>Атенолол</i>	4 (4,2)	147 (28,3)	<0,001
<i>Карведилол</i>	6 (6,3)	26 (5)	НД
<i>Бетаксоллол</i>	1 (1,0)	16 (3,1)	НД
<i>Бісопролол</i>	50 (52,1)	186 (35,8)	<0,005
<i>Небіволол</i>	5 (5,2)	16 (3,1)	НД
<i>Анаприлін</i>	–	4 (0,8)	–
Фіксована комбінація	74 (44)	Не аналізували	–
<i>Еналаприл + гідрохлоротіазид</i>	30 (40,5)		
<i>Лізиноприл + амлодипін</i>	11 (14,9)		
<i>Периндоприл + індапамід</i>	11 (14,9)		
<i>Каптоприл + гідрохлоротіазид</i>	8 (10,8)		
<i>Лізиноприл + гідрохлоротіазид</i>	5 (6,8)		
<i>Атенолол + ніфедипін + хлорталідон</i>	5 (6,8)		
<i>Атенолол + амлодипін</i>	3 (4,1)		
<i>Лозартан + гідрохлоротіазид</i>	1 (1,4)		
<i>Периндоприл + амлодипін</i>	1 (1,4)		
Сартани	41 (24,4)	62 (5,9)	
<i>Лозартан</i>	21 (51,2)	39 (62,9)	<0,001
<i>Валсартан</i>	10 (24,4)	13 (21)	<0,02
<i>Кандесартан</i>	10 (24,4)	10 (16,1)	<0,01
Антагоністи кальцію	46 (23,2)	244 (23,1)	
<i>Амлодипін</i>	39 (84,8)	145 (59,4)	<0,01
<i>Ніфедипін</i>	3 (6,5)	79 (32,4)	<0,001
<i>Лекарнідипін</i>	3 (6,5)	8 (3,3)	НД
<i>Верапаміл</i>	1 (2,1)	4 (1,6)	НД
<i>Фелодипін</i>	–	2 (0,8)	–
Діуретики	24 (14,3)	492 (46,6)	
<i>Індапамід</i>	13 (54,2)	86 (17,5)	НД
<i>Торасемід</i>	7 (29,2)	25 (5,1)	НД
<i>Гідрохлоротіазид</i>	2 (8,3)	301 (61,2)	<0,001
<i>Фуросемід</i>	1 (4,1)	10 (2)	НД
<i>Спіронолактон</i>	1 (4,1)	8 (1,6)	НД
<i>Хлорталідон</i>	–	62 (12,6)	–
Препарати центральної дії	–	49 (4,6)	–
Статини	–	49 (4,6)	–
Ацетилсаліцилова кислота	–	133 (12,6)	–

препарати центральної дії, 95 (56,5 %) – антагоністи кальцію, 16 (9,5 %) – блокатори рецепторів ангіотензину II, 36 (21,4) – статини, 75 (44,6 %) – антиагреганти, 75 (44,6 %) – препарати метаболічної дії. Препарати, які за визначенням самих

лікарів вони найчастіше призначають хворим з АГ, представлені у табл. 1. Всі опитані найчастіше призначають інгібітори АПФ, серед яких, згідно з відповідями, найбільше застосовують еналаприл, лізиноприл та раміприл. Другими за частотою

Таблиця 2

Групи антигіпертензивних препаратів, які найбільш часто призначають, залежно від спеціалізації лікарів

Групи препаратів	Кардіологи (n=20)	Інші спеціалісти (n=148)
Антагоністи кальцію	10 (50 %)	36 (24,3 %)*
Діуретики	7 (35 %)	17 (11,4 %)*
Інгібітори АПФ	20 (100 %)	148 (100 %)
Фіксовані комбінації	7 (35 %)	67 (45,3 %)
Бета-адреноблокатори	12 (60 %)	84 (56,8 %)
Сартани	4 (20 %)	37 (25 %)

**Примітка.** \* – різниця показників достовірна порівняно з такими у групі кардіологів ( $P=0,05$ ).

призначень є  $\beta$ -адреноблокатори. Хоча за відповідями на попереднє запитання щодо важливості в лікуванні АГ лише 17,3 % лікарів назвали  $\beta$ -адреноблокатори важливими антигіпертензивними препаратами, 57,1 % опитаних часто призначають їх у своїй практичній діяльності. За даними статистики США, частота призначення  $\beta$ -адреноблокаторів у 2004 р. становила 19 %, що значно менше, ніж у нашому дослідженні [18].

44 % опитаних часто призначають фіксовані комбінації, серед яких найбільш популярними є комбінація еналаприл + гідрохлоротіазид (40,5 %), лізиноприл + амлодипін (14,9 %), периндоприл + індапамід (14,9 %) та каптоприл + гідрохлоротіазид (10,8 %). Сартани є популярними серед 24,4 % лікарів, хоча лише 9,5 % вважають їх важливими. Антагоністи кальцію застосовують 23,2 % лікарів, найбільш популярним є амлодипін.

Діуретики, які зовсім не згадувалися як важливі антигіпертензивні препарати, призначали 14,3 % лікарів. Найчастіше застосовують діуретики з найбільш нейтральною метаболічною дією – індапамід та торасемід. Якщо ж порахувати загалом діуретики у складі фіксованих комбінацій та діуретики як самостійні препарати, то їх призначали 84 (50 %) лікарі, що є дуже хорошим показником. Так, за даними дослідження R. Stafford та співавторів, у США діуретики призначали в 2004 р. 32 % пацієнтам з АГ [18]. При цьому спостерігали значний підйом у частоті призначення після публікації в 2002 р. результатів дослідження ALLHAT, коли застосування діуретиків збільшилося з 21 % у 1998 р. до 32 % у 2004 р. На думку дослідників, цей відсоток має бути значно більшим – щонайменше 50 %, адже саме стільки пацієнтів мають рівень АТ

більше 160/100 мм рт. ст., а згідно з американськими рекомендаціями JNC-7 (2003) такі пацієнти обов'язково повинні отримувати два препарати, одним із яких має бути діуретик. Серед причин низького призначення діуретиків у США автори дослідження виділяють такі: по-перше, у рекомендаціях зазначено, що всі антигіпертензивні препарати однаково ефективні, і немає прямого вказування на необхідність призначення саме діуретиків, хоча вони найдешевші; по-друге, діуретики чинять негативний метаболічний вплив, що викликає побоювання у лікарів, але ж існують препарати цієї групи, у яких такий вплив є меншим (індапамід, торасемід); по-третє, нові і, відповідно, більш дорогі антигіпертензивні засоби активно промотуються фармацевтичними компаніями, лікарям надається значна кількість безкоштовних зразків, що спонукає більш часто призначати саме їх.

Також з'ясувалося, що лікарі зовсім не часто призначають  $\alpha$ -адреноблокатори та препарати центральної дії, хоча вважають їх дуже важливими.

Ми проаналізували, які антигіпертензивні препарати лікарі призначають залежно від того, чи є вони кардіологами чи іншими спеціалістами (терапія, неврологія, сімейна медицина тощо). Ці дані представлено у табл. 2. Кардіологи достовірно частіше призначають антагоністи кальцію та діуретики. Інгібітори АПФ, сартани та  $\beta$ -адреноблокатори однаково часто призначають і кардіологи, і інші спеціалісти. Фіксовані комбінації, хоч і не достовірно, але частіше призначають інші спеціалісти, ніж кардіологи.

Частка пацієнтів, що відповідно до їх відповідей на запитання анкети отримували ті або інші антигіпертензивні препарати, представлена у табл. 1. Найбільша кількість (69 %) опитаних пацієнтів справді отримують інгібітори АПФ. І при цьому, як і стверджували лікарі, найчастіше хворі з АГ отримують препарати еналаприл та лізиноприл. Тобто в реальній практиці частота застосування інгібіторів АПФ в Україні є значно більшою, ніж у США (34 %). Не відзначено суттєвої різниці у застосуванні  $\beta$ -адреноблокаторів, за винятком того, що згідно з твердженням самих лікарів, тільки 4,2 % з них призначають атенолол. На практиці, 28,3 % пацієнтів отримували атенолол.

Діуретики отримували 46,6 % пацієнтів, у тому числі у складі фіксованих комбінацій, це

збігається з твердженням 50 % лікарів, що вони часто призначають препарати цієї групи. Але найбільш застосовуваним на практиці виявився гідрохлоротіазид, а не індапамід та торасемід.

Не було суттєвої різниці у призначенні антагоністів кальцію. Проте достовірно частіше пацієнти в реальній практиці отримували препарати групи ніфедипіну (32,4 %). Причому в більшості випадків (74 з 79) пацієнти використовували ніфедипін короткої дії, що зовсім не рекомендують згідно із сучасними стандартами лікування.

За твердженням лікарів, 24,4 % з них найчастіше призначають сартани, але в реальній практиці лише 5,9 % хворих отримували препарати цієї групи. За даними статистики США, частота призначення сартанів становить 25 %. Окрім того, слід зазначити, що 4,6 % приймають антигіпертензивні препарати центральної дії. Але жодного разу лікарі не вказали, що вони призначають цю групу ліків, хоча 61,9 % вважають їх важливими у лікуванні АГ.

Згідно з даними епідеміологічних досліджень, гіперхолестеринемію в Україні мають майже 67 % хворих на АГ (І.М. Горбась, 2010), що вимагає призначення гіполіпідемічної терапії. Проте в реальній практиці, як показало наше опитування пацієнтів, лише 4,6 % хворих на АГ отримують статини. Антиагреганти застосовують дещо частіше – у 12,6 % хворих на АГ.

## Висновки

1. Більшість опитаних лікарів отримують медичну інформацію з періодичної літератури та монографій – відповідно 32,1 та 25,6 %. Більш новими технологіями отримання інформації (з інтернету) користуються лише 12,5 % лікарів. Лише для 22 % опитаних джерелом інформації є відвідування наукових конференцій.

2. Рекомендації з лікування та профілактики артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів (2008) читали 96,4 % респондентів, проте лише 23,8 % спираються на них у своїй практичній діяльності.

3. Більшість лікарів (58,3 %) контролюють виконання своїх рекомендацій пацієнту щодо модифікації способу життя. Проте, 15,5 % лікарів надають їх вибірково. На думку опитаних, заважають контролювати виконання рекомендацій матеріальні труднощі пацієнтів та лікарів, брак

часу та завантаженість лікарів, особисті характеристики пацієнтів.

4. Найбільш часто, на думку лікарів, вони своїм пацієнтам призначають інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (100 %), β-адреноблокатори (57,1 %), фіксовані комбінації (44 %), діуретики (50 %), антагоністи кальцію (23,2 %), що майже збігається з даними опитування самих пацієнтів. Проте, незважаючи на те, що 24,4 % лікарів часто призначають сартани, в реальній практиці лише 5,9 % хворих отримують препарати цієї групи, а із антагоністів кальцію значна частка хворих (32,4 %) отримує ніфедипін короткої дії.

5. Незважаючи на те, що за даними епідеміологічних досліджень, гіперхолестеринемію мають 67 % хворих, у реальній практиці лише 4,6 % хворих на артеріальну гіпертензію отримують статини.

## Література

1. Борьба с артериальной гипертонией. Доклад экспертов ВОЗ. – М., 1997. – 139 с.
2. Горбась І.М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень // Укр. кардіол. журн. – 2007. – № 2. – С. 21-26.
3. Коваленко В.М., Лутай М.І., Свіщенко Є.П. та ін. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К.: Віпол, 2004. – 84 с.
4. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М. Реалізація національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 5. – С. 97-103.
5. Сіренко Ю.М., Горбась І.М., Смирнова І.П. Динаміка статистично-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. кардіол. журн. – 2003. – № 1. – С. 9-13.
6. Чазова І.Е., Ратова Л.Г., Дмитриев В.В. и др. Влияние длительной терапии комбинацией лозартана и гидрохлортиазида на суточный профиль артериального давления и гипертрофию левого желудочка у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертонией // Кардиология. – 2003. – № 10. – С. 60-65.
7. Ambrosioni E., Leonetti G., Pessina A. et al. Patterns of hypertension management in Italy: results of a pharmacoepidemiological survey on antihypertensive therapy: Scientific Committee of the Italian Pharmacoepidemiological Survey on Antihypertensive Therapy // J. Hypertension. – 2000. – Vol. 18. – P. 1691-1699.
8. Bonds D., Palla S., Bertoni A. et al. Hypertension Treatment in the Ambulatory Setting: comparison by race and gender in a National survey // J. Clin. Hypertension. – 2004. – Vol. 6. – P. 223-230.
9. Burt V.L., Cutler J.A., Higgins M. et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys 1960-1991 // Hypertension. – 1995. – Vol. 26. – P. 60-65.
10. Chatellier G., Menard J., Devries C. et al. Blood pressure control in hypertension center // J. Hypertension. – 1987. – Vol. 5. – P. 47-49.
11. Colhoun H.M., Doug W., Poulter N.R. Blood pressure screening, management and control in England: results from the health survey

for England // J. Hypertension. – 1998. – Vol. 16. – P. 747-752.

12. <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/02/090209163152.htm>

13. Maresca G., Sessa A. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study // Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 140-145.

14. Marques-Vidal P., Tuomilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in community: is the «rule of haves» still valid? // J. Hum. Hypertension. – 1997. – Vol. 11. – P. 213-220.

15. Mensah G. Controlling high blood pressure: the art of the soluble and the hope of progress // J. Clin. Hypertension. – 2007. – Vol. 9. – P. 827-830.

16. Neutel J., Sica D., Franklin S. Hypertension control: still not there – how to select the right add-on therapy to reach goal blood pressure // J. Clin. Hypertension. – 2007. – Vol. 9. – P. 889-896.

17. Persson M., Carlberg B., Tavelin B., Lindholm L. Doctor's esti-

mation of cardiovascular risk and willingness to give drug treatment in hypertension: fair risk assessment but defensive treatment policy // J. Hypertension. – 2004. – Vol. 22. – P. 65-71.

18. Stafford R., Monti V., Furberg C., Ma J. Long-term and short-term changes in antihypertensive prescribing by office-based physicians in the united states // Hypertension. – 2006. – Vol. 48. – P. 213-218.

19. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2003. – Vol. 21. – P. 1011-1053.

20. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105-1187.

21. 1999 WHO – ISH guidelines for the management of hypertension // J. Hypertension. – 1999. – Vol. 11. – P. 905-916.

Надійшла 19.06.2010 р.

## Questionary of physicians treating patients with arterial hypertension

G.D. Radchenko, I.M. Martsovenko, Yu.M. Sirenko

*This article devoted to the evaluation of the results of 168 physicians questionnaire in Sumy region of Ukraine. These results were compared to the results of patients questionnaire (n=1055). Most of physicians admitted that they received medical information from periodic literature and monographies – 32.1 and 25.6 % respectively. Only 12.5 % used new internet technologies for getting professional information. 22 % responders visited scientific meetings. 96.4 % read Ukrainian guidelines on treatment and prevention of arterial hypertension (2008), but only 23.8 % used them in their practice. 58.3 % physicians tried to control the implementation of their lifestyle recommendations by patients. 15.5 % provided their recommendations selectively. According to the physicians, financial problems of physicians and patients, physician's time limits and personal patient characteristics are main obstacles for good control of recommendations adherence. According to the physicians, the most prescribed drugs were ACE inhibitors (100 %), beta-blockers (57.1 %), fixed combinations (44 %), diuretics (50 %), calcium channel blockers (23.2 %), that was comparable to the data received from patients. Angiotensin receptor blockers were taken by 5.9 % patients, despite 24.4 % physicians prescribed this group of drugs. 32.4 % of patients took short-acting nifedipine. Despite high hypercholesterolemia prevalence (67 %), only 4.6 % of patients took statins.*