

Профілактика серцево-судинних захворювань – почни з себе. Результати анонімного опитування лікарів, які 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: лікарі, фактори серцево-судинного ризику, артеріальна гіпертензія, модифікація способу життя

Контроль артеріального тиску (АТ) залишається проблемою для сучасної медицини та суспільства в цілому, адже артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш поширеним неінфекційним захворюванням у світі, що призводить до передчасної смерті та інвалідизації багатьох людей [2]. Проте, незважаючи на зусилля медичних, фармацевтичних та громадських організацій, ефективно лікується лише мала частка пацієнтів з АГ. Причини такої незадовільної ситуації можна класифікувати на такі, що пов'язані із препаратами, пацієнтом, лікарем та системою охорони здоров'я. Щодо перших двох причин, то вони широко дискутуються, в тому числі в Україні. Щодо лікарів, то наявність численних науково-практичних конференцій в Україні свідчить про визнання важливості цього фактора в забезпеченні контролю АТ. Існують дослідження, в яких оцінювали знання лікарів щодо основних положень лікування пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями в Україні [1]. Проте майже зовсім немає досліджень, в яких би вивчали поширеність основних факторів серцево-судинного ризику та правильність їх корекції серед самих лікарів.

Є такий вислів: «Хочеш змінити світ – почни з себе!» Сумнівно, що лікар буде правильно визначати серцево-судинний ризик та лікувати пацієнтів з АГ, якщо він не в змозі впоратися зі своїм здоров'ям. Чи може пацієнт довіряти лікарю та виконувати його вказівки щодо модифікації способу життя, якщо сам лікар курить, має ожиріння тощо.

Метою дослідження було вивчити поширеність факторів ризику серцево-судинних ускладнень серед лікарів, які лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією, та оцінити заходи щодо усунення цих факторів за даними анонімного опитування.

Матеріал і методи

До анонімного опитування було залучено 95 лікарів, які лікують пацієнтів з АГ у Сумській області. Усім лікарям було запропоновано заповнити розроблену авторами статті анкету. Серед пунктів анкети були: місце проживання (місто, село); вік; стать; дата закінчення медичного закладу; спеціалізація, фахова категорія; дата проходження курсів підвищення кваліфікації; антропометричні дані; рівень АТ; наявність раніше діагностованої АГ – якщо є, то потрібно було вказати її тривалість, а також відповісти на запитання: які антигіпертензивні препарати приймають; які є супутні захворювання, чи визначали рівень загального холестерину; який був рівень загального холестерину; чи робили коли-небудь ліпідограму; чи приймають статини; чи реєстрували впродовж останніх 12 міс електрокардіограму; чи курять, якщо так, то скільки цигарок на день; чи займаються фізичною активністю, скільки часу вона триває; чи вживають регулярно солону їжу; який об'єм рідини в середньому вживають, чи вживають свіжі овочі та як часто?

На основі антропометричних даних розраховували індекс маси тіла (ІМТ), за величиною

Таблиця 1

Характеристика лікарів, які взяли участь в опитуванні (n=95)

Показник	Величина показника
Вік, роки	43,60±1,23
Час після закінчення вищого навчального закладу, роки	19,6±1,2
Час від останніх курсів підвищення кваліфікації, роки	2,7±0,17
Показник	Кількість осіб
Жінки/чоловіки	70 (73,3 %)/ 24 (25,3 %)
Жителі села/міста	6 (6,3 %)/ 89 (93,7 %)
Спеціалізація:	
кардіологія	28 (29,5 %)
ендокринологія	2 (2,1 %)
неврологія	14 (14,7 %)
терапія	30 (31,6 %)
сімейна медицина	13 (13,7 %)
нефрологія	1 (1 %)
інша	7 (7,4 %)
Фахова категорія:	
вища	31 (32,6 %)
перша	20 (21,1 %)
друга	24 (25,2 %)
ніякої	20 (21,1 %)

якого потім визначали наявність та ступінь ожиріння за загальноприйнятими критеріями.

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

Характеристику опитаних лікарів представлено у табл. 1. Середній вік лікарів був достатньо молодим – (43,60±1,23) року. В основному це були мешканці міста, переважно жінки, що в середньому 20 років тому закінчили вищий медичний заклад. Більшість з них працювали терапевтами і кардіологами та мали вищу фахову категорію. Проте достатньо велика кількість лікарів зовсім не мали категорії. Курси підвищення кваліфікації в середньому кожен закінчив 3 роки тому.

Розподіл лікарів залежно від наявності факторів ризику серцево-судинних захворювань та супутньої патології представлено у табл. 2. Віковий фактор ризику був лише у 9,5 % лікарів. Більшість опитаних мали нормальну масу тіла, адже більшість були молоді жінки, які частіше

Таблиця 2

Розподіл лікарів залежно від наявності факторів ризику серцево-судинних захворювань та супутньої патології

Показник	Кількість осіб
Вік для чоловіків > 55 років, для жінок > 65 років	9 (9,5 %)
Середній ІМТ, кг/м ² (M±m)	24,6±0,48
ІМТ < 20 кг/м ²	8 (8,4 %)
ІМТ 20–24,9 кг/м ²	48 (50,5 %)
ІМТ 25–29,9 кг/м ²	30 (31,6 %)
ІМТ 30–34,9 кг/м ²	7 (7,4 %)
ІМТ > 35 кг/м ²	2 (2,1 %)
Знають свій рівень АТ	
– мають АГ	93 (97,9 %)
– з них мають АТ > 140/90 мм рт. ст.	17 (17,8 %)
– з них регулярно приймають антигіпертензивну терапію	16 (94,1 %)
– з них приймають:	
– β-адреноблокатори	11 (64,7 %)
– діуретики	4 (23,5 %)
– інгібітори АПФ	3 (17,6 %)
– антагоністи кальцію	3 (17,6 %)
– комбіновану терапію	8 (47,1 %)
Наявність супутніх захворювань	21 (22,1 %)
З них:	
– цукровий діабет	2 (9,5 %)
– ІХС	2 (9,5 %)
– захворювання нирок	3 (14,3 %)
– варикозна хвороба нижніх кінцівок	2 (9,5 %)
– інсульт в анамнезі	1 (4,8 %)
– захворювання шлунково-кишкового тракту	5 (23,8 %)
– захворювання легень	2 (9,5 %)
– захворювання суглобів	4 (19 %)
Знають свій рівень загального холестерину	47 (49,5 %)
Робили ліпідограму	14 (14,7 %)
Мають підвищений рівень загального холестерину з тих, що визначали холестерин	17 (36,2 %)
– з них приймають статини	8 (47,1 %)
– з тих, що приймають статини, підвищений рівень загального холестерину мають	5 (62,5 %)
Робили протягом останніх 12 міс ЕКГ	65 (68,4 %)
Курять	7 (7,4 %)
Кинули курити	5 (5,3 %)
Виконують фізичні навантаження	78 (82,1 %)
Тривалість фізичних навантажень	
10–15 хв	14 (17,9 %)
15–30 хв	21 (26,9 %)
більше 30 хв	43 (55,1 %)
Частота фізичних навантажень:	
> 3–4 рази/тиж	23 (35,9 %)
3–4 рази/тиж	25 (39,1 %)
1–2 рази/тиж	16 (25 %)
Регулярно вживають солону їжу	44 (46,3 %)
Середній об'єм рідини за добу, л (M±m)	1,58±0,06
Вживання свіжих овочів та фруктів	91 (95,8 %)
Частота вживання (n=88):	
< 1 разу/тиж	2 (2,3 %)
1–2 рази/тиж	19 (21,6 %)
3–5 разів/тиж	34 (38,6 %)
щодня	33 (37,5 %)

слідкують за своєю масою тіла. Ожиріння мали лише 9,5 % лікарів та надлишкову масу тіла – 31,6 %. За даними дослідників з Пакистану 31,6 та 28,2 % місцевих лікарів мали надлишкову масу тіла або ожиріння [7], в Індії половина лікарів мають надлишкову масу тіла або ж ожиріння [4]. Ожиріння, як відомо, прямо корелює із рівнем АТ, інсулінорезистентністю, розвитком цукрового діабету, дисліпідемією, гіпертрофією лівого шлуночка, синдромом нічного апное [2]. Зниження маси тіла супроводжується зменшенням рівня АТ. Тому пацієнтам з АГ обов'язково необхідно вживати заходи щодо нормалізації маси тіла. Для успіху в цьому, безумовно, має значення те, чи знає лікар ці заходи. Пацієнт швидше повірить саме тому лікарю, який здатний слідкувати за собою. Те, що більшість опитаних у нашому дослідженні все ж таки не мали ожиріння, дозволяє припустити, що наші лікарі будуть успішними у своїй роботі з пацієнтами щодо зниження маси тіла.

Знали про свій рівень АТ майже всі опитані лікарі – 97,9 %. Діагностовану АГ мали 17,8 % лікарів. З них рівень АТ більше 140/90 мм рт. ст. відзначали, згідно з твердженням самих опитаних, у 94,1 %. При цьому, лише 64,7 % лікарів з АГ регулярно приймали антигіпертензивні препарати. Найбільш часто вживаними препаратами для зниження АТ серед опитаних лікарів були β -адреноблокатори – 64,7 % та діуретики – 23,5 %. Комбінацію антигіпертензивних препаратів приймали 47,1 % опитаних. За даними епідеміологічних досліджень в Україні, 29,3 та 36,8 % дорослого населення міста та села відповідно мають підвищений АТ, що більше, ніж у опитаних лікарів – 17,8 %, і що частково було пов'язане з тим, що у нашому дослідженні було мало людей старшого віку, а, як відомо, поширеність АГ збільшується з віком. В аналогічному опитуванні, проведеному в Індії, 33,5 і 20 % лікарів відповідно чоловічої та жіночої статі мали АГ [4]. Приймають антигіпертензивне лікування в Україні 48,4 та 37,4 % пацієнтів з АГ, а контролюють АТ лише 18,7 та 8 % відповідно мешканців міста і села. Охоплення лікуванням у нашому дослідженні було значно вищим, але також далеким від 100 %, а ефективність лікування – взагалі дуже низькою. Якщо ж подивитися на те, які препарати переважно приймають лікарі (β -адреноблокатори), то вони відрізняються від тих, які, за даними опитування самих лікарів, вони призначають своїм пацієн-

там (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту).

Захворювання різних органів та систем відзначали 22,1 % лікарів, з них 38,1 % мали серцево-судинні захворювання або ураження нирок або цукровий діабет. Електрокардіограму за останні 12 міс робили собі 68,4 % лікарів.

При опитуванні виявилось, що, якщо свій рівень АТ знають більшість лікарів, то свого рівня загального холестерину не знає половина опитаних – 50,5 %. Лише 14,7 % робили ліпідограму. При цьому, 36,2 % з тих, що визначали у себе рівень загального холестерину, мали його підвищений рівень, а статини з них приймали лише 47,1 %. Незважаючи на прийом статинів, підвищений рівень холестерину був у 62,5 % опитаних. За даними деяких закордонних дослідників майже у 50–70 % лікарів відзначають підвищений рівень холестерину [4, 5], що дуже близько до даних українського епідеміологічного дослідження (І.М. Горбась і співавт., 2010), згідно з яким 67 % дорослого населення України мають гіперхолестеринемію. У нашому дослідженні частка лікарів з гіперхолестеринемією була удвічі меншою, що, частково, можна пояснити відносно молодим віком, переважанням жінок та тим, що лише половина опитаних взагалі визначали свій рівень холестерину. За даними іншого опитування, яке проводили автори цієї статті, в реальній практиці лише 4,6 % пацієнтів з гіперхолестеринемією призначають статини. Безумовно, лікарі більш свідомо ставляться до свого здоров'я (більша частина приймали статини), ніж до здоров'я пацієнтів, однак, навіть знаючи переваги призначення статинів, менше половини лікарів приймали статини і більшість свій рівень холестерину не контролювали.

Курили 12,6 % лікарів (7,4 % – курили на момент опитування, 5,3 % – кинули курити протягом останнього року). Всі, хто курил на момент опитування, були чоловіками. Тобто 29,2 % чоловіків-лікарів, що лікують пацієнтів з АГ, курять. За даними різних дослідників курять 8,6 % лікарів у регіоні Сан-Паулу (Бразилія); 32,1 % лікарів в Іспанії, що мало відрізняється від загальної популяції – 32 %; 40,7 % – у Сирії; 56,8 % – у Китаї [3, 8]. В Японії 18,6 % медсестер курять, що значно більше, ніж у загальній популяції японських жінок – 10,3 % [6]. Таким чином, у нашому опитуванні частка курців-чоловіків зівставна з даними іспанських дослідників. Згідно з опитуванням у Сирії, 82,7 % лікарів рекоменду-

ють своїм пацієнтам відмовитися від куріння. Відомо, що куріння може призводити до гострого підвищення АТ на більш як 15 хв після викурювання однієї цигарки, що частково пов'язане із стимуляцією симпатичної нервової системи. В епідеміологічних дослідженнях було показано, що курці як серед хворих з АГ, так і серед осіб з нормальним АТ мають більш високий рівень АТ, ніж ті, хто не курить. Окрім того, що куріння є предиктором підвищення систолічного АТ, але даних щодо хронічного його впливу на рівень АТ немає, як немає даних щодо того, що відмова від куріння приводить до зменшення АТ. Проте беззаперечним є те, що куріння – це незалежний (від наявності інших) фактор ризику розвитку інсульту та інфаркту міокарда. І необхідно відмовлятися від куріння. За даними довготривалого спостереження ті люди, які кидають курити у середньому віці, за тривалістю життя не відрізняються від тих, хто не курив. Лікарі – це люди, які мають активно пропагувати відмову від куріння. Однак згідно з нашим опитуванням третина лікарів-чоловіків самі курять. Для пацієнтів, що лікуються у таких лікарів, підходить гасло: «Роби, як я говорю, а не як я роблю». Тому в багатьох країнах світу зараз проводять заходи з метою заохочення лікарів відмовитися від куріння.

Досить значна частка лікарів виконували фізичні навантаження і при цьому 3–4 рази на тиждень і більше. Але у половини опитаних тривалість фізичного навантаження становить менше 30 хв. Відомо, що недостатня фізична активність є предиктором серцево-судинної смерті. За даними одного з метааналізів рандомізованих досліджень, динамічне аеробне навантаження знижує систолічний/діастолічний АТ на 3,3/3,5 мм рт. ст. У хворих з АГ це зниження було більшим – 6,9/4,9 мм рт. ст. [2]. Окрім самого зниження АТ, фізичне навантаження сприяє зменшенню маси тіла, обхвату талії та підвищенню чутливості тканин до інсуліну. Оптимальними вважають аеробні тренування, які тривають 30–45 хв щодня.

Регулярно солону їжу вживали 46,3 % опитаних лікарів, а свіжі овочі та фрукти – 95,8 %. При цьому третина лікарів вживають свіжі овочі і фрукти щодня, що є дуже позитивно. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, надмірне вживання солі призводить до підвищення АТ, а обмеження у вживанні солі може приводити до зниження АТ та покращання антигіпертензивної

ефективності препаратів. Зловживання сіллю не показано ні особам з нормальним АТ, ні тим більше хворим з АГ. Згідно з нашим дослідженням половина лікарів віддають перевагу солоній їжі. Тобто, люди, що мають проводити бесіди з пацієнтами про обмеження, самі не виконують ці рекомендації. Проте позитивним є те, що більшість лікарів вживають свіжі овочі щодня. Більшість свіжих овочів та фруктів містять калій, який сприяє зниженню АТ. На жаль, це опитування не визначало кількість вживаних свіжих продуктів. За норму вважають 300 г.

Таким чином, поширеність основних факторів серцево-судинного ризику серед лікарів, що лікують пацієнтів з АГ, майже така ж, як і в загальній популяції дорослого населення України. Майже всі опитані лікарі знають свій рівень АТ, проте у більшості з АГ його рівень далекий від цільового. Лише половина опитаних лікарів знали свій рівень загального холестерину і з тих, у кого він був підвищений, лише половина приймали статини. Майже 30 % лікарів чоловічої статі курять та 46,3 % опитаних вживають солону їжу.

Висновки

1. Знали про свій рівень артеріального тиску майже всі опитані лікарі – 97,9 %. Діагностовано артеріальну гіпертензію у 17,8 % лікарів. Проте з них неконтрольований артеріальний тиск (більше 140/90 мм рт. ст.) відзначали, згідно з твердженням самих опитаних, у 94,1 %. Однією із причин незадовільного контролю артеріального тиску було те, що лише 64,7 % лікарів з артеріальною гіпертензією регулярно приймали антигіпертензивні препарати.

2. Більшість опитаних лікарів, що лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією, мали нормальну масу тіла, адже більшість були молоді жінки, які частіше слідкують за своєю масою тіла. Ожиріння відзначали у лише 9,5 % лікарів та надлишкову масу тіла – у 31,6 %.

3. Рівень загального холестерину не знає половина опитаних лікарів – 50,5 %. Лише 14,7 % лікарів робили ліпідограму. При цьому в 36,2 % з тих, що визначали у себе рівень загального холестерину, він був підвищений, а статини з них приймали лише 47,1 %. Незважаючи на прийом статинів, рівень холестерину був підвищеним у 62,5 %.

4. Курять 29,2 % чоловіків-лікарів, що лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

5. Досить значна частка лікарів виконували фізичні навантаження – 82,1 %, однак у половини опитаних тривалість фізичного навантаження становила менше 30 хв.

6. Регулярно солону їжу вживали 46,3 % опитаних лікарів, а свіжі овочі та фрукти – 95,8 %.

Література

1. Радченко Г.Д., Марцовенко І.М., Сіренко Ю.М. Підвищення освіти лікарів: чи можуть лекції допомогти покращити визначення ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з артеріальною гіпертензією // Артеріальна гіпертензія // 2010. – № 5. – С.
2. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105-1187.

3. Guazzelli A., Filho M., Ho I., Fiss E. Smoking among physicians in a specific region of the greater metropolitan area of São Paulo // J. Bras. Pneumol. – 2005. – Vol. 31. – P. 516-522.
4. Gupta A., Gupta R., Lal B. et al. Prevalence of coronary risk factors among Indian physicians // J. Assoc. Physicians India. – 2001. – Vol. 49. – P. 1148-1152.
5. Maddah M. Obesity and dyslipidemia among young general physicians in Iran // Int. J. Cardiol. – 2007. – Vol. 118. – P. 111-112.
6. Ohida T., Osaki Y., Kobayashi Y., Sekiyama M. et al. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan // Tobacco Control. – 1999. – Vol. 8. – P. 192-195.
7. Sajid Mahmood S., Najjad M., Ali N. et al. Predictors of obesity among post graduate trainee doctors working in a tertiary care hospital of public sector in Karachi, Pakistan // J. Pak. Med. Assoc. – 2010. – Vol. 60. – P. 758-761.
8. San Pedro E., Roales-Nieto J.G., Blanco-Coronado J.L. Tobacco use among Spanish physicians and medical students // Tob. Control. – 2006. – Vol. 15. – P. 272.

Надійшла 31.03.2011 р.

Prevention of cardiovascular disease – start from yourself. Results of anonymous questionnaire of the physicians treating hypertensive patients

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

The aim of study was to evaluate the prevalence of cardiovascular risk factors among physicians treating hypertensive patients. Ninety five physicians from one of the Ukraine regions were questioned. The questions included place of living, age, gender, date of graduation, specialization, anthropometric data, blood pressure level, knowledge about hypertension, duration of hypertension, cholesterol levels, taking antihypertensive drugs / statins, last ECG data, smoking, physical activity, the salt food, fruit and vegetable consumption. Among physicians, 97.9 % knew their blood pressure level, 17.8 % had arterial hypertension and 94.1 % among them had uncontrolled blood pressure (> 140/90 mm Hg). Only 64.7 % took antihypertensive drugs regularly. Most physicians had normal body mass index, obesity was diagnosed in 9.5 %, being overweight – in 31.6 %; 50.5 % physicians knew their total cholesterol level, only 14.7 % did lipid profile. The high total cholesterol level was found in 36.2 %, but only 47.1 % among them received statins. Despite taking statins, 62.5 % physicians had increased total cholesterol level. 29.2 % of male physicians were smokers. 82.1 % answered that they did physical activity regularly, but in a half of them the duration of exercise was less than 30 minutes. 46.3 % took salt food regularly. Therefore, wider implementation of lifestyle modifications in physician's population is a way to improve cardiovascular disease prevention.