

# Отношение практических врачей к достижению целевого уровня артериального давления и следованию рекомендациям по лечению артериальной гипертензии. Проблема врачебной инертности

И.В. Емельянов<sup>1</sup>, К.В. Протасов<sup>2</sup>, А.А. Дзизинский<sup>2</sup>, А.О. Конради<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Иркутская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития РФ, Иркутск, Россия

Емельянов И.В. — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ (ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова); Протасов К.В. — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и кардиологии ГБОУ ДПО «Иркутская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития РФ (ИГИУВ); Дзизинский А.А. — член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии и кардиологии ИГИУВ; Конради А.О. — доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, заместитель директора ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова.

**Контактная информация:** ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, Россия, 197341. Факс: 8 (812) 702-37-56. E-mail: iemelyanov@inbox.ru (Емельянов Игорь Витальевич).

## Резюме

**Целью исследования** было изучение отношения российских врачей первичного звена здравоохранения к назначению антигипертензивной терапии, их готовности к достижению целевых уровней АД и структуры причин врачебной инертности при лечении АГ. **Материалы и методы.** Опрос врачей проводился среди врачей-терапевтов и кардиологов поликлиник Санкт-Петербурга, Ленинградской области (северо-запад) и Иркутска. Всего было проанкетировано 790 врачей (368 в Санкт-Петербурге, 57 в Ленинградской области и 365 в Иркутске). **Результаты.** Выявлено, что врачебная инертность свойственна более чем половине российских врачей, ее причины не различаются между регионами и их структура аналогична странам Европы и США. На первом месте находится несоответствие между знаниями врачей рекомендаций и их внутренней готовностью к соблюдению этих рекомендаций, особенно в отношении пожилых пациентов, переоценка успеха назначенного лечения. Менее важными представляются экономические причины и отсутствие необходимых знаний.

**Ключевые слова:** врачебная инертность, рекомендации, целевое артериальное давление, комбинированная терапия.

## The relation of physicians to the goal blood pressure achievement and to the recommendations of arterial hypertension management. The problem of physicians' inertia

I.V. Emelyanov<sup>1</sup>, K.V. Protasov<sup>2</sup>, A.A. Dzizinskiy<sup>2</sup>, A.O. Konradi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Irkutsk Academy of Postgraduate Advanced Medical Training, Irkutsk, Russia

**Corresponding author:** Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, 2 Akkuratov st., St Petersburg, Russia, 197341. Fax: 8 (812) 702-37-56. E-mail: iemelyanov@inbox.ru (Igor V. Emelyanov, MD, PhD, Senior Researcher at the Research Department of Arterial Hypertension at Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre).

### Abstract

**Objective.** To assess the attitude of primary care physicians in Russia to antihypertensive therapy administration and their readiness to achieve goal blood pressure, as well as causes of physicians' inertia. **Design and methods.** The survey was performed in St Petersburg, Leningrad region (North-West region) and Irkutsk. The questionnaire was filled by 790 primary doctors (368 from St Petersburg, 57 in Leningrad region and 365 in Irkutsk). **Results.** More than half of Russian physicians were found to be predisposed to clinical inertia and the structure of its reasons is generally the same as in USA and Western Europe. The most frequent causes are contradictions between the good knowledge of the guidelines and subjective barriers to follow them in practice, especially in the elderly patients, overestimation of treatment success. Economical reasons are also relevant while lack of knowledge is less important.

**Key words:** clinical inertia, guidelines, goal blood pressure, combination therapy.

*Статья поступила в редакцию: 21.06.12. и принята к печати: 10.07.12.*

### Введение

Рекомендации по профилактике и лечению артериальной гипертензии (АГ), как международные [1], так и российские [2], призваны во многом формализовать и упростить работу врачей, чтобы обеспечить максимально эффективное выявление и лечения АГ в популяционном масштабе. Это, как правило, достигается путем разработки четких алгоритмов лечения, установления целевых значений артериального давления (АД) для конкретных групп пациентов, создания таблиц для стратификации риска, наглядных схем рациональной комбинированной терапии и так далее. Тем не менее в реальной клинической практике следование рекомендациям и их использование в повседневной работе наблюдается далеко не всегда [3], и причины этого несоответствия не вполне ясны. Во всем мире остро стоит проблема недостаточного практического внедрения имеющихся рекомендаций, проводятся попытки создания эффективных мер контроля за их соблюдением и повышения мотивации врачей для достижения целевых уровней АД в процессе лечения.

Недостаточно активное назначение антигипертензивной терапии тесно связано с таким феноменом, как врачебная инертность (ВИ). Это понятие подразумевает отсутствие какой-либо модификации лечения при наличии к этому объективной необходимости [4, 5]. Данная проблема характерна для лечения многих хронических заболеваний, особенно малосимптомных, для которых необходима длительная, иногда пожизненная терапия, а контроль эффективности лечения не связан с устранением конкретных жалоб пациента. Относительно АГ врачебная инертность выражается прежде всего в недостижении целевого уровня АД

при сознательном или подсознательном отсутствии мотивации у врача назначать, интенсифицировать и модифицировать терапию при ее недостаточной эффективности. Классическими причинами такой инертности врача считаются переоценка успеха проводимого лечения, сознательное использование различных предлогов для отсутствия изменений в терапии и, лишь в незначительной степени, отсутствие должных навыков и знаний [4, 5].

Согласно статистике США, где к этой проблеме стали привлекать внимание уже более 10 лет назад, показано, что ВИ ответственна за 19 % пациентов с неконтролируемой АГ, тогда как успешная борьба с ней может привести к существенному повышению доли больных с целевым АД уже к 2010 году, на что нацелена определенная система мероприятий [6]. В 2008 году были опубликованы данные о том, какую терапию и с каким эффектом получают пациенты непосредственно 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 проведена лишь у 20 % [7].

**Целью настоящего исследования** было изучение отношения российских врачей первичного звена здравоохранения к назначению антигипертензивной терапии, их готовности к достижению целевых уровней АД и структуры причин врачебной инертности при лечении АГ.

### Материалы и методы

Опрос врачей проводился среди терапевтов и кардиологов поликлиник Санкт-Петербурга, Ленинградской области и Иркутска. Анкетирование

Таблица

СОБЛЮДЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
И ВРАЧЕБНАЯ ИНЕРТНОСТЬ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ

Показатель	Санкт-Петербург и Ленобласть (n = 425), n (%)	Иркутск (n = 365), n (%)	Всего, n (%)
Знание целевых уровней АД	425 (100 %)	365 (100 %)	790 (100 %)
Использование таблиц стратификации риска			
Всегда	227 (53,4 %)	182 (49,8 %)	411 (52 %)
Редко	173 (40,7 %)	174 (47,6 %)	347 (43,9 %)
Никогда	21 (4,9 %)	<b>33 (9 %)*</b>	54 (6,8 %)
Разделяют мнение о том, что повышение АД с возрастом — это нормальное явление	276 (64,9 %)	147 (40,2 %)	423 (53,55 %)
Готовность достигать целевых значений АД у пожилых пациентов	235 (55,3 %)	251 (68,7 %)	486 (61,5 %)
Использование комбинированной терапии на начальном этапе лечения			
Всегда	20 (4,7 %)	18 (4,9 %)	38 (4,8 %)
часто	157 (36,9 %)	118 (32,3 %)	275 (34,8 %)
редко	97 (22,8 %)	80 (21,9 %)	177 (22,4 %)
никогда	141 (33,2 %)	135 (37 %)	276 (35 %)
Готовность к назначению четырехкомпонентной терапии для лечения АГ при минимальном превышении АД от целевого	119 (28 %)	117 (32 %)	236 (29,9 %)
Использование домашнего измерения АД для оценки эффективности терапии	413 (97 %)	349 (95,6 %)	762 (96,5 %)
Информирование пациентов о побочных эффектах терапии и их оценка	370 (87 %)	338 (92,6 %)	708 (90,8 %)
Готовность пытаться интенсифицировать лечение при изолированной систолической АГ и низком диастолическом АД	225 (53 %)	<b>220 (60,2 %)*</b>	445 (56,3 %)
Обсуждение с пациентом рекомендаций по изменению образа жизни	388 (91,3 %)	320 (87,7 %)	708 (89,6 %)
Вера в успех соблюдения рекомендаций по здоровому образу жизни	334 (78,6 %)	293 (80,3 %)	627 (79,3 %)
Учет стоимости терапии при ее назначении	298 (70,1 %)	247 (67,6 %)	545 (69 %)
Использование таблиц стратификации риска			
Никогда	21 (4,9 %)	28 (7,7 %)	49 (6,2 %)
Редко	173 (40,7 %)	134 (36,7 %)	307 (38,9 %)
Всегда	227 (53,4 %)	174 (47,6 %)	401 (50,7 %)
Полипрагмазия как препятствие к назначению дополнительных препаратов	172 (40,4 %)	163 (44,6 %)	335 (42,4 %)

**Примечание:** АД — артериальное давление; АГ — артериальная гипертензия; \* —  $p < 0,05$  в сравнении с Северо-Западным регионом.

проводилось выборочно среди врачей нескольких случайным образом выбранных поликлиник каждого региона. Всего было проанкетировано 790 врачей (368 в Санкт-Петербурге, 57 в Ленинградской области и 365 в Иркутске). С учетом незначительной доли больных из Ленинградской области данные были объединены с Санкт-Петербургом и приводятся в дальнейшем как результаты единого Северо-Западного региона.

Вопросник, разработанный авторским коллективом специально для данного исследования, содержал 22 вопроса, касающиеся отношения врача к необходимости достижения целевого уровня АД, к многокомпонентной комбинированной терапии, а также часть вопросов, касающихся самооценки врачами результатов проводимого лечения АГ, что косвенно характеризует причины врачебной инертности. Кроме этого, вопросник оценивал роль экономических барьеров в принятии решения о назначении и интенсификации терапии и включал вопросы о значении дохода пациента для принятия таких решений.

С целью соблюдения конфиденциальности и непредвзятости заполнения вопросника нами не оценивался возраст врачей, их пол и стаж работы по специальности. Анкетирование проводилось полностью анонимно и врачи были проинформированы о том, что заполнение анкеты не является оценкой качества их работы и строго конфиденциально.

### Результаты

#### *Готовность врачей к достижению целевого уровня АД*

Все врачи (100 %) были осведомлены о современных целевых уровнях АД, что с самого начального этапа анализа исключило незнание рекомендаций как причину их несоблюдения на практике. Данные проведенного исследования показали, что достаточно большая доля врачей субъективно не готова к достижению рекомендуемых целевых значений АД, особенно у пожилых пациентов (табл.). При этом этот показатель существенно не различался между врачами Санкт-Петербурга, Ленинградской области и Иркутска.

Кроме этого, следует отметить, что большое влияние на готовность достичь целевых значений АД имело количество необходимых для этого препаратов. Так, при необходимости назначения четвертого антигипертензивного препарата при уровне АД 140/90 мм рт. ст. у больного сахарным диабетом (СД) примерно треть врачей не считали это для себя приемлемым. Ответы на этот вопрос также были сопоставимы в различных опрашиваемых регионах. Эти данные были подтверждены также

ответами на сопряженный вопрос о страхе перед полипрагмазией (табл.).

К сожалению, проведенное анкетирование показало, что врачи по-прежнему не готовы в достаточной степени использовать комбинированную антигипертензивную терапию для лечения больных, особенно на начальном этапе. Так, почти 40 % респондентов ответили, что никогда не пользуются комбинированной терапией «на старте» лечения АГ, несмотря на наличие к ней неоспоримых показаний (табл.).

Интересно, что по распределению частоты ответов на большинство вопросов данные различных регионов практически не отличались между собой. Отмечено, что в Иркутске (9 %) по сравнению с Северо-Западным регионом (4,9 %) врачи никогда не используют таблицы по стратификации риска. При этом врачи Иркутска оказались в большей степени готовы интенсифицировать лечение при изолированной систолической АГ (ИСАГ) (табл.).

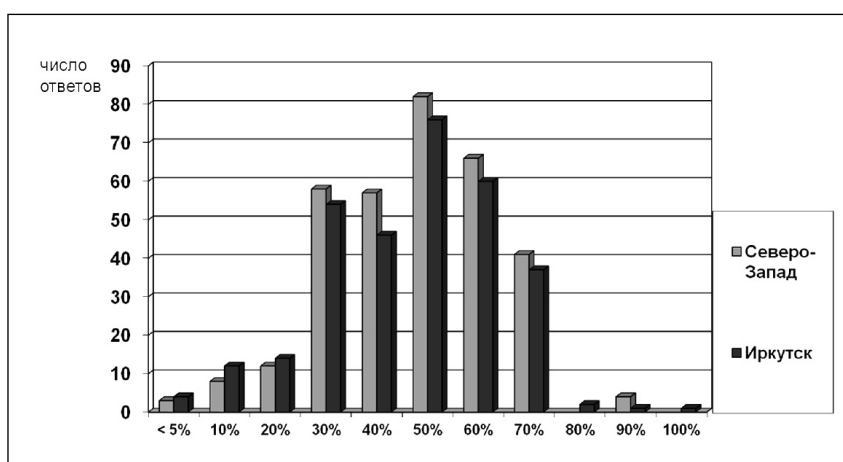
#### *Самооценка врачами результатов лечения АГ*

Как уже упоминалось ранее, важнейшей составляющей врачебной инертности является переоценка врачами результативности своей работы. Действительно, в нашем исследовании при ответе на вопрос о доле больных, которые достигают целевого АД при лечении у конкретного врача, большинство считали, что достигают успеха более чем у 50 % пациентов (рис. 1). Распределение ответов было одинаковым среди врачей различных регионов. Оказалось, что большинство врачей считает, что они успешно контролируют АД более чем у половины своих пациентов с АГ. Поскольку истинная частота контроля АД среди пациентов существенно меньше, можно полагать, что мы имеем дело с переоценкой собственных результатов в лечении. Интересно, что при этом врачи уверены в очень высокой распространенности резистентной АГ среди находящихся у них под наблюдением пациентов (до 50 % и более по данным анализируемых анкет) (рис. 2). Это обстоятельство может отражать эффект «телескопа», так как врачи более склонны фиксировать внимание на трудных для лечения пациентах, нежели на тех, у кого успех достигается быстро и кто редко приходит на повторные визиты.

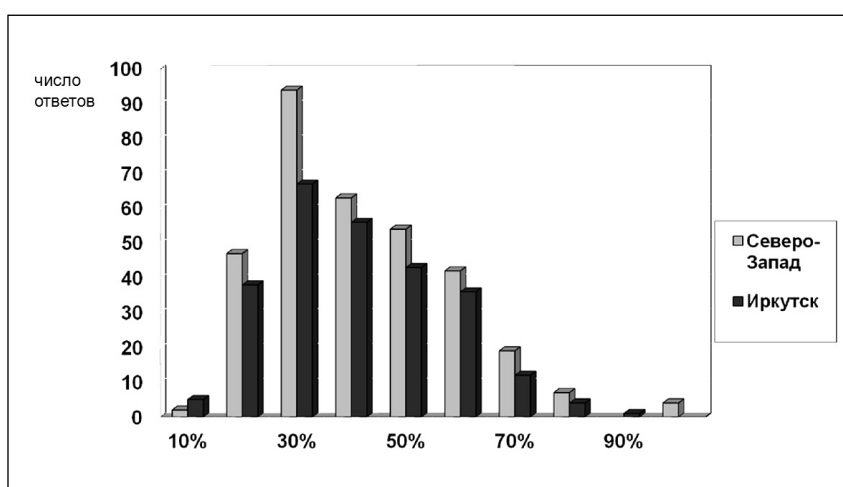
#### *Финансовые причины ВИ*

В нашем исследовании была предпринята попытка проанализировать, оказывает ли влияние стоимость терапии на готовность врача рекомендовать ее пациенту. При этом было показано, что как на северо-западе России, так и в Иркутской области большинство врачей уделяют внимание стоимости

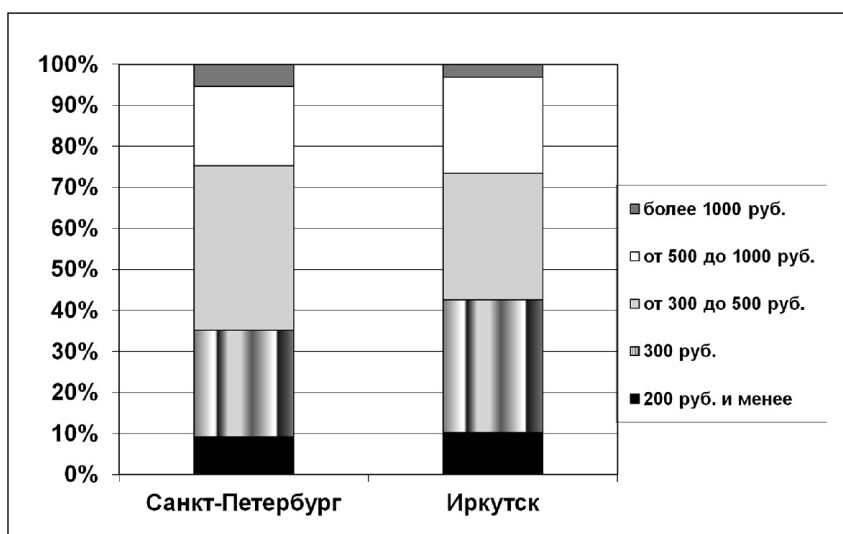
**Рисунок 1. Доля больных, у которых Вы достигаете целевого артериального давления**



**Рисунок 2. Распространенность резистентной артериальной гипертензии, по мнению врачей**



**Рисунок 3. Стоимость терапии, которую врачи считают необходимой согласовывать с пациентом**



терапии. При этом субъективное представление врачей о том, какое лечение является дорогостоящим и его стоимость следует согласовывать при назначении терапии, оказалось очень вариабельным в обоих регионах. Так, ряд врачей полагали, что стоимость более 300 рублей уже может являться критической, тогда как другая крайняя категория указала на необходимость согласовывать с пациентом лишь стоимость медикаментозной терапии, заведомо превышающую 1000 рублей в месяц. При этом в Иркутске значительно чаще наблюдались ответы о «высокой стоимости» более 300 рублей (рис. 3), что, возможно, отражает экономические межрегиональные отличия.

### Обсуждение

Настоящее исследование, с одной стороны, оценивало готовность врачей к соблюдению рекомендаций по лечению АГ и их субъективное восприятие этих рекомендаций, а также проблемы их внедрения в практику. С другой стороны, исходя из описанных ранее составляющих ВИ нами были проанализированы все основные возможные ее причины.

Одним из важнейших результатов данной работы является обнаружение того, что большинство врачей считает нецелесообразным соблюдение ряда положений рекомендаций по лечению АГ и не реализует их в своей практической деятельности. Это касается, в первую очередь, достижения жестких целевых уровней АД у пожилых пациентов, у больных СД и у пациентов с ИСАГ. Выявленная неготовность к достижению целевого АД у данных категорий пациентов может являться одной из причин недостаточного контроля АД в популяции, а также является ярким примером второй группы причин ВИ — использования различных предлогов для отсутствия интенсификации лечения. Ожидание плохой переносимости низкого АД, особенно у пожилых пациентов, страх перед полипрагмазией — основные причины, по которым российские врачи не готовы добиваться установленных пределов снижения АД.

Тогда как 100 % врачей знали целевые уровни АД, рекомендуемые для больных АГ, более половины из них были уверены в том, что у пожилых пациентов повышение АД является закономерным результатом старения, и большинство не были готовы, и даже считали опасным, добиваться целевых значений АД у больного пожилого возраста. Эти данные иллюстрируют проблему восприятия имеющихся рекомендаций и готовности врачей воплощать их на практике. Большинство этих же врачей ответили отрицательно и на вопрос о готов-

ности интенсифицировать лечение при уровне АД 160/70 мм рт. ст. Причиной отсутствия желания усиливать терапию в данном случае также служит страх перед избыточным снижением АД, особенно у пожилых пациентов. Полученные данные говорят о том, что в структуре образования врачей необходимо больше внимания уделять не информированию о целевых значениях АД, а созданию мотивации к их реальному достижению. По-видимому, знаний о том, что уровень АД является важнейшим фактором риска у пациентов любого возраста недостаточно для преодоления внутренних психологических барьеров врача, обеспечивающих его стремление к достижению целевых значений, особенно в тех группах пациентов, где это сопряжено с определенными рисками. Иллюстрацией этого можно считать также данные, полученные в отношении боязни полипрагмазии, когда почти 70 % врачей опрошенной группы ответили, что не готовы к назначению четырехкомпонентной терапии АГ.

Полученные данные в целом существенно не отличаются от представлений и действий врачей других стран. Так, в 2002 году в Корнельском университете Нью-Йорка был проведен анализ 270 записей в истории болезни и показано, что в 93 % случаев на визите уровень систолического АД у пациентов был более 140 мм рт. ст., а у 35 % — более 150 мм рт. ст. [8]. При этом наиболее частые причины отсутствия изменений в терапии включали «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. 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 лиц, также является типичной составляющей ВИ. В США при анкетировании врачей 70 % ответили «нет» на вопрос о том, назначали бы они лечение пациенту 70 лет с уровнем систолического АД 148 мм рт. ст. [9]. Российская программа АРГУС ранее показала также неутешительные результаты, выявив, что, несмотря на отсутствие достижения целевых значений АД, лишь в каждом пятом случае проводится интенсификация лечения [10]. В ряде других работ продемонстрировано, что в пределах умеренного повышения систолического АД к должной модификации лечения склонно меньшинство врачей, что также отражает врачебную инертность [11].

В данном исследовании убедительно показана субъективная переоценка успехов проводимой терапии. В частности, более половины врачей считают, что достигают целевого значения АД более чем у половины своих пациентов. При этом хорошо известно, что в реальной практике целевой уровень АД достигается менее чем у половины больных, получающих регулярную терапию, и примерно у 20 % среди тех, кто знает о наличии повышения АД [1]. Переоценка результатов лечения больных АГ может лежать в основе отсутствия мотивации к совершению каких-либо действий на очередном визите, направленных на интенсификацию лечения. Аналогичные данные, полученные в других исследованиях, также показали, что субъективно врачи относятся к своей деятельности более лояльно и преувеличивают успешность своей терапии и следование рекомендациям [9, 11].

В рамках данного исследования также была проведена попытка оценить экономическую составляющую в структуре инертности, а именно влияние на желание врача интенсифицировать терапию стоимости таковой для пациента. Существует немало данных, что даже при бесплатном обеспечении пациента препаратами проблема инертности врачей остается актуальной [12]. Полученные данные свидетельствуют о том, что многие врачи считают экономический барьер достаточно важным, что может быть причиной инертности в назначении терапии. При этом четко показано, что врачи нередко преувеличивают опасения в отношении отказа от приобретения препаратов, считая, что тот или иной препарат пациент не будет принимать, в том числе и по соображениям стоимости, не пытаясь выяснить реальный настрой пациента. Интересно, что в отношении стоимости терапии, ограничивающей назначение лечения, практически не было выявлено региональных различий, несмотря на экономическое состояние изучаемых регионов.

Существенной причиной, которая может объяснить отсутствие усилий по модификации лечения, является вера врачей в большую распространенность резистентной АГ. Данные литературы свидетельствуют о том, что лишь 10–15 % больных АГ от общего числа лиц с повышенным АД нуждаются в терапии более чем тремя препаратами и могут быть отнесены к группе резистентных [13]. Однако опрошенные нами врачи считали, что распространенность этого состояния крайне велика (от 20 до 70 %). Это, скорее всего, отражает так называемый эффект «телескопа», так как врачи в большей степени фиксируют внимание на тех больных, лечение которых малоуспешно, в отношении которых они

вынуждены затрачивать больше усилий и которые часто приходят на прием и не удовлетворены результатами лечения. В такой ситуации у врача может развиваться впечатление о частой встречаемости больных, у которых АД не может быть в должной мере снижено в принципе, что также приводит к закреплению инертности, то есть к отсутствию каких-либо реальных действий, направленных на достижение целевого АД.

Следующим важным поводом к отсутствию модификации лечения и относительно спокойному отношению к недостигнутому целевому АД может быть избыточное внимание врачей к нарушениям приверженности к лечению со стороны пациентов. В последние годы проблема приверженности пациентов стала очень часто обсуждаться в медицинской литературе, а также на образовательных мероприятиях для врачей. Отметим, что почти 100 % врачей в нашем исследовании ответили, что проводят оценку приверженности к назначенной терапии у своих пациентов; это отражает их хорошую информированность о важности этого фактора как причины недостаточного снижения АД. Кроме того, подавляющее большинство врачей анализируют переносимость лечения, что также косвенно говорит о стремлении оценить приверженность и обеспечить ее повышение. При этом ряд имеющихся данных свидетельствует о том, что не следует смешивать понятия врачебной инертности и плохой приверженности пациентов. При ответе на вопрос о том, как часто, по мнению врача, плохая приверженность к лечению ответственна за неуспех лечения в их практической деятельности, названные доли оказались очень высокими, а некоторые респонденты отмечали, что считают 100 % пациентов неприверженными к лечению. На самом деле данные литературы свидетельствуют о том, что плохая приверженность встречается не более чем у половины пациентов и часто переоценивается врачами. 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 [14].

Одним из наиболее частых объяснений отсутствия должного контроля АД может быть отсутствие времени у врача для подбора адекватной терапии и ее индивидуализации. Однако в ходе данного исследования было выявлено, что подавляющее большинство врачей имеет время для обсуждения с пациентами данных самоконтроля АД и соблюдения рекомендаций по образу жизни, а также побочных эффектов терапии. Следовательно, маловероятно, что лимит времени является

существенной причиной, объясняющей отсутствие модификации терапии.

Третьей и, как ни странно, наименее важной составляющей ВИ является отсутствие знаний. Эта причина называется последней в других работах, малосущественной она оказалась и в нашем исследовании. Анкетирование врачей Санкт-Петербурга, Ленинградской области и Иркутска показало достаточно высокий уровень знаний о существующих рекомендациях. Как уже упоминалось, знания о целевых значениях АД, о необходимости агрессивной терапии пациентов высокого риска были очень высоки и приближались к 100 %. Однако далеко не все эти рекомендации успешно выполнялись на практике. В частности, лишь 50 % врачей регулярно использовали таблицы для стратификации риска в своей повседневной деятельности. При этом крайне позитивными и многообещающими были ответы, касающиеся использования данных самоконтроля АД для оценки эффективности терапии и указание на обсуждение с пациентами изменения образа жизни и веру в успех подобных мероприятий.

### Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования и их сопоставление с данными других работ показали, что среди российских врачей проблема врачебной инертности не менее актуальна и имеет примерно такие же причины, как и в странах Европы и США. На первом месте находится несоответствие между знаниями врачей рекомендаций и их внутренней готовностью к соблюдению этих рекомендаций, особенно в отношении пожилых пациентов, а также переоценка успеха своего лечения. Менее важными представляются экономические причины и отсутствие необходимых знаний. Эти обстоятельства должны обязательно учитываться при формировании стратегии борьбы с ВИ, которая должна включать, помимо стандартного информирования врачей о целях терапии, работу по устранению причин, мешающих практическому использованию полученных навыков и знаний [15, 16].

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов.

### Литература

1. 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, № 6. — P. 1105–1187.

2. Российские рекомендации по лечению АГ. Третий пересмотр // *Кардиоваск. тер. профилактик.* — 2010. — Т. 3, № 3. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.consilium-medicum.com/gypertens/article/21052>. / Russian guidelines on the management of arterial hypertension. Third revision // *Cardiovascular Therapy and Prevention [Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika]*. — 2010. — Vol. 3, № 3. — [Electronic resource]. — URL: <http://www.consilium-medicum.com/gypertens/article/21052>
3. Ruilope L.M. Current challenges in the clinical management of hypertension // *Nat. Rev. Cardiol.* — 2012. — Vol. 9, № 5. — P. 267–275.
4. Phillips L.S., Branch W.T., Cook C.B. et al. Clinical inertia // *Ann. Intern. Med.* — 2001. — Vol. 135, № 9. — P. 825–834.
5. O'Connor P.J., Sperl-Hillen J.M., Johnson P.E., Rush W.A., Blitz G. Clinical inertia and outpatient medical errors // *Adv. Patient Safety.* — 2005. — Vol. 2. — P. 293–308.
6. 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. Invest. Med.* — 2003. — Vol. 51, № 6. — P. 373–385.
7. 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.
8. 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, № 4. — P. 413–420.
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, № 15. — P. 2281–2286.
10. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. 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. / Kobalava Zh.D., Kotovskaya Yu.V., Starostina E.G. et al. The problems of coordination between physician and patient and the control of arterial hypertension in Russia. The main results of research and practical project ARGUS-2 // *Cardiology [Kardiologiya]*. — 2007. — Vol. 47, № 3. — P. 38–47 [Russian].
11. 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.
12. Ruilope L.M. Do we effectively lower blood pressure? // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* — 2000. — Vol. 35, suppl. 3. — P. S3–S6.
13. Berlowitz D.R., Ash A.S., Hickey E.C. et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population // *N. Engl. J. Med.* — 1998. — Vol. 339, № 27. — P. 1957–1963.
14. Fahey T., Schroeder K., Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2005. — Vol. 1. — P. CD005182.
15. Okonofua E.C., Simpson K.N., Jesri A., Rehman S.U., Durkalski V.L., Egan B.M. Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals // *Hypertension.* — 2006. — Vol. 47, № 3. — P. 345–351.
16. Roumie C.L., Elasy T.A., Wallston K.A. et al. Clinical inertia: a common barrier to changing provider prescribing behavior // *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* — 2007. — Vol. 33, № 5. — P. 277–285.