

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

В.Э. Олейников*, И.В. Елисеева, Ю.А. Томашевская, Н.А. Борисова, С.С. Фадеева
Пензенский государственный университет. 440026, Пенза, ул. Красная, 40

Цель. Изучить эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов в условиях исследовательской программы и амбулаторной практики посредством суточного мониторинга артериального давления (СМАД) и оценки офисного АД, а также проанализировать приверженность пациентов назначаемому лечению.

Материал и методы. В группу наблюдения включены 75 пациентов с артериальной гипертензией 1-2 степени. Пациентов повторно вызывали спустя 4 года, проводили измерение офисного АД, СМАД, опрос по анкете Мориски-Грина, а также в ходе беседы просили дать оценку ряду основных факторов, которые могли повлиять на приверженность лечению. В зависимости от результатов заполнения анкеты Мориски-Грина больные были распределены на 2 когорты: комплаентных и некомплаентных.

Результаты. Спустя 4 года контакт был установлен с 50 пациентами из 75. При анализе опросника Мориски-Грина выявлено, что только 10 пациентов (20%) являются комплаентными, у 13 пациентов (26%) был высок риск развития неприверженности. 26 пациентов (52%) забывали принимать препараты, 25 пациентов (50%) невнимательно относились ко времени приема лекарственных средств. 29 опрошенных (58%) не принимали препараты при хорошем самочувствии, 18 (36%) – если чувствовали себя плохо после приема лекарственных средств из-за резкого снижения АД.

Заключение. Приверженность пациентов лечению по-прежнему остается одной из важнейших проблем терапии хронических заболеваний. Только 20% больных являлись очень высоко приверженными терапии, что вполне согласуется с данными других исследователей, полученными в российской популяции пожилых лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пациенты старше 60 лет, комплаенс, суточное мониторирование артериального давления.

Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2014;10(4):391–396

The efficacy of antihypertensive therapy in elderly patients and treatment compliance analysis

V.E. Olejnikov*, I.V. Eliseeva, Yu.A. Tomashevskaya, N.A. Borisova, S.S. Fadeeva
Penza State University. Krasnaya ul. 40, Penza, 440026 Russia

Aim. To study the efficacy of antihypertensive therapy in elderly patients under the condition of research program and outpatient practice by ambulatory blood pressure (BP) monitoring (ABPM) and office BP evaluation, as well as explore patients' treatment compliance.

Material and methods. Patients with arterial hypertension, 1-2 degree (n=75) were included into the study. Patients were invited to in-person physician visit again after 4 years. Evaluation of office BP, ABPM, Morisky-Green questionnaire survey was performed. Besides patients were asked to give their understanding of factors that could influence treatment compliance. Patients were divided into 2 cohorts (adherers and non-adherers), depending on the results of Morisky-Green questionnaire survey.

Results. Contact was got in 50 of 75 patients after 4 years. Only 10 of patients (20%) were compliant according to Morisky-Green questionnaire survey, and 13 patients (26%) revealed a high risk of non-compliance. 26 of patients (52%) forgot to take medications, 25 patients (50%) were inaccurate regarding time of drug administration. Some patients missed medicines taking when they were in good condition (58%), or they were unwell (36%) due to sharp BP decrease after taking drugs.

Conclusion. The patients' treatment compliance remains one of the most important problems of chronic diseases therapy. Only 20% of elderly hypertensive patients are compliant.

Key words: arterial hypertension, elderly patients, compliance, ambulatory blood pressure monitoring.

Ration Pharmacother Cardiol 2014;10(4):391–396

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): oleynikoff@sura.ru

Вторая половина XX и начало XXI веков характеризуется значительными изменениями возрастной структуры населения с тенденцией к увеличению в популяции лиц пожилого и старческого возраста. Вследствие старения населения и увеличения доли пожилых лиц отмечается существенный рост заболеваний сердечно-сосудистой системы. Ведущее место принадлежит артериальной гипертензии (АГ), которая встречается у 65% лиц старше 65 лет. Последняя, оказывая влияние на качество и продолжительность жизни, является основной причиной инвалидизации и смертности. Увеличение ко-

личества людей старшего возраста в структуре населения ставит новые задачи перед современной медициной. Лечение АГ у лиц пожилого и старческого возраста диктует необходимость формирования особых подходов к тактике антигипертензивной терапии в гериатрической практике [1]. Пожилой возраст ассоциирован с возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы, которые в сочетании с полиморбидностью предрасполагают к прогрессированию кардиоваскулярных заболеваний.

В последние годы низкая приверженность лечению АГ расценивается как самостоятельный фактор риска развития ассоциированных клинических состояний, в частности, мозговых инсультов и прогрессирования сердечной недостаточности [2]. Современная кардиология опирается на данные, полученные в рандомизированных исследованиях, однако эти данные не всегда коррелируют с результатами лечения в реальной клинической практике, поскольку в различных исследованиях пациенты находятся под постоянным контролем врача.

Сведения об авторах:

Олейников Валентин Эливич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии, ПГУ

Елисеева Ирина Владимировна – к.м.н., ассистент той же кафедры

Томашевская Юлия Анатольевна – к.м.н., доцент той же кафедры

Борисова Наталья Александровна – к.м.н., ассистент той же кафедры

Фадеева Светлана Сергеевна – к.м.н., ассистент той же кафедры

Целью настоящего исследования – изучить влияние антигипертензивной терапии у пожилых пациентов в условиях исследовательской программы и амбулаторной практики на параметры суточного мониторирования АД (СМАД) и офисное АД, а также приверженность назначаемому лечению.

Материал и методы

В открытое нерандомизированное исследование включены 75 пациентов с АГ 1-2 степени в возрасте старше 60 лет [3].

Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании, протокол которого был одобрен локальным этическим комитетом Пензенского государственного университета.

Антагонист кальция с контролируемым высвобождением нифедипина (Кордафлекс РД®, Эгис, Венгрия) получали 47 пациентов, 28 пациентов получали эналаприл (Эналаприл, Хемофарм, Сербия). Общая продолжительность наблюдения составила 12 мес. Всем включенным в исследование лицам в течение года бесплатно выдавали лекарственные средства (ЛС), а также объясняли необходимость постоянного лечения. Эффективность проводимой терапии оценивали путем определения офисного АД на ежемесячных визитах и суточного мониторирования АД (СМАД) через 48 нед терапии по общепринятым протоколам [4]. Приверженность лечению вычислялась в процентах по соотношению фактически принятых препаратов к должному количеству.

Спустя 4 года пациентов повторно вызывали по телефону, проводили измерение офисного АД, СМАД, опрос по анкете Мориски-Грина, а также в ходе беседы просили дать оценку ряду основных факторов, которые могли повлиять на приверженность лечению [5]. Проводился анализ получаемой на данный момент терапии, кроме того, выяснялись причины, приведшие к изменению терапии. В зависимости от результатов заполнения анкеты Мориски-Грина больные были распределены на 2 когорты: пациенты, ответившие «да» на 3 и более вопроса, были отнесены к группе комплаентных (К); менее чем на 3 вопроса – к группе некомплаентных (НК).

При обработке результатов исследования использовали пакет прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). При нормальном распределении значения представлены в виде средней величины и стандартного отклонения ($M \pm SD$), для анализа применяли параметрический t-критерий Стьюдента. Если распределение носило асимметричный характер, то значения представляли медианой (Me) и интерквартильным размахом в виде 25-й и 75-й перцентилей, а для проверки нулевой гипотезы использовали непараметрический ранговый критерий Вилкоксона для связанных,

и критерий Манна-Уитни для несвязанных выборок. Статистическая достоверность данных оценивалась с помощью таблиц критических значений. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты

Средний возраст пациентов, включенных в исследование ($n=75$; 15 мужчин и 60 женщин), составил $66,6 \pm 4,7$ лет, уровень офисного САД составил $157,8 \pm 8,0$ мм рт.ст., ДАД – 92 (86; 98) мм рт.ст., ЧСС 71 (65; 78) уд/мин, индекс массы тела (ИМТ) $28,7 \pm 4,8$ кг/м². У 34 человек диагностирована изолированная систолическая АГ (ИСАГ; средний возраст $67 \pm 4,2$ лет); у 41 пациента – систоло-диастолическая АГ (СДАГ; средний возраст $65 \pm 3,7$ лет). 4 пациента (5,3%) перенесли в прошлом инфаркт миокарда, 5 (6,6%) страдали сахарным диабетом 2 типа, у 3 человек (4%) ранее была диагностирована пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.

Спустя 4 года телефонный контакт был установлен с 50 (66,7%) пациентами из 75. Из 50 откликнувшихся человек 3 (6%) самостоятельно прекратили лечение антигипертензивными препаратами, 47 (94%) – продолжали их принимать. На протяжении 48 нед, в течение которых бесплатно выдавались ЛС, комплаенс составил $87,4 \pm 4\%$. Лечение нифедипином с контролируемым высвобождением в различных дозировках, в том числе в составе комбинированной терапии, продолжали 10 человек, эналаприлом при тех же условиях – 9 пациентов. Кроме того, 8 из 47 откликнувшихся (17%) принимали индапамид замедленного высвобождения (как монотерапию или компонент комбинированной). Лечение другими представителями дигидропиридиновых антагонистов кальция было рекомендовано 7 пациентам (14,9%), ингибиторами АПФ – 13 (27,7%).

Среди причин изменения фармакотерапии следует отметить назначение иных препаратов терапевтом по месту жительства в 16 случаях (34%); в 5 (10,6%) причиной явилось окончание программы, в рамках которой бесплатно выдавали ЛС; у 1 пациента (2,1%) изменение терапии произошло из-за развития нежелательного явления в виде першения в горле; у 1 пациента (2,1%) на фоне рекомендованной ранее терапии происходило резкое снижение АД; в остальных случаях назывались другие причины (советы соседей, получение препарата из альтернативного источника).

При анализе возникновения кардиоваскулярных событий выявлено развитие по одному случаю инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, синдрома «тахибрадикардии», в результате чего пациенту был имплантирован электрокардиостимулятор (6,3% случаев ассоциированных клинических состояний). Данные осложнения развились при изменении проводимой те-

Таблица 1. Значимость основных факторов, влияющих на проводимую фармакотерапию (% пациентов)

Факторы, влияющие на лечение	Оценка				
	очень низкая	низкая	средняя	высокая	очень высокая
Стоимость препаратов, если таковая составляла до 500 рублей	2	18	64	12	4
Стоимость препаратов, если таковая составляла > 500 рублей	2	4	18	50	26
Кратность приёма препарата (от однократного до 3-4 р/д)	4	28	16	22	30
Точность выполнения рекомендаций врача	2	12	18	38	30
Удовлетворённость от общения с врачом	-	6	31	41	22
Наличие жалоб, симптомов заболевания для приема препаратов	6	14	16	18	46
Собственная вера в успех лечения для регулярного лечения	-	6	28	52	14
Собственная ответственность за своё здоровье для лечения	4	14	24	44	14
Скорость медицинского обслуживания	22	24	24	24	6
Влияние информированности о заболевании и способах лечения на заинтересованность в лечении	2	14	16	34	34
Регулярность контроля врача за процессом лечения	24	32	14	16	14
Постоянный ежедневный самоконтроль за процессом лечения	2	32	16	22	28

рапии на протяжении 4-летнего периода после окончания программы лечения.

При анализе опросника Мориски-Грина выявлено, что только 10 из 50 пациентов (20%) являются комплаентными, у 13 пациентов (26%) был высок риск неприверженности. 26 пациентов (52%) забывали принимать препараты, 25 пациентов (50%) невнимательно относились ко времени приема лекарственных средств. 29 опрошенных (58%) не принимали препараты при хорошем самочувствии, 18 (36%) – если чувствовали себя плохо после приема ЛС из-за резкого снижения АД.

Стоимость препаратов, если таковая составляла до 500 рублей, для подавляющего большинства пациентов имела среднюю значимость, в то время как при стоимости свыше 500 рублей данный фактор приобретал высокое и очень высокое значение (табл. 1). Частота приема препарата для большинства опрошенных имела значимость среднюю и выше. Факторы, связанные с общением с врачом, имели высокое и очень высокое значение более чем для 50% пациентов [6]. При этом скорость медицинского обслуживания и контроль врача за процессом лечения имели очень низкую и низкую значимость более чем для половины опрошенных. Наличие жалоб, симптомов заболевания для приема препаратов увеличивало значимость получения лечения более чем на 50%. Не могло не обнадеежить осознанное отношение пациентов к процессу лечения: самоконтроль для большинства респондентов был важнее контроля врача. Также более чем для 70% опрошенных собственная вера в успех лечения и собственная ответственность за свое здоровье имели оценки выше средней.

Офисные значения САД и ДАД в период 48-нед последовательской программы были, соответственно, $129,7 \pm 2,4 / 79,1 \pm 2,5$ мм рт.ст. и $125,3 \pm 2,8 / 77,9 \pm 1,9$

мм рт.ст. в группах К и НК. В каждой группе целевые значения на фоне проводимой терапии были достигнуты у 20 пациентов, 86,9% и 77,8%, соответственно. ЧСС в покое в группах составила $73,6 \pm 4,2$ и $74,3 \pm 5,1$ уд/мин.

Помимо стандартных показателей офисного АД, мы проанализировали вариабельность (ВАР) САД и ДАД в рамках визита – колебание АД при сравнении трех последовательных традиционных измерений. В настоящее время эти параметры являются недостаточно изученными и представляют определенный интерес, особенно при сравнении с ВАР АД по результатам СМАД [7]. Внутривизитная вариабельность САД и ДАД в группе К составила $12,3 \pm 4,4$ и $6 (3,5; 8)$ мм рт.ст.; в группе НК – $11 (6; 16)$ и $5 (3; 6)$ мм рт.ст.

При обследовании спустя 4 года у пациентов, вошедших в группу К, офисные показатели САД и ДАД были ниже, чем у пациентов из группы НК, и составили $132,4 \pm 12,8 / 78,3 \pm 6,9$ мм рт.ст. и $140,9 \pm 14,2 / 85,4 \pm 8,4$ мм рт.ст., соответственно ($p < 0,05$). Целевые значения офисного АД в группе высокой приверженности лечению регистрировались у 16 пациентов (69,6%), в то время как в группе лиц с недостаточной приверженностью – только у 11 человек (40,7%). Офисная ЧСС в обеих группах статистически значимо не отличалась: $72,3 \pm 12,5$ и $72,3 \pm 6,9$ в мин.

При сравнении показателей СМАД, проведенного в период выдачи препаратов, с повторными исследованиями спустя 4 года (табл. 2), выявлены статистически значимые отличия по ряду показателей, характеризующих уровни САД и ДАД за сутки, в дневное и ночное время. ДАД спустя 4 года в группе НК оказалось статистически значимо выше за все анализируемые отрезки времени. Индекс времени (ИВ) ДАД в группе низкой приверженности лечению в ночные часы также оказался существенно выше спустя 4 года. Кроме того, пульсо-

Таблица 2. Показатели СМАД в период реализации программы и спустя 4 года

Показатель	Группа К (n=23)		Группа НК (n=27)	
	Через 48 нед	Через 4 года	Через 48 нед	Через 4 года
24 часа				
САД, мм рт.ст.	122,9±8,9	133,6±12,0**	131,0±7,6	141,9±14,7**
ДАД, мм рт.ст.	71,5±5,1	74,9±4,7	71,8±5,5	81,0±6,8**
ИВ САД, %	13,8 (4,3; 28,1)	40,0 (24; 64)**	28,2 (10,7; 66,4)	61,0 (35,5; 90,5)**
ИВ ДАД, %	3,5 (0; 6,5)	11 (9; 16)**	19,9 (2,7; 14,8)	28,5 (16; 46)**
ПАД, мм рт.ст.	54,1±9,3	59,7±11,2	55,8±8,7	60,8±11,1*
ВАР САД, мм рт.ст.	14,5±2,4	15,7±3,5	13,9±1,7	15,2±3,5
ВАР ДАД, мм рт.ст.	13,2±1,7	11,1±2,3	10,8±1,9	11,1±2,3
День				
САД, мм рт.ст.	124,8±8,9	136,8±12,3**	134,4±8,4	144,6±14,7**
ДАД, мм рт.ст.	70,7±7,4	77,8±5,1	78,2±8,6	83,5±6,8**
ИВ САД, %	15,2 (2,4; 27)	39 (17; 52)**	22,3 (14,5; 50,1)	63 (21,5; 85)**
ИВ ДАД, %	2 (1; 16)	11 (5; 19)**	16,4 (0; 19)	25,5 (5,5; 39,5)**
ПАД, мм рт.ст.	56,9±6,5	59,0±11,0	62,4±9,5	61,2±11,3
ВАР САД, мм рт.ст.	13,5±3,1	14,7±3,5	10,7±1,7	14,4±3,8
ВАР ДАД, мм рт.ст.	9,5±1,8	10,0±2,6	9,3±2,2	10,3±2,8
Ночь				
САД, мм рт.ст.	112,1±9,9	123,6±14,3*	126,2±11,8	133,1±17,6**
ДАД, мм рт.ст.	67,1±5,4	66,8±5,9	67,1±5,4	73,±9,4*
ИВ САД, %	30,7 (8; 79)	57 (11; 73)**	41,1 (12; 71)	86 (35; 100)**
ИВ ДАД, %	14,1 (7; 23,3)	15 (5; 29)	13,9 (6; 25)	32,5 (16,5; 63,5)**
ПАД, мм рт.ст.	54,3±9,3	56,6±11,2	53,9±8,7	59,2±10,7
ВАР САД, мм рт.ст.	9,2±2,9	11,5±4,6	9,4±2,6	11,5±2,8
ВАР ДАД, мм рт.ст.	7,3±2,0	9 (7;11)	6,9±1,7	8,9 (7,5; 1)

*p<0,05, **p<0,01 по сравнению с исходным значением в той же группе. Данные представлены в виде M±SD при нормальном распределении и в виде Me (Медиана) Q25%; Q75% при асимметричном. САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; ИВ – индекс времени; ПАД – пульсовое АД; ВАР – вариабельность

вое давление (ПАД), которое является косвенным индикатором повышения ригидности и жесткости крупных артериальных сосудов, за период 24 час оказалось статистически значимо выше у пациентов с низкой приверженностью лечению.

Несомненным позитивным моментом проводимой в рамках исследовательской программы терапии явилось то, что вариабельность АД за все исследуемые периоды времени находилась в пределах нормы. Однако через 4 года отмечалась отчетливая тенденция по увеличению вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время. Также выявлено, что спустя 4 года вариабельность АД во время визита не превышала вариабельность по результатам СМАД.

На фоне регулярного врачебного контроля в течение 48 нед патологический суточный профиль у пациентов, в дальнейшем отнесенных в группу комплаентных, по САД отмечался в 43% случаев, по ДАД – в 34% с преобладанием «нон-дипперов». Благоприятным прогностическим признаком явилось отсутствие профиля «найт-пикер». Среди пациентов с низкой приверженностью лечению патологический суточный про-

филь по САД отмечался в 45% случаев, по ДАД – в 34%. При этом 1 пациент имел профиль «найт-пикер» по САД и 1 – по ДАД.

Спустя 4 года в группе пациентов с высокой приверженностью лечению в 61% случаев наблюдался патологический профиль по САД и в 52% по ДАД. Преобладали «нон-дипперы»: 43% и 35% по САД и ДАД, соответственно, при этом определялись единичные случаи «найт-пикеров». Среди пациентов с низкой приверженностью проводимой терапии различные варианты патологического суточного профиля регистрировались в 59% и 51% случаев по САД и ДАД, соответственно. Обращает на себя внимание достаточно большое количество «найт-пикеров» в данной группе – 18% по САД и 15% по ДАД.

Обсуждение

Несмотря на многочисленные споры, в настоящее время не вызывает сомнения обоснованность фармакологической коррекции артериальной гипертензии у пожилых и очень пожилых людей. Ставшие уже хрестоматийными исследования SHER, STOP-Hyper-

tension, EWPHE, CASTEL, SYST-EUR, HYVET, SCOPE продемонстрировали необходимость регулярного медикаментозного лечения гипертензии у пожилых, а также достоверное снижение у них на фоне фармакотерапии частоты сердечно-сосудистых исходов [8, 9]. В соответствии с рекомендациями ESH/ESC, пожилым пациентам до 80 лет при исходном САД ≥ 160 мм рт.ст. целесообразно снижение САД до 150 мм рт.ст., а при хорошей переносимости терапии можно рассматривать в качестве целевых значений САД < 140 мм рт.ст. [10].

В настоящем исследовании наблюдался отчетливый антигипертензивный эффект в период реализации 48-нед программы, включавшей обеспечение ЛС. Спустя 4 года в условиях стандартной амбулаторной практики показатели офисного АД оказались достоверно выше. Аналогичная картина наблюдалась и при анализе показателей СМАД. Параметры, характеризующие уровни АД (в первую очередь САД), были выше нормальных, что, безусловно, вызвано наличием в исследовании лиц пожилого возраста, страдавших ИСАГ. Особую озабоченность вызывало значительное превышение показателей ИВ САД и ДАД, поскольку известно, что повышение «нагрузки давлением» является предиктором раннего развития гипертрофии левого желудочка, диастолической дисфункции и ИБС [11].

Анализ результатов СМАД на фоне 48 нед терапии показал определенную гармонизацию циркадного ритма в пользу нормализации суточного профиля АД более чем у половины пациентов. Через 4 года, напротив, более половины пациентов имели патологический суточный профиль. В ряде многоцентровых исследований показан высокий риск усугубления поражения «органов-мишеней» и развития сердечно-сосудистых катастроф как при недостаточном снижении АД в ночные часы (в том числе, при ночной гипертензии), так и при его чрезмерном падении во время сна [4]. Подобные результаты позволяют судить о недостаточном контроле АД в условиях реальной амбулаторной практики.

В связи с увеличением частоты ИСАГ в пожилом возрасте важным прогностическим показателем становится ПАД. Доказано, что ПАД при проведении как офисных измерений АД, так и СМАД является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений [1]. Его нарастание, даже без проведения специальных методов исследования, безусловно, свидетельствует об увеличении жесткости магистральных артерий, в первую очередь аорты. В настоящем исследовании не удалось добиться нормализации ПАД, более того, спустя 4 года наблюдалась тенденция к его повышению.

Еще одной важной характеристикой АД является его вариабельность. Прогностическое значение этого показателя в течение суток в отношении риска сердечно-

сосудистой смертности было подтверждено в крупном исследовании PAMELA [12]. Несомненным достоинством любого варианта проводимой терапии в каждой группе явились нормальные показатели ВАР САД и ДАД по данным СМАД. Однако существуют и другие виды вариабельности АД, в частности, в рамках визита. Она сравнительно мало изучена, и преимущественно – на ограниченном материале в рамках исследований TIA и ASCOT [7]. Поскольку не существует жестких нормативов для внутривизитной вариабельности АД, можно отметить как позитивный момент то, что она не превышала данных СМАД.

Заключение

Приверженность пациентов лечению по-прежнему остается одной из важнейших проблем терапии хронических заболеваний. Особо актуальной она становится при фармакотерапии состояний, которые не сопровождаются выраженной субъективной симптоматикой, в первую очередь – болевым синдромом. Так, в нашем исследовании для 80% пациентов наличие симптомов заболевания имело среднее и более высокое значение для приема лекарственного препарата. Доступность препаратов, удобство применения, наличие или отсутствие побочных эффектов, безусловно, достаточно важные факторы, влияющие на приверженность пациента предписанной терапии. Однако у лиц пожилого возраста низкий комплаенс имеет ряд особенностей. Коморбидность, характерная для пациентов старшей возрастной группы, приводит к полипрагмазии, сочетающейся с гипогнозивным отношением к регулярной фармакотерапии. Немалое значение имеет снижение когнитивных функций у пожилых пациентов, которое может быть связано с прогрессированием церебрального атеросклероза, развитием депрессии или дебютом болезни Альцгеймера. Так, в соответствии с полученными данными при анализе анкеты Мориски-Грина, более половины пациентов забывали принимать препараты или невнимательно относились к часам их приема. Только 20% больных являлись очень высоко приверженными терапии, что вполне согласуется с данными других исследователей, полученными в российской популяции пожилых лиц с сердечно-сосудистой патологией [13]. Как показало анкетирование, в существующих социально-экономических условиях стоимость препаратов, превышающая 500 рублей, является фактором, лимитирующим их использование. Очевидно, это необходимо принимать во внимание, реализуя индивидуальный подход к фармакотерапии гипертонической болезни у лиц пожилого возраста.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература

1. Stokes G.S. Management of hypertension in the elderly patient. *Clin Interv Aging* 2009; 4: 379-89.
2. Puchinyan NF, Dovgalevsky JP, Dolotovskaya PV, et al. Adherence to recommended therapy in patients with acute coronary syndrome and the risk of cardiovascular events during the year after admission. *Ration Pharmacother Cardiol* 2011; 7 (5): 567-73. Russian (Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я.П., Долотовская П.В. и др. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2011; 7(5): 567-73).
3. National guidelines for the diagnosis and treatment of hypertension (4th revision). *Sistemnie Gypertensii* 2010 (3): 5-26. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии (четвертый пересмотр). *Системные гипертензии* 2010; (3): 5-26).
4. Kobalava ZD. Hypertension. Keys to diagnosis and treatment. Moscow: GEOTAR Media; 2009. Russian (Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертензия. Ключи к диагностике и лечению. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009).
5. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-73.
6. Glaser MG, Fomin IV, Fomina NV. Help doctors to work with the patient. Moscow: Medikom; 2010. Russian (Глезер М.Г., Фомин И.В., Фомина Н.В. Помощь врачам в работе с пациентом. М.: Медиком; 2010).
7. Gorbunov VM. Modern views on the variability of blood pressure. *Ration Pharmacother Cardiol* 2012; 8 (6): 810-8. Russian (Горбунов В.М. Современные представления о вариабельности артериального давления. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2012; 8(6): 810-8).
8. Olejnikov VE, Budanova VA, Fadeeva SS et al. Protective effects of controlled-release calcium channel blockers in elderly patients with isolated systolic and diastolic hypertension. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2009; (7): 31-6. Russian (Олейников В.Э., Буданова В.А., Фадеева С.С. и др. Органопротективные эффекты антагониста кальция с контролируемым высвобождением у пациентов пожилого возраста с изолированной и систоло-диастолической артериальной гипертензией. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2009; (7): 31-6).
9. Chazova IE, Martyniuk TV, Nebieridze DV et al. Strategy of antihypertensive therapy in elderly hypertensive patients at high risk of cardiovascular events: results of Russian research HARIZMA-3. *Sistemnie Gypertensii* 2012; (3): 39-47. Russian (Чазова И.Е., Мартынюк Т.В., Небиридзе Д.В. и др. Стратегия антигипертензивной терапии у пожилых больных артериальной гипертензией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений: результаты Российского исследования ХАРИЗМА-3. *Системные Гипертензии* 2012; (3): 39-47).
10. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2013; 31(7): 1281-357.
11. Conradi AO. Left ventricular hypertrophy and angiotensin receptor blockers II. From research to practical recommendations. *Arterial Hypertension* 2008; 14 (3): 281 - 4. Russian (Конради А.О. Гипертрофия левого желудочка и блокаторы рецепторов к ангиотензину II. От исследований к практическим рекомендациям. *Артериальная Гипертензия* 2008; 14(3): 281-4).
12. Mancia G., Bombelli M., Facchetti R. et al. Long-term prognostic value of blood pressure variability in the general population: results of the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni Study. *Hypertension* 2007; 49: 1265-70.
13. Temnikova EA, Nechayeva GI. Adherence to treatment of older patients with chronic heart failure. *Siberian Journal of Medicine* 2012; 27 (1): 156-60. Russian (Темникова Е.А., Нечаева Г.И. Приверженность к терапии пациентов старческого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью. *Сибирский Медицинский журнал* 2012; 27(1): 156-60).

Поступила: 01.08.2014
 Принята в печать: 03.08.2014