

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

КОЗЛОВСКИЙ В.И., СИМАНОВИЧ А.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Республика Беларусь

Резюме.

В обзоре литературы представлены современные данные по проблеме приверженности к антигипертензивной терапии в различных странах. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией. Целью собственного исследования было оценить уровень приверженности у пациентов с артериальной гипертензией II степени в Республике Беларусь, выявить факторы, ассоциированные с приверженностью. В исследование включены 182 пациента, средний возраст которых составил $55,8 \pm 6,8$ года. На каждого пациента заполнялась индивидуальная анкета с указанием назначавшихся антигипертензивных средств и регулярности лечения. Оценка приверженности проводилась по тесту Мориски-Грина, уровня здоровья с использованием визуально-аналоговой шкалы. Для оценки качества жизни использовали опросник SF-36, уровня реактивной и личностной тревожности - метод самооценки Спилбергера-Ханина. Выявлены причины низкой приверженности к антигипертензивной терапии: мужской пол, длительность заболевания менее 5 лет, курение, высокие показатели качества жизни по опроснику SF-36, уровень здоровья по визуально-аналоговой шкале более 60, высокий и средний уровень реактивной и личностной тревожности, лечение одним антигипертензивным средством, побочные эффекты препаратов, отсутствие самостоятельного контроля артериального давления и приема антигипертензивных средств путем ведения дневника, отсутствие диспансерного наблюдения в поликлинике по поводу артериальной гипертензии. Определено, что пациенты, перенесшие инсульт и/или инфаркт миокарда, более привержены к терапии.

Повышение приверженности у пациентов с артериальной гипертензией II степени можно достигнуть путем длительного ведения дневника контроля артериального давления и приема антигипертензивных средств.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к терапии.

Abstract.

The review of literature presents current data on the issue of adherence to antihypertensive therapy in different countries. Identifying factors associated with adherence will allow to justify the execution of a number of measures to improve the effectiveness of hypertensive patients treatment. To assess the level of adherence to treatment in patients with II degree hypertension in Belarus and to identify factors associated with it was the aim of this study. The study included 182 patients, whose mean age made up $55,8 \pm 6,8$ years. An individual profile was filled in for each patient, where the prescribed treatment and regularity of medication were indicated. The evaluation of adherence to therapy was carried out by Morisky-Green test, evaluation of the health level – by means of visual analogue scale. SF-36 questionnaire was used to assess the quality of life, the level of reactive and personal anxiety was assessed by Spielberg-Hanin self-appraisal method.

The causes of poor adherence to antihypertensive treatment were revealed: male gender, disease duration less than 5 years, smoking, high indices of life quality by SF-36 questionnaire, the level of health on visual analogue scale over 60, high and medium level of reactive and personal anxiety, treatment with one antihypertensive medicine, side effects of medicines, lack of blood pressure and antihypertensive medication self-monitoring by keeping a diary, lack of outpatient observation for hypertension. Patients who had had stroke and/or myocardial infarction were determined to have greater adherence to therapy.

Increase of adherence to treatment in patients with II degree hypertension can be achieved by means of keeping a diary to control arterial blood pressure and antihypertensive medication.

Key words: arterial hypertension, adherence to therapy.

Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) обусловлена распространенностью патологии, высокой инвалидизацией и смертностью от сердечно-сосудистых осложнений. В развитых странах распространенность АГ составляет от 25 до 40% среди взрослого населения, причем около 40% пациентов не знают о заболевании [1, 2].

Несмотря на доступность эффективных и безопасных антигипертензивных средств (АГС), АГ и сопутствующие ей факторы риска у большинства пациентов контролируются недостаточно. Одна из основных причин — это отсутствие приверженности пациентов к лечению. Вероятность нормализации АД напрямую зависит от регулярности приема АГС. Однако, несмотря на постепенное осознание важности соблюдения приверженности и врачами и пациентами, эта проблема остается нерешенной: около половины назначенных лекарственных средств не принимаются пациентами [3].

Обзор литературы по проблеме приверженности к антигипертензивной терапии

Приверженность к лечению представляет собой степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача [4, 5].

Для пациентов с АГ приверженность к терапии составляет 50-60%, т.е. прием только половины назначенных АГС. Часть пациентов (16-60%), особенно с впервые выявленной гипертензией, в течение года прекращает прием АГС. При наблюдении на протяжении 5-10 лет менее 40% пациентов продолжают принимать антигипертензивные средства [5].

По данным С. Bourgault (2001), в результате наблюдений за 19 501 пациентом в возрасте от 40 до 79 лет было установлено, что 22,6% прекращают прием АГС в течение года, прекращают и возобновляют снова в 31,5% случаев, замена АГС происходит в 14,3% случаев, терапия усиливается в 21,1% и остается без изменений в 11,5% случаев [6].

Проанализировав базу данных, включавших 16 783 пациентов с АГ, L. Degli Esposti и соавт. (2002) установили, что в течение 1-го года антигипертензивной терапии 64,9% пациентов прекратили принимать назначенные препараты, 8,2% самостоятельно изменили лечение и

только 26,9% строго соблюдали рекомендации врачей [7]. В контролируемых исследованиях, в которых наблюдение за включенными пациентами является очень строгим, 9-37% участников не принимают регулярно лекарственные средства [8].

Simpson et al. показали, что при приверженности менее 50% количество пациентов, достигших целевого АД, составляет 33%, а при высокой приверженности (80%) — 43% [9].

Отсутствие приверженности к терапии ассоциируется с повышением риска потери контроля АД на 41%, с увеличением риска инфаркта миокарда на 15%, увеличением риска инсульта на 22% [10, 11]. За счет этих осложнений стоимость ведения пациента увеличилась на 43,7% [12]. При приверженности к антигипертензивной терапии менее 50% по сравнению с приверженностью более 80% смертность и частота госпитализаций увеличилась в 1,4 раза [9].

Выделяют следующие причины, определяющие приверженность к терапии:

1. Демографические причины.

– Возраст - высокая приверженность отмечается у пациентов старше 60 лет [13, 14]. По данным Aranda P. и соавт., вероятность самостоятельной отмены АГС у пожилых пациентов в 2 раза выше, чем в группе лиц моложе 60 лет [15].

– Пол: мужской пол - фактор низкой приверженности [14].

– Уровень образования. Чем выше образовательный и интеллектуальный уровень пациентов, тем четче они выполняют предписания врача [10, 13, 16, 17].

– Социально-экономический статус. Лица с высоким уровнем образования и дохода более привержены к терапии [13, 18, 19].

Однако в некоторых исследованиях [20] роль демографических факторов в регулярности приема АГС не подтверждается.

2. Причины, связанные с пациентом [21, 22]:

– индивидуальные социальные и культурные факторы [23];

– низкая информированность о болезни, факторах риска, осложнениях и возможностях современной терапии АГ [10, 24];

– мотивация пациента и семьи [19];

– боязнь осложнений от проводимой терапии [19];

- высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств [10, 25].

3. Причины, связанные с врачом:

- приверженность к рациональной терапии - терапевтическая инертность [21, 23];

- низкий уровень знаний врачей о факторах риска, отсутствие навыков профилактического консультирования [3].

4. Причины, связанные с характером АГТ [22]:

- переносимость, эффективность, удобство выбранного режима терапии [26]. Быстрый подбор эффективного лечения улучшает приверженность [23];

- количество препаратов, кратность приема, путь введения, лекарственная форма. Между количеством принимаемых препаратов и приверженностью отмечается обратная зависимость [23, 27]. При двукратном приеме АГС приверженность к лечению снижается в пять раз по сравнению с однократным приемом. От лечения чаще отказываются пациенты, которым назначены коротко действующие препараты. Наиболее удобными для пациента являются пролонгированные препараты, которые принимаются однократно [28];

- побочные эффекты АГС. Невысокий уровень приверженности связан с нежелательными реакциями АГС [26, 29, 30, 31];

- стоимость лечения [30]. Ощепкова Е.В. показывает, что в 54,6% случаев низкая приверженность обусловлена высокой стоимостью АГС [5];

- класс АГС. Блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА) и ингибиторы ангиотен-

зинпревращающего фермента (ИАПФ) имеют несколько большее постоянство приема, чем антагонисты кальция (АК) и β -адреноблокаторы (β -АБ), наименьшим является постоянство приема диуретиков (табл. 1) [4, 14, 32-36].

Отмена АГС после 6 мес. от начала приема происходит в 15% случаев при назначении ИАПФ, 15,2% – диуретиков, 20,25% – β -блокаторов и около 20% – при назначении АК [10, 37]. В других исследованиях показали, что приверженность к лечению наиболее велика при использовании БРА, АК и ингибиторов АПФ [38, 39].

Следует указать, что отличия в приверженности к различным АГС отмечают не все исследователи [5].

5. Связанные с заболеванием [21, 22]:

- отсутствие или наличие симптомов заболевания [29];

- нормализация АД. Достижение пациентом целевого уровня АД может привести к самостоятельной отмене препарата [30];

- длительность АГ. Чаще прекращают лечение пациенты с впервые выявленной АГ, чем длительно болеющие;

- наличие осложнений, связанных с повышенным АД. Пациенты, перенесшие инсульт или инфаркт миокарда, более привержены к терапии [38].

6. Причины, связанные с взаимодействием пациент-врач [22, 40]:

- доступность помощи;

- качество и эффективность диалога. Внимательное отношение врача к пациенту улучшает приверженность [41];

Таблица 1 – Приверженность к различным классам антигипертензивных средств

| Исследование | n | Период | БРА, % | ИАПФ, % | АК, % | БАБ, % | Диуретики, % |
|----------------|--------|--------------------|------------|---------|-------|------------|--------------|
| Blooms, 1998 | 21 723 | В течение 1 года | 64 | 58 | 50 | 43 | 38 |
| Caro, 1999 | 22 918 | В течение 4,5 года | Нет данных | 53 | 47 | 49 | 40 |
| Morgan, 2004 | 82 824 | В течение 1 года | 56 | 56 | 52 | 54 | 49 |
| Polluzzi, 2005 | 6 043 | В течение 3 лет | 52 | 43 | 39 | 47 | 23 |
| Simons, 2008 | 48 690 | В течение 33 мес. | 84 | 84 | 72 | Нет данных | Нет данных |

- адекватность предоставляемой пациенту информации;

- кратность визитов [29].

7. Организационные причины:

- организация здравоохранения – стоимость АГС [23].

8. Другие причины. Боязнь сочетания АГС и алкоголя, использование альтернативного лечения, боязнь гипотензии, боязнь сочетания АГС и других лекарственных средств и др. [30].

Следует отметить, что приверженность к антигипертензивной терапии существенно варьирует в различных странах и зависит от целого ряда факторов, включая особенности менталитета населения, заработной платы, системы медицинского обеспечения и др.

В Республике Беларусь проведены единичные исследования, касающиеся изучения приверженности у пациентов с АГ. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий с целью повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией. Выделение групп пациентов с высоким риском низкой приверженности с целью индивидуализации лечебных мероприятия позволит достичь целевых уровней АД у большего количества пациентов, снизить частоту кризового течения АГ, госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи (СМП), а также снизить риск развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда, инсульт и смертности от них.

Целью настоящего исследования было оценить уровень приверженности у пациентов с артериальной гипертензией II степени в Республике Беларусь, выявить факторы, ассоциированные с приверженностью к антигипертензивной терапии.

Методы

В исследование включено 182 пациента с АГ II степени, проходившие стационарное лечение в кардиологическом отделении Витебской городской клинической больницы №1. Из них 128 женщин (70,3%) и 54 мужчины (29,7%) в возрасте от 33 лет до 77 лет. Средний возраст составил $55,8 \pm 6,8$ года.

Все пациенты соответствовали следующим критериям включения в исследование:

наличие артериальной гипертензии II степени, риск 2-4, отсутствие тяжелых сопутствующих или хронических заболеваний, требующих постоянной медикаментозной терапии.

Критериями исключения были: симптоматические артериальные гипертензии, постоянная форма фибрилляции предсердий, сердечная недостаточность III–IV функционального класса, недавно перенесенные (до 12 месяцев) острые нарушения мозгового и/или коронарного кровообращения; острые инфекционные заболевания, внелегочные острые и обострения хронических воспалительных заболеваний, онкологические и аутоиммунные заболевания, наследственные или приобретенные нарушения гемостаза.

Степень АГ определяли на основании классификации национальных рекомендаций Республики Беларусь по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии 2010 г. [42]. Целевым уровнем артериального давления считали достижение АД менее 140/90 мм рт. ст.

На каждого пациента заполнялась индивидуальная анкета с указанием социально-демографических данных (возраст, образование, семейное положение, профессия), длительности заболевания, назначавшихся АГС с указанием регулярности лечения, вопросов, отражавших приверженность к терапии, причины отказа от нее, вопросов о перенесенных инсультах, инфарктах миокарда, количестве вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций в кардиологическое отделение, обращений в поликлинику по поводу артериальной гипертензии в течение 1 года.

Приверженность к медикаментозному лечению оценивалась по ответам на вопрос «Принимаете ли Вы антигипертензивные средства?» с вариантами ответов 1 – «принимаю» либо 0 – «не принимаю». Если пациент принимал АГС, то указывалась частота приема: 1 - «ежедневно», 2 - «сколько раз в неделю», 3 - «сколько раз в месяц», 4 - «только при повышении АД»; в случае не ежедневного приема или отказа от приема лекарственного средства – причина невыполнения рекомендаций врача.

Приверженность пациента к медикаментозной терапии оценивалась по тесту Моришки–Грина [43]. Приверженными считали пациентов, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» более 3 раз (набравшие более 3 баллов):

1. Забывали ли Вы когда-либо принимать препараты? (нет/да) 2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да) 3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да) 4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да).

Оценка уровня здоровья проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [44]. Визуально-аналоговая шкала представляет собой градуированную шкалу от 0 до 100 баллов, на которой 0 означает наихудшее, 100 — наилучшее состояние здоровья. Обследуемый делает отметку на шкале в том месте, которое отражает его уровень здоровья на момент заполнения.

Для оценки КЖ использовали опросник SF-36 [45], включающий 36 вопросов, объединенные в 8 шкал: физическое (ФФ), ролевое (РФ), социальное (СФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), интенсивность боли (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), психическое здоровье (ПЗ). Шкалы группируются в два интегральных показателя «физический компонент здоровья» (ФКЗ) и «психологический компонент здоровья» (ПКЗ). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100. Чем выше показатель по шкале, тем лучше КЖ.

Личностная тревожность (ЛТ) (как устойчивая характеристика человека) и реактивная тревожность (РТ) (как состояние в данный момент) определялись методом самооценки Спилбергера-Ханина (1978) [46]. Показатель до 30 баллов рассматривается как низкая тревожность, от 31 до 45 баллов - умеренная, свыше 45 баллов - высокая.

30 пациентов после выписки из стационара заполняли дневники по контролю артериального давления, частоты сердечных сокращений и приема АГС.

Через 12 месяцев после выписки из стационара проводилось интервью с пациентами по анкете, в которую вносилась информация о частоте и регулярности приема АГС, изменении АГТ по каким-либо причинам, уровне артериального давления.

Статистический анализ проводили при помощи пакета статистических программ STATISTICA 8.0. Данные представлены в виде $M \pm SD$. При сравнении независимых групп

использовался U критерий Манна-Уитни, зависимых - критерий Вилкоксона. Для оценки взаимосвязи количественных признаков использован непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). В случаях, когда имелось много совпадающих значений, для корреляционного анализа применялась гамма корреляция.

Результаты

Длительность артериальной гипертензии составила от 1 года до 40 лет, в среднем $10,9 \pm 7,1$ лет.

Индекс массы тела пациентов составил $30,2 \pm 4,2$ кг/м², причем у 35,7% пациентов имело место избыточная масса тела. Ожирение наблюдалось у 45,5% пациентов, в том числе ожирение I степени – у 29,1% пациентов, II степени – у 11,5% пациентов и III степени – у 4,9% пациентов.

При поступлении в кардиологическое отделение систолическое АД (САД) составило $179,3 \pm 20,4$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – $102,5 \pm 9,1$ мм рт.ст.; после стационарного лечения - САД - $124,1 \pm 5,6$ мм рт.ст., ДАД - $80,3 \pm 1,5$ мм рт.ст., что достоверно ниже, чем при поступлении ($p < 0,05$). Целевой уровень артериального давления за время стационарного лечения был достигнут у 91,6% пациентов.

У 15,1% пациентов была ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия напряжения 1-2 функционального класса).

24 пациента (13,2%) указывали на табакокурение, 93 пациента (51,1%) - на наличие АГ у близких родственников.

До поступления в стационар АГС принимали 156 (85,7%) пациентов. 106 (58,2%) пациентов принимали препараты ежедневно, из них только 25 (13,7%) пациентов были приверженными по тесту Мориски-Грина, 10 (5,5%) пациентов принимали АГС от 1 до 5 раз в неделю, 40 (22,0%) - только при повышении АД. 14,3% пациентов не лечились.

Амбулаторно 70,8% пациентов принимали ингибиторы АПФ (иАПФ) (эналаприл – 32,4%, каптоприл – 13,2%, лизиноприл – 17,0%, берлиприл – 2,2%, рамиприл – 3,8%, периндоприл – 2,2%); 19,7% - бета-адреноблокаторы (БАБ) (биспролол – 5,5%, метопролол – 11,5%, атенолол – 1,6%, карведилол

– 1,1%), 7,1% - диуретики (5,5% - индап, 1,6% - гидрохлортиазид), 8,2% - антагонист кальция (АК) амлодипин, 4,9% - блокатор рецепторов ангиотензина (БРА) лозартан, 0,5% - агонист имидазолиновых рецепторов – моксонидин. Препараты, не рекомендованные в настоящее время для лечения АГ (клофелин, адельфан, резерпин-содержащие препараты), принимали 3,8% пациентов. 53,8% пациентов получали один АГС, 32,9% - два, 9,8% - три, 3,5% - четыре препарата.

Лечение в стационаре включало: эналаприл в дозе 10-40 мг в сутки, лизиноприл - 10-20 мг в сутки, периндоприл - 2-8 мг в сутки, метопролол - 25-100 мг в сутки, бисопролол – 2,5-5 мг в сутки, амлодипин - 5-10 мг в сутки, гипотиазид - 12,5 мг в сутки, индап - 2,5 мг в сутки. Монотерапию получали 56,6% пациентов, комбинированную терапию двумя препаратами - 34,9%, комбинированную терапию тремя препаратами - 8,5%.

По мнению пациентов, основными причинами пропусков в приеме АГС является отсутствие симптомов заболевания (55,7%) и забывчивость (35,2%). В 4,9% случаев пациенты указывали на отсутствие уверенности в том, что лечение может помочь, в 1,6% - недоверие к врачу или отсутствие денег, в 0,8% - отсутствие эффекта от проводимой антигипертензивной терапии. 10,4% пациентов указывали на две и более причин, приводящие к изменению приема АГС.

Выделены факторы, статистически значимо коррелирующие с приемом АГС (использовали γ -корреляции (r)): женский пол ($r = 0,45$; $p < 0,05$), должность пациентов (у пенсионеров приверженность выше, чем у работающих) ($r = 0,2$; $p < 0,05$), наличие артериальной гипертензии у близких родственников ($r = 0,42$; $p < 0,05$), длительность заболевания меньше 5 лет ($r = 0,54$; $p < 0,05$), риск развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ ($r = 0,32$; $p < 0,05$). Также корреляционный анализ показал, что у курящих пациентов приверженность к терапии ниже, чем у некурящих ($r = -0,34$; $p < 0,05$).

Отмечалась статистически значимая отрицательная корреляция между приемом АГС и уровнем здоровья по визуально-аналоговой шкале от 60 до 100 ($r = -0,3$; $p < 0,05$), свидетельствующая об отсутствии приема пациентами АГС при уровне здоровья более 60 баллов.

Выявлена положительная корреляция между приемом АГС и проведением комбинированной терапии ($r = 0,33$; $p < 0,05$), количеством принимаемых АГС ($r = 0,64$; $p < 0,05$), лечением ИАПФ ($r = 0,62$; $p < 0,05$), БАБ ($r = 0,24$; $p < 0,05$), АК ($r = 0,2$; $p < 0,05$). Данные корреляционные связи свидетельствуют о лучшей приверженности при приеме нескольких АГС, а также приеме ИАПФ, БАБ, АК.

Корреляционный анализ показал, что у пациентов, самостоятельно контролирующих свое АД, приверженность также выше ($r = 0,8$; $p < 0,05$).

Корреляционный анализ показал, что чем выше показатели качества жизни по шкалам опросника SF-36, тем ниже приверженность к лечению ($r =$ от $-0,23$ до $-0,43$; $p < 0,05$), причем более сильная корреляция отмечена по шкалам физическое и социальное функционирование (соответственно $r = -0,43$; $r = -0,4$; $p < 0,05$).

Достоверной корреляции с уровнем артериального давления, ИМТ обнаружено не было.

Достоверные различия по шкалам ФФ, РФ, СФ, ОЗ, ФКЗ опросника SF-36 определялись между пациентами, которые не принимали АГС и пациентами, которые принимали регулярно и нерегулярно ($p < 0,05$) (табл. 2).

Оценена приверженность пациентов при различном уровне реактивной (рис. 1) и личностной тревожности (рис. 2) по методу Спилбергера-Ханина. Обнаружено, что при высоком и среднем уровне реактивной и личностной тревожности отмечается тенденция к повышению доли пациентов, которые не принимают АГС либо принимают нерегулярно (несколько раз в неделю, месяц, только при повышении АД), и снижению пациентов с регулярным приемом АГС ($p < 0,05$).

Определено, что пациенты, посещающие участкового терапевта по поводу АГ, достоверно более часто и регулярно принимают АГС. Пациенты, перенесшие инсульт или инфаркт миокарда, также более привержены к терапии. Достоверные различия в приверженности к лечению определялись между пациентами, которые вызывали и не вызывали скорую медицинскую помощь по поводу АГ ($p < 0,05$) (табл. 3).

Через год после включения в исследование были получены следующие результаты в группах пациентов, заполняющих и не за-

Таблица 2 – Качество жизни у пациентов при различной приверженности к лечению

| Шкалы SF-36 | Не принимали, n=36 M±SD | Принимали нерегулярно, n=56 M±SD | Принимали регулярно, n=115 M±SD |
|-------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ФФ | 78,2±17,8 | 73,4±16,1* | 60,6±22,2*◇ |
| РФ | 50,7±34,1 | 42,1±33,2* | 34,4±34,9 |
| Б | 69,1±25,2 | 62,1±21,1 | 58,8±21,8 |
| ОЗ | 56,5±13,1 | 56,7±13,1 | 49,6±*11,4 |
| Ж | 57,4±16,9 | 53,3±15,1 | 49,9±14,0 |
| СФ | 73,9±18,1 | 65,3±18,0* | 63,3±*15,0 |
| ЭФ | 59,3±36,8 | 51,2±37,1 | 47,3±36,4 |
| ПЗ | 63,7±12,4 | 56,5±14,9 | 58,5±14,0 |
| ФКЗ | 63,6±18,2 | 58,6±14,7 | 50,9±15,8* |
| ПКЗ | 63,5±18,3 | 56,6±16,4 | 54,8±15,5 |

Примечание: * - достоверное отличие показателя в сравнении с группой пациентов, которые не принимали АГС, p<0,05; ◇ - достоверное отличие показателя в сравнении с группой пациентов, которые принимали АГС нерегулярно, p<0,05.

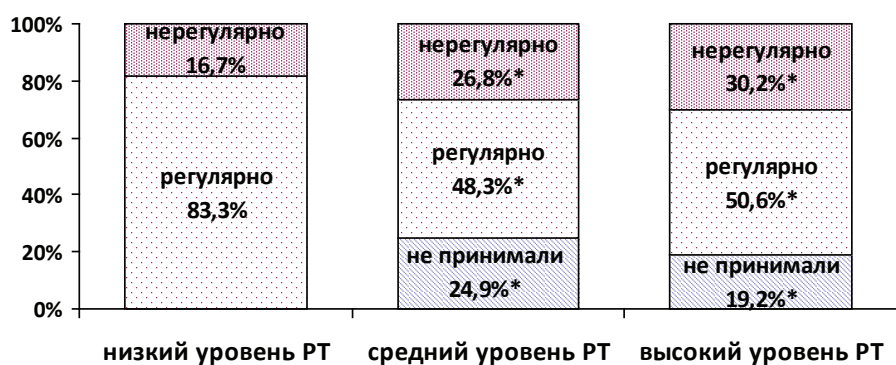


Рисунок 1 – Регулярность приема антигипертензивных средств при различном уровне реактивной тревожности: * - достоверное отличие показателя с группой пациентов с низким уровнем реактивной тревожности.

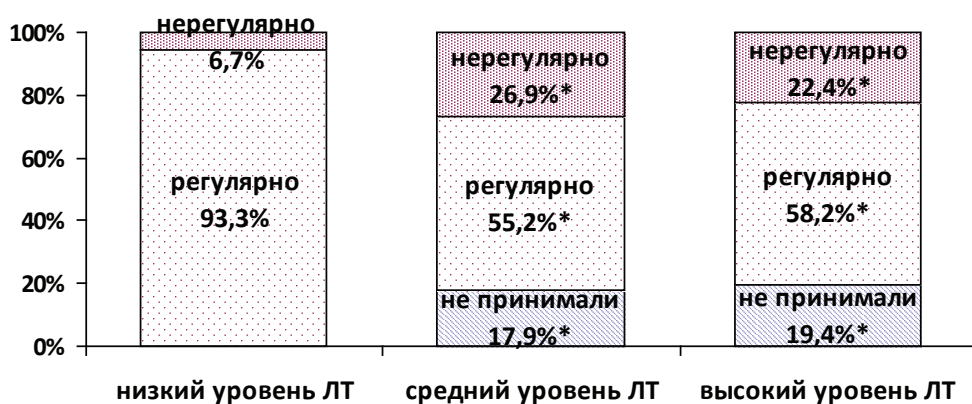


Рисунок 2 - Регулярность приема антигипертензивных средств при различном уровне личностной тревожности: * - достоверное отличие показателя с группой пациентов с низким уровнем личностной тревожности.

Таблица 3 – Прием антигипертензивных средств пациентами

| Показатели | За год наблюдения | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------|--------------------|---------------------|-------------|
| | Наблюдались у участкового терапевта | | Вызывали СМП | | Госпитализировались | |
| | Да (n=113) | Нет (n=69) | Да (n=103) | Нет (n=79) | Да (n=75) | Нет (n=107) |
| Принимали, в том числе нерегулярно | 95,4% | 61,5%* p=0,0001 | 94,7% | 65,1%# p=0,0003 | 84,3% | 65,8% |
| Регулярно | 79,4% | 24,3%* p=0,03 | 67,4% | 43,8%# p=0,002 | 59,6% | 46,3% |

Примечание: * - достоверное отличие показателя в сравнении с пациентами, наблюдающимися у участкового терапевта; # - достоверное отличие показателя в сравнении с пациентами, вызывающими СМП; ^ - достоверное отличие показателя в сравнении с пациентами, перенесшими инсульт или инфаркт миокарда.

Таблица 4 – Уровень приверженности к проводимому лечению через год наблюдения

| Показатели | Группа пациентов без заполнения дневника (n=152) | | Группа пациентов, заполняющих дневник (n=30) | |
|--------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| | В течение 1 года до включения | В течение 1 года после включения | В течение 1 года до включения | В течение 1 года после включения |
| 1. Прием АГС: | | | | |
| -ежедневно | 82 | 85 | 18 | 30* |
| -1-5 раз в неделю | 8 | 35 | - | 0* |
| -только при повышении АД | 27 | 11 | - | - |
| -не принимали | 35 | 11 | 12 | 0 |

Примечание: *- достоверное отличие показателя в сравнении с группой без заполнения дневника через год после включения в исследование, p<0,05.

полняющих дневник по контролю АД, ЧСС и приема АГС (табл. 4).

Через год после включения в исследование все пациенты, использовавшие заполнение дневника, продолжали регулярно принимать предписанные антигипертензивные средства.

В группе без заполнения дневника через год после включения в исследование 62,9% пациентов принимали АГС ежедневно, 22,7% - от 1 до 5 раз в неделю, 7,2% - только при повышении АД. Имеется тенденция к увеличению доли пациентов, которые принимали АГС от 1 до 5 раз в неделю (с 5,5% до 19,8%). 7,2% пациентов не проводили АГТ, прекратили лечение пациенты с впервые выявленной АГ и длительностью АГ менее 5 лет.

Через год после выписки из стационара САД составило 137,2±13,7 мм рт.ст., ДАД – 84,0±7,9 мм рт.ст. (максимальное – 170/100 мм

рт.ст., минимальное 90/65 мм рт.ст.). Целевой уровень артериального давления был достигнут у 51,6% пациентов. У пациентов, достигших целевого уровня АД, имеется тенденция к повышению доли пациентов, принимающих АГС регулярно (75,4%; у пациентов, не достигших целевого уровня АД – 69,7%) и снижению доли пациентов, не проводивших антигипертензивную терапию (3,1%; у пациентов, не достигших целевого уровня АД – 13,3%).

56,7% пациентов указали на изменение антигипертензивной терапии после выписки из стационара. Пациенты отметили следующие причины изменения АГТ: 9,5% - появление побочных эффектов, 52,4% - самостоятельная отмена препаратов в связи с отсутствием клинических проявлений заболевания, 33,3% - изменение АГТ кардиологом, участковым терапевтом, 4,8% - отсутствие денег.

Обсуждение

Таким образом, проблема низкой приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени остается актуальной. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией.

Полученные нами данные подтверждают исследования, проведенные в других странах, об ассоциации приверженности с такими факторами, как пол [14], длительность заболевания [21, 22], уровень тревожных расстройств [10, 25], наличие осложнений, связанных с повышенным артериальным давлением (инсульт, инфаркт миокарда) [38], отсутствие симптомов заболевания [29].

В настоящем исследовании роль возраста, уровня образования, цифр артериального давления в регулярности приема АГС не подтверждена.

Авторы Charman R.H., Оганов Р.Г. [23, 27] показали обратную зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью, однако в нашем исследовании была выявлена более высокая приверженность у пациентов, которые принимали несколько АГС. При приеме ингибиторов АПФ, β -блокаторов, антагонистов кальция приверженность также была выше, что отмечают и другие авторы [32-36].

Отдельное внимание в настоящем исследовании уделено оценке приверженности при различном уровне качества жизни. Выявлены достоверные отличия по шкалам ФФ, РФ, СФ, ОЗ, ФКЗ опросника SF-36 между пациентами, которые не принимали АГС и пациентами, которые принимали регулярно и нерегулярно ($p < 0,05$).

Через год наблюдения 7,2% пациентов прекратили прием АГС, что значительно меньше, чем по результатам других исследований (16-60%) [5], 56,7% указали на изменение антигипертензивной терапии.

Полученные данные указывают на необходимость постоянного, длительного самостоятельного контроля артериального давления и приема антигипертензивных средств путем ведения дневника с целью повышения приверженности и эффективности лечения.

Заключение

1. Низкая приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени ассоциирована с: мужским полом, длительностью заболевания менее 5 лет, курением, высоким качеством жизни по опроснику SF-36, особенно по шкалам физическое и социальное функционирование, уровнем здоровья по визуально-аналоговой шкале более 60, высоким и средним уровнем реактивной и личностной тревожности, лечением одним антигипертензивным средством, наличием побочных эффектов антигипертензивной терапии, отсутствием самостоятельного контроля артериального давления и приема антигипертензивных средств с ведением дневника, отсутствием диспансерного наблюдения в поликлинике по поводу артериальной гипертензии, отсутствием симптомов заболевания.

2. Факторы, ассоциированные с высокой приверженностью: женский пол, длительность заболевания более 5 лет, ведение дневника контроля артериального давления и приема АГС, диспансерное наблюдение у участкового терапевта по поводу артериальной гипертензии, наличие сопутствующей ИБС, перенесенного инфаркта миокарда и/или инсульта, прием нескольких антигипертензивных средств, а также прием ингибиторов АПФ, β -блокаторов, антагонистов кальция.

3. Повышение приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени можно достигнуть путем длительного ведения дневника контроля артериального давления.

Литература

1. Benetos, A. A decrease in diastolic blood pressure combined with an increase in systolic blood pressure is associated with a heart cardiovascular mortality in men / A. Benetos [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2000 Mar. - Vol. 35, N 3. - P. 673-680.
2. Шальнова, С. А. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Р. Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005. - Т. 4, № 1. - С. 4-9.
3. Waeber, B. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? / B. Waeber, M. Burnier, H. R. Brunner // J. Cardiovasc. Pharmacol. - 2000. - Vol. 36, N 3. - P. 23-26.

4. Конради, А. О. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции / А. О. Конради, Е. В. Полуничева // Артериальная гипертензия. - 2004. - Том 10, № 3. - С. 137-143.
5. Ощепкова, Е. В. Низкая приверженность больных артериальной гипертонией к лечению: подходы к ее улучшению / Е. В. Ощепкова, Л. Г. Исаева // Атмосфера. Кардиология : журнал для практикующих врачей. - 2003. - № 3. - С. 33-36.
6. Bourgault, C. Antihypertensive drug therapy in Saskatchewan: patterns of use and determinants in hypertension / C. Bourgault, B. Rainville, S. Suissa // Arch. Intern. Med. - 2001 Aug. - Vol. 161, N 15. - P. 1873-1879.
7. A retrospective, population-based analysis of persistence with antihypertensive drug therapy in primary care practice in Italy / Degli Esposti L. [et al.] // Clin. Ther. - 2002 Aug. - Vol. 24, N 8. - P. 1347-1357.
8. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review / G. E. Wetzels [et al.] // J. Hypertens. - 2004 Oct. - Vol. 22, N 10. - P. 1849-1855.
9. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / S. H. Simpson [et al.] // - BMJ. - 2006 Jul. - Vol. 333, N 7557. - P. 15.
10. Хохлов, А. Л. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии / А. Л. Хохлов, Л. А. Лисенкова, А. А. Раков // Качественная клиническая практика. - 2003. - № 4. - С. 59-66.
11. Neutel, J. M. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension / J. M. Neutel, D. H. Smithy // J. Clin. Hypertens. - 2003 Mar-Apr. - Vol. 5, N 2. - P. 127-132.
12. Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs / A. Dragomir [et al.] // Med. Care. - 2010 May. - Vol. 48, N 5. - P. 418-425.
13. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy / E. Jokisalo [et al.] // Blood Press. - 2003. - Vol. 12, N 1. - P. 49-55.
14. A prospective evaluation of persistence on antihypertensive treatment with different antihypertensive drugs in clinical practice / M. Veronesi [et al.] // Vasc. Health Risk Manag. - 2007 Dec. - Vol. 3, N 6. - P. 999-1005.
15. Erectile dysfunction in essential arterial hypertension and effects of sildenafil: results of a Spanish national study / P. Aranda [et al.] // Am. J. Hypertens. - 2004 Feb. - Vol. 17, N 2. - P. 139-145.
16. Клиническая фармакология: тенденция глобального развития и выбор российской модели / В. И. Петров [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. - 2011. - Т. 20, № 5. - С. 25-31.
17. The Compliance Praxis Survey (COMPASS): a multidimensional instrument to monitor compliance for patients on antihypertensive medication // R. Schoberberger [et al.] // J. Hum. Hypertens. - 2002 Nov. - Vol. 16, N 11. - P. 779-787.
18. Обучение больных гипертонической болезнью - бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? / А. О. Конради [и др.] // Артериальная гипертензия. - 2002. - Т. 8, № 6. - С. 217-220.
19. Серов, В. А. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью / В. А. Серов, В. И. Горбунов // Клиническая медицина. - 2007. - Т. 85, № 3. - С. 65-68.
20. Appraisal of the knowledge of hypertensive patient and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey / S. Ragot [et al.] // J. Hum. Hypertens. - 2005 Jul. - Vol. 19, N 7. - P. 577-584.
21. Anthropological Approach to Adherence Factors for Antihypertensive Drugs / A. Sarradon-Eck [et al.] // Healthcare Policy. - 2010 May. - Vol. 5, N 4. - P. 157-175.
22. Krzesinski, J. M. Importance of a bad adherence to the antihypertensive treatment in the hypertensive population. How to improve it? / J. M. Krzesinski, F. Krzesinski // Rev Med Liege. - 2010 May-Jun. - Vol. 65, N 5-6. - P. 278-284.
23. Национальные клинические рекомендации : сборник / под ред. Р. Г. Оганова. - 3-е изд. - Москва : Силиция-Полиграф, 2010. - 592 с.
24. Werlemann, B. C. Compliance problems in therapy resistant hypertension / B. C. Werlemann, E. Offers, R. Kolloch // Hypertension. - 2004 May. - Vol. 29, N 3. - P. 271-275.
25. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА / Е. И. Чазов [и др.] // Кардиология. - 2007. - Т. 47, № 10. - С. 24-30.
26. Determinants of persistence in hypertensive patients treated with Irbesartan: results of a postmarketing survey / M. Burnier [et al.] // BMC Cardiovasc. Disord. - 2005. - N 5. - P. 13.
27. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy / R. H. Chapman [et al.] // Arch Intern Med. - 2005 May. - Vol. 165, N 10. - P. 1147-1152.
28. Alam, M. G. Systolic blood pressure is the main etiology for poorly controlled hypertension / M. G. Alam, Y. M. Barri // Am. J. Hypertens. - 2003 Feb. - Vol. 16, N 2. - P. 140-143.

29. Конради, А. О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А. О. Конради // Справочник поликлинического врача. - 2007. - № 6. - С. 8-12.
30. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension / P. Jadelson [et al.] // Arg. Bras. Cardiol. - 2002. - Vol. 79, N 4. - P. 380-384.
31. Patterns of hypertension management in Italy: results of a pharmacoepidemiological survey on antihypertensive therapy / E. Ambrosioni [et al.] // J. Hypertens. - 2000 Nov. - Vol. 18, N 11. - P. 1691-1699.
32. Bloom, B. S. Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy / B. S. Bloom // Clin. Ther. - 1998 Jul-Aug. - Vol. 20, N 4. - P. 671-681.
33. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data / J. J. Caro [et al.] // CMAJ. - 1999 Jan. - Vol. 160, N 1. - P. 41-46.
34. Morgan, S. G. Persistence with hypertension treatment among community-dwelling BC seniors / S. G. Morgan, L. Yan // Can. J. Clin. Pharmacol. - 2004 Dec. - Vol. 11, N 2. - P. 267-273.
35. Initial treatment of hypertension and adherence to therapy in general practice in Italy / E. Poluzzi [et al.] // Eur. J. Clin. Pharmacol. - 2005 Sep. - Vol. 61, N 8. - P. 603-609.
36. Simons, L. A. Persistence with antihypertensive medication: Australiawide experience, 2004-2006 / L. A. Simons, M. Ortiz, G. Calcino // Med. J. Aust. - 2008 Feb. - Vol. 188, N 4. - P. 224-227.
37. Недогода, С. В. Сравнительная антигипертензивная эффективность генериков ангиотензин-превращающего фермента эналаприла (ренитика, энапа, эднита, инворила, энванса и энама) и стоимость лечения у больных гипертонической болезнью / С. В. Недогода, И. В. Марченко, Т. А. Чаляби // Артериальная гипертензия. - 2000. - Т. 6, № 1. - С. 52-54.
38. Wannemacher, A. J. Antihypertensive medication compliance in a Veterans Affairs Healthcare System / A. J. Wannemacher, G. P. Schepers, K. A. Townsend // Ann. Pharmacother. - 2002 Jun. - Vol. 36, N 6. - P. 986-991.
39. Подзолков, В. И. Новое в диагностике и лечении артериальной гипертензии: по материалам последних рекомендаций ESH/ESC / В. И. Подзолков // Фарматека. - 2007. - № 19. - С. 28-38.
40. Difficult-to-control arterial hypertension or uncooperative patients? The assessment of serum antihypertensive drug levels to differentiate non-responsiveness from non-adherence to recommended therapy / J. Ceral [et al.] // Hypertension research. - 2011 Jan. - Vol. 34, N 1. - P. 87-90.
41. Adherence to an intensive antihypertensive follow-up programme / E. J. Diamantopoulos [et al.] // Journal of Human Hypertension. - 2003 Jun. - Vol. 17, N 6. - P. 437-439.
42. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии : национальные рекомендации / А. Г. Мрочек [и др.]. - Минск : Профессиональные издания, 2010. - 52 с.
43. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Med. Care. - 1986 Jan. - Vol. 24, N 1. - P. 67-73.
44. Reips, U.-D. Interval level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator / U.-D. Reips, F. Funke // Behavior Research Methods. - 2008 Aug. - Vol. 40, N 3. - P. 699-704.
45. Месникова, И. Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов : метод. рекомендации / И. Л. Месникова. - Минск : БГМУ, 2005. - 19 с.

Поступила 01.04.2014 г.

Принята в печать 09.06.2014 г.

Сведения об авторах:

Козловский В.И. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

Симанович А.В. - аспирант кафедры факультетской терапии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Адрес для корреспонденции: 210023, Республика Беларусь, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра факультетской терапии. Тел. моб.: +375 (29) 749-25-51 – Симанович Анна Валерьевна.