

С. В. Евстигнеев, И. А. Елфимова, О. В. Стежка МСЧ УВД по Пензенской области, город Пенза

Подчёркивается актуальность комплаентности в решении одной из сложных проблем в лечении артериальной гипертензии, с момента использования лекарственных средств для снижения артериального давления. Обращается внимание на необходимость чётких подходов в части создания мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени у пациентов, как со стороны врача, так и со стороны государства, учреждений здравоохранения и т.д.

Ключевые слова: *комплаентность, артериальная гипертензия, роль участкового терапевта, мотивация пациента.*

PROBLEM KOMPLAENTHION IN TREATMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSIA AT EMPLOYEES POLICE.

ROLE OF THE LOCAL THERAPIST IN THE DECISION OF THE GIVEN PROBLEM.

S. V. Yevstigneyev, I. A. Elfimova, O. V. Stezhka

The urgency komplaenthion in the decision of one of challenges in treatment of an arterial hypertension is underlined, from the moment of use of medical products for decrease in arterial pressure. The attention to necessity of accurate approaches in a part motivation creation to treatment and its deduction at patients is paid for a long time both from the doctor, and from the state, public health services establishments etc.

Key words: *komplaenthion an arterial hypertension, a role of the local therapist, motivation of the patient.*

Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением артериальная гипертензия (АГ) в Российской Федерации (РФ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 40% взрослого населения РФ имеет повышенный уровень артериального давления (АД)), так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в стране. По материалам обследования, проведенного в рамках целевой Федеральной программы “Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации”, распространенность АГ среди населения за последние 10 лет практически не изменилась и составляет 9,5%. Осведомленность больных АГ о наличии заболевания выросла до 77,9%. Принимают антигипертензивные препараты (АГП) 59,4% больных АГ, из них эффективно лечится 21,5% пациентов (3).

Распространённость рассматриваемой патологии среди сотрудников органов внутренних дел (ОВД) РФ в последние годы сохраняется на высоком уровне, так в 2008 и 2009 гг. составила 64% от всех

003. ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНТНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СОТРУДНИКОВ ОВД. РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА В РЕШЕНИИ ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ.

болезней системы кровообращения. Среди сотрудников ОВД УВД по Пензенской области в 2008 и 2009 г.г. в среднем составила 74%.

Стратегическая задача фармакотерапии артериальной гипертонии заключается в предупреждении осложнений и смертности больных. Так, по результатам крупного клинического исследования HOT-Study наименьшая заболеваемость и смертность у больных с АГ наблюдалась при снижении АД до 130/80 мм рт.ст. Поэтому решающее значение в лечении АГ имеет достижение целевого уровня АД. В настоящее время Международным обществом гипертонии, ВОЗ и Всероссийским научным обществом кардиологов принят целевой уровень АД 140/90 мм. рт.ст., а для больных с сопутствующим сахарным диабетом – 135/85 мм рт.ст.

Причины отсутствия адекватного снижения АД. При применении гипотензивной терапии можно выделить три группы причин. 1) Причины, связанные с характером самого заболевания. АГ отличается многообразием патофизиологических механизмов, играющих роль в развитии и прогрессировании заболевания. Имеется выраженная гетерогенность причин АГ у разных больных; порой установить точный патогенетический механизм у больного в реальной клинической практике невозможно. Поэтому выбор лечебных средств (ЛС) зачастую проводится эмпирически, а предсказать эффективность лечения невозможно. 2) Причины, которые исходят со стороны врача: отсутствие возможности в клинической практике титровать дозы и модифицировать начальную терапию, осуществлять мониторинг за эффективностью лечения, а нередко — и незнание современных рекомендаций по лечению АГ. 3) Причины связаны непосредственно с самим пациентом: низкая информированность больных о своем заболевании, о необходимости длительного (пожизненного) лечения, невыполнение предписаний врача. Если устранить первую группу причин в реальной клинической практике невозможно, то уменьшить влияние двух других групп причин — задача выполнимая. У сотрудников ОВД, можно выделить ещё одну группу и определить её как профессиональную, так как экстремальный характер выполняемой работы (оперативно-служебные и служебно-боевые задачи в условиях, сопровождающихся повышенной психофизической нагрузкой, сопряжённых с риском для жизни, применением огнестрельного оружия) приводит к высокой вероятности причинения вреда здоровью и в частности к АГ, на прямую влияет на первую группу причин - патогенетическую (4).

Приверженность к лечению (комплаентность) — это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача. В узком смысле под комплаентностью в лечении артериальной гипертонии понимают корректный прием антигипертензивных препаратов (не менее 80% от

должного). Прием некорректной дозы рекомендованных препаратов или их прием в некорректное время, пропуски в приеме и/или отказ от лечения представляют собой различные формы нарушения приверженности. Как правило, наиболее частым вариантом недостаточной комплаентности является прием недостаточных доз лекарств и пропуски в течение 2–3 дней.

Вероятность успешной нормализации артериального давления напрямую зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов. COMPLAINTность обратно зависит от частоты побочных эффектов (ПЭ) гипотензивных препаратов и от режима приема ЛС. Однако, несмотря на постепенное осознание важности соблюдения комплаентности и врачами, и пациентами, проблема приверженности к терапии остается нерешенной, среди сотрудников ОВД она также стоит очень остро. Сегодня мы можем констатировать, что около половины назначенных лекарственных препаратов при хронических заболеваниях реально не принимаются пациентами.

Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает сомнения.

Методы оценки приверженности к лечению. Плохая приверженность к лечению является одной из основных причин недостаточного контроля АД. Если у пациента не наблюдается ответа на назначаемую терапию, врачу необходимо определить, является ли больной действительно резистентным к терапии, или он недостаточно комплаентен. К сожалению, достаточно надежного метода, который позволял бы оценивать приверженность к лечению в повседневной практике, не существует. Принципиальным моментом является то, что АД в достаточной мере не может служить отражением приверженности к лечению. Прежде всего даже у чрезвычайно комплаентного больного возможна резистентность к назначенной терапии, тогда как у ряда больных может иметь место снижение или даже нормализация АД при условии плохого соблюдения рекомендаций по лечению. Однако, другие объективные данные в виде снижения АД, изменений частоты сердечных сокращений, динамики массы тела все же могут служить дополнительным косвенным признаком хорошего или плохого следования рекомендациям. Если пациент достаточно открыт при разговоре или активно возражает против проводимого лечения, то соблюдение комплаентности может быть легко оценено с помощью метода опроса. Для того чтобы повысить информативность опроса больных в отношении приверженности к лечению создаются специализированные вопросники и шкалы оценки приверженности. Однако объективная информация не будет получена в случае, если у больного имеется какая-то причина скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов. В качестве таких причин чаще всего выступает наличие обстоятельств, приводящих к желанию больного продемонстрировать

неэффективность терапии. Подобные факторы могут быть чрезвычайно разнообразны (от простого желания получить группу инвалидности до сложных психологических проблем, связанных с “уходом в болезнь” и манипулированием поведением близких людей). У сотрудников ОВД участковые терапевты наблюдают “страх” направления на военно-врачебную экспертизу по состоянию здоровья и возможного последующего увольнения. Кроме этого, пациент может скрывать перерывы в лечении и несоблюдение других рекомендаций в силу боязни навлечь на себя гнев со стороны лечащего врача или расстроить последнего, что также нередко служит причиной не вполне откровенного ответа на вопросы, касающиеся приверженности к лечению. Таким образом, расспрашивая больного, мы нередко можем получить ту информацию, которую хотим услышать, а не ту, что отражает действительность. В такой ситуации прямой вопрос не имеет смысла и необходимы более объективные методы оценки приверженности. Наконец, следует помнить о том, что плохая приверженность к лечению – скорее норма человеческого поведения, чем какая-то личная особенность. Больные могут просто не отдавать себе отчет в том, что они плохо соблюдают предписанные рекомендации по приему препаратов, особенно если речь идет о многократном приеме в течение суток. Одним из развивающихся сегодня методов в оценке приверженности становятся телемедицинские технологии. Передача информации об уровне АД и приеме препаратов по телемедицинскому каналу обеспечивает объективную оценку приверженности и способствует ее повышению у больных, участвующих в данном процессе. Применение электронных устройств, которые монтируются во флакон с препаратом и фиксируют в памяти время и кратность открытия крышки флакона, позволяет обеспечить ежедневный мониторинг не только регулярности приема препаратов, но и отследить интервал между дозами. К сожалению, даже столь сложный метод не позволит с уверенностью говорить о том, что лекарственный препарат был действительно принят пациентом. В идеале он должен дополняться фармакокинетическим анализом, что возможно лишь в очень ограниченных исследованиях. В условиях стационара контроль приема препаратов в крайних случаях может осуществляться медицинским персоналом. Технически сложные методы оценки комплаентности, безусловно, не могут быть использованы в повседневной клинической практике в амбулаторных условиях. Однако именно эти методы позволили сегодня изучить проблему комплаентности в лечении и получить данные о нормальных показателях, характеризующих этот параметр. (2) Проведенное сравнительное исследование различных методов оценки комплаентности, включая электронные мониторинговые системы и измерение концентрации препарата в моче, показали, что если по данным электронного мониторинга комплаентность составляет 58%, то при других субъективных методах

оценки она может быть завышена до 80–90%. При этом лучше всего показатель мониторинга коррелирует с параметрами счета лекарственных препаратов.

Причины, влияющие на приверженность к терапии. Причин плохой приверженности к лечению множество. Как ни странно, такие факторы, как пол, уровень образования и социально-экономический фактор, не являются предикторами приверженности к лечению. Больные пожилого возраста, как правило, лучше соблюдают рекомендации по лечению, но этот эффект нередко нивелируется количеством прописанных препаратов, что всегда ухудшает комплаентность. Нездоровый образ жизни, в частности курение, злоупотребление алкоголем и гиподинамия в большей степени связаны с плохой приверженностью к терапии. В целом приверженность к лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях.

Все причины, приводящие к плохой приверженности к терапии, можно классифицировать как: 1) связанные с пациентом, 2) связанные с врачом, 3) социально-экономические.

1) Побочные эффекты терапии – одна из основных причин плохой приверженности к лечению. Как известно, большинство больных АГ не имеют клинической симптоматики, поэтому лишь 40–50% из них действительно начинают чувствовать себя лучше на фоне проводимого лечения. У многих больных самочувствие не меняется или даже ухудшается либо за счет быстрого снижения АД, либо за счет истинных побочных эффектов лекарств. При этом не всегда пациент может связывать ухудшение самочувствия с лекарственной терапией и, наоборот, побочные эффекты присущи в определенной доле случаев и плацебо, что отражает субъективность оценки данного показателя. В одном из исследований, в котором изучали отказы от продолжения лечения в зависимости от возникновения проблем, связанных с побочными эффектами, было показано, что увеличение числа побочных эффектов приводит к увеличению доли больных, прекративших лечение или самостоятельно изменивших режим терапии. Выяснение причин плохой приверженности к лечению – важнейшая задача врача. Необходимо оценивать наличие у больного предшествовавшего опыта терапии и ее результативность, убеждения пациента и его отношение к лечению и болезни, мотивацию к лечению. Необходимо отметить, что готовность к регулярной терапии может существенно варьировать у различных больных. Ряд исследований показал, что некоторые пациенты предпочитают жесткий режим приема препаратов, тогда как другие проявляют большую готовность к гибкому режиму в соответствии с симптомами и своей социальной активностью, для того чтобы у них сохранялось ощущение “нормальной жизни”. Если говорить о предпочтениях пациентов, то больше половины пациентов предпочитают не принимать постоянно лекарственные препараты, что связано во

многим с тем, что они опасаются вреда от проводимого лечения.

2) Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо самому правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении, учитывать в своей практической деятельности роль приверженности к терапии в ее успехе и, наконец, иметь возможность осуществлять должную кратность визитов пациентов и проведения с ними необходимых бесед в целях повышения приверженности к терапии. У сотрудников милиции в связи с ночными или суточными дежурствами и другими служебными обстоятельствами, зачастую сложно подобрать оптимальный режим приема препаратов. Это ещё раз подчёркивает умение участкового терапевта убедить в необходимости и правильности приема ЛС пациентами. Одним из барьеров успешного лечения АГ сегодня по-прежнему остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим стандартам лечения. Врачи нередко отказываются от интенсификации медикаментозной терапии под влиянием убеждений пациентов о плохой личной переносимости снижения АД, что не всегда объективно. Наблюдения за поведением врачей показали, что повторные замеры АД, как правило, выполняются при высоких значениях АД, из-за субъективного желания обнаружить более низкие значения. Ряд подобных причин ведет к тому, что сами врачи по не вполне изученным причинам могут способствовать ухудшению приверженности больного к лечению с течением времени и далеко не всегда настойчивы в достижении целевых значений АД. Отсутствие готовности врача к интенсификации терапии (из-за боязни побочных эффектов, возможных метаболических эффектов, осложнений, страха увеличения стоимости лечения, а также отсутствия субъективной убежденности в необходимости снижения АД у конкретного больного) приводит и к ухудшению комплаентности пациентов.

Характер проводимой терапии, в первую очередь ее переносимость, эффективность и удобство для больного, – один из основных факторов, определяющих комплаентность в лечении. Считается, что переносимость лечения – ведущая причина “удержания” или отказа от проводимой терапии. Существует достаточно доказательств того, что прием препаратов однократно в стуки сопровождается лучшей приверженностью, чем двукратный прием, и тем более чем многократный. Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью. Это связано с тремя основными причинами: 1) большей стоимостью многокомпонентной терапии, 2) сложностью режима приема и соответственно большей вероятностью отклонений и 3) субъективным неприятием больного, включая страх, большого количества препаратов и соответственно некорректный их прием. Следовательно, усовершенствование знаний участкового терапевта при лечении АГ и стремление

ухода от полипрогмазии, также оказывает прямое влияние на комплаентность

Данные целого ряда исследований отчетливо показали, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного к этому лечению. Это является одной из причин, почему современные рекомендации не приветствуют подхода последовательной смены лекарственных препаратов с целью повышения ответа на монотерапию, хотя такой подход является патогенетически обоснованным. Результаты недавних исследований показали, что быстрое достижение контроля АД и меньшее число смен препаратов оказывает позитивный психологический эффект на больного и способствует его комплаентности. Так, если в течение первых 6 мес лечения наблюдали только одно изменение в терапии, то число некомплаентных пациентов в последующие 6 мес составило лишь 7%. Если терапию изменяли дважды, то соответствующее уменьшение приверженности было уже в пределах 25%.

3) Влияние социальных и экономических факторов на комплаентность больного в лечении существенно варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. В странах, в которых затраты на приобретение лекарственных препаратов полностью покрываются пациентами, что справедливо в большой степени для России, стоимость лечения приобретает немаловажное значение в последующей приверженности к терапии (1).

Методы улучшения комплаентности. К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести множество общегосударственных мероприятий, направленных на повышение информированности населения об АГ, изменению общественного сознания в плане отношения к здоровью, а также изменение системы финансирования лекарственных препаратов. В настоящей статье рассматривается эффективность лишь двух основных направлений в улучшении приверженности к лечению. Одно из них направлено на пациента и состоит в системе обучения больных, что вновь подчёркивает важную роль участкового терапевта в решении данной проблемы. Второе сосредоточено на изменении самого подхода к терапии, совершенствовании препаратов и лекарственных форм и других мер, связанных с собственно эффективностью лечения, которые могут положительно воздействовать на приверженность больных.

Следует иметь в виду, что само внимание врача к проблеме комплаентности, соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствует его повышению. Говоря о воздействии на приверженность к лечению, следует иметь в виду два основных аспекта. Первый касается собственно следования больным рекомендациям врача и зависит в первую очередь от мотивации к лечению. Многочисленные опросы, проводимые

среди больных ГБ, демонстрируют незнание пациентами нормальных цифр АД, плохое владение навыками самоконтроля, непонимание опасности повышенного АД и необходимости постоянной терапии заболевания. Одним из путей решения этой проблемы является обучение больных основам самоконтроля заболевания в “Школах пациента”. Вторым аспектом комплаентности является реальный ежедневный прием препаратов без существенных отклонений от дозы и режима приема. Этот аспект может быть существенно улучшен за счет упрощения самой схемы лечения и введения специальных приемов, помогающих больному не пропускать прием очередной дозы.

Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с “забывчивостью” больного. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня – бритье, чистка зубов и т.д. Установление напоминания на телефоне может также быть чрезвычайно полезным. Весьма эффективным оказывается соответствующая упаковка лекарственных препаратов в блистеры с указанием дней недели, что позволяет всегда обратить внимание больного на пропущенную дозу. В настоящее время существуют и широко используются в Европе специальные коробочки для лекарств, которые имеют отсеки разного цвета для разных дней недели и позволяют принимать несколько препаратов по схеме без существенных отклонений даже пожилым пациентам. Одним из важных моментов, усиливающих приверженность к терапии является самоконтроль АД. Недавно было выполнено рандомизированное исследование, в котором было показано, что приверженность к лечению существенно лучше у больных, осуществляющих домашнее измерение АД. Такую связь обычно объясняют тем, что обучение пациента измерению АД требует времени и способствует установлению контакта, а также положительной ролью активного участия больного в процессе лечения. Для больного оптимальное лечение – то, которое позволяет контролировать АД и не изменяет качества жизни.

Эффективность лечения АГ. Итак, что же такое “эффективность” лечения АГ? Для врача эффективность лечения – это достижение целевого уровня АД как важная задача улучшения прогноза заболевания. Врач должен заниматься подбором лекарственной терапии больному, проводить титрование доз препаратов и модификацию терапии при недостаточной эффективности. Целевой уровень АД должен быть согласован между врачом и больным. Показателем эффективности лечения для врача является отсутствие ПЭ и отмены ЛС. Поэтому, врач должен осуществлять мониторинг за ПЭ – назначать дополнительные визиты, необходимое лабораторное обследование; в случае отмены препарата из-за ПЭ – проводить эффективную замену. Для повышения эффективности лечения врач должен контролировать

и комплаентность больного. Улучшить комплаентность может информированность больных, поэтому врач должен объяснить больному важность проведения лечения, выполнения режима приема лекарственных препаратов, последствия самовольного прекращения лечения. Плохая комплаентность больных с АГ ухудшает прогноз заболевания. Неудовлетворительный контроль АД сопровождается ослаблением протективного действия препаратов на органы-мишени АГ, что делает невозможным предупреждение развития осложнений и смертности. Кроме того, при неудовлетворительной комплаентности ухудшается течение других заболеваний (сердечно-сосудистых, сахарного диабета, гиперхолестеринемии, глаукомы и др.). Поэтому, врач должен осуществлять оценку комплаентности при каждом визите. Эффективность лечения с позиции больного, это – улучшение самочувствия, уменьшение симптомов заболевания. Однако, у больных с неосложненной АГ может быть асимптомное течение и их самочувствие лучше без лекарств. В этой связи, назначаемая гипотензивная терапия должна иметь хорошую переносимость для больного, без появления новых симптомов, связанных с лечением, и удобный режим приема лекарств. Ухудшение самочувствия больного, плохая переносимость лечения и сложный режим приема лекарств снижает качество жизни. Если в результате проводимой терапии ухудшается качество жизни, то полезность такого лечения для больного существенно снижается. Поэтому, изучение качества жизни – важная сторона работы. Улучшение качества жизни мотивирует больных к приему лекарственных средств и позволяет врачу принимать меры для коррекции лечения при снижении качества жизни.

Заключение

Приверженность больных к лечению, или комплаентность, была одной из самых сложных проблем в лечении АГ с начала использования лекарственных препаратов для снижения АД. Создание мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени – задача, которая может быть решена только при условии комплексной работы, врача и пациента, государства, учреждений здравоохранения, образовательной системы и т.д. При этом просветительская работа и конкретное обучение должно быть направлено не только на пациента, но и на членов его семьи. Эффективный контроль АД возможен лишь при достижении 80% приверженности к лечению. Совершенствование лекарственных препаратов с целью уменьшения побочных эффектов и удлинения продолжительности действия во многом улучшило приверженность к лечению, но полностью не решило этой проблемы. Использование низкодозовых комбинаций на начальном этапе лечения может быть чрезвычайно полезным, так как сокращает сроки подбора терапии, повышает ее эффективность и уменьшает побочные действия. Борьба за улучшение комплаентности – одна из важнейших задач врача, занимающегося лечением АГ.

Многие причины недостаточной приверженности могут быть устранены при соответствующем подходе к больному. С целью реального улучшения прогноза больных нам следует существенно улучшить приверженность к терапии не только пациентов, но и врачей.

Литература

1. Леонова М.В., Мясоедова Н.В. Практические аспекты лечения артериальной гипертензии: эффективность и комплаентность. // Российский кардиологический журнал. 2003; 2: 35-41.

2. А. О. Конради, Е. В. Полуничева. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. // Журнал артериальная гипертензия 2004; Т 10; 3: 66-70.

3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. // Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского общества кардиологов. - Москва. 2008.- С. 31.

4. Артериальная гипертония: актуальность проблемы и задачи по совершенствованию диагностики в лечебно-профилактических учреждениях МВД России. // Методические указания Медицинского управления службы тыла МВД России. - Москва. 2001.- С. 23.

004. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СОТРУДНИКОВ ГУВД ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ УСТРАНЕНИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Кошелева О.В., Гусев О.В., Николаев А.Е., Ильченко М.Ю.

ФГУЗ «Медико-санитарная часть ГУВД по Самарской области», Самара, Россия;

Отличительной особенностью службы в системе МВД является наличие психоэмоциональных и стрессогенных факторов, высокая физическая активность, зачастую работа в неблагоприятных климатических условиях. Следовательно, работающий состав представлен преимущественно сотрудниками молодого возраста, состояние здоровья которых контролируется путем ежегодных профилактических осмотров.

Цель исследования: изучение и устранение модифицируемых факторов риска у сотрудников ГУВД по С/о, с целью коррекции лечения и течения артериальной гипертензии.

Материал и методы. Нами были обследованы 58 пациентов с АГ 1-2 степени, в возрасте 29-39 лет. Наблюдение длилось 12 месяцев. Выполнен анализ 58-ми амбулаторных карт. Больным были предложены опросники, где ключевыми вопросами являлись: наличие вредных привычек, приверженность к лечению, семейный анамнез. После чего пациенты рандомизированы на две группы: с высокой приверженностью к терапии и низкой. В план

обследования входили: измерение окружности талии, ИМТ, уровня АД, определение уровня холестерина. С целью диагностики выполнены ЭКГ, ЭхоКГ. В группу с высокой приверженностью к лечению отобраны 37 чел. Из них больных с АГ 1 степени – 26 человек (СД 145 ± 5 мм. рт. ст., ДД 93 ± 2 мм. рт. ст.), на монотерапии (периндоприл 10 мг/сут). С АГ 2 степени 11 чел (СД 164 ± 4 мм. рт. ст., ДД 105 ± 4 мм рт ст), на комбинированной терапии (лозартан 50 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут). Все курящие (20-25 сигарет в день), имеют избыточную массу тела (ИМТ $32 \pm 0,5$ кг/м²), гиперхолестеринемию (ОХ $6,2 \pm 0,4$ мм/л). В группе с низкой приверженностью 21 человек, с АГ 1 степени – 5 чел (СД 148 ± 3 мм. рт. ст., ДД 95 ± 3 мм. рт. ст.), с АГ 2 степени 16 чел (СД 167 ± 3 мм. рт. ст., ДД 107 ± 2 мм. рт. ст.), все на комбинированной терапии (лозартан 50 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, гипотиазид 25 мг/сут), курящие, с избыточной массой тела (ИМТ $32 \pm 0,3$ кг/м²), с гиперхолестеринемией (ОХ $7,1 \pm 0,6$ мм/л). Обеим группам были даны рекомендации по коррекции образа жизни, а именно: прекращение курения, соблюдение гипохолестериновой диеты с пониженным содержанием поваренной соли и жидкости, увеличение физической активности путем занятий плаванием, ходьбой до 5-ти км в день на фоне регулярного приема гипотензивных препаратов. Вторая группа являлась группой сравнения. Конечными точками исследования выбраны достижение целевого уровня АД и объем гипотензивной терапии.

Результаты. В ходе 12-ти месячного наблюдения получены следующие данные. В группе с высокой приверженностью к лечению отмечалось уменьшение массы тела у 23-х человек из 37 (ИМТ $30 \pm 0,5$ кг/м²), снизился уровень ОХ на 0,8 мм/л, среднее значение СД у больных с АГ 1 степени снизилось на 12 ± 3 мм. рт. ст. и ДД на 5 ± 2 мм. рт. ст. по сравнению с исходным, что позволило уменьшить дозу гипотензивных препаратов (периндоприл 5 мг/сут), а у 2-х человек вообще отказаться от приема лекарственных средств, сохраняя целевой уровень АД. У больных с АГ 2 степени отмечалось снижение СД на 13 ± 4 мм. рт. ст. и ДД на 5 ± 2 мм. рт. ст., 7 человек из 11-ти переведены на монотерапию (лозартан 50 мг/сут), у 4-х уменьшена доза комбинированных препаратов (лозартан 25 мг/сут, амлодипин 2,5 мг/сут). В группе сравнения, у пациентов с низкой приверженностью к лечению, на фоне нерегулярного приема гипотензивных препаратов и не выполнения рекомендаций по коррекции модифицируемых факторов риска отмечалось: у 8-ми человек из 21 увеличение массы тела (ИМТ $33 \pm 0,5$ кг/м²), незначительное повышение АД в обеих подгруппах (СД на 7 ± 3 мм. рт. ст. и ДД на 5 ± 1 мм. рт. ст.), что требовало увеличения дозы комбинированной терапии и добавления препаратов из других групп (лозартан 100 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, моксонидин 4 мг/сут).

Выводы. Таким образом можно констатировать, что устранение модифицируемых факторов риска у