

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

С целью изучения эффективности профилактической технологии «Школа молодого пациента с артериальной гипертензией» в сравнении со стандартной немедикаментозной терапией оценивалась динамика факторов риска, обусловленных образом жизни, исходно, через 6, 12 и 36 месяцев у 59 больных, прошедших цикл обучения и у 55 больных, посещавших обычный консультативный прием. Исследование продемонстрировало высокую эффективность школы в отношении снижения частоты кардиоваскулярных факторов риска, обусловленных образом жизни, динамики артериального давления и суммарного сердечно-сосудистого риска у молодых лиц с артериальной гипертензией по сравнению со стандартной немедикаментозной терапией, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения у больных артериальной гипертензией молодого возраста в амбулаторной практике.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, обучение больных, суммарный сердечно-сосудистый риск, лица молодого возраста.

Информационные профилактические технологии в первичном звене здравоохранения — это школы для пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе артериальной гипертензией (АГ) [1]. Образовательные программы являются наиболее эффективной формой работы с больными, позволяя повысить приверженность лечению, усилить контроль над эффективностью терапии, что особенно актуально в молодом, трудоспособном возрасте, когда воздействие на факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных образом жизни, приносит наибольшую пользу [2].

Накопленный за последние годы опыт работы школ среди взрослого контингента свидетельствует о позитивной динамике показателей здоровья больных с АГ. Однако опыт проведения школ у молодых пациентов с АГ отсутствует. В связи с этим изучение возможностей профилактических технологий в контроле АГ и управлении суммарным сердечно-сосудистым риском (СССР) в данной возрастной когорте представляется весьма актуальным.

В клинических исследованиях эффективность вмешательств базируется на оценке «жестких» конечных точек (смертность и частота развития сердечно-сосудистых осложнений). Установить влияние немедикаментозных технологий на «жесткие» конечные точки довольно проблематично, поскольку это требует длительного периода наблюдения. Поэтому в настоящее время при определении эффективности подобных технологий все чаще опираются на оценку суррогатных точек, таких как достижение целевых значений артериального давления (АД), индекса массы тела и т. д.

Цель работы — оценка динамики факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, уровня

артериального давления и суммарного сердечно-сосудистого риска у больных молодого возраста с артериальной гипертензией, прошедших обучение в школе, в сравнении со стандартной немедикаментозной терапией.

Материал и методы исследования

На базе территориальной поликлиники № 1 г. Омска и клиники Омской государственной медицинской академии в период с 2003 по 2007 год было выполнено рандомизированное контролируемое исследование с участием 114 амбулаторных пациентов с АГ. Критерии включения: возраст 18–29 лет, АГ I степени, умеренный риск сердечно-сосудистых осложнений, добровольное информированное согласие на участие в исследовании [3]. Критерии исключения: больные с симптоматической АГ или получавшие медикаментозные антигипертензивные лекарственные средства.

Пациенты были рандомизированы случайным образом на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, длительности заболевания, курению и наличию избыточной массы тела. Для пациентов основной группы ($n = 59$; средний возраст $19,86 \pm 1,99$ лет; мужской пол — 54,2 %) была проведена структурированная программа «Школа молодого пациента с АГ». С этой целью группу разделили на восемь подгрупп, включавших 7–8 человек. Цикл обучения состоял из восьми занятий (по 60 минут), каждое из которых было посвящено обсуждению одного ФР. С пациентами, рандомизированными в группу сравнения ($n = 55$; средний возраст $20,29 \pm 1,96$ лет; мужской пол — 54,5 %), в рамках обычной врачебной консультации проводилась индивидуальная беседа, в ходе

которой им рассказывалось о заболевании и основных направлениях немедикаментозной коррекции ФР — согласно рекомендациям ВНОК [3]. Больные обеих групп были обучены способам самоконтроля АД и частоты сердечных сокращений, обеспечены «Дневником пациента».

Контрольные обследования проводились через 6, 12 и 36 месяцев после профилактического вмешательства. Оценивались динамика частоты выявления ФР (курение, низкая физическая активность, пищевое поведение), офисного систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), СССР. В случае отсутствия эффекта от проводимого вмешательства больным назначалась лекарственная терапия [3].

Полный курс профилактического вмешательства закончили все исследуемые. В повторном скрининге через 6 месяцев приняли участие 94,9 % пациентов основной группы и 90,9 % — группы сравнения, через 12 месяцев — 88,1 и 83,6 % и через 36 месяцев — 72,9 и 70,9 % соответственно. За весь период наблюдения посещать занятия в основной группе прекратили 15,3 % пациентов, в группе сравнения — 10,9 %. Из-за неэффективности немедикаментозного лечения 11,8 % больных основной группы и 18,2 % — группы сравнения рекомендована лекарственная терапия.

Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Выбор методов статистической обработки определялся характером распределения признаков, типом данных и дизайном исследования. Для оценки статистической значимости различий между выборочными долями был использован критерий χ^2 , для сравнения числовых данных — U -критерий Манна — Уитни и H -критерий Краскела — Уоллиса.

Результаты и их обсуждение

Через 6 месяцев от начала профилактических мероприятий обе группы показали позитивные результаты (табл. 1 и 2). Наблюдалось статистически значимое уменьшение числа пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни, на 51,1 % ($p=0,007$) в группе школы и на 40,2 % ($p=0,042$) в группе сравнения. Анализ привычек питания показал достоверное снижение доли лиц, потребляющих в избыточном количестве поваренную соль, на 43,0 ($p<0,0001$) и 23,8 % ($p=0,023$); жиры на 52,6 ($p<0,0001$) и 35,5 % ($p=0,013$); продукты, богатые холестерином, на 48,6 ($p=0,0003$) и 28,9 % ($p=0,034$) соответственно. Снижение частоты потребления простых углеводов отмечалось только в группе школы (– 23,0 %; $p=0,0084$). Значимых изменений в частоте потребления с пищей полноценного белка и пищевых волокон в обеих группах не выявлено, зато обнаружено достоверное снижение частоты употребления алкоголя на 41,5 ($p<0,0001$) и 21,1 % ($p=0,0102$) соответственно.

Динамика в отношении отказа от курения была менее выражена: полностью прекратили курить 16,4 ($p=0,384$) и 8,2 % ($p=0,686$) пациентов соответственно. При этом 62,1 ($p<0,001$) и 42,3 % ($p<0,001$) курящих соответственно уменьшили количество выкуриваемых сигарет.

Через 12 месяцев у пациентов обеих групп была отмечена тенденция к несоблюдению рекомендаций по изменению образа жизни, что согласуется с данными литературы [2]. Тем не менее избыточное употребление жиров, холестерина, поваренной соли и простых углеводов оставалось существенно ниже, чем в начале исследования, у лиц, прошедших цикл

обучения в школе (табл. 1 и 2), тогда как в группе сравнения изменение этих показателей было незначимым. Значимое снижение частоты потребления алкоголя и количества выкуриваемых за сутки сигарет сохранялось только у лиц, обучавшихся в школе ($p=0,0003$ и $p=0,0401$ соответственно). Следует заметить, что изменение объема физической активности оказалось легковыполнимым как для участников образовательной программы, так и для молодых людей, получивших рекомендации при первом визите. В частности, 81,5 и 71,7 % ($p=0,228$ при межгрупповом сравнении) пациентов соответственно на протяжении 12 месяцев продолжали поддерживать достаточный объем физической активности.

Через 36 месяцев наблюдения в обеих группах существенно уменьшилась доля молодых людей, придерживающихся врачебных рекомендаций. Сопоставление результатов профилактического вмешательства за трехлетний период наблюдения подтвердило преимущества обучающей программы в отношении модификации образа жизни молодых пациентов с АГ лишь в части увеличения объема физической активности ($p=0,009$), пересмотра отношения к режиму питания ($p=0,008$) и употреблению алкоголя ($p=0,009$). По всем остальным факторам, несмотря на достоверные изменения по сравнению с исходными данными, достоверных межгрупповых различий не выявлено.

На фоне динамики поведенческих ФР у пациентов обеих групп в течение первого года наблюдения отмечалось достоверное снижение уровня АД по сравнению с исходными данными. Однако у лиц, закончивших цикл обучения в школе здоровья, снижение уровня САД и ДАД было значительнее: максимальное снижение в обеих группах регистрировалось через 6 месяцев наблюдения и составило — 15/6 и — 13/5 мм рт. ст. ($p<0,0001$) соответственно. При этом 76,3 % слушателей школы и 47,3 % представителей контрольной группы продолжали поддерживать целевой уровень АД. У пациентов, не достигших в результате немедикаментозного вмешательства целевого уровня АД, все же имело место существенное его снижение по сравнению с исходными данными (в среднем на 6,7 и 1,6 %; $p=0,004$), поэтому фармакотерапия на данном этапе им не назначалась. Однако в дальнейшем, уже через год после вмешательства, в обеих группах наметилась тенденция к повышению уровня АД, хотя целевой его уровень продолжали поддерживать 81,4 и 40,9 % больных соответственно. Причем у 3,4 % пациентов основной группы и у 9,1 % группы сравнения регистрировалось стойкое повышение уровня АД, потребовавшее назначения медикаментозной антигипертензивной терапии.

Через 36 месяцев контроля, несмотря на очевидное повышение АД в обеих группах, у пациентов, прошедших обучение в школе, уровень САД и ДАД оставался достоверно ниже, чем в начале наблюдения. У молодых же лиц, получивших обычные рекомендации, через 36 месяцев после этого уровень ДАД не отличался от исходного.

В табл. 3 представлена динамика СССР, определенного по «Фремингемской модели». Примечательно, что эффект профилактического консультирования в аспекте снижения СССР наблюдался в обеих группах. Причем в группе школы здоровья существенная динамика отмечалась в течение всего первого года наблюдения, а в группе молодых пациентов, получивших стандартные рекомендации, через 12 месяцев после вмешательства имело место

Таблица 1
Частота поведенческих факторов риска у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией
исходно и через 6, 12 и 36 месяцев после обучения в школе

Показатели	Исходно (1)	Через 6 месяцев (2)	Через 12 месяцев (3)	Через 36 месяцев (4)	p
Избыточное потребление жира, n (%)	40 (67,8)	18 (32,1)	17 (31,5)	18 (34,6)	$p_{1-2}=0,0001$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{1-4}=0,001$
Избыточное потребление холестерина, n (%)	41 (69,5)	20 (35,7)	15 (27,8)	18 (34,6)	$p_{1-2}=0,0003$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{1-4}=0,0000$
Недостаточное потребление полноценного белка, n (%)	23 (39,0)	15 (26,8)	15 (27,8)	16 (30,8)	$p_{1-2}=0,165$; $p_{1-3}=0,208$; $p_{1-4}=0,366$
Избыточное потребление простых углеводов, n (%)	52 (88,1)	38 (67,9)	38 (70,4)	37 (71,2)	$p_{1-2}=0,008$; $p_{1-3}=0,019$; $p_{1-4}=0,025$
Недостаточное потребление клетчатки, витаминов, минеральных веществ, n (%)	40 (67,8)	29 (51,8)	29 (53,7)	29 (55,8)	$p_{1-2}=0,080$; $p_{1-3}=0,125$; $p_{1-4}=0,192$
Употребление алкоголя, n (%)	54 (91,5)	30 (53,6)	34 (63,0)	34 (65,4)	$p_{1-2}=0,0001$; $p_{1-3}=0,0003$; $p_{1-4}=0,001$
Избыточное потребление соли, n (%)	48 (81,4)	26 (46,4)	36 (66,7)	41 (78,8)	$p_{1-2}=0,0001$; $p_{1-3}=0,075$; $p_{1-4}=0,741$
Нарушение режима питания, n (%)	44 (74,6)	32 (57,1)	32 (59,3)	32 (61,5)	$p_{1-2}=0,049$; $p_{1-3}=0,831$; $p_{1-4}=0,140$
САД (M \pm SD мм рт. ст.)	146,61 \pm 4,68	131,93 \pm 6,51	135,50 \pm 5,01	138,85 \pm 5,05	$p<0,0001$
ДАД (M \pm SD мм рт. ст.)	92,32 \pm 2,77	86,14 \pm 4,14	88,87 \pm 3,57	90,02 \pm 5,48	$p<0,0001$

Примечание. САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление

Таблица 2
Частота поведенческих факторов риска у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией
исходно и через 6, 12 и 36 месяцев после получения стандартных рекомендаций

Показатели	Исходно (1)	Через 6 месяцев (2)	Через 12 месяцев (3)	Через 36 месяцев (4)	p
Избыточное потребление жира, n (%)	37 (67,3)	23 (43,4)	27 (55,1)	21 (48,8)	$p_{1-2}=0,013$; $p_{1-3}=0,203$; $p_{1-4}=0,065$
Избыточное потребление холестерина, n (%)	38 (69,1)	26 (49,1)	29 (59,2)	23 (53,5)	$p_{1-2}=0,034$; $p_{1-3}=0,292$; $p_{1-4}=0,114$
Недостаточное потребление полноценного белка, n (%)	21 (38,2)	18 (34,0)	19 (38,8)	18 (41,9)	$p_{1-2}=0,648$; $p_{1-3}=0,951$; $p_{1-4}=0,712$
Избыточное потребление простых углеводов, n (%)	48 (87,3)	39 (73,6)	41 (83,7)	36 (83,7)	$p_{1-2}=0,072$; $p_{1-3}=0,602$; $p_{1-4}=0,618$
Недостаточное потребление клетчатки, витаминов, минеральных веществ, n (%)	38 (69,1)	31 (58,5)	32 (65,3)	30 (69,8)	$p_{1-2}=0,252$; $p_{1-3}=0,681$; $p_{1-4}=0,943$
Употребление алкоголя, n (%)	50 (90,9)	38 (71,7)	40 (81,6)	38 (88,4)	$p_{1-2}=0,010$; $p_{1-3}=0,167$; $p_{1-4}=0,681$
Избыточное потребление соли, n (%)	45 (81,8)	33 (62,3)	37 (75,5)	33 (76,7)	$p_{1-2}=0,023$; $p_{1-3}=0,432$; $p_{1-4}=0,536$
Нарушение режима питания, n (%)	41 (74,5)	36 (67,9)	37 (75,5)	37 (86,0)	$p_{1-2}=0,447$; $p_{1-3}=0,910$; $p_{1-4}=0,161$
САД (M \pm SD мм рт. ст.)	147,33 \pm 4,47	134,40 \pm 5,36	139,61 \pm 4,47	143,14 \pm 5,13	$p<0,0001$
ДАД (M \pm SD мм рт. ст.)	93,16 \pm 2,68	87,94 \pm 2,84	90,84 \pm 2,78	92,02 \pm 2,17	$p<0,0001$

Примечание. САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление

Таблица 3

Средняя величина суммарного сердечно-сосудистого риска в группах молодых лиц с артериальной гипертензией после профилактического вмешательства

Показатель	Группа	Исходно (1)	Через 6 месяцев (2)	Через 12 месяцев (3)	Через 36 месяцев (4)	p*
Суммарный сердечно-сосудистый риск	Школа	15,85±3,47	6,11±2,98	7,22±2,59	10,77±3,18	p<0,0001
	Стандартные рекомендации	15,60±3,34	7,94±3,57	11,29±4,14	11,40±3,93	p<0,0001
p**		0,608	0,0009	0,0000	0,675	

Примечание. * — сравнение в группах ANOVA χ^2 по Фридману, ** — межгрупповые различия — U-критерий Манна — Уитни

достоверное увеличение СССР, хотя, по сравнению с первоначальными данными, он был достоверно ниже. К концу наблюдения в обеих группах отмечено повышение СССР, что указывает на необходимость повторного консультирования по вопросам коррекции ФР сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных поведением.

Таким образом, обучение молодых больных с АГ в школе является более эффективным способом контроля АД по сравнению со стандартными подходами к немедикаментозной коррекции. При этом немаловажным представляется сохранение у большинства пациентов достигнутых результатов, что свидетельствует о высокой их приверженности к лечению и формировании мотивации к соблюдению врачебных рекомендаций.

Данное исследование также подтверждает результаты ряда работ в этой области. Так, в исследовании W. Zernike и A. Henderson больные, прошедшие обучение, продемонстрировали более высокий уровень знаний на контрольных визитах, чем пациенты, получившие стандартные рекомендации на приеме у врача [4]. Подобные данные были получены A. Dukat et al., которые показали, что даже через пять лет после проведения образовательной программы у пациентов с АГ наблюдается тенденция к снижению АД и частоты курения, увеличению физической активности и, как следствие, уменьшению потребности в лекарственных препаратах [5]. Именно этот факт обосновывает необходимость повторного профилактического консультирования для полного исчезновения симптомов заболевания и нормализации уровня АД, особенно когда речь идет о молодых пациентах.

Учитывая широкую распространенность АГ и ее осложнений, многие авторы подчеркивают важность выявления и коррекции повышенного АД, применимых на уровне первичного звена здравоохранения [1, 2, 6]. Высокая обращаемость пациентов к врачам первичного звена обеспечивает возможность выявления АГ уже на ранней стадии, до развития осложнений, что особенно актуально в молодом возрасте, поскольку позволяет сразу начать лечебно-профилактические мероприятия и не допустить прогрессирования заболевания.

Заключение

Использование обучающих технологий у молодых больных артериальной гипертензией в амбула-

торно-поликлинической практике с целью модификации ведущих факторов риска сердечно-сосудистых осложнений является весьма действенным и предопределяет стратегическую успешность реализации системы профилактики артериальной гипертензии и формирования здорового образа жизни нации.

Библиографический список

1. Организация Школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения: организационно-методическое письмо / Р. Г. Оганов, А. М. Калинина, Ю. М. Поздняков и др. — ГНИЦ проф. мед. МЗ РФ. — М., 2002. — 16 с.
2. 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. 35–39.
3. Всероссийское научное общество кардиологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. — М.: Медицина, 2004. — 32 с.
4. Zernike, W. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension / W. Zernike, F. Henderson // J Clin. Nurs. — 1998. — № 7 (1). — P. 37–44.
5. Dukat, A. 5-year follow-up of preventive approach to patients with essential hypertension / A. Dukat, I. Balazovjeh // J Hum Hypertens. — 1996. — № 10 (suppl. 3). — P. 131–133.
6. Шапиро, И. А. Профилактическая медицинская помощь больным артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хабаровского края: состояние и перспективы / И. А. Шапиро, А. М. Калинина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2002. — № 1 (1). — С. 6–21.

ШУПИНА Марина Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины.

ЛОГИНОВА Екатерина Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней и семейной медицины.

СЕМЕНКИН Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины.

Адрес для переписки: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12.

Статья поступила в редакцию 01.08.2011 г.

© М. И. Шупина, Е. Н. Логинова, А. А. Семенкин