

**ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ**

Е.Л. Давыдов, Е.И. Харьков, Л.А. Шапиро

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно– Ясенецкого, ректор – д.м.н. проф. И.П. Артюхов;
кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н.,
проф. Е.И. Харьков; кафедра медицинской и биологической физики, зав. –
д.б.н., проф. В.Г. Суховольский.

***Резюме.** В статье приведены данные об особенностях приверженности к лечению (комплаинса) в пожилом и старческом возрасте у пациентов с артериальной гипертонией. Обсуждаются особенности комплаентности в зависимости от возраста, пола и образовательного статуса пациентов. Установлено, что возрастные и гендерные особенности не влияют на приверженность к лечению. Уровень образовательного статуса незначим для комплаинса, кроме мужчин старческого возраста со средне-специальным образованием.*

***Ключевые слова:** пожилой возраст, артериальная гипертония, комплаинс.*

Давыдов Евгений Леонардович – к.м.н., доц. каф. внутренних болезней педиатрического факультета КрасГМУ; e-mail: devgenii@bk.ru.

Харьков Евгений Иванович – д.м.н., проф., зав. каф. внутренних болезней педиатрического факультета КрасГМУ; e-mail: terped@krasmu.ru.

Шапиро Людмила Афонасьевна – доц. каф. медицинской и биологической физики КрасГМУ; e-mail: medfizika@yandex.ru.

Между результатами контролируемых клинических исследований и реальной клинической практикой имеется определенный разрыв, который обусловлен рядом причин социально-экономического и медицинского характера. Определяющее значение среди них имеют недостаточное внимание людей к своему здоровью (низкая обращаемость), несоблюдение самими врачами современных принципов лечения сердечно-сосудистых заболеваний и низкая приверженность больных к выполнению рекомендаций врачей по применению как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения [7].

По данным клинических исследований, контролируемая артериальная гипертония (АГ) составляет 25–30%, в реальной медицинской практике не более 10% [2, 3].

Согласно определению, которое принято ВОЗ, комплаинс (приверженность к лечению) – это степень соответствия поведения человека рекомендации врача или медицинского работника [6, 13].

В последние годы низкая приверженность к лечению (ПКЛ) пациентов АГ расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития заболевания, неблагоприятных исходов и смерти [5, 11]. Приверженность к лечению трудно измерить, поэтому в клинической практике низкие ее показатели остаются недиагностированными. Врачи склонны видеть причину отсутствия успеха в резистентности к лечению. Однако рефрактерная АГ отмечается только у 2– 5% больных, а псевдорефрактерная гипертония по причине нерегулярности терапии или приема неадекватных доз препаратов – у 2/3 пациентов [7, 9]. Плохой контроль АГ ассоциирован с более высокими затратами на ее лечение, а адекватное лечение позволяет снизить затраты и рационально использовать ресурсы здравоохранения [8, 10].

Самый распространенный вид низкой ПКЛ – это пропуски в приеме лекарственных средств (ЛС) на несколько дней, а также прием только при плохом самочувствии, самостоятельное изменение схемы приема, прием препаратов в некорректных дозах, отказ от приема некоторых из рекомендованных лекарственных средств [4, 7]. Одной из самых трудных, с точки зрения достижения приверженность к лечению, является группа пожилых больных АГ. Вероятность самостоятельной отмены препаратов или существенного изменения режима терапии, приводящего к снижению ее эффективности, у них в 2 раза выше, чем в группе лиц в возрасте моложе 60 лет. Частота несоблюдения режима приема лекарств возрастает в два раза при ежедневном приеме трех и более медикаментов [1].

Снижение приверженности к лечению у геронтов обусловливается когнитивными расстройствами, плохой переносимостью лечения, нарушением

памяти, явлениями ортостатизма при избыточном или очень резком снижении АД, высокой стоимостью назначенной терапии, нечеткими инструкциями со стороны лечащего врача [1, 4, 12].

Для того чтобы повысить информативность опроса больных в отношении ПКЛ создаются специализированные вопросники и шкалы оценки приверженности. Некоторые из таких шкал сегодня уже валидизированы и рекомендованы к широкому применению [4].

Цель исследования: оценка приверженности к лечению пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией и исследование влияния образовательного фактора на снижение этого показателя.

Материалы и методы

Обследовано 426 больных АГ II – III степени (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года – по классификации ВОЗ (1963), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07-69,09)) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11)). Вторая группа состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20-80,50)) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53-80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54-53,87)) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02-54,52)).

Оценка приверженности к лечению проводилась с помощью теста Мориски–Грина [14], который включает 4 вопроса: 1) забывали ли вы когда–либо принять препараты? 2) не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? 3) не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? 4) если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? Комплаентными считали больных, набравших 4 балла, некомплаентными – менее 3, набравших 3 балла – частично комплаентными.

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v.19. Для определения значимости различий при множественных сравнениях, количественных и ранговых значений, использовали критерий Краскела–Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна–Уитни. Для сравнения качественных учетных признаков использовали критерий χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По данным теста Мориски–Грина, пациенты всех возрастных и гендерных групп оказались некомплаентными (средние оценки составили от 1,82 до 2,17 баллов). Достоверной разницы между группами не выявлено ($p=0,312–0,827$).

При оценке ПКЛ внутри групп установлено, что большинство пациентов во всех возрастных и гендерных группах являются некомплаентными (от 51,1% до 64,1%, рис.1). Их количество достоверно выше по сравнению с полностью и частично приверженными к лечению ($p < 0,05$). Достоверных различий как внутри так и между возрастными и гендерными группами по рассматриваемым градациям не отмечено ($p > 0,05$). Такие данные, характеризующие низкую приверженность к лечению во всех возрастных и гендерных группах, вероятно, связаны с длительным стажем АГ у пациентов, необходимостью постоянного приема медикаментозной терапии.

Нами были проанализированы особенности ПКЛ в зависимости от образовательного статуса пациентов. В структуре образовательного статуса во всех возрастных группах преобладали лица со средне-специальным (27% – пожилого возраста, 39% – старческого и 39% – контрольной группы) и высшим (37%, 27% и 34% соответственно) образованием (рис. 2).

При анализе всех возрастных и гендерных групп больных со средне-специальным и высшим образованием было выявлено, что показатели приверженности к лечению характеризовались некомплаентностью (табл.1). Только в группе мужчин старческого возраста со средне-специальным образованием (это наиболее часто отмеченный образовательный ценз в этой

когорте) отмечается тенденция к частичной приверженности – 2,94 (2,23-3,66) балла. В этой подгруппе уровень приверженности к лечению превышает показатель у мужчин пожилого возраста (1,82 балла; $p = 0,019$) и достоверно выше у мужчин группы сравнения, имеющих такой же образовательный ценз (1,43 балла; $p = 0,006$).

При оценке приверженности к лечению внутри каждой образовательной группы (вне зависимости от гендерных различий) установлено преобладание лиц с низкой ПКЛ (табл. 2). Только в когорте лиц старческого возраста со средне-специальным образованием преобладают полностью комплаентные пациенты (39,0%), количество которых достоверно выше, чем в двух других группах (19,3%, $p=0,010$ и 9,5%; $p=0,007$ соответственно). В то же время лица с низким ПКЛ составляют лишь 46,3% в этой когорте, что достоверно ниже, чем у пациентов группы сравнения (71,4%, $p = 0,020$).

Полученные нами данные согласуются с материалами А.О. Конради и Е.В. Полуничевой, которые отмечают, что пол, уровень образования и социально-экономический фактор, не являются предикторами приверженности к лечению [3]. По их мнению, больные пожилого и старческого возраста, как правило, лучше соблюдают рекомендации по лечению, но это нивелируется количеством прописанных препаратов, что всегда ухудшает комплаентность.

Таким образом, пациенты с артериальной гипертонией, как старших возрастных групп, так и группы сравнения, независимо от возраста, имеют низкий уровень приверженности к лечению. Уровень приверженности к лечению не зависит от пола больных с артериальной гипертонией. Комплаентность больных у лиц с высшим и средне-специальным образованием не зависит от их образовательного статуса, за исключением мужчин старческого возраста со средне-специальным образованием.

THE FEATURES OF COMMITMENT TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE OLDER AGE GROUPS DEPENDING ON THE LEVEL OF EDUCATION

E.L. Davidov, E.I. Harkov, L.A. Shapiro

Abstract. The paper presents data on the characteristics of treatment adherence (compliance) in elderly and senile patients with arterial hypertension. The features of compliance depending on the age, sex and educational status of patients are discussed. It was found that age and gender features did not affect to the adherence to treatment. The level of educational status to compliance is insignificant, except for elderly men with secondary special education.

Key words: older age, hypertension, compliance.

Литература

1. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Особенности применения лекарств в гериатрической практике // Фарматека. – 2008. – №8. – С. 13– 19.
2. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Волжанина Т.Ю. и др. Комплайнс больных артериальной гипертензией старших возрастных групп // Медиц. вестн. МВД. – 2011. – №4. – С.12–14.
3. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, №3. – С.137-143.
4. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Гериатрическая фармакотерапия // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22, №1. – С. 139-149.
5. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть III // Кардиология. – 2008. – №4. – С. 46– 53.
6. Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А., Константинов В.И. Комплайнс: определяющие факторы и пути оптимизации приверженности к лечению // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – №5 – С. 94-97.

7. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Рославцева А.Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиология. – 2007. – №3 – С. 79-84.

8. Фомин В.В., Моисеев С.В., Сагинова Е.А. Больной артериальной гипертензией, не приверженный лечению // Consilium medicum. – 2006. – № 5. – С. 33-38.

9. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Особенности качества жизни и психологические характеристики больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пути коррекции последних // Рос. кардиол. журн.– 2010.– №3.– С.53-57.

10. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И. и др. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение 2 // Сибирский медицинский журнал. – 2010.– №8.– С.174-177.

11. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертензия: особенности течения и терапии (Сообщение I) // Сибирское медицинское обозрение.– 2010.– №3.– С.3-8.

12. Brindel P., Hanon O., Dartigues J.F. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study // J. Hypertens. – 2006. – Vol. 24. – P. 51–58.

13. Neutel J.M., Smiyhy D.H. Improving patient compliance: a major goat in the management of hypertension // J. Clin. Hypertens. – 2003. – Vol. 2. – P. 127– 132.

14. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self– reported measure of medical adherence // Med. Care. – 1986 – Vol. 24. – P. 67–73.