

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Е.А. Темникова, Г.И. Нечаева

ГБОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России

E-mail: temnikovaomsk@mail.ru

## ADHERENCE TO THERAPY IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

E.A. Temnikova, G.I. Nechayeva

Omsk State Medical Academy

Изучена приверженность к терапии у 421 амбулаторного пациента старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Выявлена низкая степень соблюдения рекомендаций, обратная зависимость уровня приверженности терапии от стадии ХСН, количества сопутствующих заболеваний и общего объема терапии. Не получено данных о связи приверженности терапии с функциональным классом ХСН, возрастом, полом, отдельными сопутствующими заболеваниями.

**Ключевые слова:** приверженность к терапии, амбулаторные пациенты, старческий возраст, хроническая сердечная недостаточность.

Adherence to therapy was studied in 421 ambulatory elderly patients with chronic heart failure (CHF). A low degree of compliance was associated with the stage of CHF, number of comorbidities, and the total number of medications. No evidence for commitment to therapy was found in terms of heart failure functional class, age, gender, and individual comorbidities.

**Key words:** adherence to therapy, outpatients, elderly age, chronic heart failure.

### Введение

Вопросы приверженности к лечению пациентов с хроническими заболеваниями активно изучаются в последние десятилетия, так как точность соблюдения предписанного режима терапии в значительной мере определяет ее эффективность. Большинство проведенных исследований выявило статистически значимую отрицательную корреляционную связь уровня приверженности к терапии с общей смертностью [14].

До сих пор не существует единой точки зрения на терминологию, возможные причины низкой приверженности к лечению у разных категорий пациентов и способы повышения степени соблюдения рекомендаций. Для характеристики поведения пациентов используются несколько терминов: "patient compliance" (комплаентность – добровольное, основанное на желании, соблюдение больным режима и схемы лечения), "persistence" (удержание на терапии – сохранение пациентом четкого режима приема медикаментов по назначению врача в течение всего периода лечения), "concordance" (согласие – желание пациента соблюдать назначенный режим терапии), "adherence to therapy" (приверженность к терапии или "соблюдение указаний врача" – общая характеристика поведения пациента, связанного с лечением, то есть понимание сути терапии, желание ей следовать и их практическая реализация).

Существует несколько методик для определения приверженности пациентов назначенной терапии: анализ

данных больного (например, записей в дневнике), подсчет таблеток, оставшихся у наблюдаемого к очередной дате осмотра, определение концентрации лекарственного препарата в крови или моче, применение специализированных вопросников и шкал оценки. Из последних в повседневной практике наиболее доступным, а потому чаще всего используемым, является тест Мориски–Грина [4, 12], включающий четыре 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?

Ряд проведенных исследований свидетельствует о том, что с более низким уровнем комплаентности ассоциирован пожилой и старческий возраст [7]. Имеются данные об отрицательном действии на приверженность к терапии отдельных факторов, обусловленных старением: старческой немощности, недержания мочи, падений, когнитивных нарушений, сенсорных изменений (снижение зрения, слуха, перемены вкуса и запаха); связанной с возрастом сопутствующей патологии (артриты, хронические заболевания легких и другие), социальных проблем (например, социальной изоляции) [10, 11, 13, 15]. Есть свидетельства более высокого уровня приверженности к терапии у женщин [3]. В других работах не подтвер-

ждено влияние пола, возраста, социальных факторов (семейного положения), уровня доходов и даже стоимости препарата или отсутствия необходимости платить за лекарство на степень соблюдения врачебных рекомендаций [8, 9, 16]. Возможно, что такая противоречивость данных обусловлена изучением различных категорий пациентов и использованием различных методов исследований.

Одной из значимых проблем кардиологии является ХСН. По данным эпидемиологического исследования ЭПОХА-ХСН, в Российской Федерации 52,8% лиц, у которых при обследовании была выявлена ХСН, были в возрасте 70 лет и старше, а самая высокая по возрасту распространенность отмечена в группе 80–89 лет (54,2%) [1, 6]. Даже при использовании современных схем результаты лечения ХСН у больных старших возрастных групп остаются неудовлетворительными. Одной из причин этого может быть низкая приверженность амбулаторных пациентов старческого возраста с ХСН к лечению. Однако отечественных работ, посвященных изучению приверженности к терапии именно больных старческого возраста, страдающих ХСН, в доступных литературных источниках крайне мало.

Цель работы: определить уровень приверженности к терапии амбулаторных пациентов старческого возраста с ХСН и выявить факторы, влияющие на него.

## Материал и методы

Проведено открытое наблюдательное, поперечное исследование 440 лиц старческого возраста (75–89 лет), наблюдавшихся в территориальных поликлиниках Омска в 2006–2008 гг. с диагнозом ХСН. Пациенты отбирались для исследования по амбулаторным картам методом случайной выборки. После проверки соответствия диагноза ХСН критериям Общества специалистов по сердечной недостаточности (клинические симптомы ХСН и хотя бы одно подтверждение признаков повреждения миокарда с помощью функционального или инструментального обследования) [5] по данным, полученным при осмотре и анализе медицинской документации, численность выборки уменьшилась до 421 чел. (средний возраст –  $79,9 \pm 6,68$  лет). Большинство включенных в исследование пациентов – 68,2% – составляли женщины (287 чел.). Рекомендованное врачом лечение определялось по записям в медицинской документации. Объем принимаемой медикаментозной терапии и уровень приверженности к лечению изучены с помощью теста Мориски–Грина, при проверке домашних аптечек и определении соответствия назначенной терапии ее результатам.

Регистрация сопутствующих заболева-

ний проводилась при наличии диагноза в медицинской документации и/или выявлении у пациента характерных признаков при осмотре и опросе.

В статистическом анализе с использованием компьютерной программы SPSS Statistics 17.0 применяли тест Колмогорова–Смирнова (проверка нормальности распределения), критерии Манна–Уитни (анализ качественных данных и показателей с распределением, отличающимся от нормального) и Спирмена – для расчета коэффициента корреляции ( $r_s$ ). Цифровые данные в абсолютных величинах описаны в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднее выборочное,  $\sigma$  – стандартное отклонение. Данные, выраженные в относительных величинах, представлены в виде  $M \pm t_{xm}$  ( $M$  – доля (процент),  $t_{xm}$  – доверительный интервал, где  $t$  – величина нормализованного отклонения, соответствующая вероятности безошибочного прогноза 95%,  $m$  – ошибка репрезентативности для относительной величины).

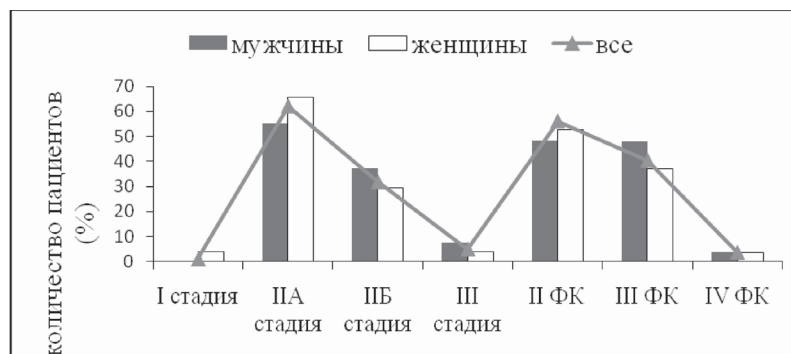


Рис. 1. Распределение больных по выраженности стадии ХСН и ФК (по NYHA)

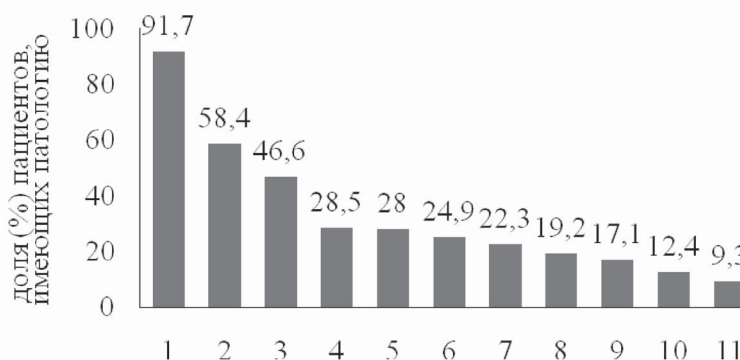


Рис. 2. Сопутствующая патология, имевшаяся у обследованных амбулаторных больных старческого возраста с ХСН. 1 – ДЭП; 2 – остеоартроз различных локализаций; 3 – ХОБЛ; 4 – заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (гастрит и дуоденит, обозначенные так в амбулаторных картах без данных морфологического исследования, эрозивные поражения и язвы); 5 – заболевания глаз (старческая катаракта, глаукома или их сочетание); 6 – атеросклероз сосудов нижних конечностей; 7 – заболевания мочеполовой системы (пиелонефриты, циститы, мочекаменная болезнь, гиперплазия предстательной железы); 8 – венозная недостаточность; 9 – заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей; 10 – сахарный диабет; 11 – анемия



Рис. 3. Количество препаратов, назначенных специалистами различного профиля амбулаторным больным старческого возраста с ХСН

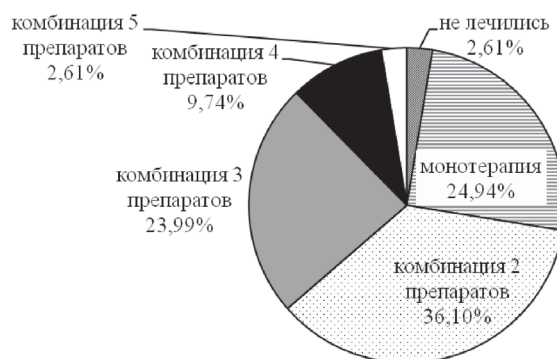


Рис. 4. Режимы лечения пациентов с ХСН в исследованной выборке

Таблица 1

#### Препараты для лечения ХСН, назначаемые пациентам

| Классы лекарственных препаратов | Доля пациентов, получавших препараты |                 |                |                   |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
|                                 | Исследуемая выборка, %               | ЭПОХА (2002), % | ЭПОХА-О-ХСН, % | IMPROVEMENT-HF, % |
| ИАПФ                            | 86,9                                 | 53,2            | 75,0           | 71,2              |
| Диуретики                       | 55,8                                 | 24,2            | 41,5           | 84,6              |
| БАБ                             | 32,8                                 | 20,3            | 57,8           | 38,2              |
| АА                              | 23,0                                 | 1,3             | 1,7            | 14,7              |
| СГ                              | 22,6                                 | 7,9             | 5,8            | 38,2              |

Примечание: ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БАБ – β-адреноблокаторы; АА – антагонисты альдостерона; СГ – сердечные гликозиды.

## Результаты и обсуждение

Большинство обследованных пациентов (262 чел.) имели II A стадию ХСН по классификации В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско (1935) и II, III функциональный классы (ФК) ХСН по классификации NYHA (1994) – 236 и 170 чел. соответственно. I стадия ХСН диагностирована только у четырех пациентов. I ФК не был выявлен ни у одного из обследованных (рис. 1).

Установленные нами различия между распределением больных с ХСН по выраженности стадии и тяжести ФК можно объяснить типом выборки – анализировались данные амбулаторных карт лиц, имевших клинические проявления ХСН, обратившихся за помощью и наблюдавшихся у врача с этим диагнозом. Кроме того, несоответствие стадии ХСН и тяжести ФК объяснимо тем, что ФК оценивается по уровню толерантности к физической нагрузке [5], на которую, в отличие от стадии ХСН, могут влиять и степень компенсации сердечной недостаточности, и другие факторы. В то же время стадия заболевания определяется степенью поражения сердца и не всегда напрямую связана с ФК.

У каждого обследованного имелось в среднем  $5,8 \pm 1,8$  сопутствующих заболеваний. Из некардиальной сопутствующей патологии наиболее часто выявлялись: дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – 386 чел., остеоартроз различных локализаций – 246 чел., хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 196 чел. (рис. 2). По частоте сопутствующей патологии гендерные различия выявлены только для атеросклероза сосудов нижних конечностей и заболеваний глаз, которые статистически

значимо чаще встречались у мужчин ( $p=0,02$ ;  $p<0,001$ ). Последнее могло быть связано с более частыми осмотрами мужчин узкими специалистами при обязательной диспансеризации участников Великой Отечественной войны.

По данным медицинской документации, у большинства обследованных имели место политерапия и полипрагмазия (рис. 3).

При этом для лечения ХСН в среднем каждый пациент получал  $2,2 \pm 1,1$  препаратов основной группы, а для лечения коморбидной патологии (включая средства для наружного применения) врачами назначалось около 7 препаратов дополнительно. В  $72,4 \pm 4,3\%$  (305 чел.) терапия ХСН была комбинированной (рис. 4).

При опросе пациентов и анализе содержимого домашних аптек выявлено значительное количество имевшихся препаратов (минимум – 2, максимум – 79, мода – 11). Большое количество препаратов даже при значительном объеме назначений могло накопиться у пациентов только при постоянном нарушении схемы приема лекарств и регулярном получении их по льготным рецептам. В аптечках отдельных пациентов число препаратов для терапии сопутствующей патологии достигало 78 наименований (в среднем  $8,7 \pm 7,16$ ).

При опросе по тесту Мориски–Грина установлено, что комплаентными к проводимой терапии были только  $18,1 \pm 3,7\%$  пациентов (76 чел.). Выявлена слабая по силе отрицательная взаимосвязь уровня комплаентности со стадией ХСН ( $r_s = -0,121$ ;  $p=0,01$ ), количеством принимаемых лекарственных препаратов ( $r_s = -0,115$ ;  $p=0,02$ ) и

общим числом диагностированных у пациента нозологических форм ( $rS=-0,096$ ;  $p=0,05$ ). То есть, приверженность к лечению оказалась тем ниже, чем тяжелее была стадия ХСН, имелось больше коморбидной патологии и назначалось большее количество медикаментозных средств. Не выявлено статистически значимых корреляционных связей между уровнем комплаентности и другими изученными показателями (полом, возрастом, наличием отдельных сопутствующих заболеваний, ФК ХСН).

Так как все пациенты в анализируемой выборке уже наблюдались врачами и имели рекомендации по медикаментозной терапии, оценка эффективности проводимой терапии может не только отражать правильность назначений, но и давать ориентировочное представление о степени соблюдения пациентами рекомендаций. Анализ медикаментозного лечения, проводимого амбулаторным пациентам старческого возраста, показал, что препараты основной группы средств, рекомендованных для лечения ХСН, назначались не реже (табл. 1), а некоторые (ингибиторы АПФ, антагонисты альдостерона) – чаще, чем в других исследованиях, проведенных в России ранее [1, 2].

В нашем исследовании при осмотре 235 пациентов, получавших диуретики, симптомы задержки жидкости сохранялись у  $87,2 \pm 4,3\%$  лиц, получавших препараты (205 чел.), а в  $77,5 \pm 7,0\%$  случаев (107 из 138 пациентов) при назначении БАБ не только не достигалась целевая частота сокращений сердца, но и сохранялась тахикардия. Это указывало на отсутствие эффекта лечения у больных, которым эти препараты были рекомендованы. Можно было бы предположить связь неудовлетворительных результатов лечения с использованием неадекватных доз препаратов, однако данные опроса обследованных лиц с помощью теста Мориски–Грина, приведенного ранее, свидетельствовали о том, что подавляющее большинство пациентов просто не принимали препараты регулярно. Интересно, что число пациентов, у которых медикаментозная терапия была неэффективной, и тех, кто не соблюдал рекомендации, отличалось незначительно.

Признаком неудовлетворительного качества терапии считается также частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН. Учет причин стационарного лечения нами выполнен ретроспективно – по анамнезу и данным медицинской документации, так как диагноз ХСН в российской практике не выставляется в качестве основного. В случаях, когда удалось ретроспективно установить основную причину госпитализации, у  $20,7 \pm 3,9\%$  пациентов (87 чел.) ей оказалась декомпенсация ХСН; в  $8,6 \pm 2,7\%$  случаев (36 чел.) – нарастание функционального класса стенокардии; в  $7,4 \pm 2,5\%$  (31 чел.) – обострение ХОБЛ; в  $6,4 \pm 2,3\%$  (27 чел.) – пневмония. Таким образом, декомпенсация ХСН явилась самой частой причиной лечения в условиях стационара. При этом нарастание коронарной недостаточности, развитие пневмонии и обострение ХОБЛ могли возникнуть у пациентов вторично – как результат декомпенсации ХСН, а затем уже доминировать в клинической картине. Методом корреляционного анализа выявлена статистически значимая, хотя и слабая, отрицательная взаимосвязь между степенью приверженности к терапии, определенной по тесту Мориски–Грина, и

количеством госпитализаций у пациентов в течение года ( $rS=-0,151$ ;  $p=0,002$ ). Было подтверждено, что при лучшей приверженности к терапии частота курсов стационарного лечения была ниже.

## Заключение

В изученной нами выборке амбулаторных пациентов старческого возраста, наблюдавшихся в территориальных поликлиниках Омска по поводу ХСН, приверженность к назначаемому лечению составила всего  $18,1 \pm 3,7\%$ . Степень соблюдения рекомендаций не зависела от пола, возраста, отдельных сопутствующих заболеваний, ФК ХСН (по NYHA). Вместе с тем установлена слабая, но статистически значимая отрицательная корреляционная связь со стадией ХСН, количеством принимаемых лекарственных препаратов и общим числом сопутствующих заболеваний. Низкая приверженность к лечению значительно ухудшала результаты терапии больных (сохранение симптомов декомпенсированной ХСН, высокая частота госпитализаций).

Для улучшения качества лечения лиц старческого возраста с ХСН необходимо продуманное назначение рекомендованных средств для лечения ХСН с учетом сопутствующей патологии и объема медикаментозной терапии, необходимой больному. Для выявления причин недостаточной эффективности лечения целесообразно использование теста Мориски–Грина с целью определения степени комплаентности больных. Крайне важными для улучшения результатов ведения больных старческого возраста, страдающих ХСН, являются меры, направленные на повышение приверженности больных к лечению. Считается, что наибольшую эффективность в этом плане дает терапевтическое обучение пациентов и/или их социального окружения.

## Литература

1. Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н. и др. Хроническая сердечная недостаточность. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 336 с.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы диагностируем и лечим сердечную недостаточность в реальной клинической практике в начале XXI века? Результаты исследования IMPROVEMENT HF // Consilium medicum. – 2001. – № 2. – С. 65–72.
3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертонии в России. Основные результаты научно-практической программы АРГУС-2 // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 38–47.
4. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. – 2004. – № 3 (10). – С. 137–143.
5. Национальные Рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) [Электронный ресурс]. – URL: [http://medic.ossn.ru/upload/ossn\\_pdf/Recommend/Guidelines%20SSHF%20rev.3.01%202010.pdf](http://medic.ossn.ru/upload/ossn_pdf/Recommend/Guidelines%20SSHF%20rev.3.01%202010.pdf) (дата обращения 02.12.2011).
6. Фомин И.В., Беленков Ю.Н., Марев В.Ю. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПО-

- ХА-ХСН // Сердечная недостаточность. – 2006. – Т. 37, № 3. – С. 112–115.
7. Evangelista L., Doering L.V., Dracup K. et al. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure // J. Cardiovasc. Nurs. – 2003. – Vol. 18, No. 3. – P. 197–206.
8. Hill M., Houston N. Adherence to antihypertensive therapy // Izzo J., Black H.R. Hypertension Primer. – Dallas, TX : Council on High Blood Pressure Research ; American Heart Association, 1999. – P. 349–351.
9. Kardas P.J. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections // J. Antimicrob. Chemother. – 2002. – No. 49. – P. 897–903.
10. Krumholz H.M., Butler J., Miller J. et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure // Circulation. – 1998. – Vol. 97, No. 10. – P. 958–964.
11. McGann P.E. Comorbidity in heart failure in the elderly // Clin. Geriatr. Med. – 2000. – Vol. 16, No. 3. – P. 631–648.
12. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Med. Care. – 1986. – Vol. 24, No. 1. – P. 67–74.
13. Narain P., Rubenstein L.Z., Wieland G.D. et al. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients. The importance of functional status // J. Am. Geriatr. Soc. – 1988. – Vol. 36, No. 9. – P. 775–783.
14. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality // BMJ. – 2006. – Vol. 333, No. 7557. – P. 15.
15. Vogels R.L., Scheltens P., Schroeder-Tanka J.M. et al. Cognitive impairment in heart failure: a systematic review of the literature // Eur. J. Heart Fail. – 2007. – Vol. 9, No. 5. – P. 440–449.
16. Waeber B., Burnier M., Brunner H.R. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 2000. – Vol. 36 (Suppl. 3). – P. 23–26.

Поступила 27.02.2012