

УДК 616-08-07

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПОЗИЦИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Шуленин К.С., Морозов С.Л., Куликов А.Н., Смирнов С.В., Потапов Е.А.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, e-mail: shulenink@mail.ru

Изучено влияние частоты медицинских осмотров больных гипертонической болезнью на эффективность их гипотензивной терапии и качество жизни. В течение 1 года наблюдали 86 пациентов с гипертонической болезнью I и II стадии, которых вызывали для осмотра с разной периодичностью: 1 раз в месяц, квартал, 6 и 12 месяцев. Эффективность лечения и качество жизни больных оценивали с помощью недельной аутометрии артериального давления перед очередным визитом и вопросника Medical Outcomes Survey SF-36. Степень выполнения врачебных рекомендаций определяли по тесту Мориски-Грина и коэффициенту комплайенса. Выявлено лучшее выполнение врачебных рекомендаций больными, которые наблюдались ежемесячно и 1 раз в 3 месяца, что сочеталось с более высокими показателями качества жизни и лучшим контролем артериальной гипертензии. Определены наиболее частые причины сниженной приверженности лечению пациентов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, приверженность лечению, периодичность врачебных осмотров, амбулаторное наблюдение, эффективность терапии, качество жизни

OPTIMISATION OF THERAPY PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION FROM A POSITION OF INCREASE OF ADHERENCE TO TREATMENT

Shulenin K.S., Morozov S.L., Kulikov A.N., Smirnov S.V., Potapov E.A.

FGVOU VPO «Military-medical academy. S.M. Kirov» MO of the RUSSIAN federation,
Saint-Petersburg, e-mail: shulenink@mail.ru

The aim of our study was to investigate the influence of active medical observations on the compliance, effectiveness of treatment and quality of life of patients with essential hypertension. The study involved 86 patients with essential hypertension I and II stage. Of these, some peoples were observed during the year at intervals of once a month, once every three months, every 6 and 12 months. Cure effectiveness and quality of life of patients were estimated with self-measurement blood pressure in the course of week before next visit and by the use of questionnaire Medical Outcomes Survey SF-36. We determined adherence of patients with use of Morisky-Green test and coefficient of compliance. It revealed the best performance of medical recommendations in patients with observations per 1 and 3 months. They have better parameters of compliance and adequate control of blood pressure levels. Identified the most frequent causes of decreased complains.

Keywords essential hypertension, adherence to treatment, periodicity medical examination, outpatient observation, therapy effectiveness, quality of life

Гипертоническая болезнь (ГБ) является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы [5]. Среди взрослого населения развитых стран доля пациентов с ГБ составляет 15–20%. В России ГБ страдает 39,7% населения [1]. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) за последние 10 лет практически не изменилась, при этом осведомленность больных АГ о наличии заболевания выросла до 78%. Однако принимают антигипертензивные препараты 59% пациентов, а эффективно из них лечатся только 22% [7]. Известно, что АГ является основным фактором развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (в первую очередь, инфаркта миокарда, инсульта, поражения почек) и приводит к росту общей смертности населения. Таким образом, ГБ остается одной из главных проблем здравоохранения во всем мире, а поиск путей повышения эффективности её лечения, направленного на снижение осложнений

и смертности, является актуальной научной задачей [8].

При назначении медикаментозного лечения огромное значение имеет комплайнс (приверженность) пациента, что в медицинском понимании означает готовность, желание больного выполнять врачебные рекомендации в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других изменений образа жизни, соблюдения графика визитов к доктору с рекомендациями, полученными от врача [6]. Частыми проявлениями низкой приверженности являются пропуски назначенных визитов к врачу, нечеткое понимание (или нежелание понимать) устных и письменных рекомендаций, продолжение ведения нездорового образа жизни [4].

Повышение приверженности больных к лечению – одно из центральных направлений современной медицины [4]. Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает со-

мнения [10]. В то же время многие аспекты приверженности лечению у больных ГБ остаются неизученными. В литературе отсутствуют сведения о влиянии периодичности медицинских осмотров на комплаинс к терапии данной категории пациентов, указывается лишь на важность регулярных врачебных осмотров [8]. Имеются единичные сообщения о влиянии тактики амбулаторного наблюдения на приверженность к терапии и кардиоваскулярный прогноз у больных ишемической болезнью сердца с мерцательной аритмией [2].

Цель исследования. Выяснить влияние тактики амбулаторного наблюдения на приверженность лечению больных ГБ для оптимизации гипотензивной терапии, повышения качества жизни и улучшения кардиоваскулярного прогноза.

Материалы и методы исследования

Обследовано 86 пациентов в возрасте от 30 до 73 лет (средний возраст – $54 \pm 4,8$ лет) с ГБ I и II стадии. Все больные были разделены на четыре группы в зависимости от частоты последующих медицинских осмотров. Из них 20 человек наблюдались в течение 1 года с периодичностью 1 раз в месяц (1-я группа), 24 – 1 раз в 3 месяца (2-я группа), 23 – 1 раз в 6 месяцев (3-я группа) и 19 больных были обследованы через 1 год (4-я группа). Пациенты сравниваемых групп исходно были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания, а также уровню артериального давления (АД). Всем пациентам

подбиралась и была рекомендована на амбулаторный этап стандартная гипотензивная терапия в соответствии с требованиями ВНОК [3].

На этапе наблюдения проводили объективное исследование и анкетирование с помощью разработанного вопросника на предмет знания о проводимой терапии и выполнения врачебных рекомендаций. Рассчитывали коэффициент комплаинса (отношение количества принятых и ожидаемых доз назначенных лекарственных средств). Для оценки приверженности лечению использовали специальный вопросник Мориски-Грина [9]. Эффективность гипотензивной терапии оценивали по результатам самоконтроля (аутометрии) АД в течение недели, выполняемого пациентами перед очередным визитом к врачу. Измерения проводились с помощью бытовых электронных измерителей АД трижды утром до приема лекарств, а также в обед и вечером вне зависимости от приема лекарств. Качество жизни больных оценивали с помощью вопросника Medical Outcomes Survey SF-36. Определяли отношение пациентов к своему здоровью (показатель самооценки), а также показатели, характеризующие физическую и психологическую составляющие качества жизни в баллах.

Результаты исследования и их обсуждение

Больные ГБ 1-й группы и в меньшей степени 2-й группы осуществляли достоверно более регулярный прием препаратов, чем пациенты с визитами к врачу через 6 и 12 месяцев. Ими также продемонстрировано лучшее знание названий и дозировок принимаемых лекарств (табл. 1).

Таблица 1

Осведомленность пациентов относительно назначенной гипотензивной терапии при различной периодичности врачебных осмотров, $X \pm m_x \cdot t_{95}$, баллы

Показатели	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Регулярность приема лекарств	$3,86 \pm 0,35$ $p_{1-3; 1-4} < 0,05$	$3,49 \pm 0,31$ $p_{2-4} < 0,05$	$3,14 \pm 0,27$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$	$2,17 \pm 0,41$ $p_{1-4; 2-4; 3-4} < 0,05$
Знание назначенных лекарств	$1,96 \pm 0,15$ $p_{1-2; 1-4} < 0,05$	$1,66 \pm 0,12$ $p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$	$1,77 \pm 0,11$ $p_{3-4} < 0,05$	$1,10 \pm 0,29$ $p_{1-4; 2-4; 3-4} < 0,05$
Знание дозировок лекарств	$1,68 \pm 0,11$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{1-4} < 0,01$	$1,50 \pm 0,08$ $p_{2-4} < 0,01$	$1,34 \pm 0,10$ $p_{1-3; 3-4} < 0,05$	$0,50 \pm 0,18$ $p_{3-4} < 0,05$ $p_{1-4; 2-4} < 0,01$

Примечание. Достоверность различий средних значений показателей оценена по критерию LSD.

Пациенты с ГБ 1-й и 2-й групп, в отличие от остальных лиц, значительно реже забывали принимать препараты и относились внимательнее ко времени приема гипотензивных средств, что подтверждают результаты теста Мориски-Грина. Коэффициент комплаинса и исполнительность у больных, чаще посещавших врача, также были выше (табл. 2).

При оценке количества комплаентных больных ГБ показатели распределились следующим образом: в 1-й группе – 16 человек (80%), во 2-й – 17 (71%), в 3-й – 14 (62%) и в 4-й – 6 человек (33%). Как видно из вышеизложенного, низкую приверженность к лечению проявили обследуемые 4-й группы, где некомплаентными оказались 2/3 пациентов.

Таблица 2

Показатели приверженности к терапии у больных ГБ с различной периодичностью врачебных осмотров, $X \pm m_x \cdot t_{95}$

Показатель	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Тест Мориски-Грина, баллы	$0,43 \pm 0,12$ $p_{1-3; 1-4} < 0,01$	$0,93 \pm 0,32$ $p_{2-4} < 0,01$	$1,33 \pm 0,36$ $p_{1-3} < 0,01$	$2,32 \pm 0,72$ $p_{1-4; 2-4} < 0,01$
Коэффициент комплайенса, ед	$0,87 \pm 0,09$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{1-4} < 0,01$	$0,84 \pm 0,07$ $p_{2-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,01$	$0,69 \pm 0,08$ $p_{1-3; 2-3} < 0,05$	$0,61 \pm 0,09$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{1-4; 2-4} < 0,01$
Исполнительность, %	91 $p_{1-3; 1-4} < 0,05$	82 $p_{2-4} < 0,05$	78 $p_{1-3} < 0,05$	72 $p_{1-4; 2-4} < 0,05$

П р и м е ч а н и е . Достоверность различий средних значений показателей оценена по критерию LSD.

Наиболее частой причиной недостаточной приверженности больных лечению явилось, по мнению пациентов, достижение требуемого эффекта лечения (29%), личная недисциплинированность (24%), большое количество назначенных препаратов (12%), боязнь побочных эффектов препаратов (9%), плохая память (7%). Следует отметить, что в 1-й группе на отдельные причины более низкого комплайенса указало 9% опрошенных, тогда как в остальных группах – 36, 50 и 60% соответственно.

Было выявлено, что больные, посещавшие врача через 1, 3 и 6 месяцев, чаще по-

ложительно оценивали динамику своего самочувствия в процессе лечения, нежели пациенты, приходившие на врачебные осмотры через 12 месяцев. Различия по частоте гипертонических кризов были недостоверны, но несколько ниже в первых двух группах. Значения диастолического АД (ДАД) в выделенных группах имели достоверные отличия, в то время как систолическое АД (САД) различалось не существенно. Однако тенденция к снижению данного показателя также была более выражена у больных в первых двух группах (табл. 3).

Таблица 3

Значения клинических показателей у больных ГБ с различной периодичностью медицинских осмотров, $X \pm m_x \cdot t_{95}$

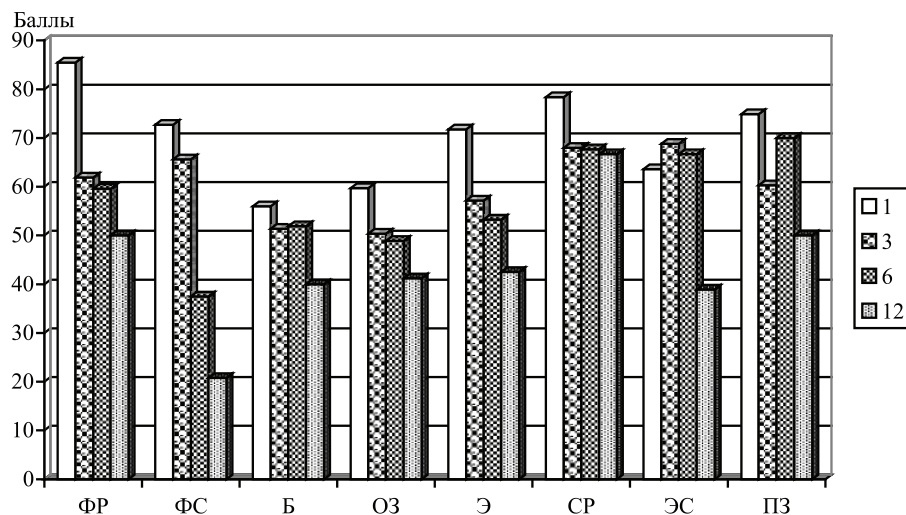
Показатель	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Самочувствие, баллы	$1,26 \pm 0,11$ $p_{1-4} < 0,05$	$1,22 \pm 0,07$ $p_{2-4} < 0,05$	$1,33 \pm 0,06$ $p_{3-4} < 0,05$	$0,71 \pm 0,15$ $p_{1-4; 2-4; 3-4} < 0,01$
Частота ГК, баллы	$0,24 \pm 0,04$	$0,21 \pm 0,04$	$0,31 \pm 0,03$	$0,33 \pm 0,05$
Частота головной боли, баллы	$0,40 \pm 0,15$ $p_{1-3; 1-4} < 0,05$	$0,62 \pm 0,13$ $p_{2-4} < 0,05$	$0,83 \pm 0,14$ $p_{1-3} < 0,05$	$1,1 \pm 0,21$ $p_{1-4; 2-4} < 0,05$
САД, мм рт. ст.	$142,2 \pm 5,6$	$140,6 \pm 3,7$	$146,6 \pm 4,2$	$146,4 \pm 5,0$
ДАД, мм рт. ст.	$87,4 \pm 2,1$ $p_{1-4} < 0,05$	$86,4 \pm 1,9$ $p_{2-4} < 0,05$	$89,5 \pm 1,8$	$92,2 \pm 1,7$ $p_{1-4; 2-4} < 0,05$

П р и м е ч а н и е . Достоверность различий средних значений показателей оценена по критерию LSD.

В результате исследования качества жизни с помощью вопросника Medical Outcomes Survey SF-36 были установлены достоверные различия по шкалам физической работоспособности, физического состояния, общего здоровья, энергичности и психологического здоровья, уровень которых был наибольшим в 1-й группе, что наглядно иллюстрирует диаграмма на рисунке. По остальным шкалам вопросника достоверных различий между исследуемыми выборками

не выявлено. Показатель самооценки (оценка состояния своего здоровья), выражаемый в баллах, был наилучшим у пациентов с ежемесячными визитами.

Таким образом, проведенное исследование по оценке комплайенса у больных ГБ показало значимость регулярных врачебных осмотров, позволяющих должным образом оценивать клиническое состояние пациентов и при необходимости оперативно корректировать гипотензивную терапию.



Показатели качества жизни больных ГБ с различной периодичностью медицинских осмотров:
 ФР – физическая работоспособность, ФС – физическое состояние, Б – боль, ОЗ – общее здоровье,
 Э – энергичность, СР – социальная роль, ЭС – эмоциональное состояние,
 ПЗ – психологическое здоровье

Выводы

Исследование продемонстрировало низкую приверженность лечению больных ГБ. Основными причинами низкой приверженности лечению являются: достижение требуемого эффекта терапии, личная недисциплинированность пациента, большое количество назначенных врачом препаратов, что требует соответствующего обсуждения и коррекции терапии при очередных визитах пациентов к врачу.

Периодичность врачебных осмотров – важный фактор, определяющий приверженность больных ГБ лечению. Увеличение частоты осмотров пациентов при динамическом врачебном наблюдении улучшает течение заболевания, качество жизни и, вероятно, прогноз у данной категории больных.

Оптимальными интервалами времени между визитами к врачу для обеспечения более высокого уровня комплайенса являются 1 месяц и в меньшей степени – 3 месяца.

Список литературы

1. Распространенность артериальной гипертензии в европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003 г. / Ф.Т. Агеев [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 11. – С. 50–53.
2. Влияние тактики амбулаторного наблюдения на приверженность к терапии и кардиоваскулярный прогноз у больных ишемической болезнью сердца с мерцательной аритмией / С.И. Гетман [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2009. – Т. 2. – С. 85–88.
3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Рос. мед. об-ва по артериальной гипертензии и Всеросс. науч. об-ва кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № 6. Прил. 2. – 32 с.
4. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 42 с.
5. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике // Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 4–11.
6. Ривкин А.Д., Бронштейн А.С., Лишанский А.Д. Медицинский толковый словарь. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медпрактика, 2005. – 296 с.

7. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова [и др.] // Рос. кардиолог. журн. – 2006. – № 4. – С. 45–50.

8. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105–1187.

9. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med. Care. – 1986. – Vol. 2. – P. 67–73.

10. 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.

References

1. Ageev F.T., Fomin I.V., Mareev V.Y., Belenkov Y.N. *Kardiologiya*, 2004, no 11, pp. 50–53.
2. Getman S.I., Kulikov A.N., Morozov S.L., Shulenin S.N. *Vestnik RVMedA*. (Bulletin of the Russian Military Medical Academy) 2009. Vol. 2, pp. 85–88.
3. [Diagnostika i lechenie arterialnoy gipertenzii. Rekomendacii Ros. med. ob-va po arterialnoy gipertonii i Vseros. ob-va kardiologov]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. (Cardiovascular Therapy and Prevention). 2008. Vol. 7, no.6. An. 2. 32 p.
4. Naumova E.A. [Opredelyayushchie factory i metody uluchsheniya priverzhennosti patsientov k lecheniyu serdечно-сосудистykh zabolevaniy]. *Dis. ... dr. med. of Sciences. Saratov*, 2007. 42 p.
5. Oganov R.G. *Kardiologiya*. 1999, no.2, pp. 4–11.
6. Rivkin A.D., Bronshtein A.S., Lishanskiy A.D. *Meditsinskiy tolkoviy slovar'* (Medical Dictionary). Moscow: Medpraktika Publ., 2005. 296 p.
7. Shalnova S.A., Balanova Yu.A., Konstantinov V.V., Timofeeva T.N., Ivanov V.M., Kapustina A.V., Deev A.D. *Rossiyskiy Kardiologicheskiy Zhurnal*. 2006, no.4, pp. 45–50.
8. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertension*. 2007. Vol. 25, pp. 1105–1187.
9. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med. Care*. 1986. Vol. 2, pp. 67–73.
10. 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), pp. 23–26.

Рецензент –

Булычев А.Б., д.м.н., профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Работа поступила в редакцию 23.11.2011.