

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МОТИВАЦИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Савич В. В., Алексеева Е. С.

Белорусский государственный медицинский университет,
Кафедра поликлинической терапии

Ключевые слова: артериальная гипертензия (АГ), артериальное давление (АД), целевой уровень артериального давления (ЦУ АД), мотивация, эффективность лечения АГ.

Резюме: на практике врачи не всегда учитывают важность факторов, влияющих на мотивацию пациента к лечению АГ, конечной целью которого является достижение ЦУ АД. Результатом проведенного исследования являются рекомендации практическим врачам: при выработке индивидуальной тактики ведения диспансерных больных с АГ уделять повышенное внимание пациентам, у которых мотивация к достижению ЦУ АД снижена.

Resume: in practical work doctors don't always take into account the importance of all factors that influence a patient's motivation to undergo effective treatment of AH, final aim of which is to reach the arterial tension target. As a result of the conducted research the following recommendations can be given to practicing doctors: while developing an individual tactics of managing dispensary cases with AH, one should pay greater attention to those patients whose motivation to reach AH target is lowered.

Актуальность. Основной задачей практического врача при лечении пациента с АГ является достижение целевых уровней АД, при которых ожидается наиболее адекватная перфузия жизненно важных органов и качество жизни пациента должно быть выше. По литературным данным в случае нормализации уровня АД снижается риск развития фатального и не фатального мозгового инсульта - на 42%, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний – на 21%, и смертности от всех причин – на 14% [7].

ЦУ АД при лечении АГ принят < 140/90 мм рт. ст. для всех больных АГ. При достижении ЦУ АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения АД до 110 мм рт. ст – САД и 70 мм рт. ст. – ДАД [8]. Наиболее безопасным для людей старше 75 лет считается диапазон 140-150/90-80 мм рт. ст.; такие показатели позволяют избежать неблагоприятных ортостатических реакций и одновременно поддержать оптимальный уровень кровоснабжения мозга [5].

Добиться успешного лечения АГ невозможно без активного привлечения пациента и, следовательно, без повышения его мотивации на достижение ЦУ АД. Причины низкой приверженности к лечению АГ могут быть связаны как с характером течения заболевания и схемами лечения, так и с личностными особенностями как пациента, так и врача.

Цель: определить факторы, влияющие на мотивацию больных с АГ к достижению и стабильному поддержанию АД на целевом уровне.

Задачи: Определение удельного веса пациентов с АГ, достигнувших ЦУ АД, в зависимости от: 1. Пола и возраста; 2. Степени АГ и продолжительности заболевания; 3. Отягощенности семейного анамнеза; 4. Индекса массы тела; 5. Регулярности самоконтроля АД; 6. Охвата обучением в «Школе больных АГ».

Материал и методы. Анализ 100 медицинских карт, анкетирование пациентов диспансерной группы с артериальной гипертензией УЗ «20-я городская поликлиника» г. Минска. Для анализа отобраны медицинские карты больных с АГ, находящихся на диспансерном учете не менее 1 года, так как критерием эффективности лечения АГ учитывалось достижение и стабильное поддержание ЦУ АД.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности терапии артериальной гипертензии по достижению ЦУ АД все пациенты разделены на 2 группы: мужчины - 37 (37%) и женщины – 63 (63%), каждая из которых в свою очередь разделена на 3 подгруппы по возрасту: I-я – до 50 лет; II-я – 51-60 лет; III-я – более 60 лет.

Количество диспансерных больных, достигших ЦУ АД, составило 49 или 49%, в том числе среди мужчин – 17 или 45,9 %; среди женщин – 32 или 50,8 %; то есть приверженность к лечению АГ у женщин более высокая, чем у мужчин.

Как среди мужчин, так и среди женщин, чем старше возраст, тем выше удельный вес диспансерных больных, достигших ЦУ АД (рис. 1). Следовательно, мотивация к достижению ЦУ АД выше у пациентов старшего возраста, что, скорее всего, связано с большим вниманием пациентов старшего возраста к состоянию своего здоровья, значит, и более тщательным выполнением ими рекомендаций врача.

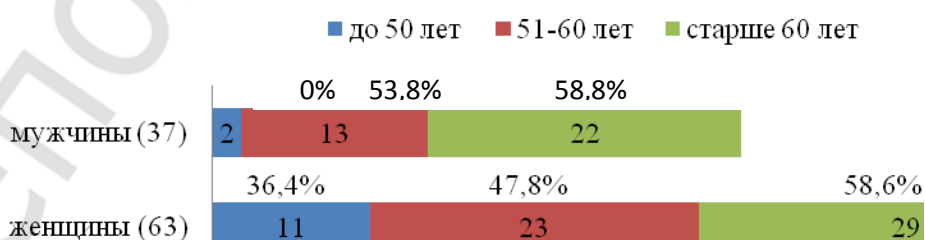


Рис. 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Удельный вес диспансерных больных, достигших ЦУ АД, наиболее высокий среди больных с АГ II ст. - 57,9% и высокий с АГ III ст. – 52,6% (рис. 2), что позволяет предположить, что более мягкое протекание болезни (меньше жалоб и меньшая степень выраженности церебральной и (или) кардиальной симптоматики, редкие гипертонические кризы либо отсутствие таковых вообще и др.) не является фактором, повышающим приверженность больных АГ к лечению. И, наоборот, более высокая степень АГ, которая протекает с более выраженной симптоматикой, чаще с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и поражением органов-мишеней, является фактором, повышающим мотивацию больных АГ к лечению.

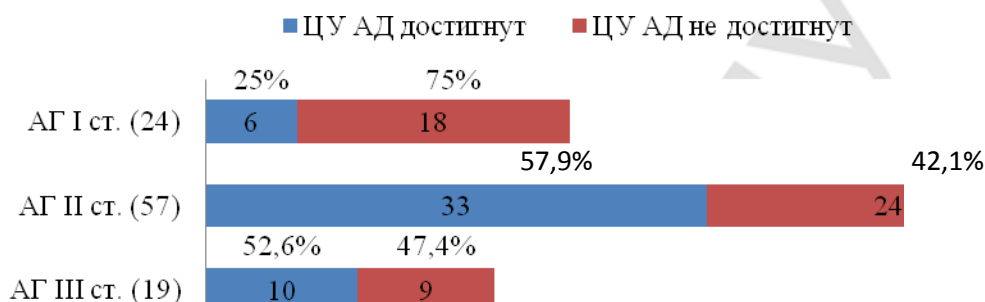


Рис. 2 – Распределение больных по степени АГ

По продолжительности заболевания АГ (рис. 3) высокий удельный вес лиц, достигших ЦУ АД, среди пациентов, болеющих от 1 до 3 лет (52,2%) и наиболее высокий - от 3 до 5 лет (57,9%); а у болеющих более 5 лет – снижается (38,7%). Получается, что мотивация к лечению АГ выше у больных с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет. Видимо, это связано с большей осведомленностью пациентов в последние годы об опасности АГ (через СМИ, проведение различных акций и т.п.).

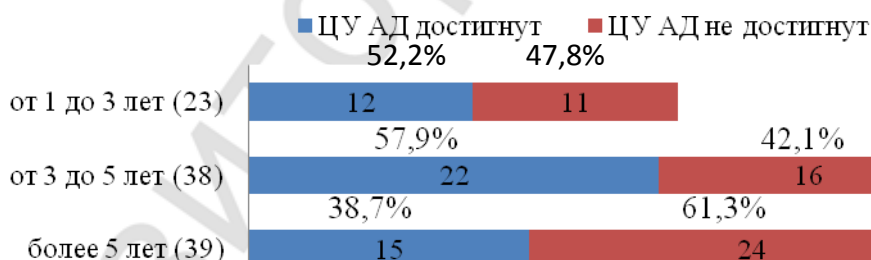


Рис. 3 – Распределение больных по продолжительности заболевания АГ

Причина снижения удельного веса больных, достигших ЦУ АД со стажем болезни более 5 лет, скорее всего, в следующем. В ходе исследования выявлено 22 человека, из них 8 человек (36,4%) с АГ III ст. и 14 человек (63,6%) находятся под наблюдением более 5 лет, которые чувствуют себя хорошо, вполне трудоспособными при уровне АД 155-160/ 95- 100 мм рт. ст. Пациенты с этим АД примирились и живут, считая такой уровень АД своим «рабочим». Это глубокое заблуждение - всего лишь констатация временной ситуации, удобной для пациента, но очень опасной для его жизненно важных органов; такое мирное сосуществование может быть «мирным» в течение 10 лет, а на 11-й год закончиться развитием инфаркта миокарда или мозгового инсульта, аритмической смертью и т.п. Целевое АД должно заменить в сознании этих больных понятие “рабочего”, а врачу необходимо убедить пациента, помочь ему адаптироваться к новому, целевому, уровню АД и добиться его стабилизации [2]. Это резервная группа больных для работы врача с целью повышения эффективности лечения АГ и снижения смертности.

Более половины больных с АГ (52%) имеют отягощенный семейный анамнез, т.е. у близких родственников имелись заболевания АГ, ССС, почек, эндокринные. Удельный вес диспансерных больных, достигших ЦУ АД, почти в 1,5 раза выше у лиц, у которых семейный анамнез отягощен (рис. 4). Несомненно, что данные лица более наглядно осведомлены о протекании АГ и ее возможных серьезных осложнениях на примере своих родных и близких, а, следовательно, имеют более высокую мотивацию к лечению и достижению целевого уровня АД.

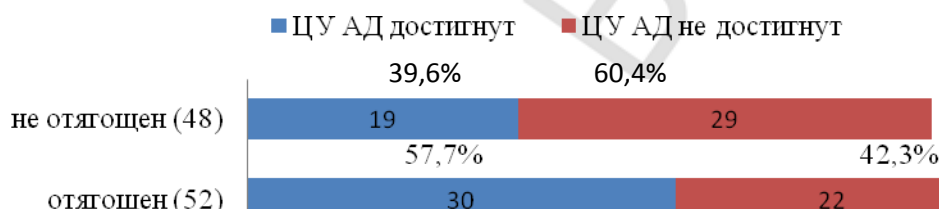


Рис. 4 – Распределение больных по семейному анамнезу

Удельный вес диспансерных больных, достигших целевого уровня АД, среди пациентов с повышенной массой тела практически в 2 раза ниже, чем у пациентов с нормальным весом, а у 8 больных с ожирением - вообще не достигнут, что подтверждает влияние избыточной массы тела на эффективность лечения АГ (рис. 5). Избыточная масса тела относится к модифицируемым, то есть полностью управляемым, факторам риска. Полученный результат свидетельствует о слабом формировании у пациентов установки строгой приверженности к проводимой коррекции массы тела, вызванном, скорее всего, слабОВОЛИЕМ пациентов либо недостаточным пониманием проблемы. Хотя абсолютно доказано, что при примерном снижении веса на 10 кг - САД снижается на 5-20 мм рт. ст. [2].

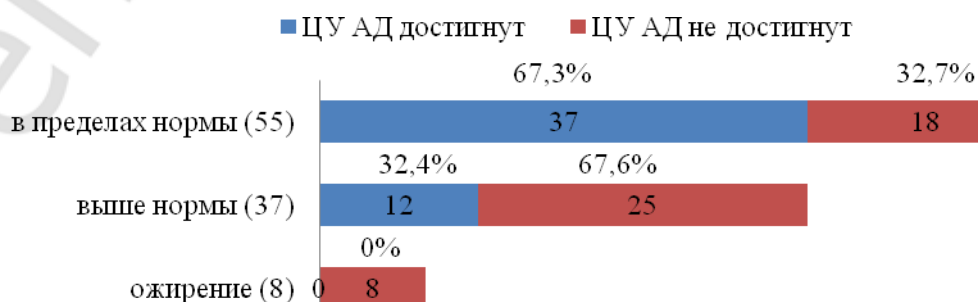


Рис. 5 – Распределение больных по индексу массы тела

Метод самоконтроля АД или измерение АД в домашних условиях можно использовать как для подбора антигипертензивной терапии и оценки эффективности назначенного лечения, так и в целях повышения мотивации пациентов к лечению и эффективности контроля АД [5]. Из 64 пациентов, регулярно контролирующих свое АД в домашних условиях, достижение ЦУ

АД у 49 (76,6%) однозначно подтверждает их мотивацию к лечению АГ (рис. 6). Остальные 15 пациентов – из числа больных, которые живут с так называемым «рабочим» АД на уровне 155-160/95-100 мм рт. ст. и с которыми необходимо работать врачу с целью достижения регламентированного для них ЦУ АД. Полное отсутствие результата у 36 пациентов, не контролирующихся свое АД, является подтверждением отсутствия у них мотивации к лечению.

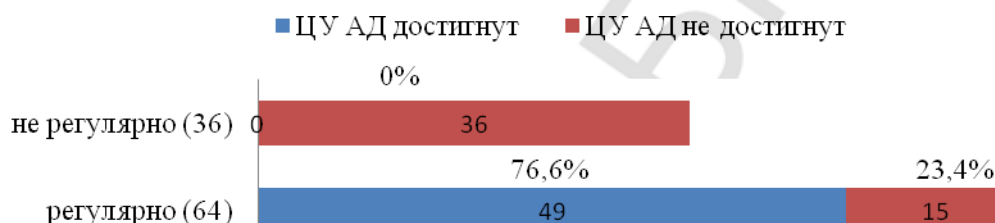


Рис. 6 – Распределение больных по регулярности самоконтроля АД

Пациенты, которые проходят обучение в «Школе больных АГ», получают полную осведомленность о заболевании АГ и ее последствиях, эффективности не медикаментозных методов коррекции АД и приобретают навыки самоконтроля и управления своим АД, поэтому среди них наиболее высокий уровень достижения ЦУ АД – 93,3% (рис. 7).

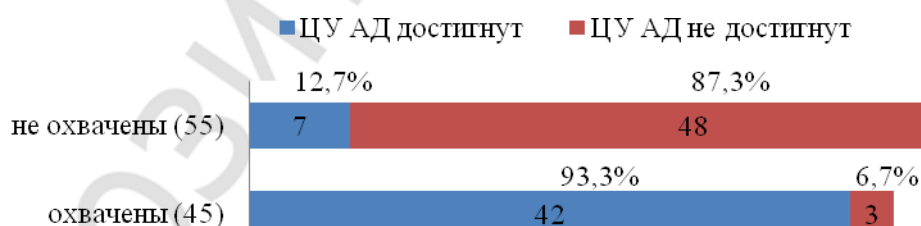


Рис. 7 – Распределение больных по охвату обучением в «Школе АГ»

Выводы:

1. При выработке индивидуальной тактики ведения диспансерных больных с АГ уделять повышенное внимание пациентам, у которых мотивация к достижению ЦУ АД ниже: лица мужского пола, моложе 50 лет, с более легкой степенью АГ, с продолжительностью заболевания более 5 лет, с не отягощенным семейным анамнезом и с индексом массы тела выше нормы.
2. Обучение в «Школе больных АГ» и регулярный самоконтроль АД способствуют более высокой эффективности лечения АГ.
3. Резервом для повышения эффективности терапии АГ является группа больных с удовлетворительным самочувствием при АД 155-160/95-100 мм рт. ст.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Российское исследование по оптимальному снижению артериального давления (РОСА-2) два года наблюдения. Что в итоге? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005,4 (6) ч.1, с. 4–14.
2. Коробко И.Ю., Нечесова Т.А. с соавт. Эффективность диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в поликлиниках г. Минска». РНПЦ «Кардиология». 2010 г..
3. Люсов В.А., Харченко В.И с соавт. «Определение целевых уровней артериального давления при гипотензивной терапии у больных с тяжелой, резистентной к терапии артериальной гипертензией», Москва. 2010 г..
4. Мычка В.Б., Масенко В.П., Чазова И.Е. Артериальная гипертензия на фоне избыточного веса: особенности терапевтического подхода / Обзоры клинической кардиологии. 2006, № 5, с 13–20.
5. Национальные рекомендации «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии». МЗ РБ. РНПЦ «Кардиология». 2010.
6. Нечесова Т.А., Павлова О.С. Артериальная гипертензия, анкетирование, приверженность к лечению, целевые уровни артериального давления, самоконтроль артериального давления. РНПЦ «Кардиология». 2008 г..
7. Трисветова Е. Л. « Существуют ли реальные пути повышения приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией?» Медицинская панорама 2011, № 5, с 23 - 26.
8. Шляхто Е.В., Конради А.О. Анализ “Седьмого отчета Совместной национальной комиссии по предупреждению, выявлению, оценке и лечению высокого артериального давления США” // Сердце – 2005, том 4, № 3 (21), с. 154–155.