

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И СНИЖЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Новикова Р.А., Бохан Н.А., Гончарик Т.А., Гулиева Д.Ш., Асмоловская О.Л.

УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) сегодня рассматривается как фактор риска развития не только инсульта, но и нарушения когнитивных функций (КФ), которые играют важную роль в развитии и прогрессировании когнитивных расстройств вплоть до деменции, особенно при упорстве артериального давления (АД), что как правило отмечается при снижении приверженности к лечению. Проблема нарушений КФ у пациентов с АГ сегодня занимает ведущее место. Выделяют пять основных КФ (Н.Н. Яхно, 2005 г.): гнозис, праксис, память, интеллект, речь.

Цель. Провести анализ причин снижения приверженности к лечению и выявить основные КН при этом у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Исследовано 157 пациентов с АГ 2-3 ст. в возрасте 40-80 лет, 86 мужчин и 71 женщина. Когнитивные расстройства изучались по тесту MMSE, наличие депрессивных расстройств определяли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, качество жизни уточнялось по анкетам (часть Миннесотского опросника), приверженность к лечению по тесту Мориски Грина. Все пациенты, как правило, осматривались психоневрологом. Основные маркеры приверженности по причине делились на следующие разновидности: связанные с заболеванием, с пациентом, с врачом, с лечением.

По механизму развития сосудистые КН проходят следующие этапы:

- 1) без поражения головного мозга;
- 2) бессимптомные сосудистые поражения головного мозга;

- 3) легкие сосудистые КН;
- 4) умеренные сосудистые КН;
- 5) сосудистая деменция. Предупредить эти нарушения можно только адекватной терапией АГ.

Результаты и обсуждение. Все исследуемые по количеству баллов шкалы MMSE и по тесту Мориски-Грина разделены на 3 группы: приверженные – 25%, недостаточно приверженные – 35%, не приверженные лечению – 40%. I гр. – приверженные к лечению, КН не выявлено, принимали комбинированные препараты. АД чаще стабильно 140-150/90-100 мм.рт.ст. Иногда отмечали высокую стоимость лекарств. II гр. – средний уровень качества жизни, единичные КН (ухудшение памяти – забывают принять лекарства, энцефалопатия отмечалась у 33%. Не верят в эффект лечения, самостоятельно отменяют. Отмечают плохую информированность о последствиях заболевания на начальном этапе. АД не стабильно (160/100 мм.рт.ст). III гр. – в этой группе 67% энцефалопатия, нарушение памяти, мышления, речи, управляющих функций, не могут сосредоточиться на прочитанном, депрессия, периодические расстройства у 35%, нарушение памяти, нет контакта с врачами, плохая информированность на раннем этапе, жалобы на высокую стоимость лекарств, АД упорно высокое (170-180/100 мм.рт.ст). Они потеряли веру в возможность снижения АД, на промежуточном этапе коррекция лечения у них не проводится. У многих повышен вес, злоупотребляют солью, а иногда и алкоголем. Частота постгипоксических нарушений до 67%.

Таким образом видно, что основными причинами нарушения приверженности к лечению у больных с АГ следующие: недостаточная работа первичного звена (поликлиник); плохо налажена терапия для пациентов с АГ на первичном этапе; недостаточный поэтапный контроль эффективности лечения; мало обращается внимание на индивидуальные качества пациента; как правило, не уделяется внимание диагностике КН на начальном этапе их проявления.

Выводы. С целью повышения приверженности к лечению и снижения развития когнитивных нарушений у пациентов АГ необходимо:

1. Налаживать работу первичного звена (поликлиник).
2. С целью уменьшения количества таблеток начинать лечение с комбинированных таблеток (2 препарата в 1 таблетке), уменьшая тем самым количество (напр. Лортенза 50/5 мг-Лозартан+Амлодипин).
3. Чаще проводить поэтапный контроль эффекта лечения при необходимости переходя с одиночной на двойную (напр. Периндоприл+Амлодипин и на тройную+Индапамид) терапию.
4. Учитывать сочетание АГ с другими заболеваниями, к примеру АГ

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

в сочетании с ИБС+бисопролол, АГ+СД-ингибиторы Са и т. д. Двойную и тройную терапию использовать при стойком АД.

5. Обращать внимание на индивидуальные факторы пациента с соответствующей коррекцией (пол, физическая активность, употребление алкоголя, кол-во соли, курение, масса тела).

6. Антигипертензивная терапия должна приниматься постоянно, предупреждая тем самым риск развития осложнений.

7. При начальных признаках КН и энцефалопатии желательно добавить к гипотензивной терапии метаболические препараты для ЦНС (эмоксипин, пирацетам, актовегин и др.) и консультация невролога.