

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ К ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Савич В. В. Научный руководитель: ассист. Алексеева Е. С.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Кафедра поликлинической терапии
г. Минск*

Ключевые слова: артериальная гипертензия (АГ), артериальное давление (АД), целевой уровень артериального давления (ЦУ АД), мотивация, приверженность к лечению АГ.

Резюме: на практике врачи не всегда учитывают важность всех факторов, влияющих на приверженность пациента к эффективному лечению АГ, конечной целью которого является достижение ЦУ АД. Результатом проведенного исследования могут быть 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. АГ является одним из самых распространенных и важнейших управляемых факторов, существенно увеличивающих заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения (БСК) и ухудшающих прогноз жизни. Основной задачей практического врача при лечении пациента с АГ является достижение целевых уровней АД, обеспечивающих наиболее адекватную перфузию жизненно важных органов и повышающих качество жизни пациента. По литературным данным в случае нормализации уровня АД снижается риск развития фатального и нефатального мозгового инсульта - на 42%, смертности от сердечно-сосудистных заболеваний - на 21%, и смертности от всех причин - на 14% [7].

Критерии ЦУ АД предложены в Национальных рекомендациях МЗ РБ: «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии» (РНЦ

«Кардиология», 2010). Предельно допустимый уровень АД среди общей популяции не должен превышать 140/90 мм рт. ст., у пациентов с сахарным диабетом или хронической почечной недостаточностью - не выше 130/80 мм рт. ст. 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 поддерживать оптимальный уровень кровоснабжения мозга [7].

Для достижения успешного лечения АГ необходимо активное привлечение пациента и повышение 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 приверженность 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 АГ УЗ «20-я городская поликлиника» г. Минска. Критерием эффективности лечения АГ учитывалось достижение и стабильное поддержание ЦУ АД, поэтому для анализа отобраны медицинские карты больных с АГ, находящихся на диспансерном учете не менее 1 года.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности терапии артериальной гипертензии по достижению целевого уровня 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. Количество диспансерных больных, достигших целевого уровня АД, составило 49 или 49 %, в том числе среди мужчин – 17 человек или 45,9 %; среди женщин – 32 человека 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 (табл.1). Следовательно, мотивация к достижению ЦУ АД выше у пациентов старшего возраста, что можно объяснить большим вниманием пациентов старшего возраста к состоянию своего здоровья, значит, и более тщательным выполнением ими рекомендаций врача.

Таблица 1. Распределение больных АГ по полу и возрасту

Группы пациентов	Мужчины (37)			Женщины (63)			Всего
	до 50 лет	51-60 лет	старше 60 лет	до 50 лет	51-60 лет	старше 60 лет	
Количество пациентов	2	13	22	11	23	29	100
ЦУ достигнут	0 (0%)	7 (53,8%)	10 (58,8%)	4 (36,4%)	11 (47,8%)	17 (58,6%)	49 (49%)

Удельный вес диспансерных больных, достигших ЦУ АД, выше среди больных с АГ II и III ст. (табл. 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 сердечнососудистыми заболеваниями и поражением органов-мишеней, является фактором, повышающим приверженность больных АГ к лечению.

Таблица 2. Распределение больных по степени АГ

Степень АГ	АГ I степени	АГ II степени	АГ III степени
Количество пациентов	24	57	19
ЦУ АД достигнут	6(25%)	33(57,9%)	10(52,6%)

По продолжительности заболевания АГ (табл. 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 (58,8%). Выходит, что приверженность 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.).

Таблица 3. Распределение больных по продолжительности заболевания АГ

Продолжительность заболевания АГ	От 1 до 3-х лет	От 3-х до 5 лет	Более 5 лет
Всего пациентов	23	38	39
Достигли ЦУ АД	12 (52,2%)	22 (57,9%)	15 (38,7%)

Но среди болеющих АГ более 5 лет удельный вес лиц с достигнутым ЦУ АД снижается (38,7%). Причина, 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 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. В сознании этих больных целевое АД должно заменить 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, выше у лиц, у которых семейный анамнез отягощен (табл. 4). Явно данные лица более наглядно осведомлены о протекании АГ и ее возможных серьезных осложнениях на примере своих родных и близких, а, следовательно, имеют более высокую приверженность к лечению и достижению целевого уровня АД.

Таблица 4. Распределение больных АГ по семейному анамнезу

Семейный анамнез	Не отягощен	Отягощен
Количество пациентов	48	52
ЦУ АД достигнут	19 (39,6%)	30 (57,7%)

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 (табл. 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].

Таблица 5. Распределение больных АГ по индексу массы тела

Индекс массы тела	В пределах нормы (18-24,9 кг/м ²)	Выше нормы (25 -29,9 кг/м ²)	Ожирение (30 и более кг/м ²)
Количество пациентов	55	37	8
ЦУ АД достигнут	37 (67,3%)	12 (32,4%)	0 (0%)

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 приверженности пациентов к лечению и эффективности контроля АД [5]. Из 64 пациентов, регулярно контролирующих свое АД в домашних условиях (табл. 6), достижение ЦУ АД у 49 (76,5%) однозначно подтверждает их высокую мотивацию к лечению АГ. 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, неконтролирующих свое АД, является подтверждением отсутствия у них приверженности к лечению.

Таблица 6. Распределение больных АГ по регулярности самоконтроля АД

Самоконтроль АД	Нерегулярный	Регулярный
Количество пациентов	36	64
ЦУ АД достигнут	0 (0%)	49 (76,5%)

Обучение в «Школе больных АГ» дает возможность пациентам получить полную осведомленность о заболевании АГ и ее последствиях, эффективности не медикаментозных методов коррекции АД и приобрести навыки самоконтроля и управления своим АД, поэтому среди них наиболее высокий уровень достижения ЦУ АД – 93,3% (табл. 7).

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

Обучение в «Школе АГ»	Не проходили	Проходили
Количество пациентов	55	45
ЦУ АД достигнут	7 (12,7%)	42 (93,3%)

Выводы:

1. При выработке индивидуальной тактики ведения диспансерных больных с АГ уделять повышенное внимание к пациентам, у которых приверженность к достижению ЦУ АД ниже: лица мужского пола, моложе 50 лет, с более легкой степенью АГ, с большей продолжительностью заболевания, 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 гипертония 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.