# Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии

*А.Л. Хохлов, Л.А. Лисенкова, А.А. Раков*
Кафедра клинической фармакологии Ярославской государственной медицинской академии

*Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний, возникновение которого сопряжено со значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности [6, 7]. Среди наиболее частых и высокозатратных осложнений: ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), гипертоническая энцефалопатия с развитием деменции, поражение почек с формированием хронической почечной недостаточности (ХПН) [1, 2, 3]. Приверженность терапии вообще, а гипотензивной в частности, является залогом успешного лечения заболевания, уменьшением частоты развития осложнений.*

Несмотря на большое количество применяемых на сегодняшний день антигипертензивных препаратов, эффективный контроль гипертонии остается актуальной проблемой. В США всего 27% пациентов с повышенным давлением лечатся эффективно (артериальное давление (АД) менее 140/90 мм рт. ст.), 46% пациентов не принимают антигипертензивных препаратов вообще. В Европейском исследовании на 16 000 пациентов, страдающих гипертонией, только 37% лечились эффективно [9].

Среди причин неадекватного контроля АД решающее значение имеют недостаточная эффективность, плохая переносимость антигипертензивной терапии, а также отсутствие приверженности больных лечению (комплаенс). Неослоъжненная мягкая гипертония зачастую имеет асимптоматическое течение и не ухудшает качество жизни (КЖ), поэтому любые, даже незначительно выраженные нежелательные эффекты гипотензивной терапии могут ухудшить самочувствие больного и вызвать отказ от постоянного приема лекарства [2].

Соблюдение пациентом режима лекарственной терапии зависит от уровня его образования, от того, насколько он доверяет врачу и верит в действенность назначенного лекарственного средства (ЛС), от удобства применения препарата (путь введения, лекарственная форма, количество приемов в сутки и т.д.) [8, 11].

Данные клинических исследований показывают, что отмена антигипертензивных препаратов после 6 мес. от начала приема происходит в 15% случаев при назначении ингибиторов АПФ, 15-20% – диуретиков, 20-25% – бета-блокаторов и около 20% – при назначении антагонистов кальция [5]. Принимаемые препараты должны, помимо высокой антигипертензивной эффективности, иметь хорошую переносимость, удобный режим дозирования. Если в результате проводимой терапии ухудшается КЖ, то полезность такого лечения для больного существенно снижается, и наоборот, улучшение КЖ мотивирует больных к приему ЛС. Большая часть информации, касающейся воздействия гипертонии на КЖ, относится к эффекту антигипертензивной терапии, который изучался в рамках клинических исследований, таких как HOT, SHEP, EWPHE, STOP, MRS, TOMHS и многих других [8, 10].

Возможно, причиной отказа от лечения вообще могут служить и некоторые нефармакологические аспекты – изменение образа жизни, которые могут приносить определенные неудобства, например рекомендуемые всем больным с АГ снижение калорийности пищи, снижение потребления поваренной соли, увеличение физической активности.

Удачный первоначальный выбор антигипертензивной терапии часто играет решающую роль в приверженности пациента к лечению. Недостаточно объективных факторов для определения прогноза лечения АГ (активность ренина плазмы, раса, возраст). В связи с чем выбор препарата, как правило, осуществляется эмпирически и предсказать индивидуальный ответ на лечение у каждого конкретного больного очень трудно [5]. Учитывая, что антигипертензивные препараты полностью проявляют свой потенциал в среднем через месяц, подбор терапии может растянуться на длительное время, что отрицательно сказывается на приверженности пациентов к лечению. Усугубляет картину недостаточная мотивация, когда люди, страдающие АГ, не считают нужным постоянно принимать антигипертензивные средства. По данным *Caro с соавт.* [9], только 78% больных, страдающих АГ, продолжают принимать антигипертензивную терапию через 1 год от начала лечения, а через 4,5 года этот показатель составляет только 46%. Причем более часто прекращают лечение пациенты с впервые выявленной АГ, чем длительно болеющие. Нередко причины невысокой эф-

фективности лечения скрываются в назначении монотерапии или низкой приверженности пациентов к лечению при необходимости использования нескольких препаратов. Для больных АГ свойственны высокий уровень невротизации, большая частота тревожно-депрессивных расстройств, влияние которых на приверженность к терапии изучено недостаточно. Таким образом, знание модифицируемых факторов, определяющих уровень приверженности к терапии, позволит оптимизировать подходы к лечению больных с АГ.

**Цель исследования:** провести анализ факторов, влияющих на приверженность гипотензивной терапии на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы.** В исследование включены две группы больных (табл. 1) с АГ I-III степени, I-III стадии, риском 2-4:

1. Организованная популяция – 234 больных, являющихся сотрудниками нефтеперерабатывающей промышленности (группа А).

2. Неорганизованная популяция – 650 человек, обратившихся в поликлиники г. Ярославля (Дзержинский, Красноперекопский, Фрунзенский районы) за период осень 2000 – весна 2002 года (группа Б)).

*Таблица 1*

**Возрастно-половая характеристика обследованных больных**

| Возраст | Организованная популяция, n=234 | Неорганизованная популяция, n=650 |
|---|---|---|
| Общий | 45,6±0,9** | 65,2±2,9** |
| Средний возраст женщин | 47,4±1,3 | 66,2±0,9 |
| Число, % женщин в группе | 54 23,08%±0,42 | 432 66,46%±0,47 |
| Средний возраст мужчин | 40,7±1,6 | 62,2±2,1 |
| Число, % мужчин в группе | 180 76,92%±0,42 | 218 33,54%±0,47 |
| Средний стаж заболевания | 2,8±1,1* | 8,8±2,4* |

***Примечание:*** ** - p<0,001, ** - p<0,01*

Изученные группы пациентов достоверно различаются по возрасту и стажу заболевания. Средний возраст составил 45,6±0,9 лет в группе А и 65,2±2,9 – в группе Б. Средняя длительность АГ – в группе А 2,8±1,1, в группе Б – 8,8±2,4 лет. Подавляющее число обследованных имели АГ II степени (160-179/100-109 мм рт. ст.) – 493 человека (55,76%). II стадия АГ отметили у 809 человек (91,52%). Достоверно чаще среди пациентов неорганизованной популяции, по сравнению с организованной, выявляли АГ II-III стадии (p<0,001), а также высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений (p<0,001). По распространенности факторов риска развития осложнений АГ достоверных различий между группами не обнаружили.

На каждого больного заполнялась индивидуальная карта с указанием демографических данных пациента, медицинского анамнеза, назначавшихся антигипертензивных препаратов с указанием режима их применения и длительности лечения; анкета, отражавшая приверженность терапии, причины отказа от нее; опросник по тревоге и депрессии (HAD); 100-миллиметровая шкала по оценке качества жизни.

В процессе опроса была оценена приверженность пациентов получаемой терапии. Проведена градация по следующим группам: низкая приверженность – соблюдается до 30% врачебных рекомендаций; средняя – от 30 до 70%; достаточная – более 70%.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью компьютерной программы БИОСТАТИСТИКА, Excel для Windows 98. Для качественных переменных определяли частоту и долю (в %) от общего числа случаев. Для количественных переменных – среднее арифметическое, стандартное отклонение. Описательная статистика, включающая в количество наблюдений частоту и долю (в %) от общего числа случаев, была выполнена для всех анализируемых показателей.

**Результаты и обсуждение.** Одним из ведущих факторов, оказывающих влияние на приверженность терапии, оказался недостаток денежных средств, причем достоверных различий для популяций не получено (табл. 2). Заметим, что пациенты ориентировались на цену упаковки препарата без учета лечения возможных осложнений АГ.

*Таблица 2*

**Факторы, влияющие на приверженность пациентов терапии**

| Факторы | Группа А, n=234 | Группа Б, n=650 |
|---|---|---|
| Недостаток средств | 39,7%±0,48 | 42,1%±0,49 |
| Недоверие к врачу | 21,8%±0,41 | 20,8%±0,41 |
| Забывчивость | 18,3%±0,36 | 19,1%±-,39 |
| Недооценка тяжести состояния | 13,7%±0,34 | 11,6%±0,32 |
| Неверие в успех лечения | 5,9%±0,23 | 6,2%±0,24 |
| Другие | 0,6%±0,07 | 0,2%±0,04 |

***Примечание:*** *p>0,05 при сравнении групп А и Б*

Второе положение по значимости при опросе обеих групп заняло недоверие к врачу, «забывчивость» вышла на 3-е место (18,3 и 19,1%), что, безусловно, соотносится с «недооценкой тяжести состояния» (13,7 и 11,6%). Не верили в успех лечения 5,9% опрошенных среди организованной популяции и 6,2% – среди неорганизованной.

Часто пациенты не соблюдают рекомендации врача по приему конкретного препарата, переходя на более дешевые дженерики. Факторы, влияющие на данный выбор, представлены в табл. 3.

Итак, на первое место вышла стоимость ЛС (34,8 и 30,4%), затем – рекомендации врача (22,1 и 25,3%), да-

*Таблица 3*

**Факторы, влияющие на выбор лекарственного препарата**

| Факторы | Группа А, n=234 | Группа Б, n=650 |
|---|---|---|
| Стоимость ЛС | 34,8%±0,47 | 30,4%±0,46 |
| Рекомендация врача | 22,1%±0,41 | 25,3%±0,43 |
| Реклама | 14,7%±0,35 | 13,1%±0,34 |
| Эффективность препарата | 12,7%±0,33 | 14,4%±0,35 |
| Советы родственников, знакомых | 9,7%±0,29 | 12,5%±0,33 |
| Отсутствие нежелательных явлений | 3,9%±0,19 | 2,0%±0,14 |
| Удобство приема | 1,4%±0,12 | 1,7%±0,13 |
| Репутация фирмы-производителя | 0,7%±0,08 | 0,6%±0,08 |

***Примечание:*** *p>0,05 при сравнении групп А и Б*

лее примерно одинаковы по значимости реклама и эффективность препарата (с точки зрения самого больного). Советы родственников, знакомых выступают ведущими при выборе препарата примерно для 10% респондентов. Отсутствие нежелательных явлений, удобство приема, репутация фирмы-производителя практически не влияют на выбор ЛС. Это является особенностью российского фармацевтического рынка, что можно объяснить отсутствием доступной информации о различных лекарственных формах препаратов (например, пролонгированного действия), а также ориентацией на цену упаковки (более низкую для дженериков). Все это указывает на необходимость целенаправленного обучения больных с АГ.

По вышеуказанным критериям приверженности к терапии определены группы пациентов. Достаточно привержены гипотензивной терапии лишь 24,8% больных организованной популяции и 26,7% – неорганизованной (табл. 4).

При небольшом сроке заболевания (организованная популяция) достаточная приверженность гипотензивной терапии достоверно чаще отмечена у женщин (70,4% против 32,4%, p<0,001). У мужчин прослеживается обратная тенденция, то есть увеличение комплаентности при длительном течении АГ (11,1 – 15,6%, p>0,05). Эти факторы уравнивают значения приверженности для обеих популяций.

Достоверных различий в приверженности к терапии между организованной и неорганизованной популяциями не выявлено, что позволило объединить группы для расчета влияния стажа заболевания, степени и стадии, осложнений АГ, уровня образования и других факторов на комплаентность.

С увеличением стажа заболевания (табл. 5) снижается комплаентность гипотензивной терапии (p<0,001), достигая минимума при стаже от 3 до 10 лет. При выявлении заболевания пациенты по-разному относятся к лечению. Выделены две основные группы: активно лечащиеся и избегающие терапии. С течением заболевания несколько увеличивается последняя группа, что сопровождается увеличением доли лиц со средней комплаентностью (56,9% при стаже от 3 до 10 лет).

С течением заболевания пациенты начинают более активно лечится, с соответственным увеличением группы достаточной приверженности терапии, однако около половины (48,6% больных) по-прежнему избегают лечения.

*Таблица 4*

**Приверженность гипотензивной терапии**

| Приверженность терапии | Организованная популяция, n=234 группа 1 | | Неорганизованная популяция, n=650 группа 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | женщины n=54 группа 1А | мужчины n=180 группа 1Б | женщины n=432 группа 2А | мужчины n=218 группа 2Б |
| Низкая | 90 38,5%±0,48 | | 243 37,4%±0,48 | |
| | 7 12,9%±0,33[1] | 83 42,8%±0,49 | 167 38,5%±0,48[1] | 76 34,9%±0,48 |
| Средняя | 86 36,7%±0,48 | | 233 35,9%±0,48 | |
| | 9 16,7%±0,37[2] | 77 42,8%±0,49 | 125 28,9%±0,45[2] | 108 49,5%±0,49 |
| Достаточная | 58 24,8%±0,43 | | 174 26,7%±0,44 | |
| | 38 70,4%±0,45[2] | 20 11,1%±0,31[3] | 140 32,4%±0,47[2] | 34 15,6%±0,36[3] |

***Примечание:*** *[1] - p<0,001, [2] - p<0,01, [3] - при сравнении 1А и 2А групп.*

*Таблица 5*

**Стаж заболевания и приверженность гипотензивной терапии**

| Приверженность терапии | Менее 3 лет n=172 группа 1 | От 3 до 10 лет n=418 группа 2 | Более 10 лет n=294 группа 3 |
|---|---|---|---|
| Низкая | 62<br>36,1%±0,48 | 128<br>30,6%±0,46 | 143<br>48,6%±0,49 |
| Средняя | 12<br>7,0%±0,25 | 249<br>59,6%±0,49 | 58<br>19,8%±0,39 |
| Достаточная | 98<br>56,9%±0,49 | 41<br>9,8%±0,29 | 93<br>31,6%±0,46 |
| *Достоверность:* | | | |
| *для низкой* | $P_{1-2}$ >0,05 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,01 |
| *для средней* | $P_{1-2}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,001 |
| *для достаточной* | $P_{1-2}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,01 |

*Таблица 6*

**Влияние степени артериальной гипертонии на приверженность терапии**

| Приверженность терапии | I степень n=202 группа 1 | II степень n=493 группа 2 | III степень n=189 группа 3 |
|---|---|---|---|
| Низкая | 138<br>68,3%±0,46 | 187<br>37,9%±0,48 | 8<br>4,2%±0,20 |
| Средняя | 56<br>27,7%±0,45 | 204<br>41,4%±0,49 | 59<br>31,2%±0,46 |
| Достаточная | 8<br>4,0%±0,19 | 102<br>20,7%±0,40 | 122<br>64,6%±0,48 |
| *Достоверность:* | | | |
| *для низкой* | $P_{1-2}$ <0,01 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,001 |
| *для средней* | $P_{1-2}$<0,01 | $P_{2-3}$<0,05 | $P_{1-3}$>0,05 |
| *для достаточной* | $P_{1-2}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,001 |

Согласно полученным данным (табл. 6), пациенты с I-II, по сравнению с III степенью АГ, менее привержены гипотензивной терапии (p<0,001), что можно объяснить отсутствием субъективных признаков заболевания, хорошим самочувствием и высоким КЖ пациентов.

Такая же тенденция прослеживается при сравнении приверженности гипотензивной терапии на различных стадиях АГ. Пациенты с I стадией АГ менее привержены назначенной терапии (доля лиц с низкой комплаентностью составила 76,0% по сравнению со II и III – 36,8 и 12,0% соответственно при p<0,001). Это также объяснимо отсутствием клинической симптоматики заболевания на ранних этапах.

Наличие осложнений АГ (инсульт, инфаркт миокарда в анамнезе, ХСН) увеличивает количество одновременно назначаемых ЛС, что ведет к потреблению меньшего, нежели рекомендуемого, числа препаратов. Наибольшее число пациентов с достаточной комплаентностью имеют ХСН и ПИМ (табл. 7), достоверно чаще пациенты с последствиями ОНМК менее привержены гипотензивной терапии (p<0,001). Это можно объяснить меньшей симптоматикой последствий ОНМК, характерными для этого заболевания курсами терапии сосудоактивными препаратами и ноотропами (кавинтон, трентал, актовегин, пирацетам), которые ассоциируются у пациентов с курсовым лечением и самой АГ.

Уровень образования (среднее, среднеспециальное, высшее) должен играть определенную роль в комплаентности, однако данных литературы по этому вопросу недостаточно [2]. Представляется, что чем выше уровень образования, тем тщательнее пациент должен соблюдать рекомендации врача, но, с другой стороны, могут возникать сомнения в компетенции доктора, правильности назначений.

Выявлено, что уровень образования оказывает значительное влияние на комплаенс: достаточная приверженность терапии в группе высшего образования – 60,2%, среднеспециального – 11,6%, среднего – 11,1% (p<0,001 при сравнении групп 3 и 2, 3 и 1). Различий же между группами среднего и среднеспециального образования не выявлено (рис. 1).

Трудовая и социальная жизнь больного ограничивается при определении у него группы инвалидности

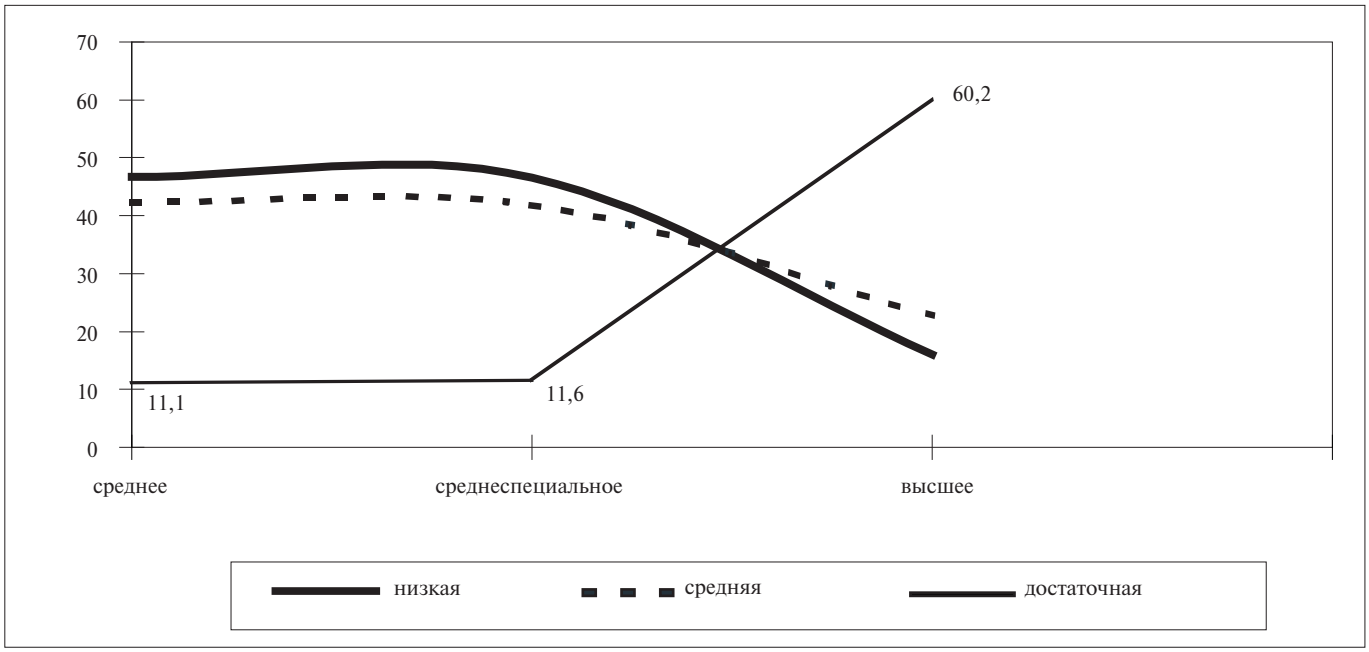
*Таблица 7*

**Влияние осложнений артериальной гипертонии на приверженность к терапии**

| Приверженность терапии | ПИМ n=45 группа 1 | ОНМК n=30 группа 2 | ПИМ+ХСН n=39 группа 3 | ХСН n=369 группа 4 |
|---|---|---|---|---|
| Низкая | 3<br>6,7%±0,25 | 14<br>46,6%±0,49 | 0<br>0% | 109<br>29,5%±0,46 |
| Средняя | 24<br>53,3%±0,49 | 8<br>26,7%±0,44 | 18<br>46,2%±0,49 | 112<br>30,4%±0,46 |
| Достаточная | 18<br>40,0%±0,49 | 8<br>26,7%±0,44 | 21<br>53,8%±0,49 | 148<br>40,1%±0,49 |
| *Достоверность:* | | | | |
| *для низкой* | $P_{1-2}$<0,001<br>$P_{1-3}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,001<br>$P_{2-4}$<0,01 | $P_{3-4}$<0,001 | $P_{1-4}$<0,001 |
| *для средней* | $P_{1-2}$<0,01<br>$P_{1-3}$>0,05 | $P_{2-3}$<0,01<br>$P_{2-4}$>0,5 | $P_{3-4}$>0,05 | $P_{1-4}$<0,05 |
| *для достаточной* | $P_{1-2}$<0,01 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{3-4}$>0,05 | $P_{1-4}$>0,05 |

*Рис. 1*

**Приверженность гипотензивной терапии: влияние уровня образования**




(что подразумевает тяжелое течение заболевания и наличие осложнений).

При наличии III, а тем более II группы инвалидности (табл. 8) увеличивается доля лиц с достаточной приверженностью гипотензивной терапии (с 18,8, 52,1 до 76,3%, p<0,001 при сравнении групп 1 и 2, 2 и 3).

Наличие группы инвалидности предполагает наличие льготного отпуска ЛС. Кроме того, частичными льготами (до 75% гипотензивных препаратов) обладают некоторые пенсионеры, а также обследованные сотрудники нефтеперерабатывающей промышленности при диспансеризации. На 1-е место среди факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций врача, вышло «отсутствие средств» (табл. 2), а среди влияющих на выбор конкретного препарата – «стоимость ЛС» (табл. 3), поэтому наличие льгот представляется немаловажным (рис. 2). Чем выше уровень льгот, тем выше комплаентность гипотензивной терапии. В качестве примера можно привести рост доли лиц с достаточной приверженностью: 10,4, 48,3 и 76,3% (p<0,001 при сравнении групп 1 и 2, 2 и 3).

На сегодняшний день в лечении АГ акценты смещаются с врача на пациента. Без активного участия и желания лечиться последнего трудно добиться решения кратко- и среднесрочных (снижение АД до целевых цифр), а тем более долгосрочных задач (профилактика развития и/или прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений). Одним их наиболее важных факторов, способствующих качественному сотрудничеству, представляется информированность больного не только о наличии у него заболевания, но и о возможностях современной гипотензивной терапии, об ос-

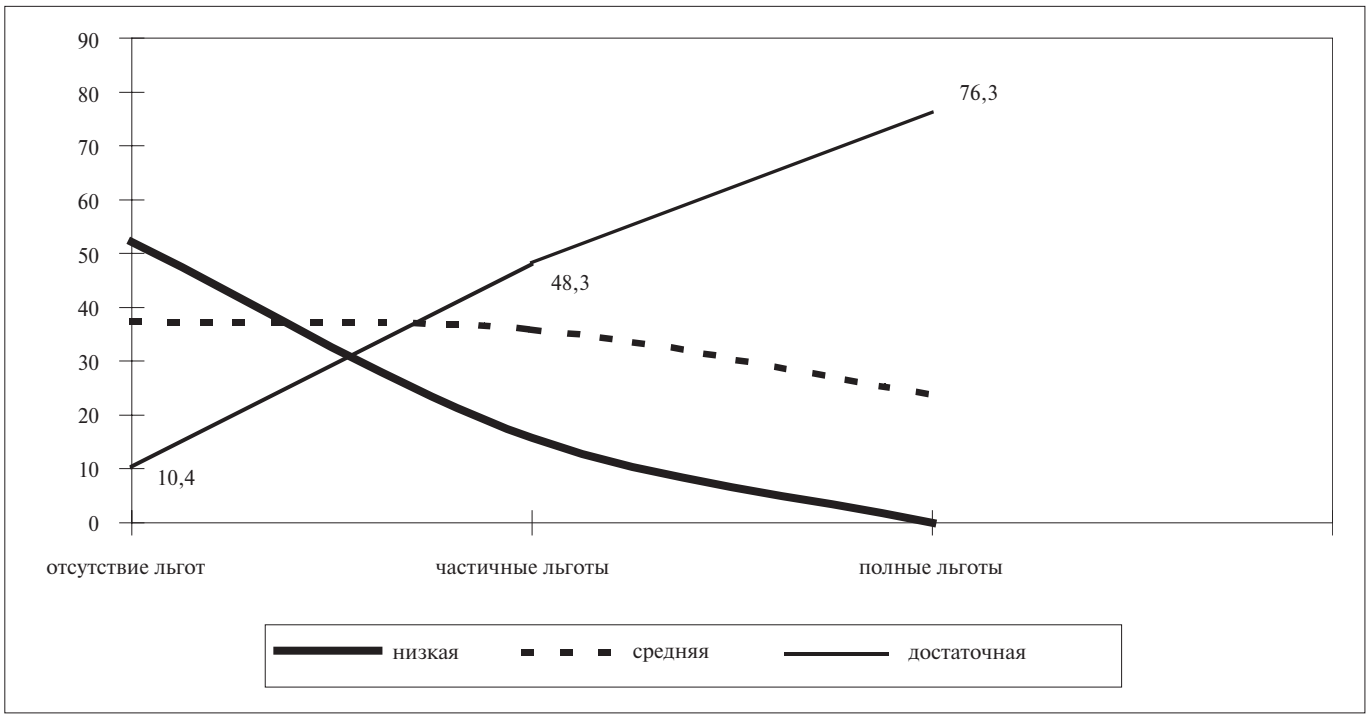
*Таблица 8*

**Влияние наличия группы инвалидности на приверженность терапии**

| **Приверженность терапии** | **Инвалидность** | | |
|---|---|---|---|
| | **отсутствие n=729 группа 1** | **III группа n=96 группа 2** | **II группа n=59 группа 3** |
| Низкая | 321<br>44,0%±0,49 | 12<br>12,5%±0,33 | 0<br>0% |
| Средняя | 271<br>37,2%±0,48 | 34<br>35,4%±0,48 | 14<br>23,7%±0,42 |
| Достаточная | 137<br>18,8%±0,39 | 50<br>52,1%±0,49 | 45<br>76,3%±0,43 |
| *Достоверность:* | | | |
| *для низкой* | $P_{1-2}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,001 |
| *для средней* | $P_{1-2}$>0,05 | $P_{2-3}$<0,01 | $P_{1-3}$<0,01 |
| *для достаточной* | $P_{1-2}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,001 | $P_{1-3}$<0,001 |

*Рис. 2*

**Приверженность гипотензивной терапии: влияние наличия льготного отпуска лекарств**




ложнениях АГ. Сведения пациенты должны получать в беседе с лечащим доктором, чтении специальной литературы, при посещении «школ для больных с гипертонией».

Таким образом, информированность пациентов (табл. 9) несколько выше в группе Б, чем в группе А: ничего не знают об осложнениях АГ 17,5 и 33,8% соответственно ($p<0,001$), информированы достаточно – 39,1 и 25,2% больных ($p<0,001$). Это можно объяснить более длительным стажем заболевания в неорганизованной популяции, большей озабоченностью своим здоровьем.

Приверженность гипотензивной терапии напрямую зависит от информированности больных об осложнениях АГ (рис. 3). Доля лиц с низкой комплаентностью уменьшается параллельно увеличению информированности пациентов: 60,1; 42,3 и 18,2% ($p<0,001$ при сравнении групп 1 и 2, 2 и 3). Достаточная приверженность к терапии отмечается у 59,7% пациентов при условии их информированности.

В рамках работы было проведено исследование тревоги и депрессии с использованием опросника HAD (табл. 10). Пациенты были распределены на четыре группы в зависимости от количества набранных баллов: 0-7 – диагностически незначимая тревога, отсутствие депрессии; 8-11 – пограничные расстройства; 11-16 – клинически значимая депрессия; более 16 – тревожные расстройства.

Из представленных данных (табл. 10) можно сделать вывод о широком распространении тревожно-депрессивных расстройств среди больных АГ: клинически значимые нарушения наблюдаются у 40% пациентов организованной популяции и у 41,9% – неорганизованной. Достоверных различий по распространенности психических расстройств между двумя популяциями не выявлено, что позволило объединить популяции для дальнейшей оценки влияния невротизации на комплаенс.

*Таблица 9*

**Информированность об осложнениях артериальной гипертонии**

| Информированность | Группа А, n=234 | Группа Б, n=650 |
|---|---|---|
| Низкая[1] | 79<br>33,8%±0,47* | 114<br>17,5%±0,38* |
| Средняя[2] | 96<br>41,0%±0,49 | 282<br>43,4%±0,49 |
| Достаточная[3] | 59<br>25,2%±0,43* | 254<br>39,1%±0,49* |

***Примечание:*** *[1] – пациенты ничего не знают об осложнениях АГ; [2] – пациенты знают недостаточно, со слов родственников и знакомых; [3] – информация достаточно полная, получена при беседе с лечащим врачом; * - <0,001 при сравнении групп А и Б.*

*Таблица 10*

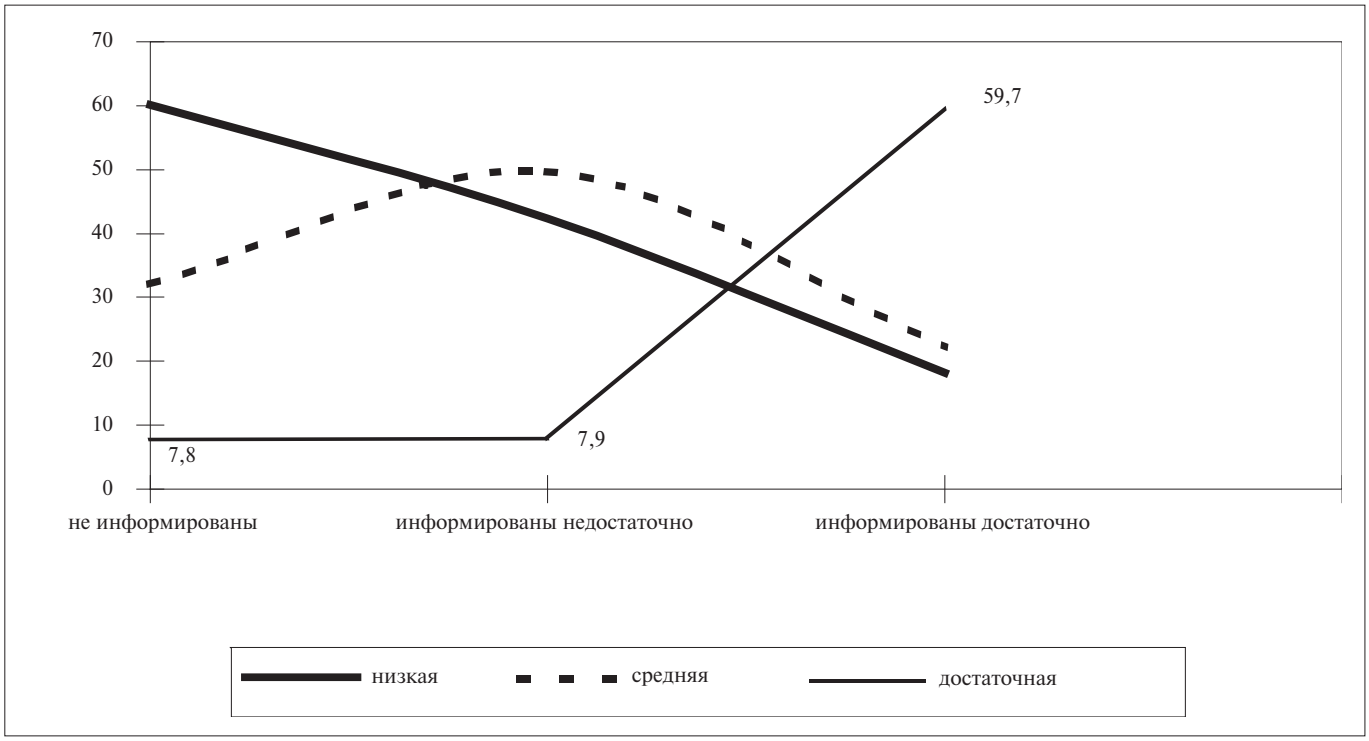
**Оценка тревоги и депрессии по шкале HAD**

| Количество баллов | Группа А, n=234 | Группа Б, n=650 |
|---|---|---|
| 0-7 | 20,8%±0,41 | 19,4%±0,39 |
| 8-11 | 39,2%±0,48 | 38,7%±0,48 |
| 11-16 | 31,7%±0,46 | 32,8%±0,47 |
| более | 16 8,3%±0,27 | 9,1%±0,29 |

***Примечание:*** *p>0,05 при сравнении групп А и Б*

*Рис. 3*

**Приверженность гипотензивной терапии: влияние информированности об осложнениях артериальной гипертонии**




Общее число пациентов с низкой приверженностью гипотензивной терапии составило 333 человека (37,7%±0,48), со средней – 319 (36,1%±0,48), с достаточной – 232 человека (26,2%±0,44). Затем была оценена взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств и комплаентности гипотензивной терапии (табл. 11).

Пациенты с нормальным уровнем тревожности более привержены гипотензивной терапии (69,7% – с достаточной комплаентностью) нежели с пограничным уровнем тревоги (17,7%) и клинически значимой депрессией (12,2%). Некоторое повышение комплаенса наблюдается в группе тревожных расстройств (18%), что можно объяснить наличием большого количества соматических и психических жалоб, желанием пациента получить эффективное лечение.

Суммируя изложенное, можно заключить, что успешность антигипертензивной терапии во многом зависит от количества управляемых и неуправляемых факторов, влияющих на приверженность пациентов к

*Таблица 11*

**Взаимосвязь уровня тревоги, депрессии (по HAD) и приверженности терапии**

| **Приверженность гипотензивной терапии** | **Норма**<br>**n=175**<br>**группа 1** | **Пограничные расстройства**<br>**n=344**<br>**группа 2** | **Клинически значимая депрессия**<br>**n=287**<br>**группа 3** | **Тревожные расстройства**<br>**n=78**<br>**группа 4** |
|---|---|---|---|---|
| низкая | 20<br>11,4%±0,32 | 110<br>32,0%±0,47 | 166<br>57,8%±0,44 | 37<br>47,4%±0,53 |
| средняя | 33<br>18,9%±0,39 | 173<br>50,3%±0,50 | 86<br>30,0%±0,46 | 27<br>34,6%±0,23 |
| достаточная | 122<br>69,7%±0,46 | 61<br>17,7%±,38 | 35<br>12,2%±0,3 | 14<br>18,0%±0,38 |
| *достоверность:* | | | | |
| *для низкой* | $P_{1-2}$<0,001<br>$P_{1-3}$<0,001 | $P_{2-3}$<0,01<br>$P_{2-4}$<0,01 | $P_{3-4}$<0,05 | $P_{1-4}$<0,001 |
| *для средней* | $P_{1-2}$<0,001<br>$P_{1-3}$<0,01 | $P_{2-3}$<0,01<br>$P_{2-4}$<0,01 | $P_{3-4}$>0,05 | $P_{1-4}$<0,001 |
| *для достаточной* | $P_{1-2}$<0,001<br>$P_{1-3}$<0,001 | $P_{2-3}$>0,05<br>$P_{2-4}$>0,05 | $P_{3-4}$<0,05 | $P_{1-4}$<0,001 |

лечению. Недостаточный комплаенс можно оценивать как дополнительный фактор риска неблагоприятного течения АГ, что необходимо учитывать при проведении антигипертензивной терапии.

**Выводы.** Одной из основных проблем амбулаторного лечения артериальной гипертонии является несоблюдение частоты, дозировок и длительности приема препаратов – 39,5%, что обусловлено низкой приверженностью пациентов к антигипертензивной терапии – в 63,1% случаев.

Факторы низкой приверженности антигипертензивной терапии следующие:

– неуправляемые: мужской пол; стаж заболевания от 3 до 10 лет;

– управляемые: I-II степень артериальной гипертонии; недостаток денежных средств; отсутствие льготного отпуска гипотензивных средств; более низкий уровень образования (среднее, среднеспециальное); низкая информированность об осложнениях и возможностях современной терапии артериальной гипертонии; высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств.


## Abstract

Compliance to treatment in hypertension is poor and optimal BP control is achieved in only a small minority. The study shows the affecting factors on compliance and non-compliance in concrete hypertensive patients' population at outpatient department. The study highlights the need for regular screening coupled with educational programs to detect and optimally treat hypertension in the community.


**ЛИТЕРАТУРА**


1. *Алмазов В.А., Шляхто Е.В., Соколова Л.А.* Пограничная артериальная гипертензия. – СПб.: Гиппократ. – 1992. – 192 с.
2. *Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А.* Артериальная гипертония. Справочное руководство по диагностике и лечению. - М. - 1999.
3. АРГУС. Артериальная гипертония у лиц старших возрастных групп. Монография. – М.: ООО «МИА», 2002. – 448 с.: ил.
4. *Белоусов Ю.Б., Быков А.В.* Клинические и экономические аспекты рационального использования лекарственных препаратов. // Клин фармакол. и фармакотер. –1996.- 3. – С.23-27.
5. *Метелица В.И., Дуда С.Г., Островская Т.П. и др.* «Каптоприл и качество жизни»: влияние антигипертензивных средств основных групп на качество жизни больных из различных популяций.Многоцентровое исследование // Тер. архив. – 1996. – Т.68, (4). – С.29-35.
6. *Недогода С.В, Марченко И.В., Чаляби Т.А.* Сравнительная антигипертензивная эффективность генериков ангиотензинпревращающего фермента эналаприла (ренитека, энапа, эднита, инворила, энванса и энама) и стоимость лечения у больных гипертонической болезнью // Артериальная гипертензия. – 2000. – №1. - С.52-55.
7. *Оганов Р.Г.* Эпидемиология артериальной гипертонии в России, возможности профилактики // Тер. архив. – 1997. – 69. – С.3-6.
8. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: Рук. для практикующих врачей. / Ю.Б. Белоусов, М.В. Леонова, Д.Ю. Белоусов, А.И. Вялков и др. Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова, М.В. Леоновой. – М.: Бионика. – 2002. – 368 с.
9. *Caro J.J., Jackson J., Speckman J. et al.* Compliance as a function of initial choce of antihypertensive drug. // Am J. Hypertens.- 1997. - 10. - 141A (Abstract).
10. *Plaisted C.L., Lin P. H. et al.* The effect of dietary patterns on quality of life: A substudy of Dietary Approaches to Stop Hypertension trial // J-AM-DIET-ASSOC. –1999.- Vol.99. - 8 Suppl. – P.84-89.
11. *Wilson-Davis K.* Study design and the use of statistics in drug use research. In: McGavock H. (ed). Handbook of Use Research Methodology. Ist ed. Newcastle: The United Kingdom Drug Utilization Research Group. – 2000. – 36-55.