

Роль приверженности в профилактике артериальной гипертонии

Ю. Н. Федулаев, д.м.н., проф., зав. кафедрой¹

Н. Д. Карселадзе, врач-кардиолог²

Ф. А. Евдокимов, к.м.н., доцент кафедры¹

А. Ю. Чупракова, ординатор II года кафедры¹

С. А. Сапожников, соискатель кафедры¹

А. Я. Старокожева, соискатель кафедры¹, врач-кардиолог²

¹Кафедра факультетской терапии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

²НУЗ «Научно-клинический центр ОАО „РЖД“, г. Москва

Role of adherence in prevention of hypertension

Yu. N. Fedulaev, N. D. Karseladze, F. A. Evdokimov, A. Yu. Chuprakova, S. A. Sapozhnikov, A. Ya. Starokozheva

Russian National Research Medical University n.a. N. I. Pirogov, Scientific and Clinical Centre of the Russian Railways Co.; Moscow, Russia

Резюме

Артериальная гипертония остается социально-значимым заболеванием. Многоцентровые исследования свидетельствуют о низкой приверженности пациентов к лечению. В статье рассматриваются факторы, влияющие на приверженность. Использование возможностей центров здоровья и отделений профилактики позволяет повысить приверженность пациентов. Проведенное исследование по регулярному приему гипотензивной терапии указывает на улучшение когнитивных функций, качества жизни пациентов на фоне достижения целевого артериального давления.

Ключевые слова: **артериальная гипертония, приверженность, профилактика, факторы риска.**

Summary

Arterial hypertension remains a socially significant disease. Multicenter studies indicate low patient adherence to treatment. This article discusses the factors that influence commitment. Using the potentials of health centers and prevention departments can increase patient commitment. The study on the regular use of antihypertensive therapy indicates an improvement in cognitive functions and the quality of life of patients against the background of achieving target blood pressure.

Key words: **arterial hypertension, adherence, prevention, risk factors.**

Артериальная гипертония (АГ) остается одним из лидирующих сердечно-сосудистых заболеваний, следствием которого являются инвалидизация и летальность молодого и трудоспособного населения нашей страны. Одним из эффективно действующих путей решения этой проблемы является улучшение приверженности пациентов к лечению и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Основной целью лечения больных является снижение риска развития осложнений АГ. Достижение этой цели предполагает коррекцию модифицируемых факторов риска (курение, дислипидемия, гипергликемия, ожирение и др.), а также лекарственную терапию, направленную на снижение АД до целевых уровней, предупреждение или замедление темпа прогрессирования и (или) уменьшение выраженности (регресс) поражения органов-мишеней (ПОМ), лечение имеющихся сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний.

Однако неслучайно АГ сравнивают с молчаливым убийцей. Повышение артериального давления далеко не всегда сопровождается типичными жалобами на головную боль и головокружение. К сожалению, часто бессимптомное клиническое течение АГ не способствует повышению приверженности к лечению. Пациенты, не испытывая жалоб, не склонны контролировать артериальное давление и следовать врачебным рекомендациям по постоянному приему гипотензивной терапии и соблюдению здорового образа жизни.

Проблема низкой приверженности к гипотензивной терапии актуальна во всех странах. Как показывают исследования, доля пациентов, принимающих терапию, которые достигают целевых уровней артериального давления (АД), составляет менее 30% [1]. В нашей стране менее половины пациентов, принимающих антигипертензивную терапию, достигают целевого АД.

Так, по данным исследования ЭССЕ-РФ, несмотря на достаточный выбор современных антигипертензивных средств, эффективно контролируют артериальное давление (АД) 30,0% женщин и 14,4% мужчин. Существуют гендерные особенности, влияющие на приверженность к лечению, а также обращаемость за медицинской помощью. Низкой приверженности сопутствует низкая информированность населения о наличии артериальной гипертонии. Результаты исследования ЭССЕ-РФ показывают, что осведомленность о наличии АГ в 1,7 раза у мужчин и в 1,3 раза у женщин превышает число принимающих какое-либо лечение [2]. В настоящее время вместо термина «приверженность» (compliance) — согласие пациента на терапию применяют более широкое понятие adherence — приверженность к терапии. Оно включает степень следования пациентом полученным от врача рекомендациям, включая реко-

мендации по диете, регулярности, кратности и дозированности приема лекарственных препаратов. Приверженность к лечению, как известно, — понятие многофакторное и определяется как минимум пятью различными составляющими: факторами, связанными с пациентом, с заболеванием; проводимой терапией; особенностями системы здравоохранения и различными социально-экономическими аспектами. Со стороны пациента влияние на снижение приверженности оказывают такие факторы, как молодой возраст, отсутствие информированности о заболевании, отсутствие мотивации к лечению, негативные — предыдущий опыт лечения, боязнь побочных эффектов, физические нарушения (проблемы со зрением, передвижением), а также когнитивные нарушения (снижение памяти, непонимание инструкций врача). На приверженность могут влиять факторы, связанные с заболеванием: слабая выраженность симптомов заболевания или их отсутствие, скорость прогрессирования заболевания, сопутствующая патология (депрессия, алкоголизм, наркомания) и др. [3, 4]. В то же время в системе здравоохранения есть возможности влияния на повышение приверженности. Это повышение качества оказываемой пациенту медицинской помощи, повышение эффективности лекарственной терапии за счет применения современных схем, соответствующих современным рекомендациям лечения, доступность медицинских услуг, использование систем образования пациентов и их длительного наблюдения, включая центры здоровья и отделения профилактики [5]. Повышению приверженности достижения целевых цифр АД способствует применение фиксированных лекарственных комбинаций. Основой улучшения приверженности является взаимодействие врача и пациента в принятии решений по выбору тактики лечения, подразумевающее разъяснение пациенту современных научных доказательств эффективности и безопасности предлагаемых вариантов терапии. Выбор терапии всегда должен быть сделан в соответствии с клиническими требованиями и одновременно согласовываться с мнением пациента.

Анализ результатов исследования Национального регистра 2010–2016 годов, включившего 33 571 человека, показал, что 94 % всех пациентов с АГ в России относятся к категории высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, а значит, им уже на старте лечения необходима комбинированная антигипертензивная терапия [6]. Пациенты высокого риска также нуждаются в коррекции модифицируемых факторов риска и в первую очередь дислипидемии. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по диагностике и лечению дислипидемий, назначение статинов показано пациентам категории высокого риска сердечно-сосудистых осложнений при уровне холестерина ЛПНП $\geq 1,8$ ммоль/л, а также всем пациентам очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений независимо от исходного уровня холестерина [7]. Данные мета-анализа, включившего 26 рандомизированных клинических исследований и охватившего 170 тысяч пациентов, свидетельствует, что снижение холестерина ЛПНП на каждый 1 ммоль/л приводит к снижению риска смертности от всех причин на 10 %, сердечно-сосудистой смертности — на 20 %, риска инсульта — на 17 % и риска развития острых коронарных событий — на 23 % [8]. Добавление к терапии больных АГ статинов, по данным клинических исследований, значительно улучшает прогноз. В исследовании HOPE-3 пациенты среднего риска с повышенным систолическим артериальным давлением (выше 143 мм рт. ст.), получавшие комбинацию кандесартана, гидрохлортиазида и розувастатина, имели на 40 % ниже риск развития неблагоприятных исходов, чем при назначении плацебо, и на 16 % ниже, чем при назначении только гипотензивной терапии. Исследование ASCOT-LLA, анализировавшее влияние терапии на клинические исходы 10 305 пациентов, продемонстрировало, что добавление статина к антигипертензивной терапии приводит к достоверному снижению частоты инфаркта миокарда без смертельного исхода и сердечно-сосудистой смертности [9]. Доказано противовоспалительное и антиоксидантное влияние стати-

нов на сосудистую стенку. Снижение выраженности внутрисосудистого воспаления оказывает профилактические эффекты на риск сердечно-сосудистых событий [10].

В то же время исследования свидетельствуют о низкой приверженности пациентов к лечению статинами. По данным регистра ПРОФИЛЬ ($n = 274$), лишь 55,0 % пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений принимали статины. Из них целевых цифр холестерина ЛПНП достигали лишь 26,3 % пациентов. Присутствует низкая информированность пациентов о целевых цифрах и уровне холестерина в крови у них. Исследование ЭССЕ-РФ приводит следующие цифры: среди пациентов с ИБС знают уровень холестерина 41,8 %, в то время как принимают статины лишь 9,7 %, а из них достигают целевых значений холестерина ЛПНП 32,6 % пациентов. По данным регистра ПРОГНОЗ, при ИБС терапию статинами получали 10,3 % пациентов. Аналогичные результаты получены по данным регистра РЕКВАЗА ($n = 3 690$), которые показывают назначение статинов лишь у 22 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, при этом достигали целевых цифр ЛПНП 24,1–29,6 % пациентов. Диагноз «гиперхолестеринемия» был выставлен у 9 % больных с повышенными цифрами холестерина, а у 23 % определение холестерина не проводилось. Таким образом, наряду с низкой приверженностью к лечению пациентов существует проблема низкой диагностики дислипидемии и неназначения своевременно и в должной дозировке статинов [7, 9].

Для пациентов с АГ также характерно сочетание низкой приверженности и недостаточного удержания на терапии. На приверженность также влияют длительность заболевания и соответственно длительность приема препаратов. По данным многочисленных исследований, приверженность и удержание на терапии существенно уменьшаются соответственно на 57,1 и на 61,8 % к концу 1-го года приема препаратов, а 50 % пациентов, получавших терапию в течение года, прекращают лечение в последующие 2 года. Также на привержен-

ность оказывает влияние кратность приема препарата. При отсутствии фиксированной комбинации и пролонгированных препаратов пациенты зачастую самостоятельно изменяют режим дозирования и кратность приема гипотензивных средств [9].

Учитывая значение приверженности в профилактике и лечении, в структуре здравоохранения г. Москвы проводятся мероприятия, направленные на информированность населения о сердечно-сосудистых заболеваниях, роли факторов риска в их развитии, о целевых значениях артериального давления, проходят информационно-образовательные и массовые мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни, формирование ответственности населения за состояние собственного здоровья, призывающие к измерению и контролю артериального давления, повышенного уровня холестерина, профилактике инсультов и инфарктов, прохождению диспансеризации. В центрах здоровья проводится обследование на современном оборудовании с целью выявления факторов риска (ФР) ССЗ, включая определение уровня холестерина и глюкозы крови, уровень АД, ожирения, с последующей консультацией врача о проведении мер, направленных на коррекцию факторов риска [5].

Мероприятия по обследованию пациентов во время Дней здоровья показали, что среди людей, считающих себя здоровыми, выявлены «бессимптомные» пациенты с факторами риска: артериальная гипертензия выявлена у 25% обследованных, гиперхолестеринемия — у 33%, гипергликемия — у 28,6%, повышение индекса массы тела (ИМТ) — у 59,3%. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого желудочка у 17% пациентов, не принимающих регулярную гипотензивную терапию. Вредные привычки: выявлено курильщиков — 24%, из них 21% от всех женщин и 31% от числа всех мужчин. Избыточная масса по ИМТ — у 19% обследованных, ожирение по ИМТ — у 28,5% обследованных, нормальный ИМТ — у 52,5% обследованных.

Анализ результатов профилактических обследований позволяет сделать

заключение, что проблема раннего выявления факторов риска ССЗ среди населения стоит очень остро в связи с их высокой распространенностью и низкой обращаемостью населения, особенно среднего возраста, в медицинские учреждения для профилактического осмотра [4].

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 года № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» страховым представителям вменяется в обязанность не только контролировать уровень комплаентности пациентов в медицинских организациях, но и своими непосредственными усилиями способствовать росту приверженности к лечению: «страховые представители третьего уровня контролируют фактическое потребление застрахованными лицами, подлежащими диспансерному наблюдению, объемов медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляют их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению» [4]. Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с забывчивостью больного. Весьма эффективным оказывается соответствующая упаковка лекарственных препаратов в блистеры с указанием дней недели, что всегда позволяет обратить внимание больного на пропущенную дозу, входят в клиническую практику и автоматические системы телефонного мониторинга больных, мобильные приложения для контроля приема лекарственных препаратов [4]. В методических рекомендациях РКНПК Минздрава России «Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии» большое внимание уделено применению методики автоматизиро-

ванного телефонного дозвона (АТД) для повышения приверженности пациентов к лечению. Данная методика является частью комплексного подхода к повышению приверженности пациентов, когда к решению данной задачи, помимо врача, пациента и семьи пациента, широко подключаются социальные службы, а также другие муниципальные учреждения с привлечением полного спектра доступных им технических возможностей.

Анализ заболеваемости показывает, что госпитализированные пациенты в большинстве своем уже имеют диагностированные хронические заболевания и должны находиться под диспансерным наблюдением в поликлинике. Часто госпитализации обусловлены недостаточным проведением мероприятий по вторичной профилактике.

Анализ по данным шести медицинских организаций ЮВАО г. Москвы за 5 месяцев 2016 года показал отсутствие прямой зависимости экономических затрат на обеспечение пациентов лекарственными препаратами и эффективностью ведения больных (см. табл.). Так, в ГБУЗ «Городская поликлиника № 19» Департамента здравоохранения г. Москвы при наименьшем количестве выписанных рецептов и меньшей средней стоимости рецепта в сравнении с другими амбулаторными центрами наблюдались самое низкое количество вызовов СМП, а также один из самых низких показателей смертности на тысячу человек за рассматриваемый период. Данные результаты подтверждают, что эффективность лечения зависит не только от экономической составляющей терапии, но и от других методов работы с пациентами — диспансеризации, коррекции факторов риска, повышения приверженности и др.

Исследование по повышению приверженности к регулярному приему гипотензивной терапии показало не только достижение целевых значений артериального давления, но и значительное улучшение когнитивных функций и качества жизни пациентов. Обследование включало 62 пациента с АГ (мужчины — 17%, женщины — 83%). Первую группу составили 37 пациентов с АГ I сте-

Таблица
Анализ по шести медицинским организациям ЮВАО г. Москвы за 5 месяцев 2016 года

Наименование МО	Количество пациентов	Количество рецептов	Количество рецептов на пациента	Средняя стоимость пациента	Средняя стоимость рецепта	Количество прикрепленного населения (чел.)	Количество вызовов скорой помощи	Количество вызовов скорой помощи, случаев на 1 тыс. чел.	Количество умерших, чел.	Количество умерших на 1 тыс. чел.
ГБУЗ «ГП № 9» ДЗМ	5934	74925	13	4738,0	375,0	147103	18283	124,2870642	303	2,059781242
ГБУЗ «ГП № 19» ДЗМ	7589	115246	15	4609,0	297,0	159914	15788	98,72806634	319	1,994822217
ГБУЗ «ГП № 23» ДЗМ'	8149	137152	17	5029,0	303,0	177385	20560	115,90608	392	2,209882459
ГБУЗ «ГП № 36» ДЗМ	8687	129405	15	4701,0	451,0	133195	15126	113,5628214	256	1,921994069
ГБУЗ «ГП № 109» ДЗМ	4637	68262	15	5288,0	362,0	109549	11245	102,6481301	254	2,318597157
ГБУЗ «ДЦ № 3» ДЗМ	6176	95631	15	4948,0	348,0	163427	18786	114,950406	340	2,080439585

пени, вторую группу — 25 пациентов с АГ II степени, и третью группу — 29 практически здоровых людей. Пациенты с АГ ранее не получали регулярную антигипертензивную терапию. Длительность АГ составила от 2 до 4 лет.

Критерии включения в исследование: добровольное информированное согласие пациентов, возраст от 35 до 55 лет, артериальная гипертензия I–II степени, отсутствие стабильной антигипертензивной терапии последние 3 месяца перед включением в исследование, наличие когнитивных нарушений (13 и менее баллов по субтесту Векслера № 5 и [или] 68 и менее баллов по субтесту Векслера № 7). Критерии исключения в исследование: наличие критериев деменции по данным шкалы MMSE, наличие критериев тревоги и (или) депрессии по результатам шкалы HADS, пациенты с симптоматической АГ, вторичной АГ и АГ III степени, перенесенные инсульты, транзиторная ишемическая атака в анамнезе, ИБС, ХСН II–IV по NYHA, сахарный диабет первого и второго типа, курящие, злоупотребляющие алкоголем, заболевания с развитием печеночно-почечной недостаточности.

В работе использованы антропометрические данные (рост, масса тела, расчет индекса массы тела), общелабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови [глюкоза, АСТ, АЛТ, общий белок, мочевины, креатинин, мочевины, мочевая кислота, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, индекс атерогенности,



Рисунок 1. Оценка качества жизни пациентов с АГ I–II степени на фоне лечения.

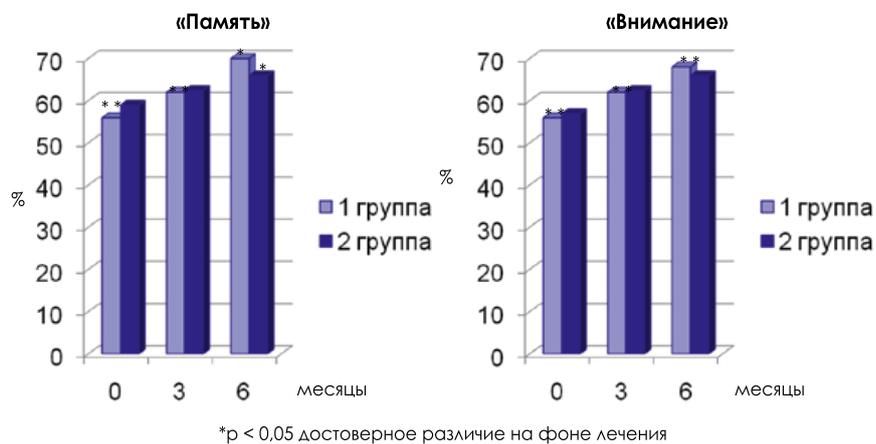


Рисунок 2. Динамика субъективной оценки памяти и внимания согласно результатам визуально-аналоговой шкалы на фоне лечения.

калий, натрий, СРБ)), ЭКГ, консультация невролога, УЗИ МАГ.

Тест MMSA (Mini Mental State Examination) — краткая шкала оценки психического статуса, короткий опросник из 30 пунктов, широко используемый для первичной оценки состояния когнитивных функций и скрининга их нарушений, в том числе деменции.

Для исключения тревоги и депрессии, как возможной причины временных когнитивных нарушений, каждый пациент заполнял анкету согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработанной A. S. Zigmond и R. P. Snaith для первичного выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в ус-

ловиях общемедицинской практики. Оценка когнитивных функций проводилась субтестами Векслера № 5 и 7. Повышение приверженности к лечению достигалось за счет регулярного общения с пациентами, раз в неделю, с параллельной оценкой регулярности приема лекарственной терапии. Результаты через 6 месяцев регулярного приема антигипертензивной терапии, по данным Гетеборгского теста, SF 36 и данным визуально-аналоговой шкалы, на фоне лечения были сопоставимы с таковыми контрольной группы, что свидетельствует о благоприятном влиянии гипотензивной терапии на зрительно-моторную координацию при достижении целевых показателей АД (рис. 1, 2).

При проведении анализа СМАД и сопоставления результатов с когнитивными нарушениями у больных АГ установлена зависимость между результатами СМАД и когнитивными функциями на фоне лечения. Выявлено, что кратковременная память, несмотря на лечение АГ и до-

стижение целевых показателей АД, не восстанавливается до показателей контрольной группы. В результате проведения гипотензивного лечения у пациентов с АГ II степени и когнитивными расстройствами выявлено отсутствие достижения целевых показателей АД и достижения показателей контрольной группы по уровню когнитивных функций.

Таким образом, данные наших исследований совпадают с данными многоцентровых исследований и свидетельствуют о роли целевого артериального давления в клиническом течении и профилактике артериальной гипертензии. Для достижения целевых значений АД необходимо повышение приверженности пациентов к терапии и рекомендациям по коррекции факторов риска. На повышение приверженности должны быть направлены совместные усилия лечащего врача и пациента с использованием возможностей структур современного здравоохранения и передовых медицинских технологий.

Список литературы

1. Grassi G., Cifkova R., Laurent S., et al. Blood pressure control and cardiovascular risk in hypertensive patients from central and eastern European countries: results of the BP-CARE study. *Eur Heart J* 2011; 32: 218–25.
2. Бойцов С. А., Баланова Ю. А., Шальнова С. А. и соавт. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 14 (4): 4–14.
3. Сторожаков Г. И. и др. Поликлиническая терапия. учебник для студентов медицинских вузов. Москва, 2009. — 701 с.
4. Чукаева И. И. и др. Школы здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Методическое пособие. Москва. — 2011. — 149 с.
5. Орлова Н. В., Чукаева И. И. Организационно-правовые аспекты деятельности центров здоровья. *Медицинское право*. — 2011. — № 1. — С. 38–43.
6. Чазова И. Е. Доклад на XIII Всероссийском конгрессе «Артериальная гипертензия 2017 как междисциплинарная проблема». 22–24 марта 2017 г., Уфа.
7. Солошенкова, О. О., Чукаева И. И. Дислипидемии в клинической практике. Часть 1. Лечебное дело. — 2009. — № 3. — С. 12–17.
8. Рекомендации ЕОЛ/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016. *Российский кардиологический журнал* 2017; 5 (145): 7–77.
9. Спирыкина Я. Г. и др. Возможности фиксированной комбинации амлодипина/лизиноприла/розувастатина в улучшении приверженности современной терапии пациентов с артериальной гипертензией. *Медицинский алфавит*. — 2018. — № 12. — с. 25–30.
10. Орлова Н. В. Воспаление и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Дисс... на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва, 2008.

Для цитирования. Федулаев Ю. Н., Карселадзе Н. Д., Евдокимов Ф. А., Чупракова А. Ю., Сапожников С. А., Старокожева А. Я. Роль приверженности в профилактике артериальной гипертензии // *Медицинский алфавит*. Серия «Артериальная гипертензия и коморбидность». — 2019. — Т. 2. — 30 (405). — С. 28–32.



Календарь мероприятий РНМОТ



2020
год

- 13–14 февраля, Воронеж, 61-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 28–29 февраля, Пермь, 62-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 19–20 марта, Тула, 63-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 26–27 марта, Омск, 64-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 9–10 апреля, Тюмень, 65-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 23–24 апреля, Рязань, 66-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
- 14–15 мая, Ставрополь, V Съезд терапевтов СКФО
- 28–29 мая, IV Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной», IV Всероссийская конференция молодых терапевтов

Подробнее
на сайте
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 419-08-68
электронная почта: therapy@kstinterforum.ru

18+ Реклама