

УДК 616.12-008.331.1:616.084-082:311 (571.62)

А.Л.Дорофеев¹, С.П. Павлова¹, В.В. Пак², Е.Г. Рудик²

Отношение к врачебным рекомендациям пациентов с повышенным артериальным давлением

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

²МБУЗ «Поликлиника №11», г. Хабаровск

Контактная информация: А.Л.Дорофеев e-mail: fesmu-ovp@yandex.ru

Резюме

Основой профилактики и лечения заболеваний и их осложнений является сотрудничество врач-пациент, заключающееся в профессиональных медицинских назначениях и их выполнении пациентами. Низкая приверженность к лечению является серьезной проблемой амбулаторной медицины, где значительно возрастает роль больного. Недооценка опасности гипертонической болезни в сочетании с малосимптомным течением заболевания до развития осложнений, проявляется невыполнением пациентами лечебно-профилактических рекомендаций. Врач обязан выявлять факторы, влияющие на приверженность конкретного больного к выполнению рекомендаций, и индивидуально подходить к организации его наблюдения и лечения.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, повышение артериального давления, приверженность к лечению, факторы, влияющие на выполнение врачебных рекомендаций

A.L. Dorofeev¹, S.P. Pavlova¹, V.V. Pak², E.G. Rudik²

Hypertonic patients' attitude to doctor' recommendations and their compliance

¹Far East state medical university, Khabarovsk

²MBUZ «City clinic № 11», Khabarovsk

e-mail: fesmu-ovp@yandex.ru

Summary

Normalization of arterial blood pressure and cardio-vascular diseases prevention is the main goal of hypertonic patients' management. Risk underestimation as well as the course of the disease associated with few symptoms result in complications development. Complications are caused by poor patients' compliance when they do not follow doctor's recommendations. Bad adherence to therapy is a serious problem in outpatient medicine

Key words: hypertension disease elevation of blood pressure, compliance, risk factors of poor compliance

Введение

Артериальная гипертензия, встречающаяся в индустриально развитых европейских странах у 20-30 % взрослого населения, существенно влияет на основные показатели здоровья и смертности населения. [6, 12, 13]

Устранение факторов риска гипертонической болезни оказывает серьезное влияние на результативность и эффективность лечебно-профилактической помощи. [7, 8, 14]

Фармакотерапия гипертонической болезни в значительной мере эффективна настолько, насколько пациент является соратником врача по преодолению этого недуга. Достижение целевых значений АД, профилактика грозных сосудистых осложнений является основной задачей врача, пациент же не только опасается осложнений, но и, в значительной степени, его беспокоит качество жизни здесь и сейчас. [10, 11]

Опасность артериальной гипертензии, в том числе, кроется в малосимптомном течении, не беспокоящем пациента, и отсутствии явного влияния на качество жизни до развития осложнений. Именно недооценка риска заболевания пациентом и определенная инертность действий врачей по реализации стандарта лечения

является серьезной проблемой амбулаторной медицины.

Все пациенты, у которых был определен риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, нуждаются в изменении образа жизни, выявлении поражения органов-мишеней и решении вопроса о целесообразности назначения патогенетической терапии. [1, 5]

Достижение целевых цифр АД является залогом успешного влияния проводимой терапии на прогноз жизни больных. [10, 15] Повышение артериального давления на каждые 20 мм рт. ст. систолического и 10 мм рт. ст. диастолического артериального давления увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в два раза. [13] Низкая приверженность к лечению ассоциируется с плохим прогнозом - повышение риска потери контроля АД на 41%, увеличение риска инфаркта миокарда - на 15%, увеличение риска инсульта на 22% .

По данным Научно-исследовательского центра профилактической медицины, увеличилось количество больных, знающих о наличии у них повышения артериального давления. Но адекватный контроль артериального давления, как показывают ряд исследований, пока в туманной перспективе. [2] Необходимо отметить, что даже среди медицинских работников показатели достижения целевых уровней АД (55,8%), самоконтроль АД (53,7%), распространенность курения (30,7%), избыточной

далеки от должных. [9]

В ситуации, когда лечение почти 100% заболеваний должны начинаться и заканчиваться на амбулаторном этапе, адекватное сотрудничество в тандеме врач-пациент, и как результат, повышение приверженности больного к выполнению рекомендаций врача, является залогом успешной терапии.

Пациенты часто вносят свои коррективы в схему лечения, рекомендованную врачом. Так, в течение первого года после впервые выявленной артериальной гипертонии прекращают терапию 40% больных, и менее 40% больных продолжают принимать антигипертензивные препараты на протяжении 5-10 лет. [2, 3]

По мнению больных гипертонической болезнью, к снижению качества жизни приводит необходимость длительной медикаментозной терапии, необходимость изменения образа жизни (отказ от курения, алкоголя, изменение характера питания), наличие клинической симптоматики (боль, одышка, другие симптомы), а также вынужденное сокращение объема и снижение активности в повседневной жизни. [4]

Целью настоящего исследования являлся анализ отношения пациентов с повышенным артериальным давлением к врачебным рекомендациям в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы

При проведении настоящего исследования проводилось анонимное анкетирование пациентов кардиологического профиля, условием включения в исследование было наличие артериальной гипертензии. Выборочная совокупность формировалась на основе случайной выборки (анкетирование пациентов, обратившихся на амбулаторный прием). Анкета включала 20 вопросов, которые позволяли оценить степень приверженности пациентов к лечению. Также респонденты отмечали на визуально-аналоговых шкалах уровень, соответствующий состоянию здоровья за предшествующий и текущий годы, оценивался уровень артериального давления. Статистическая обработка результатов исследования проводилась путем расчета относительных и средних величин, ошибок репрезентативности, определения степени достоверности полученных результатов. Достоверным считался уровень величины при $p < 0,05$.

Обсуждение результатов

В 2010-2011 г.г. было проанкетировано 1076 анонимных респондентов, проживающих в г. Хабаровске. Среди опрошенных было 415 ($38,57 \pm 1,48\%$) мужчин и 661 ($61,43 \pm 1,48\%$) женщина. $93,77 \pm 0,74\%$ респондентов проживали в благоустроенных квартирах.

Для более детального анализа пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли лица, имеющие стаж гиперто-

нической болезни менее пяти лет (302 человека, $28,07 \pm 1,37\%$), во вторую - от пяти до десяти лет (398 человек, $36,99 \pm 1,37\%$), в третью – страдающие гипертонической болезнью более десяти лет (376 человек, $34,94 \pm 1,37\%$).

По данным нашего исследования, оценка состояния своего здоровья респондентами за период 2010-2011 г.г., по результатам анализа визуально-аналоговых шкал, достоверно не изменилась и составила: в 2010 году $5,53 \pm 2,25$ балла, в 2011 – $5,47 \pm 2,41$ балла.

По результатам анкетирования только менее 45% респондентов стремятся выполнять врачебные рекомендации.

На регулярное врачебное наблюдение указали 470 человек ($43,68 \pm 1,51\%$), 337 ($31,32 \pm 1,51\%$) на прием не являются. 621 ($57,71 \pm 1,51\%$) пациент регулярно контролировал свое артериальное давление, 455 человек ($42,29 \pm 1,51\%$) вообще не контролируют АД.

В общей группе регулярно, по назначению врача, получают лечение только 433 человека ($40,24 \pm 1,49\%$), 223 ($20,72 \pm 1,24\%$) – выполняют рекомендации не в полном объеме, 312 ($29,00 \pm 1,38\%$) – только при повышении артериального давления, 108 ($10,04 \pm 0,92\%$) – не обращаются за медицинской помощью, лечатся самостоятельно.

Таблица №1 Отношение к лечению в зависимости от стажа гипертонической болезни.

Среди причин, влияющих на отказ от выполнения врачебных рекомендаций, респонденты отметили указание на наличие побочных эффектов в инструкции к препарату (218 человек, $20,26 \pm 1,23\%$), высокую стоимость назначенного лечения (305 человек, $28,35 \pm 1,37\%$), отсутствие жалоб и хорошее общее самочувствие (409 человек, $38,01 \pm 1,48\%$), отсутствие времени на регулярное лечение (144 человека, $13,38 \pm 1,04\%$).

В общей группе 185 пациентов ($17,19 \pm 1,15\%$) постоянно курят, 227 ($21,10 \pm 1,24\%$) – употребляют алкоголь. Мероприятия по изменению образа жизни для трети пациентов лишь пустой звук - 134 человека ($12,45 \pm 1,01\%$) считают это бесполезным занятием, 220 ($20,45 \pm 1,23\%$) имеют желание, но, по различным причинам, ничего не делают.

Изменение образа жизни - сложная задача, и в одиночку с этим справиться не так просто. $28,07 \pm 1,37\%$ анкетированных (302 человека) отметили активную поддержку родственников в стремлении изменить образ жизни, $35,13 \pm 1,46\%$ (378 человек) считают, что родственники относятся к этому безразлично.

Важным фактором, влияющим на отношение к лечению, для подавляющего большинства пациентов ($68,03 \pm 1,4\%$) является авторитет врача.

В табл. 1 представлены данные об отношении к лечебно-профилактическим рекомендациям больных в зависимости от стажа заболевания.

Признак		N	%	хи-квадрат	
Регулярное врачебное наблюдение	Группа1 N=302	108	35,76±2,76	P1	0,758
	Группа2 N=398	148	37,19±2,42	P2	0,0001
	Группа3 N=376	247	65,69±2,45	P3	0,0001
У врача не наблюдаются	Группа1	123	40,73±2,83	P1	0,001
	Группа2	114	28,64±2,27	P2	0,0001
	Группа3	38	10,11±1,55	P3	0,0001
Наблюдаются эпизодически	Группа1	74	24,50±2,47	P1	0,007
	Группа2	136	34,17±2,38	P2	0,323
	Группа3	79	21,01±2,10	P3	0,0001
Осуществляют постоянный контроль АД	Группа1	136	45,03±2,86	P1	0,181
	Группа2	158	39,70±2,45	P2	0,0001
	Группа3	297	78,99±2,10	P3	0,0001
Получают лечение в полном объеме	Группа1	90	29,80±2,63	P1	0,859
	Группа2	115	28,89±2,27	P2	0,0001
	Группа3	224	59,57±2,53	P3	0,0001
Получают лечение частично	Группа1	67	22,19±2,39	P1	0,842
	Группа2	92	23,12±2,11	P2	0,061
	Группа3	61	16,22±1,90	P3	0,021
Получают лечение только при повышении АД	Группа1	114	37,75±2,79	P1	0,86
	Группа2	154	38,69±2,44	P2	0,0001
	Группа3	69	18,35±2,00	P3	0,0001
Лечатся самостоятельно	Группа1	31	10,26±1,75	P1	0,764
	Группа2	37	9,30±1,46	P2	0,0001
	Группа3	11	2,93±0,87	P3	0,0001
Уровень сист.АД 140-160 мм тр ст	Группа1	56	18,54±2,24	P1	0,0001
	Группа2	68	17,09±1,89	P2	0,689
	Группа3	132	35,11±2,46	P3	0,0001
Уровень сист.АД 160-180 мм тр ст	Группа1	19	6,29±1,40	P1	0,0001
	Группа2	42	10,55±1,54	P2	0,065
	Группа3	56	14,89±1,84	P3	0,088
Уровень сист. АД более 180 мм тр ст	Группа1	2	0,66±0,47	P1	0,495
	Группа2	6	1,51±0,61	P2	0,002
	Группа3	19	5,05±1,13	P3	0,01

p1 - различия между группой 1 и группой 2

p2 - различия между группой 1 и группой 3

p3 - различия между группой 2 и группой 3

Как видно из представленной таблицы, число пациентов, находящихся под регулярным врачебным наблюдением, достоверно увеличивается в третьей группе, достигая 65,69% против 35,76% и 37,29% в первой и второй группах соот-

ветственно. Количество лиц, не наблюдающихся у врача, достоверно снижается при увеличении стажа заболевания (40,73% в первой группе и 10,11% в третьей). Эпизодическое наблюдение встречается чаще во второй группе (34,17%). Самоконтроль за показателями

артериального давления выполняется пациентами третьей группы в 78,99%, что в 1,5-2 раза чаще, чем других группах.

Большую приверженность к лечению демонстрируют пациенты третьей группы, в которой 59,57% получают лечение в полном объеме, 18,35% лечатся только при повышении АД, занимаются самолечением только 2,93%.

По данным нашего исследования на момент анкетирования целевое артериальное давление у 400 ($37,17 \pm 1,47\%$) человек из общей группы не достигло целевых уровней: систолическое АД от 140 до 160 мм. рт. ст. было зарегистрировано у 256 человек ($23 \pm 1,24\%$), от 160 до 180 мм. рт. ст. – у 117 ($10,87 \pm 0,95\%$), выше 180 мм. рт. ст. – у 27 ($2,51 \pm 0,48\%$). Что касается влияния на данный показатель стажа заболевания, то в первой группе 1 степень артериальной гипертензии была выявлена у 18,54%, вторая – у 6,29%, третья – в 0,66% наблюдений; во второй – 17,09%, 10,55%, 1,51%; в третьей – 35,11%, 14,89%, 1,13% соответственно.

Необходимо отметить, что $44,42 \pm 1,51\%$ респондентов (478 человек) умеют эффективно снизить у себя АД при гипертоническом кризе.

Заключение

1. По результатам нашего исследования приверженность к лечению у пациентов с гипертонической

болезнью недостаточная и составляет $40,24 \pm 1,49\%$.

2. Артериальное давление у 400 ($37,17 \pm 1,47\%$) человек из общей группы не достигло целевых уровней: систолическое АД от 140 до 160 мм. рт. ст. было зарегистрировано у 256 человек ($23 \pm 1,24\%$), от 160 до 180 мм. рт. ст. – у 117 ($10,87 \pm 0,95\%$), выше 180 мм. рт. ст. – у 27 ($2,51 \pm 0,48\%$).
3. 65,69% пациентов в группе со стажем заболевания более десяти лет находятся под регулярным врачебным наблюдением, 59,57% получают назначенное лечение в полном объеме, у $44,95,05 \pm 2,57\%$ пациентов достигнуты целевые уровни артериального давления.
4. Среди причин, влияющих на отказ от выполнения врачебных рекомендаций, респонденты отметили указание на наличие побочных эффектов в инструкции к препарату ($20,26 \pm 1,23\%$), высокую стоимость назначенного лечения ($28,35 \pm 1,37\%$), отсутствие жалоб и хорошее общее самочувствие ($38,01 \pm 1,48\%$), отсутствие времени на регулярное лечение ($13,38 \pm 1,04\%$).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости выявления врачом факторов, влияющих на приверженность конкретного больного к выполнению рекомендаций, и индивидуального подхода к организации наблюдения и лечения паци-

ентов с артериальной гипертензии в амбулаторных условиях.

ская медицина.-2012.-№ 4.- С. 25-31.

Список литературы

1. Авдеева М.В. Комплексная оценка факторов кардиоваскулярного риска с использованием ресурсов центров здоровья // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2012.-№ 3.- С. 47-52.
2. Андреев Я. Приверженность к лечению пациентов с артериальной гипертензией... Как исправить ситуацию? // Фармацевтический вестник.- 2010 - № 11 (585) <http://www.pharmvestnik.ru/pubs/staryj-arxiv-gazety/18765.html> (Дата проверки ссылки 24.08.2012)
3. Гуревич К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию // Качественная Клиническая Практика. - 2003. - № 4. – С. 53-58.
4. Давыдов С.В. Артериальная гипертензия: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни: Автореферат. дис. канд. мед. наук. - Казан. гос. мед. ун-т, 2004. - 17 с.
5. Замотаев Ю.Н. Медико-социальные факторы, влияющие на течение артериальной гипертензии и качество жизни // Клиниче-
6. Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е. и др. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 г.г. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2011.- №1.- С. 9-14
7. Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Егнян Р.А. и др. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство для врачей М.: Гэотар-Медиа., 2009. – 155 с.
8. Калинина А.М., Концевая А.В., Омельяненко М.Г. Оценка моделей профилактического поведения пациентов первичного звена здравоохранения в отношении факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2008. - №4. - С. 3-8.
9. Карамнова Н.С., Калинина А.М., Григорян Ц.А. и др. Распространенность факторов, формирующих кардиоваскулярный риск среди медицинских работников первичного звена здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2009.- №6.- С. 54-58.
10. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. // Приложение 2 к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика", 2011.- № 10 (6).- 64 с.
11. Садыкова Д.И., Лутфуллин И.Я. Психосоциальный подход: качество жизни

молодых людей с повышением артериального давления // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2011. - №2.- С.18-24.

12. Свищенко Е. П., Коваленко В. Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии /Под ред. В. Н. Коваленко.- Киев.: Лыбидь., 2002. - 504 с.
13. Федосеева Л.С., Назаркина И.М. Управление качеством медицинской помощи при артериальной гипертензии: амбулаторно-

поликлинический этап // Здравоохранение.- 2012. - № 6.- С. 68-74.

14. Школа здоровья. Артериальная гипертензия. Руководство для врачей / под ред. Р.Г. Оганова. - М.: Гэотар-Медиа., 2008. - 192 с.
15. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Lancet.- 2003.-№ 362.- P.1527-1535.