



ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зурдинов А.З., Зурдинова А.А., Шараева А.Т., Урманбетова А.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия,
Кыргызско-Российский Славянский Университет,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты анкетирования врачей-пациентов, страдающих гипертонической болезнью по вопросам их приверженности антигипертензивной терапии.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, приверженность лечению (комплаентность), антигипертензивные средства

ГИПЕРТОНИЯ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН ДАРЫГЕРЛЕРДИН АРАСЫНДА КАН БАСЫМЫН ЫЛДЫЙЛАТКАН ДАРЫЛАРДЫН КОЛДОНУУСУН ЖАКТАГАНДАРЫНА БАА БЕРУУ

Зурдинов А.З., Зурдинова А.А., Шараева А.Т., Урманбетова А.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Кыргыз-Россиялык Славян Университети,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада кан басымын ылдыйлатууга колдонулган дарылардын пайдалануу маселелери боюнча гипертония оорусуна чалдыккан дарыгер-ооруларды сурамжылоонун натыйжалары берилген.

Негизги сөздөр: гипертония оорусу, кан-басымын ылдыйлатуучу дарылар

EVALUATION OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ADHERENCE AMONG DOCTORS, HYPERTENSIVE DISEASE

Zuridinov A.Z., Zurdinova A.A., Sharaeva A.T., Urmanbetova A.D.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Kyrgyz-Russian Slavic University,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents the results of interviews doctors-patients with hypertension about compliances of antihypertension drugs.

Key words: hypertension, compliance to treatment, antihypertension drugs

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний, возникновение которого сопряжено со значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертности [1]. Среди наиболее частых и высокочастотных ее осложнений является 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) [2]. В развитых странах распространенность

ГБ составляет от 25 до 40% среди взрослого населения, причем около 40% больных не знают о своем заболевании [3]. Особую тревогу вызывает широкое распространение ГБ среди трудоспособного населения. Согласно данным эпидемиологических исследований, проведенных сотрудниками Национального центра кардиологии и терапии Кыргызской Республики в 2004 году, распространенность ГБ среди взрослого (старше 18 лет) населения Кыргызстана, составляла 41% среди городского и 38,4% среди сельского населения [4]. Несмотря на существование большого арсенала лекарственных средств, применяемых при лечении ГБ, эффективность терапии остается достаточно низкой, даже в США и странах



одной Европы не превышая 35-40% у больных, получающих антигипертензивную терапию (АГТ) [5]. В России этот показатель в последнее десятилетие увеличился с 12 до 20% [6]. Значительно более низкая эффективность лечения ГБ (4-8%) отмечается в Кыргызстане и других странах СНГ [7].

Эффективная терапия ГБ возможна при достижении как минимум 80% комплаентности (приверженности) со стороны пациентов к проводимому врачом антигипертензивному лечению [8]. Под комплаентностью к лечению понимают степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни). В узком смысле под комплаентностью к лечению ГБ понимают соответствие реального количества лекарственных препаратов и качества их приема согласно предписаниям врача. Несмотря на постепенное осознание важности соблюдения комплаентности пациентами, проблема приверженности к терапии остается нерешенной. В свете вышеизложенного опрос пациентов представляет собой очень важное звено в решении стратегических задач терапии ГБ [9, 10].

Какова же приверженность самих врачей, страдающих ГБ, рекомендациям по ее лечению? Лица, с высшим медицинским образованием, по сравнению с обычными пациентами с ГБ, обладают полной информацией по этиопатогенезу, осложнениям, последствиям и современным подходам по фармакотерапии данного заболевания и теоретически должны быть «образцом» приверженности его рациональному лечению.

Целью нашего исследования явилось изучение реальной приверженности антигипертензивному лечению среди врачей, страдающих ГБ.

Материалы и методы. Исследование проводилось методом анонимного интервьюирования врачей-пациентов с верифицированной ГБ I-III степеней тяжести, путем заполнения специально разработанных анкет. В исследовании принимали участие врачи разных специальностей - терапевты, кардиологи,

невропатологи, хирурги и стоматологи, работающие в лечебно-профилактических организациях г. Бишкек. Респондентам предлагалось ответить на 15 вопросов анкеты, касающихся проводимой антигипертензивной терапии. Каждому опрашиваемому в начале процедуры измеряли уровень артериального давления (АД) по методу Короткова (цифры АД фиксировались в заполняемой анкете). Полученные результаты вводились в базу данных и обрабатывались с помощью программы SPSS 16.0 для Windows XP. В анкетировании приняли участие 120 врачей-пациентов с ГБ. Годными к обработке были признаны 117 анкет, которые затем и анализировались.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов, заполнивших анкеты, оказалось 57,27% женщин и 42,73% мужчин. В исследовании приняли участие 12 (10,26%) стоматологов, 47 (40,17%) хирургов, 5 (4,27%) кардиологов, 48 (41,03%) терапевтов и 5 (4,27%) невропатологов. Средний возраст опрашиваемых составил $51,2 \pm 8,3$ лет. Средний стаж наблюдения по поводу ГБ составил $8,4 \pm 4,4$ лет. По степени повышения АД: I степень встречалась у 4,27% пациентов, II степень – у 58,12% и III степень – у 37,61% врачей-пациентов с ГБ. По суммарному риску 23,93% пациентов относились к группе среднего риска, 41,03% - к группе высокого риска и 35,04% - к группе очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

На вопрос «Кто является для вас основным источником информации о новых антигипертензивных препаратах (АГП) и подходах к лечению ГБ» подавляющее большинство опрошенных (92,31%) ответили, что основную информацию они получают от коллег-кардиологов, то есть консультируются у них и доверяют им; 5,98% опрошенных указали медицинские журналы и фармакологические справочники в качестве основных источников; 1,71% отдали ведущую роль медицинским представителям фармацевтических компаний.

Среди интервьюированных врачей-пациентов ГБ на вопрос «Кому Вы доверяете лечение ГБ?»: 83,76% респондентов ответили, что доверяют коллегам-кардиологам, 7,69% лечатся самостоятельно, а 8,55% вообще



ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

лечатся. Всем опрошенным пациентам назначалась базисная немедикаментозная и медикаментозная терапия ГБ. Только 5,98% от общего числа врачей-пациентов всегда строго придерживались рекомендациям по изменению образа жизни как основы терапии ГБ; 29,92% опрошенных не следовали этим рекомендациям, а 64,1% - выполняли их не всегда. Регулярно для лечения ГБ принимали АГП только 20,51% врачей-пациентов; 28,21% - принимали их «когда вспомнят»; 42,73% - только при повышении АД, а 8,55% - не принимали вообще. Регулярно принимающих 1 АГП оказалось 13,68%; 2 АГП – 4,27%; 3 АГП – 2,56%; а 79,49% - не принимали ни один АГП. Среди АГП, указанных как применяемые, перечислялись следующие препараты: метопролол, карведилол, бисопролол, атенолол, пропранолол, эналаприл, лизиноприл, каптоприл, амлодипин, нифедипин (в основном короткодействующая его форма), индапамид, гидрохлортиазид, фуросемид. Также встречались упоминания таких «рутинных» препаратов, как клонидин, дибазол, резерпин. Причем, надо отметить, что почти в 100% случаев врачи-пациенты указывали торговые наименования препаратов, не всегда точно указывали правильно их международные непатентованные наименования и их принадлежность к определенной группе АГП. 2,56% опрошенных врачей-пациентов с ГБ отметили применение зеленого чая в качестве АГП. Надо отметить, что в терапии часто встречалось применение нерациональных комбинаций АГП.

В ходе нашего исследования выявилось, что 57,26% врачей-пациентов с ГБ контролировали уровни своего АД только при ухудшении состояния; 22,22% - вообще не измеряли или измеряли свое артериальное давление очень редко; 17,1% - контролируют свое АД 1 раз в сутки; 3,42% - измеряли свое АД 2 раза в сутки. В итоге по результатам проводимой терапии только 22,22% врачей-пациентов с ГБ достигали целевых цифр АД, а 77,78% -- его не достигали. Большинство опрошенных указали, что лечение ГБ является дорогостоящим и требует значительных материальных затрат. Так, из числа регулярно принимающих АГП 41,67% (24) отметили, что тратят на АГП до 500 сом в

месяц; 33,33% - от 500 до 1000 сом в месяц, 25% - более 1000 сом в месяц. При этом 17% опрошенных указали, что всегда пользуются предоставляемыми скидками на медикаменты в аптечной сети; 7% - делают это не всегда; 79,49% - не пользуются никакими льготами при покупке АГП и всегда приобретают их по указанной аптечной цене. Из факторов риска сердечно-сосудистой патологии и осложнений ГБ были отмечены в 26,5% случаях ожирение, в 50,43% - наследственность, в 22,22% - гиперлипидемия, в 5,13% - ИБС, в 1,71% - ХСН, в 1,71% - острый инфаркт миокарда в анамнезе, в 37,61% - гипертонические кризы, в 2,56% - сахарный диабет, в 0,86% - ХПН, в 1,71% - нарушения мозгового кровообращения.

На вопрос «Как Вы считаете, какие причины мешают Вам эффективно лечить ГБ»: 11,97% - отметили в качестве причины дороговизну эффективных АГП; 5,13% - сослались на отсутствие времени; 74,35% - отметили собственную лень, безответственность и недисциплинированность как основную причину отсутствия эффективного лечения ГБ; 8,55% - привели в качестве аргумента другие причины. На момент осмотра только у 20,51% (приблизительно у 1/5 от всех опрошенных) респондентов были зафиксированы целевые цифры АД, у 79,49% респондентов цифры АД при измерении были выше целевых.

Выводы. Среди опрошенных подавляющее большинство врачей-пациентов страдало ГБ II-III степеней с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Подавляющее большинство (83,76%) доверяют лечение ГБ своим коллегам-кардиологам. Всем пациентам была назначена немедикаментозная (базисная) и медикаментозная терапия ГБ. Несмотря на это только около 5,98% из них строго соблюдают рекомендации по базисному (немедикаментозному) лечению ГБ, 29,92% - не соблюдают их вообще. Регулярно принимают назначенные АГП только 20,51% врачей-пациентов с ГБ и большинство из них принимало 1 АГП. В перечне применяемых АГП присутствовали препараты и их комбинации, неоправданные с позиции доказательной медицины (дибазол, клонидин, резерпин,



росемид, андипал, зеленый чай). В 79,48% случаев врачи-пациенты отметили, что самоконтроль уровней АД осуществляют очень редко или только при ухудшении состояния. В итоге только 22,22% респондентов указали в ответах на достижение целевых цифр АД, при объективном измерении АД во время процедуры опроса эта цифра оказалась еще ниже и составила – 20,51%. В качестве основной причины неэффективности АГТ врачами в 74,35% случаев указывались собственная лень, недисциплинированность и безответственность. Признавая этот факт в лечении ГБ у самих врачей, встает закономерный вопрос: «Как можно требовать от больных неукоснительного соблюдения всех рекомендаций врача, в то время, когда сами врачи в качестве пациентов проявляют очень низкую приверженность к проводимому их коллегами-кардиологами антигипертензивному лечению?»

Таким образом, приверженность (комплаентность) к АГТ среди самих врачей-пациентов с ГБ остается, в целом, даже ниже, чем в общей популяции больных с ГБ [11], хотя именно врачи должны являться основными источниками информации и «образцами» приверженности в лечении этого заболевания.

Список литературы

1. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. – 2002. - № 1. – С. 14-18.
2. Серов В.А., Горбунов В.И. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Клиническая медицина. – 2007. - № 7. – С. 12-15.
3. Шальнова С., Кукушкин Е., Манюшк Е. Артериальная гипертензия и приверженность терапии // Врач. – 2009. - № 12. – С. 39-40.
4. Диагностика и лечение гипертонической болезни у взрослых: клиническое руководство / Джумагулова А.С., Романова Т.А., Полупанов А.Г. и др. – Б., 2010. – 58 с.
5. Бубнова М.Г. Лечение артериальной гипертензии в клинической практике: от общих принципов к конкретному пациенту // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 8. – С. 5-13.
6. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов приверженности антигипертензивной терапии // Качественная клиническая практика. – 2003. - № 4. – С. 59-66.
7. Кыдыралиева Р.Б. Проблемы кардиологии в Кыргызской Республике // Российский кардиологический журнал. – 2007. - № 5 (67). – С. 83-87.
8. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, № 3. – С. 24-26.
9. Конради А.О. Значение приверженности терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 04, № 6. – С. 11-14.
10. Маколкин В.И. Комбинированная терапия – не только повышение эффективности антигипертензивной терапии, но и удобство для пациентов // Кардиология. – 2008. - № 2. – С. 59-62.
11. Урманбетова А.Д., Зурдинов А.З. Оценка приверженности пациентов проводимой антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях // Наука и новые технологии. – 2009. - № 9. – С. 19-22.