



С.Я. Доценко

## ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З НЕКОНТРОЛЬОВАНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Запорізький державний медичний університет

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, неконтрольована артеріальна гіпертензія, прихильність до лікування.

На основі ретроспективного аналізу визначено особливості прихильності до лікування хворих з неконтрольованим перебігом артеріальної гіпертензії. Виявлено відмінності в групах чинників пацієнт-залежної, препарат-залежної та лікар-залежної прихильності до антигіпертензивної терапії, що суттєво впливали на ефективність контролю артеріальної гіпертензії.

### Приверженность к антигипертензивной терапии больных с неконтролируемой артериальной гипертензией

С.Я. Доценко

На основании ретроспективного анализа установлены особенности приверженности к лечению больных с неконтролируемым течением артериальной гипертензии. Найдены различия в группах пациент-зависимой, препарат-зависимой и врач-зависимой приверженности к антигипертензивной терапии, которые существенным образом влияли на эффективность контроля артериальной гипертензии.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, неконтролируемая артериальная гипертензия, приверженность к лечению.

### Adherence to antihypertensive therapy in patients with uncontrolled arterial hypertension

S.Ya. Dotsenko

Based on a retrospective analysis, the characteristics of adherence to treatment of patients with uncontrolled arterial hypertension course were determined. Differences were found in factors groups, which were divided by patient-dependent, drug-dependent and physician-dependent adherence to antihypertensive therapy, and had significant impact on the efficiency of the control of arterial hypertension.

**Key words:** hypertension, uncontrolled arterial hypertension, adherence to treatment.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найпоширеніше неінфекційне захворювання в багатьох країнах світу, з яким пов'язані виникнення судинних ускладнень, інвалідизація дорослого населення та негативний вплив на тривалість життя [1]. Контроль артеріального тиску (АТ) у хворих на АГ є найпростішим способом профілактики виникнення таких несприятливих подій, як інфаркт міокарда, інсульт, хронічна ниркова та серцева недостатність, захворювання периферичних артеріальних судин, у тому числі з летальним кінцем. Тому в лікуванні АГ центральне місце посідає зниження АТ до цільових значень і тривале утримання його на цьому рівні, правомірність чого доведена як результатами проспективних клінічних випробувань [2], так і фактом збільшення тривалості життя дорослого населення з поліпшенням популяційного контролю АГ [3].

Водночас, дані численних епідеміологічних досліджень доводять дуже низький рівень ефективності контролю АГ (АТ менше 140/90 мм рт.ст.). Так, у країнах Західної Європи та США тільки 30–35% пацієнтів лікувались з досягненням цільового рівня АТ [4]. Ще нижчим цей показник є в Україні, де приймають ліки 37–48% хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), а ефективно контролюють АТ тільки 8–19% з них [5].

Серед головних чинників неефективності контролю АГ особливе місце посідає прихильність хворого до терапії [6]. При цьому під терміном прихильність розуміють ступінь відповідності поведінки хворого рекомендаціям, отриманим від лікаря (щодо прийому препаратів, дотримання дієти та інших заходів зміни способу життя) [7]. До важливих чинників недостатньої прихильності до терапії хворих на ГХ належать ті, що пов'язані з самим пацієнтом або з діями

лікаря чи тактикою лікування, впливом різних соціально-економічних чинників [8]. Однак нині питання прихильності до лікування хворих на ГХ, особливо при недостатньому контролі АГ, залишається маловивченим.

### МЕТА РОБОТИ

Вивчення прихильності до лікування хворих з неефективним контролем АГ на основі даних про дотримання вимог лікування пацієнтом, тактики антигіпертензивної терапії та професійних дій лікаря.

### ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 363 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії з АГ 1–3 ступеня («офісний» АТ  $\geq 140/90$  мм рт.ст.), вік пацієнтів – від 33 до 71 років (середній вік –  $50,8 \pm 1,2$  роки), серед них 160 (44,1%) чоловіків і 203 (55,9%) жінок. Діагноз «гіпертонічна хвороба» верифікований після виключення симптоматичної (вторинної) АГ за програмою, рекомендованою Українською асоціацією кардіологів.

Хворі на ГХ розподілені на три групи за рівнем ефективності контролю АТ протягом останнього року за даними анкетування та аналізу амбулаторної картки. У якості критерію розподілу використано цільовий рівень АТ  $< 140/90$  мм рт.ст. Першу групу (контрольована АГ) склали 160 пацієнтів з достатнім контролем АТ («офісний» АТ  $< 140/90$  мм рт.ст.); до другої групи (неконтрольована АГ) увійшли 142 хворих з неефективним контролем АТ («офісний» АТ  $\geq 140/90$  мм рт.ст.); третю групу (резистентна АГ) склали 61 пацієнт з резистентною АГ (відсутність досягнення цільового рівня АТ призначенням в адекватних дозах, як мінімум 3 антигіпертензивних препаратів різних класів з обов'язковим включенням діуретика). Групи зіставлювані за віком, статтю хворих і рівнем їх АТ.



Прихильність до лікування хворих на ГХ визначали методом анкетування в період госпіталізації хворих до стаціонару. Аналіз отриманих даних проводили у наступних групах чинників прихильності до лікування: пацієнт-залежні чинники (клініко-демографічні, наявність факторів ризику, особливості перебігу АГ та обізнаності пацієнтів про хворобу), препарат-залежні чинники (охоплення антигіпертензивною терапією, її режим і характер за окремими фармгрупами препаратів), лікар-залежні чинники (тактика антигіпертензивної терапії, яку застосовували лікарі).

Отримані дані оброблено методом варіаційної статистики за допомогою пакета прикладних програм «Statistica» (version 6.0, Stat Soft Ins, США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5).

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз пацієнт-залежної прихильності до лікування на підставі клініко-демографічних характеристик хворих не виявив вірогідних відмінностей між першою (контрольована артеріальна гіпертензія) та другою (неконтрольована артеріальна гіпертензія) групами. У третій групі (хворі з резистентною гіпертензією) суттєво збільшувався ІМТ ( $28,6 \pm 0,8$  кг/м<sup>2</sup> проти  $25,3 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup> у хворих першої групи,  $p < 0,05$ ). Відповідне співвідношення ОТ/ОС у третій групі склало  $0,94 \pm 0,01$  ум.од., що перевищувало величину  $0,9$  і було проявом абдомінального типу ожиріння, проти вірогідно меншої величини  $0,87 \pm 0,01$  ум.од. у першій групі ( $p < 0,05$ ). Крім цього, в третій групі суттєво частіше спостерігали надмірне вживання солі ( $49,2\%$  проти  $27,5\%$ ,  $p < 0,05$  у першій групі), обтяжену спадковість ( $70,5\%$  проти  $55,0\%$ ,  $p < 0,05$  у першій групі), гіподинамію в побутовому житті ( $65,6\%$  проти  $41,3\%$  хворих у першій групі,  $p < 0,05$ ). Не виявлено відмінностей з боку частоти вживання алкоголю, табакокуріння, а також дії психоемоційних стресорних чинників. За ступенем АГ розбіжностей між першою та другою групами порівняння також не знайдено, тоді як у третій групі суттєво частіше визначали АГ III ст. ( $42,6\%$  проти  $28,8\%$ ,  $p < 0,05$  у першій групі) за рахунок зменшення частки АГ I ст. ( $13,1\%$  проти  $25,1\%$ ,  $p < 0,05$  у першій групі).

Важливими чинниками вмотивованості хворих до контролю АТ є обізнаність про ускладнення АГ і небезпечність факторів ризику, що найменшою була в другій ( $26,8\%$  і  $37,7\%$  хворих) і третій ( $34,5\%$  і  $47,5\%$  хворих) групах проти  $48,1\%$  і  $65,3\%$  хворих у першій групі ( $p < 0,05$ ) відповідно. Виміри АТ найменш регулярно проводили хворі другої групи, де близько половини з них контролювали АГ всього кілька разів на рік ( $42,3\%$  проти  $27,5\%$  хворих першої групи,  $p < 0,05$ ), а щоденне вимірювання АТ виконували всього  $18,3\%$  проти  $35,0\%$  пацієнтів першої групи ( $p < 0,05$ ). Контроль АГ хворі третьої групи проводили теж рідше ніж пацієнти першої групи, але ці відмінності не досягали рівня вірогідності. Крім цього, в третій і другій групах відзначено частіші виклики лікарів бригади швидкої медичної допомоги з приводу гіпертонічних кризів ( $63,9\%$  і  $41,5\%$  пацієнтів відповідно, проти  $28,1\%$  хворих першої групи,  $p < 0,05$ ).

Аналіз охоплення та регулярності антигіпертензивної

терапії довів, що більшість пацієнтів груп порівняння отримували антигіпертензивну терапію. Суттєво меншим цей показник був у другій групі –  $62,5\%$ , або на  $20,6\%$  ( $p < 0,05$ ) менше, ніж у першій групі, а в третій групі він досягав  $100\%$ , що відповідало визначенню резистентної АГ. Але, незважаючи на великий відсоток охоплення терапією, більше половини хворих порушували регулярність прийому антигіпертензивних препаратів. Так, найбільш регулярно приймали ліки хворі першої та третьої груп, частка яких дорівнювала  $29,4\%$  і  $34,4\%$ , тоді як у другій групі ця величина склала тільки  $14,7\%$  ( $p < 0,05$ ). При цьому  $44,8\%$  хворих другої групи займались самолікуванням, проти  $21,8\%$  і  $27,9\%$  пацієнтів першої третьої груп відповідно ( $p < 0,05$ ). Кількість візитів хворих з приводу АГ до лікарів протягом року найменшою була в другій і третій групах з величинами  $0,87 \pm 0,08$  і  $1,85 \pm 0,09$  візитів/рік, відповідно, на відміну від  $2,13 \pm 0,10$  візитів/рік серед хворих з контрольованою гіпертензією ( $p < 0,05$ ).

Серед антигіпертензивних медикаментів найчастіше в лікуванні використовували інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), тіазидові діуретики (ТД) та бетаадреноблокатори (ББ). Зокрема, в першій і третій групах ІАПФ призначали в  $43,1\%$  та  $37,5\%$  випадків, а в другій – в  $22,5\%$  ( $p < 0,05$ ), тіазидові діуретики – в  $34,4\%$  та  $29,5\%$  випадків, у другій –  $21,8\%$  ( $p < 0,05$ ). Найчастіше ББ призначали хворим третьої групи –  $37,7\%$ , менше пацієнтам другої групи – в  $25,4\%$  ( $p < 0,05$ ), найрідше призначали хворим першої групи – лише  $17,5\%$  ( $p < 0,05$ ). Призначення антагоністів кальцієвих каналів (АКК) у першій і третій групах склало  $21,3\%$  та  $19,7\%$ , відповідно, а другій групі – тільки  $13,4\%$  ( $p < 0,05$ ). Рідше за все використовували препарати групи блокаторів рецепторів ангіотензину-II (БРА2), частка яких у лікуванні хворих першої групи складала  $15,6\%$ , у третій групі –  $11,5\%$ , і тільки  $4,2\%$  ( $p < 0,05$ ) і другій групі. Призначення препаратів інших груп (центральні агоністи імідазолових рецепторів і периферичні  $\alpha$ -адреноблокатори, а також препарати короткої антигіпертензивної дії (ніфедипін, каптоприл, анаприлін тощо) з метою зниження короточасного підвищення АТ на фоні базисної антигіпертензивної терапії) не досягало рівня  $12\%$ .

У тактиці комбінованої антигіпертензивної терапії лікарі найчастіше використовували монотерапію (в першій групі у  $27,5\%$ , у другій групі у  $18,6\%$  ( $p < 0,05$ ) випадків) чи терапію комбінацією з двох препаратів (у першій групі у  $38,4\%$ , у другій групі в  $28,4\%$  пацієнтів). Всі хворі третьої групи приймали три- або чотирикомпонентну терапію (в  $73,8\%$  і  $26,2\%$  випадках), що, знову ж таки, відповідало характеристиці резистентної АГ. Навпаки, комбінацію з трьох препаратів пацієнтам першої і другої груп призначали значно рідше – в  $15,1\%$  та  $14,0\%$  випадків, а застосування чотирьох препаратів склало менш ніж  $3\%$  ( $p < 0,05$ ) випадків. Відповідно, комбіновану терапію найрідше застосовували в першій і другій групах з часткою  $46,9\%$  і  $36,6\%$  відповідно, тоді як у третій групі вона дорівнювала  $100\%$  ( $p < 0,05$ ). У середньому кількість антигіпертензивних препаратів, які хворі приймали протягом року, найменшою була в першій



групі, дорівнюючи  $1,76 \pm 0,12$ , суттєво збільшувалась в другій групі –  $2,12 \pm 0,19$  ( $p < 0,05$ ), найбільшої величини  $3,25 \pm 0,18$  ( $p < 0,05$ ) сягала в третій групі.

За даними аналізу комбінацій антигіпертензивних препаратів найчастіше в лікуванні використовували комбінацію груп ІАПФ і ТД (у першій і третій групах у 22,5% та 27,9%, значно рідше в другій групі – в 14,1% випадків ( $p < 0,05$ )). Значний відсоток у лікуванні склала комбінація ББ+Д, досягаючи найбільших показників у третій групі (24,6%). Навпаки, сумісний прийом ІАПФ та АКК у першій і третій групах склав лише 6,3% та 6,6% випадків, а в другій групі він дорівнював тільки 2,1% випадків. Комбінація БРА2 і ТД у першій групі використовували у 4,4% пацієнтів, у третій групі – у 6,6%, у другій групі – лише 1,4% хворих. Менш ніж у 5% випадків використовували комбінації БРА2+АКК, ББ+АКК, ІАПФ+АКК+Д.

Лікар-залежна прихильність до лікування характеризувалась частотою змін препаратів, найчастіше в другій групі –  $4,26 \pm 0,21$  преп./рік, що було вірогідно більше ніж у першій групі з величиною  $3,17 \pm 0,18$  преп./рік ( $p < 0,05$ ). Особливості тактики лікування в обстежених групах проявлялись так: у другій групі посилення терапії в 62,7% випадків проти 41,3% у першій групі ( $p < 0,05$ ), зниженням дози препаратів в 25,4% випадків проти 12,5% у першій групі ( $p < 0,05$ ), відміною терапії та наступним призначенням у 35,2% проти 21,3% у першій групі ( $p < 0,05$ ) або тільки відміною в 17,6% проти 5,0% у першій групі ( $p < 0,05$ ), призначенням допоміжних препаратів у 39,4% проти 24,4% у першій групі ( $p < 0,05$ ). Відсутність змін у терапії частіше відзначали в третій групі в 31,2% проти 8,13% в першій групі ( $p < 0,05$ ). Зміни в тактиці лікування частіше виявляли в другій і третій групах за такими показниками: неадекватність частоти прийому ліків у 38,0% та 22,9% випадків відповідно проти 11,3% у першій групі ( $p < 0,05$ ); призначення нераціональних комбінацій ліків у 33,1% і 29,5% випадків відповідно проти 18,1% у першій групі ( $p < 0,05$ ); призначення їх неадекватних доз у 42,3% та 37,7% випадків відповідно проти 21,3 у першій групі ( $p < 0,05$ ); призначення небазисних препаратів у 18,3% та 6,6% випадків відповідно проти 4,4% у першій групі ( $p < 0,05$ ); призначення препаратів короткої дії в 31,7% та 18,0% випадків відповідно проти 6,3% у першій групі ( $p < 0,05$ ).

Отже, дослідження довело наявність багатофакторності та неоднорідності чинників, що впливали на прихильність до лікування хворих залежно від рівня контролю АГ. В першу чергу це має відношення до хворих з резистентною АГ, у яких спостерігали суттєвий вплив чинників несприятливих васкулярних подій, зокрема ожиріння за абдомінальним типом, надмірне вживання солі, обтяжену спадковість та гіподинамію. Виявлені взаємозв'язки вказували на важкість перебігу ГХ, що підтверджувалось зростанням частки хворих з АГ III ст. та кількості викликів лікарів бригади швидкої медичної допомоги з приводу гіпертонічних кризів у цій групі. З іншого боку, останнє доводило можливість впливу зазначених чинників ризику не тільки на рівень контролю АГ, але й про їх асоціацію з низькою прихильністю до лікування.

Типовими порушеннями пацієнт-залежної прихильності, що виявлені в обох групах неконтрольованого перебігу АГ, була низька обізнаність про ускладнення АГ і небезпечність факторів ризику, що супроводжувалось недостатніми вимірами АТ, недостатньо частим відвідуванням лікарів, нерегулярністю прийому чи самостійним призначенням антигіпертензивних ліків. Особливо це стосується хворих з резистентною АГ, серед яких тільки третина постійно приймали ліки, а більше чверті хворих займались самолікуванням.

Серед порушень препарат-залежної прихильності у хворих з недостатнім контролем АГ треба виділити великий відсоток використання монотерапії, значну частоту комбінацій ББ з ТД, показання до якої в останні роки значно обмежені, та досить рідке використання АКК і БРА2 як у монотерапії, так і в комбінованій терапії. У групі хворих на резистентну АГ, незважаючи на відсутність досягнення цільового рівня АТ трикомпонентною комбінацією ліків, досить рідко застосовували комбінацію з чотирьох препаратів.

Лікар-залежна прихильність при неконтрольованій АГ характеризувалась частішою зміною препаратів, їх дози чи комбінації, призначенням недостатньої дози, низькоефективної комбінації. При резистентній АГ тривалий час навпаки були відсутні зміни в терапії.

Отже, дослідження довело необхідність перегляду підходів до ведення на амбулаторному етапі хворих з неконтрольованою та резистентною АГ з метою покращення їх прихильності до лікування. Це стосується як покращення санітарно-просвітницької роботи з хворими, так і чіткішого дотримання лікарями загальноприйнятих стандартів проведення антигіпертензивної терапії. Особливу увагу лікарів необхідно звернути на ширше використання комбінованого лікування, особливо із застосуванням груп антагоністів кальцієвих каналів і блокаторів рецепторів ангіотензину-II.

## ВИСНОВКИ

1. Ретроспективний аналіз антигіпертензивної терапії на амбулаторному етапі виявив суттєві відмінності пацієнт-залежної, препарат-залежної та лікар-залежної прихильності до лікування пацієнтів з різною ефективністю контролю артеріальної гіпертензії.

2. Резистентна артеріальна гіпертензія тісно асоціюється з впливом чинників несприятливих васкулярних подій, зокрема з ожирінням за абдомінальним типом, надмірним вживанням солі, обтяженою спадковістю та гіподинамією, що доводить можливість їх впливу на прихильність до лікування.

3. Неконтрольована АГ характеризується порушеннями пацієнт-залежної прихильності з низькою обізнаністю про ускладнення АГ і небезпечність факторів ризику, що супроводжується недостатніми вимірами АТ, недостатньо частими відвідуваннями лікаря, нерегулярністю прийому чи самостійним призначенням антигіпертензивних ліків.

4. Порушення препарат-залежної прихильності у хворих з недостатнім контролем АГ полягають у використанні монотерапії, значній частоті комбінацій ББ з ТД і рідким ви-



користанням АКК і БРА2. У групі хворих з резистентною АГ такі відхилення проявлялись недостатнім застосуванням комбінації з чотирьох препаратів.

5. Лікар-залежна прихильність при неконтрольованій АГ характеризується частішими змінами препаратів або їх дози чи комбінацій, призначенням недостатньої дози, низько-ефективних комбінацій, а при резистентній АГ відсутністю змін в терапії протягом тривалого часу.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко В.М. Настанова з артеріальної гіпертензії / Коваленко В.М., Свищенко Є.П., Сіренко Ю.М. – К.: МОРІОН, 2010. – С. 262–269.
2. Kaplan N.M. Kaplan's Clinical Hypertension / Kaplan N.M., Victor R.G., Flynn J.T. – Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 10th-Ed., 2010. – 560 p.
3. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Нац. програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії / Свищенко Є.П., Багрій А.Е., Сна
4. Л.М. [та ін.]; ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска». – 4-те вид. – К., 2008. – 55 с.
4. Braunwald E. A. Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. / E. Braunwald – Saunders, An Imprint of Elsevier, Philadelphia, 2007. – 1134 p.
5. Сіренко Ю.М. Різниця в частоті досягнення цільового артеріального тиску між окремими регіонами України / Сіренко Ю.М., Радченко Г.Д., Марцovenko I.M. // Сімейна медицина. – 2010. – №2. – С. 86–91.
6. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. [et al.] // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28, №12. – P. 1462–1536.
7. Конради А.О. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции / Конради А.О., Полуничева Е.В. // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, №3. – С. 72–75.
8. Тащук В.К. Проблема прихильності лікування хворих на артеріальну гіпертензію / Тащук В.К. // Практична ангіологія. – 2010. – №3. – С. 48–51.

#### Відомості про автора:

Доценко С.Я., д. мед. н., доцент, зав. каф. внутрішніх хвороб З ДМУ.

Поступила в редакцію 25.10.2012 г.