

УДК 616.12-008.331.1-036.8

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.93853

АНАЛІЗ ПРИЧИН НЕДОСТАТНЬОЇ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНУ ТА ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

© В. О. Збігнєва, С. В. Бусел

У статті розглянуті основні причини недостатньої прихильності до лікування хворих на резистентну та псевдорезистентну артеріальну гіпертензію. З метою проведення аналізу можливості їх усунення, застосовували різні методи корекції недостатньої прихильності до лікування на фоні оптимізації антигіпертензивної терапії. Отримані результати демонструють ефективність додаткових методів корекції в усуненні суб'єктивних причин у більшості пацієнтів

Ключові слова: резистентна гіпертензія, псевдорезистентна гіпертензія, причини недостатньої прихильності до лікування

1. Вступ

Справжню поширеність резистентної артеріальної гіпертензії (РАГ) важко оцінити, так як у більшості пацієнтів визначається псевдорезистентна гіпертензія (ПРАГ), основною причиною якої є недостатня прихильність пацієнтів до антигіпертензивної терапії [1, 2]. За різними даними, частота РАГ становить від 5 до 30 % [1, 3, 4]. Всі фактори, які обумовлюють низьку прихильність до лікування, можуть бути розподілені на фактори пов'язані з пацієнтом і пов'язані з лікарем [4]. При цьому, переконливо доведено, що низька прихильність до антигіпертензивної терапії є основною причиною несприятливих серцево-судинних подій, викликаних неконтрольованим високим артеріальним тиском [5, 6].

2. Обґрунтування дослідження

В амбулаторній практиці прихильність до лікування може бути підвищена шляхом застосування різноманітних методів [7, 8]. Насамперед, це застосування освітніх заходів: видача пам'яток, навчання та роз'яснювальна робота лікаря [9]. Значно рідше застосовуються методи технічного впливу: електронні пристрої з препаратом, що фіксують час та кратність прийому, метод автоматичного автообзвону з нагадуванням про прийом препарату [10]. Також виділяють заходи спрямовані на активне залучення пацієнта до процесу лікування: вимірювання артеріального тиску (АТ) в домашніх умовах з веденням щоденників контролю АТ, регулярні візити до лікаря, ведення щоденників самоконтролю з зазначенням часу прийому препарату тощо [11, 12].

В зв'язку з цим, представляється актуальним виділити основні причини низької прихильності до лікування пацієнтів з резистентною та псевдорезистентною гіпертензією та опрацювати методи їх корекції в практиці сімейного лікаря.

3. Мета дослідження

Аналіз основних причин недостатньої прихильності до лікування пацієнтів з резистентною та псевдорезистентною артеріальною гіпертензією

та можливостей їх усунення шляхом застосування різних методів корекції недостатньої прихильності до лікування на фоні оптимізації антигіпертензивної терапії в практиці сімейного лікаря.

4. Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилось на базі відділення загальної практики-сімейної медицини та відділення функціональної діагностики Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету. У дослідження було включено 120 пацієнтів (чоловіків – 68 (56,7 %); жінок – 52 (43,3 %); середній вік – 51,6 ± 2,2 роки) зі стабільним перебігом гіпертонічної хвороби тривалістю більше за 3 роки. Всі пацієнти мали вихідний рівень артеріального тиску вище за 140/90 мм рт. ст. при прийомі 3-х та більше антигіпертензивних препаратів у стабільних дозах не менше 30 днів.

Всім пацієнтам, першочергово, проводилась диференційна діагностика між есенціальною артеріальною гіпертензією та симптоматичними гіпертензіями. Надалі, за умови виключення вторинних (симптоматичних) гіпертензій, у пацієнтів проводили диференційну діагностику псевдорезистентної та істинної резистентної гіпертензії шляхом вимірювання рівня офісного АТ та реєстрації ЕКГ до та через 3 години після прийому трьох раніше призначених антигіпертензивних препаратів [13].

За результатами проведеної диференційної діагностики, хворі були розподілені на 4 групи:

I група (контрольна) (n=30) – пацієнти з ПРАГ зі звичайними методами корекції прихильності;

ІА група (основна) (n=30) – пацієнти з ПРАГ, яким проводилась додаткова корекція недостатньої прихильності до лікування;

ІІ група (контрольна) (n=30) – пацієнти з РАГ із звичайними методами корекції прихильності;

ІІА група (основна) (n=30) – пацієнти з РАГ, яким проводилась додаткова корекція недостатньої прихильності до лікування;

Пацієнти усіх груп отримували антигіпертензивні препарати у оптимальних (максимально переносимих дозах). Звичайні методи корекції недостатньої прихильності до лікування включали роз'яснювальну роботу лікаря, надання рекомендацій щодо модифікації способу життя, видача пам'яток для пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Додаткова корекція здійснювалась за допомогою запровадження в практику пацієнтів домашнього моніторування АТ з веденням щоденника самоконтролю та методу телефонних консультувань (візитів): під час стандартизованих щотижневих телефонних дзвінків пацієнту нагадували про необхідний прийом антигіпертензивних препаратів, дізнавались про його самопочуття та рівень АТ під домашнього самомоніторування та, за необхідності, проводили корекцію призначеної антигіпертензивної терапії.

В усіх групах на початку дослідження та через 6 місяців проведеного лікування здійснювали вимірювання офісного АТ, визначали прихильність пацієнтів до лікування за допомогою опитувальника Моріски-Гріна, який оцінювали наступним шляхом: 0–2 бали – неприхильні до лікування; 3 – недостатньо прихильні до лікування; 4 бали – прихильні до лікування [14, 15]. За допомогою спеціально розробленої анкети визначали причини недостатньої прихильності до лікування: суб'єктивні, пов'язані з пацієнтом (нерегулярний прийом препаратів, побічні ефекти терапії (зі слів пацієнта), висока вартість лікування, недостатня кількість візитів до лікаря) та об'єктивні, пов'язані з призначеним лікуванням (неефективні дози препаратів, неефективні групи препаратів, недостатня кратність прийому медикаментів, складність схеми лікування, побічні ефекти терапії). В анкеті також оцінювали дані анамнезу (тривалість гіпертензії, частота кризових станів, максимальні цифри підйому АТ у кожного пацієнта), призначену антигіпертензивну терапію (кількість препаратів, їх дозування, кратність прийому, застосування іншої медикаментозної або немедикаментозної терапії), наявність супутньої патології (ІХС, ЦД, перенесені порушення мозкового кровообігу тощо), наявність факторів ризику (паління, вживання алкоголю, обмеження вживання солі, заняття фізичними вправами тощо). Анкета заповнювалась дослідником шляхом інтерв'ю зі слів пацієнта на початку дослідження та через 6 місяців проведеного лікування.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакета статистичного аналізу Microsoft Excel 2010. Визначали достовірність різниці між показниками з урахуванням типу розподілу за допомогою t-критерію Стьюдента. За пороговий рівень статистичної значимості брали $p < 0,05$.

5. Результати дослідження

Аналіз прихильності пацієнтів до лікування, проведений на початку дослідження, виявив, що у багатьох хворих, не тільки на ПРАГ, але й на РАГ, були виявлені порушення прихильності до лікування (рис. 1).

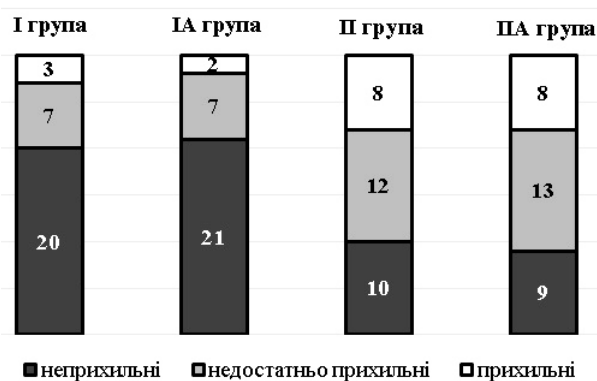


Рис. 1. Кількість хворих на резистентну та псевдорезистентну артеріальну гіпертензію неприхильних, недостатньо прихильних та прихильних до лікування на початку дослідження

Проведений аналіз причин низької прихильності до лікування дозволив виділити дві групи причин: суб'єктивні (пов'язані з пацієнтом) та об'єктивні (пов'язані з призначеним лікуванням). Серед причин порушення прихильності до лікування у пацієнтів з ПРАГ (I та IA групи) переважали саме суб'єктивні причини, пов'язані з пацієнтом – 83,3 %. Суб'єктивні причини порушення прихильності до лікування у пацієнтів з РАГ (II та IIA групи), в порівнянні з хворими на ПРАГ, зустрічались значно рідше – у 45,5 % випадків (рис. 2).

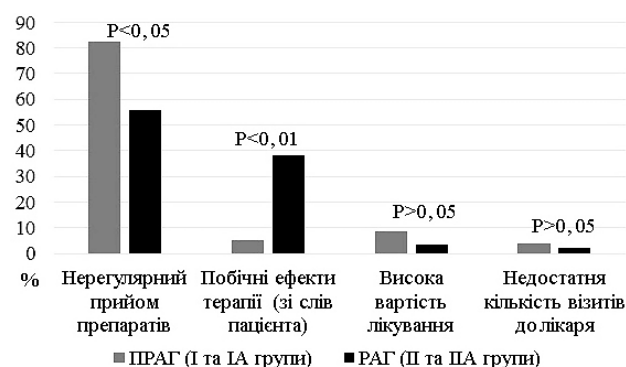


Рис. 2. Суб'єктивні, пов'язані з пацієнтом, причини низької прихильності до лікування хворих на псевдорезистентну та резистентну артеріальну гіпертензію

У пацієнтів з РАГ переважали саме об'єктивні причини (пов'язані з призначеним лікуванням) – 54,5 %. У хворих на ПРАГ об'єктивні причини, пов'язані з призначеним лікуванням, виявлялись лише у 16,7 % випадків (рис. 3).

Суб'єктивні причини, як у хворих на ПРАГ, так і на РАГ, найчастіше були обумовлені саме нерегулярним прийомом антигіпертензивних препаратів (82,4 % при ПРАГ і 55,7 % при РАГ). Пояснюючи відсутність регулярного прийому антигіпертензивних препаратів, більшість пацієнтів відмітила недоцільність контролю АТ, у зв'язку з відсутністю впливу підвищеного АТ на самопочуття (31 %), а також часто пацієнти забували прийняти препарат (24 %). Аналіз

корекції причин нерегулярного прийому препаратів через 6 місяців лікування показав, що найлегше коригувались причини, пов'язані з переконаністю в недоцільності контролю АТ ($p < 0,01$) та відмова від прийому ліків у зв'язку з відсутністю впливу підвищеного АТ на самопочуття ($p < 0,01$) (рис. 4).

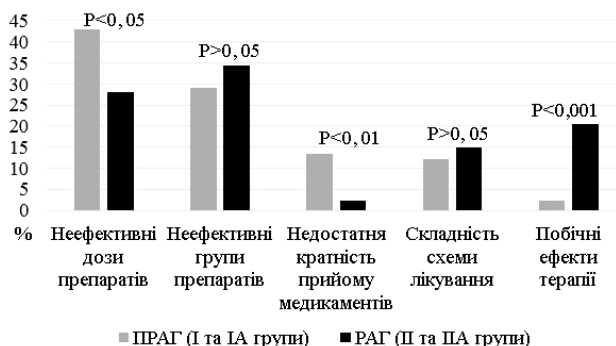


Рис. 3. Об'єктивні, пов'язані з призначенням лікування, причини низької прихильності до лікування хворих на псевдорезистентну та резистентну артеріальну гіпертензію

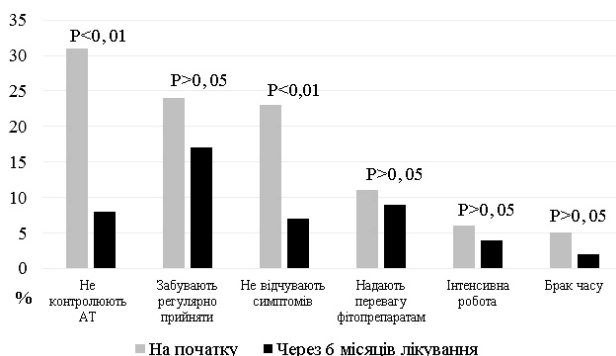


Рис. 4. Аналіз корекції причин нерегулярного прийому антигіпертензивних препаратів на початку та через 6 місяців лікування

Оцінюючи динаміку корекції причин недостатньої прихильності до терапії на початку та через 6 місяців лікування, встановлено, що застосування додаткових методів корекції недостатньої прихильності до лікування дозволило у більшості пацієнтів, як з ПРАГ, так і РАГ, скоригувати суб'єктивні причини (рис. 5).

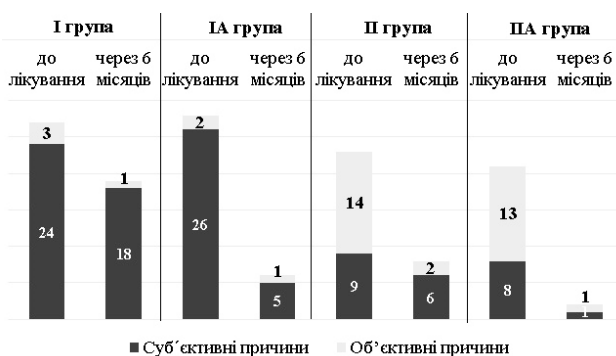


Рис. 5. Кількість хворих на резистентну та псевдорезистентну гіпертензію з суб'єктивними та об'єктивними причинами недостатньої прихильності до лікування на початку та через 6 місяців лікування

6. Обговорення результатів дослідження

Отримані дані засвідчили, що переважна більшість хворих на ПРАГ (I та IA групи) були неприхильні до лікування. Хоча хворі на РАГ (II та IIA групи), порівняно до хворих на ПРАГ, достовірно частіше виявляли прихильність до лікування ($p < 0,001$), у більшості з них вона була недостатньою (рис. 1). Серед причин порушення прихильності до лікування у пацієнтів з ПРАГ переважали саме суб'єктивні причини, пов'язані з пацієнтом – 83,3 %, а у пацієнтів з РАГ – об'єктивні причини, пов'язані з призначенням лікуванням – 54,5 %.

Суб'єктивні причини, як у хворих на ПРАГ, так і на РАГ, найчастіше були обумовлені саме нерегулярним прийомом антигіпертензивних препаратів (82,4 % при ПРАГ і 55,7 % при РАГ). Також у пацієнтів з РАГ провідне місце займали побічні ефекти терапії – 38,4 %, пов'язані з призначенням максимальних доз антигіпертензивних препаратів (рис. 2).

Серед об'єктивних причин, основне місце у хворих на ПРАГ займали неефективні дози призначених антигіпертензивних препаратів – 42,9 %. У пацієнтів з РАГ, окрім цього, призначення неефективних груп препаратів – 34,3 % та велика кількість побічних ефектів при збільшенні доз антигіпертензивних препаратів до максимальних – 20,5 % (рис. 3).

Пояснюючи відсутність регулярного прийому антигіпертензивних препаратів, більшість пацієнтів відмітила недоцільність контролю АТ, у зв'язку з відсутністю впливу підвищеного АТ на самопочуття, а також часто пацієнти забували прийняти препарат або «заощаджували» таблетки (рис. 4). При цьому, в усіх групах легше коригувались причини, пов'язані з переконаністю в недоцільності контролю АТ ($p < 0,01$) та відмова від прийому ліків у зв'язку з відсутністю впливу підвищеного АТ на самопочуття ($p < 0,01$). Найтяжче в усіх групах коригувались причини, пов'язані з самолікуванням фітотерапією ($p > 0,05$) та у хворих, які забували регулярно приймати препарати ($p > 0,05$) (рис. 4).

У пацієнтів, яким проводили додаткову корекцію недостатньої прихильності до лікування (IA та IIA групи), суб'єктивні причини вдалося скоригувати у 28 з 34 пацієнтів – 82,4±3,4 %, на відміну від пацієнтів, яким проводилась лише загальноприйнята корекція (I та II групи) – лише у 9 з 33 пацієнтів – 27,3±6,3 % ($p < 0,01$). Об'єктивні причини низької прихильності до терапії, пов'язані з призначенням лікуванням, також були усунуті у більшості пацієнтів усіх груп після проведення корекції терапії та призначення препаратів відповідно до національних та міжнародних рекомендацій [1, 2] (рис. 5).

Таким чином, застосування додаткових методів корекції недостатньої прихильності до лікування дозволило у більшості пацієнтів, як з ПРАГ, так і РАГ, скоригувати суб'єктивні причини, які були переважно пов'язані з нерегулярним прийомом антигіпертензивних препаратів.

7. Висновки

1. У більшості хворих, не тільки на псевдорезистентну артеріальну гіпертензію, але й на резистентну, були виявлені порушення прихильності до лікування: у 91,7 % пацієнтів з псевдорезистентною гіпертензією та у 73,3 % пацієнтів з резистентною гіпертензією.

2. Серед причин порушення прихильності до лікування у пацієнтів з псевдорезистентною гіпертензією переважали суб'єктивні причини, пов'язані з пацієнтом – 83,3 %, а у пацієнтів з резистентною –

об'єктивні причини, пов'язані з призначенням лікування – 54,5 %.

3. Застосування додаткових методів корекції недостатньої прихильності до лікування, а саме запровадження в практику пацієнтів домашнього моніторингу артеріального тиску з веденням щоденника самоконтролю та методу телефонних консультацій (візитів), дозволило усунути суб'єктивні причини, переважно пов'язані з нерегулярним прийомом препаратів, у більшості пацієнтів: 82,4±3,4 %.

Література

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Текст]. – МОЗ України, 2012. – № 384. – 64 с. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/151151>
2. Mancia, G. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension [Text] / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redon, A. Zanchetti, M. Bohm et. al. // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31, Issue 7. – P. 1281–1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
3. Корж, А. Н. Диагностика и лечение резистентной артериальной гипертензии [Текст] / А. Н. Корж // Международный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 15–23.
4. Кобалова, Ж. Д. Резистентная артериальная гипертензия: новое и неизменно значимое [Текст] / Ж. Д. Кобалова, Е. К. Шаварова // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2013. – Т. 12, № 2. – С. 123–132.
5. Yaxley, J. Resistant hypertension: an approach to management in primary care [Text] / J. Yaxley, S. Thamba // Journal of Family Medicine and Primary Care. – 2015. – Vol. 4, Issue 2. – P. 193–199. doi: 10.4103/2249-4863.154630
6. Обертинська, О. Г. Резистентна артеріальна гіпертензія: пошук оптимальної комбінованої терапії [Текст] / О. Г. Обертинська // Український кардіологічний журнал. – 2015. – № 6. – С. 113–123.
7. Wuerzner, K. Difficult blood pressure control: watch out for non-compliance! [Text] / K. Wuerzner, C. Hassler, M. Burnier // Nephrology Dialysis Transplantation. – 2003. – Vol. 18, Issue 10. – P. 1969–1973. doi: 10.1093/ndt/gfg281
8. Gosmanova, E. O. Adherence to antihypertensive medications: is prescribing the right pill enough? [Text] / E. O. Gosmanova, C. P. Kovesdy // Nephrology Dialysis Transplantation. – 2014. – Vol. 30, Issue 10. – P. 1649–1656. doi: 10.1093/ndt/gfu330
9. Качан, І. С. Оцінка прихильності до лікування хворих на гіпертонічну хворобу [Текст] / І. С. Качан // Запорозький медичний журнал. – 2012. – № 1. – С. 70–72.
10. Osterberg, L. Adherence to medication [Text] / L. Osterberg, T. Blaschke // New England Journal of Medicine. – 2005. – Vol. 353, Issue 5. – P. 487–497. doi: 10.1056/nejmra050100
11. Burnier, M. Managing “resistance” [Text] / M. Burnier // Current Opinion in Nephrology and Hypertension. – 2014. – Vol. 23, Issue 5. – P. 439–443. doi: 10.1097/mnh.0000000000000045
12. Сіренко, Ю. М. Додаткові методи оцінки ефективності та адекватності антигіпертензивної терапії [Текст] / Ю. М. Сіренко, В. М. Рековець, О. С. Гур'єва // Артеріальна гіпертензія. – 2010. – № 2 (10). – С. 40–45.
13. Пат. № 110884 UA. Спосіб диференційної діагностики псевдорезистентної артеріальної гіпертензії від резистентної артеріальної гіпертензії. МПК А61В 5/0452, А61В 5/021 [Текст] / Волошина О. Б., Удовиця В. О., Лисий І. С., Дукова О. Р., Чайка А. О., Дичко Т. О.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. – № а201410369; заявл. 22.09.2014; опубл. 25.02.2016, Бюл. № 4.
14. Morisky, D. E. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting [Text] / D. E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, H. J. Ward // The Journal of Clinical Hypertension. – 2008. – Vol. 10, Issue 5. – P. 348–354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
15. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence [Text] / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Medical Care. – 1986. – Vol. 24, Issue 1. – P. 67–74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Волошина О. Б.
Дата надходження рукопису 17.01.2017*

Збітнєва Вікторія Олегівна, аспірант, кафедра загальної практики і медичної реабілітації, Одеський національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082
E-mail: viktoriazbitneva@gmail.com

Бусел Світлана Валентинівна, асистент, кафедра загальної практики і медичної реабілітації, Одеський національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082
E-mail: gpodmu@mail.ru