

Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению?

Л.Б. Лазебник, Д.В. Подкопаев, И.А. Комиссаренко, О.М. Михеева

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

Лазебник Л.Б. — доктор медицинских наук, профессор, директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии; Подкопаев Д.В. — врач-методист ОМО по терапии; Комиссаренко И.А. — доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник отделения апитерапии; Михеева О.М. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением апитерапии.

Контактная информация: шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва, Россия, 111123. Факс: 8 (495) 304–19–42. E-mail: podkopaev.mitya@yandex.ru (Подкопаев Дмитрий Викторович).

Резюме

Цель исследования — анализ получения больными артериальной гипертензией (АГ) информации по лечению во время визита в поликлинику и степени ее восприятия. **Материалы и методы.** Обследовано 270 больных АГ (146 женщин, 124 мужчины) методом анкетирования после завершения приема у участкового терапевта. **Результаты.** На приеме врача больные получали рекомендации преимущественно в устной форме (51 % мужчин и 42 % женщин), письменные — лишь 19 % мужчин и 27 % женщин. В смешанной форме, то есть устно и письменно, — 30 % мужчин и 31 % женщин. По результатам проведенного опроса 46 % больных признают, что рекомендации врачом озвучены полностью — дозы, кратность приема гипотензивных препаратов, продолжительность курса лечения. Но более половины больных (54 %) рекомендации получают частично, либо не получают вовсе, что в свою очередь весьма негативно сказывается на приверженности больных к лечению АГ. У всех больных в зависимости от формы получения рекомендаций оценивали степень ее восприятия по 5-балльной шкале от «все понял» (5) до «ничего не понял» (1). Наиболее высокий уровень выполнения больными рекомендаций врача установлен при получении информации в комбинированном виде (устно/письменно) — у 23 % мужчин и у 27 % женщин. **Заключение.** Анализ полученных данных показал, что для повышения приверженности больного к лечению, врачу необходимо правильно оценивать конечные цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении. Сохранение продолжительной мотивации к лечению — задача, которая может быть решена только при комплексном подходе. При этом просветительская работа и обучение должны быть направлены не только на больного, но и на членов семьи.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к лечению, рекомендации.

How to increase compliance in hypertensive patients?

L.B. Lazebnik, D.V. Podkopaev, I.A. Komissarenko, O.M. Mikheeva

Central Research Institution of Gastroenterology, Moscow, Russia

Corresponding author: 86 Enthusiast way, Moscow, Russia, 111123. Fax: 8 (495) 304–19–42. E-mail: podkopaev.mitya@yandex.ru (Dmitry V. Podkopaev, MD).

Abstract

Objective. To analyze the quality and perception of recommendations received by hypertensive patients during the visit to the clinic. **Design and methods.** We included 270 hypertensive patients (146 women, 124 men) who filled in the questionnaire after visiting their local physician. **Results.** On admission, patients received recommendations mostly in oral form (51 % males and 42 % females), 19% males and 27 % females got written prescriptions. 30 % of men and 31 % of women were informed both orally and in writing. According to the results of the survey 46 % of patients admit that the recommendations are complete including the information about doses, quantity of antihypertensive drugs, and duration of treatment. However, more than half of patients (54 %) got only partial recommendations or were not informed at all, that can negatively impact the compliance to treatment. All patients evaluated recommendations by a special 5-level scale from «everything is clear» (5) to «nothing is clear» (1). Patients who got recommendations in combined form (both oral and written) demonstrated the highest level of compliance: 23 % of men and 27 % of women. **Conclusions.** Our study showed that to improve patients' adherence to treatment, the physician should correctly assess the goals of therapy and be persistent in achieving them. Prolonged motivation for treatment can be achieved only with an integrated approach, which includes education and training of both patients and their family members.

Key words: arterial hypertension, compliance, recommendations.

Статья поступила в редакцию: 18.04.11. и принята к печати: 10.06.11.

И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять. М. Сервантес

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) — одна из важных проблем мирового сообщества в целом и России, в частности, так как распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди прочих стоит на первом месте. В нашей стране зарегистрировано более 40 млн больных АГ [1].

Бессимптомность АГ в большинстве случаев приводит к позднему обращению к врачу и чаще всего уже при наличии сопутствующей патологии или осложнений [2].

Необходимость поддержания артериального давления (АД) на целевом уровне (< 140/90 мм рт. ст. для всех больных АГ) между очередными приемами антигипертензивного препарата у всех больных АГ не вызывает сомнения. Обоснованность этой стратегии определяется прежде всего значительным снижением риска сердечно-сосудистых осложнений [3].

Приверженность лечению (комплаентность) — это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер по изменению образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [5]. В узком смысле под приверженностью больного лечению АГ понимают корректный прием антигипертензивных препаратов (не менее 80 % от должного). Прием некорректной дозы рекомендованных врачом препаратов или их прием в иное, отличное от назначенного врачом время, пропуски в приеме и/или отказ от лечения, представляют собой различные варианты нарушения приверженности. Как правило, наиболее частым проявлением недостаточной приверженности является прием неэффективных доз лекарств и пропуски в течение 2–3 дней [5].

Косвенными признаками хорошей или недостаточной приверженности служит отношение больного к тем рекомендациям, которые были даны врачом, ведение дневника самоконтроля АД, отметки в нем приема препаратов и так далее. Имеются данные о том, что самым ранним признаком ухудшения комплаентности служит прекращение больными занесения информации о приеме препаратов в индивидуальный дневник [5].

Среди причин отсутствия адекватного снижения АД у больных АГ при применении гипотензивной терапии можно выделить три группы. К первой группе следует отнести причины, связанные с характером самого заболевания. АГ отличается выраженной гетерогенностью причин, многообразием патофизиологических механизмов, играющих роль в развитии и прогрессировании заболевания. Порой установить точный патогенетический механизм у больного в клинической практике весьма трудно, поэтому выбор препарата зачастую проводится эмпирически, а предсказать эффективность лечения невозможно.

Вторая группа причин исходит со стороны врача: недостаточная возможность в поликлинической практике титровать дозы и модифицировать начальную терапию, ежедневно осуществлять мониторинг за эффективностью

лечения, а иногда и незнание современных рекомендаций по лечению АГ.

Третья группа причин связана с больными: низкая информированность о своем заболевании, о необходимости длительного (пожизненного) лечения, невыполнение предписаний врача, — все это в итоге приводит к низкой приверженности больного терапии.

Если устранить первую группу причин в клинической практике невозможно, то уменьшение влияния двух других групп является выполнимой задачей [9].

Большое значение в приверженности лечению имеет личность врача. Его квалификация, заинтересованность в судьбе больного, несомненно, важны для достижения положительного результата.

Эпидемиологическое исследование *Cardiomonitor*, охватившее 5 Европейских стран (Англию, Францию, Италию, Испанию и Германию), было посвящено вопросам изучения причин неадекватного лечения АГ [9]. Изучение фармакоэпидемиологии АГ проводилось путем опроса 1470 врачей, имеющих до 15 посещений больных АГ в неделю, и 23339 больных АГ, из которых более 11 тысяч получали антигипертензивную терапию. Исследование показало, что существует значительное расхождение между мнениями врачей и больных об эффективности лечения с практикой. Так, достижение целевого уровня АД наблюдалось лишь в 37 % случаев. При этом врачи считали, что целевое АД достигается у 76 % леченных ими больных, а 95 % больных были уверены, что у них адекватно контролируется АД [9].

Все более широкое распространение в РФ получает новая форма профилактической работы с больными АГ — образовательные школы (по АГ), которые в настоящее время организованы и функционируют на уровне первичного звена здравоохранения. Задачами школ являются информирование больных о риске развития осложнений АГ, положительных последствиях непрерывного лечения и достижения целевых уровней АД, немедикаментозных методах воздействия на АГ, обучение навыкам самоконтроля АД. Самостоятельно контролируя АД, больной становится активным участником процесса лечения, что способствует повышению приверженности и эффективности длительной терапии больных АГ, что и является конечной целью образовательных программ.

Приверженность обратно зависит от частоты побочных эффектов (ПЭ) антигипертензивных препаратов. По данным опроса врачей разных стран, среди причин неадекватного контроля АД решающее значение имеет некомплаентность больных (около 70 %) и лишь небольшая доля приходится на ПЭ (не более 30 %) и недостаточную эффективность лечения (около 25 %) [10].

У больных с неосложненной формой АГ заболевание может протекать бессимптомно, а при назначении им медикаментозной гипотензивной терапии у них могут возникать ПЭ, связанные с лечением, что становится причиной отказа от терапии (табл. 1).

Таблица 1
ПЕРЕЧЕНЬ ПРИЧИН, ПО КОТОРЫМ БОЛЬНЫЕ
НЕ ПРИНИМАЮТ ЛЕКАРСТВА

Причина, по которой больной не принимает ЛС	%
Нет прибора с функцией напоминания	20
ЛС мешают повседневной деятельности	25
Побочные эффекты ЛС	28
Считает, что ЛС не нужно	30
ЛС не помогает	32
Жаль денег на приобретение ЛС	33
Исчезли симптомы АГ	35
Забыл принять ЛС	64

Примечание: ЛС — лекарственное средство; АГ — артериальная гипертензия.

Таким образом, на приверженность могут влиять различные факторы: характер заболевания, необходимость посещения врача, сложность режима приема лекарств, ПЭ и переносимость лекарств, стоимость и доступность препаратов, личностные особенности больного.

Осознание необходимости лечения у больных, особенно у пациентов с неосложненной АГ 1-й степени (повышение АД в пределах 140/90–159/99 мм рт. ст.), составляющих до 70 % всех больных АГ, появляется только при возникновении осложнений АГ (стенокардии, транзиторной ишемической атаки, инсульта или симптомов гипертонической энцефалопатии).

Низкая приверженность больных АГ ухудшает прогноз заболевания. Нерегулярный контроль АД приводит к ослаблению органопротективного действия препаратов, что делает невозможным предупреждение развития осложнений и смертности [10].

Улучшить ситуацию может повышение информированности больных о необходимости выполнения инструкций и предписаний врача, который должен объяснить важность проведения лечения АГ, выполнения режима приема препаратов, последствия самовольного прекращения терапии. Важно также учитывать способ передачи информации от врача к больному, добываясь при этом максимальной эффективности лечения. Низкая приверженность больных АГ ухудшает прогноз заболевания. Ухудшение самочувствия больного, плохая переносимость терапии и сложный режим приема лекарств в результате приводят к снижению приверженности больного к лечению [11].

Цель исследования — анализ и оценка способа передачи информации больному АГ врачом во время визита в поликлинику и степени восприятия данной информации.

Материалы и методы

В скрининговое исследование было включено 270 больных АГ (146 женщин, в возрасте $63,1 \pm 13,8$ года и длительностью заболевания $9,2 \pm 11,2$ года и 124

мужчины в возрасте $61,7 \pm 14,5$ года и длительностью заболевания $9,8 \pm 10,8$ года). Диагноз АГ был установлен на основании критериев ВОЗ. Критерии включения: уровень артериального давления $> 140/90$ мм рт. ст. Критерии исключения: наличие симптоматических АГ, заболеваний крови, соединительной ткани, онкологических заболеваний, сердечной недостаточности III стадии, дыхательной недостаточности II степени, сахарного диабета тип 1, акромегалии, синдрома Иценко-Кушинга. Отбор больных происходил на основании анализа амбулаторных карт. В дальнейшем проводилось анкетирование с заполнением опросного листа после завершения приема у участкового терапевта.

Исследование проводилось на базе городских поликлиник (№ 16, 51, 69, 134, 167, 180 и 210) при участии 14 участковых врачей-терапевтов (по 2 от каждой поликлиники).

По завершении приема у терапевта больные заполняли опросный лист самостоятельно. Опросный лист включал в себя тест Мориски-Грина из 4 вопросов:

1) забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да);

2) не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да);

3) не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да);

4) если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да).

Комплаентными, согласно данному тесту, являются больные, набирающие 4 балла, некомплаентными — 3 и менее балла.

Также опросный лист учитывал перечень причин, по которым больные не принимают препараты, вопросы о форме получения информации на приеме у врача, полноте доведения рекомендаций врачом до больного. Остальные сведения были взяты из амбулаторных карт.

Полученные данные, зарегистрированные у обследованных больных, были адаптированы для математической обработки и изучены с использованием простого статистического анализа (пакет программ прикладного статистического анализа Statistica for Windows v. 7, Microsoft Excel 2007). Проводились расчет средних, максимального и минимального значений, сравнение средних (при равных дисперсиях) с вычислением t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что адекватный медикаментозный контроль повышенного АД у больных АГ чрезвычайно низок во всем мире. В России он составляет 11,6 % (для мужчин — 5,7 %, для женщин несколько выше — 17,5 %). Одной из причин неудовлетворительного контроля повышенного АД является низкая приверженность больных лечению [4].

Многочисленные факторы, такие как стоимость медикаментов, низкий образовательный уровень больного, сложности режима приема и дозирования и другие, долж-

Рисунок 1. Форма получения рекомендаций на приеме у врача поликлиники

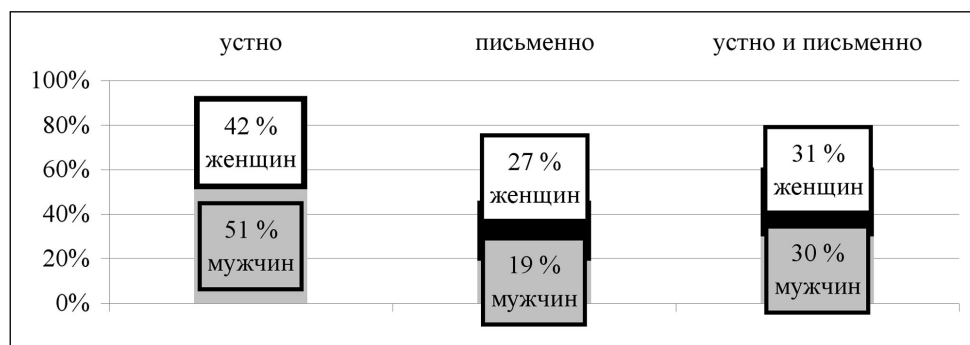
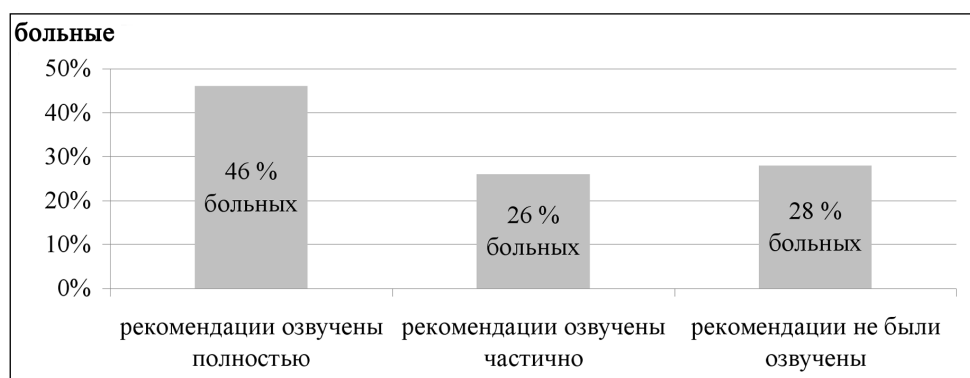


Рисунок 2. Полнота доведения рекомендаций врачом до больных



ны анализироваться врачом при подозрении на низкую приверженность к терапии. Тщательный расспрос больного остается одним из наиболее оптимальных методов определения нарушений приверженности лечению. Врач должен установить реалистичные краткосрочные цели для всех специфических компонентов лечения (контроль веса, снижение употребления соли, физическая активность, снижение употребления алкоголя и по возможности снизить кратность приема препаратов) и максимально индивидуализировать свои рекомендации, исходя из конкретной клинической ситуации, социальных и семейных особенностей больного.

Очевидно, что добиться соблюдения рекомендаций можно только при сотрудничестве врача с больным, которого можно достичь за счет подробного и доступного информирования пациента о цели лечения АГ, в конечном итоге заключающейся в увеличении продолжительности активной жизни.

На рисунке 1 представлено распределение больных, опрошенных в нашем исследовании, по форме получения

информации на приеме у врача поликлиники — устно, письменно и в смешанной форме (устно/письменно).

На приеме у врача больные получали рекомендации преимущественно в устной форме (51 % мужчин и 42 % женщин). Письменные рекомендации от врача получили лишь 19 % мужчин и 27 % женщин, в смешанной форме (устно и письменно) — 30 % мужчин и 31 % женщин.

На рисунке 2 представлены данные об объеме полученных пациентами рекомендаций. 46 % больных признают, что рекомендации врачом озвучены полностью: сообщено о дозах, кратности приема антигипертензивных препаратов, продолжительности курса лечения. Однако более половины больных (54 %) рекомендации получают частично либо не получают вовсе, что в свою очередь может весьма негативно сказываться на приверженности больных лечению АГ.

Все больные в зависимости от формы получения рекомендаций на приеме у врача поликлиники оценивали степень восприятия информации по специальной шкале (табл. 2).

Таблица 2

СТЕПЕНЬ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ (ПО 5-БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ)

Оценочная шкала	1 группа (устно)	2 группа (письменно)	3 группа (устно/письменно)
	124 чел.	63 чел.	83 чел.
5	21 (16,9 %)	23 (36,5 %)	46 (55,4 %)
4	36 (29 %)	14 (22,2 %)	36 (43,4 %)
3	26 (21 %)	12 (19 %)	1 (1,2 %)
2	29 (23,4 %)	11 (17,5 %)	—
1	12 (9,7 %)	3 (4,8 %)	—

Таблица 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧА

Рекомендации врача	Мужчины			Женщины			Всего
	у	п	у/п	у	п	у/п	
Выполняют	9 %	6 %	23 %	18 %	14 %	27 %	54 %
Не выполняют	8 %	6 %	4 %	6 %	2 %	5 %	13 %
Частично выполняют	10 %	11 %	13 %	11 %	7 %	10 %	33 %

Примечание: у — устно, п — письменно, у/п — устно/письменно.

По степени восприятия данных наилучшие результаты получены в третьей группе больных, которые получали информацию от врача в смешанной форме (устно и письменно). Согласно произвольной оценочной шкале от 5 до 1, то есть от «все понял» (5) до «ничего не понял» (1), 5 баллов отмечено у 51,4 % мужчин и у 58,7 % женщин, 4 балла — у 45,9 % мужчин и у 41,3 % женщин, 3 балла только у 2,7 % мужчин (женщин в данной категории нет). Оценки 2 и 1 больными отмечены не были.

Во второй группе, получавшей информацию письменно, данные распределились следующим образом: 5 и 4 балла у более половины больных (54,1 % мужчин и 61,6 % женщин), а 1 и 2 балла — у трети мужчин (29,2 %) и 17,9 % женщин.

И, наконец, в первой группе, в которой больные получали информацию только устно, 5 и 4 балла — у более трети мужчин (34,9 %) и более чем у половины женщин (57,4 %), а 1 и 2 балла — почти у половины мужчин (46,1 %) и 19,7 % женщин.

В таблице 3 больные разделены на группы, в зависимости от формы получения рекомендаций — устно (у), письменно (п), устно/письменно (у/п) — и их выполнения. В обеих подгруппах наиболее высокий уровень выполнения рекомендаций врача при получении информации в комбинированном виде (устно/письменно) — 23 % у мужчин и 27 % у женщин.

В таблице 4 отражены причины невыполнения рекомендаций, получаемых от врача, по результатам нашего исследования.

Учитывая приведенные выше данные, можно сделать заключение, что мужчины в качестве причины невыполнения рекомендаций врача чаще всего приводят улучшение самочувствия (51,6 %), а у женщин к этому добавляются материальные проблемы (по 25,3 % в обоих случаях).

Заключение

Анализируя данные, полученные в результате проведенного исследования, следует признать следующее:

1) наиболее эффективным способом получения информации больным от врача является комбинированный, при котором устные рекомендации сочетаются с письменными. Наилучшее восприятие получаемой информации от врача отмечено в той группе больных, которая получала рекомендации в смешанной форме (устно и письменно). Согласно 5-балльной шкале, примененной в данном исследовании, на 5 и 4 балла восприятие информации оценили почти 100 % больных (97,3 % мужчин и 100 % женщин) в третьей группе (устно/письменно) против 54,1 % мужчин и 61,6 % женщин во второй группе (письменно) и 34,9 % мужчин и 57,4 % женщин в первой группе (устно);

2) степень восприятия информации, получаемой больным от врача на приеме, у женщин с АГ выше, чем у мужчин, во всех группах, подвергшихся оценке с последующим анализом.

Улучшение контроля АД может быть достигнуто только совместными усилиями врача и пациента. Одна из задач российской научно-практической программы АРГУС-2 — изучение барьеров со стороны больного для адекватного лечения АГ. При проведении анализа среди зависимых от больного барьеров наиболее существенными оказались отсутствие самоконтроля АД и неинформированность о нежелательных эффектах препаратов. Наиболее значимыми проблемами взаимодействия с врачом оказались сложность попасть на прием к врачу и боязнь информировать врача о пропуске приема лекарств. Результаты выполнения программы показывают, что приверженность может быть улучшена только путем комплексного подхода, включающего изменение традиционных образовательных программ с акцентом на повышение мотивации больных к лечению, активное вовлечение их в лечебный процесс и улучшение взаимодействия врача и больного [12].

Для того чтобы обеспечить должную приверженность больного к лечению, врачу необходимо правильно оценивать конечные цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении. Приверженность боль-

Таблица 4

ПРИЧИНЫ НЕВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧА

Причины невыполнения рекомендаций	Мужчины	Женщины
Материальные проблемы	17,7 %	25,3 %
Улучшение самочувствия	51,6 %	25,3 %
Не понял объяснений врача	28,2 %	17,8 %
Отсутствие препарата	14,5 %	21,2 %

ных к терапии была одной из самых сложных проблем в лечении АГ с начала использования лекарственных препаратов для снижения АД. Создание мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени — задача, которая может быть решена только при условии комплексной работы государства, учреждений здравоохранения и образовательной системы. При этом просветительская работа и конкретное обучение должно быть направлено не только на больного, но и на членов его семьи.

Как гласит народная мудрость: «Если врач и больной объединят свои усилия в борьбе против болезни, то они скорее всего ее победят, а если нет, то успех сомнителен».

Литература

1. Чазова И.Е. Комбинированная терапия артериальной гипертензии // Прил. к Consilium Medicum. Артериальная гипертензия. — 2001. — Вып. 2. — С. 22–26.
2. Фофанова Т.В., Орлова Я.А., Патрушева И.Ф. и др. Фелодипин в амбулаторной практике: что может влиять на эффективность лечения и приверженность к терапии больных артериальной гипертензией // Рус. мед. журн. — 2009. — Т. 17, № 5. — С. 392.
3. Фомин И.В., Мареев В.Ю., Фадеева И.П. и др. Истинная распространенность артериальной гипертензии и современное состояние гипотензивной терапии в Нижегородской области // Кардиология. — 2000. — № 9. — С. 33–37.
4. Ощепкова Е.В., Исаева Л.Г. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению. Атмосфера // Кардиология. — 2003. — № 3. — С. 33–36.
5. Hill M., Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. — 2007. — Vol. 131. — P. 390–392.
6. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med. Care. — 1986. — Vol. 24, № 1. — P. 67–74.
7. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Патрушева И.Ф. Правильно ли мы выбираем гипотензивный препарат в повседневной амбулаторной практике и как исправить эту ситуацию? (По результатам исследования в Московском городском кардиодиспансере и многоцентровых исследований ФЛАГ и ФАГОТ) // Сердце. — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 185–189.
8. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы лечим больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной клинической практике // Терапевт. арх. — 2003. — № 8. — С. 5–11.
9. Леонова М.В., Мясоедова Н.В. Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность // Рос. кардиол. журн. — 2003. — № 2. — С. 66–72.
10. Hosie J., Wiklund I. Managing hypertension in general practice: can we do better? // J. Hum. Hypertens. — 1995. — Vol. 9, Suppl. 2. — P. S15–S18.
11. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance // Am. Heart J. — 1995. — Vol. 130, № 3, Pt. 1. — P. 572–579.
12. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. Приверженность пациентов антигипертензивной терапии и препятствие к ее улучшению. Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2 // Терапевт. арх. — 2008. — № 3. — С. 76–82.