

# Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекомендаций

Н.А. Алимova<sup>1</sup>, Х.Ё. Шарипова<sup>1</sup>, Х.С. Султонов<sup>1</sup>, Г.М. Негматова<sup>1</sup>, Р.Г. Сохибов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра преподавания внутренних болезней;

<sup>2</sup> Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

У 117 мужчин 40-60 лет (в данном исследовании принят как средний возраст) с артериальной гипертонией (АГ) изучена приверженность к выполнению врачебных рекомендаций по немедикаментозной (модификации образа жизни – МОЖ) и медикаментозной терапии (МТ) на фоне традиционной (при отсутствии постоянного врачебного контроля и обучения больных методам МОЖ, самоконтроля) и контролируемой терапии. Определялись сроки прекращения или регулярности выполнения врачебных рекомендаций по МОЖ и МТ (при выписке из стационара, на 18, 36 и 54 неделе наблюдения).

Установлено, что мужчины среднего возраста с гипертонической болезнью более длительно выполняли рекомендации врача по МОЖ и приёму лекарственных препаратов на фоне контролируемой терапии АГ с многофакторной профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний; в этой группе постепенное снижение частоты выполнения врачебных рекомендаций на 54 неделе наблюдения было незначимым ( $p > 0,05$ ), при сравнении с таковой при выписке.

**Ключевые слова:** мужчины среднего возраста, артериальная гипертония

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) – патология определяющая структуру сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности [1]. Средний возраст у мужчин – наиболее уязвимый период и оптимальный плацдарм для развития патологии сердечно-сосудистой системы [2,3]. В этом возрасте наиболее часто наблюдается мягкая и умеренная АГ, при которой нередко определяется низкий или средний риск и, в связи с отсутствием настороженности не проводится контролируемое лечение. Кроме того, одна из важных причин высокой сердечно-сосудистой заболеваемости мужчин среднего возраста – это отсутствие лечебно-профилактической помощи в полном объёме, в связи с концентрацией большей части внимания и ресурсов на помощи пожилым людям с высоким риском, т.к. возраст – немодифицируемый фактор риска [4,5].

Контроль артериального давления (АД) и достижение целевого его уровня является основной задачей как традиционной, так и контролируемой терапии больных гипертонической болезнью (ГБ) с многофакторной профилактикой ССЗ. Тем не менее, показатель артериального давления (АД) отражает качество антигипертензивного контроля, но не может характеризовать всего многообразия состояния

здоровья и, в целом, результативность антигипертензивной терапии [6].

Степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача, т.е. приверженность лечению, является определяющим фактором эффективности антигипертензивной терапии, и в конечном итоге повышения качества жизни пациента. Кроме того, данный показатель позволяет прогнозировать ожидаемую эффективность рекомендованной немедикаментозной и медикаментозной терапии [7], однако ряд других факторов, таких как недостаточная грамотность, когнитивные нарушения (забывчивость), самостоятельное прекращение лечения в связи с улучшением состояния, могут в динамике непреднамеренно изменить приверженность пациента к лечению. Кроме того, отношение пациента к лечению определяется комплексом его личностных свойств, которые, не всегда удаётся количественно характеризовать и модифицировать. Так или иначе, прекращение выполнения той или иной рекомендации врача может быть первым проявлением снижения приверженности пациента к лечению. Фиксирование сроков прекращения пациентами выполнения рекомендаций врача по модификации образа жизни и медикаментозной терапии АГ, по данным пролон-



гированного наблюдения, может способствовать своевременной коррекции и рационализации индивидуальных программ лечения больных.

**Цель исследования.** Изучить приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ к выполнению врачебных рекомендаций при проведении традиционной и контролируемой терапии.

**Материал и методы.** В течение 54 недель проводилось проспективное наблюдение 117 мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, госпитализированных с гипертоническим кризом.

Критерии включения: средний возраст мужчин (40–59 лет), мягкая и умеренная стадия АГ, подтвержденной согласно клиническим рекомендациям ВНОК.

Критерии исключения из исследования: вторичные формы АГ, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжёлая почечная и печёночная недостаточность.

Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: 1) первая группа (n=61) – больные, которым терапевтическое обучение не проводилось, но давались традиционные рекомендации по МОЖ и фармакотерапии; 2) вторая группа (n=56) – больные, которым при личных и телефонных контактах проведено контролируемое лечение АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой ССЗ: терапевтическое обучение с формированием мотиваций по коррекции имеющихся факторов риска (отказ от курения; нормализация или снижение массы тела; увеличение физической нагрузки с регулярной аэробной физической нагрузкой по 30–40 минут не менее 4 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки; изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция, а также уменьшением потребления животных жиров; минимизация стрессовых ситуаций). В связи с тем, что среди госпитализированных и согласившихся на длительное наблюдение мужчин с АГ «чрезмерно» употребляющих алкоголь не было, этот фактор не был включён в разработку.

Компонентами базисной терапии, направленной как для снижения АД, так и многофакторной профилактики ССЗ, были: диуретики (Д), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), β-адреноблокаторы (ББ), антагонисты кальция (АК), антагонисты альдостерона (АА), диуретики (Д), антиромбоцитарные препараты (АТП), статины (С); при необходимости назначались антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА), агонисты имидазолиновых рецепторов, миокардиальные цитопротекторы, сердечные гликозиды и пролонгированные нитраты.

Оценку приверженности больного к лечению и установление сроков прекращения или регулярности

выполнения врачебных рекомендаций проводили исходно, при выписке, через 18, 36 и 54 недели.

Изучалась частота выполнения рекомендаций по опроснику «Точность выполнения врачебных рекомендаций» (II часть опросника приверженности к лечению) [7], по индивидуальному опроснику, который включал 6 прямых вопросов по МОЖ (контроль АД, рациональное питание, отказ от курения, физическая активность, снижение веса, минимизация стрессовых ситуаций) и от 2 до 6 прямых вопросов по выполнению рекомендаций по приёму медикаментов: основных групп АГП (от 1 до 4 наименований, с учётом того, что пациентов, получающих более 4 гипотензивных препаратов, не было; при приёме комбинированных препаратов учитывался каждый препарат) и влияющих на ведущие факторы риска (1–2 наименований; статины и АТП). При оценке выполнения рекомендаций по минимизации стрессовых ситуаций использовали шкалу (7 вопросов) психологического стресса L.Reeder (модифицированная О.С. Копиной с соавт., 1989) и сравнивали полученные результаты с таковыми при выписке: если при выписке уровень стресса был низким, то при более низких или равных его значениях на данный период – считали приверженность больного к выполнению данной рекомендации сохранённой, а при повышении уровня стресса – утраченной (как отсутствие приверженности к минимизации стрессовых ситуаций); если при выписке уровень стресса был умеренным или высоким, то его снижение на данный отрезок наблюдения расценивалось как появление приверженности больного к выполнению рекомендаций по снижению стресса, а при более высоких или равных его значениях – как отсутствие приверженности.

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики. Сравнение относительных величин проводилось по критерию  $\chi^2$  и по U-критерию Манна-Уитни; различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Контроль немедикаментозной терапии АГ. Данные о выполнении рекомендаций по модификации образа жизни при проведении традиционной терапии ГБ (1 группа) и контролируемой многофакторной профилактики и лечения ССЗ у больных ГБ (2 группа) оценивались сравнительно.

Полученные результаты (табл. 1) свидетельствуют, что исходные данные по МОЖ в 1 и 2 группах не имеют существенных различий. Установлено, что рекомендации по МОЖ к выписке (контроль за АД, тенденция к снижению ИМТ и минимизация стрессовых ситуаций) выполнялись всеми больными, в связи с чем, частота выполнения рекомендаций по немедикаментозной терапии при выписке существенно выше исходных данных ( $p < 0,05$ ).

**ТАБЛИЦА 1. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫМИ АГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ (1 группа, n=61) И КОНТРОЛИРУЕМОЙ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ССЗ (2 группа, n=56)**

Осознание и выполнение рекомендаций по МОЖ (абс./%)						
Рекомендации	Группы	Исходно	При выписке	18 неделя	36 неделя	54 неделя
Контроль АД	1	24/39,3	61/100,0***	51/83,6***	43/70,5*	40/65,6**
	2	21/37,5	56/100,0***	55/98,2***	53/94,6*	51/91,1***
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	<0,01	<0,001	<0,001
Рациональное питание	1	29/47,5	58/95,1***	42/68,9**	38/62,3--	35/57,4
	2	26/46,4	53/94,6***	52/92,9***	50/89,3*	47/83,9***
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	<0,01	<0,001	<0,01
Уменьшение количества выкуриваемых сигарет или отказ от курения	1	7/25,9	19/70,4**	13/48,2	10/37,0	8/29,6
	2	7/25,9	18/66,7*	17/63,0*	15/55,6***	13/48,2
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Физическая активность	1	25/41,0	54/88,5***	47/77,1***	41/67,2**	35/57,4
	2	24/42,9	52/92,9***	53/94,6***	50/89,3***	48/85,7***
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,001
Снижение веса	1	12/35,3	34/100,0***	27/79,4***	23/67,7**	19/55,8
	2	12/36,4	33/100,0***	31/93,9***	29/87,9***	26/78,8***
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Минимизация стрессовых ситуаций	1	21/34,4	60/98,4***	47/77,1***	38/62,3**	30/49,2
	2	20/35,7	56/100,0***	56/100,0***	51/91,1***	49/87,5***
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$  – статистическая значимость различий показателей по сравнению с исходными данными; p<sub>1</sub> – различие показателей между 1 и 2 группами

Рациональное питание, отказ от курения и адекватная физическая активность также выполнялись значительной долей больных, существенно превышающей исходные данные ( $< 0,05$ ). В этой связи, у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ при выписке из стационара, как при традиционном ведении, так и при контролируемой терапии с многофакторной профилактикой ССЗ, частота выполнения рекомендаций по МОЖ в сравниваемых группах существенных различий не имела ( $> 0,05$ ).

По данным проспективного наблюдения после выписки из стационара частота выполнения рекомендаций по МОЖ в динамике (18, 36 и 54 неделя) в обеих группах имела различия, которые заключались в следующем:

1) На фоне традиционной терапии на протяжении наблюдения контроль за АД проводился значительно большей долей больных, чем исходно ( $< 0,05$ ), однако имело место постепенное уменьшение количества больных, выполняющих регулярно данную рекомендацию: 83,6 – 70,5 – 65,6 %, соответственно на 18, 36 и 54 неделе наблюдения. При

контролируемой терапии уменьшение количества больных, выполняющих данную рекомендацию, было незначительным и составляло 98,2 – 94,6 – 91,1%, соответственно на 18, 36 и 54 неделе наблюдения. Этим обусловлено существенное различие частоты контроля за АД больными 1 и 2 групп, с преобладанием при контролируемой терапии, начиная с 18 недели наблюдения ( $< 0,05$ ).

2) Регулярное выполнение рекомендаций по рациональному питанию, физической активности и предупреждению стрессовых ситуаций большинством больных на фоне традиционной терапии продолжалось примерно до середины наблюдения, значимо превышая исходные данные ( $< 0,05$ ), однако в последующем наблюдалось их снижение и с 36 недели различия с исходными данными не были существенными. При контролируемой терапии уменьшение больных, выполняющих данные рекомендации, было незначительным и до 54 недели наблюдения сохранялись значимые различия с исходными данными ( $< 0,05$ ). В этой связи отмечалось существенное различие частоты выполнения рекомендаций по рациональному питанию и физической активности


**ТАБЛИЦА 2. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМИ АГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ (1 группа) И КОНТРОЛИРУЕМОЙ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ССЗ (2 группа)**

Выполнение рекомендаций по медикаментозной терапии (абс/%)						
Терапия	Группы	Исходно	При выписке	18 неделя	36 неделя	54 неделя
ИАПФ	1	33/54,1	52/85,3***	49/80,3**	44/72,1*	40/65,6
	2	29/51,8	49/87,5***	49/87,5***	49/87,5*	49/87,5***
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
АК	1	31/50,8	48/78,7**	44/72,1*	38/62,3	30/49,2
	2	30/53,6	43/76,8*	43/76,8*	41/73,2*	41/73,2*
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
ББ	1	19/31,2	39/63,9*	31/50,8*	29/47,5	26/42,6
	2	16/28,6	38/67,9*	38/67,9*	35/62,5*	35/62,5*
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
АА	1	20/32,8	37/60,7**	35/57,4**	30/49,2	26/42,6
	2	19/33,9	35/62,5**	35/62,5**	34/60,7**	34/60,7**
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Д	1	10/16,4	23/37,7**	21/34,4*	14/22,9	13/21,3
	2	11/19,6	22/39,3*	22/39,3*	22/39,3*	21/37,5*
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
С	1	8/13,1	30/49,2***	21/34,4**	17/27,9*	12/19,7
	2	8/14,3	30/53,6***	30/53,6***	26/46,4***	23/41,1**
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
АТП	1	15/24,6	27/44,3*	21/34,4	16/26,2	15/24,6
	2	15/26,8	25/44,6*	25/44,6*	25/44,6*	24/42,9
	P <sub>1</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с исходными данными; p<sub>1</sub> – различие показателей между 1 и 2 группами (по U-критерию Манна-Уитни)

больными 1 и 2 групп, с преобладанием при контролируемой терапии, начиная с 18 недели наблюдения (<0,05).

3) Частота отказов от курения при выписке из стационара была выше исходной (<0,05), как в первой, так и во второй группе. В последующем, постепенное уменьшение доли больных, выполняющих эту рекомендацию, в обеих группах привело к тому, что при традиционной терапии, начиная с 18 недели, а при контролируемой терапии – к концу наблюдения (54 неделя). На всём протяжении наблюдения различия между группами также отсутствовали.

4) Значимость различия частоты выполнения рекомендаций по снижению веса больными с повышенным индексом массы тела и значений исходных показателей у мужчин 1 группы сохранялась до 36 недели, а во 2 группе – до конца наблюдения. В

связи с этим, значимое преобладание доли больных, снижающих вес при контролируемой терапии, при сравнении с традиционным подходом, отмечалось с 36 недели.

Таким образом, отмечается низкая приверженность мужчин среднего возраста с АГ к выполнению рекомендаций по отказу от курения сигарет, как при традиционной, так и при контролируемой терапии. Что касается рекомендаций по снижению веса, то темпы снижения частоты их выполнения выше при традиционной терапии.

Контроль медикаментозной терапии АГ. Проанализирована частота регулярного выполнения больными рекомендаций по медикаментозной терапии (по группам лекарственных препаратов) в динамике: при поступлении в стационар (исходно) и выписке, на 18, 36 и 54 неделе (табл. 2).

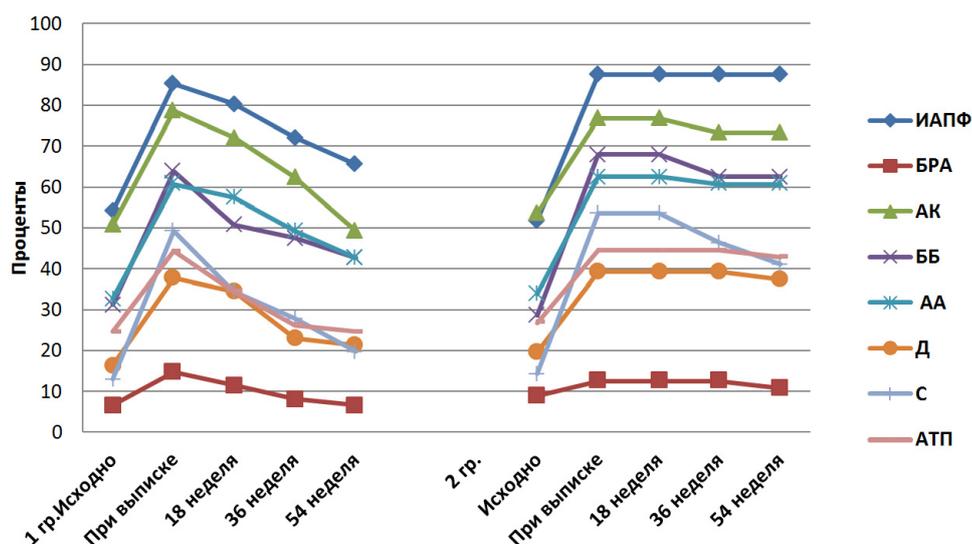


РИС. 1. ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ (1 ГРУППА – ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, 2 ГРУППА – ПРИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ)

Следует отметить, что при выписке из стационара частота регулярного выполнения рекомендаций по медикаментозной терапии значительно повысилась при сравнении с исходной как в первой (например, ИАПФ – 54,1% и 85,3%; ББ – 31,2% и 63,9%), так и во второй группе (например, ИАПФ – 51,8% и 87,5%; ББ – 28,6% и 67,9%, соответственно, при поступлении в стационар и при выписке).

Установлено, что при выписке больные значительно чаще выполняли рекомендации по медикаментозной терапии ( $p < 0,05$ ), чем при поступлении (исходно). Это касается не только ИАПФ, БРА, АК, ББ, АА, мочегонных, но и статинов и антитромботических препаратов. Как в первой, так и во второй группе наблюдалось постепенное снижение частоты выполнения больными рекомендаций по приёму медикаментозных препаратов, однако темпы такого снижения были выше при традиционной терапии. В этой связи, значимость различия частоты выполнения больными рекомендаций по приёму медикаментозных препаратов на протяжении наблюдения при сравнении с исходной – исчезала.

Динамику частоты выполнения рекомендаций по медикаментозной терапии более наглядно демонстрирует рисунок 1.

В динамике, до 54 недели наблюдения выявлены особенности отношения больных к выполнению рекомендаций:

1) При традиционной терапии больные с ГБ наиболее длительно выполняли рекомендации по приёму ИАПФ, и значимость различия частоты выполнения рекомендаций с исходной исчезала только на 54 не-

деле. Что касается других препаратов, то снижение частоты выполнения рекомендаций по их приёму отмечалось ещё раньше: АК, ББ, АА, мочегонных, статинов – к 36 неделе, а к АТП – к 18 неделе. Такая динамика объясняется пациентами чаще всего забывчивостью в связи с чрезмерной занятостью (АК, ББ), дискомфортом при приёме во время работы из-за учащения диуреза (АА, Д), иногда – возникающим дискомфортом в эпигастрии (АТП), нередко – экономической недоступностью (С).

2) На фоне контролируемой терапии ГБ частота выполнения рекомендаций по приёму ИАПФ, АК, ББ, АА и статинов на протяжении наблюдения снизилась незначительно и различия с исходной частотой оставались значимыми. Это объясняется больными постоянным контактом (встречи, по телефону, сообщения) с лечащим врачом и своевременными советами и коррекцией лечения. Приверженность к приёму мочегонных снижалась к 36 неделе, антитромбоцитарных – к 54 неделе. БРА назначались редко и различие частоты их приёма на протяжении болезни отсутствовало.

Таким образом, мужчины среднего возраста с ГБ более длительно выполняли рекомендации врача по МОЖ и приёму лекарственных препаратов на фоне контролируемой терапии АГ с многофакторной профилактикой ССЗ.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). Рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертонии // Journal of Hypertension. – 2013; 31(7):1281-1357.
2. Кравченко А.Я. Исследование влияния возрастного приобретенного андрогено-дефицита на течение и особенности терапии сердечно-сосудистых заболеваний: дис. ... д-ра мед. наук / А.Я. Кравченко // Воронеж. – 2010. – 225с.
3. Скороходов А.П. Анализ влияния факторов риска развития повторных ишемических инсультов у лиц молодого и среднего возраста на тяжесть клинического течения / А.П. Скороходов, Т.И. Дутова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. - № 1. – С. 120-125.
4. Guidelines on the management of stable angina pectoris – executive summary. The Task Force on the Management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology / K. Fox [et al.] // Eur. Heart. J. – 2006; 27:1341-1381.
5. Трубачева И.А. Социальный градиент и 19-летняя смертность у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири / И.А.Трубачева, О.А.Перминова, В.В.Гафаров // Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения: тез. докл. Рос. конф. – Новосибирск. – 2008. – С. 192-193.
6. Блокаторы  $\beta_1$ -рецепторов в комбинированной терапии больных гипертонической болезнью / Н.А. Николаев [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 1. – С. 78-79.
7. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии / Н.А. Николаев // М., Академия естествознания. – 2008.

## Summary

## Commitment of middle-aged men with mild to moderate arterial hypertension to implementation of medical recommendations

N.A. Alimova, Kh.Yo. Sharipova, H.S. Sultonov, G.M. Negmatova, R.G. Sohibov

Chair of Propaedeutics of Internal Diseases; Chair of Internal Diseases №2 Avicenna TSMU

In 117 men 40-60 years of age (in this study accepted as average age) with arterial hypertension (AH) was studied the commitment to implement the non-pharmacological medical recommendations (lifestyle modifications - LSM) and medical therapy (MT) against the traditional (in the absence of a permanent medical monitoring and patient education methods LSM, self-control), and controlled therapy. The terms of completion or regularity of carrying out medical recommendations for LSM and MT (at hospital discharge, 18, 36 and 54 weeks of observation) were identified. It was found that middle-aged men with hypertension over a long time followed doctor's recommendations for LSM and receiving medications on a background therapy of controlled hypertension with multifactor prevention of cardiovascular disease. In this group the gradual reduction in performing of medical recommendations at 54 weeks of observation was not significant ( $p > 0,05$ ), when compared to that of discharge.

**Key words:** middle-aged men, hypertension

**АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна – профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дилшоди Барно, д. 19  
E-mail: sharipovakh@mail.ru