

Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертензии у лиц среднего возраста

Г.М. Негматова, Г.А. Ачева, Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведены результаты сравнительной оценки эффективности лечения мягкой и умеренной артериальной гипертензии (АГ) у 117 мужчин среднего возраста, получающих традиционную (1 группа) и контролируемую (2 группа) терапию.

Установлено, что, как на фоне традиционной, так и контролируемой терапии АГ, при выписке из стационара, в сравнении с исходными показателями, отмечается значительное увеличение доли приверженных к лечению, снижение средних уровней САД и ДАД, повышение частоты оптимального профиля АД. Однако согласно данным проспективного наблюдения, терапевтический эффект контролируемой терапии мягкой и умеренной АГ у мужчин среднего возраста сохраняется значительно дольше, чем традиционной.

В 1 группе больных доля приверженных к лечению в период наблюдения постепенно уменьшалась ($<0,05$), уровни САД и ДАД к концу наблюдения были выше таковых при выписке ($<0,05$), уменьшалась частота оптимального суточного профиля АД. Во 2 группе больных, несмотря на некоторое снижение приверженности к лечению, повышение уровней САД и ДАД, уменьшение оптимального суточного профиля АД, их значения при выписке и к концу наблюдения существенно не различались ($>0,05$). Статистически значимое снижение частоты недостаточного ночного снижения САД ($p < 0,001$) установлено только при контролируемой терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к лечению

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, таких как инфаркт миокарда, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, инсульты и др. Результаты исследований, проведенных в России и других зарубежных странах, свидетельствуют о значительной распространенности АГ в современном обществе, которая составляет от 30% до 45% среди взрослого населения [1,2]. Установлено, что распространенность АГ в обследованной популяции Республики Таджикистан нарастает с возрастом и её частота у мужчин 35-44 лет составляет 16%, 45-54 лет – 27,9%, 55-64 лет – 43,9%; у женщин – 18,9%, 28,9% и 47,6%, соответственно [2].

Особенности мужчин среднего возраста (высокий уровень личностной тревожности, стресса и депрессии; возрастающий дефицит половых гормонов, способствующий развитию АГ и прогрессированию атеросклеротического процесса; недостаточный объём лечебно-профилактической помощи в связи с более низким риском смерти, чем у пожилых пациентов с высоким риском) определяют этот воз-

растной диапазон как наиболее уязвимый период жизни и как оптимальный плацдарм для развития патологии сердечно-сосудистой системы [3,4]. При наличии гипертрофии левого желудочка у мужчин в возрасте 35-64 лет в 10-19 раз увеличивается риск развития сердечно-сосудистых осложнений, а также показатели смертности и внезапной смерти. В этой связи, разработка методов эффективной терапии с профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), оценка эффективности терапии и повышение приверженности к лечению у мужчин трудоспособного возраста представляет важную медицинскую и социальную проблему [2,5,6].

Цель работы: изучить эффективность традиционной и контролируемой терапии мягкой и умеренной АГ у мужчин среднего возраста.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдение (в течение 54 недель) 117 мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, госпитализированных с гипертоническим кризом в терапевтическое отделение ГКБ №5 г. Душанбе за период 2013-2015 гг.



Критерии включения: подтверждённый диагноз гипертонической болезни (ГБ), возраст от 40 до 60 лет; добровольное информированное согласие.

Критерии исключения: заболевания, которые первично влияют на уровень АД; эндокринная патология, хроническая лёгочная патология и лёгочная гипертензия, острые нарушения коронарного и церебрального кровообращения, тяжёлая почечная и печёночная недостаточность.

Лечение пациентов включало общие мероприятия по повышению приверженности к лечению (принципы самонаблюдения, модификации образа жизни – МОЖ), фармакотерапию компонентами базисной терапии: диуретиками, ИАПФ, АРА, β -адреноблокаторами, антагонистами кальция, агонистами имидазолиновых рецепторов, антагонистами альдостерона и миокардиальными цитопротекторами; при необходимости – статины, сердечные гликозиды и пролонгированные нитраты. С учётом проведённой терапии больные были разделены на 2 группы:

- 1) первая группа (n=61) – больные, которым проведены традиционные лечебно-профилактические вмешательства (ЛПВ), терапевтическое обучение не проводилось, но давались рекомендации по МОЖ и лечению.
- 2) вторая группа (n=56) – больные, которым проведено контролируемое лечение АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой осложнений, в том числе: терапевтическое обучение с формированием мотиваций по коррекции имеющихся факторов риска; разработка и реализация индивидуальной программы МОЖ, длительное мониторинговое наблюдение пациентов.

Исходно, при выписке, через 18, 36 и 54 недели сравнительно оценивалась приверженность пациентов к лечению с расчётом индексов по трём блокам: осознание важности и приверженности к модификации образа жизни; к медикаментозной терапии и к медицинскому сопровождению [7]. Рассчитывали индексы ожидаемой эффективности терапии по этим блокам и, в целом, суммарную приверженность к лечению. При наборе 1-1,99 балла – считали пациента приверженным, при 2-3,99 балла – частично приверженным и при 4 и более баллов – не приверженным к лечению. Эти данные использовались при составлении индивидуальных программ ведения больных. Динамика суточного профиля АД оценивалась исходно, при выписке и к концу наблюдения [5].

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики. Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 , а абсолютных величин – по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Сопоставление полученных результатов показало, что доля приверженных больных в группах исходно была примерно одинаковой. Установлено, что при выписке из стационара доля больных полностью приверженных к лечению составляла более половины части и была примерно равной в группах сравнения. При стационарном лечении в обеих группах наблюдается повышение приверженности к лечению, однако при выписке значительное увеличение приверженных к лечению ($< 0,01$) и уменьшение не приверженных ($< 0,001$) – наблюдается на фоне контролируемой терапии АГ с многофакторной профилактикой ССЗ и ХСН (табл.1).

При динамическом наблюдении отмечено уменьшение количества приверженных к лечению больных в обеих группах, однако было более выраженным при традиционной терапии. На 18 неделе и до конца наблюдения количество больных, приверженных к лечению, было значимо больше при контролируемой терапии ($< 0,05$). Доля больных, частично приверженных к лечению в сравниваемых группах имела тенденцию к увеличению, но значимых различий между группами на всём протяжении наблюдения не отмечено ($> 0,05$). Отсутствие приверженности в 1 группе пациентов со временем нарастало и к 18 неделе было значимым, при сравнении со 2 группой ($< 0,05$).

Таким образом, при наблюдении в течение 54 недель, на фоне традиционной и контролируемой терапии, в целом, установлено различие приверженности больных с ГБ к рекомендованной немедикаментозной и медикаментозной терапии. При традиционной терапии мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ частота полной приверженности к лечению значимо уменьшалась, а не приверженных к лечению увеличивалась к 54 неделе наблюдения при сравнении с таковой перед выпиской из стационара ($< 0,05$). Несмотря на некоторое снижение приверженности к лечению в последующем у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, её значения на фоне контролируемой терапии при выписке и к концу наблюдения (54 недели) существенно не различались.

Проведено изучение динамики систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД на фоне традиционной и контролируемой терапии исходно, при выписке из стационара и на 54 неделе наблюдения. Установлено, что, как в первой, так и во второй группе, значения САД и ДАД при выписке и на 54 неделе наблюдения были значимо ниже исходного ($p_{1-2} < 0,001$).

Различие влияния 2 методов терапии заключалось в том, что при традиционной терапии у больных 1 группы после выписки из стационара отмечалось постепенное повышение АД и к концу наблюде-

**ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА ВАРИАНТОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ
У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АГ**

Показатели	Группы	Привержены к лечению (абс./%)	Частично привержены (абс./%)	Не привержены (абс./%)
Исходно	1	16/26,2	22/36,1	20/32,8
	2	15/26,8	21/37,5	20/35,7
	P_{1-2}	>0,05	>0,05	>0,05
При выписке	1	28/45,9	26/42,6	7/11,5
	2	31/55,4	22/39,3	3/5,4
	P_{1-2}	>0,05	>0,05	>0,05
18 неделя	1	19/31,2	30/49,2	12/19,7
	2	28/50,0	24/42,9	4/7,1
	P_{1-2}	<0,05	>0,05	<0,05
36 неделя	1	17/27,9	31/50,8	13/21,3
	2	26/46,4	25/44,6	5/8,9
	P_{1-2}	<0,05	>0,05	<0,05
54 неделя	1	14/23,0	31/50,8	16/26,2
	2	25/44,6	25/44,6	6/10,7
	P_{1-2}	<0,05	>0,05	<0,05
Различия при выписке и на 54 неделе	P_1	<0,01	>0,05	<0,05
	P_2	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: p_1 и p_2 – статистическая значимость различия данных при выписке и на 54 неделе наблюдения и лечения; p_{1-2} – между группами (по критерию χ^2)

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОГО (САД) И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО (ДАД) АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ТРАДИЦИОННОЙ И КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ

Сроки исследования	Методы терапии			
	Традиционная (n=61)		Контролируемая (n=56)	
	Показатели		Показатели	
	САД	ДАД	САД	ДАД
Исходно	161,9±7,3	101,7±3,4	162,5±7,1	102,1±3,2
При выписке	141,5±6,4	90,8±3,1	140,3±6,1	90,2±3,0
54 неделя наблюдения	152,7±6,8	94,5±3,3	142,1±6,2***	90,9±3,1***
Статистическая значимость различий				
P_{1-2}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P_{1-3}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P_{2-3}	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05

Примечание: P_{1-2} – статистическая значимость различия показателей при выписке по сравнению с исходными; P_{1-3} – на 54 неделе по сравнению с исходными; P_{2-3} – при выписке по сравнению с данными на 54 неделе; *** $P_{i-II} < 0,001$ – между 1 и 2 группами (по критерию χ^2)

ния и было достоверно выше, чем при выписке ($p_{2-3} < 0,001$); на фоне контролируемой терапии повышение САД и ДАД к концу наблюдения было не значимым ($p_{2-3} > 0,05$). В этой связи, на 54 неделе наблюдения показатели САД и ДАД у больных первой группы были значимо выше, чем у второй.

Таким образом, непосредственное гипотензивное влияние ЛПВ со значительным снижением САД и ДАД при контролируемой терапии сохраняется значительно дольше, чем при традиционной.

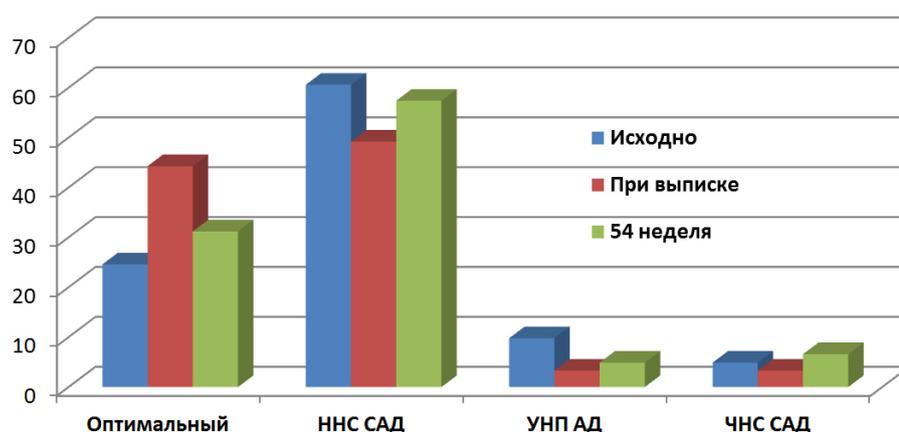


РИС. 1. ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ТИПОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД (ОПТИМАЛЬНЫЙ «DIPPERS», ННС САД – НЕДОСТАТОЧНОЕ НОЧНОЕ СНИЖЕНИЕ САД – «NON-DIPPERS», УНП АД – УСТОЙЧИВОЕ НОЧНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД – «NIGHT-PEAKERS», ЧНС САД – ЧРЕЗМЕРНОЕ НОЧНОЕ СНИЖЕНИЕ САД – «OVER-DIPPERS») У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТРАДИЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ

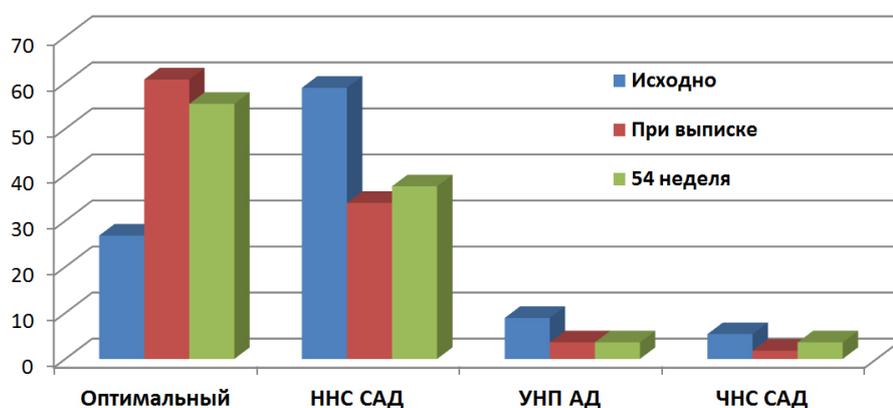


РИС. 2. ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ТИПОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ КОНТРОЛИРУЕМУЮ ТЕРАПИЮ

Результаты изучения динамики АД и частоты типов суточного профиля АД у больных, получающих традиционную (1 группа) и контролируемую (2 группа) терапию, представленные на рисунках 1 и 2, показывают, что оба терапевтических подхода повышают частоту оптимального профиля АД – «dippers» ($p < 0,001$), что было более выраженным при контролируемой терапии (44,3% и 60,6%, соответственно в 1 и во 2 группах). В этой связи, патологические суточные профили АД значительно реже наблюдаются при выписке из стационара у больных, получающих контролируемую терапию ($p < 0,001$).

Снижение частоты недостаточного ночного снижения САД – «non-dippers» было статистически значимым только при контролируемой терапии ($p < 0,001$). Повышение частоты устойчивого ночного повышения АД и чрезмерного ночного снижения АД в динамике несколько чаще наблюдались на фоне традиционной терапии ($p > 0,05$). На 54 неделе наблюдения такая же направленность сдвигов в сравниваемых группах сохраняется.

Таким образом, приверженность к лечению и непосредственное гипотензивное влияние ЛПВ со значительным снижением АД и частоты ННС САД – «non-dippers» при контролируемой терапии сохраняются значительно дольше, чем при традиционной. После выписки из стационара у больных, получающих традиционную терапию, наблюдается постепенное учащение патологических суточных профилей АД, и такая тенденция сохраняется до 54 недели.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности контролируемой терапии АД с многофакторной профилактикой ССЗ и указывают на целесообразность применения данного лечебного подхода у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной её формами.



ЛИТЕРАТУРА

1. 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 первич. звене здравоохранения: тез. докл. Рос. конф. – Новосибирск. – 2008. – С.192-193.
2. Хайриддинов М.Т. Распространённость основных факторов риска ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии в различных регионах Республики Таджикистан: автореф. ... канд. мед. наук / М.Т.Хайриддинов. – С-Пб. – 2005. – 23с.
3. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). Рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертензии// Journal of Hypertension. – 2013; 31(7):1281-1357.
4. Национальные клинические рекомендации (ВНОК и ОССН) (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – №7(6). – Приложение 2.
5. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК. – М. – 2011. – 76с.
6. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. / G.Parati, G.S.Stergiou, R.Asmar [et al.] // J. Hum. Hypertens. – 2010. – 24:779-785.
7. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии / Н.А.Николаев // М. академия естествознания. – 2008. – 78с.

Summary

Effectiveness of controlled therapy of arterial hypertension in persons of middle age

G.M. Negmatova, G.A. Acheva, Kh.Yo. Sharipova, R.G. Sohbov
Chair of Propaedeutics of Internal Medicine Avicenna TSMU

The results of the comparative assessment the effectiveness of mild and moderate arterial hypertension (AH) therapy in 117 middle-aged men receiving the traditional (group 1) and controlled (group 2) therapy were shown in article.

It was found that as on background of traditional therapy and controlled hypertension at hospital discharge, compared with initial data, there was a significant increase in proportion of confined to treatment, reducing the average levels of systolic and diastolic blood pressure, increase in the frequency of optimal blood pressure profile. However, according to a prospective study, the therapeutic effect of controlled treatment of mild and moderate hypertension in middle-aged men is preserved much longer than the traditional one.

In group 1 patients proportion of confined to treatment during the observation gradually decreased ($<0,05$), SBP and DBP levels at the end of observation were higher than those at discharge ($<0,05$), decreased the frequency of optimal daily blood pressure profile. In 2 patients, despite a slight decrease in confined to treatment, increase the levels of systolic and diastolic blood pressure, decrease the optimal daily BP profile, their values at discharge and at the end of the observation did not differ significantly ($>0,05$). A statistically significant reduction in the incidence of inadequate nocturnal SBP reduction ($p<0,001$) found only at a controlled therapy.

Key words: arterial hypertension, confined to treatment

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Негматова Гулнора Мансуровна – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Осипенко, д. 3. E-mail: gulya3663@mail.ru