DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-029-2-12

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Шупер В. О., Шупер С. В.

ВСТУП

Артеріальна гіпертензія (АГ), особливо у осіб старше 50 років, має найбільшу частоту серед захворювань серцево-судинної системи. Згідно з даними Фремінгемського дослідження серця (Framingham Heart Study), у більш ніж 55% осіб віком понад 60 років розвивається АГ, при цьому після 70 років це захворювання мають 65% чоловіків і 75% жінок. Захворюваність на АГ в Україні, за даними останніх епідеміологічних досліджень, становить 24,3%, а в осіб віком старше 60 років перевищує 50%. Підвищення артеріального тиску (АТ), особливо систолічного, істотно збільшує небезпеку розвитку або прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС), інсультів, ниркової та серцевої недостатності. Але адекватна медикаментозна корекція АГ знижує загальну серцево-судинну захворюваність і смертність, покращує перебіг і прогноз цього захворювання. Саме тому формування збалансованої тактики лікування АГ є одним із найбільш важливих викликів сучасної кардіології [1,2,3,4,5].

Пацієнти з АГ потребують часто пожиттєвого прийому антигіпертензивних препаратів, а те, як чітко вони дотримуються

[1] Горбась І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень. Артериальная гипертензия. 2010. № 6 (14). С. 51–67.

[2] Писарук А.В., Кошель Н.М., Войтенко В.П. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и образ жизни в странах Европы (медико-демографическое исследование). Кровообіг та гемостаз. 2014. № 1–2. С. 43–51.

[3] Сіренко Ю.М., Міхєєва К. В. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії. Артериальная гипертензия. 2010. № 3 (11). С. 17–21.

[4] Chaudhry K.N., Chavez P., Gasowski J., Grodzicki T., Messerli F. H. Hypertension in the elderly: some practical considerations. Cleve Clin J Med. 2012. Vol. 79(10). P. 694–704. doi:10.3949/ccjm.79a.12017.

[5] Parati G., Omboni S., Compare A. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants of adherence (TELEBPMET Study). Trials. 2013. Vol. 14. P. 22. doi:10.1186/1745-6215-14-22

лікарських призначень, зазвичай визначає перебіг хвороби та рівень ефективності медичних заходів. Результати досліджень демонструють, що в усьому світі, навіть незважаючи на доступність ефективної медикаментозної терапії, більш ніж половина всіх хворих на АГ не отримують лікування, а серед тих, хто отримав призначення, більш ніж у половини осіб цільовий рівень АТ не досягається[6,7,8].

Питання ефективного лікування пацієнтів старшого віку стає надзвичайно важливим у сучасному світі, адже, згідно з прогнозами експертів ООН, до 2050 р. кількість таких людей становитиме майже третину від загальної чисельності населення нашої планети, а сама чисельність населення буде підтримуватися переважно за рахунок подовження тривалості життя. Україна за часткою населення віком старше 60 років входить до 30 найстаріших країн світу, посідаючи 25–26 місце. Науковцями підраховано, що незабаром більше 70% медичної допомоги буде надаватися пацієнтам старшого віку [9] [10] [11].

Згідно з даними ВООЗ, невиконання або неналежне виконання лікарських рекомендацій хворими, які страждають на хронічні захворювання, є глобальною медичною проблемою, що суттєво впливає на ефективність лікування та призводить до серйозних економічних наслідків [12] [13]. Зведені результати досліджень, які були присвячені питанню недотримання лікарських рекомендацій, зумовили

[6] Bangalore S., Kamalakkannan G., Parkar S., Messerli F. H. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2010. Vol. 120(8). P. 713–719. doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.033

[7] Chaudhry K.N., Chavez P., Gasowski J., Grodzicki T., Messerli F. H. Hypertension in the elderly: some practical considerations. Cleve Clin J Med. 2012. Vol. 79(10). P. 694–704. doi:10.3949/ccjm.79a.12017.

[8] DiMatteo M.R, Giordani P. J., Lepper H. S., Croghan T. W. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care. 2002. Vol. 40(9). P. 794–811. doi:10.1097/00005650-200209000-00009.

[9] Лібанова Е.М. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. Київ: Український центр соціальних реформ; 2010. 138 с.

[10] Писарук А.В., Кошель Н. М., Войтенко В. П. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и образ жизни в странах Европы (медико-демографическое исследование). Кровообіг та гемостаз. 2014. № 1–2. С. 43–51.

[11] Чайківська В.В.., Пінчук І. Я. Демографічні прогнози для України. Новости медицины и фармации. 2010. № 13–14 (333–334). С. 13–14.

[12] Munger M.A., Van Tassell B.W., LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. MedGenMed. 2007. Vol. 9(3). P. 58.

[13] World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2019. 132 p.

необхідність формування цілісної концепції медичного комплаєнсу[14,15]. Нині у світі в якості альтернативи також використовується термін «прихильність» (від англ. Adherence – дотримання, проходження)[16,17].

У сучасній світовій літературі розглядається більш як 200 факторів, що можуть впливати на ставлення хворих до дотримання режиму призначеної терапії. Систематизація цих факторів впливу на дотримання пацієнтами прихильності до лікування дала змогу виділити такі основні групи[18,19]:

– психологічні особливості пацієнта;

– клінічні особливості хвороби;

– особливості лікувальної програми;

– соціально-економічні фактори;

– фактори, що пов'язані з організацією медичної допомоги.

За даними сучасної літератури, повністю виконують усі лікарські призначення тільки 34% хворих, частину усіх призначень – 33%, а зовсім не слідують лікарським рекомендаціям – ще 33% пацієнтів. Позитивний комплаєнс частіше може бути досягнений при однократному прийомі препарату протягом доби (у 79,6%), при двократному – трохи рідше (у 68%), а при трикратному – тільки у третині випадків[20,21,22].

---

[14] Чугунов В.В., Ткаченко О.В., Данілевська Н.В. Особливості порушення комплаєнса у хворих на цукровий діабет 2 типу. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2017. № 1(23). С. 107–111.

[15] Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353 (5). P. 487–497. doi:10.1056/NEJMra050100.

[16] Hill M.N., Miller N.H., Degeest S. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. J Am Soc Hypertens. 2011. Vol. 5(1). P. 56–63. doi:10.1016/j.jash.2011.01.001.

[17] Munger M.A., Van Tassell B.W., LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. MedGenMed. 2007. Vol. 9(3). P. 58.

[18] Калугін І.В., Хаустова О. . Комплаєнс фармакотерапії осіб похилого віку з поліморбідністю. Ліки України. 2015. № 4 (25). С. 65–72.

[19] Трачук Л.Є. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації. Ліки України. 2013. № 5 (171). С. 42–45.

[20] Купраш Л.П., Гріненко Ю.О., Купраш О.В., Гударенко С.О. Прийнятність (комплаєнтність) медикаментозної терапії в геріартричній клініці. Проблемы старения и долголетия. 2015. № 3–4. С. 375–382.

[21] Чугунов В.В., Ткаченко О.В., Данілевська Н.В. Особливості порушення комплаєнса у хворих на цукровий діабет 2 типу. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2017. № 1(23). С. 107–111.

[22] DiMatteo M.R, Giordani P.J., Lepper H.S., Croghan T.W. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care. 2002. Vol. 40(9). P. 794–811. doi:10.1097/00005650-200209000-00009.

Основні причини невиконання рекомендацій лікарів в Україні частіше обумовлені переходом на більш економічний препарат (у 40% випадків) та неналежним контролем з боку лікаря (у 58% випадків)[23,24].

З метою оцінки прихильності пацієнта до призначеного лікування науковці використовують прямі (безпосереднє спостереження за прийомом препаратів; визначення вмісту активної речовини у плазмі крові пацієнта; визначення біологічних маркерів) та непрямі методи (самозвіт або анкетування пацієнтів; визначення клінічної ефективності терапії; кількісне визначення фізіологічних маркерів; використання електронних дозаторів медикаментів; облік кількості виписки нових рецептів)[25,26,27].

За рахунок простоти виконання та достатньої об'єктивності удосконалена шкала оцінки прихильності пацієнтів до лікування, запропонована в 2008 р. D.E. Morisky, набула широкого використання (8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) – 8-пунктова шкала прихильності до лікування за Morisky)[28].

У процесі вивчення психологічних особливостей хворих на АГ було виявлено, що особливий негативний вплив на розвиток та перебіг цього захворювання мали медико-психологічні чинники, такі, як психо-емоційні, індивідуально-психологічні та психосоціальні параметри пацієнтів[29,30].

---

[23] Калугін І.В., Хаустова О.О. Комплаєнс фармакотерапії осіб похилого віку з поліморбідністю. Ліки України. 2015. № 4 (25). С. 65–72.

[24] Сіренко Ю.М., Міхєєва К.В. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії. Артериальная гипертензия. 2010. № 3(11). С. 17–21.

[25] Сіренко Ю.М., Міхєєва К. В. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії. Артериальная гипертензия. 2010. № 3(11). С. 17–21.

[26] Bangalore S., Kamalakkannan G., Parkar S., Messerli F. H. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2010. Vol. 120(8)/ P/ 713–719. doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.033

[27] Hill M.N., Miller N.H., Degeest S. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. J Am Soc Hypertens. 2011. Vol. 5(1). P. 56–63. doi:10.1016/j.jash.2011.01.001.

[28] Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008. Vol. 10(5). P. 348–354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.

[29] Трачук Л.Є. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації. Ліки України. 2013. № 5 (171). С. 42–45.

[30] Bangalore S., Kamalakkannan G., Parkar S., Messerli F. H. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2010. Vol. 120(8)/ P/ 713–719. doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.033

За даними літератури, можливості покращення комплаєнсу пацієнтів із АГ базуються на впровадженні активного навчання пацієнтів, призначенні покращених схем дозування полікомпонентних («polypill») лікарських засобів та регламентовані організаційні заходи. У світі впроваджуються системи психологічної допомоги та підтримки різних категорій хронічних хворих, які орієнтовані на корекцію незадовільних типів комплаєнсу, дезадаптивних психологічних реакцій на власне захворювання, а також на формування якісної взаємодії між лікарем та хворим[31,32,33].

Дослідження можливостей підвищення комплаєнсу пацієнтів із АГ, пошук найбільш впливових факторів, які його визначають, має істотно підвищити ефективність комплексного лікування та поліпшити прогноз цього хронічного захворювання[34,35,36].

Мета роботи – визначити і дослідити основні фактори, що впливають на прихильність хворих на артеріальну гіпертензію до призначеної медикаментозної терапії.

1. Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося за умов усвідомленої інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Під спостереженням знаходилися 94 пацієнти із АГ, які були розділені на 2 основні групи за віком хворих. І групу склали 54 пацієнти, старші за 65 років (36 жінок та 18 чоловіків), середній вік яких становив 69,2 ± 1,5 року. Тривалість захворювання у цих пацієнтів становила від 12 до 20 років, у середньому 15,58 ± 1,8 року.

[31] Зайцев Ю.А., Хван А.А. Стандартизація методик діагностики тривожності Спілбергера – Ханіна і Дж. Тейлор. Психологічна діагностика. 2011. № 3. С. 19–34.

[32] Кузнецов А.А., Кабакова Т.И., Кузнецов А.В. Лекарственная форма и ее потребительские свойства как дополнительный фактор лекарственной комплаентности. Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. С. 17–20.

[33] Трачук Л.Є. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації. Ліки України. 2013. № 5 (171). С. 42–45.

[34] Калугін І.В., Хаустова О. О. Комплаєнс фармакотерапії осіб похилого віку з поліморбідністю. Ліки України. 2015. № 4 (25). С. 65–72.

[35] Hill M.N., Miller N.H., Degeest S. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. J Am Soc Hypertens. 2011. Vol. 5(1). P. 56–63. doi:10.1016/j.jash.2011.01.001.

[36] Parati G., Omboni S,. Compare A. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants of adherence (TELEBPMET Study). Trials. 2013. Vol. 14. P. 22. doi:10.1186/1745-6215-14-22.

ІІ групу склали 40 хворих на АГ, молодші за 65 років (26 жінок та 14 чоловіків), середній вік яких становив 56,6 ± 4,5 років. Тривалість захворювання цих хворих становила від 6 до 11 років, у середньому 8,3 ± 1,4 року.

До критеріїв включення у дослідження належала інформована згода пацієнта, вік ≥50 років; АГ І – ІІІ стадії, 1 – 3 ступеня важкості. До критеріїв виключення були віднесені: вік > 80 років; наявність хронічної серцевої недостатності ІІБ–ІІІ стадії, важкі порушення ритму, коморбідність у вигляді тяжкої супутньої патології (цукровий діабет у стадії декомпенсації; перенесена транзиторна ішемічна атака, інсульт в анамнезі).

У процесі дослідження були використані такі методи: клініко-діагностичний із аналізом клінічних, анамнестичних даних, результатів лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих, медичної документації; клініко-психопатологічний, психодіагностичний, що включав до себе опитування хворих за допомогою шкали прихильності до лікування Morisky (MMAS)[37] (висока прихильність до лікування відповідала 8 балам, середня – на рівні 7–6 балів, низька – менше 6 балів); анкетування за методикою визначення тривожності Спілбергера – Ханіна [38] (менше 30 балів – низька тривожність; від 31 до 45 – помірна тривожність; 46 і більше – висока тривожність); тестування із використанням методики «Рівень суб'єктивного контролю» Шкала інтернальності у відношенні до здоров'я та хвороби (питання 3, 13, 23, 34), аналіз самооцінки психічних станів за Г. Айзенком, оцінка рівня депресії за опитувальником Бека[39]. Статистичний аналіз та опрацювання даних проводили за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows, застосовували методи клінічної, описової та математичної статистики.

2. Результати дослідження та їх обговорення

Початком дослідження було проведення оцінки рівня комплаєнсу у 94 пацієнтів з АГ, що перебували під нашим спостереженням, за допомогою шкали прихильності до лікування Morisky (MMAS).

[37] Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008. Vol. 10(5). P. 348–354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.

[38] Зайцев Ю.А., Хван А.А. Стандартизація методик діагностики тривожності Спілбергера – Ханіна і Дж. Тейлор. Психологічна діагностика. 2011. № 3. С. 19–34.

[39] Трачук Л.Є. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації. Ліки України. 2013. № 5 (171). С. 42–45.

Залежно від рівня комплаєнсу було виділено три підгрупи пацієнтів I групи: Ia – з високим (22,2%), Iв – з середнім (33,3%) та Iс – з низьким (44,55%) рівнями прихильності до призначеної комплексної терапії АГ та, відповідно, три підгрупи пацієнтів II групи: IIa – з високим (22,5%), IIв – з середнім (27,5%) та IIс – з низьким (50,0%) рівнями прихильності до призначеної антигіпертензивної терапії.

Соціально-демографічна характеристика пацієнтів з АГ залежно від рівня комплаєнсу представлена в таблицях 1–2. Суттєва різниця між підгрупами в обох групах виявлена за такими показниками як рівень освіти та сімейний стан пацієнтів. Порівняно вищий рівень прихильності відзначався у хворих, які перебувають у шлюбі та мають вищу або середню спеціальну освіту.

Також звертає на себе увагу значно більша частота виявлення низького рівня прихильності до лікування у чоловіків та самотніх пацієнтів в обох досліджуваних групах.

Таблиця 1

Соціально-демографічні характеристики пацієнтів I групи з АГ з різними рівнями прихильності до лікування

Соціально-демографічні характеристики	**Ia – Високий рівень комплаєнсу (n=12)**	**Iв – Середній рівень комплаєнсу (n=18)**	**Iс – Низький рівень комплаєнсу (n=24)**
Чоловіки	3 (18.75%)	4 (25.00%)	9 (56.25%)
Жінки	9 (23.68%)	14 (36.84%)	15 (39.47%)
Перебувають у шлюбі	6 (35.29%)	6 (35.29%)	5 (29.41%)
Неодружені/незаміжні	6 (16.21%)	12 (32.43%)	19 (51.35%)
Вища освіта	7 (36.84%)	6 (47.37%)	6 (47.37%)
Середньо-спеціальна освіта	4 (26.66%)	4 (26.66%)	7 (46.67%)
Середня освіта	1 (6.67%)	8 (40.00%)	11 (55.00%)

У процесі оцінки основних клінічних характеристик АГ у обстежених пацієнтів (табл. 3–4) виявлено, що високий рівень комплаєнсу відзначався вірогідно частіше ($p<0,05$) у пацієнтів із 2 ступенем важкості та II стадією АГ в обох досліджуваних групах. Низький ступінь прихильності до терапії виявляли вірогідно частіше у пацієнтів із 3 ступенем важкості АГ та при I стадії цього захворювання. Причому у хворих I групи приблизно однаково часто відзначався низький рівень

прихильності до терапії при 1 та при 3 ступені АГ (57.14% та 62.50% відповідно). Серед хворих ІІ групи, вірогідно, частіше низький рівень прихильності до антигіпертензивної терапії спостерігався при 3 ступені АГ, ніж при 1 ступені (72,72% та 58,33% відповідно).

Таблиця 2

Соціально-демографічні характеристики пацієнтів ІІ групи з АГ з різними рівнями прихильності до лікування

Соціально-демографічні характеристики	**ІІа – Високий рівень комплаєнсу (n=9)**	**ІІв – Середній рівень комплаєнсу (n=11)**	**ІІс – Низький рівень комплаєнсу (n=20)**
Чоловіки	2 (14.28%)	2 (14.28%)	10 (71.43%)
Жінки	7 (26.92%)	9 (34.62%)	10 (38.46%)
Перебувають у шлюбі	7 (38.89%)	6 (33.33%)	5 (27.78%)
Неодружені/незаміжні	2 (9.09%)	5 (22.73%)	15 (68.18%)
Вища освіта	6 (42.86%)	4 (28.57%)	4 (28.57%)
Середньо-спеціальна освіта	2 (18.18%)	3 (27.27%)	6 (54.55%)
Середня освіта	1 (6.67%)	4 (26.67%)	10 (66.67%)

Найчастіше нехтували рекомендаціями щодо призначеного антигіпертензивного лікування хворі І та ІІ груп з І стадією АГ (85.71% та 80.00% відповідно).

Частота госпіталізацій у обстежених хворих, вірогідно, зворотно-пропорційно збільшувалася при зниженні рівня прихильності до лікування. Більше половини усіх хворих із низьким рівнем прихильності до призначеної терапії були госпіталізовані 2 і більше разів за рік з приводу відсутності контрольованості АГ та виникнення загострень у зв’язку з цим.

Під час аналізу клініко-анамнестичних даних, результатів лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих було виявлено наявність коморбідності у вигляді цукрового діабету 2-го типу, ХОЗЛ, ІХС, шкідливі звички (тютюнопаління), що частіше обтяжувало перебіг хвороби у пацієнтів із середнім та низьким комплаєнсом до лікування (50% і 75% відповідно у хворих І групи та 44% і 67% відповідно у хворих ІІ групи).

Таблиця 3

Основні клінічні характеристики хворих з АГ І групи з різними рівнями комплаєнсу

Клінічні характеристики	Іа – Високий рівень комплаєнсу (n=12)	Ів – Середній рівень комплаєнсу (n=18)	Іс – Низький рівень комплаєнсу (n=24)
Ступінь АГ			
1 ступінь	2 (14.29%)	4 (28.57%)	8 (57.14%)
2 ступінь	9 (37.50%)	9 (37.50%)	6 (25.00%)
3 ступінь	1 (6.25%)	5 (31.25%)	10 (62.50%)
Стадія			
І стадія	2 (14.29%)	2 (14.29%)	12 (85.71%)
ІІ стадія	6 (30.00%)	9 (45.00%)	5 (25.00%)
ІІІ стадія	4 (22.22%)	7 (38.89%)	7 (38.89%)
Частота госпіталізацій з приводу загострень			
Менше 1 разу на рік	7 (77.78%)	2 (22.22%)	0 (0.00%)
Іноді (1–2 рази на рік)	4 (25.00%)	4 (25.00%)	8 (50.00%)
Часто (> 2 разів на рік)	1 (3.45%)	12 (41.38%)	16 (55.17%)

За даними клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження (табл. 5–6) із використанням анкетування хворих за методикою визначення тривожності Спілбергера-Ханіна, за опитувальником «Рівень суб'єктивного контролю», аналізу самооцінки психічних станів за Г. Айзенком, оцінки рівня депресії за опитувальником Бека виявлено, що серед хворих із високим рівнем комплаєнсу, вірогідно, переважали особи із екстернальним типом суб'єктивного контрою ($p<0,05$) (І група – 66.67%, ІІ група – 77.78%), високим рівнем особистісної тривожності (66.67%) та високим й середнім рівнем депресії ($p<0,05$) (І група – 100%, ІІ група – 89.89%).

Середній рівень прихильності до призначеної терапії прямо корелював із ригідністю психічних станів та низьким рівнем депресії (І група – 44.44%, ІІ група – 54.54%). Пацієнти із інтернальним типом суб'єктивного контролю (І група – 62.50%, ІІ група – 65.00%), низьким рівнем тривожності (І група – 45.83%, ІІ група – 55.00%) й депресії (І група – 45.83%, ІІ група – 45.00%) здебільшого демонстрували

низький рівень прихильності до антигіпертензивної терапії та вірогідно частішу агресивність у самооцінці психічних станів ($p<0,05$) (I група – 45.83%, II група – 45.00%).

Таблиця 4

Основні клінічні характеристики хворих з АГ II групи з різними рівнями комплаєнсу

Клінічні характеристики	IIa – Високий рівень комплаєнсу (n=9)	IIв – Середній рівень комплаєнсу (n=11)	IIс – Низький рівень комплаєнсу (n=20)
Ступінь АГ			
1 ступінь	2 (16.67%)	3 (25.00%)	7 (58.33%)
2 ступінь	6 (35.29%)	6 (35.29%)	5 (29.41%)
3 ступінь	1 (9.09%)	2 (18.18%)	8 (72.72%)
Стадія			
I стадія	1 (6.67%)	2 (13.33%)	12 (80.00%)
II стадія	5 (35.71%)	5 (35.71%)	4 (28.57%)
III стадія	3 (27.27%)	4 (36.36%)	4 (36.36%)
Частота госпіталізацій з приводу загострень			
Менше 1 разу на рік	4 (66.67%)	2 (33.33%)	0 (0.00%)
Іноді (1–2 рази на рік)	4 (25.25%)	4 (25.25%)	8 (50.00%)
Часто (> 2 разів на рік)	1 (5.00%)	7 (35.00%)	12 (60.00%)

Серед усіх хворих із інтернальним типом суб'єктивного контролю, 55.56% пацієнтів I групи та 65.00% пацієнтів II групи демонстрували низький рівень комплаєнсу. Пацієнти з переважанням агресивності серед показників самооцінки психічних станів також вірогідно частіше ($p<0,05$) мали низькі рівні прихильності до лікування (I група – 91.67%, II група – 75.00%) з вірогідною різницею показників між групами.

Таблиця 5

Основні індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з АГ І групи з різними рівнями комплаєнсу

Індивідуально-психологічні характеристики	Іа – Високий рівень комплаєнсу (n=12)	Ів – Середній рівень комплаєнсу (n=18)	Іс – Низький рівень комплаєнсу (n=24)
Тип суб'єктивного контролю			
Екстернальний	8 (66.67%)	10 (55.56%)	9 (37.50%)
Інтернальний	4 (33.33%)	8 (44.44%)	15 (62.50%)
Рівень особистісної тривожності			
Високий	8 (66.67%)	6 (33.33%)	5 (20.83%)
Помірний	2 (16.67%)	7 (38.39%)	8 (33.33%)
Низький	2 (16.67%)	5 (27.78%)	11 (45.83%)
Показники самооцінки психічних станів			
Тривожність	9 (75.00%)	6 (33.33%)	4 (16.67%)
Фрустрація	3 (25.00%)	3 (16.67%)	3 (12.50%)
Агресивність	0 (0%)	1 (5.56%)	11 (45.83%)
Ригідність	0 (0%)	8 (44.44%)	6 (25.00%)
Рівень депресії			
Високий	7 (58.38%)	3 (16.67%)	2 (8.33%)
Середній	5 (41.67%)	7 (38.89%)	11 (45.83%)
Низький	0 (0%)	8 (44.44%)	11 (45.83%)

Також у процесі дослідження виявлено, що високий рівень прихильності до призначеної антигіпертензивної терапії був притаманний хворим, яким була призначена монотерапія АГ або полікомпонентні («polypill») антигіпертензивні препарати із 1–2 кратним режимом прийому (90.00%). При цьому середній та низький рівень комплаєнсу демонстрували пацієнти із наявністю супутніх захворювань або за умови розвитку ускладнень АГ, що потребувало призначення більше 5 препаратів для щоденного застосування.

Таблиця 6

Основні індивідуально-психологічні характеристики хворих з АГ ІІ групи при різних рівнях комплаєнсу

Індивідуально-психологічні характеристики	ІІа – Високий рівень комплаєнсу (n=9)	ІІв – Середній рівень комплаєнсу (n=11)	ІІс – Низький рівень комплаєнсу (n=20)
Тип суб'єктивного контролю			
Екстернальний	7 (77.78%)	6 (54.54%)	7 (35.00%)
Інтернальний	2 (22.22%)	5 (45.45%)	13 (65.00%)
Рівень особистісної тривожності			
Високий	6 (66.67%)	5 (45.45%)	3 (15.00%)
Помірний	2 (22.22%)	4 (36.36%)	7 (35.00%)
Низький	1 (11.11%)	2 (18.18%)	11 (55.00%)
Показники самооцінки психічних станів			
Тривожність	8 (88.89%)	4 (36.36%)	4 (20.00%)
Фрустрація	1 (11.11%)	2 (18.18%)	2 (10.00%)
Агресивність	0 (0%)	1 (9.09%)	9 (45.00%)
Ригідність	0 (0%)	4 (36.36%)	5 (25.00%)
Рівень депресії			
Високий	6 (66.67%)	1 (9.09%)	2 (10.00%)
Середній	3 (33.33%)	4 (36.36%)	9 (45.00%)
Низький	0 (0%)	6 (54.54%)	9 (45.00%)

ВИСНОВКИ

Оцінку рівня прихильності до медикаментозної терапії пацієнтів із артеріальною гіпертензією доцільно проводити на всіх етапах надання медичної допомоги на підставі аналізу даних, отриманих при використанні непрямих методів дослідження комплаєнсу з доведеною ефективністю.

Результати дослідження довели, що рівень комплаєнсу хворих на артеріальну гіпертензію істотно залежить від деяких соціально-демографічних характеристик, клінічних показників та значною мірою від індивідуально-психологічних факторів, таких, як тип суб'єктивного

контролю особистості, показники самооцінки психічних станів, а також від базового рівня особистісної тривожності та депресії.

Формування низького рівня комплаєнсу у хворих на артеріальну гіпертензію прямо корелює з інтернальним типом суб'єктивного контролю (I група – 62.50%, II група – 65.00%), низькою особистісною тривожністю (I група – 45.83%, II група – 55.00%) та агресивністю при самооцінці психічних станів (I група – 45.83%, II група – 45.00%).

Серед осіб із низьким комплаєнсом агресивність під час самооцінки психічних станів була виявлена у більшості хворих II групи (91.67%), тоді як серед осіб I групи більш старшого віку переважали особи із низьким рівнем тривожності (78.57%).

Найчастіше нехтували рекомендаціями щодо призначеного антигіпертензивного лікування хворі I та II груп з I стадією АГ (85.71% та 80.00% відповідно).

Покращення прихильності до лікування у пацієнтів можливе за умови розроблення та впровадження спеціальних навчальних програм для лікарів різних ланок та рівнів охорони здоров'я щодо виявлення та можливої корекції у хворих окремих індивідуально-психологічних чинників, що можуть істотно впливати на рівень комплаєнсу.

Враховуючи результати дослідження, ефективною може стати співпраця лікарів терапевтичного профілю із лікарями-психологами у процесі призначення комплексної антигіпертензивної терапії хворим старшого віку з метою максимальної індивідуалізації програми лікування, що врешті позитивно вплине на рівень комплаєнсу в цієї категорії пацієнтів.

АНОТАЦІЯ

Проблема підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії нині є надзвичайно актуальною, особливо враховуючи загальні демографічні світові та національні тенденції, зростання захворюваності та фатальності ускладнень, високу частоту коморбідності у цієї категорії пацієнтів. За даними сучасної літератури, однією із головних причин недостатньої ефективності лікування артеріальної гіпертензії є недостатній комплаєнс хворих.

Метою роботи було визначити і дослідити основні фактори, що впливають на прихильність хворих на артеріальну гіпертензію до призначеної медикаментозної терапії.

Було обстежено 94 пацієнти у віці > 50 років із артеріальною гіпертензією (I група – 54 хворих, старших за 65 років, II група – 40 хворих у віці 50–65 років). Під час дослідження використовували соціально-демографічний, клініко-діагностичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи (MMAS, за методикою Спілбергера –

Ханіна, опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю», аналіз самооцінки психічних станів за Г. Айзенком, оцінка рівня депресії за опитувальником Бека), математичний та статистичний методи.

За результатами опитування MMAS у кожній групі хворих було виділено три підгрупи пацієнтів – з високим, середнім та низьким рівнями прихильності до призначеної комплексної терапії артеріальної гіпертензії. Соціально-демографічні чинники у пацієнтів із низькою прихильністю до лікування включали в себе низький рівень освіти та відсутність шлюбних стосунків. Клінічні характеристики визначалися наявністю 3 ступеня важкості, I стадії артеріальної гіпертензії, високої частоти загострень та госпіталізацій, наявності коморбідності у вигляді цукрового діабету 2-го типу, хронічного обструктивного захворювання легень, ішемічної хвороби серця, тютюнопаління. За результатами клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження пацієнти із інтернальним типом особистісного контролю, низьким рівнем тривожності й депресії значно частіше демонстрували низький рівень прихильності до призначеної лікарем терапії та вірогідно частішу агресивність у самооцінці психічних станів ($p<0,05$).

Отже, хворі на артеріальну гіпертензію частіше (до 78%) демонструють незадовільний рівень прихильності до призначеного медикаментозного лікування. Соціально-демографічні, клінічні та психопатологічні фактори суттєво впливають на рівень комплаєнсу в таких хворих. Істотне підвищення ефективності медикаментозної терапії артеріальної гіпертензії залежить від можливості оптимізації схем лікування, більш широкого впровадження психодіагностики та психокорекції із залученням психологів до таких мультидисциплінарних лікарських команд.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горбась І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень. Артериальная гипертензия. 2010. № 6 (14). С. 51–67.

2. Зайцев Ю.А., Хван А.А. Стандартизація методик діагностики тривожності Спілбергера – Ханіна і Дж. Тейлор. Психологічна діагностика. 2011. № 3. С. 19–34.

3. Калугін І.В., Хаустова О.О. Комплаєнс фармакотерапії осіб похилого віку з поліморбідністю. Ліки України. 2015. № 4 (25). С. 65–72.

4. Кузнецов А.А., Кабакова Т.И., Кузнецов А.В. Лекарственная форма и ее потребительские свойства как дополнительный фактор

лекарственной комплаентности. Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. С. 17–20.

5. Купраш Л.П., Гріненко Ю.О., Купраш О.В., Гударенко С.О. Прийнятність (комплаєнтність) медикаментозної терапії в геріартричній клініці. Проблемы старения и долголетия. 2015. № 3–4. С. 375–382.

6. Лібанова Е.М. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. Київ: Український центр соціальних реформ; 2010. 138 с.

7. Писарук А.В., Кошель Н.М., Войтенко В.П. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и образ жизни в странах Европы (медико-демографическое исследование). Кровообіг та гемостаз. 2014. № 1–2. С. 43–51.

8. Сіренко Ю.М., Міхєєва К.В. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії. Артериальная гипертензия. 2010. № 3 (11). С. 17–21.

9. Трачук Л.Є. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації. Ліки України. 2013. № 5 (171). С. 42–45.

10. Чайківська В.В., Пінчук І.Я. Демографічні прогнози для України. Новости медицины и фармации. 2010. № 13–14 (333–334). С. 13–14.

11. Чугунов В.В., Ткаченко О.В., Данілевська Н.В. Особливості порушення комплаєнса у хворих на цукровий діабет 2 типу. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2017. № 1(23). С. 107-111.

12. Bangalore S., Kamalakkannan G., Parkar S., Messerli F. H. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2010. Vol. 120(8)/ P/ 713-719. doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.033

13. Chaudhry K.N., Chavez P., Gasowski J., Grodzicki T., Messerli F. H. Hypertension in the elderly: some practical considerations. Cleve Clin J Med. 2012. Vol. 79(10). P. 694–704. doi:10.3949/ccjm.79a.12017.

14. DiMatteo M.R, Giordani P.J., Lepper H.S., Croghan T.W. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care. 2002. Vol. 40(9). P. 794–811. doi:10.1097/00005650-200209000-00009.

15. Hill M.N., Miller N.H., Degeest S. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. J Am Soc Hypertens. 2011. Vol. 5(1). P. 56–63. doi:10.1016/j.jash.2011.01.001.

16. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008. Vol. 10(5). P. 348–354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.

17. Munger M.A., Van Tassell B.W., LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. MedGenMed. 2007. Vol. 9(3). P. 58.

18. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353 (5). P. 487–497. doi:10.1056/NEJMra050100.

19. Parati G., Omboni S., Compare A. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants of adherence (TELEBPMET Study). Trials. 2013. Vol. 14. P. 22. doi:10.1186/1745-6215-14-22

20. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2019. 132 p.

Information about the authors:

Shuper V. O.,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Internal Medicine,
Clinical Pharmacology and Occupational Diseases
Bucovinian State Medical University
2, Teatralna str., Chernivtsi, 58000, Ukraine

Shuper S. V.,
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Physical Rehabilitation and Ergotherapy
Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University
2, Kotsiubynskoho str., Chernivtsi, 58000, Ukraine