

ISSN 1694-6405

И.К.АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК  
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН

# Ж А Р Ч Ы С Ы



## В Е С Т Н И К

КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА

№ 4 2012

Бишкек

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зурдинов А.З., Зурдинова А.А., Шараева А.Т., Урманбетова А.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия,

Кыргызско-Российский Славянский Университет,

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены результаты анкетирования врачей-пациентов, страдающих гипертонической болезнью по вопросам их приверженности антигипертензивной терапии.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, приверженность лечению (комплаентность), антигипертензивные средства

### ГИПЕРТОНΙΑ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН ДАРЫГЕРЛЕРДИН АРАСЫНДА КАН БАСЫМЫН ЫЛДЫЙЛАТКАН ДАРЫЛАРДЫН КОЛДОНУУСУН ЖАКТАГАНДАРЫНА БАА БЕРУУ

Зурдинов А.З., Зурдинова А.А., Шараева А.Т., Урманбетова А.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,

Кыргыз-Россиялык Славян Университети,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада кан басымын ылдыйлатууга колдонулган дарылардын пайдалануу маселелери боюнча гипертония оорусуна чалдыккан дарыгер-ооруларды сурамжылоонун натыйжалары берилген.

**Негизги сөздөр:** гипертония оорусу, кан-басымын ылдыйлатуучу дарылар

### EVALUATION OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ADHERENCE AMONG DOCTORS, HYPERTENSIVE DISEASE

Zuridinov A.Z., Zurdinova A.A., Sharaeva A.T., Urmanbetova A.D.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Kyrgyz-Russian Slavic University,

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This article presents the results of interviews doctors-patients with hypertension about compliances of antihypertension drugs.

**Key words:** hypertension, compliance to treatment, antihypertension drugs

**Актуальность.** Гипертоническая ГБ составляет от 25 до 40% среди взрослого населения, причем около 40% больных не знают о своем заболевании [3]. Особую тревогу вызывает широкое распространение неинфекционных заболеваний, возникновение которого сопряжено со значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертности [1]. Среди наиболее частых и высокочастотных ее осложнений является ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), гипертоническая энцефалопатия с развитием деменции, поражение почек с формированием хронической почечной недостаточности (ХПН) [2]. В развитых странах распространенность ГБ среди трудоспособного населения. Согласно данным эпидемиологических исследований, проведенных сотрудниками Национального центра кардиологии и терапии Кыргызской Республики в 2004 году, распространенность ГБ среди взрослого (старше 18 лет) населения Кыргызстана, составляла 41% среди городского и 38,4% среди сельского населения [4]. Несмотря на существование большого арсенала лекарственных средств, применяемых при лечении ГБ, эффективность терапии остается достаточно низкой, даже в США и странах

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Западной Европы не превышая 35-40% у больных, получающих антигипертензивную терапию (АГТ) [5]. В России этот показатель в последнее десятилетие увеличился с 12 до 20% [6]. Значительно более низкая эффективность лечения ГБ (4-8%) отмечается в Кыргызстане и других странах СНГ [7].

Эффективная терапия ГБ возможна при достижении как минимум 80% комплаентности (приверженности) со стороны пациентов к проводимому врачом антигипертензивному лечению [8]. Под комплаентностью к лечению понимают степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни). В узком смысле под комплаентностью к лечению ГБ понимают соответствие реального количества лекарственных препаратов и качества их приема согласно предписаниям врача. Несмотря на постепенное осознание важности соблюдения комплаентности пациентами, проблема приверженности к терапии остается нерешенной. В свете вышеизложенного опрос пациентов представляет собой очень важное звено в решении стратегических задач терапии ГБ [9, 10].

Какова же приверженность самих врачей, страдающих ГБ, рекомендациям по ее лечению? Лица, с высшим медицинским образованием, по сравнению с обычными пациентами с ГБ, обладают полной информацией по этиопатогенезу, осложнениям, последствиям и современным подходам по фармакотерапии данного заболевания и теоретически должны быть «образцом» приверженности его рациональному лечению.

Целью нашего исследования явилось изучение реальной приверженности антигипертензивному лечению среди врачей, страдающих ГБ.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось методом анонимного интервьюирования врачей-пациентов с верифицированной ГБ I-III степеней тяжести, путем заполнения специально разработанных анкет. В исследовании принимали участие врачи разных специальностей - терапевты, кардиологи,

невропатологи, хирурги и стоматологи, работающие в лечебно-профилактических организациях г. Бишкек. Респондентам предлагалось ответить на 15 вопросов анкеты, касающихся проводимой антигипертензивной терапии. Каждому опрашиваемому в начале процедуры измеряли уровень артериального давления (АД) по методу Короткова (цифры АД фиксировались в заполняемой анкете). Полученные результаты вводились в базу данных и обрабатывались с помощью программы SPSS 16.0 для Windows XP. В анкетировании приняли участие 120 врачей-пациентов с ГБ. Годными к обработке были признаны 117 анкет, которые затем и анализировались.

**Результаты и обсуждение.** Среди респондентов, заполнивших анкеты, оказалось 57,27% женщин и 42,73% мужчин. В исследовании приняли участие 12 (10,26%) стоматологов, 47 (40,17%) хирургов, 5 (4,27%) кардиологов, 48 (41,03%) терапевтов и 5 (4,27%) невропатологов. Средний возраст опрашиваемых составил  $51,2 \pm 8,3$  лет. Средний стаж наблюдения по поводу ГБ составил  $8,4 \pm 4,4$  лет. По степени повышения АД: I степень встречалась у 41,27% пациентов, II степень - у 58,12% и III степень - у 37,61% врачей-пациентов с ГБ. По суммарному риску 23,93% пациентов относились к группе среднего риска, 41,03% - к группе высокого риска и 35,04% - к группе очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

На вопрос «Кто является для вас основным источником информации о новых антигипертензивных препаратах (АГП) и подходах к лечению ГБ» подавляющее большинство опрошенных (92,31%) ответили, что основную информацию они получают от коллег-кардиологов, то есть консультируются у них и доверяют им; 5,98% опрошенных указали медицинские журналы и фармакологические справочники в качестве основных источников; 1,71% отдали ведущую роль медицинским представителям фармацевтических компаний.

Среди интервьюированных врачей-пациентов ГБ на вопрос «Кому Вы доверяете лечение ГБ?»: 83,76% респондентов ответили, что доверяют коллегам-кардиологам, 7,69% лечатся самостоятельно, а 8,55% вообще

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

не лечатся. Всем опрошенным пациентам назначалась базисная немедикаментозная и медикаментозная терапия ГБ. Только 5,98% от общего числа врачей-пациентов всегда строго придерживались рекомендациям по изменению образа жизни как основы терапии ГБ; 29,92% опрошенных не следовали этим рекомендациям, а 64,1% - выполняли их не всегда. Регулярно для лечения ГБ принимали АГП только 20,51% врачей-пациентов; 28,21% - принимали их «когда вспомнят»; 42,73% - только при повышении АД, а 8,55% - не принимали вообще. Регулярно принимающих 1 АГП оказалось 13,68%; 2 АГП - 4,27%; 3 АГП - 2,56%; а 79,49% - не принимали ни один АГП. Среди АГП, указанных как применяемые, перечислялись следующие препараты: метопролол, карведилол, бисопролол, атенолол, пропранолол, эналаприл, лизиноприл, каптоприл, амлодипин, нифедипин (в основном короткодействующая его форма), индапамид, гидрохлортиазид, фуросемид. Также встречались упоминания таких «рутинных» препаратов, как клонидин, дибазол, резерпин. Причем, надо отметить, что почти в 100% случаев врачи-пациенты указывали торговые наименования препаратов, не всегда точно указывали правильно их международные непатентованные наименования и их принадлежность к определенной группе АГП. 2,56% опрошенных врачей-пациентов с ГБ отметили применение зеленого чая в качестве АГП. Надо отметить, что в терапии часто встречалось применение нерациональных комбинаций АГП.

В ходе нашего исследования выявилось, что 57,26% врачей-пациентов с ГБ контролировали уровни своего АД только при ухудшении состояния; 22,22% - вообще не измеряли или измеряли свое артериальное давление очень редко; 17,1% - контролируют свое АД 1 раз в сутки; 3,42% - измеряли свое АД 2 раза в сутки. В итоге по результатам проводимой терапии только 22,22% врачей-пациентов с ГБ достигали целевых цифр АД, а 77,78% - его не достигали. Большинство опрошенных указали, что лечение ГБ является дорогостоящим и требует значительных материальных затрат. Так, из числа регулярно принимающих АГП 41,67% (24) отметили, что тратят на АГП до 500 сом в

месяц; 33,33% - от 500 до 1000 сом в месяц; а 25% - более 1000 сом в месяц. При этом 17% опрошенных указали, что всегда пользуются предоставляемыми скидками на медикаменты в аптечной сети; 7% - делают это не всегда; 79,49% - не пользуются никакими льготами при покупке АГП и всегда приобретают их по указанной аптечной цене. Из факторов риска сердечно-сосудистой патологии и осложнений ГБ были отмечены в 26,5% случаях ожирение, в 50,43% - наследственность, в 22,22% - гиперлипидемия, в 5,13% - ИБС, в 1,71% - ХСН, в 1,71% - острый инфаркт миокарда в анамнезе, в 37,61% - гипертонические кризы, в 2,56% - сахарный диабет, в 0,86% - ХПН, в 1,71% - нарушения мозгового кровообращения.

На вопрос «Как Вы считаете, какие причины мешают Вам эффективно лечить ГБ»: 11,97% - отметили в качестве причины дороговизну эффективных АГП; 5,13% - сослались на отсутствие времени; 74,35% - отметили собственную лень, безответственность и недисциплинированность как основную причину отсутствия эффективного лечения ГБ; 8,55% - привели в качестве аргумента другие причины. На момент осмотра только у 20,51% (приблизительно у 1/5 от всех опрошенных) респондентов были зафиксированы целевые цифры АД, у 79,49% респондентов цифры АД при измерении были выше целевых.

**Выводы.** Среди опрошенных подавляющее большинство врачей-пациентов страдало ГБ II-III степеней с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Подавляющее большинство (83,76%) доверяют лечение ГБ своим коллегам-кардиологам. Всем пациентам была назначена немедикаментозная (базисная) и медикаментозная терапия ГБ. Несмотря на это только около 5,98% из них строго соблюдают рекомендации по базисному (немедикаментозному) лечению ГБ, 29,92% - не соблюдают их вообще. Регулярно принимают назначенные АГП только 20,51% врачей-пациентов с ГБ и большинство из них принимало 1 АГП. В перечне применяемых АГП присутствовали препараты и их комбинации, неоправданные с позиции доказательной медицины (дибазол, клонидин, резерпин,

фуросемид, андипал, зеленый чай). В 79,48% случаев врачи-пациенты отметили, что самоконтроль уровней АД осуществляют очень редко или только при ухудшении состояния. В итоге только 22,22% респондентов указали в ответах на достижение целевых цифр АД, при объективном измерении АД во время процедуры опроса эта цифра оказалась еще ниже и составила – 20,51%. В качестве основной причины неэффективности АГТ врачами в 74,35% случаев указывались собственная лень, недисциплинированность и безответственность. Признавая этот факт в лечении ГБ у самих врачей, встает закономерный вопрос: «Как можно требовать от больных неукоснительного соблюдения всех рекомендаций врача, в то время, когда сами врачи в качестве пациентов проявляют очень низкую приверженность к проводимому их коллегами-кардиологами антигипертензивному лечению?»

Таким образом, приверженность (комплаентность) к АГТ среди самих врачей-пациентов с ГБ остается, в целом, даже ниже, чем в общей популяции больных с ГБ [11], хотя именно врачи должны являться основными источниками информации и «образцами» приверженности в лечении этого заболевания.

### Список литературы

1. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. – 2002. - № 1. – С. 14-18.
2. Серов В.А., Горбунов В.И. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Клиническая медицина. – 2007. - № 7. – С. 12-15.
3. Шальнова С., Кукушкин Е., Маношкина Е. Артериальная гипертензия и приверженность терапии // Врач. – 2009. - № 12. – С. 39-40.
4. Диагностика и лечение гипертонической болезни у взрослых: клиническое руководство / Джумагулова А.С., Романова Т.А., Полупанов А.Г. и др. – Б., 2010. – 58 с.
5. Бубнова М.Г. Лечение артериальной гипертонии в клинической практике: от общих принципов к конкретному пациенту // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 8. – С. 5-13.
6. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов приверженности антигипертензивной терапии // Качественная клиническая практика. – 2003. - № 4. – С. 59-66.
7. Кыдыралиева Р.Б. Проблемы кардиологии в Кыргызской Республике // Российский кардиологический журнал. – 2007. - № 5 (67). – С. 83-87.
8. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, № 3. – С. 24-26.
9. Конради А.О. Значение приверженности терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 04, № 6. – С. 11-14.
10. Маколкин В.И. Комбинированная терапия – не только повышение эффективности антигипертензивной терапии, но и удобство для пациентов // Кардиология. – 2008. - № 2. – С. 59-62.
11. Урманбетова А.Д., Зурдинов А.З. Оценка приверженности пациентов проводимой антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях // Наука и новые технологии. – 2009. - № 9. – С. 19-22.