

Факторы, препятствующие эффективной антигипертензивной терапии в амбулаторной практике: взгляд врачей и пациентов

Недогода С. В.¹, Сабанов А. В.¹, Бычкова О. И.²

Цель. Изучить представление врачей первичного звена и пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с различной степенью приверженности лечению о факторах, препятствующих эффективной антигипертензивной терапии (АГТ) в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Анкетировались врачи первичного звена и пациенты с АГ, наблюдавшиеся амбулаторно. Анкеты для врачей и пациентов включали информационную часть и опросник с перечнем возможных факторов, препятствующих соблюдению пациентами предписанного лечения. Оценка проводилась с помощью визуально-аналоговых шкал. Также анкета пациентов включала вопросы об АГТ и шкалу Мориски-Грина 8 для определения степени приверженности. Расчет показателей осуществлялся с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. В опросе участвовали 298 врачей и 517 пациентов. Среди пациентов ~1% имели высокую степень приверженности, 34% — среднюю, 65% — низкую. Во всех группах АГТ значимо не различалась и характеризовалась низкой частотой назначения фиксированных комбинаций (27,1%). Ранжирование показателей балльной оценки значимости факторов, препятствующих эффективной АГТ, продемонстрировало, что, по мнению врачей, наиболее существенными и равнозначными являются экономические аспекты лечения $7,9 \pm 2,1$ (95% ДИ: 7,51-8,38), необходимость коррекции пациентами образа жизни $7,9 \pm 2,4$ (95% ДИ: 7,37-8,38) и, в несколько меньшей степени, наличие у пациентов психологических проблем $6,8 \pm 2,2$ (95% ДИ: 5,43-6,43). Экономические аспекты лечения и необходимость коррекции образа жизни также получили максимальную оценку в группах пациентов с высокой ($8,8 \pm 1,8$ (95% ДИ: 7,23-10,37) и $8,4 \pm 1,7$ (95% ДИ: 6,93-9,87), соответственно) и низкой (95% ДИ: $6,4 \pm 3,0$ (5,65-7,07) и $6,2 \pm 2,8$ (95% ДИ: 5,5-6,82), соответственно) приверженностью. Для пациентов со средней приверженностью наиболее существенными и практически равнозначными являлись необходимость коррекции образа жизни $5,6 \pm 3,3$ (95% ДИ: 4,53-6,71), необходимость регулярного посещения врача $5,6 \pm 3,1$ (95% ДИ: 4,53-6,58) и необходимость самоконтроля при лечении $5,6 \pm 2,8$ (95% ДИ: 4,63-6,48).

Заключение. Полученные результаты позволяют формировать предварительное суждение о предполагаемом уровне приверженности больных с АГ, а, следовательно, направлять больше усилий на работу с пациентами с низким уровнем приверженности, тем самым повышая эффективность АГТ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, приверженность лечению, анкетирование, экономические аспекты терапии.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград; ²Военно-медицинская служба УФСБ России по Волгоградской области, Волгоград, Россия.

Недогода С. В.* — д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней Института НМФО, ORCID: 0000-0001-5981-1754, Сабанов А. В. — д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней Института НМФО, ORCID: 0000-0003-4170-1332, Бычкова О. И. — к.м.н. подполковник медицинской службы, начальник военно-медицинской службы УФСБ России по Волгоградской области, ORCID: 0000-0002-7075-1235.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): nedogodasv@rambler.ru

MMAS-8 — 8-item Morisky Medication Adherence Scale (шкала Мориски-Грина 8), АГ — артериальная гипертензия, АГТ — антигипертензивный препарат, АГТ — антигипертензивная терапия, АД — артериальное давление, ВАШ — визуально-аналоговые шкалы, ДИ — доверительный интервал, ССО — сердечно-сосудистое осложнение, ФК — фиксированная комбинация.

Рукопись получена 04.03.2020

Рецензия получена 26.03.2020

Принята к публикации 13.04.2020



Для цитирования: Недогода С. В., Сабанов А. В., Бычкова О. И. Факторы, препятствующие эффективной антигипертензивной терапии в амбулаторной практике: взгляд врачей и пациентов. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(4):3776.

doi:10.15829/1560-4071-2020-3776

Barriers to effective outpatient hypertension treatment: a view of physicians and patients

Nedogoda S. V.¹, Sabanov A. V.¹, Bychkova O. I.²

Aim. To study the opinion of primary care physicians and hypertensive (HTN) outpatients with different compliance rate on factors preventing effective antihypertensive therapy (AHT).

Material and methods. Primary care physicians and HTN outpatients were questioned. Questionnaires for physicians and patients included informative and survey parts, with a list of possible factors aggravated adherence to treatment. The assessment was carried out using visual analogue scale. The patient questionnaire also included questions about AHT and the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). The calculation was carried out with a 95% confidence interval (CI).

Results. The survey involved 298 physicians and 517 patients. Among patients, about 1% had a high compliance rate, 34% — moderate, 65% — low. In all groups, AHT did not significantly differ and was characterized by a low frequency of prescribing fixed-dose combinations (27,1%). According to physicians, the most significant and equivalent

are the economic aspects of treatment — $7,9 \pm 2,1$ (95% CI: 7,51-8,38), the need for lifestyle change — $7,9 \pm 2,4$ (95% CI: 7,37-8,38) and, to a slightly lesser extent, psychological aspects $6,8 \pm 2,2$ (95% CI: 5,43-6,43). The economic aspects of treatment and need for lifestyle change were also most significant factors according to patients with high ($8,8 \pm 1,8$ (95% CI: 7,23-10,37) and $8,4 \pm 1,7$ (95% CI: 6,93-9,87), respectively) and low (95% CI: $6,4 \pm 3,0$ (5,65-7,07) and $6,2 \pm 2,8$ (95% CI: 5,5-6,82) respectively) compliance rates. For patients with moderate compliance rate, the most significant and almost equivalent factors were the need for lifestyle change — $5,6 \pm 3,3$ (95% CI: 4,53-6,71), the need for regular visits — $5,6 \pm 3,1$ (95% CI: 4,53-6,58) and the need for self-management — $5,6 \pm 2,8$ (95% CI: 4,63-6,48).

Conclusion. The results obtained make it possible to forecast the compliance rate of patients with HTN, and, therefore, direct more efforts to those with a low rate, thereby increasing the effectiveness of AHT.

Key words: hypertension, antihypertensive therapy, adherence to treatment, questionnaire, economic aspects of therapy.

Relationships and Activities: not.

¹Volgograd State Medical University, Volgograd; ²Military Medical Service of Volgograd Region Federal Security Service, Volgograd, Russia.

Nedogoda S. V.* ORCID: 0000-0001-5981-1754, Sabanov A. V. ORCID: 0000-0003-4170-1332, Bychkova O. I. ORCID: 0000-0002-7075-1235.

Received: 04.03.2020 **Revision Received:** 26.03.2020 **Accepted:** 13.04.2020

For citation: Nedogoda S. V., Sabanov A. V., Bychkova O. I. Barriers to effective outpatient hypertension treatment: a view of physicians and patients. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(4):3776. (In Russ.)

doi:10.15829/1560-4071-2020-3776

Непрерывным условием снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и улучшения прогноза при артериальной гипертензии (АГ) является достижение целевого уровня артериального давления (АД) [1]. Однако в реальной клинической практике только около трети пациентов, получающих антигипертензивную терапию (АГТ), достигают уровня АД <140/90 мм рт.ст., а чуть более 10% — <130/80 мм рт.ст. [2]. Отсутствие адекватного контроля АД может быть обусловлено врачебным влиянием (нерациональный выбор антигипертензивных препаратов (АГП), их недостаточная доза, низкая частота использования фиксированных комбинаций (ФК) и т.д.), а также факторами, связанными с пациентами. Прежде всего, — это низкий уровень приверженности лечению, выражающийся в несоблюдении или неполном соблюдении пациентами назначенной АГТ, на что, в свою очередь, оказывают влияние различные аспекты фармакотерапии и особенности самих пациентов [3]. Настоящее исследование было посвящено изучению и оценке этих факторов.

Цель: изучить представление врачей первичного звена и пациентов с АГ с различной степенью приверженности лечению о факторах, препятствующих эффективной АГТ в условиях амбулаторной практики.

Материал и методы

Выполнено многоцентровое (в 18 поликлиниках г. Волгограда и г. Волжского) открытое обсервационное исследование. Проводилось добровольное, анонимное анкетирование врачей-терапевтов и кардиологов первичного звена, а также пациентов с АГ, которые наблюдались амбулаторно. Заполнение анкет врачами осуществлялось самостоятельно. Анкетирование пациентов осуществлялось врачами и проводилось в тех же лечебных учреждениях после получения информированного согласия. Основу анкет составляли вопросы, аналогичные тем, которые использовались в протоколах ранее проведенных исследований [4] и они прошли экспертизу психологов и социологов. Анкета для врачей состояла из двух разделов. Первый носил информационный характер и состоял из вопросов о демографических данных (поле и возрасте), стаже работы по специальности. Во втором разделе был предложен перечень возможных факто-

ров, препятствующих соблюдению пациентами предписанного лечения. Респондентам предлагалось определить степень значимости каждого из них (мнение врача). Оценка этих факторов осуществлялась с помощью визуально-аналоговых шкал (ВАШ), в которых 0 принимался за минимальное, а 10 — за максимальное значение. Содержание этого раздела соответствовало аналогичному разделу анкеты для пациентов. Анкета для пациентов с АГ состояла из трех разделов. В первом были вопросы о социально-демографических данных (поле, возрасте, образовании, семейном положении, социальном статусе (работающий, пенсионер, работающий пенсионер, безработный или иное), материальном положении (субъективно оцененном самим пациентом), о наличии инвалидности, а также вопросы о характере АГТ (количестве принимаемых ежедневно АГП и входящих в них компонентов). Эти вопросы при необходимости уточнялись врачами, проводящими анкетирование. Второй раздел представлял шкалу Мориски-Грина 8 (ММАС-8) [5, 6], необходимую для определения степени приверженности предписанному лечению. Оценка результатов этого теста осуществлялась следующим образом. По 1 баллу начислялось за каждый отрицательный ответ, за исключением вопроса о приеме всех препаратов за вчерашний день. За положительный ответ на этот вопрос начислялся 1 балл. В вопросе о сложности вспомнить о необходимости ежедневного приема всех назначенных лекарств с ранжированными ответами только за ответ “никогда” начисляется 1 балл. Высоко приверженными считались пациенты, набравшие 8 баллов, средне приверженными — получившие 6–7 баллов, и плохо приверженными — те, кто набрал 5 и менее баллов. В третьем разделе анкеты предлагалось оценить значимость факторов, которые, по мнению пациентов, препятствуют соблюдению предписанного лечения (мнение пациента). Оценка осуществлялась с помощью ВАШ, в которых 0 принимался за минимальное, а 10 — за максимальное значение. Этот раздел анкеты для пациентов соответствовал по содержанию второму разделу анкеты для врачей и предназначался для определения степени совпадения мнений врачей и пациентов в отношении основных проблем лечения АГ. Критериями включения являлись: подписание пациентом информирован-

Таблица 1

Данные пациентов в изучаемой популяции в целом и в подгруппах с различной степенью приверженности назначенному лечению

Показатели	Значения в изучаемой популяции в целом	Значения в подгруппах с различной степенью приверженности по MMAS-8*								
		Высокая, 8 баллов			Средняя, 6-7 баллов			Низкая, 0-5 баллов		
Доля в изучаемой популяции, % (n)	100 (517)	1 (5)			34 (181)			65 (331)		
Демографические данные										
Мужчины/женщины, % (n)	34/66 (176/341)	40/60 (2/3)			27,6/72,4 (50/131)			36,0/64,0 (119/221)		
Возраст, годы (M±σ)	61,8±12,3	60,4±11,3			63,4±13,4			61,1±11,8		
Социальные данные										
Высшее, % (n)	39,8 (206)	40 (2)			38,9 (70)			1,5 (5)		
Среднее профессиональное, % (n)	59,2 (306)	60 (3)			61,1 (111)			58,2 (193)		
Основное общее, % (n)	0,97 (5)	-			-			40,3 (133)		
Семейное положение										
В браке, % (n)	67,0 (346)	100 (5)			69,4 (126)			65,8 (218)		
Разведен, % (n)	9,7 (50)	-			5,6 (10)			10,4 (34)		
Вдов, % (n)	8,7 (45)	-			19,4 (35)			11,9 (39)		
Холост, % (n)	14,6 (76)	-			5,6 (10)			11,9 (39)		
Социальный статус										
Работающий, % (n)	32 (165)	40 (2)			30,6 (55)			32,8 (109)		
Неработающий пенсионер, % (n)	47,6 (246)	40 (2)			52,8 (96)			44,8 (148)		
Работающий пенсионер, % (n)	20,4 (106)	20 (1)			16,6 (30)			22,4 (74)		
Инвалидность										
Наличие инвалидности, % (n)	17,4 (90)	-			11,1 (20)			21,2 (70)		
Группа инвалидности, % (n)	I - II 14,5 (75) III 2,9 (15)	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -	I - II - III -
Материальное положение**										
Выше среднего, % (n)	0,97 (5)	-			2,8 (5)			-		
Среднее, % (n)	84,5 (437)	100 (5)			91,7 (166)			80,6 (267)		
Ниже среднего, % (n)	14,6 (75)	-			5,6 (10)			19,3 (64)		
Количество компонентов антигипертензивной терапии										
В среднем (M±σ)	2,9±1,1	2,0±1,4			2,6±0,9			2,6±1,0		
Один компонент, % (n)	9,7 (50)	0			8,3 (15)			10,6 (35)		
Два компонента, % (n)	38,1 (197)	60 (3)			36,0 (65)			38,0 (126)		
Три компонента, % (n)	35,0 (181)	40 (2)			39,2 (71)			31,7 (105)		
Четыре и более компонента, % (n)	17,2 (89)	0			16,7 (30)			19,6 (65)		
Частота назначения фиксированных комбинаций										
Назначений в группе, % (n)	27,1 (140)	40 (2)			28,7 (52)			26,0 (86)		

Примечание: * — MMAS-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale) — шкала Мориски-Грина 8, ** — субъективное мнение пациента о своем материальном благосостоянии.

ного согласия, возраст >18 лет, верифицированный диагноз “Артериальная гипертензия” и прием АГП. Критериями, исключения были отсутствие информированного согласия, возраст <18 лет, госпитализация в связи с сердечно-сосудистым заболеванием за прошедшие 3 мес. (включая реваскуляризацию), тяжелое течение и/или выраженная декомпенсация хронической сердечной недостаточности, хронической болезни почек, печеночной недостаточности, когнитивные нарушения, симптоматическая гиперурикемия/подагра, беременность, период грудного вскармливания. Анализировались данные пациентов в изучаемой популяции в целом и в подгруппах с раз-

личным уровнем приверженности назначенному лечению. Использовались методы описательной статистики: долевое представление (%), средние (M), среднееквадратическое (стандартное) отклонение (σ). Расчет показателей осуществлялся с 95% доверительным интервалом (ДИ). Оценка нормальности распределения признаков осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. При нормальном распределении признака для оценки статистической значимости различий использовался t-критерий Стьюдента для не связанных совокупностей. В случае отличия от нормального распределения признака использовался непараметрический U-критерий

Таблица 2

Шкала Мориски-Грина (MMAS-8). Результаты опроса пациентов

Вопросы, предполагающие дискретные ответы		
Вопросы	Ответы, %	
	Да	Нет
Не забываете ли вы иногда принимать Ваши лекарства от давления?	31,1	68,9
За прошедшие 2 недели, был ли день, когда Вы забывали принимать Ваши лекарства от давления?	33	67
Вы когда-нибудь сокращали или прекращали прием лекарства от давления без уведомления врача по причине того, что чувствовали себя хуже, чем до приема лекарства?	37,9	62,1
Бывает ли, что Вы забываете принимать Ваши лекарства, находясь в пути или вне дома?	36,9	63,1
Принимали ли Вы Ваши лекарства от давления вчера?	93,2	6,8
Прекращаете ли Вы прием лекарств, когда чувствуете, что Ваше давление под контролем?	46,6	53,4
Вы когда-нибудь чувствовали неудобство от того, что приходится придерживаться схемы лечения Вашего высокого давления?	44,7	55,3
Вопрос, предполагающий выбор одного из вариантов		
Как часто Вам бывает сложно вспомнить, что нужно принять лекарства от Вашего высокого давления? (Выберите один вариант)		
Никогда	49,5	
Практически никогда	26,2	
Иногда	18,4	
Часто	3,9	
Постоянно	1,9	

Таблица 3

Оценка уровня приверженности по шкале Мориски-Грина 8 (MMAS-8)

Количество набранных баллов, уровень приверженности	Доля пациентов, % (n)
8 баллов, высокий уровень	1 (5)
7 баллов, средний уровень	4,3 (22)
6 баллов, средний уровень	29,8 (154)
5 баллов, низкий уровень	17,8 (92)
4 балла, низкий уровень	17,9 (93)
3 балла, низкий уровень	11,8 (61)
2 балла, низкий уровень	13,3 (69)
1 балл, низкий уровень	3,9 (20)
0 баллов, низкий уровень	0,2 (1)

Манна-Уитни. Для оценки статистической значимости различий качественных показателей использовался критерий χ^2 (хи-квадрат) Пирсона. Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ BIOSTAT и SPSS 16.0.

Результаты

В опросе приняло участие 298 врачей первичного звена (112 мужчин и 186 женщин), средний возраст $45,6 \pm 11,6$ лет (95% ДИ: 43,28-47,87), средний стаж по специальности $21,5 \pm 11,9$ лет (95% ДИ: 19,13-23,89). В исследование были включены данные анкет 517 пациентов (176 мужчин и 341 женщины), которые соответствовали критериям включения. Средний возраст пациентов составил $61,8 \pm 12,3$ (95% ДИ: 59,53-64,15) лет. В таблице 1 представлены данные как для общей

изучаемой популяции пациентов с АГ, так и в группах с различным уровнем приверженности назначенному лечению. По признакам возраста и соотношения мужчин и женщин группы не имели значимых различий ($p > 0,05$). Результаты опроса пациентов с помощью MMAS-8 представлены в таблице 2, анализ полученных данных отражен в таблице 3. Установлено, что доля пациентов с высокой степенью приверженности в изучаемой популяции составляла ~1% ($n=5$). Средняя степень приверженности отмечена у 34% ($n=176$) пациентов. Остальные 65% ($n=336$) пациентов имели низкую степень приверженности предписанному лечению. У большинства пациентов было среднее профессиональное образование. В группе с низкой приверженностью доля лиц с высшим образованием составила 1,5% ($n=5$), что существенно меньше по сравнению с другими группами ($p < 0,01$) в то же время доля лиц с основным общим образованием (8 или 9 классов) была значительно большей 40,3% ($n=133$), чем в других группах ($p < 0,01$). Во всех группах преобладали лица, состоящие в браке. В изучаемой популяции преобладали неработающие пенсионеры — 47,6% ($n=246$). Достоверно значимых различий между группами по этому признаку выявлено не было. Среди всех пациентов лиц с инвалидностью было 17,4%, причем наибольшая их доля 21,2% ($n=70$) отмечена в группе с низкой приверженностью, что является статистически значимым различием ($p < 0,05$). Ни в одной из групп не было выявлено лиц с I группой инвалидности. Инвалидность отсутствовала у пациентов с высоким уровнем приверженности. Результаты опроса пациентов показали, что большинство респондентов оценили свое материаль-

Таблица 4

**Оценка врачами и пациентами различных факторов,
препятствующих соблюдению назначенного врачом лечения**

Факторы	Врачи		Пациенты							
	Баллы, М±σ (95% ДИ)	Ранг фактора	В общей популяции		С различной степенью приверженности					
			Баллы, М±σ (95% ДИ)	Ранг фактора	Высокоприверженные		Среднеприверженные		Низкоприверженные	
					М±σ (95% ДИ)	Ранг фактора	М±σ (95% ДИ)	Ранг фактора	М±σ (95% ДИ)	Ранг фактора
Недостаточные знания пациентов о заболевании	5,5±2,3 (5,05-6,01)	8	4,7±3,3 (4,07-5,33)	7	5,8±4 (2,33-9,27)	6	5,1±3,3 (3,91-6,04)	7	4,5±3,4 (3,67-5,28)	7
Недостаточная информированность пациентов о возможности развития осложнений заболевания	5,9±2,4 (5,43-6,43)	6	4,9±3,2 (4,31-5,54)	6	7,6±2,5 (5,4-9,8)	3	5,2±3,2 (4,16-6,23)	6	4,6±3,3 (3,8-5,36)	6
Необходимость регулярного посещения врача	5,9±2,4 (6,37-5,37)	7	5,6±3,1 (5-6,15)	3	5,6±3,8 (2,29-8,91)	7	5,6±3,1 (4,53-6,58)	2	5,6±3,0 (4,86-6,31)	3
Необходимость самоконтроля при лечении	6,3±2,4 (5,79-6,79)	4	5,4±2,9 (4,85-5,93)	5	7,6±2,6 (5,31-9,89)	4	5,6±2,8 (4,63-6,48)	3	5,1±2,8 (4,45-5,82)	5
Необходимость регулярного приема лекарств	6,2±2,7 (5,62-6,74)	5	5,5±3,1 (4,89-6,06)	4	7,4±2,6 (5,11-9,69)	5	5,3±3,3 (4,21-6,34)	5	5,4±3,1 (4,7-6,17)	4
Необходимость коррекции образа жизни	7,9±2,4 (7,37-8,38)	2	6,1±3,3 (5,53-6,64)	2	8,4±1,7 (6,93-9,87)	2	5,6±3,3 (4,53-6,7)	1	6,2±2,8 (5,5-6,82)	2
Психологические проблемы пациента	6,8±2,2 (6,35-7,25)	3	4,7±3,4 (4,13-5,26)	8	5,8±3 (3,14-8,46)	8	5,0±3,1 (4-6)	8	4,4±2,9 (3,74-5,15)	8
Экономические аспекты лечения	7,9±2,1 (7,51-8,38)	1	6,2±3,2 (95% ДИ 5,56-6,77)	1	8,8±1,8 (7,23-10,37)	1	5,4±3,6 (4,27-6,61)	4	6,4±3 (5,65-7,07)	1

Сокращения: М — средние, σ — среднеквадратическое (стандартное) отклонение, ДИ — доверительный интервал.

ное положение как среднее (84,5%), однако, в группе с низкой степенью приверженности доля лиц, которые оценили свое материальное положение как ниже среднего уровня была значимо больше — 19,3% (n=64), чем в других группах (p<0,05). Для оценки возможного влияния на мнение пациентов был изучен характер АГТ, который не имел значимых различий в группах. Наиболее часто назначалась двух- и трёхкомпонентная АГТ — 38,1% (n=197) и 35,0% (n=181), соответственно. Частота назначения ФК была крайне низкой во всех группах. Эти препараты применялись менее, чем у трети пациентов. Изучение результатов анкетирования и ранжирование показателей бальной оценки значимости факторов, препятствующих эффективной АГТ, по мнению врачей и пациентов, представлено в таблице 4. С позиции врачей, наиболее существенными и равнозначными являются экономические аспекты лечения 7,9±2,1 (95% ДИ: 7,51-8,38), необходимость коррекции пациентами образа жизни 7,9±2,4 (95% ДИ: 7,37-8,38) и, несколько в меньшей степени, наличие у пациентов психологических проблем 6,8±2,2 (95% ДИ: 5,43-6,43). По мнению врачей, наименьшую оценку получил фактор недостаточности знаний пациентов о своем заболевании — 5,5±2,3 баллов (95% ДИ: 5,05-6,01). Ранжирование результатов опроса пациентов

показало, что экономические аспекты лечения и необходимость коррекции образа жизни получили максимальную оценку в группах пациентов с высокой (8,8±1,8 (95% ДИ: 7,23-10,37) и 8,4±1,7 (95% ДИ: 6,93-9,87), соответственно) и низкой (95% ДИ: 6,4±3,0 (5,65-7,07) и 6,2±2,8 (95% ДИ: 5,5-6,82), соответственно) приверженностью. Для пациентов со средней приверженностью наиболее существенными и практически равнозначными являлись необходимость коррекции образа жизни — 5,6±3,3 (95% ДИ: 4,53-6,71), необходимость регулярного посещения врача — 5,6±3,1 (95% ДИ: 4,53-6,58) и необходимость самоконтроля при лечении — 5,6±2,8 (95% ДИ: 4,63-6,48). Менее значимо ими оценивался фактор экономических аспектов лечения — 5,4±3,6 баллов (95% ДИ: 4,27-6,61). Недостаточные знания о своем заболевании и наличие собственных психологических проблем пациенты всех групп оценивали как наименее значимые факторы. Проведенное межгрупповое сравнение степени выраженности указанных факторов выявило значимое различие оценки необходимости коррекции образа жизни в группах пациентов с низкой и средней приверженностью ($\chi^2=11,012^2$; d.f.=9; p<0,05). Значимых различий выраженности оценки других факторов обнаружено не было.

Обсуждение

Врачи, принявшие участие в настоящем исследовании, в основном имели большой стаж работы по специальности, что дает основание считать полученную при их анкетировании информацию объективной. Демографические показатели пациентов в подгруппах с различной степенью приверженности значимо не различались. Во всех сравниваемых группах пациентов фармакотерапия АГ не имела значимых различий. Наиболее часто назначалась двух- или трехкомпонентная АГТ, в то же время частота назначения ФК была крайне низкой. Обращает на себя внимание количественная диспропорция групп пациентов с высокой и низкой приверженностью (1% и 65%, соответственно). Вероятно, это обусловлено тем, что у большинства больных АГ, принявших участие в исследовании, имелись особенности, не позволяющие им достичь высокой степени приверженности. Это может быть связано с недостаточно высоким уровнем образования, что может приводить к явному недопониманию необходимости выполнения врачебных рекомендаций, переоценкой собственных познаний в области медицины, а, следовательно, склонности к самолечению. Возможно, именно этими факторами объясняется и неожиданная малочисленность пациентов с высокой приверженностью, и те значимые отличия социально-экономических показателей, которые были обнаружены в группе пациентов с низкой приверженностью: был ниже уровень образования, более низкая оценка собственного материального положения и больше лиц с инвалидностью. Зависимость степени приверженности от уровня образования (чем выше уровень образования, тем выше приверженность) была продемонстрирована в ранее проведенных исследованиях [7]. Проведенное в работе изучение мнения врачей показало, что среди возможных факторов, препятствующих эффективной терапии, наиболее значимыми считались экономические аспекты лечения и, в равной степени, необходимость коррекции пациентами образа жизни, а также фактор наличия психологических проблем у пациентов. Ранжирование значимости факторов в общей выборке пациентов показало, что большинство пациентов считает наиболее значимыми экономические аспекты лечения и, в равной степени, необходимость коррекции образа жизни. Изучение оценки этих факторов в подгруппах выявило некоторые различия. Для пациентов со средней приверженностью наиболее существенными являлись необходимость коррекции образа жизни (что являлось значимым отличием) и необходимость самоконтроля при лечении и, в меньшей степени, необходимость регулярного посещения врача. Экономические аспекты лечения были на четвертой позиции. У паци-

ентов с низкой приверженностью на первой позиции по значимости находились экономические аспекты лечения, за которыми следовали необходимость коррекции образа жизни и необходимость регулярного посещения врача. Возможно, именно социально-экономическая “уязвимость” пациентов данной группы, факторы которой были представлены выше, могла повлиять на результаты исследования. В отличие от мнения врачей в отношении значимости психологических проблем у пациентов, сами пациенты, независимо от степени приверженности, оценили этот фактор как наименее значимый, что, вероятно, обусловлено субъективно-эмоциональной составляющей со стороны пациентов. Влияние психологических факторов на приверженность пациентов было отмечено и в других исследованиях [8]. Как среди врачей, так и среди пациентов невысокую оценку получили факторы недостаточного знания пациентов о заболевании. В ранее проведенных исследованиях [4] была выявлена диссоциация оценки в отношении значимости экономических аспектов лечения, которые врачи ставили на первое место, а пациенты оценивали их в гораздо меньшей степени (5-е место). В нашем исследовании и врачи, и большинство пациентов оценили эту позицию как наиболее значимую, так же как и изменение образа жизни. Таким образом, в настоящее время взгляды врачей и пациентов на АГТ стали более консолидированными.

Заключение

По мнению большинства врачей и пациентов, экономические аспекты лечения и необходимость коррекции образа жизни являются наиболее значимыми факторами, препятствующими эффективной АГТ. Большинство пациентов имело низкую степень приверженности. Среди них отмечена наименьшая доля лиц с высшим образованием, пятая часть этих пациентов оценила свое материальное положение ниже среднего уровня и у такой же части пациентов имелась инвалидность. Кроме того, наличие психологических проблем у пациентов рассматривалось врачами как один из наиболее значимых факторов неэффективности терапии, однако пациенты оценивали этот фактор как наименее значимый. Полученные результаты позволяют формировать предварительное суждение о предполагаемом уровне приверженности больных с АГ, а, следовательно, направлять больше усилий на работу с пациентами с низким уровнем приверженности, тем самым повышая эффективность АГТ.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Russian Society of Cardiology position paper on 2018 Guidelines of the European Society of Cardiology/European Society of Arterial Hypertension for the management of arterial hypertension. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;23(12):131-42. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., и др. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018г. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(12):131-42. doi:10.15829/1560-4071-2018-12-131-142.
2. Nedogoda SV, Sabanov AV. Achievement of target blood pressure in patients with arterial hypertension on the background of antihypertensive therapy in real clinical practice. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;(11):100-9. (In Russ.) Недогода С. В., Сабанов А. В. Достижение целевого артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией на фоне антигипертензивной терапии в условиях реальной клинической практики. *Российский кардиологический журнал*. 2018;(11):100-9. doi:10.15829/1560-4071-2018-11-100-109.
3. Machilskaya OV. The factors determining adherence to treatment in arterial hypertension patients (literature review). *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya*. 2016;9(3):55-65. (In Russ.) Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы). *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2016;9(3):55-65. doi:10.17116/kardio20169355-65.
4. Kobalava ZhD, Starostina EG, Kotovskaya YuV, et al. on behalf of ARGUS-2 investigation. Antihypertensive treatment compliance and obstacles to its improvement results of Russian program ARGUS-2. *Therapeutic archive*. 2008;3:76-82. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. от имени исследователей АРГУС-2. Приверженность пациентов к антигипертензивной терапии и препятствия к ее улучшению: Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2. *Терапевтический архив*. 2008;3:76-82.
5. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich)* 2008;10(5):348-54. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
6. Lukina YuV, Martsevich SYu, Kutishenko NP. The Moriscos-Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes "Rational Pharmacotherapy in Cardiology" 2016; (Vol 12) No 1 pp. 63-65 (In Russ.) Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016. Т. 12. № 1. С. 63-65.
7. Polunina NV, Kostenko EV. An effect of education and health literacy on the efficacy of rehabilitation of post-stroke patients. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;117,3-2:48-54. (In Russ.) Полунина Н.В., Костенко Е.В. Влияние уровня образования и медицинской грамотности на эффективность реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инсульт. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117,3-2:48-54. doi:10.17116/jnevro20171173248-54.
8. Dyusenova LB, Pivina LM, Belikhina TI, et al The influence of psychological factors on adherence of patients with arterial hypertension to treatment. A literature review. *Nauka i Zdravookhranenie (Science & Healthcare)*. 2018;20.3:127-38. (In Russ.) Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Остроумова Е., и др. Влияние психологических факторов на приверженность пациентов с артериальной гипертензией к лечению. *Обзор литературы. Наука и здравоохранение*. 2018;20,3:127-38.