

Золотенкова О.М., Урванцева И.А., Сеитов А.А.

Оценка приверженности к лечению пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут

Zolotenkova O. M., Urvantseva I. A., Seitov A. A.

Assessment of adherence to treatment in patients with refractory arterial hypertension

Резюме

В настоящее время резистентная артериальная гипертензия рассматривается как частая причина высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России, несмотря на то, что убедительных данных о распространенности истинно резистентной артериальной гипертензии нет. Таким образом, изучение приверженности к лечению у данной категории пациентов дает возможность улучшить качество жизни и оптимально стабилизировать цифры АД.

Ключевые слова: приверженность к лечению, рефрактерная артериальная гипертензия, денервация почечных артерий, артериальная гипертензия

Summary

Currently of resistant arterial hypertension considers as a frequent cause of high mortality from cardiovascular diseases in Russia, despite the fact that there are not conclusive data about the prevalence of true resistant hypertension. In this fashion, the study of treatment adherence in this group of patients gives the opportunity to improve the quality of life and optimally stabilize the numbers arteriotony.

Keywords: adherence to treatment, refractory hypertension, renal artery denervation, hypertension

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из самых значимых проблем Российской Федерации. Распространенность АГ в среднем превышает 40% во взрослой популяции [1]. В странах Евросоюза ситуация с контролем АД у пациентов, получающих лечение, в шести крупных европейских странах находится в диапазоне 19-40% [2]. О распространенности резистентной артериальной гипертензии убедительных данных нет. Возможно, это связано со сложностью диагностики и наличием множества причин развития данного заболевания. Актуальность проблемы резистентности к лечению неуклонно возрастает, что связано, с одной стороны, со сложностью изменения образа жизни и коррекции факторов риска пациента, так и приверженностью пациента к точному соблюдению врачебных рекомендаций по приему гипотензивных препаратов. Таким образом, изучение приверженности к лечению у данной категории пациентов дает возможность улучшить качество жизни и оптимально стабилизировать цифры АД.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 27 пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией. Диагноз реф-

рактерной артериальной гипертензии устанавливался на основании общепринятых критериев [3]. Критерии включения были определены как: возраст от 18 до 80 лет, амбулаторное систолическое артериальное давление ≥ 160 мм рт.ст. (≥ 150 мм рт.ст. у больных сахарным диабетом второго типа), применение более трех антигипертензивных средств (истинная рефрактерность у больных, соблюдающих схему лечения), подписание информированного согласия и способность соблюдать требования протокола исследования, отсутствие вторичных причин артериальной гипертензии.

Все пациенты разделены на две группы. Первая группа - пациенты, которым планировалась и в дальнейшем проведена процедура денервации почечных артерий - 14 человек (51,8%). Вторая группа - пациенты, получавшие консервативную терапию весь период наблюдения - 13 человек (48,1%). Средний возраст составил $48,7 \pm 11,4$ лет. Все пациенты на момент проведения опроса получали 3 и более антигипертензивных препарата. Все пациенты заполняли опросник до включения в группу, через 1,6, 12 месяцев.

Ренальная денервация почечных артерий выполнялась с помощью системы Medtronic Ardian Symplicity Catheter System™ [4,5]. Система состоит из генератора

радиочастотных волн и одноразового катетера с механизмом вращения и управления кончиком катетера. Генератор вырабатывает энергию радиочастотных волн и постоянно контролирует все параметры во время процедуры, контролируя импеданс и температуру на кончике катетера. Процедура денервации проводилась в условиях рентгеноперационной, трансфеморальным доступом. Перед вмешательством всем проводилась обзорная брюшная аортография.

Под ангиографическим контролем катетер Symplicity с электродом проводился через бедренную артерию в почечную артерию. После этого при помощи специального механизма, позволяющего сгибать кончик катетера и вращать его в просвете сосуда, его продвигали, выполняя от 4 до 6 эпизодов радиочастотного воздействия в каждой из артерий. После процедуры на 1-3 сутки и перед выпиской осуществлялся контроль биохимических показателей (креатинин, мочевина, общий белок, глюкоза, цистатин С).

Вторая группа-пациенты, получающие консервативную терапию, также заполняли опросник до включения в группу, через 1,6,12 месяцев.

Результаты и обсуждение

По результатам анкетирования до включения в группу приверженными к лечению (4 балла по опроснику Мориски- Грина) оказались 8 пациентов(25,8%)- 6 женщин (19,4%) и 2 мужчины (6,5%). Недостаточно приверженных (3 балла по опроснику Мориски- Грина) выявлено 21 человек (67,7%)- 9 женщин (29%) и 12 мужчин (38,7%). Неприверженных к лечению (2 балла и менее по опроснику Мориски- Грина) было 2 человека (6,4%)- мужчины.

Также 14 (45,1%) пациентов отметили замену оригинальных препаратов на более дешевые инжерики из этой же группы, самостоятельное изменение дозирования и кратности приема препаратов выявлено у 17 человек (54,8%), полная временная отмена препаратов отмечена у 5 человек (16,1%). Пугала частота приема препаратов 22 человека(70,9%), отмечали забывчивость в приеме препаратов 26 человек(83,8%), развитие побочных эффектов отмечалось у 4 человек(12,9%).

Многие пациенты имели сразу несколько причин неприверженности к лечению.

Всем пациентам разъяснены принципы приема гипотензивных препаратов.

Уже через 1 месяц приверженными к лечению (4 балла по опроснику Мориски- Грина) оказались 9 пациентов(33,3%)- 5 пациентов первой группы (18,5%) и 4 пациента второй группы (14,8%). Недостаточно приверженных (3 балла по опроснику Мориски- Грина) было 16 человек (59,2%)- 9 пациентов 1 группы (29%) и 7 пациентов второй группы (25,2%). Неприверженными к лечению (2 балла и менее по опроснику Мориски- Грина) оставались 2 человека (6,4%)- пациенты второй группы.

Через 6 месяцев с момента проведения исследования приверженными к лечению (4 балла по опроснику Мориски- Грина) оказались 13 пациентов(48,1%)- 8 пациентов первой группы (29,6%) и 5 пациентов второй

группы (18,5%). Недостаточно приверженных (3 балла по опроснику Мориски- Грина) было 14 человек (51,8%)- 6 пациентов 1 группы (22,2%) и 7 пациентов второй группы (25,2%). Неприверженным к лечению (2 балла и менее по опроснику Мориски- Грина) - 1 человек (3,7%)- пациенты второй группы.

Через 1 год нам удалось повысить уровень приверженности к лечению до 21 пациента (77,8%)- 12 пациентов(44,4%) первой группы и 9 пациентов(33,3%) второй группы. Недостаточно приверженных (3 балла по опроснику Мориски- Грина) осталось 6 человек (22,2%)- 3 пациента 1 группы (11,1%) и 3 пациента второй группы (11,1%). Неприверженных к лечению (2 балла и менее по опроснику Мориски- Грина) – не было.

Среди причин недостаточной приверженности через 1 год пациенты отмечали хорошее самочувствие на фоне приема лекарственных средств, в связи с чем были пропуски в приеме назначенных препаратов.

Следует отметить, что за период наблюдения не отмечалась самостоятельная замена пациентами оригинальных препаратов на более дешевые инжерики из этой же группы. А также не было самостоятельной полной отмены приема препаратов. Также не было отмечено возникновение побочных эффектов на фоне приема назначенной терапии.

Заключение

По данным обследования пациентов с рефрактерной АГ выявлена низкая приверженность к лечению на амбулаторном этапе. С целью повышения приверженности к лечению у данной группы пациентов проведен их детальный опрос и разъяснение принципов приема гипотензивных препаратов. Уже через 1 месяц после проведения опроса отмечается рост приверженности пациентов в лечению и соблюдению рекомендаций врача с последующим отсутствием неприверженности к концу 1 года. Это позволило добиться оптимального контроля АД на амбулаторном этапе, оптимизировать прием препаратов пациентом и, тем самым, улучшить прогноз жизни. ■

Золотенкова Ольга Митрофановна, врач кардиолог, БУ Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", г.Сургут; Урванцева Ирина Александровна Главный врач БУ Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", г.Сургут; Семенов Алексей Александрович, Заведующий КО с ПРИТ №1, врач кардиолог, БУ Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", г.Сургут; Автор, ответственный за переписку - Золотенкова Ольга Митрофановна, 628 400 ХМАО-Югра, г. Сургут, пр. Ленина, 69/1, e-mail: post@okd.ru Тел. 8(3462)52-85-00,

Литература:

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ) и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) (четвертый пересмотр) 2010.
2. Щляхто Е.В. Резистентная артериальная гипертензия. Санкт-Петербург, 2012.
3. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013. Российский кардиологический журнал. 2014; 1:14-33.
4. Symplicity HTN-1 Investigators. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: durability of blood pressure reduction out to 24 months. *Hypertension* 2011;57:911-917.
5. Symplicity HTN-2 Investigators. Esler M. D., Krum H., Sobotka P.A. et al. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomized controlled trial. *Lancet* 2010;376:1903-1909.
6. Архипова М.В., Арутюнов Г.П., Бойцов С.А., Галевич А.С., Карпов Ю.А., Кобалава Ж.Д. и др. Новые Российские рекомендации по АГ-приоритет комбинированной терапии. Информационное письмо. Системные гипертензии. 2011;3:58-61.

Шкала комплаентности Мориски-Грин*Текст опросника*

- Вы когда-нибудь забывали принять препараты?
- Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема ЛС?
- Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Интерпретация

- Комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла.
- Больные, набравшие 2 балла и менее считаются неприверженными.
- Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.