

Здоровье, образ жизни, экология



© ВИКТОРОВА И. А., ЛИСНЯК М. В., ТРУХАН Д. И.

УДК: 615.225.2 316.4.063

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

И. А. Викторова, М. В. Лисняк, Д. И. Трухан

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ,
ректор – д. м. н. проф. А. И. Новиков; кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии,
зав. – д. м. н., проф. И. А. Викторова.

Цель исследования. Оценка влияния социально-демографических и психологических факторов на приверженность к лечению пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и тревожными расстройствами (ТР).

Материалы и методы. Обследовано 209 пациентов с АГ и тревогой. Приверженность к терапии оценивалась с помощью теста Мориски-Грина.

Результаты. Выявлены следующие факторы риска снижения приверженности к лечению АГ: отсутствие семьи, отказ от приема препаратов в анамнезе, высокий уровень стресса на работе и ТР.

Заключение. Важно составить «портрет» пациента, определить имеющиеся у него социально-демографические и психологические факторы, снижающие приверженность к терапии.

Ключевые слова: гипертензия, семья, стресс, тревога, приверженность.

INFLUENCE OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHOLOGICAL FACTORS ON COMMITMENT TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

I. A. Victorova, M. V. Lisnyak, D. I. Trukhan

Omsk State Medical Academy

The aim of the research. Estimation of the influence of socio-demographic and psychological factors on commitment to treatment of patients with arterial hypertension (AH) and anxiety disorders (TP).

Materials and methods. The study involved 209 patients with hypertension and anxiety. Adherence to treatment was assessed by a test of the Morisci-Green.

Results. Were identified the following risk factors of low adherence to treatment of hypertension: the lack of family, refuse to take drugs in the history, high level of stress at work place and TP.

Conclusion. It is important to create a "portrait" of the patient, identifying its existing socio-demographic and psychological factors that reduce adherence to therapy.

Key words: hypertension, family, stress, anxiety, commitment.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является многоуровневой проблемой кардиологии и современной медицины в целом. С одной стороны, АГ является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых ССЗ и их осложнений, с другой – самостоятельным заболеванием [3, 4, 12].

В динамике по материалам обследования, проведенного в рамках целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации», к концу первого десятилетия XXI века распространенность АГ несколько увеличилась с 39,5% до 40,8% [7, 8].

Осведомленность больных АГ о наличии заболевания выросла с 77,9% до 83,9-87,1%, увеличилось и число пациентов, принимающих антигипертензивные препараты с 59,4% до 69,5% больных АГ. Однако, сохраняется низким процент эффективного лечения АГ, соответственно, 21,5% и 27,3% пациентов, при этом контролируют артериальное давление (АД) на целевом уровне лишь 23,2% пациентов [7, 8].

Выполнение врачебных рекомендаций по лечению артериальной гипертензии (АГ) реализуется пациентами не в полной мере и остается в центре внимания, как исследователей, так и практикующих врачей [14]. Ни у кого

не вызывают сомнения отрицательные последствия отказа от выполнения врачебных назначений, избирательного следования рекомендациям врача, самовольной замены препаратов или кратности приема и отсутствия «удержания на терапии» [8, 14].

Приверженность к терапии определяется как соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включающее прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни [14]. Приверженность к лечению определяется такими компонентами, как комплаентность, «упорство» и «удержание на терапии» [12]. Комплаентность – это показатель соблюдения дозы, кратности и режима приема лекарственных препаратов [9]. Выделяются следующие степени приверженности к лечению: полная – пропуск менее 25% назначений, частичная – от 25% до 65% и отсутствие приверженности к лечению – пропуск более 65% назначений [14].

«Упорство» и «удержание на терапии» определяются длительностью фактического периода лечения или процентом больных, продолжающих терапию попростивии определенного времени с момента получения врачебных рекомендаций [11]. В клинической практике через 6 месяцев более 30%, а через год – 50% пациентов с АГ прекращают базисную как медикаментозную, так и немедикаментозную терапию [10].

В настоящее время идентифицировано более 250 факторов, обуславливающих различные аспекты приверженности к терапии у пациентов с АГ. В динамике развития и прогрессирования заболевания степень влияния факторов существенно различается, особенно на ранних и поздних стадиях АГ [14], а также в зависимости от возраста пациентов [5, 6].

Целью проведенного исследования являлась оценка влияния социально-демографических и психологических факторов на приверженность к лечению пациентов с АГ и тревожными расстройствами (ТР).

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 209 пациентов с АГ и тревожными расстройствами. Каждому пациенту проведено общеклиническое обследование, нейропсихологическое тестирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии в адаптации М.Ю. Дробизева [1]; оценка комплаентности с помощью теста Мориски-Грина [13].

Все участники исследования получали стандартную антигипертензивную терапию в соответствии с требованиями ESH/ESC [12]. Базами исследования выступили ЛПУ г. Омска: БУЗОО «МЦ МЗОО», «МУЗ поликлиника ГБ №1», «МУЗ поликлиника ГБ №2», «МУЗ ГП №3», «МУЗ ГП №12».

Статистическая обработка полученных данных проведена на основании общепринятых методов статистики [2] с использованием программных пакетов Microsoft Excel 2003 и Statistica 8.0. Полученные результаты имели распределение отличное от нормального и расчеты проводились с использованием непараметрических методов. Данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего перцентилей (Me (P25;P75)). Критерий Манна-Уитни (Z) применялся для сравнения двух независимых групп. Связь признаков оценивалась с помощью корреляционного анализа Спирмена. Результаты считались значимыми при $p < 0,05$ [2].

Результаты и обсуждение

В проведенном исследовании рассматривались такие социально-демографические и психологические факторы, как отношение к браку (семье) и психологический статус, а именно, уровень стресса на работе (в семье) и уровень тревоги/депрессии.

Более 50% респондентов в обеих группах составляли женщины. Медиана возраста обследованных больных составила 45 (Me(41;50)) лет у пациентов основной группы и 47 (Me(43;51)) лет у пациентов группы сравнения.

В основной группе $9,6 \pm 2,9\%$ ($n = 10$) пациентов и $10,5 \pm 3,0\%$ ($n = 11$) пациентов группы сравнения никогда не состояли в браке. При анализе данных выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь с показателями комплаентности (коэффициент корреляции в основной группе, $R = -0,493$, $p < 0,05$; коэффициент корреляции в группе сравнения, $R = -0,506$, $p < 0,05$), то есть отсутствие семьи может служить фактором, способствующим отказу от лечения.

Между группами не было отмечено различий по доле разведенных пациентов: $22,1 \pm 4,1\%$ ($n = 23$) в основной группе и $21,9 \pm 4,0\%$ ($n = 23$) в группе сравнения, но выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь с показателями комплаентности, (коэффициент корреляции в основной группе, $R = -0,321$, $p < 0,05$; коэффициент корреляции в группе сравнения, $R = -0,319$, $p < 0,05$), то есть развод может служить фактором, способствующим отказу от лечения.

Таблица 1

Психологические факторы в исследуемых группах

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Критерий Манна-Уитни
	n	%±m	n	%±m	
Стресс на работе (>5 баллов по 10-балльной шкале)	76	73,1±4,3	77	73,3±4,3	Z=0,219; p=0,746
Стресс в семье (>5 баллов по 10-балльной шкале)	36	32,7±4,6	37	35,2±4,7	Z=0,247; p=0,698
Субклиническая тревога по HADS	28	26,9±4,3	29	27,6±4,4	Z=0,193; p=0,846
Клинически выраженная тревога по HADS	76	73,1±4,3	76	72,4±4,4	Z=0,286; p=0,732
Депрессии нет по HADS	94	90,4±2,9	94	89,5±3,0	Z=0,248; p=0,804
Субклиническая депрессия по HADS	10	9,6±2,9	11	10,5±3,0	Z=0,109; p=0,963

В основной группе $68,3 \pm 4,6\%$ ($n = 71$) пациентов и $67,6 \pm 4,6\%$ ($n = 71$) из группы сравнения состояли в браке (первом, повторном или «гражданском»). Наличие супруга статистически значимо положительно коррелирует с показателями комплаентности ($R = 0,371$, $p < 0,05$) в основной группе и ($R = 0,368$, $p < 0,05$) в группе сравнения. Этот факт свидетельствует о том, что наличие семьи оказывает благотворное действие на повышение приверженности пациента лечению.

Более 70% пациентов обеих групп отмечали высокий уровень стресса на работе (табл. 1). Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь стресса с показателями комплаентности (коэффициент корреляции в основной группе, $R = -0,476$, $p < 0,05$; коэффициент корреляции в группе сравнения, $R = -0,489$, $p < 0,05$), то есть наличие стрессовых ситуаций на работе служит фактором, способствующим отказу от лечения.

У $9,6 \pm 2,9\%$ ($n = 10$) основной группы и $10,5 \pm 3,0\%$ ($n = 11$) группы сравнения была выявлена «субклинически выраженная депрессия» (СВД), «клинически выраженная депрессия» (КВД) не зарегистрирована в обеих группах. Таким образом, у $90,4 \pm 2,9\%$ ($n = 94$) контрольной группы и $89,5 \pm 3,0\%$ ($n = 94$) основной группы симптомы депрессии отсутствовали (табл. 1). Необходимо отметить, что наличие депрессии у респондентов не оказывало значимого влияния на приверженность лечению.

Признаки тревоги в начале исследования выявлены у всех обследуемых пациентов. У $26,9 \pm 4,3\%$ ($n = 28$) пациентов основной группы и у $27,6 \pm 4,44\%$ ($n = 29$) группы сравнения определялась «субклинически выраженная тревога» (СВТ). Соответственно, «клинически выраженная тревога» (КВТ) диагностирована у $73,1 \pm 4,3\%$ ($n = 76$) основной группы и у $72,4 \pm 4,4\%$ ($n = 76$) пациентов группы сравнения (табл. 1). Показатели тревожности пациенты в обеих группах отрицательно коррелируют с показателями комплаентности, (коэффициент корреляции в основной группе, $R = -0,394$, $p < 0,05$; коэффициент корреляции в группе сравнения, $R = -0,378$, $p < 0,05$). Таким образом, наличие ТР является фактором, способствующим отказу от лечения.

Среди 209 пациентов, принявших участие в исследовании, 132 когда-либо по собственному желанию отказывались от приема лекарственных препаратов.

При анализе частоты отказов от антигипертензивной терапии было выявлено, что более половины пациентов отказываются от медикаментозного лечения АГ в течение первых 12 месяцев от начала терапии. Пациенты, имеющие в анамнезе указания на факты отказа от приема лекарственных препаратов, имеют более высокий риск отказа от вновь назначенного лечения.

Следовательно, среди социально-демографических факторов, которые влияют на приверженность к лечению, необходимо обратить внимание на семейное положение пациента: отсутствие семьи, развод повышают риск отказа

от лечения, а наличие поддержки в лечении со стороны супруга является статистически значимым фактором повышения эффективности терапии.

Таким образом, среди психологических факторов, которые влияют на приверженность к лечению, необходимо обратить внимание на наличие стрессовых ситуаций на работе и клинически выраженной тревоги, что повышает риск отказа от лечения.

Заключение

Существует ряд независимых факторов риска снижения приверженности к лечению АГ: отсутствие семьи, факты отказа от приема препаратов в анамнезе.

Факторы снижения приверженности, негативного влияния которых можно избежать при своевременном их выявлении и коррекции: высокий уровень стресса на работе и ТР.

Для врача важно составить «портрет» пациента, определив имеющиеся у него социально-демографические и психологические факторы, снижающие приверженность к терапии АГ, и разработать стратегию и тактику сотрудничества с пациентом. С целью своевременного выявления и коррекции факторов риска отказа от лечения АГ необходимо наблюдение за пациентом в течение 12 месяцев после назначения терапии.

Литература

1. Андриющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES – D, BDI и HADS в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 5. – С. 80-86.
2. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 144 с.
3. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Оптимизация лекарственной терапии ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии: выбор ингибитора ангиотензинпревращающего фермента // Системные гипертензии. – 2014. – № 1. – С. 73-77.
4. Трухан Д.И., Павлова Т.В., Тарасова Л.В., Викторова И.А. Оптимизация лекарственной терапии артериальной гипертензии в рамках научно-исследовательской, образовательной, оздоровительной программы ПЕРСПЕКТИВА // Справочник поликлинического врача. – 2014. – № 1. – С. 16-20.
5. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Особенности качества жизни и психологические характеристики больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пути коррекции последних // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 53-57.
6. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особенности течения и терапии (сообщение I) // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 3. – С. 3-8.

7. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4. – С. 45-50.

8. Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии // Врач. – 2009. – № 12. – С. 39-42.

9. Brunenberg DE, Wetzels GE, Nelemans PJ, Dirksen CD, Severens JL, Stoffers HE, Schouten JS, Prins MH, de Leeuw PW, Joore MA. Cost effectiveness of an adherence-improving programme in hypertensive patients // Pharmacoeconomics. – 2007. – № 25(3). – P. 239-251.

10. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, Lee S, Roberts MS, Kaur R, Alam T. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease // J. Manag. Care Pharm. – 2012. – № 18(7). – P. 527-539.

11. Irvin MR, Shimbo D, Mann DM, Reynolds K, Krousel-Wood M, Limdi NA, Lackland DT, Calhoun DA, Oparil S, Muntner P. Prevalence and correlates of low medication adherence in apparent treatment-resistant hypertension // J. Clin. Hypertens (Greenwich). – 2012. – № 14(10). – P. 694-700.

12. Mancia G., Fagard R., Narkieewicz R., Redon J., Zanchetti A., Bahm M. et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2013. – № 31. – P. 1281-1357.

13. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. and Ward H.J. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting // The Journal of Clinical Hypertension. – 2008. – № 10. – P. 348-354.

14. World Health Organization: Adherence to long-term therapies, evidence for action. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf/>

References

1. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolsky A.V. Comparative evaluation scales CES-D, BDI, and HADS in the diagnosis of depression in general practice // Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. – 2003. – № 5. – P. 80-86.

2. Petri A., Sebin K. Illustrative statistics in medicine: Transl. from English. – М.: GEOTAR-MED, 2003. – 144 p.

3. Trukhan D.I., Tarasova L.V. Optimization of drug therapy for coronary heart disease and hypertension: the choice of ACE inhibitor // Systemic Hypertension. – 2014. – № 1. – P. 73-77.

4. Trukhan D.I., Pavlova T.V., Tarasova L.V., Viktorova I.A. Optimization of drug treatment of hypertension in the framework of research, educational and improving program PERSPECTIVE // Handbook of Policlinic Physician. – 2014. – № 1. – P. 16-20.

5. Kharkov E.I., Davydov E.L. Features of the quality of life and psychological characteristics of elderly patients with diseases of the cardiovascular system and the way of their correction // Russian Journal of Cardiology. – 2010. – № 3. – P. 53-57.

6. Kharkov E.I., Davydov E.L., Shulmin A.V. Elderly patient and hypertension: the peculiarities and treatment (post I) // Siberian Medical Review. – 2010. – № 3. – P. 3-8.

7. Shal'nova S.A., Balanova Yu.A., Konstantinov V.V. Hypertension: prevalence, awareness, antihypertensive medications, and the effectiveness of treatment in the population of the Russian Federation // Russian Journal of Cardiology. – 2006. – № 4. – P. 45-50.

8. Shal'nova S., Kukushkin S., Manoshkina E., Timofeeva T. Hypertension and adherence to therapy // Physician. – 2009. – № 12. – P. 39-42.

9. Brunenberg DE, Wetzels GE, Nelemans PJ, Dirksen CD, Severens JL, Stoffers HE, Schouten JS, Prins MH, de Leeuw PW, Joore MA. Cost effectiveness of an adherence-improving programme in hypertensive patients // Pharmacoeconomics. – 2007. – № 25(3). – P. 239-251.

10. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, Lee S, Roberts MS, Kaur R, Alam T. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease // J. Manag. Care Pharm. – 2012. – № 18(7). – P. 527-539.

11. Irvin MR, Shimbo D, Mann DM, Reynolds K, Krousel-Wood M, Limdi NA, Lackland DT, Calhoun DA, Oparil S, Muntner P. Prevalence and correlates of low medication adherence in apparent treatment-resistant hypertension // J. Clin. Hypertens (Greenwich). – 2012. – № 14(10). – P. 694-700.

12. Mancia G., Fagard R., Narkieewicz R., Redon J., Zanchetti A., Bahm M. et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2013. – № 31. – P. 1281-1357.

13. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. and Ward H.J. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting // The Journal of Clinical Hypertension. – 2008. – № 10. – P. 348-354.

14. World Health Organization: Adherence to long-term therapies, evidence for action. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf/>

Сведение об авторах

Викторова Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии, ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, г. 12; тел. 8 (3812)744427; e-mail: vic-inna@mail.ru.

Лисняк Марина Викторовна – ассистент, кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии, ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, г. 12; тел. 8 (3812)744427; e-mail: lisnyak80@mail.ru.

Трухан Дмитрий Иванович – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии, ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, г. 12; тел. 8 (3812)744427; e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru.