

# Залежні від пацієнта фактори незадовільного контролю артеріального тиску у мешканців сільської місцевості

О.О. Кваша, В.І. Казмірук

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ;  
Черкаський обласний кардіологічний диспансер МОЗ України

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** артеріальна гіпертензія, контроль рівня артеріального тиску, перешкода

Значна поширеність артеріальної гіпертензії (АГ), високий ризик ускладнень від неї (ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), інсульт, серцева і ниркова недостатність та визначальний вплив на смертність від серцево-судинних захворювань (ССЗ) обумовлюють першочергове медико-соціальне значення профілактики і лікування підвищеного артеріального тиску (АТ) у більшості країн світу [11, 12, 16].

Необхідність зниження підвищеного рівня АТ спирається на масштабну доказову базу і не викликає сумніву. Доведено кількісний взаємозв'язок між контролем АТ і зниженням частоти серцево-судинних ускладнень (ССУ) та смертності, зменшенням частоти госпіталізацій з приводу загострень АГ та гіпертонічних кризів [8, 12, 18].

Корисність зменшення показників АТ до цільових значень підтверджується результатами клінічних спостережень і збільшенням тривалості життя дорослого населення у США і Західній Європі [10, 17, 18, 19].

Втрати України від ССЗ значно більші, ніж в країнах Євросоюзу. Щорічно в державі реєструють близько 50 тис. нових випадків ІМ і 100–120 тис. інсультів, від ІХС помирає близько 320 тис. осіб, а тривалість здорового життя чоловіків становить у середньому 55 років [3, 4, 8, 9]. Гіпертонічна хвороба є одним з головних факторів захворюваності та поширеності ССЗ як серед всього населення, так і серед осіб працездатного віку – відповідно 41,7 та 46,2 %; 46,4 і 53,7 %. У 2007 р. кількість пацієнтів з АГ становила 11,3 млн (30 % дорослого населення країни) [8, 9].

За результатами епідеміологічних досліджень, в Україні ефективність лікування АГ серед сільського і міського населення становить відповідно 8,1 і 18,7 % [1].

Успішність лікувально-профілактичних заходів залежить від поінформованості населення щодо ознак захворювання і факторів, які впливають на прогноз, зацікавленості в отриманні лікувально-профілактичної допомоги у медичних установах, готовності виконувати рекомендації лікаря, а також прихильності до лікування. Значна частина помилок, які виникають при лікуванні, пов'язана з недостатньою поінформованістю пацієнтів про хворобу та її наслідки та відмовою дотримуватися припису лікаря.

Мета дослідження – визначення факторів, які перешкоджають пацієнтам ефективно контролювати артеріальний тиск на етапі первинної медико-санітарної допомоги.

## Матеріал і методи

В основу роботи покладено результати, отримані під час річної диспансеризації 911 хворих з АГ, що проживають у сільській місцевості Черкаської області.

Оцінку перешкод до приймання антигіпертензивних препаратів проводили за даними опитування. Хворі з АГ самостійно анонімно заповнювали спеціально розроблену анкету. Анкета складалася з 14 позицій і мала дві субшкали: фактори, які залежать від пацієнта і препаратів (питання 1–7), та фактори, обумовлені співпрацею з лікарем (питання 8–14). Пацієнти висловлювали ступінь згоди (за трибальною шкалою) з кожним із 14 тверджень, в яких описані фактори, які, ймовірно, перешкоджають регулярній терапії.

Для кожного пацієнта розраховували сумарний індивідуальний бал, а також бал перешкод. Бал перешкод визначали за формулою:

$$\text{бал перешкод} = (\text{сумарний індивідуальний бал} - 14) \cdot 100/28.$$

Для кожної позиції анкети була розрахована середня кількість балів.

Також були проаналізовані результати опитування 396 пацієнтів із АГ щодо наслідків підвищення рівня АТ, чинників ризику і готовності до змін поведінкових звичок.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням ЕОМ IBM PC стандартної конфігурації за допомогою наданого ВООЗ пакета прикладних програм для аналізу епідеміологічних даних «Epi-Info» та медичної інформаційно-статистичної системи «Епідеміологія».

Для обробки та аналізу отриманих результатів використовували методи варіаційної статистики: оцінка різниці між частотою появи ознаки в окремих серіях спостережень; порівняння середніх величин і середньоквадратичних відхилень. Для оцінки вірогідності отриманої в результаті спостережень різниці показників двох сукупностей визначали ступінь розходження їх середніх за допомогою t-критерію Стьюдента. Статистично значущою вважали розбіжність при  $P < 0,05$ . Для виявлення взаємозв'язку між показниками обчислювали коефіцієнт кореляції Пірсона.

## Результати та їх обговорення

Результати проведеного дослідження показали, що більшість (66,6 %) осіб, які проживають у сільській місцевості і перебувають на обліку в установах ПМСД Черкаської області, – жінки. Вік пацієнтів – у середньому ( $62,4 \pm 15,9$ ) років, з них 59,5 % – особи, яким більше 60 років. 65,6 % хворих – пенсіонери, 4,0 % – мають інвалідність.

У 47,0 % пацієнтів діагностували АГ 1-го ступеня, у 27,0 % – АГ 2-го ступеня, у 10,8 % – АГ 3-го ступеня, у 15,1 % – симптоматичну АГ.

Статевіковий розподіл респондентів достовірно не відрізняється від диспансерного: середній вік – ( $59,6 \pm 9,8$ ) року, 60,1 % становлять жінки. Тому отримані результати можна екстраполювати на всю диспансерну групу.

В анкетуванні взяли участь 396 хворих, з них 12,1 % пацієнтів оцінюють стан свого здоров'я добре, 65,4 % – задовільно і 27,0 % – погано. Чоловіки частіше, ніж жінки, дають позитивну оцінку стану свого здоров'я – відповідно 16,4 і 9,2 % ( $P < 0,05$ ).

79,3 % опитуваних вважають підвищення рівня АТ не хворобою, а закономірним наслідком віку, а 28,8 % розглядають його як епізод, а не як тривале хронічне захворювання.

Жінки краще, ніж чоловіки (відповідно 68,1 і 41,8 % ( $P < 0,05$ )), знають про наслідки АГ. Дже-релами інформації називали: 41,2 % осіб – телевізійні передачі, 50,8 % – газетні публікації, 19,9 % – радіопередачі, тільки 20,5 % пацієнтів отримали інформацію від медичних працівників.

Зафіксовано дуже низький рівень самоконтролю АТ: 47,7 % хворих вимірюють тиск тільки при поганому самопочутті або головному болі, 34,4 % – рідко та дуже рідко (1–3 рази на рік), 17,9 % – зовсім не вимірюють. Тільки 19,2 % респондентів мають вдома апарат для вимірювання тиску.

96,2 % пацієнтів вважають, що головною метою лікування є усунення основних симптомів, тобто зниження рівня АТ і покращання самопочуття (табл. 1). На профілактику розвитку ускладнень як головну мету вказують лише 7,6 % респондентів.

За даними дослідження, регулярно приймають антигіпертензивні препарати 29,3 % хворих. 25,8 % пацієнтів припиняють приймати ліки після нормалізації рівня АТ або через «забудькуватість», 9,3 % осіб намагаються обійтися народними засобами, 10,1 % хворих вважають регулярне приймання ліків необов'язковим.

На прихильність до лікування істотно впливають економічні проблеми. Встановлено, що адекватність контролю АГ обернено пропорційна збільшенню цін на медикаменти [13, 20]. В нашій країні ціни на лікарські препарати не зіставні з прибутками більшості населення, особливо сільських мешканців. Близько 40 % опитаних хворих незалежно від статі відзначали високу вартість ліків як причину нерегулярного лікування.

Привертає увагу той факт, що 39,4 % хворих лікуються не за призначенням лікаря, а віддають перевагу іншим джерелам інформації: порадам родичів, друзів (19,7 %), фармацевтів (11,9 %), засобам масової інформації (8,0 %). За даними літератури, найчастіше це пов'язане з відсутністю ефекту терапії у хворих та інертністю лікарів щодо зміни препаратів або їх доз [6, 14].

Проведене дослідження виявило дуже низьку обізнаність пацієнтів про негативний вплив додаткових факторів ризику на перебіг захворювання і розвиток ССУ. Тільки 34,3 % пацієнтів (переважно жінки) знали, що підвищений рівень цукру погіршує прогноз у хворих з ГХ. Про важливість наслідків підвищеного рівня холестерину поінформовані 0,8 %, ніхто з опитуваних не зміг вказати свій рівень цього показника.

Таблиця 1

Мета лікування артеріальної гіпертензії\*

Показник	Частота виявлення
Зниження АТ	381 (96,2 %)
Покращання самопочуття	381 (96,2 %)
Покращання якості життя	89 (22,5 %)
Профілактика ССУ	30 (7,6 %)

**Примітка.** \* Допускалося декілька відповідей на це запитання.

За даними анкетування, 85,4 % чоловіків і 84,5 % жінок знають свій зріст, 10,4 % осіб ніколи не вимірювали і не знають масу свого тіла. Тільки 355 осіб вказали свою масу, 60,8 % з них останній раз вимірювали її більше року тому.

За даними опитування, 55,0 % жінок та 44,3 % чоловіків вважають свою вагу надлишковою. 69,9 % пацієнтів знають про шкідливість ожиріння для здоров'я. На запитання про вплив цього фактора ризику на розвиток ССУ у хворих з ГХ 34,0 % жінок і 38,6 % чоловіків відповіли «не знаю», а 37,4 % жінок та 48,7 % чоловіків ( $P < 0,05$ ) дали заперечну відповідь.

На думку науковців, запитання «Чи досолоєте ви їжу, не куштуючи її?» є найбільш чутливим при суб'єктивній самооцінці вживання харчової солі. У нашому дослідженні 15 (3,8 %) осіб відповіли на це запитання стверджувально. Статевих відмінностей не визначено (3,4 % жінки і 4,4 % чоловіки). Досолоють їжу за смаком 91,9 % осіб, 4,3 % пацієнтів не відповіли на це запитання.

Тільки 18,2 % респондентів знають, що при надлишковому вживанні харчової солі збільшується вірогідність виникнення ССЗ. Про вплив таких факторів ризику, як надлишкова маса тіла та куріння, пацієнти обізнані дещо краще, але ці знання стосуються загального впливу вказаних факторів ризику на здоров'я.

Дані нашого дослідження показали, що для мешканців сіл біохімічні аналізи крові є малодоступними, а лікарі пасивно займаються немедикаментозною корекцією факторів ризику у хворих та інформують про чинники, які шкідливо впливають на перебіг хвороби.

Проведене дослідження показало низький рівень знань щодо причин і наслідків підвищеного рівня АТ у осіб з АГ, що не дозволяє очікувати від них ні формування досить високої мотивації до її контролю, ні усвідомлення необхідності профілактики захворювання і ведення здорового способу життя.

Протягом року було обстежено 911 хворих із АГ, яким при першому обстеженні та планових візитах до лікаря-терапевта (4 відвідування на рік) вимірювали АТ, зріст та масу тіла, проводили анкетування щодо прихильності до лікування та наявності факторів ризику, надавали рекомендації щодо корекції способу життя, призначали або корегували терапію, видавали методичні матеріали.

За даними анкети, на початку дослідження у 70,6 % пацієнтів спостерігали низьку прихильність до терапії, у 26,2 % – помірну і у 3,2 % – високу.

Під впливом лікувально-профілактичних заходів спостерігали зниження рівня систолічного АТ (САТ) у середньому на 9,3 мм рт. ст. (з  $(163,2 \pm 0,1)$  до  $(153,9 \pm 0,1)$  мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ), а діастолічного АТ (ДАТ) – на 4,1 мм рт. ст. (з  $(93,5 \pm 0,1)$  до  $(89,4 \pm 0,1)$  мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ). Цільових рівнів САТ ( $< 140$  мм рт. ст.) і ДАТ ( $< 90$  мм рт. ст.) було досягнуто відповідно у 8,3 та 29,5 % пацієнтів. У ході роботи не вдалося суттєво покращити ефективність контролю АГ у мешканців сільської місцевості: адекватно контролювали АТ 12,0 % ( $P < 0,05$ ) жінок і 7,9 % ( $P > 0,05$ ) чоловіків.

Однією з основних причин відсутності очікуваного ефекту покращання контролю АГ є недотримання схеми прийому призначених ліків. Більшість хворих пояснювали це «забудькуватістю». Чоловіки частіше, ніж жінки, а не прихильні до лікування пацієнти частіше, ніж прихильні, вважають регулярний прийом антигіпертензивних препаратів не обов'язковим і не бажають залежати від ліків (табл. 2).

Кількість причин, які вказували хворі, становила в середньому  $(1,86 \pm 1,09)$ . Достовірно більшу кількість причин відзначали чоловіки порівняно з жінками – відповідно  $1,95 \pm 1,13$  і  $1,82 \pm 1,07$  ( $P = 0,0373$ ) та хворі з низькою прихильністю до лікування порівняно з пацієнтами з високою прихильністю – відповідно  $2,29 \pm 1,42$  і  $1,80 \pm 1,06$  ( $P = 0,0016$ ).

Середній сумарний бал перешкод становив  $19,28 \pm 8,36$ . Чоловіки і хворі з низькою прихильністю до лікування вказували на значно більшу кількість перешкод для регулярного приймання антигіпертензивних препаратів (відповідно  $21,97 \pm 7,11$  і  $23,10 \pm 6,04$ ), ніж жінки та пацієнти з високою прихильністю до терапії (відповідно  $17,83 \pm 5,02$  і  $13,78 \pm 4,22$ ).

Бал перешкод достовірно зменшувався при збільшенні рівня прихильності до лікування і

Таблиця 2

Причини нерегулярного прийому ліків залежно від статі і прихильності до лікування

Причини	Частота виявлення у осіб			
	жіночої статі (n=607)	чоловічої статі (n=304)	з прихильністю до лікування	
			високою та середньою (n=510)	низькою (n=401)
«Забудькуватість»	50,8	55,9	45,6	56,1
Необов'язковий прийом ліків	22,1	32,8	7,9	35,3
Небажання залежати від ліків	23,2	31,3	12,1	33,3
Погане самопочуття при прийманні ліків	17,9	14,9	15,3	17,8
Ліків вистачає на довше	18,3	12,8	14,9	17,8
Вартість ліків	28,0	34,0	17,9	41,0
Препарати не допомагають	15,3	14,9	13,0	15,8
Не бажають приймати будь-які ліки	6,8	12,8	2,8	12,2

корелював з кількістю причин пропуску прийому ліків ( $r=0,29$ ,  $P<0,001$ ).

Серед залежних від пацієнта факторів нерегулярного приймання антигіпертензивних препаратів найбільш значущими є вартість ліків, недостатнє розуміння користі постійного лікування при АГ і відсутність можливостей самостійного вимірювання АТ у домашніх умовах (табл. 3).

Найбільш вагомими причинами, пов'язаними із взаємодією з лікарем, були довіра до лікаря, ставлення лікаря до пацієнта і страх інформування його про пропуски прийому ліків.

85,8 % хворих були задоволені інформацією про порядок прийому препаратів, яку вони отримали від лікаря, проте 34,9 % пацієнтів вважали призначену схему лікування незручною і складною.

Протягом року було зареєстровано незначну (2,7 %) кількість побічних ефектів, які потребували зміни дози або препарату у пацієнтів при інтенсифікації лікування. Проте 59,8 % хворих вважають, що регулярний прийом препаратів обов'язково супроводжується небажаними ефектами, про які їм не розповів лікар.

Таблиця 3

Фактори, що перешкоджають регулярно приймати антигіпертензивні препарати

Фактори	Середній бал (M±m)
Побічні ефекти ліків	1,34±0,76
Вартість препаратів	2,26±0,91
Можливість самоконтролю АТ у домашніх умовах	2,12±0,80
Кількість препаратів, що приймаються	1,15±0,99
Розуміння хвороби та її наслідків	1,50±0,69
Розуміння користі від лікування	1,87±0,77
Складна схема лікування	1,54±0,74
Задоволення від візиту до лікаря	1,64±0,68
Якість та ефективність діалогу з лікарем	1,58±0,79
Ставлення лікаря до пацієнта	1,96±0,67
Довіра до лікаря	2,2±0,54
Кратність відвідування лікаря	1,44±0,86
Відсутність уваги лікаря до інших проблем пацієнта	1,30±0,90
Страх інформування лікаря про порушення схеми приймання ліків	1,90±0,70

За даними літератури, при спрямованій активізації лікувально-профілактичних заходів у хворих, що перебувають на диспансерному обліку, спостерігали значне зростання кількості пацієнтів, які ефективно контролюють АТ [2, 5, 7]. Але, як правило, об'єктом таких досліджень є міське населення, яке суттєво відрізняється від мешканців сіл рівнем освіти, фінансовими можливостями, наявністю пільг у придбанні ліків (Росія).

На нашу думку, відсутність значного збільшення ефективності лікування у нашому дослідженні частково пов'язана з низьким рівнем економічної забезпеченості більшості селян, відсутністю відповідальності (або її низьким рівнем) за своє здоров'я, існуванням інших життєвих пріоритетів у обстежених пацієнтів і потребою більш тривалого періоду (порівняно з мешканцями міст) для формування стійкої мотивації щодо лікування та ін.

Також наше дослідження показало, що постійна інформаційно-роз'яснювальна робота серед хворих із АГ, що підкріплюється друкованими матеріалами, сприяє прихильності пацієнтів до терапії. Постійне і планомірне впровадження її в рутинну практику лікаря в сукупності з сучасними рекомендаціями Української асоціації кардіологів і МОЗ України може підвищити ефективність лікування АГ і покращити стан здоров'я населення.

## Література

1. Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2. – С. 13–18.
2. Конради А.О. Комбінована терапія «на старті» лікування артеріальної гіпертензії. Розширення // Артеріальна гіпертензія. – 2009. – № 1. – С. 46–49.
3. Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5. – С. 83–87.
4. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналітично-статистичний посібник / За ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К.: Медінформ, 2009. – 146 с.
5. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Калтунов І.В. и др. РЕЛИФ – РЕгулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть III // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 46–53.
6. Осипова И.В., Зальцман А.Г., Воробьева Е.Н. и др. Распространенность факторов риска и особенности поражения органов-мишеней при стресс-индуцированной артериальной гипертонии у мужчин трудоспособного возраста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 2. – С. 10–15.
7. Полторацкая О.В. Качество лечения больных артериальной гипертонией в амбулаторных условиях // Рос. кардиол. журн. – 2003. – № 6. – С. 50–52.
8. Сіренко Ю.М. Виконання програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2. – С. 83–88.
9. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз. Аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленка. – К.: ЛІНО, 2008. – 111 с.
10. Bowman T.S., Sesso H.D., Gaziano J.M. Effect of age on blood pressure parameters and risk of cardiovascular death in men // Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 47–52.
11. Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy // Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 1190–1196.
12. Chobanian A.N. Control of Hypertension – An Important National Priority // New Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 345. – P. 534–535.
13. Fodor G., Kotrec M., Bacskai K. et al. Is interviews a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central European study // J. Hypertension. – 2005. – Vol. 23. – P. 1261–1266.
14. Kannel W.B., Wolf Ph.A. Framingham Study Insights on the Hazards of Elevated Blood Pressure // JAMA. – 2008. – Vol. 300. – P. 2545–2547.
15. Kotchen T.A. Hypertension Control: Trends, Approaches, and Goals // Hypertension. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 19–20.
16. Lenfant C. Гипертензия и ее последствия: состояние проблемы в мире // Published online. – 2005. – <http://www.consilium-medicum.com/>
17. Psaty B.M., Lubley T., Furberg C.D. et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis // JAMA. – 2003. – Vol. 286. – P. 2534–2544.
18. Rodriguez T., Malvezzi M., Chatenould L. et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular disease in the Americans: 1970–2000 // Heart. – 2006. – Vol. 92. – P. 453–460.
19. Staessen J.A., Wang J.G., Thijs L. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a quantitative overview updated until 1 March 2003 // J. Hypertension. – 2003. – Vol. 21. – P. 1055–1076.
20. Summerskill W.S., Pope C. An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease // Family Practice. – 2002. – Vol. 19. – P. 605–610.

Надійшла 18.11.2009 р.

## Patient-dependent factors of unsatisfactory control of blood pressure among villagers

O.O. Kvasha, V.I. Kazmiruk

*The purpose of investigation was to define barriers from patient side that prevent effective control of blood pressure (BP) at the phase of the first medical aid. It was established that only 29.3 % patients receive antihypertensive medicines regularly. Patients' opinion about increased BP as a natural result of age largely explains considerable number of subjective reasons for irregular treatment, including interruption of medical treatment after normal BP attained, «forgetfulness» (25.8 %), attempts to manage with non-traditional medicines (9.3 %) and point of view that regular medical treatment is not compulsory (10.1 %). Almost 40 % patients mentioned the high price of medicine as a reason for irregular treatment. Among the patient-dependent barriers to the regular antihypertensive medical treatment the most important were price of the drugs, insufficient understanding of the regular treatment benefit and lack of ability of self-measurement of BP at home. The most important factors determining cooperation with physician is a trust to the physician, physician's attitude to the patient and fear to inform the physician about missing of the drug dosages.*