

УДК 616.12-008.331.1

Л.Б. Дюсенова¹, И.А. Избасарова¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Государственный медицинский университет города Семей,

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней,²Кафедра общей врачебной практики**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ****Аннотация**

Приверженность больных АГ к лечению потенциально прогнозируема, при этом факторы, влияющие на этот прогноз, могут быть выделены, измерены и корректируемы. Повышая приверженность к лечению больных АГ можно улучшить прогноз заболевания, предотвратить серьезные осложнения, повысить качество жизни больных, снизить уровень смертности.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к лечению, факторы риска, прогноз.

Артериальная гипертензия в течение многих лет была и остается актуальной проблемой в системе здравоохранения Казахстана. Высокая распространенность, осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт), смертность приводит к тому, что в настоящее время распространенность АГ среди взрослого населения составляет 24% (Елемесова и соавт, февр, 2013г) причем ее частота увеличивается с возрастом.

Одной из проблем лечения больных с АГ является низкая приверженность пациентов к медикаментозной терапии.

Приверженность (комплаентность) к лечению – это степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни.

Таким образом, приверженность к лечению (терапии) означает, что пациент: вовремя принимает лекарство; принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе; соблюдает рекомендации по диете. Проблема приверженности пациента к лечению существует столько же, сколько практическая медицина. По оценкам специалистов, долгосрочная приверженность любому лечению, независимо от заболевания, низкая и не превышает 50% (Cowell W., Fulford-Smith A., Poultnev S., 2005; Cramer J., Amonkar M., Hebborn A., Altman R., 2005). Например, при лечении артериальной гипертензии терапевтическая комплаентность составляет 40%, при сахарном диабете и эпилепсии - 50%, при гиперлипидемии - 62%.

В практической работе врач может оценить приверженность простым способом: путем подсчета принятых таблеток по отношению к назначенным. При приеме 100-90% назначенных таблеток приверженность классифицируется как оптимальная, 90-70% - удовлетворительная, 70-40% - частичная и <40% - плохая. Для больных АГ приверженность к лечению составляет 50-60%, это означает, что больной принимает только половину назначенных антигипертензивных препаратов (АГП). Часть пациентов (16-60%), особенно с впервые выявленной гипертонией, в течение года вообще прекращает прием АГП. Низкая приверженность к лечению и частичный гипотензивный эффект (целевой уровень АД, для которого доказано улучшение прогноза заболевания, в процессе лечения не достигнут) приводят к ослаблению защитного действия АГП на органы-мишени и сохранению высокого риска сердечно-сосудистых осложнений - инсультов, ИБС и др., несмотря на проводимое лечение.

Большое значение в приверженности к лечению имеет личность врача. Его квалификация, убежденность, заинтересованность в судьбе пациента. Отрица-

тельно сказывается отсутствие постоянного лечащего врача у пациента. В этом отношении в западных странах, где с населением работают врачи общей практики, имеются определенные преимущества лечения АГ.

Другими факторами, также определяющими низкую приверженность больных АГ к лечению, являются неэффективность проводимой терапии и развитие побочных действий препаратов. Предсказать индивидуальный гипотензивный ответ от применения какого-либо препарата чрезвычайно трудно. Популярная, в недавнем прошлом, монотерапия, как оказалось, эффективна лишь в 50% при мягкой АГ. Исследования показали, что если на фоне монотерапии целевой уровень АД не был достигнут, то при увеличении дозы препарата будет получен лишь небольшой дополнительный гипотензивный эффект. Добавление же второго препарата с другим механизмом действия приводит к более выраженному гипотензивному эффекту, так как осуществляется воздействие на два механизма гипертензии.

Чаще врачи выбирают первую тактику лечения, что приводит к появлению нежелательных побочных эффектов, и, в свою очередь, снижают приверженность к лечению и его эффективность. На сегодняшний день совершенствование лекарственных препаратов с целью уменьшения побочных эффектов и продления их действия во многом улучшило приверженность к лечению, но полностью не решило этой проблемы. Использование фиксированных комбинаций уже на начальном этапе лечения может быть чрезвычайно полезным, так как сокращает сроки подбора терапии, повышает ее эффективность и уменьшает побочные реакции.

Для повышения приверженности к лечению существуют и другие подходы. В Казахстане все более широкое развитие получает новая форма профилактической работы с пациентами - образовательные школы, которые в настоящее время организованы и функционируют на уровне первичного звена здравоохранения. Задачами школ являются информирование пациентов о риске осложнений АГ, положительных последствиях непрерывного лечения и достижения целевых уровней АД, немедикаментозных методах воздействия на АД, обучение навыкам самоконтроля за АД. Это также способствует повышению приверженности, так как, самостоятельно контролируя АД, пациент становится активным участником процесса лечения и может видеть, что для поддержания нормального уровня АД необходимо постоянное лечение.

Таким образом, в настоящее время существует большая необходимость внедрения системных подходов, которые направлены на повышение приверженности пациента к терапии. Эти подходы будут отличаться в разных странах с различными системами здравоохра-

нения. Однако каждый врач на своем уровне уже сегодня сам может улучшить ситуацию; для этого следует использовать простой алгоритм действий, разработанный Osterberg и Blaschke в 2005 году, который является универсальным для всех стран мира и врачей любых специальностей:

1. идентифицировать факт плохой приверженности к лечению;
2. акцентировать внимание пациента на значение приверженности к лечению;
3. выслушать пациента;
4. упростить схему лечения и предоставить четкие инструкции;
5. необходимо обсудить с пациентом побочные эффекты принимаемых препаратов;
6. назначить лекарственный препарат с наилучшей переносимостью.

Литература:

1. Повышение эффективности лечения артериальной гипертензии // JAMA - Россия. - 2000., - Т.3., №1. - С 31.

2. 2003 European Society of Hypertension -European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. 2003. - V. 21. - P. 1011.

3. Morisky D.E. et al. // Amer. J. Public Health. - 1983. - V. 73. - P. 153.

4. Агеев Ф.Т. Свободная или фиксированная комбинация эналаприла и гидрохлоротиазида в реальной амбулаторной практике: что лучше для больного артериальной гипертензией? Сравнение эффективности и приверженности к лечению / Ф.Т. Агеев [с соавт.] // Кардиология, 2008. - № 5. - С. 10-15.

5. Агеев Ф.Т. Правильно ли мы выбираем гипотензивный препарат в повседневной амбулаторной практике и как исправить эту ситуацию? (По результатам исследования в Московском городском кардиодиспансере и многоцентровых исследований ФЛАГ и ФАГОТ) / Ф.Т. Агеев [с соавт.] // Сердце, 2003. - № 2 (4) - С. 185-189.

Тұжырым

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕЛУГЕ ТАЛПЫНЫСЫ

Л.Б. Дюсенова¹, И.А. Избасарова¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

¹Ішкі аурулар пропедевтика кафедрасы, ²Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы

Артериалық гипертониямен ауырған науқастардың өмін, ағымын қадағалауға болады, сондықтан болжау арқылы өлшеп, коррекцияланады. Және асқынулардың дамуын алдын алу, науқастардың өмір суру сапасын жоғарылатып, өлім көрсеткішін төмендетуге болады.

Негізгі сөздер: артериалық гипертония, емделуге талпынысы, қауыпты факторлары, болашағы.

Тұжырым

ADHERENCE TO TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

L.B. Dyussenova¹, I.A. Izbassarova¹, A.S. Kerimkulova², R.M. Zhumambayeva¹

Semey State Medical University

¹Chair of Propaedeutics of internal diseases, ²Chair of General practice

Adherence of the patient with arterial hypertension to treatment is potentially predictable, herewith factors affecting to this prediction may be determined, measured & corrected. Also severe complications are prevented, life quality is increased & mortality is decreased.

Key words: arterial hypertension, adherence to treatment, risk factors, prediction.

УДК 616.1 – 616.895.4 – 084 – 08

Н.А. Балашкевич¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Государственный медицинский университет города Семей,

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней,

²Кафедра общей врачебной практики

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация

Психосоматические аспекты в развитии заболеваний сердечно – сосудистой системы значимы, следовательно, через коррекцию психоэмоционального состояния пациента медикаментозным и немедикаментозным способом, можно улучшить прогноз заболевания, предотвратить серьезные осложнения, повысить качество жизни больных, снизить уровень смертности.

Ключевые слова: психосоматическое влияние, сердечно – сосудистые заболевания, влияние стресса, профилактика.

С каждым годом в мировом сообществе увеличивается доля хронических неинфекционных заболеваний, каждый третий взрослый человек в мире имеет повышенное кровяное давление – состояние, являющееся причиной около половины всех случаев смерти от инсульта и болезней сердца (ВОЗ, Женева, 2012г.). Смертность от сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) в Казахстане занимает одну из лидирующих позиций среди

стран СНГ (2010г.). В республике зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих ССЗ.

Реальная заболеваемость гипертензией в республике примерно в 10 раз выше официальных данных. Распространенность гипертензии внушает специалистам самые серьезные опасения. От нее страдает сорок процентов взрослого трудоспособного населения. По статистическим данным Министерства здравоохранения

(2012г.), более 50% от общей смертности и около 10% случаев выхода на инвалидность приходится на болезни системы кровообращения. В структуре заболеваемости болезнью системы кровообращения преобладают артериальная гипертензия (30%) и ишемическая болезнь сердца (12%).

Существуют конкретные факторы риска развития болезней системы кровообращения. Это гипергликемия, дислипидемия, курение, стресс, депрессия, низкая физическая активность и ожирение. Соответственно, воздействуя на эти факторы, можно осуществлять как первичную, так и вторичную профилактику ССЗ. В США, где ежегодно проводится 11,6 млн. кардиохирургических вмешательств, так и не удалось реально снизить смертность от болезней сердца. А в Финляндии, где сделали ставку на профилактику (которая является экономически более выгодной как для пациентов, так и для государства в целом), смертность и заболеваемость от ССЗ сразу уменьшились вдвое (2009г.). На сегодняшний день доказано, что депрессия является серьезнейшим фактором риска для развития инфарктов и инсультов [1].

Изменение условий и ритма жизни, значительные психоэмоциональные перегрузки, частота хронических стрессовых ситуаций в сочетании с усложнением экологической обстановки и ослаблением иммунного ответа - все это является основой значительного распространения в современном мире, психовегетативных расстройств, психосоматической патологии, различных форм неврозов.

Психосоматические заболевания – это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе и психологический стресс. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях

Зависимость физического здоровья и болезни человека от его психики, в частности от эмоциональных состояний и свойств личности, исследовалась в работах российских клиницистов (М.Я. Мудрова, Г.А. Захарьина, С.П. Боткина). Они указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами, и считали, что на возникновение и преодоление соматических расстройств организма человека большое влияние оказывает личность больного, в частности его эмоциональное состояние.

Для человека любого возраста опасны с медицинской точки зрения длительные конфликтные ситуации или непрерывная череда стрессов. Человек реагирует на конфликт, прежде всего, состоянием нервной системы. Если конфликтная ситуация носит эпизодический характер и человек успешно преодолевает ее, то механизмы саморегуляции его организма справляясь со всеми изменениями, восстанавливают нормальное состояние.

Однако если долгое время конфликт разрешить не удастся, то жизнедеятельность человека расстраивается. Резко ломаются нормальные механизмы саморегуляции и формируются хронические, порой неизлечимые заболевания. Прежде всего, начинаются изменения функций мозга: появляются резкие перепады настроения, нарушения сна и умственной работоспособности. Далее - целая группа сердечно - сосудистых заболеваний. Среди путей влияния хронической тревоги на возникновение и течение ИБС выделяют следующие: усиление атерогенеза, провокация острых коронарных эпизодов, изменение поведения и декомпенсация хронической сердечной недостаточности [2, 3, 4]. У пациентов с тревогой определяется дисбаланс вегетативной

нервной системы с активизацией симпатического отдела и увеличением образования катехоламинов [5]. Также выявляют снижение вагусного контроля, проявляющееся в изменении барорефлекторного ответа и снижении среднеквадратического отклонения RR-интервалов [6]. Важность коррекции психологического статуса при лечении кардиологических больных не вызывает сомнения [7]. Деадаптация, обусловленная снижением или полной утратой трудоспособности, неизбежно приводит к снижению качества жизни и в конечном итоге — к уменьшению, как эффективности основной терапии, так и к приверженности к приему основных гипотензивных, антиангинальных, гиполипидемических препаратов, которые больные ССЗ вынуждены принимать годами.

Лица, с соматическими проявлениями тревоги, обращаются к врачам различных специальностей и обычно получают терапию, направленную на коррекцию симптомов, связанных только с основным заболеванием, что нередко приводит к неоправданной дозировке основных препаратов. Высокий уровень тревоги может не только имитировать соматические заболевания, но и повышать риск и ухудшать прогноз заболеваний, действительно имеющих место у пациента, при этом тревожно-депрессивные расстройства могут быть первичными, могут сопутствовать ССЗ или же, развиваться вторично на его фоне [3, 8]. Хроническая тревога ухудшает результаты лечения и затрудняет реабилитацию, снижая качество жизни больных, страдающих артериальной гипертензией. При ИБС является предиктором повторных инфарктов миокарда, внезапной коронарной смерти, вызванной фибрилляцией желудочков, ограничивает физическую активность больных, снижает эффективность лечебных мероприятий [9, 10, 11]. Именно в этом состоянии адекватная коррекция способна предотвратить отрицательную динамику патологических изменений, нормализовать проявления типичного в настоящее время конфликта между организмом человека и окружающей средой [12,13]. В то же время эффективность анксиолитического лечения у больных ССЗ изучена недостаточно [14].

Главным стремлением для человека является стремление к счастью, к удовлетворенности собою и своей жизнью. Здоровье - важное условие счастья. Когда оно превращается в цель, человек невольно впадает в иллюзию. Нерешенными остаются многие проблемы - удовлетворенность делом, общение с близкими, творческое созидание и самореализация. В последние годы, массовые обращения к нетрадиционной медицине, свидетельствуют о том, что многие люди перестали считать свой организм бездушной машиной. Это привело к появлению большого количества шарлатанов, наносящих непоправимый вред здоровью и жизни пациентов. Поэтому врачам нельзя забывать один из главных постулатов медицины «лечить не болезнь, а больного» и делать соответствующие выводы для общей стратегии терапии. В этом могут помочь знания и накопленный опыт в области психосоматики.

Основным методом в лечении психосоматических состояний, является психотерапия, направленная на устранение эмоциональных конфликтов больного и тем самым на излечение соматического заболевания. Однако успешно применяется и медикаментозная коррекция психологического состояния анксиолитиками, например, адаполом [15]. Также, по некоторым данным, анксиолитики обладают самостоятельным коронаролитическим эффектом. В клинической практике имеется положительный опыт лечения различных соматических проблем через влияние на психоэмоциональную сферу.

Эффективность комплексной терапии была продемонстрирована у больных бронхиальной астмой [16], нарушением сердечного ритма [17], артериальной гипертензией [18], ревматоидным артритом [19]. Таким образом, психосоматические аспекты в развитии сердечно – сосудистых заболеваний являются существенными;

- вопрос о возможности коррекции психосоматических проблем недостаточно изучен;

- с позиции экономической выгоды и для повышения качества жизни больных необходимо большое внимание уделять первичной и вторичной профилактике ССЗ;

- необходимо выявление тревожных состояний у пациентов, обращающихся к терапевту, кардиологу с помощью специальных шкал для оценки тревожности;

- возможна коррекция тревожных состояний у больных ССЗ с использованием в комплексном лечении психотерапии и/или приема анксиолитиков;

- необходимо усиление психологической службы в работе с кардиологическими больными, с целью купирования тревожного состояния, повышения стрессоустойчивости.

Литература:

1. Погосова Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно – сосудистого фактора риска первого порядка. Кардиология 2007; 5:65-72.

2. Бурчинский С.Г. Анксиолитики в кардиологической практике // Здоров'я України. - 2008. - № 11. - С. 30-31.

3. Georgiades A., Fredrikson M. Hyperreactivity (cardiovascular) // Fink G., ed. Encyclopedia of stress. Vol. II. - San Diego: Academic Press, 2000. - P. 421-425.

4. Ларина В.Н., Барт Б.Я. Тревожно – депрессивные состояния у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 2012. - №10. – С. 26-33.

5. Ениколопов С.Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. - 2006. - № 2. - С. 20-24.

6. Sheps D.S., Sheffield D. Depression, anxiety and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective // J. Clin. Psychiat. - 2001. - Vol. 62, suppl. 8. - P. 12-18.

7. Мамедов М.Н., Дидигова Р.Т., Булгучева З.З. Оценка психологического статуса пациентов со стенокардией напряжения // Кардиология. – 2012. - №1. – С. 20-25.

8. Lavoie K.L., Fleet R.P. The impact of depression on the course and outcome of coronary artery disease: review for cardiologists // Can. J. Cardiol. - 2000. - № 16 (5). - P. 653-662.

9. Булдакова Н.Г. Психофармакотерапия в кардиологии // Рус. мед. журн. - 2006. - Т. 14, № 10. - С. 8 - 13.

10. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Романенко Л.В., Деев А.Д., Юферева Ю.М. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно – сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2011. - №2. – С. 59-66.

11. Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска //Кардиология. – 2012. - №12. – С. 4-11.

12. Долженко М.Н. Психокardiология: применение анксиолитиков в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Therapia. - 2007. - № 10. - С. 35-40.

13. Fleet R., Lavoie K., Beitman B.D. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature // J. Psychosom Res. - 2000. - № 48 (4-5). - P. 347-356.

14. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно – сосудистых заболеваниях //Кардиология. – 2010. - №10. – С. 66-73.

15. Lane D., Carroll D., Ring C. et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety // Psychosom. Med. - 2001. - Vol. 63. - P. 221-230.

16. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В., Бабкина О.Ю., Крякунов К.Н. Учет психосоматического статуса как одно из условий эффективного лечения и контролируемого течения бронхиальной астмы // Терапевтический архив. – 2012. - №11. – С. 99-103.

17. Цуринова Е.А., Трешкур Т.В., Ильина Д.Ю. Случай эффективного лечения психогенной желудочковой аритмии анксиолитиком адаптол //Терапевтический архив. – 2013. - №3. – С. 94-97.

18. Дума С.Н. Эффективность применения анксиолитика адаптола в комбинированной терапии артериальной гипертензии у женщин //Терапевтический архив. – 2013. - №4. – С. 90-92.

19. Грехов Р.А., Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Александров А.В., Зборовский А.Б. Психосоматические аспекты ревматоидного артрита // Терапевтический архив. – 2012. - №12. – С. 125-130.

Тұжырым

ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛАР АУРУЛАРЫНЫҢ ДАМУЫНА ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ЖҮЙЕНІҢ ӘСЕРІ

Н.А. Балашкевич¹, А.С. Керимкулова², Р.М. Жумамбаева¹

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

¹Ішкі аурулар пропедевтика кафедрасы, ²Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы

Жүрек-қантамырлар ауруларының дамуына психосоматикалық жүйенің әсері зор, сондықтан, науқастың жағдайына дәрілік және дәрілік емес психоэмоционалдық реттеу арқылы аурудың азымын, асқынулардың дамуын алдын алу және науқастардың өмір сүру сапасын жоғарылатып, өлім көрсеткішін төмендетуге болады.

Негізгі сөздер: психосоматикалық әсер, жүрек-қантамыр аурулары, күйзелістің әсері, алдын алу.

Summary

PSYCHOSOMATIC ASPECTS INFLUENCING TO DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

N.A. Balashkevich¹, A.S. Kerimkulova², R.M. Zhumambayeva¹

Semey State Medical University

¹Chair of Propaedeutics of internal diseases, ²Chair of General practice

Psychosomatic aspects in development of cardiovascular diseases is great; therefore prediction of a disease becomes better with correction of psycho-emotional condition of a patient by means of medicamentous & non-medicamentous treatment; also severe complications are prevented, life quality is increased & mortality is decreased.

Key words: psychosomatic influence, cardiovascular diseases, effect of stress, prophylaxis.