

## ПРЕВАЛЕНС РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СТАЦИОНАРАХ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сафроненко А. В., Макляков Ю.С., Сафроненко В.А., Постникова Е.С., Соболева С.Я., Демидов И.А.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России», Ростов-на-Дону*

*Ростов-на-Дону, Россия (344718, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29) andrejsaf@mail.ru*

---

Проведен анализ распространенности рефрактерной артериальной гипертензии среди стационарных больных в Ростовской области, которая составила 27,3 %. Выявлено, что через 6 месяцев после выписки из стационара и назначения комбинированных схем антигипертензивной терапии 41,5 % больных перестают принимать назначенные препараты. Факторы, снижающие приверженность больных к лечению, связаны с врачами, пациентами, социально-экономическими причинами и самими лекарственными препаратами. Приверженность к лечению была выше у женщин и увеличивалась с возрастом. Хорошей переносимостью и соответственно способностью улучшать приверженность к лечению обладали фиксированные лекарственные комбинации. Прием препаратов однократно в сутки сопровождался лучшей приверженностью, чем двукратный прием, и тем более, многократный. Существовала обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью. На социальные и экономические причины при принятии решения об отмене назначенной терапии указали 52,9 % больных. Больные с рефрактерной артериальной гипертензией нуждаются в контролируемых программах по удержанию их в рамках подобранной терапии.

---

Ключевые слова: артериальная гипертензия, рефрактерность, распространенность, приверженность к лечению, комбинированные антигипертензивные препараты.

## THE PREVALENCE OF RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION IN HOSPITALS OF THE ROSTOV AREA

Saphronenko A.V. , Maklyakov Y.S., Safronenko V.A., Postnikova E.S., Soboleva S.Y., Demidov I.A.

*The Rostov state medical university, Rostov-on-Don*

*Rostov-on-Don, Russia(344718, Rostov-on-Don, str. Nakhichevan, 29) andrejsaf@mail.ru*

The analysis of prevalence an resistant arterial hypertension among inpatients in the Rostov area which has made 27,3 % is lead. It is revealed, that in 6 months after an extract from a hospital and purposes of the combined schemes antihypertensive therapies of 41,5 % of patients cease to accept the appointed preparations. The factors reducing adherence of patients to treatment, are connected with doctors, patients, the social and economic reasons and medicinal preparations. Commitment to treatment was higher among women and increase with age. Good portability and the ability to improve adherence to treatment have fixed drug combination. Admission of drugs once a day was accompanied by a better commitment than two-time reception, and even more so, repeated. There was an inverse relationship between the quantity of drugs and compliance. On the social and economic reasons for the decision to abolish appointed therapy indicated 52.9% of patients. The patients with arterial hypertension need control programs to keep them within the selected therapy.

Keywords: the arterial hypertension, resistance, prevalence, compliance, combined antihypertensive preparations.

Проблема контроля артериальной гипертензии (АГ) не теряет своей актуальности в настоящее время. Несмотря на современные возможности фармакотерапии АГ, многочисленные немедикаментозные методы и повышение уровня знаний об АГ как врачей, так и самих пациентов, процент достижения целевого уровня АД в популяции остается недостаточным. Целевое АД в масштабе популяции достигается не более, чем у 30 % пациентов (программа NHANES) [6]. Особый интерес для клиницистов представляет резистентная артериальная гипертензия, которая диагностируется, если при приеме трех антигипер-

тензивных препаратов разных классов (включая диуретик) в оптимальных дозах не удается достичь целевого артериального давления (АД) [2]. При этом пациенты, у которых АД контролируется приемом 4-х и более препаратов, также должны расцениваться как резистентные (рефрактерные) к лечению [3]. Рефрактерная АГ встречается у 5–10 % пациентов, обращающихся в поликлиники [4]. Среди госпитализированных больных АГ оказывается рефрактерной в 25–30 % случаев [5]. Однако, по данным ряда исследователей, распространенность рефрактерности среди всей популяции больных АГ не превышает 1 % [4]. Больные с резистентной АГ относятся к категории пациентов высокого риска осложнений [2]. Резистентная АГ – это всегда многофакторная патология. Успешное лечение требует выявления основных причин, среди которых ведущее место занимает низкая приверженность пациентов к антигипертензивному лечению [3]. Целью работы явилось выявить распространенность (преваленс) рефрактерной АГ в стационарах Ростовской области и оценить вклад различных факторов, влияющих на приверженность к лечению АГ.

### **Методика**

На первом этапе необходимый объем выборки определяли с учетом показателя распространенности рефрактерной АГ в РО по данным официальной статистики и результатов исследования Батюшина М.М. с соавт. (2007) [1] с 95 % вероятностью. Величина выборки составила 294 человека. В связи с этим, в терапевтических и неврологических стационарах (ГУЗ РОКБ, ГБ №6 г. Ростова-на-Дону, ЦРБ г. Батайска, ЦРБ г. Сальска) среди 300 больных с диагнозом АГ оценивали распространенность рефрактерной АГ. Возраст больных варьировал от 56 до 72 лет, в среднем составив  $62,3 \pm 2,2$  года. В эпидемиологической группе пациентов мужского пола было 185 (61,7 %), а женского – 125 (38,3). Для выявления рефрактерной АГ была разработана анкета, которая раздавалась больным и затем данные анализировались. В стационаре больным была назначена оптимальная антигипертензивная терапия фиксированными комбинированными препаратами. Опрос пациентов по телефону через 3 и 6 месяцев после выписки из стационара позволил оценить комплаенс и выявить факторы, влияющие на приверженность к лечению АГ. В узком смысле слова под комплаентностью подразумевается корректный прием препаратов (не менее 80 % от должного). Отдельно анализировались факторы, влияющие на комплаенс, связанные с врачами, социально-экономическими причинами, связанные с пациентами и самими лекарственными препаратами.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ “Statistica 6.0” (StatSoft, США).

## Результаты

Выявлено, что в терапевтических и неврологических стационарах распространенность рефрактерной АГ составила 27,3 % (n= 82). Среди 82 больных с рефрактерной АГ мужчин (n=51, 62,2 %) было больше, чем женщин (n=31, 37,8 %). В стационаре больным была назначена оптимальная антигипертензивная терапия фиксированными комбинированными препаратами, структура которой отражена в табл.1.

Таблица 1

Характеристика комбинированной антигипертензивной терапии, назначенной пациентам с рефрактерной АГ в стационарах РО

Компоненты антигипертензивной терапии	Абс. количество	%
иАПФ+β-АБ+диуретик	57	19,5
иАПФ+АКК+диуретик	55	18,3
АРА II+иАПФ+АКК+Д	36	12,2
иАПФ+β-АБ+АКК+ диуретик	34	11,0
АКК+иАПФ	28	9,8
АИР+иАПФ+Д	26	8,5
β-АБ+диуретик	23	7,3
иАПФ +диуретик	21	7,3
АРА II+иАПФ+β-АБ+Д	20	6,1

Примечание: АИР – антагонист имидазолиновых рецепторов, АРА II – антагонист рецепторов к ангиотензину II, АКК – антагонист кальциевых каналов, β-АБ – бета-адреноблокатор, Д – диуретик, и АПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента.

Опрос пациентов по телефону через 3 и 6 месяцев после выписки из стационара показал, что из 82 больных 24,4 % (n=20) прекратили лечение в течение 3 месяцев после госпитализации, а еще 17,1 % (n=14) – через 6 месяцев. Таким образом, 41,5 % (n=34) больных перестали принимать назначенные в стационаре препараты, вновь вернулись к неэффективным способам лекарственного снижения АД, которые использовали до госпитализации. Были проанализированы причины низкой приверженности к назначенной терапии, связанные с самими лекарственными препаратами.

В 64,7 % (n=22) – была выявлена обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью: большая стоимость многокомпонентной тера-

пии (52,9 %), сложность режима (58,8 %), субъективное неприятие больного (55,9 %), включая страх большого количества препаратов и соответственно некорректный их прием. В 67,7 % больные отметили как недостаток, что им приходится пить препараты многократно. При упоминании высоких затрат на лечение АГ больные учитывали не только стоимость лекарственной терапии, но и стоимость визитов к врачу, госпитализаций, потерю трудоспособности, необходимость поездок из области в городскую больницу. Кроме того, чем быстрее происходил подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем была приверженность больного к этому лечению. Последовательная ступенчатая схема назначения лекарственных препаратов, которая была использована в 76,5 % с целью повышения ответа на терапию, несмотря на патогенетическую обоснованность, больными в 55,9 % не приветствовалась.

В отношении факторов, снижающих комплаенс и связанных с лекарственными препаратами, необходимо заключить, что хорошей переносимостью и соответственно способностью улучшать приверженность к лечению обладали фиксированные лекарственные комбинации. Прием препаратов однократно в сутки сопровождался лучшей приверженностью, чем двукратный прием, и тем более, многократный. Существовала обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью (большая стоимость многокомпонентной терапии, сложность режима, субъективное неприятие больного, включая страх больного в отношении большого количества препаратов и соответственно некорректный их прием).

На социально-экономические причины при принятии решения об отмене назначенной терапии указали 52,9 % больных. Они указали, что назначенная терапия повысила их затраты на приобретение лекарственных средств на 20–25 % по сравнению с прежними лекарственными препаратами.

В отношении факторов, снижающих комплаенс и связанных с пациентом, было замечено, что приверженность к лечению была выше у женщин и увеличивалась с возрастом. Из 48 пациентов, принимающих назначенные препараты в стационаре, 31 (64,6 %) – были женщины, преимущественно после 65 лет (n=26). Однако, у пожилых пациентов возникали дополнительные проблемы с приверженностью: больные с трудом открывали флаконы с защитой от детей (57 %), имели проблемы извлечения препарата из блистера (12 %). Большинство больных с АГ не имели клинической симптоматики, поэтому лишь 40–50 % из них действительно начинали чувствовать себя лучше на фоне проводимого лечения.

В отношении проблем, связанных с врачами, необходимо отметить, что больные указывали, что при жалобах врачам на поликлиническом приеме на неудобства в лечении,

в большинстве случаев (78 %) ничего предпринято не было ввиду мнения об адекватности назначенной терапии, только в 16 % были увеличены дозы принимаемых препаратов и в 4 % была произведена смена комбинации антигипертензивных препаратов.

Таким образом, после назначения больным с рефрактерной АГ оптимального антигипертензивного лечения больные нуждаются в специализированных обучающих и контролируемых программах по удержанию пациентов в рамках подобранной терапии.

### **Выводы**

1. В стационарах Ростовской области распространенность рефрактерной АГ составляет 27,3 %.
2. Через 6 месяцев после выписки из стационара и назначения комбинированных схем антигипертензивной терапии 41,5 % больных перестают принимать назначенные препараты.
3. Факторы, снижающие приверженность больных к лечению, связаны с врачами, пациентами, социально-экономическими причинами и самими лекарственными препаратами.
4. Больные с рефрактерной АГ нуждаются в контролируемых программах по удержанию их в рамках подобранной терапии.

### **Литература**

1. Батюшин М.М., Дервянкина И.В., Гасанов М.З., Акопова О.В. и др. Результаты амбулаторной программы эффективного лечения рефрактерной артериальной гипертензии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – №2. – С.38-42.
2. Бритов А.Н., Быстрова М.М. Резистентная артериальная гипертензия: современные подходы к диагностике и лечению. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – №2. – С.38-42.
3. Calhoun D., Jones D., Textor S. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional educational committee of the Council for high blood pressure research // Hypertension. – 2008. – Vol.51. – N6. – P.1403-1419.
4. Garg J.P., Elliott W.J., Folker A. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts // Am. J.Hypertens. – 2005. – Vol. 18. – N5.Pt 1. – P. 619-626.
5. Hermida R.C., Ayala D.E., Calvo C. Effects of time of the day of treatment on ambulatory blood pressure pattern of patient with resistant hypertension // Hypertension. – 2005. – Vol.46. – N4. – P. 1053-1059.
6. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the Euro-

pean Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2007. – Vol.28. – N12. – P.1462-1536.

**Рецензенты:**

Пакус И.О., д.м.н., профессор, Главный врач ГБУ РО «Областная больница №2», г. Ростов-на-Дону.

Кастанаян А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ», г. Ростов-на-Дону.