

Шуркевич Н.П.¹, Ветошкин А.С.², Гапон Л.И.¹, Губин Д.Г.³, Белозерова Н.В.¹,
Пошинов Ф.А.², Керцман Я.И.²

Проблемы и приверженность антигипертензивной терапии в условиях вахтового режима труда на Крайнем Севере (заметки из практики)

1 - Филiaal ФГБУ Научно-исследовательский институт кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр». Отделение артериальной гипертензии и коронарной недостаточности научного отдела клинической кардиологии (НОКК), г. Тюмень; 2 - ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ». Филiaal «Медико-санитарная часть», г. Ямбург; 3 - ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Федерального агентства здравоохранения и социального развития РФ, г. Тюмень

Shurkevich N.P., Vetoshkin A.S., Gapon L.I., Gubin D.G., Belozerova N.V., Poshinov F.A., Kerzman Y.I.

Antihypertensive therapy adherence in subjects working on rotational basis in Extreme North (notes from practice)

Резюме

В условиях вахтового поселка Ямбург на базе ведомственной МСЧ у 294 больных АГ II стадией в возрасте 20-59 лет исследована приверженность лечению. Средний возраст обследованных составил 46,0±6,0 лет. Длительность стажа работы вахтой - 12,2±4,7 лет. Среднее офисное АД - 157,5±13,7 и 106,7±8,8 мм рт.ст. Средняя длительность заболевания - 6,4±5,7 лет. Проведение программы профилактики ССЗ кардиологической службой МСЧ позволило охватить лечением 98,6% обследованных пациентов. Несмотря на бесплатное лекарственное обеспечение только 49,3% из 294 человек регулярно принимали назначенный им препарат. При этом, целевой уровень офисного АД определялся у 60,7% из числа регулярно лечившихся лиц. Основными причинами отказа от лечения были: молодой возраст, малосимптомное течение (87%), низкая медицинская грамотность - 32%, плохая переносимость назначенного препарата - 12%. Только 35% из 294 обследованных применяли самоконтроль АД. Пациенты принимали практически весь спектр современных АГТ, как в режиме монотерапии, так и в режиме комбинации препаратов, но монотерапия занимала ведущие позиции. Заключение: молодой возраст, низкая медицинская грамотность, малосимптомное течение и необходимость приема нескольких препаратов стали основными причинами низкой приверженности АГТ у больных АГ в условиях вахты.

Ключевые слова: Антигипертензивная терапия, артериальная гипертензия, Крайний Север, работающие вахтовым методом

Summary

In the camp on the basis of departmental Yamburg MSU in 294 patients with Stage II stage at the age of 20-59 years studied adherence. The average age of the surveyed was 46,0 ± 6,0 years. Long service manned - 12,2 ± 4,7 years. The average office BP - 157,5 ± 13,7 and 106,7 ± 8,8 mm Hg Mean disease duration - 6,4 ± 5,7 years. Prevention education programs GCC cardiology service in a coverage IFL treatment 98.6% of patients studied. Despite the free drugs only 49.3% of the 294 people regularly take prescribed medication to them. In this case, the target level of office BP was detected in 60.7% of those treated with regular people. The main reasons for refusing treatment were younger age, oligosymptomatic flow (87%), low health literacy - 32%, poor tolerability of the drug - 12%. Only 35% of 294 surveyed used the self-BP. Patients took almost the entire range of modern AGT as a single agent and in combination therapy mode, but monotherapy has a leading position. Conclusion: young age, low health literacy, and the need for malosimptomno taking several drugs were the main causes of poor adherence to AHT in patients with hypertension in the watch.

Key words: Antihypertensive therapy adherence, arterial hypertension, Extreme North, working on a rotational basis

Введение

Проблема артериальной гипертензии (АГ) в России, как и во всем мире, является одной из главных современных кардиологии. Спектр антигипертензивных препара-

тов (АГП) на сегодняшний день очень широк и включает в себя 5 групп основных препаратов [1], позволяющих снизить АД до целевого уровня (<140/90) [2] практически у любого пациента с АГ независимо от тяжести

заболевания. На сегодняшний день антигипертензивная терапия (АГТ) проводится в режиме «моно-» или комбинированного лечения. Знают о своем заболевании и активно лечатся только 25 – 30% больных АГ людей [3]. Одной из важнейших причин недостаточного контроля АД является низкая приверженность пациентов лечению [4]. Под приверженностью лечению (комплаентностью) понимают степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни [5]. Особенно актуальна эта проблема у работников вахты, которые на протяжении многих лет своей трудовой деятельности ведут «кочевой» образ жизни, перемещаясь с места основного жительства к месту работы с регулярностью 1 раз в 1 – 2 месяца и поэтому не всегда имеют возможность лечения и контроля АГ.

Материалы и методы

В рамках научно – исследовательской программы, по данным опроса изучена АГТ и приверженность лечению у 294 пациентов в возрасте 20 – 59 лет – работников межрегиональной вахты (работающих в режимах 1:1 и 2:1 с отдыхом в базовых городах Москва, Тюмень, Уфа) с АГ II стадии, I и 2 степени в условиях ведомственной МСЧ, расположенной за Полярным Кругом в пос. Ямбург (Ямало – ненецкий автономный Округ, Надымский район). Средний возраст обследованных составил $46,0 \pm 6,0$ лет. Длительность стажа работы вахтой – $12,2 \pm 4,7$ лет. Среднее офисное АД – $157,5 \pm 13,7$ и $106,7 \pm 8,8$ мм рт.ст. Средняя длительность заболевания – $6,4 \pm 5,7$ лет. Стадия АГ, степень повышения АД и стратификация больных по группам риска устанавливалась на основании рекомендаций ВНОК (2008 – 2010 г.) с учетом данных амбулаторных карт и офисного АД. Клиническое обследование пациентов проведено в соответствии с двухэтапной схемой дифференциальной диагностики АГ [6].

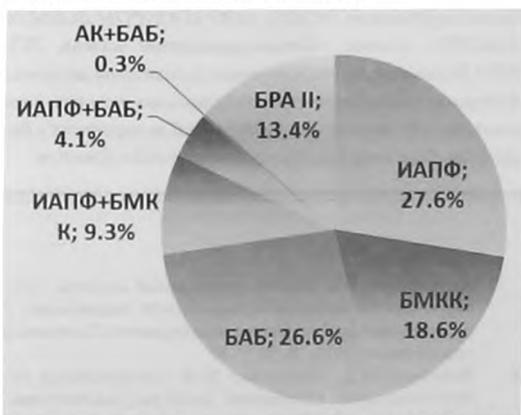


Рис. 1. Распределение принимаемых ЛС пациентами в условиях северной вахты

Примечание: БРА II – блокаторы рецепторов ангиотензина II; ИАПФ – ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента; БАБ – бета – адреноблокаторы; БМКК (АК) – блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция).

Результаты и обсуждение

Благодаря действующей программе профилактики ССЗ, проводимой медицинской службой ООО «Газпром Добыча Ямбург» и ежегодному медицинскому осмотру, в северной группе знали о наличии АГ практически все обследованные пациенты (290 из 294 человек – 98,6%). Только у 4-х человек повышенные цифры АД были выявлены впервые, так как они работали вахтой только первый год и ранее не обследовались. Бесплатное обеспечение препаратами в рамках программы позволило 100% обследованных получить АГТ. Несмотря на это, только 145 человек (49,3%) регулярно принимали назначенный им препарат. Из этих 145 человек только у 88 больных АГ (60,7%) во время осмотра клиническое АД было ниже в пределах целевого уровня 140 и 90 мм рт.ст. Остальные не лечившиеся 149 человек (50,7%) либо вообще не принимали назначенный им препарат, либо принимали его нерегулярно (только перед приемом врача или при ухудшении самочувствия). Основными причинами отказа или нерегулярного лечения были: молодой возраст (почти 90% из 39 обследованных до 35 лет), малосимптомное течение (87%), низкая медицинская грамотность (непонимание опасности осложнений АГ) – 32%, плохая переносимость назначенного препарата – 12%, низкая эффективность из-за недостаточной дозы АГП либо неправильного его подбора – 5%, необходимость приема нескольких АГП – 36%. Только 35% из 294 обследованных применяли самоконтроль АД и имели собственные измерители АД. У 87% пациентов ранее проводилось суточное мониторирование АД.

Пациенты принимали практически весь спектр современных АГТ, как в режиме монотерапии, так и в режиме комбинации препаратов (рис.1). Монотерапия занимала ведущие позиции. Наиболее часто кардиологом применялись препараты группы ИАПФ (27,6%), БАБ (26,6%). БМКК и БРА назначались приблизительно в одинаковых пропорциях: 18,6% и 13,4%.

В комплексной терапии наиболее часто использовались сочетания «ИАПФ+БМКК» – 9,3% и «ИАПФ+БАБ» – 4,1%. И только 1 пациент (0,3%) принимал БАБ и БМКК.

Бесплатное обеспечение препаратами обеспечило довольно существенный эффект АГТ. Клиническое АД в пределах целевого уровня определялось у 60,7%, что существенно больше, чем по данным других исследований. Снижение АД в разных странах до целевых значений, составило 29% в США, 17% у жителей Канады и не превышало 10% в странах Западной Европы [7]. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране, число больных, у которых удается достичь или по крайней мере приблизиться к целевым величинам АД, постепенно увеличивается [8], но ситуация, характеризующая качество лечения АГ, далека от идеальной [9]. АГ – «дорогое» заболевание [10]. Поэтому приверженность лечению является важным фактором, влияющим на экономическую эффективность АГТ. В условиях вахты только 49,3% регулярно принимали назначенный им препарат. По данным исследова-

дований от 16 до 50% больных с вновь установленным диагнозом АГ в течение 1 года прекращают прием АГП, а среди тех, кто продолжает лечение, значительная часть нередко пропускают прием очередной дозы медикамента [11]. Так в течение 1-го года АГТ 64,9% пациентов из 16783 больных прекратили прием назначенных АГП, 8,2% самостоятельно изменили лечение и только 26,9% строго соблюдали рекомендации лечащего врача [12]. Даже в контролируемых исследованиях, проводимых с целью уточнения эффективности и безопасности АГП, участие в которых предполагает обязательную процедуру получения информированного согласия, а наблюдение за включенными больными является очень строгим, 9–37% участников не соблюдают приверженность лечению [13]. Снижение приверженности пациента АГТ в 16% случаев констатируется как резистентное течение АГ [14], что ведет к необоснованному дополнительному назначению АГП и удорожанию АГТ. Из ряда факторов, оказывающих влияние на приверженность больных лечению, обычно главным является наличие побочных эффектов [10]. В нашем исследовании побочные эффекты стали причиной отказа от лечения у 12%. У молодых людей часто подъем АД не сопровождается неприятными ощущениями, в связи с этим их сложнее убедить в том, что высокие величины АД представляют для них серьезную опасность [15]. По данным нашего исследования довольно внушительной причиной отказа от лечения было малосимптомное течение заболевания: 87% больных - вахтовиков самостоятельно прекращали прием АГП только потому, что их ничего не беспокоило. Из других причин необходимо отметить – низкую медицинскую грамотность (непонимание опасности осложнений АГ) – 32%, низкий уровень самоконтроля АД – 35%, недостаточная доза либо неправильный подбор АГП – 5%, необходимость приема нескольких ЛС – 36%. Известно, что перевод пациента с двукратного на однократный прием АГП позволяет увеличить приверженность лечению не менее чем на 10% [16]. Доказано, что у больных со сниженной приверженностью АГТ достоверно увеличивалась вероятность ИБС, цереброваскулярных заболеваний, а также хронической сердечной недостаточности уже в течение первых 3 лет наблюдения. За счет этих осложнений стои-

мость ведения каждого подобного пациента увеличивалась на 43,7% [17]. В то же время, у пациентов с высокой приверженностью АГТ вероятность достижения контроля АД возрастает почти в 1,5 раза [18]. Поэтому в условиях заполярной вахты проблема приверженности АГТ выходит на первый план. Все же необходимо отметить достаточно высокий уровень медикаментозного обеспечения больных АГ вахтовиков в условиях ведомственной МСЧ: пациенты принимали практически весь спектр современных АГТ, как в режиме монотерапии, так и в режиме комбинации препаратов. Но при этом из-за отсутствия тяжелого течения АГ, монотерапия все же занимала ведущие позиции.

Заключение

Медицинской службой ООО «Газпром Добыча Ямбург» проводится серьезная работа по лечению АГ в условиях КС. Несмотря на это, главной проблемой остается недостаточная приверженность лечению, причинами которой являются молодой возраст, низкая медицинская грамотность, малосимптомное течение, прием нескольких препаратов, неэффективность лечения и появление побочных явлений. Необходимо индивидуализировать терапию, сформировать партнерские отношения с пациентами и длительную мотивацию к лечению, что позволит улучшить приверженность лечению. ■

Н.П. Шуркевич; д.м.н., А.С. Ветошкин; к.м.н., Л.И. Гапон; д.м.н., профессор, Д.Г. Губин; д.м.н., профессор, Н.В. Белозерова; врач – кардиолог, Ф.А. Пошинов; врач-кардиолог, Я.И. Керцман; зам. гл. врача МСЧ, Филиал ФГБУ Научно-исследовательский институт кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр». Отделение артериальной гипертензии и коронарной недостаточности научного отдела клинической кардиологии (НОКК), ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ». Филиал «Медико-санитарная часть», ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Федерального агентства здравоохранения и социального развития РФ. Автор, ответственный за переписку - Ветошкин Александр Семенович, e-mail: vetalex@mail.ru

Литература:

1. Чазова И.Е., Мартынюк Т.В., Ратова Л.Г. В фокусе внимания – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: рамиприл при артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2011; 3: 5 – 10
2. Национальные клинические рекомендации. Сборник / Под ред. Р.Г. Оганова. - 3-е издание. - М.: Силища - Полиграф; 2010: 592
3. Ратова Л.Г. Выбор антигипертензивного препарата как неучтенный фактор формирования приверженности лечению у пациента с артериальной гипертензией. Системные гипертензии. 2009; 4: 38 – 50
4. Конради О.А. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний. Справ. поликлин. врача. 2007; 6: 8–12
5. Индукаева Е.В., Макаров С.А., Огарков М.Ю., Артамонова Г.В. Медико-социальные аспекты приверженности лечению артериальной гипертензии у работников промышленных предприятий. Системные гипертензии. 2012; 2: 34 – 37
6. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия 2000. (Ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики и лечения). М: Медицина; 2001: 208
7. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Kramer H. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. Hypertension. 2004; 43: 10–17
8. Шальнова, С.А. Баланова Ю.А., Константинов В.В. и соавт. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных

- препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. Рос. кардиол. журн. 2006; 4: 45–50
9. Фомин, В.В. Приверженность лечению – одна из ключевых детерминант эффективности антигипертензивной терапии: возможности комбинации ирбесартана с гидрохлоротиазидом. Системные гипертензии. 2010; 3: 30 – 4.
 10. Остроумова О.Д., Бондарец О.В., Шорикова Е.Г. Лечение артериальной гипертонии: сравнение клинической и экономической эффективности оригинальных и генерических препаратов. Системные гипертензии. 2008; 4: 18 – 20.
 11. Сабанов А.В., Петров В.И., Бакумов П.А. и соавт. Клинико-экономическое применение ингибиторов АПФ квинаприла и лизинаприла у больных артериальной гипертензией. Пробл. стандарт. в здравоохран. 2002; 5: 88
 12. Degli Esposti L., Degli Esposti E., Valpiani G. (et al.) A retrospective, population based analysis of persistence with antihypertensive drug therapy in primary care practice in Italy / // Clin. Ther. 2002; 24: 1347–57.
 13. Wetzels G.E., Nelemans P., Schouten J.S., Prins M.H. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. J. Hypertension 2004; 22: 1849–55.
 14. Garg J.P., Elliott W.J., Folker A. (et al.) Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts. Am. J. Hypertension 2005; 18(5 Pt 1): 619 – 626
 15. Fodor G.J., Kotrec M., Bacskai K. (et al.) Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study // J. Hypertens. 2005; 23: 1261– 66.
 16. Chapman, R.H., Benner S., Petrilla A.A. (et al.) Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch. Intern. Med. 2005; 165: 1147–52.
 17. Dragomir R., Cote A., Roy L. (et al.) Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. Med. Care. 2010; 48 (5): 418–425.
 18. Bramley T.J., Gerbino P.P., Nightengale B.S., Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. J. Manag. Care. Pharm. 2006; 12 (3): 239–245.