

УДК 616.12-008.331.1-035

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

С.М. Шахнабиева, Л.В. Акулинина

Проведены ретроспективный анализ амбулаторных карт больных с гипертонической болезнью на базе центра семейной медицины № 3 для оценки качества оказываемой медицинской помощи, а также опрос в устной форме и анонимное анкетирование. Изучена эффективность антигипертензивной терапии. Выявлены факторы риска развития гипертонической болезни. Психологический профиль личности больных, представленный в Т-баллах, характеризуется повышением показателей, свидетельствующим о склонности к психосоматическим реакциям, выражению тревоги на соматическом уровне, склонности к уходу в болезнь.

Ключевые слова: центр семейной медицины; гипертоническая болезнь; лечение; психологические особенности.

OPTIMIZATION OF TREATMENT IN PATIENTS WITH THE HYPERTENSION OF HIGH WARM AND VASCULAR RISK AT THE OUTPATIENT AND POLYCLINIC STAGE

S.M. Shakhnabieva, L.V. Akulinina

The retrospective analysis of outpatient cards of patients with a hypertension on the basis of the center of family medicine № 3 has been carried out, for assessment of quality of the provided medical care survey in an oral form and anonymous questioning is conducted. The efficiency of hypotensive therapy is studied. Risk factors of development of hypertension are revealed. The psychological profile of the identity of patients presented in T-points is characterized by increase in indicators, demonstrating tendency to psychosomatic reactions, to expression of alarm at the somatic level, tendency to leaving in a disease.

Keywords: center of family medicine; hypertension; treatment; psychological features.

Введение. Заболевания органов системы кровообращения прочно удерживают первое место среди всех причин смертности в экономически развитых странах, а также и в Кыргызской Республике [1–5]. Среди сердечно-сосудистых заболеваний гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из важнейших проблем современной кардиологии и представляет актуальную и наиболее значимую медико-социальную проблему, вследствие ее высокой распространенности и ведущей роли в развитии инфаркта миокарда, инсульта, внезапной смерти [6–9].

Важным звеном в достижении эффективного контроля ГБ и уменьшении числа сердечно-сосудистых осложнений данного заболевания является первичная медицинская помощь. Так, до сих пор остается низким уровень выявления ГБ в поликлинике [10, 11]. Система врачебного наблюдения больных ГБ в амбулаторных условиях не обеспечивает эффективного контроля заболевания. Показано, что не более 17 % женщин и 5 % мужчин достигают целевого уровня АД [12].

В Кыргызской Республике комплексная оценка состояния амбулаторного ведения больных ГБ проводилась З.Т. Раджаповой. Основной контингент больных ГБ, наблюдающихся в центрах семейной медицины, составили пациенты пожилого возраста с осложненным течением заболевания, что отражает низкую эффективность работы врачей первичного звена по активному выявлению лиц с начальными проявлениями болезни. Эффективный контроль АД достигается только у каждого четвертого леченого пациента, находящегося на амбулаторном наблюдении [9].

Вышеизложенное обуславливает важность раннего, адекватного и комплексного лечения больных гипертонической болезнью, в связи с возрастающими неблагоприятными не только медицинскими, но и экономическими последствиями, так как от сердечно-сосудистых осложнений умирают лица трудоспособного возраста [13].

В настоящее время в кардиологической практике особое место уделяется изучению суммарного

сердечно-сосудистого риска. К неблагоприятным факторам отнесены дислипидемия (гиперхолестеринемия), курение, ожирение, пол, возраст, метаболические синдромы и заболевания (сахарный диабет, гиперурикемия), гемостатические факторы, гиподинамия, психоэмоциональное напряжение и др. [14].

Развитие АГ обусловлено множеством взаимодействующих гомо-динамических, нейрогуморальных, метаболических, наследственных и других факторов. По утверждению И.В. Давыдовского (1975) артериальная гипертония является болезнью образа жизни современного человека. В этом аспекте АГ следует рассматривать как психосоматическую проблему, которая, по сути, предопределяет решение вопросов взаимоотношения соматического, психического, социального единства [15–17].

Учитывая медико-социальную значимость ГБ, вышеизложенное определяет актуальность комплексного и динамического анализа амбулаторного ведения больных с ГБ, что в целом предусматривает общую стратегию профилактики, лечения и прогноза артериальной гипертонии с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента.

Цели и задачи исследования – изучить эффективность антигипертензивной терапии и ее влияние на психологические особенности, качество жизни больных артериальной гипертонией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений для оптимизации лечения в амбулаторной практике.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Провести анализ факторов риска у наблюдаемых больных АГ для оценки динамики стратификации суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений.
2. Изучить психологические особенности больных АГ с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.
3. Провести сравнительное исследование эффективности комбинированной антигипертензивной терапии у больных АГ с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели на первом этапе нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт ($n = 56$), содержащих информацию о медикаментозном лечении больных с гипертонической болезнью на базе центра семейной медицины № 3.

На втором этапе для оценки качества оказываемой медицинской помощи 56 больным с ГБ в поликлинике проведен опрос в устной форме и анонимное анкетирование.

Для многостороннего исследования личности был проведен опрос пациентов с ГБ на основании СМОЛ (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) [13]. Вопросник состоял из 71 утверждения, которые испытуемый считает для себя верными (В) или неверными (Н). В регистрационном бланке испытуемый отмечает ответы, соответствующие вопроснику, по выполнении теста. Для выделения основного профиля испытуемого использовался профильный бланк, предназначенный и состоящий из последовательно отложенных по основной оси результатов в Т-баллах (от 20 до 110 Т) и по оси абсцисс – последовательного перечисления 11 шкал – 3 оценочных (L, F, K) и ~8 определяющих, клинических (1–9). Профильный бланк существует как для мужского, так и для женского пола, с заранее определенными и рассчитанными значениями сырых баллов и Т-баллов.

Опрос пациентов в устной форме проводился в поликлинике после завершения первичной консультации. Максимальное время, затраченное на проведение опроса одного пациента, равно 20 минутам, а минимальное – 5 минутам, что в среднем составило 10 минут на опрос каждого пациента. В начале опроса участникам были разъяснены цели исследования, гарантирована анонимность при использовании результатов их ответов. Кроме того, пациентов с ГБ уверили в том, что никакая негативная информация, полученная в результате опроса, не станет основой для применения наказаний и санкций против конкретных сотрудников.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с поставленной целью и задачами нами был проведен ретроспективный анализ 56 амбулаторных карт больных с гипертонической болезнью. Возраст пациентов был от 42 до 88 лет (средний возраст $59,6 \pm 7,3$ года), в том числе 29 (51,8 %) мужчин и 27 (48,2 %) женщин. Пациенты по возрастным периодам были распределены на группы (таблица 1).

Степень ГБ у наблюдаемых пациентов представлена в таблице 2.

Из 56 больных гипертоническая болезнь изолированно наблюдалась у 27 (48,2 %) пациентов. У 29 (51,8 %) пациентов она сочеталась с другими заболеваниями: ожирение II степени – у 5 (17,2 %), хроническая сердечная недостаточность – у 5 (17,2 %), коронарная болезнь сердца – у 3 (10,3 %), хронический пиелонефрит – у 2 (6,9 %), хроническая обструктивная болезнь легких – у 4 (13,7 %), ревматоидный артрит – у 3 (10,3 %), А-В блокада – у 2 (6,9 %), мерцательная аритмия – у 1 (3,5 %), эндемический зоб I степени – у 1 (3,5 %), атопический дерматит –

Таблица 1 – Распределение пациентов с ГБ по возрастным периодам

№ п/п	Возрастной период	Показатель, n = 56	
		абс. число	P ± m
1.	Средний возраст – от 36 до 60 лет (муж); от 36 до 55 лет (жен)	8	14,3 ± 0,3
2.	Пожилой возраст – от 61 до 75 лет (муж); от 56 до 75 лет (жен)	32	57,1 ± 2,5
3.	Старческий возраст – от 76 до 90 лет	16	28,6 ± 1,2

Таблица 2 – Степень ГБ среди больных

№ п/п	Степень	Больные с ГБ	
		абс. число	(%)
1.	I	6	14,3
2.	II	43	76,8
3.	III	5	8,9

Таблица 3 – Факторы риска у больных гипертонической болезнью

№ п/п	Факторы риска	Матери, имеющие фактор риска, n = 56		Достоверность, P
		абс. число	P ± m	
1.	Мужской пол	29	51,8 ± 1,3	< 0,001
2.	Возраст (муж > 55 лет, жен > 65 лет)	48	85,7 ± 1,6	< 0,001
3.	Курение	15	26,8 ± 1,4	< 0,001
4.	Дислипидемия	12	21,4 ± 1,4	< 0,001
5.	Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л	7	12,5 ± 1,5	< 0,001
6.	Патологический глюкозотолерантный тест	2	3,6 ± 1,5	> 0,05*
7.	Ожирение (ИМТ > 30)	5	8,9 ± 1,0	< 0,001
8.	Абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см)	13	23,2 ± 0,4	< 0,001
9.	Семейный анамнез ранних ССЗ (муж < 55 лет, жен < 65 лет)	35	62,5 ± 0,7	< 0,001
10.	Алиментарные факторы	5	8,9 ± 1,1	> 0,05*
11.	Факторы окружающей среды	4	7,1 ± 1,0	> 0,05*
12.	Низкая физическая активность	8	14,3 ± 1,1	> 0,05*

Примечание. P ± m – Интенсивный показатель и ошибка репрезентативности; p – Эффективность безошибочного прогноза (при p = 95,0 %, 99,9 %), * – Нет существенной разницы.

1 (3,5 %), железодефицитная анемия – у 1 (3,5 %), врожденная аномалия ребер – у 1 (3,5 %).

На приеме у врача в поликлинике общее состояние было удовлетворительным у 48 (85,7 %) больных, средней тяжести – у 5 (8,9 %) пациентов, тяжелое состояние – у 3 (5,4 %) пациентов.

Анализ данных факторов риска показал, что наличие патологического глюкозотолерантного теста, алиментарные факторы, факторы окружающей среды, низкая физическая активность значимого влияния на риск развития гипертонической болезни у больных не оказывали (p > 0,05) (таблица 3). Наиболее выраженное влияние на риск развития ГБ оказывали: мужской пол (51,8 ± 1,3), возраст (85,7 ± 1,6), курение (26,8 ± 1,4), дислипидемия (21,4 ± 1,4), глюкоза плазмы натощак (12,5 ± 1,5), ожирение (8,9 ± 1,0), абдоминальное ожирение (23,2 ± 0,4), семейный анамнез ранних ССЗ (62,5 ±

0,7). Результаты проведенного анкетирования совпадают с данными ряда авторов, которые отмечают сходные факторы риска в развитии ГБ среди населения [15–17].

Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с ГБ показал, что большинство пациентов принимали комбинированную терапию для поддержания оптимального АД (85,7 %). Структура назначений гипотензивной терапии соответствует международным рекомендациям. Наиболее назначаемыми препаратами являются (ингибиторы АПФ (n = 21; 37,5 %), кардиоселективные бета-блокаторы (n = 9; 16,1 %), блокаторы рецепторов ангиотензина II (n = 11; 19,6 %), диуретики (n = 9; 16,1 %)) (таблица 4). Перечень назначаемых средств в настоящее время вполне адекватен. Наряду с этим, чаще всего дозы препаратов не подобраны, без учета рекомендуемых ВОЗ харак-

теристик пациента (возраст, пол, сопутствующая патология) при выборе препарата, назначение без доказанной эффективности остается неоправданно высоким.

Таблица 4 – Структура антигипертензивных препаратов, принимаемых больными с ГБ

№ п/п	Группа препарата	Больные с ГБ	
		абс. число	(%)
1.	Ингибиторы АПФ	21	37,5
2.	Кардиоселективные бета-блокаторы	9	16,1
3.	Блокаторы рецепторов ангиотензина II	11	19,6
4.	Антагонисты кальция	4	7,1
5.	Альфа-1-адреноблокаторы	2	3,6
6.	Диуретики	9	16,1

Большинство пациентов принимали комбинированную терапию для поддержания оптимального АД (85,7 %), самые распространенные комбинации были следующие: блокаторы рецепторов ангиотензина + бета1-блокаторы (23,2 %), ингибиторы АПФ + антагонисты кальция (16,1 %), ингибиторы АПФ + диуретики (19,6 %), ингибиторы АПФ + бета-блокаторы (12,5 %), блокаторы рецепторов ангиотензина + ингибиторы АПФ (7,1 %), блокаторы рецепторов ангиотензина + диуретики (10,7 %), другие комбинации (10,7 %). Структура назначений и потребления гипотензивных препаратов близка к оптимальной и имеет достоверную тенденцию к улучшению, при этом иные параметры амбулаторного лечения гипертонической болезни не отвечают современным требованиям, что, очевидно, и обуславливает его неудовлетворительный эффект.

Установлено, что антигипертензивные препараты класса “ингибиторы АПФ” снижают риск сердечно-сосудистых осложнений от 2 % при приеме энапа до 8 % при приеме энап Н (ингибитор АПФ + диуретик) и улучшают качество жизни больных АГ с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Комбинированная антигипертензивная терапия ингибиторами АПФ и диуретиками в течение 32 недель продемонстрировала хороший гипотензивный эффект, выраженный антиатеросклеротический эффект всех исследуемых ИАПФ с достижением целевого уровня АД у всех пациентов.

При проведении проспективного исследования клинко-функционального состояния сердечно-сосудистой системы и личностно-психологических особенностей больных артериальной

гипертонией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, выяснилось, что психологический профиль личности больных артериальной гипертонией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, представленный в Т-баллах, в актуальном состоянии характеризуется повышением показателей СМОЛ по шкалам невротической триады, свидетельствующей о склонности к психосоматическим реакциям ($n = 23$; 41,1 %), выражению тревоги на соматическом уровне ($n = 7$; 12,5 %), склонности к уходу в болезнь ($n = 9$; 16,1 %). Отмеченное повышение по шкале ригидности выявляет тенденцию к “застреванию” на аффективно заряженных переживаниях ($n = 5$; 8,9 %), отсутствие гибкости ($n = 3$; 5,4 %). Большую часть времени пациенты проводят со сниженным фоном настроения, подавленностью, пессимистичностью, высоким уровнем тревоги, склонностью к соматизации тревоги, что субъективно связывали с переживаниями соматических проблем.

При изучении психологического профиля в динамике на фоне проводимой терапии установлено, что для женского пола наиболее характерны были черты депрессивного склада личности с повышенной тревожностью (28,1 %) и склонностью к депрессивным реакциям (20,1 %). У пациентов мужского пола характерными особенностями являлись склонность к соматическим проявлениям тревоги (27,5 %) и депрессии (24,3 %).

Личностные психологические особенности (депрессия, тревожность, склонность к психосоматическим реакциям) у больных ГБ высокого риска сердечно-сосудистых осложнений обуславливают нарушения социально-психологической адаптации и снижение качества жизни, что необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях [18-23].

Выводы

1. У всех пациентов с АГ отмечен гипотензивный эффект с достоверным снижением уровня как САД, так и ДАД. Длительная комбинированная антигипертензивная терапия ингибиторами АПФ с достижением целевых уровней АД снижает риск сердечно-сосудистых осложнений от 2 до 8 % по Фремингемской шкале.

2. Для больных артериальной гипертонией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений для лечения в качестве препаратов первого ряда могут быть рекомендованы ингибиторы АПФ: энап, эднит, лизиноприл.

3. Наиболее выраженное влияние на риск развития ГБ оказывали: мужской пол ($51,8 \pm 1,3$), возраст ($85,7 \pm 1,6$), курение ($26,8 \pm 1,4$), дислипидемия ($21,4 \pm 1,4$), глюкоза плазмы натощак

(12,5 ± 1,5), ожирение (8,9 ± 1,0), абдоминальное ожирение (23,2 ± 0,4), семейный анамнез ранних ССЗ (62,5 ± 0,7).

4. Психологический профиль личности больных артериальной гипертонией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, представленный в Т-баллах, характеризуется повышением показателей СМОЛ по шкалам невротической триады, свидетельствующей о склонности к психосоматическим реакциям (n = 23; 41,1 %), выражению тревоги на соматическом уровне (n = 7; 12,5 %), склонности к уходу в болезнь (n = 9; 16,1 %).

5. Личностные психологические особенности (депрессия, тревожность, склонность к психосоматическим реакциям) у больных ГБ высокого риска сердечно-сосудистых осложнений обуславливают нарушения социально-психологической адаптации и снижение качества жизни, что необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.

Литература

1. Власов В.В. Русский пациент сегодня / В.В. Власов // Медицина в условиях дефицита ресурсов. М.: Триумф, 1999. С. 156–160.
2. Кобалава Ж.Д. Первые результаты научно-практической российской программы Аргус (Улучшение выявления, оценки и лечения артериальной гипертонии у лиц старше 55 лет) / Ж.Д. Кобалава, Л.А. Склизкова, Ю.В. Котовская и др. // Кардиология. 2000. № 12. С. 65–68.
3. Юренев А.П. Особенности лечения артериальной гипертонии в Москве / А.П. Юренев, И.Ф. Патрушева, М.Д. Смирнова, Л.М. Куннова // Терапевт. арх. 2001. № 9. С. 31–34.
4. Романова Т.А. Распространенность артериальной гипертонии и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции сельских жителей Кыргызстана / Т.А. Романова, С.Т. Нышанова, А.Г. Полупанов, А.Н. Халматов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007. № 3. С. 14–17.
5. Psaty B.M., Heckbert S.R., Koepsell T.D. et al. The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapy // JAMA. 1995. Vol. 274. P. 620–625.
6. Чазова И.Е. Лечение АГ как профилактика сердечно-сосудистых осложнений / И.Е. Чазова // Сердечная недостаточность. 2002. № 1. С. 14–16.
7. Шальнова С.А. Распространенность артериальной гипертонии в России: информированность, лечение, контроль / С.А. Шальнова, А.Д. Деев О.В. Вихирева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2011. № 2. С. 3–7.
8. Chalmers J., Castaigne A., Morgan T. et al. Long-term efficacy of new, fixed, very-low-dose angiotensin-converting-enzyme inhibitor/diuretic combination as firstline therapy in elderly hypertensive patients // J Hypertens. 2010. Vol. 18. P. 1–11.
9. Раджанова З.Т. Диспансеризация больных гипертонической болезнью на уровне первичного звена здравоохранения / З.Т. Раджанова, Т.А. Романова, А.Г. Полупанов // Здравоохранение Кыргызстана. 2008. № 1. Спец. выпуск. С. 84–88.
10. Шальнова С.А. Проблемы лечения артериальной гипертонии / С.А. Шальнова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2003. № 3. С. 17–21.
11. Haynes R.B., Sackott D.L., Gibson E.S. et al. Improvement in medication compliance in uncontrolled hypertension // Lancet. 2016. Vol. 1. P. 1265–1268.
12. Haynes R.B., McKibbin K.A., Kanani R. Systematic review of randomized trials of intervention to assist patients to follow prescriptions for medications // Lancet. 1996. Vol. 348. P. 383–386.
13. Лопатин Ю.М. Новая стратегия лечения пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений / Ю.М. Лопатин, Г.П. Арутюнов // Здоровье Украины. 2008. № 11-1 (7). С. 14–16.
14. Калинина А.М. Влияние многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на прогноз жизни (10-летнее наблюдение) / А.М. Калинина, Л.В. Чазова // Терапевт. архив. 2017. № 1. С. 8–12.
15. Lazarus R.S. Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures / R.S. Lazarus, A. DeLongis, S. Folkman // Am. Psychol. 1985. Vol. 40. № 7. P. 770–785.
16. Kannel W.B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. Prevention and treatment / W.B. Kannel // JAMA. 2006. № 275. P. 1571–6.
17. Kjeldsen S.E. Effects of valsartan compared to amlodipine on preventing type 2 diabetes in high-risk hypertensive patients: the VALUE trial / S.E. Kjeldsen, S. Julius, G. Mancina // J. Hypertens. 2016. Vol. 24. P. 1405–12.
18. Кобалава Ж.Д. Новое во взглядах на артериальную гипертонию / Ж.Д. Кобалава // Лечащий врач. 2001. № 2. С. 4–14.
19. Крылов А.А. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью / А.А. Крылов, Г.С. Крылова // Клин. мед. 2001. № 5. С. 56–57.
20. Лопатин Ю.М. От исследования “НОРЕ” к исследованию “ОНТАР-GET”: “Надежда” достичь “Цель” улучшить прогноз у больных высокого риска / Ю.М. Лопатин // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2006. № 4. С. 47–52.

21. Шостак Н.А. Метаболический синдром: критерии диагностики и возможности антигипертензивной терапии / Н.А. Шостак, Д.А. Аничков // Рус. мед. журн. 2002. Т. 10. № 27. С. 1258–1261.
22. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England / P. Primatesta, E. Falaschetti, S. Gupta et al. // Hypertens. 2001. V. 37. P. 187–193.
23. Ko G.T. Prediction of hypertension, diabetes, dyslipidaemia or albuminuria using simple anthropometric indexes in Hong Kong Chinese / G.T. Ko, J.C. Chan, C.S. Cockram // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 1999. Vol. 23. № 11. P. 1136–1142.