



Л.Є. Трачук

Оптимізація комплаєнсу із застосуванням психокорекційної програми – новий крок до підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Представлено систему психокорекційного впливу для пацієнтів з артеріальною гіпертензією, засновану на формуванні свідомого прагнення до здоров'я та спрямовану на підвищення комплаєнсу під час проведення антигіпертензивної терапії. Доведено ефективність розробленої психокорекційної програми для оптимізації комплаєнсу, підвищення рівня інтенсивності уваги до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів.

Ключові слова: комплаєнс, психокорекційна програма, артеріальна гіпертензія, ефективність антигіпертензивної терапії.

Регулярний контроль артеріального тиску — важливий захід для попередження виникнення ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності, інсульту, розшарування аорти та раптової смерті [1, 9, 15, 16].

Ефективність лікування хронічних захворювань, до яких належить більшість хвороб серцево-судинної системи, значною мірою залежить від прихильності пацієнтів до терапії. Особливе значення проблема комплаєнсності має під час тривалої терапії захворювань, що не супроводжуються істотною суб'єктивною симптоматикою, насамперед больовим синдромом.

Сучасна медицина володіє можливістю зниження артеріального тиску до оптимальних показників у більшості пацієнтів з гіпертензією, що потребує тривалого й регулярного прийому препаратів [11]. Однак охоплення населення медикаментозним лікуванням залишається недостатньо широким, а його ефективність — нерідко низькою. На практиці артеріальна гіпертензія (АГ) важко піддається контролю, що пов'язано в першу чергу з низьким комплаєнсом [10].

Комплаєнс (compliance) — це ступінь відповідності поведінки пацієнта призначеним медичним рекомендаціям. Під поведінкою пацієнта розуміється прийом медикаментів, дієта й виконання певних призначених змін способу життя [20].

Стаття надійшла до редакції 19 листопада 2013 р.

Трачук Лідія Євгенівна, лікар, викладач кафедри загальної і медичної психології та педагогіки
01004, м. Київ, вул. Пушкінська, 22
E-mail: lidiatrachuk@gmail.com

Терапевтична співпраця під час лікування АГ обмежується тривалістю, по життєвим призначенням терапії, необхідністю щоденного прийому ліків. Відповідно, очікувана прихильність до лікування в цього контингенту пацієнтів украй низька, тоді як необхідність постійної терапії очевидна й зумовлена профілактикою фатальних ускладнень [3].

При безсимптомному перебігу АГ більшість хворих не знають про наявність у себе захворювання. Підвищення артеріального тиску в таких випадках не супроводжується погіршенням самопочуття й зазвичай виявляється випадково. Відсутність скарг, нерозуміння ризику гіпертензії, низька мотивація до лікування, поява небажаних побічних явищ сприяють тому, що половина пацієнтів припиняють приймати ліки після зниження артеріального тиску [13]. Типова модель терапевтичної поведінки хворих полягає в епізодичному прийомі ліків лише за погіршення стану та в разі виникнення гіпертензивного кризу [18].

Низький рівень комплаєнсу під час гіпотензивної терапії небезпечний тим, що при нерегулярному прийомі препаратів можливий розвиток резистентної АГ [14]. Більшість випадків резистентності зумовлені низькою прихильністю до лікування, недостатньою модифікацією способу життя та нераціональним призначенням лікарських засобів [7].

Оптимальний комплаєнс значно покращує прогноз при серцево-судинних захворюваннях та вдвічі зменшує ризик госпіталізації (надходження до відділень невідкладної допомоги) хворих на АГ [12, 19].

На формування комплаєнсу впливають певні чинники, пов'язані з пацієнтом, особливостями

перебігу захворювання, терапією, а також соціально-економічними факторами, організацією надання медичної допомоги й особистістю лікаря. Недостатньо описані в літературі індивідуально-психологічні особливості пацієнтів, які детермінують прихильність до терапії. Важливість їх дослідження зумовлена тим, що домінантні риси особистості пацієнта, а також рівень суб'єктивного контролю визначають тип реагування на хворобу, формування внутрішньої картини хвороби та установку на лікування й дотримання медичних рекомендацій.

Відомі сьогодні методи підвищення комплаєнсу основані на навчанні пацієнтів, оптимізації схеми дозування медикаментів, покращенні взаємодії між лікарями й пацієнтами, організаційних заходах, а також упровадженні державних програм профілактики гіпертонічної хвороби [4]. Однак ці методи не орієнтовані на індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з АГ, які мають значний вплив на досягнення оптимального комплаєнсу.

Мета дослідження — оптимізація рівня комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії шляхом психокорекційного впливу на індивідуально-психологічні чинники особистості пацієнта та формування свідомого прагнення до здоров'я.

Матеріали та методи

У дослідженні використано такі методи: клініко-діагностична бесіда й заповнення розробленої нами карти клінічного та експериментально-психологічного обстеження пацієнта з АГ; шкала прихильності до лікування Morisky (MMAS) [17]; методика визначення тривожності Спілбергера-Ханіна [5]; Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI) [8]; методика «Рівень суб'єктивного контролю» [6]; методика «Індекс ставлення до здоров'я» (С.Д. Дерябо, В.О. Ясин) [2]. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали з використанням пакета прикладних програм Statistica-6.0, критерію Пірсона та критерію Стюдента.

Дослідження проводилося на базі відділення сімейної медицини поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва в період з лютого 2012 р. по липень 2013 р. Серед 200 амбулаторних пацієнтів з АГ (середній вік $(54,5 \pm 14,5)$ року) було проведено тестування на рівень комплаєнсу за шкалою MMAS. Висока прихильність до лікування відзначалася в пацієнтів, які отримали 8 балів за шкалою MMAS, середня — 7—6 балів, низька — < 6 балів [17]. Із цього контингенту пацієнтів для участі в подальшому дослідженні було відібрано 150 осіб, у яких виявлено низький та середній

Таблиця 1
Розподіл пацієнтів основної групи та групи порівняння за соціально-демографічними та індивідуально-психологічними характеристиками

Показники	Основна група n (%)	Група порівняння n (%)
Усього	77 (100)	73 (100)
Стать		
Чоловіки	16 (20,8)	19 (26,0)
Жінки	61 (79,2)	54 (74,0)
Сімейний стан		
Незаміжня/неодружений	2 (2,6)	9 (12,3)
У шлюбі	35 (45,4)	36 (49,3)
Розлучений(-а)	19 (24,7)	17 (23,3)
Вдова/вдівець	21 (27,3)	11 (15,1)
Освіта		
Середня	35 (45,5)	43 (58,9)
Середньоспеціальна	32 (41,5)	23 (31,5)
Вища	10 (13,0)	7 (9,6)
Працевлаштування		
Працюють	21 (27,3)	13 (17,8)
Не працюють	18 (23,4)	11 (15,1)
Пенсіонери	38 (49,3)	49 (67,1)
Рівень особистісної тривожності		
Високий	6 (7,8)	9 (12,3)
Середній	17 (22,1)	21 (28,8)
Низький	54 (70,1)	43 (58,9)
Тип суб'єктивного контролю		
Екстернальний	23 (29,9)	14 (19,2)
Інтернальний	54 (70,1)	59 (80,8)
Тип особистості		
Астеноневротичний	12 (15,6)	4 (5,5)
Гіпотимний	15 (19,5)	12 (16,4)
Конверсійний	7 (9,1)	4 (5,5)
Соціопатичний	5 (6,5)	2 (2,7)
Паранояльний	15 (19,5)	17 (23,3)
Тривожно-боязливий	3 (3,9)	7 (9,6)
Шизоїдний	2 (2,6)	4 (5,5)
Гіпертимний	18 (23,4)	23 (31,5)

комплаєнс, із них 77 увійшли в основну групу та 73 — у групу порівняння (табл. 1).

Пацієнти з АГ основної групи отримували гіпотензивну терапію (2—4 антигіпертензивних препарати) і брали участь у розробленій психокорекційній тренінговій програмі особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу. Пацієнти з АГ групи порівняння отримували лише гіпотензивну терапію (2—4 антигіпертензивних препарати).

Клінічна характеристика хворих основної групи та групи порівняння:

Таблиця 2

Рівень комплаєнсу в пацієнтів основної групи та групи порівняння до та після проведення психокорекційної програми

Рівень комплаєнсу	Основна група (n = 77)			Група порівняння (n = 73)		
	Перше тестування*	Друге тестування**	Третє тестування***	Перше тестування	Друге тестування	Третє тестування
	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)
Високий	0 (0)	55 (71,4)	54 (70,1)	0 (0)	5 (6,8)	4 (5,5)
Середній	26 (33,8)	16 (20,8)	16 (20,8)	23 (31,5)	28 (38,4)	32 (43,8)
Низький	51 (62,3)	6 (7,8)	7 (9,1)	50 (68,5)	40 (54,8)	37 (50,7)
$P_{\text{осн.-порівн.}}^{\#}$	$\chi^2 = 0,09$ $p = 0,768$	$\chi^2 = 70,0$ $p < 0,0001$	$\chi^2 = 68,8$ $p < 0,0001$	—	—	—
$P_{\text{початок досл.}}^{\#\#}$	—	$\chi^2 = 95,9$ $p < 0,0001$	$\chi^2 = 89,8$ $p < 0,0001$	—	$\chi^2 = 6,6$ $p = 0,036$	$\chi^2 = 7,4$ $p = 0,024$

Примітка. Тут і в табл. 3: * Перше тестування — на початку дослідження, перед участю основної групи в тренінговій програмі. ** Друге тестування — відразу після завершення участі основної групи в тренінговій програмі. *** Третє тестування — через півроку після завершення участі основної групи в тренінговій програмі. $P_{\text{осн.-порівн.}}^{\#}$ — статистична оцінка значущості різниці при порівнянні основної групи з групою порівняння (критерій хі-квадрат); $P_{\text{початок досл.}}^{\#\#}$ — оцінка значущості різниці при порівнянні з розподілом на початку дослідження (критерій хі-квадрат).

Таблиця 3

Рівень інтенсивності уваги до здоров'я в пацієнтів основної групи та групи порівняння до та після проведення психокорекційної програми

Рівень інтенсивності уваги до здоров'я	Основна група (n = 77)			Група порівняння (n = 73)		
	Перше тестування*	Друге тестування**	Третє тестування***	Перше тестування	Друге тестування	Третє тестування
	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)
Високий	5 (6,5)	47 (61,0)	50 (64,9)	1 (1,4)	4 (5,5)	7 (9,6)
Середній	32 (41,6)	28 (36,4)	24 (31,2)	50 (68,5)	53 (72,6)	54 (74,0)
Низький	40 (51,9)	2 (2,6)	3 (3,9)	22 (30,1)	16 (21,9)	12 (16,4)
$P_{\text{осн.-порівн.}}^{\#}$	$\chi^2 = 11,8$ $p = 0,0028$	$\chi^2 = 54,8$ $p < 0,0001$	$\chi^2 = 49,3$ $p < 0,0001$	—	—	—
$P_{\text{початок досл.}}^{\#\#}$	—	$\chi^2 = 68,6$ $p < 0,0001$	$\chi^2 = 69,8$ $p < 0,0001$	—	$\chi^2 = 2,83$ $p = 0,242$	$\chi^2 = 7,6$ $p = 0,022$

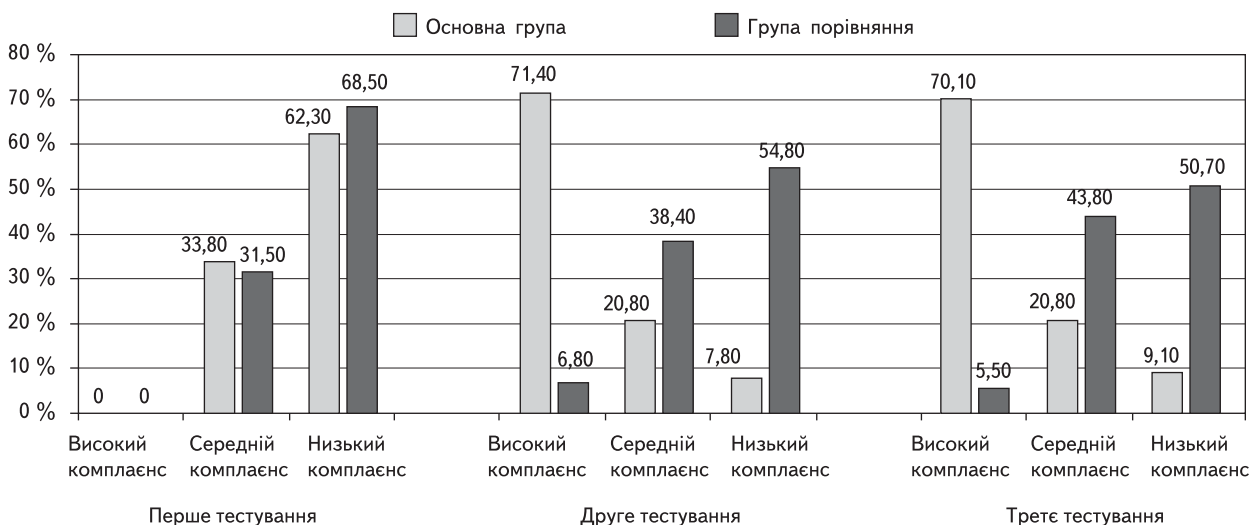


Рис. 1. Рівень комплаєнсу в пацієнтів основної групи та групи порівняння на першому, другому та третьому тестуванні (до, після та через півроку після завершення участі основної групи в тренінговій програмі), %



Рис. 2. Рівень інтенсивності уваги до здоров'я в учасників основної групи та групи порівняння на першому, другому та третьому тестуванні (до, після та через півроку після завершення участі основної групи в тренінговій програмі), %

- тривалість АГ: від 2 до 37 років;
- розподіл за ступенем підвищення артеріального тиску: I — 9 (6,0 %) осіб, II — 57 (38,0 %), III — 84 (56,0 %);
- супутня хронічна ішемічна хвороба серця — у 41 (27,3 %) пацієнта, інфаркт міокарда в анамнезі — 26 (17,3 %), хронічна серцева недостатність I ФК NYHA — 78 (52,0 %), хронічна серцева недостатність II ФК NYHA — 14 (9,3 %);
- цукровий діабет 2 типу легкого та середнього ступеня — 19 (12,7 %);
- ожиріння (індекс маси тіла > 30) — 82 (54,7 %);
- терапія двома препаратами — 108 (72,0 %), трьома і більше — 42 (28,0 %); терапія ацетилсаліциловою кислотою — 22 (14,7 %), терапія статинами — 11 (7,3 %).

Було розроблено та впроваджено в клінічну практику психокорекційну програму для підвищення комплаєнсу при лікуванні АГ.

Структура програми:

- Загальна кількість сесій — 6, тривалість однієї сесії — 2 год.
- Частота — 1 раз на місяць. Загальна тривалість програми — 6 міс.
- У форматі групи: усі учасники основної групи були розділені на чотири підгрупи по 19—20 пацієнтів.

Основна мішень — формування свідомого розуміння необхідності лікування, бажання і спроможності виконувати медичні рекомендації та прагнення до здоров'я, оскільки пацієнти з низьким комплаєнсом мали низькі показники рівня інтенсивності уваги до здоров'я, що негативно впливало на дотримання терапевтичного режиму та сприяло недостатньому контролю артеріального тиску.

Перша сесія розробленої програми оптимізації комплаєнсу складалася з трьох етапів.

Клініко-інформаційний — забезпечення пацієнтів інформацією про захворювання й основні

Таблиця 4

Частота гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості й важких протягом року в пацієнтів основної групи та групи порівняння до та після проведення психокорекційної програми

Частота гіпертензивних кризів	Основна група (n = 77)		Група порівняння (n = 73)	
	На початку дослідження	У кінці дослідження	На початку дослідження	У кінці дослідження
	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)
Немає	7 (9,1)	42 (54,5)	4 (5,5)	8 (11,0)
Рідко (1—2 рази протягом року)	39 (50,6)	30 (39,0)	32 (43,8)	35 (47,9)
Часто (3 і більше разів протягом року)	31 (40,2)	5 (6,5)	37 (50,7)	30 (41,1)
χ^2, p	$\chi^2 = 44,9, p = 0,0001$		$\chi^2 = 2,2, p = 0,333$	

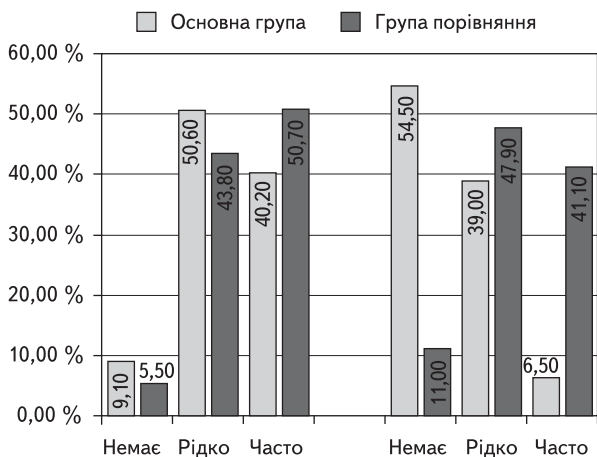


Рис. 3. Частота гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості й важких протягом року в пацієнтів основної групи та групи порівняння на початку та в кінці дослідження (%)

аспекти медикаментозної терапії; ідентифікація та розробка шляхів подолання труднощів, пов'язаних із прийомом медикаментів.

Психокорекційний — формування свідомого прагнення до здоров'я, навичок подолання труднощів у процесі лікування, усвідомлення необхідності та спроможності дотримуватися антигіпертензивної терапії; проведення вправ дихальної релаксації та прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном для демонстрації пацієнтам можливостей керування тілом і для розвитку навичок зовнішнього і внутрішнього контролю.

Етап закріплення і зворотного зв'язку з інформаційним носієм (буклетом) — надання рекомендацій щодо модифікації способу життя; видача буклета з основною інформацією про зміст проведеного тренінгу.

З другої до п'ятої сесії відбувалося поглиблення знань про АГ, обговорення особливостей лікування та стану здоров'я учасників, труднощів дотримання призначеного режиму та можливостей їх подолання, покращення навичок прогресивної м'язової релаксації та дихальної релаксації, формування цілей на найближче майбутнє (підтримка установки на свідоме ставлення до здоров'я).

На шостій сесії — завершення тренінгової програми, тестування пацієнтів за 8-пунктовою шкалою MMAS для визначення вихідного рівня комплаєнсу, тестовою методикою «Індекс ставлення до здоров'я Дерябо» з метою визначення суб'єктивного ставлення до захворювання, бажання дотримуватися здорового способу життя в динаміці після тренінгу.

Після проведення психокорекційної тренінгової програми особистісної спрямованості для

оцінки її ефективності було визначено вихідний рівень комплаєнсу, рівень уваги до здоров'я та частоти гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості й важких у пацієнтів з основної групи та групи порівняння.

Результати психокорекційної програми щодо оптимізації рівня комплаєнсу в пацієнтів з АГ представлені в табл. 2 та графічно зображені на рис. 1.

Наведені результати показують, що після участі в психокорекційній програмі серед пацієнтів основної групи у 71,4 % осіб відмічався високий рівень комплаєнсу, через півроку — у 70,1 %. Середній рівень комплаєнсу до участі в програмі — у 33,8 %, після та через півроку — у 20,8 %. Виявлене значне зменшення питомої ваги пацієнтів з низьким рівнем комплаєнсу — 7,8 % порівняно з 62,3 %, через півроку низький комплаєнс виявлено лише у 9,1 % хворих ($p < 0,05$). Розподіл пацієнтів за рівнями комплаєнсу у групі порівняння залишився майже без змін на першому, другому і третьому тестуванні: високий рівень комплаєнсу на першому не відмічався в жодного з учасників, на другому — у 6,8 %, на третьому — у 5,5 %; середній — у 31,5, 38,4 та 43,8 %; низький — у 68,5, 54,8 та 50,7 % відповідно.

Дані, наведені в табл. 3 та на рис. 2, свідчать про збільшення інтенсивності уваги до здоров'я в пацієнтів основної групи — високий рівень уваги до здоров'я після участі в психокорекційній тренінговій програмі виявлявся у 61,0 % пацієнтів порівняно з 6,5 % осіб до участі в тренінгу. Результати зберігаються через півроку після участі в тренінгу: високий рівень інтенсивності уваги до здоров'я встановлено у 64,9 % хворих; середній рівень відмічався у 36,4 % учасників тренінгу та у 31,2 % через півроку порівняно з 41,6 % до участі; низький — у 2,6 % на другому тестуванні; 3,9 % на третьому порівняно з 51,9 % відповідно ($p < 0,05$).

Серед пацієнтів з групи порівняння високий рівень інтенсивності уваги до здоров'я на початку дослідження спостерігався у 1,4 % осіб, на другому тестуванні — у 5,5 %, через півроку — у 9,6 %. Питома вага середнього рівня уваги до здоров'я також майже не змінилась — 68,5 % на першому, 72,6 % на другому та 74,0 % на третьому тестуванні; низький рівень відмічався у 30,1, 21,9, 16,4 % учасників групи порівняння відповідно.

Результати участі в психокорекційній програмі для підвищення ефективності терапії АГ, а саме для зниження частоти гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості і важких у пацієнтів основної групи та групи порівняння протя-

гом року після участі в тренінгу представлені в табл. 4 та на рис. 3 (липень 2012 р. — липень 2013 р.).

Серед пацієнтів основної групи значно збільшилася частка осіб, у яких гіпертензивні кризи відсутні: 54,5 порівняно з 9,1 % до участі в програмі. Рідко (1—2 рази протягом року) гіпертензивні кризи відмічалися у 39,0 % учасників тренінгу та у 50,6 % хворих до участі. Часті кризи (3 і більше разів протягом року) спостерігалися лише у 6,5 % пацієнтів, тоді як питома вага хворих до участі в програмі становила 40,2 % ($p < 0,05$), що свідчить про ефективність розробленої нами психокорекційної програми для зниження частоти гіпертензивних кризів.

На відміну від основної групи в групі порівняння частка пацієнтів із частими гіпертензивними кризами майже не змінилася: у кінці дослідження вона становила 11,0 %, на початку — 5,5 %. Рідко кризи відмічались у 47,9 % пацієнтів у кінці та у 43,8 % на початку дослідження; кризи були відсутні протягом року у 41,1 та у 50,7 % пацієнтів відповідно.

Висновки

Результатами проведення психокорекційного тренінгу особистісної спрямованості серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою для підвищення комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії стало:

- достовірне підвищення рівня прихильності до терапії в основній групі на відміну від учасників групи порівняння;
- збільшення рівня інтенсивності уваги до здоров'я та здорового способу життя, формування свідомого прагнення до здоров'я, що сприяє подоланню власних перешкод для регулярного прийому гіпотензивних препаратів та усвідомленню необхідності правильного дотримання призначених медичних рекомендацій;
- досягнення оптимального артеріального тиску та зниження частоти гіпертензивних кризів, що зумовлено високим комплаєнсом та дотриманням призначеного антигіпертензивного лікування й режиму.

Таким чином, доцільним є залучення лікарів-психологів до консультування та проведення психокорекції хворих з артеріальною гіпертензією в кардіологічних відділеннях та поліклініках з метою діагностики особистісних чинників комплаєнсу, рівня інтенсивності уваги до здоров'я, виявлення пацієнтів групи ризику низької прихильності до антигіпертензивної терапії та оптимізації рівня прихильності до лікування.

Досягненню оптимального комплаєнсу, формуванню терапевтичного альянсу та ефективному контролю артеріального тиску сприятиме впровадження до комплексної терапії артеріальної гіпертензії психокорекційної програми для пацієнтів з низькою прихильністю до антигіпертензивної терапії.

Література

1. Гапонова Н.И., Бараташвили В.Л., Терещенко С.Н., Абдрахманов В.Р. Оптимизация лечения гипертонических кризов на догоспитальном этапе на основе фармакоэкономического анализа // Материалы Всероссийского научно-образовательного форума Кардиология 2012. — М., 2012. — С. 51.
2. Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб: Речь, 2007. — 950 с.
3. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. — 2004. — Т. 4, № 6.
4. Плавинский С.Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии. — М., 2007. — 48 с.
5. Практикум по психологии состояний: Учеб. пособ. / Под ред. проф. О.А. Прохорова. — СПб: Речь, 2004. — С. 121—122.
6. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности: Учеб. пособ. — СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2001. — 224 с.
7. Сиренко Ю.М., Радченко Г.Д., Марцовенко І.М. Досвід лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією за допомогою вітчизняних ліків // Український кардіологічний журн. — 2010. — № 1. — С. 27—39.
8. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРІ): Практическое руководство. — М.: Речь, 2007. — 224 с.
9. Яременко О.Б., Іорданова Н.Х., Можар О.В., Михайлевська Т.В. Артеріальна гіпертензія як фактор ризику розшарування аорти // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2013. — № 1 (21). — Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. — С. 286—287.
10. Ahmed N., Abdul Khaliq M., Shah S. H. et al. Compliance to antihypertensive drugs, salt restriction and control of systemic hypertension in hypertensive patients at Abbottabad // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. — 2008. — Vol. 20 (2). — P. 66—69.
11. Chobanian A.V. Impact of Nonadherence to Antihypertensive Therapy // Circulation. — 2009. — Vol. 120. — P. 1158—1160.
12. Cramer J.A., Benedict Á., Muszbek N. et al. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review // Int. J. Clin. Pract. — 2008. — Vol. 62 (1). — P. 76—87.
13. Garfield F.B., Caro J.J. Compliance and hypertension // Curr. Hypertens. Rep. — 1999. — Vol. 1 (6). — P. 502—506.

14. Girvin B., Johnston G.D. A randomized comparison of a conventional dose, a low dose and alternate-day dosing of bendrofluazide in hypertensive patients // *J. Hypertens.* — 1998. — Vol. 16. — P. 1049–1054.
15. Hoer A., Gothe H., Khan Z.M. et al. Persistence and adherence with antihypertensive drug therapy in a German sickness fund population // *J. Hum. Hypertens.* — 2007. — Vol. 21. — P. 744–746.
16. Kronish I.M., Woodward M., Sergie Z. et al. Meta-analysis: impact of drug class on adherence to anti-hypertensives // *Circulation.* — 2011. — Vol. 123 (15). — P. 1611–1621.
17. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *J. Clin. Hypertens.* (Greenwich). — 2008. — Vol. 10 (5). — P. 348–354.
18. Sharkness C.M., Snow D.A. The patient's view of hypertension and compliance // *Am. J. Prev. Med.* — 1992. — Vol. 8. — P. 141–146.
19. Sokol M.C., McGuigan K.A., Verbrugge R.R., Epstein R.S. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost // *Med. Care.* — 2005. — Vol. 43. — P. 521–530.
20. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. — Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. — Medical. — 198 p.

Л.Е. Трачук

Оптимизация комплаенса с применением психокоррекционной программы — новый шаг к повышению эффективности лечения артериальной гипертензии

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Представлена система психокоррекционного влияния для пациентов с артериальной гипертензией, основанная на формировании сознательного стремления к здоровью и направленная на повышение комплаенса при проведении антигипертензивной терапии. Установлена эффективность разработанной психокоррекционной программы для оптимизации комплаенса, повышения интенсивности внимания к здоровью и уменьшения частоты гипертензивных кризов.

Ключевые слова: комплаенс, психокоррекционная программа, артериальная гипертензия, эффективность антигипертензивной терапии.

L.E. Trachuk

The optimization of compliance of the use of psychocorrective program is a new step to improve the treatment of hypertension

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The system of psychocorrective influence on patients with hypertension, based on formation of conscious pursuit to health and aimed at improving compliance with antihypertensive therapy, has been presented. The efficacy of psychocorrective program to optimize compliance with the treatment of hypertension, increase intensity of attitude to health and reduce the frequency of hypertensive crises has been shown.

Key words: compliance, psychocorrective program, arterial hypertension, effectiveness of antihypertensive therapy.