

# ПРОБЛЕМА КОМПЛАЄНСУ ПРИ ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: КЛІНІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ (Огляд літератури)

Л.Є. Трачук, Н.В. Береза, Б.С. Божук

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

**Ключові слова:** комплаєнс, антигіпертензивна терапія, контроль артеріального тиску, терапевтичний альянс, методи підвищення комплаєнсу

Артеріальна гіпертензія на сьогоднішній день є однією з основних проблем сучасної медицини, причиною інвалідизації та високої смертності серед населення. Це найбільш поширене захворювання серцево-судинної системи та вагомий фактор ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 1 січня 2011 року в нашій країні зареєстровано 12122512 хворих на артеріальну гіпертензію. Спостерігається стійке зростання поширеності артеріальної гіпертензії, більше ніж удвічі порівняно з 1998 р. та на 170% порівняно з 2000 р. [14].

Близько 40% дорослих людей у світі мають підвищений кров'яний тиск, кожна третя доросла людина в світі страждає на гіпертонію, а в деяких країнах – до половини всього дорослого населення [13].

На сьогодні існує можливість зниження артеріального тиску (АТ) до оптимальних показників у більшості пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що потребує тривалого і регулярного прийому препаратів [24]. Однак дослідження, проведені за межами Європи та в ряді європейських країн [7], незмінно демонструють, що:

1) помітна частина осіб з артеріальною гіпертензією не знає про її наявність, а якщо знає, то не лікується [7]. Всесвітня ліга гіпертонії – організація, що об'єднує 85 національних товариств і ліг з питань гіпертонії, визнала, що понад 50% гіпертоніків у всьому світі не знають про свій стан [3];

2) цільові значення АТ досягаються рідко незалежно від того, ким призначається лікування та чи знаходяться пацієнти під наглядом фахівців або лікарів загальної практики [7];

3) невдачі при досягненні контролю АТ асоціюються з наявністю підвищеного серцево-судинного ризику [7].

У дослідженні COGNIPRES, що включало гіпертензивних пацієнтів старше 60 років, було встановлено значення неадекватного контролю підвищеного АТ як чинника більш вираженого і швидкого зниження когнітивних функцій [6].

4) показники поінформованості щодо артеріальної гіпертензії та контролю АТ поліпшуються повільно або зовсім не поліпшуються [7].

Сучасна класифікація причин низької ефективності антигіпертензивної терапії включає наступні групи чинників:

1) Пацієнтзалежні: мультифакторіальність захворювання, генетичні особливості, чинники зовнішнього середовища і проблема прихильності до лікування.

2) Препаратзалежні.

– Монотерапія ефективна у 60–80 % пацієнтів.

– Можлива активація контррегуляторних механізмів, будь-яке втручання в систему регуляції АТ призводить до того, що організм починає боротися з антигіпертензивним ефектом і кінцевим балансом є ефект препарату мінус активація контррегуляторних механізмів.

– Прихильність до лікування [18]

3) Лікарзалежні (так звана “лікарська інерція”). Під цим терміном відносно антигіпертензивної терапії розуміють бездіяльність лікаря щодо інтенсифікації або зміни схеми лікування у хворих з неконтрольованою артеріальною гіпертензією в тих ситуаціях, коли пацієнт після візиту до лікаря продовжує отримувати неефективну терапію або ж взагалі не приймає препарати, не зважаючи на неадекватний контроль АТ [15].

Найбільш важливим аспектом фармакологічного лікування артеріальної гіпертензії є досягнення і підтримання оптимальних цифр АТ. Оскільки артеріальна гіпертензія є хронічним, нерідко безсимптомним захворюванням, яке вимагає позитивної терапії, проблема комплаєнсу при даній патології вкрай актуальна. [8]

Фахівці ВООЗ підкреслюють, що низька прихильність до лікування – це одна з основних причин розвитку ускладнень артеріальної гіпертензії та відзначають, що 50–70% хворих не приймають призначених антигіпертензивних препаратів [34]. Гіпотензивна терапія характеризується середнім і низьким рівнем комплаєнсу [32]. Низький комплаєнс знижує якість життя пацієнтів, збільшує кількість госпіталізацій та призводить до підвищення збитків у системі надання медичної допомоги [36].

Таким чином, комплексний підхід до вирішення проблеми артеріальної гіпертензії, дослідження комплаєнсу, пошук чинників, які його визначають, розробка та впровадження програм для пацієнтів є одним з суттєвих ре-

зервів для покращення прихильності до терапії та, в результаті, для підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії і покращення прогнозу даного захворювання.

Комплаєнс (compliance) відображає ступінь, до якої поведінка пацієнта відповідає призначеним медичним рекомендаціям. Під поведінкою пацієнта розуміється прийом медикаментів, дієта та виконання певних призначених змін способу життя [42].

Крім поняття комплаєнсу в медичній літературі існує ще декілька термінів, які характеризують те, яким чином пацієнт виконує рекомендації лікаря. Під терміном “сприйняття” (adherence) розуміють те, як пацієнт сприймає призначені рекомендації і виконує їх. Тобто, цей термін наголошує на необхідності існування згоди між пацієнтом та лікарем та підкреслює необхідність взаєморозуміння. В даному аспекті також використовується таке поняття, як “згода” (concordance). Його застосування наголошує саме на процесі консультування, коли лікар і пацієнт приходять до згоди, враховуючи точки зору один одного. У даному випадку пацієнт приймає активну участь у власному лікуванні, повністю проінформований про власне захворювання та є повноцінним учасником терапевтичного альянсу [27].

В основі формування комплаєнсу пацієнта лежать суб’єктивні переживання хворобливих симптомів, прогнозування можливих наслідків захворювання, а також певні очікування від лікування, яке проводиться [12]. Також прихильність до лікування базується на якісному контакті між лікарем та хворим, на довірі хворого до лікаря, на простоті та чіткості інструкцій для хворого, на заходах самоконтролю пацієнта та обов’язково на плановому спостереженні лікарем.

Виділяють декілька типів недотримання пацієнтами призначеного лікування (низького комплаєнсу):

1) Перший тип, відомий як первинний, полягає в тому, що лікар виписує рецепт або рекомендує необхідні препарати, але пацієнт не купує ліки і не починає лікування [35].

2) Другий тип, називається ненаполегливість, коли пацієнт вирішує припинити прийом ліків після початку терапії, без консультації лікаря. Ненаполегливість рідко буває навмисною і частіше трапляється, коли пацієнт і лікар мали непорозуміння щодо терапевтичних планів. Також даний тип впливає з можливостей і ресурсів, якими володіє хворий і які заважають йому слідувати рекомендаціям щодо лікування (наприклад, проблеми доступу до лікаря, вартість, конкуруючі потреби і т.д.). У той час як навмисне недотримання впливає з переконання, поглядів і очікування, які визначають мотивацію пацієнта слідувати призначеному режиму [27].

3) Третій тип включає в себе безліч шляхів, якими ліки не будуть прийняті, як призначено, така поведінка може варіюватися від пропуску дози, прийому препарату в невірний час або в неправильних дозах, іноді навіть більших, ніж призначено [29].

Виділяють наступні методи оцінки прихильності до лікування:

1. Прямі методи: дослідження крові та сечі на предмет виявлення препаратів та їх метаболітів; дослідження крові та сечі на виявлення спеціальних маркерів.

2. Непрямі методи: спеціальні шкали для оцінки прихильності до лікування; підрахунок кількості таблеток; опитування з прямими запитаннями; електронні системи; інтерактивні бази даних [39].

В реальній клінічній практиці лікар може або розпитати пацієнта, чи приймає він ліки, або оцінити ефект лікування – перебіг хвороби, клінічні параметри. Коли у хворого відсутня терапевтична відповідь на препарат, лікар повинен вирішити, чи має місце у пацієнта резистентність до ліків, чи він є некомплаєнтним [5]. Експерти ВООЗ вважають, що метод опитування, за допомогою спеціальних шкал та анкет, дозволяє виявити приблизно 50% неприхильних пацієнтів, а його специфічність становить 87% [4].

На формування комплаєнсу впливають наступні групи чинників:

1) Пов’язані з пацієнтом: психологічні особливості особистості хворого, його релігійні переконання, розуміння загрози здоров’ю, небажання приймати ліки, страх звикання або побічних явищ препаратів, забудькуватість, незнання про захворювання та його наслідки, обмеження у грошах та вільному часі, несприйняття серйозно проблеми зі здоров’ям. [25]

Значну роль відіграє внутрішня картина хвороби, оскільки хворий готовий до співробітництва з лікарем та дотримання медичних рекомендацій лише за умови усвідомлення факту захворювання і розуміння користі лікування. Вважається, що найменшою комплаєнтністю володіють пацієнти з анозогнозією (заперечення наявності в себе хвороби) та гіпнозогнозією (недооцінка тяжкості захворювання) [5].

За даними ряду досліджень висока самоефективність сприяє досягненню оптимального комплаєнсу [31].

Фактори, які утруднюють комплаєнс: страх, дезорганізація мислення, негативізм, соціопатичні тенденції, амбівалентність, знижена (нестійка) критика [21].

У роботі Wang P.S. та співавт. (2002) досліджувалась роль депресії та локусу контролю пацієнта у формуванні прихильності до терапії [41]. Виявлена кореляція між вираженістю депресивних симптомів і комплаєнсом – у пацієнтів без депресії був достовірно вищий рівень прихильності до антигіпертензивної терапії. На думку авторів це могло бути пов’язане з низькою мотивацією, песимістичною установкою на ефективність лікування, зниження уваги, підвищенням чутливості до побічних ефектів препаратів. Також визначено, що пацієнти з екстернальним локусом контролю, тобто ті, які вірять що події визначаються зовнішніми силами, краще досягають комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії. Ці дані співпадають з результатами подібного дослідження, згідно яким виявлено, що пацієнти з екстернальним локусом контролю більше схильні покладатися на сильних особистостей, таких якими вони бачать лікарів, щодо вирішення питань власного здоров’я [23]. Віра у власного лікаря є особливо важливою для процесу спілкування та здійснення змін поведінки [9].

У огляді 33 досліджень, присвячених депресії як фактору комплаєнсу Gellad W. (2009) прийшов до висновку, що, хоча цей стан є потенційно важливим бар’єром для досяг-

нення комплаєнсу, докази неоднозначні та характер взаємовпливу може відрізнятися в залежності від основного захворювання [26].

У дослідженні Okken V.S. (2008) виявлено, що такі психологічні чинники, як відсутність почуття провини, жалю та сорому щодо недотримання призначеного режиму є однією з основних причин низької прихильності до лікування у таких пацієнтів [38].

2) пов'язані з клінічною картиною захворювання. У випадку безсимптомної патології рівень терапевтичного співробітництва досить низький. Після призначення лікарем медикаментів, дієти та інших лікувальних заходів, хворі часто виконують рекомендації протягом нетривалого проміжку часу або з самого початку відмовляються від медичної допомоги [5].

Визначено, що у пацієнтів з більш важким перебігом артеріальної гіпертензії рівень комплаєнсу вищий [33].

3) пов'язані з сім'єю та оточенням хворого: ставлення рідних та близьких друзів до терапії (адекватне, неадекватне, негативне, позитивне), рівень соціальної підтримки, наявність допомоги в придбанні лікарських засобів. Терапевтичне співробітництво вище у хворих, які мають родину, ніж у самотніх пацієнтів [5].

4) пов'язані з терапевтичною моделлю: наявність побічних ефектів, попередня поінформованість хворого, тривалість лікування, режим прийому ліків, зручність способу введення.

Аналіз даних літератури показує, що в першу чергу невисокий рівень комплаєнсу при проведенні гіпотензивної терапії пов'язаний з небажаними реакціями. При цьому частота небажаних реакцій гіпотензивних препаратів прямо пов'язана з їх комплаєнсом. Збільшення комплаєнсу гіпотензивних препаратів останніх генерацій пов'язане не лише із зниженням імовірності розвитку побічних ефектів, але й із пролонгацією їхнього терапевтичного ефекту. Численними дослідженнями доведено, що чим менша кратність прийому препарату, тим вищий його комплаєнс. Дані мета-аналізу восьми досліджень і 11485 спостережень свідчать про те, що комплаєнс для одного препарату з однократним прийомом на добу значно вищий, ніж для препаратів з декількома добовими дозами [28].

5) пов'язані з соціально-економічними умовами.

На терапевтичне співробітництво впливає соціальне положення хворого. При наявності роботи, активної соціальної позиції, високого рівня освіти у хворих формується більш стійка установка на видужання та дотримання медичних призначень через можливість зниження соціального статусу у зв'язку з хворобою [5].

Низький рівень соціальної участі, а також соціальної підтримки, за даними досліджень, є одним з чинників, які обумовлюють низький комплаєнс при проведенні гіпотензивної терапії [26].

6) пов'язані з лікарем: обставини (атмосфера) на прийомі, час прийому, високий рівень професіоналізму, зацікавленість у лікуванні пацієнта, здатність до емпатії, наявність контакту із хворим поза загостреннями, якість і ефективність діалогу, взаємоповага і партнерство між лікарем та хворим, а також адекватність наданої хворому інформації [10].

7) пов'язані з організацією надання медичної допомоги.

Рівень комплаєнсу пов'язаний з регулярністю медичних оглядів. Описаний так званий "феномен білого халата": хворі краще дотримують лікарських призначень протягом тижня до відвідування лікаря і після нього. Чим простіше потрапити на прийом до лікаря, тим частіше хворий буде звертатися по допомогу при погіршенні стану, користуватися диспансерним спостереженням і краще дотримуватися медичних рекомендацій [5].

Всесвітня організація охорони здоров'я виділила 5 перешкод для оптимальної прихильності до лікування:

- 1) бар'єри, пов'язані з організацією надання медичної допомоги і системою охорони здоров'я: якість взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, їх комунікація, достатність інформації, якість медичної служби, медичне страхування;
- 2) пов'язані з терапією: наявність побічних ефектів, складність режиму прийому препаратів;
- 3) зі станом і важкістю захворювання;
- 4) бар'єри, пов'язані з пацієнтом: забування про прийом препаратів, низька самоефективність, неточні знання про артеріальну гіпертензію;
- 5) соціоекономічні перешкоди: бідність, неграмотність, низька соціальна підтримка, безробіття [22].

Основною метою підвищення прихильності до гіпотензивного лікування є зниження ризику виникнення ускладнень артеріальної гіпертензії, а також зменшення вартості медичної допомоги та часу очікування в чергах у лікарнях, у зв'язку із скороченням кількості візитів до лікаря [37].

Виділяють такі групи методів підвищення прихильності до лікування:

- 1) навчання пацієнтів;
- 2) покращення схеми дозування медикаментів;
- 3) покращення взаємодії між лікарями і пацієнтами;
- 4) організаційні методи (нагадування, помітки на історіях хвороби та ін.);
- 5) психологічні;
- 6) технологічні (спеціальні лікарські форми, піл-бокси);
- 7) економічні;
- 8) комплексні. [16, 40]

Навчання пацієнтів включає в себе інформування їх про нормальні величини АТ, роз'яснення природи захворювання, попередження про можливість розвитку ускладнень і необхідність тривалої терапії захворювання, залучення хворих до програм з оволодіння навичками самоконтролю за величиною АТ. Для підвищення прихильності до лікування ефективним є надання хворому письмових рекомендацій та забезпечення просвітницькою літературою з питань артеріальної гіпертензії [17].

Як і при інших хронічних захворюваннях, навчання членів сім'ї пацієнта та залучення їх до процесу терапії має вирішальне значення. В одному дослідженні 70% пацієнтів виявили бажання, щоб їх сім'я дізналася більше про артеріальну гіпертензію. Пацієнти повідомляли, що негативне ставлення, недостатня підтримка сім'ї, і відсутність довіри впливали на довгострокове дотримання призначеного лікування. Соціальні або групи підтримки можуть також допомогти підвищити довіру пацієнта і почуття власної ефективності [37].

Покращення схеми дозування ліків включає в себе зменшення кратності прийому медикаментів протягом доби та спрощення інструкцій по їх вживанню.

Кокранівський огляд узагальнив результати 9 рандомізованих контрольованих досліджень, в яких оцінювалася ефективність спрощення режиму дозування в амбулаторному лікуванні хворих з артеріальною гіпертензією. В 7 з них був встановлений позитивний вплив даного втручання на прихильність до лікування, відносно збільшення якої коливалось від 8 до 19,6%. [2]

Зменшення кратності прийому антигіпертензивних препаратів можна досягти шляхом використання фіксованих комбінацій антигіпертензивних засобів, застосування ліків із тривалим періодом напіввиведення, створення і впровадження в клінічну практику лікарських форм із поступовим вивільненням медикаменту [1].

Важливий додатковий аргумент щодо ефективності контролю АТ при початковому призначенні фіксованих комбінацій було отримано в дослідженні ACCOMPLISH (2008). Так, призначення будь-якої фіксованої комбінації, які порівнювалися в цьому дослідженні (“інгібітор АПФ + діуретик” або “інгібітор АПФ + антагоніст кальцію”), протягом першого місяця призводило до майже дворазового збільшення частки хворих з ефективним контролем тиску (< 140/90 мм рт.ст.) – із 37% на початку до 73% [30].

Значну роль у досягненні комплаєнсу відіграють відносини між лікарем і пацієнтом. Одним із шляхів покращення взаємодії між ними є перехід від авторитарної моделі поведінки лікаря з хворим до співробітництва з ним під час обговорення стратегії і тактики лікування, досягнення терапевтичного альянсу, індивідуалізація лікування за участі самого хворого, активне виявлення небажаних явищ, побічних ефектів під час лікарської терапії [19].

Неодмінною умовою ефективною співпраці лікуючого лікаря і пацієнта вважається розвинена у лікаря здатність до емпатії [20].

Лікарю необхідно правильно оцінювати кінцеві цілі терапії і бути наполегливим у їх досягненні [11]. Заохочувати дотримання довгострокових терапевтичних призначень, лікар і пацієнт можуть домовитися про “контракт”, що включає в себе ряд узгоджених та реалістичних цілей щодо здоров’я [37].

Важливу роль у досягненні контролю АТ і підвищенні прихильності до лікування відіграють заходи на рівні держави: розробка та впровадження на державному рівні цільових програм, підвищення обізнаності пацієнта через засоби масової інформації (пресу, телебачення), надання друкованих матеріалів, оптимізація системи освіти, підвищення кваліфікації та заохочення лікарів.

#### Висновки

1. Артеріальна гіпертензія є одним з найбільш поширених та небезпечних своїми ускладненнями захворювань у світі та на Україні, однак на сьогодні досить погано контролюється.

2. Оскільки, не зважаючи на високу ефективність сучасних гіпотензивних препаратів, більше половини хворих на дане захворювання, яке характеризується хронічним та часто безсимптомним перебігом, не приймають

призначених медикаментів, що призводить до розвитку ускладнень та неконтрольованої артеріальної гіпертензії, існує необхідність дослідження особливостей формування комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії.

3. Досягнення комплаєнсу пов’язане з дією певних чинників, пов’язаних з пацієнтом, особливостями перебігу захворювання, терапією, а також соціально-економічними факторами та організацією надання медичної допомоги і особистістю лікаря. Найменше описані в літературі індивідуально-психологічні особистісні особливості пацієнтів, які впливають на прихильність до терапії. Важливість їх дослідження обумовлена тим, що домінуючі риси особистості пацієнта, а також тип суб’єктивного контролю визначають тип реагування на хворобу, обумовлюють формування внутрішньої картини хвороби та установку на лікування і дотримання медичних рекомендацій. Гармонійний тип внутрішньої картини хвороби є одним з основних факторів формування комплаєнсу і терапевтичного співробітництва пацієнта і лікаря.

4. Висока прихильність до антигіпертензивної терапії призводить до зниження ризику виникнення гострих коронарних подій, що пов’язане з раннім і швидким досягненням контролю артеріального тиску; зменшення ризику смертності хворих після перенесеного інфаркту міокарда; запобігання виникненню резистентної артеріальної гіпертензії.

5. На сьогодні розроблені методи підвищення комплаєнсу ґрунтовані на навчанні пацієнтів, покращенні схеми дозування медикаментів, покращенні взаємодії між лікарями і пацієнтами, організаційних заходах, а також впровадження державних програм профілактики гіпертонічної хвороби. Однак дані методи не орієнтовані на індивідуально-психологічні особистісні особливості пацієнтів з артеріальною гіпертензією, які мають значний вплив на досягнення оптимального комплаєнсу.

*Рецензент: академік НАПН України, д.психол.н., професор Максименко С.Д.*

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Алмазова Е.В. Применение фиксированной комбинации периндоприлу аргинина и амлодипина – препарата престанс – в терапии артериальной гипертензии у пациентов очень высокого риска / Е.В. Алмазова, Л.А. Жукова, Н.Е. Маркина и др. // *Материалы Всероссийского научно-образовательного форума Кардиология 2012.* – Москва, 2012. – С. 30
2. Березняков И.Г. Некоторые подходы к повышению приверженности к лечению при артериальной гипертензии / И.Г. Березняков // “*Новости медицины и фармации*” Артериальная гипертензия. – 2007. – №229
3. Вороненко В.В. Організаційні аспекти профілактики артеріальної гіпертензії / В.В. Вороненко, Н.В. Гойда, Є.С. Латішев, В.М. Михальчук // *Східноєвропейський журнал громадського здоров’я.* – 2013. – №1 (21). – *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров’я 2013 р.* – с.104-105

4. Гідзинська І.М. Прихильність до лікування хворих на артеріальну гіпертензію: сучасний стан проблеми / І.М. Гідзинська, Г.З. Мороз // *Therapia*, 2010. – №9 (50)
5. Данилов Д.С. Комплаєнс в медицині і методи його оптимізації (клінічні, психологічні і психотерапевтичні аспекти) / Д.С. Данилов // *Психіатрія і психофармакотерапія*, 2008. – Т. 10. – №1.
6. Ена Л.М., Ахаладзе Н.Г. Артеріальна гіпертензія в старості // “Новості медицини і фармації” Артеріальна гіпертензія. – 2013. – №3 (29)
7. Клінічні рекомендації з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року // “Новості медицини і фармації” Артеріальна гіпертензія. – 2013. – №4 (30).
8. Конради А.О. Недостаточна приверженність к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции / А.О. Конради // *Артериальная гипертензия*, 2004. – Т. 10. – №3.
9. Корж А.Н. Проблема приверженности в профилактике и лечении артериальной гипертензии / А.Н. Корж // *Новості медицини і фармації в Україні*. – 2012. – №19 (436). – С.3-4.
10. Кузнецова Ю.И. Анализ приверженности к лечению амбулаторных больных артериальной гипертонией / Ю.И. Кузнецова // *Бюллетень медико-интернет-конференцій*, 2013. – Т.3. – №3. – С.695.
11. Лазебник Л.Б. Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению? / Л.Б. Лазебник, Д.В. Подкопаев, И.А. Комиссаренко, О.М. Михеева // *Артериальная гипертензия*. – 2011. – Т.17. – №3. – С. 240-246.
12. Марута Н.О. Комплаєнс хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції. Методичні рекомендації / М.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова, О.І. Мінко, Н.М. Лісна – Харків, 2011. – 25 с.
13. Москаленко В.Ф. Гіпертонія як медико-соціальна проблема: масштаби і тенденції поширення, наслідки, стратегії боротьби / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузєва // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. – 2013. – №1 (21). – *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р.* – с.28-39.
14. Наказ МОЗ України “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії” від 24.05.2012 р. № 384.
15. Очеретяная Н. XIII Национальный конгресс кардиологов Украины: квинтэссенция знаний, достижений, опыта / Н. Очеретяная, Е. Бондаренко // *Здоров'я України*, 2011. – №5 (25) – С.8-10.
16. Плавинский С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии / С.Л. Плавинский. – Москва, 2007. – 48 с.
17. Радченко Г.Д. Прихильність до лікування хворих з артеріальною гіпертензією та її зміни на тлі терапії. Результати відкритого проспективного багаточентрового дослідження / Г.Д. Радченко, Ю.М. Сіренко, І.М. Марцovenko // *Український кардіологічний журнал*. – 2010. – № 3. – С. 44-57.
18. Сіренко Ю. М. Досвід лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією за допомогою вітчизняних ліків / Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, І.М. Марцovenko // *Український кардіологічний журнал*. – 2010. – № 1, 2010. – С. 27-39.
19. Смирнов С.В. Способ повышения эффективности гипотензивной терапии на амбулаторно-поликлиническом этапе / С.В. Смирнов, С.Л. Морозов, К.С. Шуленен // *Матеріали Всеросійського науково-образовательного форуму Кардиология 2012*. – Москва, 2012. – С. 138.
20. Строчкова Е.В., Наумова Е.А. Шварц Ю.Г. Положительная оценка пациентом лечащего врача как предиктор приверженности к длительному лечению кардиологических пациентов / Е.В. Строчкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // *Матеріали Всеросійського науково-образовательного форуму Кардиология 2012*. – Москва, 2012. – С.140-141.
21. Шестопалова Л.Ф. Психологічні фактори формування комплаєнса осіб з алкогольною залежністю / Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна // *Журнал психіатрії та медичної психології*. – 2008. – №3 (20).
22. AlGhurair S.A. A Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model / S.A. AlGhurair, C.A. Hughes, S.H. Simpson, L.M. Guirguis // *The Journal of Clinical Hypertension*, 2012. – V. 14 (12). – P. 877–886.
23. Bosworth H.B. Patient treatment adherence concepts, interventions, and measurement / H.B. Bosworth, E.Z. Oddone, M. Weinberger – 2005. – 582 p.
24. Chobanian A.V. Impact of Nonadherence to Antihypertensive Therapy / A.V. Chobanian // *Circulation*, 2009. – V.120. – P.1158-1560.
25. Geers H. Measuring and predicting medication adherence using dispensing data and patient beliefs / H. Geers. – *Farmaceutische Wetenschappen Proefschriften*, 2012 – 192 p.
26. Gellad W. A review of barrier to medical adherence: a framework for driving policy options / W. Gellad, G. Grenard, E. McGlyn. – Santa Monica: RAND Corporation, 2009. – 68 p.
27. Horne R. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: a conceptual map and research priorities / R. Horne, J. Weinman, N. Barber et al. – London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation NCCSDO, 2005.
28. Inkster M.E. Adherence to antihypertensive medication and association with patient and practice factors / M.E. Inkster, P.T. Donnan, T.M. MacDonald et al. // *J Hum Hypertens*, 2006. – V.20. – P. 295–297.
29. Jimmy B. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice / B. Jimmy, J. Jose // *Oman Med J*, 2011. – V. 26(3). – P.155-159.
30. Kenneth J. for the ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus Amlodipine or Hydrochlorothiazide for Hypertension in High-Risk Patients / J. Kenneth, M. Weber;

- J. Bakris et al. // N. Engl. J. Med., 2008. – V. 359. – P. 2417-2428.*
31. *Kressin N.R. Hypertensive patients' race, health beliefs, process of care, and medication adherence / N.R. Kressin, F. Wang, J. Long et al. // J Gen Intern Med., 2007. – V.22(6). – P.768-774.*
32. *Kronish I.M. Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives/ I.M. Kronish, M. Woodward, Z. Sergie et al. // Circulation, 2011. – V.123(15). – P. 1611-1621.*
33. *Lagi A. Compliance with therapy in hypertensive patients / A. Lagi, A. Rossi, M.T. Passaleva et al. // Internal and Emergency Medicine, 2006. – V. 1 (3). – P. 204-208*
34. *Mar J. Which is more important for the efficiency of hypertension treatment: hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance? / J. Mar, F. Rodriguez-Artalejo // The Journal of Clinical Hypertension, 2001. – V. 19. – P. 149-155.*
35. *Marcum Z.A. Medication Adherence to Multi-Drug Regimens / Z.A. Marcum, W.F. Gellad // Clin Geriatr Med., 2012. – V.28(2). – P.287-300*
36. *Muszbek N. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review / N. Muszbek, D. Brixner, A. Benedict et al. // International Journal of Clinical Practice, 2008. – V.62(2). – P.338-351.*
37. *Nichols-English G. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans / G. Nichols-English, S. Poirier // J Am Pharm Ass, 2000. – V.40. – P. 475-485.*
38. *Okken V.S. The effect of physical, social and psychological factors on drug compliance in patients with mild hypertension / V.S. Okken, M.G. Niemeijer, A. Dijkstra et al. // Neth Heart J., 2008. – V. 16(6). – P. 197-200.*
39. *Osterberg L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med., 2005. – V.353. – P.487-497.*
40. *Petrilla A.A. Evidence-Based Interventions to Improve Patient Compliance with Antihypertensive and Lipid-Lowering Medications / A. A. Petrilla, J. S. Benner, D. S. Battleman et al. // Int J Clin Pract., 2005. – V.59(12). – P.1441-1451.*
41. *Wang P.S. Noncompliance with Antihypertensive Medications. The Impact of Depressive Symptoms and Psychosocial Factors / P.S. Wang, R.L. Bohn, E. Knight et al. // Journal of General Internal Medicine, 2002. – V. 17 (7). – P. 504-511.*
42. *World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. – Medical – 198 p..*

**ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
(Обзор литературы)**

*Трачук Л.Е., Береза Н.В., Божук Б.С.*

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

Приведен обзор современных литературных источников, посвященных актуальной проблеме комплаенса при проведении антигипертензивной терапии. Проанализированы факторы, влияющие на комплаенс, методы определения уровня комплаенса, приведены и описаны основные мероприятия, направленные на повышение приверженности к лечению артериальной гипертензии.

**Ключевые слова:** комплаенс, антигипертензивная терапия, контроль артериального давления, терапевтический альянс, методы повышения комплаенса

**THE PROBLEM OF COMPLIANCE  
IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION:  
CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS  
(Literature Review)**

*L.E. Trachuk, N.V. Bereza, B.S. Bozhuk*

*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

The review of current literature on the actual problem of compliance with antihypertensive therapy was presented. The factors that influence compliance, methods of determining the level of compliance were analyzed, key methods to improve adherence to the treatment of hypertension were listed and described.

**Key words:** compliance, antihypertensive therapy, blood pressure control, the therapeutic alliance, methods to improve compliance.