

УДК 616.12-008.331.1-085.225.2.015-053.9

**Шупер В.О., Рикова Ю.О., Трефаненко І.В., Шумко Г. І., Рева Т.В.**

## **ОЦІНКА РІВНЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОХИЛОГО ВІКУ**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

ВДНЗ України «Харківський національний медичний університет», м. Харків

*Проблема підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку залишається надзвичайно актуальною, враховуючи загальні демографічні тенденції, високу захворюваність та фатальність ускладнень, наявність коморбідності у цієї категорії хворих. За даними статистики, однією із основних причин недостатньої ефективності терапії артеріальної гіпертензії є незадовільний комплаєнс пацієнтів. Метою роботи було визначити і дослідити основні фактори, які впливають на прихильність до антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію похилого віку. Було обстежено 54 пацієнти у віці > 65 років (середній вік 69,2 ± 1,5 року) із артеріальною гіпертензією. Використовували соціально-демографічний, клініко-діагностичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи (ММАС, за методикою Спілбергера—Ханіна, за методикою «Рівень суб'єктивного контролю», дослідження самооцінки психічних станів за Г.Айзенком, дослідження рівня депресії за опитувальником Бека), математичний та статистичний методи. За результатами опитування ММАС було виділено три групи пацієнтів – з високим (22,2%), середнім (33,3%) та низьким (44,55%) рівнями прихильності до призначеної комплексної терапії артеріальної гіпертензії. Соціально-демографічні фактори у хворих із низькою прихильністю до лікування визначалися низьким рівнем освіти та відсутністю шлюбних стосунків. Клінічні характеристики включали наявність 3 ступеня важкості артеріальної гіпертензії, І стадії цього захворювання, високої частоти загострень, коморбідності у вигляді цукрового діабету II типу, хронічного обструктивного захворювання легень, ішемічної хвороби серця, тютюнопаління. За даними клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження хворі із інтернальним типом особистісного контролю, низьким рівнем тривожності й депресії здебільшого демонстрували низький рівень комплаєнсу та вірогідно частішу агресивність у самооцінці психічних станів ( $p < 0,05$ ). Таким чином, пацієнти похилого віку з артеріальною гіпертензією частіше (до 78%) демонструють недостатній рівень прихильності до лікування. Соціально-демографічні, клінічні та психопатологічні фактори істотно впливають на рівень комплаєнсу в цих пацієнтів. Підвищення ефективності терапії артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку можливе за рахунок оптимізації схем лікування, широкого впровадження психодіагностики та психокорекції із залученням до цього процесу психологів.*

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, хворі похилого віку, комплаєнс.

*Дана робота є фрагментом НДР «Особливості коморбідного перебігу захворювань внутрішніх органів: чинники ризику, механізми розвитку та взаємообтяження, фармакотерапія» № держ. реєстрації 0114U002475.*

Проблема ефективного лікування пацієнтів похилого віку набуває надзвичайної актуальності у сучасному світі, адже за прогнозами експертів ООН, до 2050 р. кількість таких осіб становитиме третину від загальної чисельності населення планети, а чисельність населення підтримуватиметься головним чином за рахунок довгої тривалості життя. Україна за часткою населення віком понад 60 років входить до 30 найстаріших держав світу, посідаючи наразі 25-26 місце [4,10]. Також підраховано, що незабаром понад 70% медичної допомоги буде надаватися пацієнтам геріатричного профілю [4,16].

Артеріальна гіпертензія (АГ) у людей похилого та старечого віку займає перше місце серед захворювань серцево-судинної системи [1,7]. За результатами Фремінгемського дослідження серця (Framingham Heart Study), близько у 60% населення віком > 60 років розвивається АГ, при цьому в 70 років це захворювання мають 65% чоловіків і 75% жінок [16]. Поширеність АГ в Україні, згідно з даними епідеміологічних досліджень, становить 24,3 % [1], а у людей віком понад 60 років перевищує 50 % [16]. Підвищення артеріального тиску (АТ), особливо систолічного, збільшує ризик ішемічної хвороби серця

(ІХС), інсультів, серцевої та ниркової недостатності. Разом із тим, адекватна медикаментозна терапія знижує серцево-судинну захворюваність і смертність, покращує перебіг і прогноз АГ. Тому тактика лікування АГ є однією з найбільш важливих проблем сучасної кардіології [1,8,13].

Хворі на АГ потребують тривалого, часто життєвого прийому препаратів, а те, наскільки чітко вони дотримуються призначень, часто визначає перебіг захворювання та ефективність медичних заходів. Результати досліджень показують, що у всьому світі, незважаючи на наявність ефективної медикаментозної терапії, більше половини всіх хворих на АГ не отримують лікування, та серед тих, хто лікується - більше половини осіб мають АТ понад 140/90 мм рт. ст. [12,13,14].

За даними ВООЗ, невиконання лікарських рекомендацій пацієнтами, що страждають на хронічні захворювання, є глобальною медичною проблемою, яка істотно впливає на ефективність лікування, а також призводить до серйозних економічних наслідків [17,20]. Велика кількість досліджень, присвячених проблемі недотримання лікарських рекомендацій, зумовило формування цілісної концепції медичного комплаєнсу

[11,12,18]. На сьогоднішній день в якості альтернативи використовується термін «прихильність» (від англ. Adherence - дотримання, проходження) [15,17].

В сучасній літературі розглядається більше 200 факторів, які так чи інакше зумовлюють ставлення хворих до дотримання режиму терапії, призначеного лікарем. При систематизації цих факторів [3,9] порушення пацієнтами прихильності до лікування, можна виділити такі основні групи:

- психологічні особливості хворого;
- клінічні особливості захворювання;
- особливості терапевтичної програми;
- соціально-економічні фактори;
- фактори, пов'язані з організацією медичної допомоги.

За літературними даними, повністю виконують усі призначення лікаря 34 % хворих, частину призначень — 33 %, зовсім не виконують призначення 33 % пацієнтів. Позитивний комплаєнс досягається при однократному прийомі препарату (протягом доби) в 79,6 % випадків, при двократному — в 68 %, при трикратному — в 37,7 % випадків [5,11,14].

Основні причини невиконання рекомендацій лікарів в Україні зводяться до наступних: перехід на більш економічний препарат - 40%; відсутність контролю з боку лікаря - 58% [3,5,8].

Для визначення прихильності пацієнта до лікування використовують прямі (безпосереднє спостереження за прийомом препаратів; визначення вмісту активної речовини лікарського засобу в крові пацієнта; визначення біологічних маркерів у крові) та непрямі методи (анкетування або самозвіт пацієнтів; оцінка клінічної ефективності; визначення (кількісне) фізіологічних маркерів; використання електронних дозаторів ліків; облік кількості лікарських форм та випуски нових рецептів [8,12,15].

Широкого використання, враховуючи простоту виконання та достатню об'єктивність, набула удосконалена шкала оцінки прихильності пацієнтів до лікування, запропонована в 2008 р. D.E. Morisky (8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) — 8-пунктова шкала прихильності до лікування за Morisky) [19].

Вивчення психологічних особливостей хворих на АГ показало негативний вплив медико-психологічних чинників, а саме психоемоційних, індивідуально-психологічних та психосоціальних параметрів пацієнтів на розвиток та перебіг даного захворювання [6,8,13].

Можливості підвищення комплаєнсу хворих похилого віку з АГ включають до себе активне навчання пацієнтів, призначення покращених схем дозування полікомпонентних медикаментів, а також організаційні заходи. Впроваджуються системи психологічної допомоги, орієнтовані на корекцію несприятливих типів комплаєнсу, дезадаптивних психологічних реакцій на своє захворювання та формування ефективної вза-

модії між лікарем та пацієнтом [2,6,9].

Дослідження проблеми комплаєнсу хворих на АГ похилого віку, пошук найбільш важливих факторів, що його визначають, може суттєво підвищити ефективність лікування та покращити прогноз даного захворювання [3,16,19].

### Мета роботи

Визначити і дослідити основні фактори, які впливають на прихильність до антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію похилого віку.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося за умов усвідомленої інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Під спостереженням знаходилися 54 пацієнти із АГ (36 жінок та 18 чоловіків), середній вік яких становив  $69,2 \pm 1,5$  року. Тривалість захворювання складала від 12 до 20 років, у середньому  $15,58 \pm 1,8$  року. Критеріями включення у дослідження були згода пацієнта на участь в дослідженні, вік  $\geq 65$  років; АГ I – III стадії, 1 - 3 ступеня важкості. Критерії виключення: вік  $> 80$  років; хронічна серцева недостатність IIБ–III ст., тяжка аритмія, тяжка супутня патологія, у тому числі декомпенсований цукровий діабет; транзиторна ішемічна атака, інсульт в анамнезі.

Використовували такі методи дослідження: клініко-діагностичний із аналізом клінічних, анамнестичних даних, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження, медичної документації; клініко-психопатологічний, психодіагностичний: опитування хворих за шкалою прихильності до лікування Morisky (MMAS) (висока прихильність до лікування - 8 балів, середня — 7–6 балів, низька —  $< 6$  балів); тестування із використанням методики визначення тривожності Спілбергера —Ханіна (до 30 балів - низька тривожність; 31 - 45 - помірна тривожність; 46 і більше - висока тривожність.); опитування за методикою «Рівень суб'єктивного контролю» Шкала інтернальності у відношенні здоров'я та хвороби (питання 3, 13, 23, 34), дослідження самооцінки психічних станів за Г. Айзенком, дослідження рівня депресії за опитувальником Бека. Статистичний аналіз та опрацювання даних здійснили за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows, використовували методи клінічної, описової та математичної статистики.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами було проведено визначення рівня комплаєнсу у 54 пацієнтів з АГ, які перебували під нашим спостереженням, за шкалою прихильності до лікування Morisky (MMAS). В залежності від рівня комплаєнсу було виділено три групи пацієнтів – з високим (22,2%), середнім (33,3%) та низьким (44,55%) рівнями прихильності до призначеної комплекс-

ної терапії АГ.

Соціально-демографічна характеристика хворих з АГ в залежності від рівня комплаєнсу представлена в таблиці 1. Суттєва різниця між групами виявлена за такими показниками як рівень освіти, сімейний стан. Вищий рівень прихильності

відзначався у пацієнтів, які знаходяться у шлюбі та мають вищу або середню спеціальну освіту; одинокі з різних причин пацієнти демонстрували порівняно нижчий рівень прихильності до терапії.

Таблиця 1  
Соціально-демографічні характеристики пацієнтів з АГ з різними рівнями комплаєнсу

Соціально-демографічні характеристики	Високий рівень комплаєнсу (n=12)	Середній рівень комплаєнсу (n=18)	Низький рівень комплаєнсу (n=24)
Чоловіки	3 (25,00%)	4 (22,22%)	9 (37,5%)
Жінки	9 (75,00%)	14 (77,78%)	15 (62,5%)
У шлюбі	6 (50,00%)	6 (33,33%)	5 (20,83%)
Неодружені/незаміжні	2 (16,67%)	3 (16,67%)	4 (16,67%)
Розлучені	2 (16,67%)	3 (16,67%)	6 (25,00%)
Вдівці/вдови	2 (16,67%)	6 (33,33%)	9 (37,50%)
Вища освіта	7 (58,33%)	6 (33,33%)	6 (25,00%)
Середньо-спеціальна	4 (33,33%)	4 (22,22%)	7 (29,17%)
Середня освіта	1 (8,33%)	8 (44,44%)	11 (45,83%)

При дослідженні основних клінічних характеристик АГ у досліджуваних хворих (табл. 2), виявлено, що високий рівень комплаєнсу відмічався вірогідно частіше ( $p < 0,05$ ) у хворих із 2 ступенем важкості та II стадією АГ, низький ступінь – вірогідно частіше у хворих із 3 ступенем важкості АГ та при I стадії цього захворювання. Частота загострень вірогідно зворотно-пропорційно збільшувалася при зниженні рівня прихильності.

Аналіз клініко-анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів дослідження виявив наявність коморбідності у вигляді цукрового діабету II типу, ХОЗЛ, ІХС, шкідливі звички (тютюнопаління), що частіше обтяжувало перебіг захворювання пацієнтів із середнім та низьким комплаєнсом до лікування (50% та 75% відповідно).

Таблиця 2  
Основні клінічні характеристики хворих з АГ з різними рівнями комплаєнсу

Клінічні характеристики	Високий рівень комплаєнсу (n=12)	Середній рівень комплаєнсу (n=18)	Низький рівень комплаєнсу (n=24)
Ступінь ГХ			
1 ступінь	2 (16,67%)	4 (22,22%)	8 (33,33%)
2 ступінь	9 (75,00%)	9 (50,00%)	6 (25,00%)
3 ступінь	1 (8,33%)	5 (27,78%)	10 (41,67%)
Стадія ГХ			
I стадія	2 (16,67%)	2 (11,11%)	12 (50,00%)
II стадія	6 (50,00%)	9 (50,00%)	5 (20,83%)
III стадія	4 (33,33%)	7 (38,89%)	7 (29,17%)
Частота загострень			
Відсутні	7 (58,33%)	2 (11,11%)	0 (0,00%)
Іноді (1-2 рази на рік)	4 (33,33%)	4 (22,22%)	8 (33,33%)
Часто (> 2 разів на рік)	1 (8,33%)	12 (66,67%)	16 (66,67%)

За даними клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження (табл. 3) із використанням опитування хворих за методикою визначення тривожності Спілбергера-Ханіна, за методикою «Рівень суб'єктивного контролю», дослідження самооцінки психічних станів за Г. Айзенком, дослідження рівня депресії за опитувальником Бека виявлено, що серед пацієнтів із високим рівнем комплаєнсу переважали особи із екстернальним типом суб'єктивного контролю

( $p < 0,05$ ), високим рівнем особистісної тривожності та високим й середнім рівнем депресії ( $p < 0,05$ ). Середній рівень комплаєнсу корелював із ригідністю психічних станів та низьким й середнім рівнем депресії. Пацієнти із інтернальним типом особистісного контролю, низьким рівнем тривожності й депресії здебільшого демонстрували низький рівень прихильності та вірогідно частішу агресивність у самооцінці психічних станів ( $p < 0,05$ ).

Основні індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з АГ з різними рівнями комплаєнсу

Індивідуально-психологічні характеристики	Високий рівень комплаєнсу (n=12)	Середній рівень комплаєнсу (n=18)	Низький рівень комплаєнсу (n=24)
Тип суб'єктивного контролю			
Екстернальний	8 (66,67%)	10 (55,56%)	9 (37,50%)
Інтернальний	4 (33,33%)	8 (44,44%)	15 (62,50%)
Рівень особистісної тривожності			
Високий	8 (66,67%)	6 (33,33%)	5 (20,83%)
Помірний	2 (16,67%)	7 (38,39%)	8 (33,33%)
Низький	2 (16,67%)	5 (27,78%)	11 (45,83%)
Показники самооцінки психічних станів			
Тривожність	9 (75,00%)	6 (33,33%)	4 (16,67%)
Фрустрація	3 (25,00%)	3 (16,67%)	3 (12,50%)
Агресивність	0 (0%)	1 (5,56%)	11 (45,83%)
Ригідність	0 (0%)	8 (44,44%)	6 (25,00%)
Рівень депресії			
Високий	7 (58,33%)	3 (16,67%)	2 (8,33%)
Середній	5 (41,67%)	7 (38,89%)	11 (45,83%)
Низький	0 (0%)	8 (44,44%)	11 (45,83%)

Також в ході дослідження встановлено, що високий рівень комплаєнтності демонстрували пацієнти, яким призначалась монотерапія АГ або полікомпонентні антигіпертензивні препарати із 1-2 кратним режимом прийому (91,67%), середній та низький рівень слідування лікарським рекомендаціям проявляли хворі із коморбідністю або із ускладненнями АГ, яким призначалося більше 5 препаратів для щоденного застосування.

### Висновки та перспективи подальших досліджень

Оцінка рівня комплаєнсу до медикаментозного та немедикаментозного лікування хворих на артеріальну гіпертензію похилого віку повинна проводитися на кожному етапі надання медичної допомоги за допомогою непрямих методів дослідження із доведеною ефективністю.

Рівень прихильності до призначеної комплексної терапії артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку залежить від соціально-демографічних, клінічних та, особливо, від індивідуально-психологічних чинників, таких, як тип суб'єктивного контролю особистості, рівень особистісної тривожності та депресії, а також показників самооцінки психічних станів.

У хворих похилого віку із артеріальною гіпертензією низький рівень комплаєнсу прямо корелює з інтернальним типом суб'єктивного контролю (у 62,5%), низькою особистісною тривожністю (у 45,83%) та агресивністю при самооцінці психічних станів (у 45,83%).

Підвищення прихильності до лікування у хворих можливе завдяки розробці та впровадженню спеціальних навчальних програм для лікарів різних ланок охорони здоров'я з метою визначення у пацієнтів індивідуально-психологічних чинників, які можуть суттєво впливати на рівень комплаєнсу, для своєчасної їх корекції.

Доцільною є співпраця лікарів терапевтичного профілю із лікарями-психологами при призначенні комплексної антигіпертензивної терапії хворим похилого віку з метою максимальної індивідуалізації програми лікування, що повинно позитивно впливати на рівень комплаєнсу в цієї категорії хворих.

### Література

1. Горбась І.М. Оцінка поширеності артеріальної гіпертензії серед населення України / І.М. Горбась // *Новости медицины и фармации. Спец. вып. «Артериальная гипертензия».* — 2007. — № 999. — С. 22-24.
2. Зайцев Ю. А. Стандартизація методик діагностики тривожності Спілбергера - Ханіна і Дж. Тейлора / Ю.А. Зайцев, А.А. Хван // *Психологічна діагностика.* - 2011. - № 3. - С. 19-34.
3. Калугін І.В. Комплаєнс фармакотерапії осіб похилого віку з поліморбідністю / І.В. Калугін, О.О. Хаустова // *Ліки України.* - 2015. - №4 (25). - С. 65-72.
4. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. (колектив авторів) / за ред. чл.-кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е.М. Лібанової. - К.: Український центр соціальних реформ, 2006. - 138 с.
5. Короткий В. М. Лікувальний комплаєнс: поняття, проблема та шляхи її вирішення / В. М. Короткий, І. В. Колосович // *Мистецтво лікування.* — 2004. - № 8(14). — С. 7-14.
6. Безруков В.В. Особливості захворюваності та споживання ліків хворими похилого та старечого віку / В.В. Безруков, Л.П. Купраш, А.Ю. Петриченко [та ін.] // *Журн. практ. лікаря.* — 2003. — № 4. — С. 5-7.
7. Ратманова А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность — статистика по европейским странам / А. Ратманова // *A. Med. Rev.* - 2009. - №1(6). - С. 6-12.
8. Сіренко Ю. М. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії / Ю. М. Сіренко, К. В. Міхеєва // *Артериальная гипертензия.* — 2010. — №3 (11). — С. 17-21.
9. Трачук Л.Є. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації / Л.Є. Трачук // *Ліки України.* - 2013. - №5 (171). - С. 42-45
10. Чайківська В.В. Демографічні прогнози для України / В.В. Чайківська, І.Я. Пінчук // *Новости медицины и фармации.* — 2010. — № 13-14(333-334). — С. 13-14.
11. Чугунов В.В. Особливості порушення комплаєнсу у хворих на цукровий діабет 2 типу / В. В. Чугунов, О. В. Ткаченко, Н. В. Данилевська // *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики.* — 2017. — Т. 10, №1(23) — С. 107-111.
12. Feldman R. Adherence to pharmacologic management of hypertension / R. Feldman, M. Bacher, N. Campbell [et al.] // *Can. J. Public Health.* - 1998. — Vol. 89. — P. 116-118.

13. Parati G. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants of adherence (TELEBPMET Study) / G. Parati, S. Omboni, A. Compare [et al.] // *Trials*. - 2013. - Vol.14. - P. 22 - 27.
14. Bangalore S. Fixed-dose combinations improve medication compliance: A meta-analysis / S. Bangalore, G. Kamalakkannan, S. Parkar, F. H. Messerli // *Am. J. Med.* - 2007. - Vol. 120(8). - P. 713-719.
15. Hill M. N. Adherence and Persistence with Taking Medication to Control High Blood Pressure / M.N. Hill, N.H. Miller, S. DeGeest. // *The Journal of Clinical Hypertension*. - 2010. - Vol. 12 (10). - P. 757-764.
16. Chaudhry K.N. Hypertension in the elderly: some practical considerations / K.N. Chaudhry, P. Chavez, F.H. Messerli [et al.] // *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*. - 2012. - Vol. 79 (10). - P. 694-704.
17. Osterberg L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // *N. Engl. J. Med.* - 2005. - Vol. 353 (5). - P. 487-497.
18. DiMatteo M. R. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis / M. R. DiMatteo, P. J. Giodani, Y. S. Lepper, T. W. Croghan // *Med. Care*. - 2002. - Vol. 40 (9). - P. 794-811.
19. Morisky D.E. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting / D.E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood [et al.] // *J. Clin. Hypertens. (Greenwich)*. - 2008. - Vol. 10 (5). - P. 348-354.
20. World Health Statistics 2012. - WHO, 2012. - 176 p.

### Реферат

#### ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Шупер В.А., Рыкова Ю.А., Трефаненко И.В., Шумко Г. И., Рева Т.В.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, больные пожилого возраста, комплаенс.

Проблема повышения эффективности лечения артериальной гипертензии у больных пожилого возраста остается чрезвычайно актуальной, учитывая общие демографические тенденции, высокую заболеваемость и фатальность осложнений, наличие коморбидности у этой категории больных. По данным статистики, одной из основных причин недостаточной эффективности терапии артериальной гипертензии является неудовлетворительный комплаенс пациентов. Целью работы было определить и исследовать основные факторы, влияющие на приверженность к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией пожилого возраста. Под нашим наблюдением находилось 54 пациента в возрасте > 65 лет (средний возраст  $69,2 \pm 1,5$  года) с артериальной гипертензией. Использовали социально-демографические, клинико-диагностический, клинико-психопатологический, психодиагностический методы (MMAS, по методике Спилбергера-Ханина, по методике «Уровень субъективного контроля», исследование самооценки психических состояний по Айзенку, уровня депрессии по опроснику Бека), математический та статистический методы. По результатам опроса MMAS было выделено три группы пациентов - с высоким (22,2%), средним (33,3%) и низким (44,55%) уровнями приверженности комплексной терапии артериальной гипертензии. Социально-демографические факторы у больных с низкой приверженностью к лечению определялись низким уровнем образования и отсутствием брачных отношений. Клинические характеристики таких больных включали наличие 3 степени тяжести артериальной гипертензии, и I стадии этого заболевания, высокой частоты обострений, коморбидности в виде сахарного диабета II типа, хронического обструктивного заболевания легких, ишемической болезни сердца, табакокурения. По данным клинико-психопатологического и психодиагностического обследования, больные с интернальным типом личностного контроля, низким уровнем тревожности и депрессии в основном демонстрировали низкий уровень комплаенса и достоверно частую агрессивность в самооценке психических состояний ( $p < 0,05$ ). Таким образом, пациенты пожилого возраста с артериальной гипертензией чаще (до 78%) демонстрируют недостаточный уровень приверженности к лечению. Социально-демографические, клинические и психопатологические факторы существенно влияют на уровень комплаенса у этих больных. Повышение эффективности терапии артериальной гипертензии у больных пожилого возраста возможно за счет оптимизации схем лечения, широкого внедрения психодиагностики и психокоррекции с привлечением к этому процессу психологов.

### Summary

#### ASSESSMENT OF COMPLIANCE TO TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Shuper V.A., Rykova Yu.A., Trefanenko I.V., Shumko G.I., Reva T.V.

Key words: arterial hypertension, elderly patients, compliance.

The issue on increase in the effectiveness of therapy of arterial hypertension in elderly patients is extremely relevant, taking into account the general demographic trends, the high incidence of this disease, high fatalities of complications and the presence of comorbidity in this category of patients. According to statistics, one of the main causes of inadequate effectiveness of therapy of arterial hypertension is poor compliance to therapy. The aim of the work was to identify and investigate the main factors influencing the compliance to antihypertensive therapy in elderly patients with arterial hypertension. Materials and methods. Under our supervision, there were 54 patients over 65 years (mean age  $69.2 \pm 1.5$  years) with arterial hypertension. Socio-demographic, clinical, pathopsychological, psycho-diagnostic methods (MMAS, anxiety self-assessment scale, C. D. Spielberger - Y.L Hanin scale, the Scale of Internality in relation to health and illness, the study of the self-esteem of mental states by H.J. Eysenck, the study of depression by the Beck Depression Inventory), mathematical and statistical methods were used. According to the results of the MMAS survey, three groups of patients were selected - with high (22.2%), middle (33.3%) and low

(44.55%) levels of compliance to the combined therapy of hypertension. Socio-demographic factors in the patients with low compliance to the treatment were determined by low level of education and absence of marital relations. Clinical characteristics of patients with low compliance included the presence of 3<sup>rd</sup> degree of arterial hypertension severity, I stage of this disease, high frequency of exacerbations, comorbidity of diabetes mellitus II, chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease, tobacco smoking. According to the psychopathological and psycho-diagnostic examination, patients with an internal type of personality control, low anxiety and depression showed, for the most part, a low level of compliance and more frequent aggressiveness in the self-esteem of mental states ( $p < 0.05$ ). Thus, elderly patients with arterial hypertension very often (up to 78%) show an insufficient level of compliance to the treatment. Socio-demographic, clinical and psychopathological factors significantly affect the level of compliance in these patients. Improving the effectiveness of therapy of arterial hypertension in elderly patients is possible due to optimization of treatment regimens, wide introduction of psycho-diagnosis and psychological correction with the involvement of psychologists into this process.

УДК 616.61:616.379-008.64-085

**Щербань Т.Д., Топчій І.І., Семенових П.С., Гальчінська В.Ю.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕПЛЕРЕНОНУ**

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків

*Метою дослідження стало вивчення ефективності застосування селективного антагоніста рецепторів альдостерону еплеренону в комбінованій терапії хворих на діабетичну нефропатію в поєднанні з гіпертонічною хворобою. Комплексно обстежено 57 хворих на діабетичну нефропатію I-III стадій (швидкість клубочкової фільтрації >60 мл/хв.) в поєднанні з гіпертонічною хворобою II стадії. Встановлено, що як базова так і комбінована з еплереноном терапія призводила до суттєвого зниження артеріального тиску, проте значущих відмінностей між групами не виявлено. Також вірогідно не відрізнялись рівні креатиніну та швидкість клубочкової фільтрації. Диференційована оцінка результатів лікування з використанням базової та комбінованої з еплереноном терапії показала вірогідно більш високу ефективність комбінованої терапії стосовно функціонального стану нирок за рахунок зниження рівню мікроальбумінурії.*

Ключові слова: діабетична нефропатія, гіпертонічна хвороба, антагоністи рецепторів альдостерону, еплеренон.

*Дослідження було проведено в рамках науково-дослідної роботи «Розробити методи профілактики серцево-судинних ускладнень у хворих на діабетичну нефропатію на підставі визначення змін в системі FGF23/фосфорно-кальцієвий обмін», № держ. реєстрації 0115U001028.*

### **Вступ**

Прогресування патологічних процесів, обумовлених гіпертонічною хворобою (ГХ), та приєднання до них цукрового діабету (ЦД) сприяє формуванню патологічних змін в нирках та розвитку діабетичної нефропатії (ДН), яка є однією з основних причин хронічної хвороби нирок у пацієнтів з цукровим діабетом та найчастіше призводить до термінальних стадій ниркової недостатності [1,2].

Важливе місце в розвитку і прогресуванні як ГХ, так і ДН відводиться мінералокортикоїдному гормону альдостерону. Підвищені концентрації альдостерону сприяють затримці натрію і води з розвитком набряків, збільшенню втрат калію і магнію, підвищенню симпатичної і зниженню парасимпатичної активності, порушенню барорецепторної функції, посилюванню дисфункції ендотелію, збільшенню вазомоторної реактивності і оксидантного стресу. Крім того, вторинний гіперальдостеронізм є важливим чинником, що сприяє процесам фіброзування [4,5].

Лікування ГХ та ДН включає антигіпертензивну (комбіновану) і цукрознижувальну терапію та використання статинів і антиагрегантів. Особли-

вий інтерес викликає можливість застосування в комбінованій нефро- та судиннопротекторній терапії антагоністів рецепторів альдостерону [2,6].

Рецептори альдостерону являють собою спеціалізовані протеїнові структури, розташовані на мембрані або всередині клітин дистальних каналців нефрону, фібробластів, міокардіоцитів і деяких інших [4,6].

Відомо, що антагоністи рецепторів альдостерону блокують як внутрішньоклітинні, так і мембранні рецептори альдостерону. Розрізняють неселективний (спіронолактон) і селективний (еплеренон) антагоністи рецепторів альдостерону [3,9,10]. Перший з них поряд із впливом власне на рецептори альдостерону зв'язується також з андрогеновими, прогестероновими і, меншою мірою, глюкокортикоїдними рецепторами, що може бути причиною розвитку ряду побічних ефектів; другий досить вибірково зв'язується з рецепторами альдостерону, внаслідок чого розглядається як більш безпечний.

### **Мета дослідження**

Вивчення ефективності застосування селективного антагоніста рецепторів альдостерону