

КОМПЛАЄНС ЯК ПЕРЕДУМОВА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

ikaterenchuk@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведене згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава) «Роль запалення в патогенезі коронарних та некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії» (держреєстрація № 0107U004808).

Вступ. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є широко розповсюдженим захворюванням, яке займає провідне місце у структурі причин втрати працездатності, ранньої інвалідизації та смертності як в Україні, так і в усьому світі. Головною проблемою при артеріальній гіпертензії є не стільки підвищений артеріальний тиск, скільки розвиток гострих і хронічних патологічних станів, таких як інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, хронічна ниркова недостатність, тощо. Половина хворих навіть не підозрюють про те, що вони мають підвищений артеріальний тиск, половина з тих, хто знає, не контролює належним чином свій тиск, половина з тих, хто контролює, не лікується, а половина з тих, хто лікується, роблять це неналежним чином.

У зв'язку з цим прихильність до лікування (комплаєнс) є одним з ключових елементів підвищення ефективності терапії. Він характеризує виконання пацієнтами лікарських рекомендацій щодо приймання лікарських препаратів, дотримання дієти і інших змін способу життя, дотримання графіка візитів до лікаря. Прийнято вважати, що при лікуванні з високим рівнем комплаєнсу пацієнти строго дотримуються рекомендацій лікаря більш ніж в 80% випадків. При середньому рівні комплаєнсу пацієнти виконують вказівки в 20-80% випадків. При низькому рівні комплаєнсу це відбувається менш ніж в 20% випадків. Однак найчастіше проблема полягає у відсутності ефективної комунікації між лікарем і пацієнтом [1].

Лікування пацієнтів з коморбідною патологією має низку особливостей, які обумовлені як ризиком поліпрагмазії, так і розвитком побічних дій медикаментів. Тому вибір терапії хворим з коморбідною патологією повинен базуватись передусім на принципах безпеки і передбачати як обмежену кількість препаратів, так і ретельне дотримання пацієнтом призначеного лікування.

Це особливою мірою стосується лікування коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби. Проблема комплаєнсу значною мірою обумовлена тим, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), підвищений артеріальний тиск (АТ) мають 53,6% населення України [2], а серед осіб з підвищеним АТ знають про наявність у них артеріальної гіпертензії 67,8% сільських і 80,8% міських мешканців, лікуються відповідно 38,3 та 48,4%, ефективність лі-

кування складає 8,1 та 18,7% [3]. У той же час у людей з артеріальною гіпертензією порівняно з особами з нормальним АТ в 7 разів частіше розвивається інсульт, в 6 разів частіше – серцева недостатність, в 4 рази частіше – ішемічна хвороба серця (ІХС) [4]. Незважаючи на наявність ефективної медикаментозної терапії, більше половини всіх хворих на АГ не отримують належного лікування [5], та більше половини осіб, які лікуються, мають АТ понад 140/90 мм рт.ст.

Досягнення комплаєнсу, тобто регулярний прийом медикаментів, дотримання дієти та рекомендацій змін способу життя, зумовлене дією певних чинників, пов'язаних з пацієнтом, особливостями перебігу захворювання, призначеною терапією, а також соціально-економічними факторами та організацією надання медичної допомоги і особистістю лікаря.

Недотримання пацієнтами лікарських призначень призводить до серйозних наслідків і значно знижує ефективність лікування, створює проблему недоцільності розробки нових підходів до терапії хворих [6-8]. Причини низької прихильності до лікування не завжди можна пояснити. Прихильність терапії – це дотримання вказівок лікаря, цей термін близький за своїм змістом до терміну «комплаєнтіність» (англ. «Compliance»), що означає «дотримання» пацієнтом режиму і схеми лікування [8].

Мета дослідження. Визначити основні причини недостатнього комплаєнсу та оцінити ефективність застосування кінестетичних предикатів мови у комплексній терапії хворих на гіпертонічну хворобу, поєднану з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 127 хворих на АГ з ішемічною хворобою серця: нестабільною стенокардією в поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням віком від 54 до 78 років, які були розподілені на 2 групи. Першу дослідну групу склали 57 чол. з АГ, ІХС та ожирінням, другу – 50 чол. з АГ, ІХС, ожирінням та порушеннями пуринового обміну. Група хворих з порушеннями пуринового обміну включала пацієнтів з безсимптомною гіперурикемією (32 чол.) та подагрою (18 чол.). Діагноз подагри верифікували згідно критеріїв Американської ревматологічної асоціації (АРА, 1977). Контрольну групу склали 20 пацієнтів з АГ та ІХС. Пацієнти контрольної і дослідних груп були співставимими за віком ($65,44 \pm 0,73$ років, $64,88 \pm 0,83$ років і $63,41 \pm 0,84$ відповідно) і мали однаковий стаж АГ ($11,42 \pm 0,86$, $15,82 \pm 0,83$ і $16,99 \pm 0,88$ років відповідно) визначення рівня соціальної адаптації та комплаєнсу за Моріскі-Грін для уточнення необхідності контролю лікування [9].

Динамічне спостереження за пацієнтами проводили через 6, 12 і 18 місяців. Анкетним методом вивчалися працездатність, тривалість прийому ме-

Таблиця 1.

Розподіл пацієнтів за переважаючою репрезентативною системою

Переважаюча система	Особливості
Візуали	Манера спілкування динамічна й емоційна: розмовляє швидко та голосно з численними паузами. Під час комунікативного акту намагається дотримуватися такої дистанції, з якої зручніше розгледіти співбесідника. Однак у разі близького контакту, виникнення конфлікту представники цієї модальності здатні діяти агресивно, звинувачуючи у всіх негараздах співбесідника.
Аудіали	Специфіка модальності аудіалів полягає в тому, що вони легко знаходять найтонші відмінності у звуках, але можуть не помічати кольорів і не відчувати жодної різниці в запахах. Аудіал малорухливий, мало жестикулює і схильний відволікатися на навколишні звуки. Аудіали здебільшого дуже контактні, адже для орієнтації в навколишньому світі та прийняття адекватних рішень їм надзвичайно потрібна звукова інформація, що й формує основу їхньої «карти».
Кінестетики	Люди цієї модальності у сприйнятті світу спираються на відчуття і водночас мають істотно приглушені здібності до того, щоб «побачити» й «почути». Мовлення кінестетиків уповільнене, голос часто глухий і низький. Вони живуть дією, бо для отримання інформації про світ їм потрібно рухатися, торкатися, куштувати, нюхати тощо.

дикаментозних засобів та їх дози, прихильність до лікарських призначень. Оцінювались скарги, клінічний стан, реєстрували АТ, проводили добове моніторування АТ та холтерівське моніторування електрокардіограм, біохімічні дослідження ліпідного обміну, проводили ретестування за допомогою тестів спеціального багатофакторного опитувальника особистості, оцінювали результати лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. З метою підвищення рівня комплаєнсу нами виділялась провідна репрезентативна система – основний, домінуючий спосіб отримання людиною інформації із зовнішнього світу; індивідуальна модель сприйняття того, що передають органи чуття людини; специфічна система збирання та опрацювання інформації, яку особа використовує для формування й репрезентації власного досвіду.

Згідно шкали Моріски Грін нами за переважаючою репрезентативною системою всі пацієнти були поділені на візуалів, аудіалів та кінестетиків (табл. 1).

Рівень комплаєнсу залежно від репрезентативної моделі через 6, 12 та 18 місяців за шкалою Моріски-Грі міститься у таблиці 2.

Через 6 місяців дослідження результати оцінки рівня комплаєнсу суттєво не змінилися. Залишався більш високий рівень серед пацієнтів з переважанням кінестетичного сприйняття (2,4, 2,4 та 2,8 відповідно у групах контролю, першій та групі груп) та більш низький серед візуалів (1,8, 2,0, 2,1 відповідно у групах контролю, першій та групі груп).

При повторному проведенні тестування за шкалою Моріски-Грін та перед повторним спілкуванням з хворими з урахуванням мовних предикатів суттєвих змін рівня комплаєнсу відмічено не було, зберігався більш високий рівень серед кінестетиків, з незначним підвищенням (2,5, 2,6 та 2,9 відповідно у групах контролю, першій та групі груп проти 2,4, 2,4 та 2,8) та незмінний рівень серед хворих з переважаючою візуальною системою (1,8, 2,0, 2,1 відповідно у групах контролю, першій та групі груп). У той же час, було відмічено незначне зростання рівня комплаєнсу серед аудіалів (з 2,1, 2,2 та 2,5 до 2,2, 2,3 та 2,6 через рік спостереження).

Через 18 місяців рівень комплаєнсу суттєво підвищився по всіх групах зі збереженням переваги серед кінестетиків (з 2,5, 2,6 та 2,9 до 3,6, 3,7 та 3,9 відповідно у групах контролю, першій та другій групах). Підвищення рівня комплаєнсу серед візуалів було відмічено з 1,8, 2,0, 2,1 до 3,1, 3,1 та 3,5 у групах контролю, першій та другій групах, серед аудіалів з 2,2, 2,3 та 2,6 до 3,2, 3,3, 3,6.

Перспективним п'ятирічним дослідженням доведено, що низка прогностично несприятливих факторів асоціюються з розвитком гіпертрофії лівого шлуночка – рівень систолічного артеріального тиску, обвід талії, низька фізична активність, вживання алкоголю і більш високий поріг смакової чутливості до

солі. Незалежними поведінковими факторами серцево-судинного ризику, що впливають на формування і прогресування гіпертрофії лівого шлуночка при артеріальній гіпертензії були низька фізична активність і вживання алкоголю [10]. Комплаєнс значною мірою визначається сприйняттям пацієнта на усунення цих факторів.

Наші дослідження відмітили стійку закономірність рівня комплаєнсу хворих з їх основною репрезентативною системою. Так, найнижчий рівень комплаєнсу було зареєстровано серед пацієнтів візуального сприйняття (2,1, 2,0, 2,1). У той же час у хворих з переважаючою кінестетичною системою рівень комплаєнсу був найвищим (2,7, 2,6, 2,7), що підтверджує дані Р Бендлера і Д. Гріндера [11] про

Таблиця 2.

Рівень комплаєнсу залежно від репрезентативної моделі через 6, 12 та 18 місяців за шкалою Моріски-Грін

Репрезентативна модель	Контрольна група (n = 20)	1 група (n = 57)	2 група (n = 50)
Через 6 місяців			
Аудіальна	2,1	2,2	2,5
Візуальна	1,8	2,0	2,1
Кінестетична	2,4	2,4	2,8
Через 12 місяців			
Аудіальна	2,2	2,3	2,6
Візуальна	1,8	2,0	2,1
Кінестетична	2,5	2,6	2,9
Через 18 місяців			
Аудіальна	3,2	3,3	3,6
Візуальна	3,1	3,1	3,5
Кінестетична	3,6	3,7	3,9

більш стійкий взаємозв'язок між кінестетичним пацієнтом та лікарем.

Висновки

1. Однією з важливих причин низької прихильності до довготривалого прийому антигіпертензивних засобів пацієнтами з коморбідним перебігом артеріальної гіпертензії недостатнє сприйняття інформації у спілкуванні «лікар-пацієнт», що визначається особливостями подання інформації та провідною репрезентативною системою пацієнта. Найнижчий тип комплаєнсу відзначається серед пацієнтів візуального сприйняття.

2. У процесі тривалого лікування сприйняття інформації і прихильність до лікування змінюються, що обумовлює необхідність динамічних змін нейролінгвістичного програмування з урахуванням особливос-

тей застосування мовних предикатів та визначення провідної репрезентативної системи.

3. Персоніфікація терапії коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби повинна передбачати розробку індивідуальної програми для досягнення оптимальної прихильності до лікування та підвищення ефективності контролю артеріальної гіпертензії, що забезпечить досягнення цільового рівня артеріального тиску та зменшення числа кардіоваскулярних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень. Проведення поглиблених досліджень по впровадженню визначення репрезентативної моделі пацієнта дозволить значно покращити комплаєнс та ефективність довготривалої медикаментозної терапії пацієнтів з коморбідним перебігом найбільш розповсюджених захворювань внутрішніх органів.

Література

1. Smirnov SV, Morozov SL, Shulenin KS, Yaroslavtsev MYu. Sotsialnyy tip lichnosti patsiyenta i effektivnost gipotenzivnoy terapii. Fundamentalnye issledovaniya. 2012;2:131-4. [in Russian].
2. Gruzeva TS. Poshirenist arterialnoy gipertenziyi sered naselennya krayin svitu. Shidnoevropeyskiy zhurnal gromadskogo zdorov'ya. 2013;1:125-6. [in Ukrainian].
3. Arterialna gipertenziya. Onovlena ta adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazah (2012 rik): praktichni rekomendatsiyi; proekt. Robocha grupa z arterialnoy gipertenziyi Ukr. asots. kardiologiv. Arterialnaya gipertenziya. 2012;1:96-152. [in Ukrainian].
4. Mancia G. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. Blood Pressure. 2009;18(6):308-47.
5. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. JAMA. 2002;288:462-7.
6. Banshchikov FR. Komplayens v psixiatrii: realnost i perspektivy. Obozreniye psixiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2006;3(4):24-7. [in Russian].
7. Bikkinina GM, Iskhakov ER. Priverzhennost k lecheniyu u patsiyentov s razlichnym tipom otnosheniya i motivatsiyey k priyemu medikamentov. Sovremennye naukoemkiye tekhnologii. 2007;4:94-5. [in Russian].
8. Konradi AO. Znacheniyе priverzhennosti k terapii v lechenii kardiologicheskikh zabolevaniy. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2007;4(6):21-5. [in Russian].
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med. Care. 1986;24:67-74.
10. Pavlova OS. Rol povedencheskikh faktorov serdechno-sosudistogo riska v razvitii i progressirovaniі gipertrofii levogo zheludochka pri arterialnoy gipertenzii. Kardiologiya v Belarusi. 2018;10(6):789-98. [in Russian].
11. Richard Bendler, Dzhon Grinder. Psikhologiya. AST; 2015. 448 s. [in Russian].

КОМПЛАЄНС ЯК ПЕРЕДУМОВА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Катеренчук І. П., Мохначов О. В.

Резюме. Метою роботи було визначити основні причини недостатнього комплаєнсу та оцінити ефективність застосування кінестетичних предикатів мови у комплексній терапії хворих на гіпертонічну хворобу, поєднану з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням.

Встановлено, що однією з важливих причин низької прихильності до довготривалого прийому антигіпертензивних засобів пацієнтами з коморбідним перебігом артеріальної гіпертензії є недостатнє сприйняття інформації у спілкуванні «лікар-пацієнт», що визначається особливостями подання інформації та провідною репрезентативною системою пацієнта. Найнижчий тип комплаєнсу відзначається серед пацієнтів візуального сприйняття. У процесі тривалого лікування сприйняття інформації і прихильність до лікування змінюються, що обумовлює необхідність динамічних змін нейролінгвістичного програмування з урахуванням особливостей застосування мовних предикатів та визначення провідної репрезентативної системи.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, подагра, ожиріння, комплаєнс, лікування.

КОМПЛАЄНС КАК ПРЕДПОСЫЛКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Катеренчук И. П., Мохначев А. В.

Резюме. Целью работы было определить основные причины недостаточного комплаенса и оценить эффективность применения кинестетических предикатов речи в комплексной терапии больных гипертонической болезнью, ассоциированной с ишемической болезнью сердца, нарушениями пуринового обмена и ожирением.

Установлено, что одной из важных причин низкой приверженности длительного приема антигипертензивных средств у пациентов с коморбидным течением артериальной гипертонии является недостаточное восприятие информации в общении «врач-пациент», что определяется особенностями представления информации и ведущей репрезентативной системой пациента. Самый низкий тип комплаенса отмечается среди пациентов визуального восприятия. В процессе длительного лечения оценка информации и приверженность

к лечению меняются, что обуславливает необходимость динамических изменений нейролингвистического программирования с учетом особенностей применения речевых предикатов и определения ведущей репрезентативной системы.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, подагра, ожирение, комплаенс, лечение.

COMPLIANCE AS PREREQUISITE OF THERAPEUTICAL EFFECTIVENESS OF COMORBID ESSENTIAL HYPERTENSION TREATMENT

Katerenchuk I. P., Mochnachov O. V.

Abstract. The treatment of patients with comorbidities has some features due to the risk of polypharmacy and occurrence of drugs side effects. Therefore, the choice of therapy for patients with comorbid pathology should be based primarily on the principles of safety and so, should be directed to the prescription of limited number of drugs, as well, as to the careful patient's compliance to the prescribed treatment.

In order to increase adherence to treatment, we examined 127 patients in the age of 54 to 78 years suffering on essential hypertension (EH) associated with coronary arteries disease (CAD) in form of unstable angina combined with disturbances of purine metabolism and obesity. Participants of the study were divided into 2 experimental groups. The first experimental group was formed by 57 patients suffering on EH, CAD and obesity, the second group was presented with 50 patients with EH, CAD, obesity and purine metabolism disturbances. Dynamic follow-up of patients was performed in 6, 12 and 18 months' periods. By using questionnaires, we examined the working capacity of patients, the duration of therapeutic treatment, doses of drugs and patients' adherence to provided medical prescriptions. We analyzed complaints of the patients, performed physical examinations, blood pressure measurements results, 24-hours blood pressure monitoring results, 24-hours ECG monitoring results and blood lipids metabolism abnormalities. All patients were examined on the level of social adaptation and compliance by Morrisco-Green method to clarify the necessity for careful treatment control.

Results of the study. After 6 months of study, the results of the compliance level assessment have not changed significantly. There was a higher level of compliance among patients with predominant kinesthetic perception (2.4, 2.4 and 2.8, in the control, the first and the second experimental groups, respectively) and lower level of compliance among the patients with predominant visual perception (1.8, 2.0, 2.1 in the control, the first and the second experimental groups, respectively).

After 18 months of treatment the compliance rate increased significantly in all groups, but especially in patients with predominant kinesthetic perception (from 2.5, 2.6 and 2.9 to 3.6, 3.7 and 3.9 in the control, in the first and in the second groups, respectively). Improvement of the compliance level among the patients with predominant visual perception was changed from 1.8, 2.0, 2.1 to 3.1, 3.1 and 3.5 in the control, in the first and in the second group, respectively. In group of patients with predominant audial perception it changed from 2.2, 2.3 and 2.6 to 3.2, 3.3, 3.6 in studied groups.

Results of our study have highlighted the presence of strong dependence of compliance level with the patient's main representative systems. Thus, the lowest level of compliance was found in patients with visual perception (2.1, 2.0, 2.1). At the same time, the level of compliance was the highest in patients with predominant kinesthetic system (2.7, 2.6, 2.7).

One of the important reasons for low compliance in long-term use of antihypertensive drugs in patients with a comorbid course of arterial hypertension is the lack of information perception in communication between physician and patient, which is determined by the peculiarities of information presentation as well as by the type of predominant representative system of the patient. The lowest type of compliance is noted among patients with visual perception predominance.

During the long-term treatment period the perception of information and adherence to treatment are continuously changing. So, its necessitates the importance of dynamic changes in neuro-linguistic programming, taking into account the peculiarities of language predicates and determination of the leading representative system.

Key words: essential hypertension, coronary arteries disease, gout, obesity, compliance, treatment.

Рецензент – проф. Казаков Ю. М.

Статья надійшла 02.06.2019 року