**ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ПРОФИЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ**

**Семенова Е.А., Вишневский В.И.**

Медицинский институт**,**

Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева

Гипертоническая болезнь является одним из самых распространенным заболеваний сердечно-сосудистой системы. Результаты исследований показали, что более 40% взрослого населения в России имеют повышенные цифры АД. Одной из причин такой ситуации является низкая информированность пациентов о наличии у них артериальной гипертонии (АГ), а также недостаточная приверженность их к терапии, что расценивается как дополнительный фактор риска неблагоприятного течения АГ. [1, 2]

Проанализировано 120 случаев больных с АГ с сопутствующими нарушениями депрессий. Обследованные были разделены на четыре возрастные группы: I группа - 35-45 лет (25 чел. 20,83 %), II группа – 45-55 лет (55 чел. 45, 83 %), III группа – 55-65 лет (16 чел. 13,3 %), IV группа – 65-75 лет (24 чел. 20,0 %).

Активный образ жизни вели только 35 (29,1 %) пациентов. Они совершали ежедневные прогулки более 2 часов, занимались в спортивных центрах, тренажерных залах. Не вели активного образа жизни 85 человек (70,8%). Это люди с низкой физической активностью, которые ходят от 30 до 60 минут в день и не занимаются физической активностью в свободное от работы время. У них отмечался избыточный вес.

В первичной профилактике сердечно-сосудистых болезней и их осложнений выявлены актуальные коррегируемые факторы риска, которыми являются психоэмоциональный стресс – 45 (37,5 %), злоупотребление курением у 75 (62,5 %) пациентов, не рациональное питание - 100 (83,3 %) человек.

Депрессии у обследованных пациентов были смешанного генеза. Длительность заболевания АГ составила - 15,1± 8,4 года. Более выраженная и длительная гипертензивная реакция была выявлена у пожилых пациентов.

Клиническое обследование включало изучение анамнеза, жалоб, результатов объективного обследования. Функциональное обследование сердечно-сосудистой системы оценивали по данным тонометрии с применением суточного мониторирования АД, ЭКГ, УЗИ исследования сосудов головного мозга, брюшной полости и почек. Кроме того, путем анкетирования, был выявлен, характер трудовой деятельности, условия труда, гиподинамия, несбалансированное и не регулярное питание, ожирение, курение, недостаточная длительность ночного сна, низкая приверженность больных к лечению.

Оценка состояния больных в процессе лечения проводилась по данным общего соматического и психопатологического обследования. А также по ряду показателей, полученных при инструментальном и лабораторных (биохимических и др.) исследованиях. Кроме того в технологию профилактического обследования включалось выявление факторов риска, осведомленности о своем здоровье, приверженности к лечению, мониторирование АД, медико-психологическое тестирование уровня психоэмоционального напряжения и тревожно депрессивной симптоматики. Оценка психического состояния пациентов основывалась на клинико-психопатологическом обследовании, диагностических критериях МКБ – 10. Учитывали адекватность лечения АГ с точки зрения пациента и сведения о наличии вредных привычек.

Мониторирование проведено в амбулаторных условиях на фоне обычной психоэмоциональной физической нагрузки, в условиях типичного выходного дня. Физические нагрузки умеренные.

По данным СМАД средние значения САД повышены, ДАД в пределах пограничных с гипертензией значений днем, в пределах нормы в ночное время. Показатели нагрузки давлением повышены. Значение вариабельности АД для САД повышены, для ДАД в пределах нормы. Степень ночного снижения для САД и ДАД: с повышенной степенью снижения (hyper-Dipper). Среднее суточное значение пульсового АД повышено. Обращает на себя внимание однократное повышение АД до 229/116 мм РТ ст. при ЧСС 100 уд/мин в 18:00 во время эмоциональной нагрузки длительностью 1,5 часа, жалобы на ощущение «прилива крови к лицу», сердцебиение, ощущение внутренней дрожи. Зарегистрирован эпизод повышения АД в ночное время при пробуждении (посещение туалета) до 162/92 мм РТ ст. при ЧСС 92 уд/мин длительностью 1 час.

Все пациенты получали базисную терапию, соответствующей разработанным протоколам, а также направлялись на обучение в «Школу артериальной гипертонии» (ШАГ). Основными принципами работы (ШАГ) мы считали: комплексность, дифференцированность, последовательность, индивидуализацию, этапность, грамотный подбор антигипертензивных препаратов, оказание больным психо-социальной помощи. [3,4]

Свои рекомендации врач индивидуализировал исходя из конкретной клинической ситуации, социальных и семейных особенностей пациента. При этом пациент имел возможность высказаться, поговорить откровенно, рассказать о том, что беспокоит и тревожит его. Кроме того, на приеме у врача пациенты получали информацию об АГ и ее лечению, как в устной, так и письменной форме.

На занятиях проводились как групповое, так и индивидуальное консультирование. В психологическом консультировании большое внимание уделялось состоянию психологического комфорта и сохранению психического здоровья, а также повышению личной ответственности пациентов за ход их собственной жизни. Кроме того, нужно было также показать больному положительные перспективы, вселить в пациента веру в благоприятный исход и выздоровление, а также осознать и изменить малоэффективные модели поведения, для того, чтобы принимать важные решения, разрешать возникающие проблемы, достигать поставленных целей, жить в гармонии с собой и окружающим миром. Консультирование позволило установить фактор доверия терапевтической стратегии лечащего врача, достижению взаимопонимания и готовности пациента строго соблюдать назначения и неукоснительно следовать его рекомендациям.

Основной принцип лечения больных гипертонической болезнью заключался в последовательном использовании препаратов основных групп: диуретиков, бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, вазодилататоров и ингибиторов АПФ, афабазола**.** Монотерапия этими препаратами в эффективных дозах имеет несомненное преимущество перед комбинированной терапией, поскольку дает меньше побочных явлений, связанных с взаимодействием двух или трех лекарств, оказывает меньшее неблагоприятное воздействие на сердечно-сосудистую систему и метаболический профиль

Эффективность гипотензивной терапии выявлена у пациентов II и III групп. Они проявляли лучшую приверженность к лечению (комплаентность) и соблюдению рекомендаций и нормализации образа жизни.

Следует отметить, что пациенты II и III группы достоверно чаще: регулярно посещали врача (87,5 %); принимали лекарственные средства базисной терапии (80,0 %); проводили курсы сосудистой терапии (75,0 %).

Оценка эффективности и переносимости терапии проводилась через 7 дней, затем после 4 и 12 недель. После 12 - недельной соматотропной терапии у 57 пациентов (47,5 %) наблюдалась положительная динамика в соматическом состоянии, но изменения большинства изученных показателей не были достоверными. «Хорошее» улучшение психического состояния по результатам психометрического тестирования наблюдали у 37 (30,8 %) пациентов, у 26 (21,6%) пациентов эффективность соматотропной терапии была «удовлетворительной».

Кроме того, 60 % по результатам лечения и обучения в ШАГ отмечено увеличение числа больных, положительно ответивших на вопросы теста Мориска-Грина. Таблица 1.

Таблица 1

Динамика числа больных с положительным ответом на вопросы теста

Мориски–Грина

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | показатели | II гр (n=46) | | III гр (n=30) | |
| да | нет | да | нет |
|  | Забывали ли Вы когда-либо принять назначенные доктором лекарственные препараты? (нет/да). | 12 | 34 | 3 | 27 |
|  | Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да) | 6 | 40 | 2 | 28 |
|  | Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да) | 10 | 36 | 4 | 26 |
|  | Если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?  (нет/да) | 12 | 34 | 5 | 25 |

Анализ данных таблицы показывают, что процент пациентов, постоянно принимающих антигипертензивные препараты, составил 85,9 % II группы и 93,3 % III группы. По всей вероятности в реальности эти цифры могут быть значительно ниже, так как на прямой вопрос о том, принимают ли пациенты лекарственные препараты, согласно рекомендациям врача, только 60 %ответили положительно, что значительно расходится с данными теста. На наш взгляд, это связано с тем, что пациенты хотят выглядеть более приверженными в глазах врача. Причины таких различий были забывчивость 12 (26,0 %) II группы и 3 (10,0 %) III группы. А также, снижение уровня АД, когда пациенты самостоятельно отменяли или нерегулярно принимали препараты соответственно 10 (21,7 %) и 4 (13,3 %), некоторые прекращали начатый курс из-за боязни развития побочных эффектов таких было 2 (4,3 %) во второй группе и 1 (3,3 %) в третьей. Кроме того, только 12 (26,0 %) и 5 (16,6 %) пациентов пропускали время их приема.

После обучения в ШАГ мы наблюдали достоверное повышение знаний у больных о факторах риска АГ. Доказано, что 83 % пациентов II группы и 91,1 % III гр. правильно перечислили свои факторы риска, описали способы их устранения (р=0,0001). Результаты наблюдений показали, что 80 % пациентов в обеих исследуемых группах знали нормальное и свое целевое АД, имели дома тонометр и умели измерять АД. Установлена высокая приверженность пациентов к гипотензивной терапии, 82,5 % знали способы профилактики, купирования и самопомощи при ГК.

Таким образом, беседы, консультации, обучение в «Школе гипертонии», а также соблюдение пациентами рекомендаций по определению кровяного давления, ограничению в рационе соли, снижению избыточной массы тела, повышению двигательной активности, отказу от курения и других вредных привычек уже через 15 дней приводит к снижению артериального давления у пациентов, улучшению качества жизни.

Литература

1. Бурсиков А.В., Тетерин Ю.С., Петрова О.В. Типы отношения к болезни, качество и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни // Клиническая медицина. – 2007. - № 8. – С. 44-46.

2. Ведение пациентов с артериальной гипертонией на амбулаторно-поликлиническом этапе / С.Ю. Штарик, Г.А. Киричкова, М.М. Петрова, Н.П. Гарганеева // Кардиоваскулярнвя терапия и профилактика – 2006. – Т.5. - № 6. – С. 433-434.

3. Каскаева Д. С. Оптимизация лечения больных артериальной гипертензией высокого сердечно-сосудистого риска в амбулаторно-поликлинических условиях: автореф. дис. канд. мед. наук. – Красноярск, 2009, - 25 с.

4. Крюков Н. Н. Организация медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в условиях городской поликлиники / Н.Н.Крюков и др. // Здравоохранение. 2004. № 1. – С. 49-55.