



А. В. Ягенський, М. М. Павелко

Комунальне підприємство «Медичне об'єднання
Луцької міської територіальної громади»

Прихильність до лікування та чинники, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда

Вступ. Лікування артеріальної гіпертензії (АГ) становить значну проблему як для пацієнтів, так і для медичних працівників. Адекватний контроль артеріального тиску (АТ) важливий для зниження показників захворюваності і смертності. Декілька досліджень продемонстрували вплив антигіпертензивних лікарських засобів на поліпшення клінічних результатів [3, 6, 13]. Прихильність до антигіпертензивних лікарських засобів є одним із найважливіших чинників, що впливають на результати лікування АГ з погляду якості життя й ускладнень [12]. Порушення комплаєнсу до лікування виявляється у неоптимальному контролі АТ, що може призвести до серцево-судинних подій, смертності і зростання витрат на охорону здоров'я [17]. У звіті ВООЗ зазначено, що порушення прихильності до лікування є найважливішою причиною неконтрольованого АТ і що 52,0–74,0 % пацієнтів із високим АТ не вживають антигіпертензивні лікарські засоби, як це призначено [30]. Відсутність прихильності до лікування у пацієнтів із АГ вважають однією з основних причин відсутності досягнення контролю АТ [30].

Проведено численні дослідження у всьому світі для вивчення прихильності до антигіпертензивного лікування та чинників, що впливають на неї [4, 9, 22, 26]. Однак існують відмінності у показниках відсутності комплаєнсу в різних країнах, імовірно, через розбіжності у визначенні прихильності чи неприхильності у дизайнах проведених досліджень.

Щодо соціально-демографічних чинників у дослідженні R. Vader et al. [11] показано, що чоловікам притаманне більш виражене порушення прихильності до антигіпертензивного лікування, ніж жінкам, що підтверджується результатами інших досліджень [21, 29]. Натомість E. Holt et al. [18] не виявили гендерних відмінностей за цим показником, а N. Shah

et al. [31], навпаки, показали більш виражене порушення комплаєнсу у жінок. У декількох дослідженнях зареєстровано гірші показники прихильності у пацієнтів старшого віку [21, 23], хоча в інших дослідженнях такої закономірності не виявлено [11]. Ще одним соціально-демографічним чинником, що впливає на прихильність до лікування, називають кількість дітей (двоє і більше) [11], що можна пояснити страхом відповідальності або більшими сімейними витратами.

Виокремлено групу чинників, що асоційовані із захворюванням або лікарськими засобами. S. Panjabi et al. [28] з'ясували, що більша кількість повторних шпиталізацій асоціюється з гіршою прихильністю, що підтверджено також у дослідженнях [11, 19]. J. Erkens et al. [14] зареєстрували частіші порушення комплаєнсу у пацієнтів із коморбідними станами на противагу ізольованій АГ, що фіксували й у дослідженні [31]. Деякі автори [19, 28] спостерігали чітку залежність між порушенням прихильності і вживанням більш ніж одного антигіпертензивного лікарського засобу, хоча N. Natarajan et al. [25] довели протилежне. Інша група досліджень показала вплив відсутності побічних ефектів антигіпертензивних лікарських засобів на поліпшення комплаєнсу [1, 27, 33]. J. Gascon et al. зазначили, що вживання рослинних гіпотензивних лікарських засобів також погіршує прихильність до антигіпертензивного лікування [15]. Ще один предиктор порушення комплаєнсу – вартість лікування [16].

Щодо чинників, що залежали безпосередньо від пацієнта, у деяких дослідженнях виявлено чіткий вплив родинної підтримки на прихильність до лікування [7, 20, 29]. Багато авторів фіксували більшу прихильність у пацієнтів, що знали назви отримуваних антигіпертензивних лікарських засобів, на від-

міну від тих, що пам'ятали лише форму чи колір таблеток [5, 7, 29, 33]. В. Zedler et al. показали ліпший комплаєнс у осіб, що використовували щоденник антигіпертензивного лікування [34].

У групі предикторів, залежних від особливостей системи охорони здоров'я, дослідники виокремлювали регулярність візитів спостереження [8, 24] та повноцінне навчання пацієнта щодо його хвороби та методів лікування [2, 5, 10]. G. Vincze et al. зауважили, що частота заміни антигіпертензивних засобів безпосередньо впливає на погіршення прихильності пацієнта до лікування [32].

У доступних нам літературних джерелах не вдалося знайти інформацію щодо прихильності до лікування АГ у пацієнтів у віддалений період після перенесеного ІМ. Тому наше дослідження мало на меті саме вивчення цієї проблеми в осіб найвищого серцево-судинного ризику.

Мета дослідження. Оцінити прихильність до лікування та чинники, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали й методи дослідження. На *першому етапі* дослідження за результатами опрацювання інформації з архівної медичної документації відібрано історії хвороби 894 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в Луцькій міській клінічній лікарні у 2007–2012 рр. із остаточним діагнозом «гострий інфаркт міокарда». Для аналізу якості вторинної профілактики створено репрезентативну вибірку з 350 пацієнтів, рандомізованих із урахуванням пропорційного розподілу в популяції за віком (до 65 років, 65 років і більше) і статтю.

На *другому етапі* відібраним пацієнтам надано інформацію щодо дослідження і згідно з принципами Гельсінкської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину, відповідними законами України та міжнародними актами й запропоновано підписати інформовану згоду на участь у дослідженні. Таку згоду дали 265 пацієнтів.

На *третьому етапі* всіх 265 пацієнтів обстежили в домашніх умовах спеціально підготовлені медичні сестри. Обстеження включало вимірювання зросту, маси тіла, обводу талії, АТ, а також анкетування. Вимірювання АТ й ЧСС проводили автоматичними тонометрами OMRON M5-1 (Японія). Після п'ятихвилинного відпочинку в положенні сидячи на обох руках тричі з інтервалом 2 хв із використанням стандартних манжет або манжет завдовжки 42,0 см у людей із обводом плеча понад 32,0 см відповідно до «Оновленої та адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах щодо артеріальної гіпертензії» від 2012 р., фіксували всі вимірювання, після чого визначали середній показник систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ), пульсового АТ (ПАТ) і ЧСС за результатами другого і третього вимірювань на руці з зафіксованим вищим АТ.

Діагноз АГ ставили, якщо під час обстеження в домашніх умовах середній САТ і/або ДАТ ≥ 140 мм

рт. ст. і/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст. За нижчих показників АТ АГ діагностували лише в тому випадку, якщо пацієнт давав позитивну відповідь на запитання анкети «Чи є у Вас артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба)?», стверджував, що вживає антигіпертензивні лікарські засоби, і міг продемонструвати їх інтерв'юєрові.

Таким чином, за результатами обстеження АГ виявлено у 180 пацієнтів (69,1 % усіх пацієнтів після ІМ, що підписали інформовану згоду). Серед них 125 (69,4 %) чоловіків і 55 (30,6 %) жінок. Середній вік $65,4 \pm 9,4$ року. Середній час від перенесеного ІМ до включення у дослідження $2,3 \pm 1,9$ року.

Анкетування проводили в домашніх умовах за допомогою анкети, розробленої авторами. З повною версією анкети можна ознайомитись за посиланням http://nauka.meduniv.lviv.ua/wp-content/uploads/disertatsiya_pavelko.pdf (Додаток Е). Анкета включала інформацію щодо демографічних і соціально-економічних показників, а також питання, що стосувались чинників ризику (ЧР) серцево-судинних хвороб (ССХ), супутніх недуг, знань щодо заходів профілактики та лікування ССХ, лікування, яке отримує пацієнт, особливостей контролю власного здоров'я та лікарського нагляду після перенесеної ішемічної події.

У дослідженні аналізували відповіді на такі запитання анкети:

1. Коли Ви вимірювали артеріальний тиск востаннє?
2. Чи перебуваєте Ви під регулярним спостереженням лікаря з приводу перенесеного інфаркту/інсульту?
3. Коли Ви відвідували лікаря (або лікар відвідував Вас) востаннє з приводу хвороби серця чи мозку?
4. Чи є у Вас артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба)?
5. Де Ви зазвичай вимірюєте свій артеріальний тиск?
6. Чи вживаєте Ви всі лікарські засоби, які призначив Вам лікар?
7. Які лікарські засоби Ви вживаєте щоденно чи майже щоденно?
8. Чи забуваєте Ви інколи прийняти призначені Вашим лікарем лікарські засоби?
9. Як часто Ви припиняли вживати лікарські засоби на термін понад тиждень після діагностованого у Вас інфаркту чи інсульту?

Крім цього, під час анкетування пацієнтам ставили запитання щодо прихильності до лікарських засобів, які вони вживають щоденно, і просили їх продемонструвати. Якщо пацієнт стверджував, що вживає лікарські засоби, але не міг їх продемонструвати, вважали, що він їх не вживає. Прихильність до лікування АГ та його якість у нашому дослідженні оцінювали, аналізуючи результати анкетування і вимірювання АТ.

За результатами оцінювання стану лікування АГ пацієнтів поділили на три групи: контрольну, з неефективним лікуванням та без лікування АГ. Контрольованою вважали АГ, за якої САТ і ДАТ становив відповідно < 140 і < 90 мм рт. ст. і пацієнт запевняв,

що вживає антигіпертензивні лікарські засоби та міг продемонструвати їх наявність інтерв'юерам. Не ефектним вважали лікування АГ, якщо САТ ≥ 140 мм рт. ст. і/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст., а пацієнт стверджував, що регулярно вживає антигіпертензивні лікарські засоби, називав їх і міг продемонструвати їх наявність. Якщо хворий на АГ повідомляв, що не вживає антигіпертензивних лікарських засобів, і/або не міг показати їх інтерв'юерам, вважали, що лікування не було.

Статистичну обробку отриманого матеріалу здійснювали з використанням статистичної програми STATISTICA for Windows 12.5. Результати наведено як середнє значення \pm стандартне відхилення ($M \pm \sigma$). За нормального розподілу кількісних змінних для порівняння двох груп застосовували t-тест Стюдента для незалежних вибірок. Під час порівняння трьох груп достовірність різниці між ними визначали за допомогою дисперсійного аналізу. Для порівняння якісних характеристик (таблиці частот) застосовували критерій χ^2 і точний критерій Р. Фішера. Величини з $p < 0,05$ оцінювали як достовірні. Як мінімальний поріг вірогідності брали значення $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Як бачимо з рис. 1, зі 180 хворих на АГ у віддалений період після перенесеного ІМ лише 47 (26,3 %) досягли цільових значень АТ, 109 (60,4 %) пацієнтів регулярно лікувалися, однак АТ у них перевищував цільові значення, решта 24 пацієнти (13,3 %) не отримували жодного антигіпертензивного лікарського засобу.

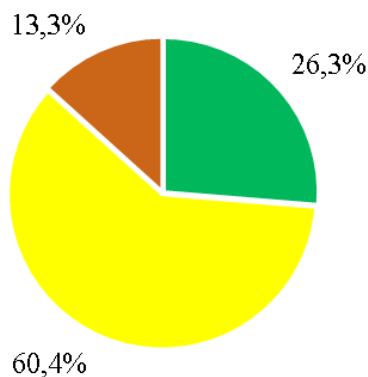


Рис. 1. Стан лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів після інфаркту міокарда.

Порівняльну характеристику пацієнтів за групами наведено в табл. 1. Не виявлено відмінностей у гендерному розподілі між групами. Пацієнти, які не лікувалися, були трохи старші, ніж пацієнти інших груп, але дисперсійний аналіз не виявив статистично значущої різниці. Час від перенесеного ІМ до участі в дослідженні також був майже однаковий між групами ($p = 0,99$). Середні значення АТ суттєво відрізнялись між групами і були найвищими у пацієнтів, які не вживали жодного антигіпертензивного лікарського засобу. Зазначмо, що показник САТ у групі з неефек-

тивним лікуванням АГ істотно перевищував рекомендовані цільові значення. Не виявлено достовірної різниці між групами за ЧСС.

Таблиця 1

Показники пацієнтів після інфаркту міокарда залежно від стану контролю артеріальної гіпертензії

Показники	Контрольована АГ (n = 47)	Неефективне лікування АГ (n = 109)	Без лікування АГ (n = 24)	p
Чоловіки, %	68,1	68,8	70,8	0,97
Вік, роки	64,6 \pm 10,9	65,0 \pm 8,8	68,8 \pm 9,1	0,17
Час від перенесеного ІМ до огляду, роки	2,2 \pm 1,6	2,2 \pm 1,6	2,2 \pm 1,8	0,99
САТ, мм рт. ст.	124,9 \pm 12,9	155,5 \pm 17,1	160,7 \pm 22,8	0,00001
ДАТ, мм рт. ст.	77,7 \pm 7,8	90,7 \pm 10,7	90,9 \pm 13,1	0,00001
ПАТ, мм рт. ст.	47,2 \pm 9,1	64,8 \pm 16,0	69,9 \pm 19,9	0,00001
ЧСС, уд./хв	67,8 \pm 12,2	67,7 \pm 10,6	71,5 \pm 13,1	0,33

Примітка. Різницю оцінювали між трьома групами за дисперсійним аналізом.

За результатами анкетування, більшість пацієнтів вимірювали АТ упродовж останніх двох днів – 68,1 %, останній тиждень – 18,1 %, останній місяць – 6,7 %, останні три місяці – 3,1 % та упродовж останнього року – 3,9 %. 97,7 % хворих на ЦД відповідали, що визначали вміст глюкози у крові упродовж останнього року (32,6 % – останній тиждень, 23,3 % – останній місяць, 30,2 % – останні три місяці, 11,6 % – від трьох місяців до року). Трохи менше хворих здавали аналіз крові на загальний холестерол (ЗХС) – 61,7 %. Таким чином, більшість пацієнтів регулярно контролювали стан свого здоров'я, утім майже третина (31,9 %) пацієнтів після ІМ не стежили за показниками АТ.

Для з'ясування імовірних причин відсутності лікування АГ чи недостатньої його ефективності оцінювали якість лікарського спостереження і ставлення до власного здоров'я у трьох групах (табл. 2).

Таблиця 2

Лікарське спостереження і частота вимірювання артеріального тиску в домашніх умовах у пацієнтів із артеріальною гіпертензією після інфаркту міокарда (n; %; p)

Показники	Контрольована АГ (n = 47)	Неефективне лікування АГ (n = 109)	Без лікування АГ (n = 24)	p
1	2	3	4	5
Спостереження у кардіолога, %	70,3	77,7	31,6	0,004

Закінчення табл. 2

1	2	3	4	5
Спостереження у терапевта, %	23,4	17,1	22,7	0,61
Не спостерігаються у лікарів, %	18,9	16,5	52,6	0,004
Візит до лікаря в останні три місяці, %	66,0	69,5	45,5	0,09
Візит до лікаря в останні шість місяців, %	93,6	83,8	54,6	0,0002
Останній візит до лікаря >1 року, %	4,3	9,5	31,8	0,002
Вимірювання АТ вдома, %	92,5	89,5	81,8	0,47
Вимірювання АТ упродовж останніх двох днів, %	84,8	71,0	50,0	0,01
Вимірювання АТ упродовж останнього тижня, %	95,7	88,8	72,7	0,02
Антигіпертензивні лікарські засоби, кількість	2,1 ± 1,0	2,1 ± 0,9	0,0 ± 0,0	0,00001

Примітка. Різницю оцінювали між трьома групами за дисперсійним аналізом.

Як бачимо з табл. 2, більше половини пацієнтів із АГ після ІМ, які не вживали антигіпертензивні лікарські засоби, не спостерігались у жодного фахівця, а близько третини не відвідували лікаря понад рік. У групі з відсутністю лікування АГ було 54,6 % пацієнтів, що мали візити до лікаря в останні шість місяців, і тих, які відповіли в анкеті, що не спостерігались у лікарів (52,6 %). Це могло бути зумовлене спонтанними візитами до лікарів із причин, що не стосувалися вторинної серцево-судинної профілактики. Особливо велика різниця між цією групою та двома іншими зареєстрована в частоті спостереження у кардіолога – 31,6 % проти понад 70,0 % у пацієнтів, які лікували АГ. За частотою спостереження у сімейного лікаря/терапевта групи не відрізнялись.

Стан контролю артеріальної гіпертензії залежно від терміну останнього відвідування лікаря показано на рис. 2. Зареєстровано меншу відносну кількість пацієнтів, що не вживали антигіпертензивних лікарських засобів, у групі тих, що впродовж останніх 6 місяців відвідували лікарів (8,3 % проти 27,3 % (6–12 місяців і 36,8 %, понад 12 місяців), $p = 0,002$) відповідно. У цій групі спостерігали більшу частку пацієнтів із контро-

льованою АГ (30,6 % проти 9,1 і 10,5 %, $p = 0,033$). Найбільшою була група пацієнтів із неефективним лікуванням АГ (61,1; 63,6 і 52,6 % відповідно, $p = 0,84$).

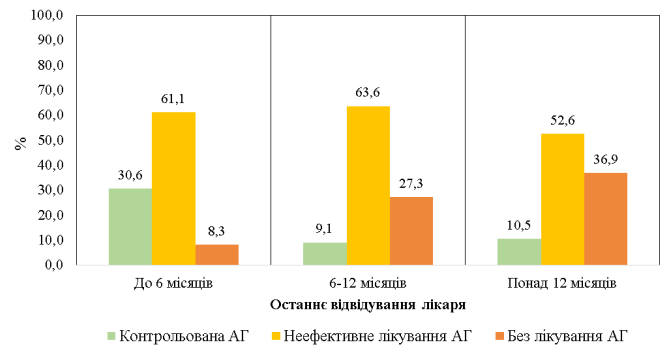


Рис. 2. Контроль артеріальної гіпертензії залежно від терміну останнього відвідування лікаря.

Отже, пацієнти з АГ, які не вживають антигіпертензивних лікарських засобів, істотно відрізняються від пацієнтів, які лікують АГ, передусім ставленням до власного здоров'я, що виявляється у значно меншій частоті відвідування лікарів, рідшому ($p < 0,05$) вимірюванні АТ в домашніх умовах. Імовірно, таке ставлення частково зумовлюється недостатнім розумінням потреби лікування. Так, лише 20,0 % пацієнтів цієї групи на запитання в анкеті «Яким має бути лікування після ІМ (пожиттєвим, тимчасовим, курсами)?» відповіли, що лікування після ІМ має бути пожиттєвим, тоді як у групі з неефективним лікуванням АГ таких було 51,1 %, а в групі контрольованої АГ – 56,8 %.

Інакше виглядає ситуація з пацієнтами, які регулярно вживають лікарські засоби, але не досягли на час огляду цільових значень АТ (група з неефективним лікуванням АГ). Вони майже не відрізняються за показниками спостереження у лікаря від пацієнтів із контрольованою АГ, трохи частіше, ніж пацієнти з контрольованою АГ, спостерігались у кардіолога й відвідували лікаря упродовж останніх трьох місяців, вимірювали АТ вдома, хоча й рідше. Крім цього, як ми вже зазначали, кількість пацієнтів, які знають, що лікування має бути пожиттєвим, істотно не відрізнялась. Суттєвої різниці між пацієнтами з контрольованою АГ і тими, що лікуються неефективно, не було і за знанням щодо цільових значень АТ. Частка тих, хто знав, що САТ не має перевищувати 140 мм рт. ст., сягала понад 75,0 %. Отже, низьку частоту досягнення цільових значень АТ не можна пояснити необізнаністю пацієнтів.

Очевидно, що відсутність ефективного лікування АГ частково зумовлена браком уваги й активності лікарів для досягнення цільових значень АТ. Остання теза підтверджується тим, що кількість антигіпертензивних лікарських засобів, які вживають пацієнти з АГ, не відрізняється між групами з контрольованою АГ та з неефективним лікуванням АГ – відповідно $2,1 \pm 1,0$ і $1,8 \pm 1,0$ ($p = 0,15$).

Медикаментозне лікування оцінювали за відповідями на питання анкети: «Які лікарські засоби Ви вживаєте щоденно чи майже щоденно?» Під час анкетування пацієнт вказував торгову назву та добову дозу лікарського засобу. Усі лікарські засоби були об'єднані в загальноприйнятні групи: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ)/блокатори рецепторів ангіотензину (БРА), β -блокатори (ББ), блокатори кальцієвих каналів (БКК) і діуретики та інші – для лікування і профілактики серцево-судинних хвороб. Із 24 пацієнтів, які не вживали антигіпертензивних лікарських засобів, 8 не отримували жодного, 13 – ацетилсаліцилову кислоту (АСК), 1 – для лікування ЦД, 1 – клопідогрель. Жоден пацієнт цієї підгрупи не вживав статини. Отже, пацієнти, які не лікують АГ, значно рідше вживають потрібні для вторинної профілактики лікарські засоби.

Найчастіше пацієнти після ІМ використовували антитромбоцитарні ліки (80,3 %), ББ (71,1 %), іАПФ (49,8 %) і статини (45,4 %). Інші серцево-судинні лікарські засоби застосовували рідше (рис. 3).

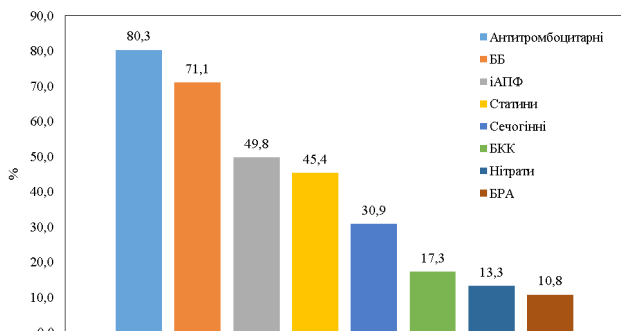


Рис. 3. Використання серцево-судинних лікарських засобів пацієнтами після інфаркту міокарда.

Порівняння груп із контрольованою АГ та неефективним лікуванням АГ виявило низку закономірностей. По-перше, не було жодної різниці у кількості

антигіпертензивних лікарських засобів (див. табл. 2). Звідси можна зробити висновок, що пацієнти, які не досягали цільових значень, мали тяжчу АГ і відповідно потребували призначення більшої кількості лікарських засобів, які їм не призначали або які вони відмовлялися вживати. Лише 6 зі 109 пацієнтів (5,5 %) цієї групи отримували всі чотири лікарські засоби першого ряду (іАПФ/БРА, ББ, БКК та діуретики), по три вживали 26 пацієнтів (23,9 %), по два – 45 (41,3 %), по одному – 32 (29,3 %). Тобто третина пацієнтів, які не досягали цільових значень АГ, отримували монотерапію у супереч усім рекомендаціям щодо лікування АГ. Отже, неефективне лікування АГ у пацієнтів після ІМ частково можна пояснити не досить активним призначенням комбінованого антигіпертензивного лікування.

Висновки. Лише у 26,3 % пацієнтів із артеріальною гіпертензією у віддалений період після інфаркту міокарда артеріальний тиск був у межах цільових значень. 13,3 % пацієнтів не вживали антигіпертензивні лікарські засоби, 60,4 % пацієнтів із артеріальною гіпертензією лікувались, але не досягали цільових значень артеріального тиску. Недостатній контроль артеріальної гіпертензії у поєднанні з низькою частотою вживання АСК (69,9 %) і статинів (45,4 %) свідчить про недостатність вторинної профілактики у віддалений період після інфаркту міокарда. Відсутність лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів після інфаркту міокарда спричинена передовсім суб'єктивним чинником – ставленням пацієнтів до власного здоров'я, тоді як неефективність лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів, які отримували антигіпертензивні лікарські засоби, але не досягали цільових значень артеріального тиску, очевидно, зумовлена не досить активною тактикою антигіпертензивного лікування за тяжчого перебігу артеріальної гіпертензії.

Список літератури

1. Бойцов СА, Баланова ЮА, Шальнова СА и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования эссе. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(4):4–14 (Boitsov SA, Balanova SA, Shalnova SA et al. Arterial hypertension among people aged 25-64: prevalence, awareness, treatment and control. According to the research essay. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014;13(4):4-14) (Russian)
2. Ісаєва ГС, Резнік ЛА, Вовченко ММ та ін. Вплив групового та індивідуального навчання пацієнтів на ефективність контролю факторів серцево-судинного ризику. Український кардіологічний журнал. 2019;26(1):61–71 (Isayeva GS, Reznik LA, Vovchenko MM et al. Influence of group and individual training of patients on the effectiveness of control of cardiovascular risk factors. Ukrainian Cardiological Journal. 2019;26(1):61-71) (Ukrainian) <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2019.1.6171>
3. Коваль ОА. Інтенсифікація антигіпертензивної терапії у хворих із неконтрольованою артеріальною гіпертензією та надлишковою масою тіла/ожирінням (за даними українського дослідження SATISFACTION). Український кардіологічний журнал. 2020;27(5):34–50 (Koval OA. Intensification of antihypertensive therapy in patients with uncontrolled hypertension and overweight/obesity (according to the Ukrainian study SATISFACTION). Ukrainian Cardiological Journal. 2020;27(5):34-50) (Ukrainian) <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2020.5.3450>
4. Коваль СМ. Проблеми класифікації і діагностики артеріальної гіпертензії та стратифікації ризику розвитку її ускладнень у світлі Європейських рекомендацій 2018 року (коментар до рекомендацій). Артеріальна гіпертензія. 2019;1(63):26–34 (Koval SM. Problems of classification and diagnosis of hypertension and stratification of the risk of its complications in the light of the European recommendations for 2018 (commentary to the recommendations). Hypertension. 2019;1(63):26-34) (Ukrainian)

5. Лутай МІ, Голікова ІІ. Ефективність лікування пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця та супутньою артеріальною гіпертензією: результати багатоцентрового дослідження ПРЕСТОЛ. Український кардіологічний журнал. 2019;26(1):19–30 (Lutai MI, Holikova IP. Efficacy of treatment of patients with stable coronary heart disease and concomitant hypertension: the results of a multicenter study PRESTOL. Ukrainian Cardiological Journal. 2019;26(1):19-30) (Ukrainian) <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2019.1.1930>
6. Лутай МІ, Лисенко ГФ, Голікова ІІ та ін. ТРИУМФ-3: антигіпертензивна терапія в Україні – оптимізація артеріального тиску у фокусі. Використання потрібної фіксованої комбінації антигіпертензивних засобів у практиці сімейного лікаря. Український кардіологічний журнал. 2020;27(3):9–24 (Lutai MI, Lysenko HF, Holikova IP et al. TRIUMPH-3: antihypertensive therapy in Ukraine - optimization of blood pressure in focus. The use of a triple fixed combination of antihypertensive drugs in the practice of family medicine. Ukrainian Cardiological Journal. 2020;27(3):9-24) (Ukrainian) <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2020.3.924>
7. Міщенко ЛА. Фактори ризику та соціально-економічний статус пацієнтів з уперше виявленою артеріальною гіпертензією: результати дослідження СТАРТ ІІ. Український кардіологічний журнал. 2019;25(6):47–58 (Mishchenko LA. Risk factors and socioeconomic status of patients with newly diagnosed hypertension: the results of the START II study. Ukrainian Cardiological Journal. 2019;25(6):47-58) (Ukrainian) <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2018.6.4758>
8. Слащева ТГ, Радченко ГД, Сіренко ЮМ та ін. Чинники, що асоціюються зі зміною прихильності пацієнта до антигіпертензивного лікування. Український кардіологічний журнал. 2017;5:29–39 (Slashcheva TH, Radchenko HD, Sirenko UM et al. Factors associated with changes in the patient's adherence to antihypertensive treatment. Ukrainian Cardiological Journal. 2017;5:29-39) (Ukrainian)
9. Хафизова ЛШ, Хамидуллаева ГА. Эффективная длительная многокомпонентная антигипертензивная терапия в достижении целевого АД у больных резистентной артериальной гипертензией. Артеріальна гіпертензія. 2018;4(60):5–11 (Hafizova LS, Khamidullaeva GA. Effective long-term multicomponent antihypertensive therapy in achieving the target blood pressure in patients with resistant hypertension. Hypertension. 2018;4(60):5-11) (Russian)
10. Alhalaiqa F, Deane K, Gray R. Hypertensive patients' experience with adherence therapy for enhancing medication compliance: a qualitative exploration. J Clin Nurs. 2013;22(13-14):2039-2052. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04321.x>
11. Bader RJK, Koprulu F, Hassan NAGM, Ali AAA, Elnour AA. Predictors of adherence to antihypertensive medication in northern United Arab Emirates. EMHJ. 2015;21(5):309-318. <https://doi.org/10.26719/2015.21.5.309>
12. Black H, Elliott W, Neaton J et al. Baseline characteristics and early blood pressure control in the CONVINCe trial. Hypertension. 2001;37(1):12-18. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.37.1.12>
13. Chobanian A, Bakris G, Black H et al. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003;42(6):1206-1252. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>
14. Erkens J, Panneman M, Klungel O et al. Differences in antihypertensive drug persistence associated with drug class and gender: a PHARMO study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2005;14(11):795-803. <https://doi.org/10.1002/pds.1156>
15. Gascón J, Sánchez-Ortuño M, Llor B et al. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. Family Practice. 2004;21(2):125-130. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh202>
16. Hashmi S, Afridi M, Abbas K et al. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in Pakistan. PLoS One. 2007;2(3):e280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000280>
17. Haynes R, Ackloo E, Sahota N et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;2:CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub3>
18. Holt E, Joyce C, Dornelles A et al. Sex differences in barriers to antihypertensive medication adherence: findings from the cohort study of medication adherence among older adults. J Am Geriatr Soc. 2013;61(4):558-564. <https://doi.org/10.1111/jgs.12171>
19. Hsu C, Wang T. Secular trends in prescription patterns of single-pill combinations of an angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin receptor blocker plus a thiazide diuretic for hypertensive patients in Taiwan. Acta Cardiol Sin. 2013;29(1):49-55.
20. Huang S, Chen Y, Zhou J et al. Use of family member-based supervision in the management of patients with hypertension in rural China. Patient Prefer Adherence. 2014;8:1035-1042. <https://doi.org/10.2147/PPA.S66777>
21. Hyre A, Krousel-Wood M, Muntner P et al. Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2007;9(3):179-186. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2007.06372.x>
22. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. Curr Opin Cardiol. 2004;19:357-362. <https://doi.org/10.1097/01.hco.0000126978.03828.9e>
23. Lee G, Wang H, Liu K et al. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. PLoS One. 2013;8(4):e62775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>
24. Martin K, Roter D, Beach M et al. Physician communication behaviors and trust among black and white patients with hypertension. Med Care. 2013;51(2):151-157. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827632a2>
25. Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K et al. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. Can Fam Physician. 2013;59(2):e93-100.

26. Nelson M, Reid C, Ryan P et al. Self-reported adherence with medication and cardiovascular disease outcomes in the Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2). *Med J Aust.* 2006;185:487-489. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00662.x>
27. Okoro R, Ngong C. Assessment of patient's antihypertensive medication adherence level in non-comorbid hypertension in a tertiary hospital in Nigeria. *Int J Pharma Bio Sci.* 2012;3(2):47-54.
28. Panjabi S, Lacey M, Bancroft T et al. Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients. *J Am Soc Hypertens.* 2013;7(1):46-60. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2012.11.001>
29. Ramli A, Ahmad N, Paraidathathu T. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence.* 2012;6:613-622. <https://doi.org/10.2147/PPA.S34704>
30. Sabate E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: World Health Organization; 2003.
31. Shah N, Hirsch A, Zacker C et al. Predictors of first-fill adherence for patients with hypertension. *Am J Hypertens.* 2009;22(4):392-396. <https://doi.org/10.1038/ajh.2008.367>
32. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ.* 2008;336(7653):1114-1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.39553.670231.25>
33. Youssef R, Moubarak I. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. *East Mediterr Health J.* 2002;8(4-5):579-592. <https://doi.org/10.26719/2002.8.4-5.579>
34. Zedler B, Kakad P, Colilla S et al. Does packaging with a calendar feature improve adherence to self-administered medication for long-term use? A systematic review. *Clin Ther.* 2011;33(1):62-73. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.02.003>

Стаття надійшла до редакції журналу 08.02.2022 р.

Конфлікт інтересів

Автори цієї статті стверджують, що конфлікту інтересів немає.

Прихильність до лікування та чинники, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда

А. В. Ягенський, М. М. Павелко

Вступ. Прихильність до лікування артеріальної гіпертензії (АГ) після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) є недостатньо вивченою проблемою світової кардіології.

Мета. Оцінити прихильність до лікування та чинники, що впливають на неї, у пацієнтів із артеріальною гіпертензією у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали й методи. У дослідженні брали участь 265 пацієнтів після перенесеного ІМ (68,2 % чоловіків, середній вік $65,4 \pm 9,5$ року). Середній час від перенесеного ІМ до включення у дослідження становив $2,3 \pm 1,9$ року. Якість вторинної профілактики оцінювали за результатами анкетування, вимірювання антропометричних показників, артеріального тиску (АТ) і частоти серцевих скорочень (ЧСС), а також визначення показників ліпідного обміну, креатиніну та глюкози венозної крові.

Результати. Частота виявлення АГ у віддалений період після ІМ становить 69,1 %. Лише у 26,3 % пацієнтів із АГ у віддалений період після ІМ фіксували АТ у межах цільових значень. Чинниками, що асоціювалися із досягненням цільових значень АТ, були вік до 60 років (ВШ – 1,35; $p = 0,02$), візит до лікаря упродовж останніх шести місяців (ВШ – 1,82; $p = 0,002$), регулярне самостійне вимірювання АТ (ВШ – 1,63; $p = 0,01$). 13,3 % пацієнтів із АГ після ІМ не вживали антигіпертензивні лікарські засоби, 60,4 % пацієнтів із АГ лікувались, але не досягали цільових значень АТ.

Висновки. Для досягнення цільових показників артеріального тиску у пацієнтів із артеріальною гіпертензією після перенесеного інфаркту міокарда потрібно запровадити регулярне вимірювання артеріального тиску в домашніх умовах, використовувати комбіноване антигіпертензивне лікування; регулярно контролювати прихильність до лікування, вживання антитромбоцитарних, антигіпертензивних лікарських засобів і статинів. Пацієнтів, у яких артеріальна гіпертензія тяжко піддається контролю, має консультувати кардіолог щонайменше один раз на шість місяців.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, інфаркт міокарда, артеріальний тиск, чинники ризику, якість контролю артеріальної гіпертензії.

Adherence to Treatment and Factors Influencing the Quality of Treatment of Hypertension in Patients in the Long Term after Myocardial Infarction

A. Yagensky, M. Pavelko

Introduction. Adherence to the treatment of arterial hypertension (AH) after myocardial infarction (MI) remains an understudied problem in world cardiology.

The aim of the study. Assess adherence to treatment and the factors that affect it in patients with AH in the remote period after MI.

Materials and methods. The study included 265 patients after MI (68.2 % of men, mean age 65.4 ± 9.5 years). The mean time from MI to inclusion in the study was 2.3 ± 1.9 years. Assessment of the quality of secondary prevention was performed by analyzing the results of the questionnaire, measuring of anthropometric parameters, blood pressure (BP) and heart rate (HR), as well as determining lipid metabolism, creatinine and venous blood glucose.

Results. The frequency of detection of AH in the long period after MI is 69.1 %, regardless of gender, time of MI and its variant and increases in proportion to age. Only in 26.3 % of patients with hypertension in the remote period after MI BP was within the target values. Factors associated with achieving the target values of BP were age up to 60 years (OR - 1.35; $p = 0.02$), a visit to the doctor during the last 6 months (OR - 1.82; $p = 0.002$), regular independent blood pressure measurement (OR - 1.63; $p = 0.01$). 13.3 % of patients with AH after MI did not take antihypertensive drugs, the remaining 60.4 % of patients with AH were treated but did not reach the target BP. Among patients with AH after MI who did not take antihypertensive drugs, patients older than 60 years prevailed (83.3 % vs. 63.2 % of treated patients, $p = 0.05$). In addition, much less often these patients were under the supervision of a doctor - 47.4 % vs. 82.8 % ($p = 0.0005$), including a cardiologist (40.9 % vs. 75.0 %, $p = 0.001$), less visited a doctor for a year, had lower BP, and had poorer knowledge of post-MI treatment. In addition, none of them use statins. Patients with AH who received treatment but did not reach the target BP values received the same amount of antihypertensive drugs as patients with controlled AH - an average of 2.1 ± 1.0 and 2.1 ± 0.9 drugs, respectively. At the same time, 29.3 % of patients in the group of ineffectively treated AH received monotherapy. No differences were found between age, sex, basic clinical and social parameters, financial status, health knowledge, self-measurement of blood pressure, or frequency of physician visits.

Conclusions. To achieve the target BP levels in patients with AH after MI, it is necessary to: introduce regular measurement of home BP in all patients; use combination antihypertensive therapy, including, if necessary, with the use of three or more drugs; regularly monitor adherence to treatment, use of antiplatelet, antihypertensive drugs and statins. Patients with difficult-to-control AH should consult a cardiologist at least every 6 months.

Keywords: arterial hypertension, myocardial infarction, arterial pressure, risk factors, quality of arterial hypertension control.

Відомості про авторів

1. Ягенський Андрій Володимирович; КП «Медичне об'єднання Луцької міської територіальної громади», Волинський обласний центр кардіоваскулярної патології (45024, м. Луцьк, пр. Відродження, 13; +38(033)225-21-48); завідувач, доктор медичних наук, професор; +38(050)378-08-28; ayagensky@gmail.com
2. Павелко Михайло Михайлович; КП «Медичне об'єднання Луцької міської територіальної громади», Волинський обласний центр кардіоваскулярної патології, відділення кардіології (45024, м. Луцьк, пр. Відродження, 13; +38(033)225-11-28); кандидат медичних наук; +38(095)022-19-75, misha_pavelkoua@ukr.net