

Изучение приверженности больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией к достижению целевых уровней артериального давления и пути ее пов

И. Н. Репинская, Т. В. Огир, Е. М. Доля, Г. Н. Кошукова, Е. Н. Примышева, Д. В. Шадуро, Б. Г. Чолах

На сегодняшний день численность больных сахарным диабетом (СД) и прежде всего СД 2 типа увеличивается со скоростью, опережающей прогнозы экспертов Международной диабетической ассоциации (International Diabetes Federation, IDF). За последние 10 лет (с 2004 по 2014 г.) количество больных увеличилось вдвое: со 194 до 387 млн человек. Согласно последним прогнозам IDF в 2040 г. СД будет болеть 642 млн человек, т. е. каждый 10-й житель планеты. Опасность в том, что больше половины больных не знают о своем диагнозе, а следовательно, не получают лечение [1]. По данным экспертов ВОЗ при длительности заболевания СД более 20 лет 10% больных становятся нетрудоспособными из-за нарушения зрения, 50% — погибают вследствие хронической почечной недостаточности. Среди пациентов с большим стажем в 5 раз чаще диагностируется инфаркт миокарда, в 3 раза чаще — инсульт. Смертность среди больных СД в 20 раз превышает таковую в общей популяции [2]. По данным зарубежных исследований распространенность артериальной гипертензии (АГ) составляет 30–45% среди взрослого населения и около 40% — по данным российских исследований. В российской популяции распространенность АГ среди мужчин несколько выше, в некоторых регионах она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ около 40% [3]. СД и АГ являются взаимно отягощающими состояниями, которые обладают мощным повреждающим действием, с быстрым развитием осложнений, направленным сразу на несколько органов-мишеней: сердце, почки, сосуды мозга и сетчатки. И как итог — значительное возрастание риска развития инсульта, ишемической болезни сердца, застойной сердечной недостаточности, других сердечно-сосудистых заболеваний и событий, существенно повышающих инвалидизацию и смертность среди пациентов. В целом 80% таких больных умирает вследствие сердечно-сосудистых заболеваний: 65% — от приобретенных патологий сердца, 15% — от нарушений мозгового кровообращения [4]. Больным СД 2 типа и АГ необходимо учитывать особенности заболевания и сопутствующей патологии, придерживаться принципов сбалансированного питания, постоянно принимать лекарственные препараты. С целью профилактики нежелательных сердечно-сосудистых событий в лечении СД 2 типа особое место отводится достижению целевых значений гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), артериального давления (АД), холестерина. В настоящее время основной подход в лечении АГ у больных СД 2 типа заключается в применении низкодозовой комбинированной терапии уже на первой ступени лечения АГ, при этом использование двух и более гипотензивных препаратов более эффективно снижает высокое АД, чем увеличение дозы каждого из этих препаратов при монотерапии [5]. По данным многочисленных исследований приверженность и дальнейшее применение терапии существенно уменьшаются через 12 месяцев лечения (61,8% для удержания и 57% для приверженности). Пациенты, которые получали терапию в течение 1 года, в 50% случаев прекращают лечение в последующие 2 года [6]. Все это требует повышения приверженности пациентов к сахароснижающей и гипотензивной терапии.

Изучение приверженности к терапии гипотензивными препаратами больных СД 2 типа и сопутствующей АГ, наиболее распространенных причин нарушения режима приема лекарственных препаратов (ЛП), влияния рекомендаций врача на приверженность к терапии явилось целью нашего исследования.

Материалы и методы исследования

Обследовано и проведено анкетирование 37 пациентов СД 2 типа и АГ в возрасте от 42 до 75 лет (средний возраст $61,5 \pm 1,5$ лет), которые находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко», г. Симферополь. В исследование были включены 78,4% женщин и 21,6% мужчин. Средний стаж заболевания СД 2 типа — $13,5 \pm 1,3$ года, длительность заболевания АГ более года. Все пациенты получают сахароснижающую терапию пероральными сахароснижающими препаратами в монотерапии (51,4%) и в комбинации с инсулином (48,6%), а также гипотензивную терапию в различных комбинациях. Согласно стандартам оказания медицинской помощи больным СД проведены клинические, биохимические и инструментальные методы обследования, а также предложена «Анкета для пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией» (модифицированная анкета Пифагор IV), где были использованы вопросы из теста Мориски–Грина по приверженности:

- Забываете ли Вы когда-либо принять лекарства?
- Нарушаете ли Вы время приема?
- Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- Если Вы чувствуете себя плохо после приема препаратов, пропускаете ли Вы следующий прием?

Обработка данных осуществлялась в программах Microsoft Excel и MedStat.

Результаты и обсуждение

Все пациенты имеют избыточную массу тела и ожирение (индекс массы тела $31,6 \pm 0,9 \text{ кг/м}^2$, окружность живота $110,2 \pm 1,6 \text{ см}$). Данные клинико-лабораторных исследований свидетельствуют о том, что у большинства пациентов не достигнуты целевые значения HbA_{1c} ($9,1 \pm 0,43\%$), АД (САД $150 \pm 3,7 \text{ мм рт. ст.}$, ДАД $90 \pm 2,4 \text{ мм рт. ст.}$), холестерина ($5,4 \pm 0,3 \text{ ммоль/л}$). Средние значения креатинина $88,31 \pm 3,2 \text{ ммоль/л}$ (распределение отличается от нормального на уровне значимости, $p = 0,04$).

При обследовании пациентов выявлены следующие данные по АГ: вторая стадия у 54%, вторая степень у 78,4%, очень высокий сердечно-сосудистый риск был установлен у 75,7% пациентов. При обработке анкетных данных режима приема препаратов было обнаружено, что пациенты не соблюдают выполнение назначений в 69,5% случаев ($p = 0,03$). При этом рекомендации врача по приему ЛП получили 81% опрошенных.



Как видно на представленном рис. 1, специалисты обращают внимание пациентов на время приема ЛП — 73%, прием ЛП в зависимости от приема пищи — 70,2%, купирование криза — 64,9%, очередность приема препаратов — 64,9%, развитие побочных эффектов в 62,2% случаях. Это свидетельствует о том, что более 50% пациентов внимательно выслушали и запомнили рекомендации лечащего врача.

Даже самые эффективные препараты не будут «работать» у пациентов, которые их не принимают. Приверженность пациентов к лечению является ключевым фактором успешности терапии и позволяет существенно снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений [7]. Согласно нашему опросу, забывают принять ЛП — 43,2%, нарушают время приема ЛП — 40,5%, не принимают при хорошем самочувствии — 43,2%, не принимают при плохом самочувствии после приема ЛП — 8,1% (рис. 2).



У 69,6% исследуемых встречаются несколько вариантов нарушений приема. Наиболее распространенными сочетаниями являются: забывают принять препарат и не принимают, если чувствуют себя хорошо ($p < 0,01$), нарушают время приема и не принимают, если чувствуют себя хорошо ($p = 0,02$), забывают принять препарат и нарушают время приема ($p < 0,01$).

Анализируя данные по приверженности из теста Мориски–Грина, отмечается комплаентная приверженность (4 балла) у 37,8% пациентов, частично комплаентная (3 балла) — у 18,9%, некомплаентная (менее 3 баллов) — у 43,2%.

Пациенты со значениями гликемии выше 25,0 ммоль/л чаще пропускают прием ЛП. При повышении уровня креатинина отмечается более регулярный прием препаратов.

Самыми назначаемыми являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). Назначение иАПФ в качестве антигипертензивных средств у больных АГ при СД 2 типа имеет целый ряд преимуществ: гипотензивная эффективность, низкая частота побочных эффектов, доказанное кардио-, вазо- и нефропротективное действие, улучшение качества жизни больных, снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений [8]. Значимое превосходство и эффективность наблюдаются при использовании комбинации иАПФ с диуретиками и блокаторами кальциевых каналов (БКК), что приводит к достижению целевых значений артериального давления (АД) [9–11]. В группе пациентов, принимающих БКК (амлодипин) ($n = 13$), 84,6% не забывают принимать ЛП ($p = 0,01$) и 92,3% не нарушают время приема ($p \leq 0,01$). Большинство опрошенных отметили удобство при использовании фиксированных комбинаций ЛП и препаратов, требующих однократного приема [12].

Характеристика гипотензивной терапии у пациентов с СД 2 типа и АГ					Таблица
Группы препаратов	Ингибиторы АПФ	Диуретики	Блокаторы кальциевых каналов	Блокаторы рецепторов ангиотензина 2	Бета-блокаторы
Количество человек, %	N = 26 (70,2%)	N = 23 (62,1%)	N = 14 (37,8%)	N = 4 (10,8%)	N = 12 (32,4%)

Выводы

В ходе исследования нами установлено, что коморбидное течение СД 2 типа и АГ наблюдается у пациентов с более высокими показателями индекса массы тела, систолического и диастолического давления, более высоким уровнем гликозилированного гемоглобина и холестерина. Пациенты грубо нарушают диету, часто отказываются или нарушают режим приема ЛП, соответственно, имеют плохие показатели углеводного обмена и АД. Пациенты, получающие рекомендации специалистов, чаще нарушают режим приема ЛП, что свидетельствует о низком комплаенсе в системе «врач–пациент». Наблюдается сочетание причин нарушений режима приема ЛП. Применение амлодипина в схеме лечения положительно влияет на режим приема и способствует снижению АД. Необходимо мотивировать пациента на достижение целевых значений АД, повышать уровень приверженности пациента к проводимой терапии, что в перспективе уменьшит риск развития осложнений и улучшит прогноз.

Литература

1. Дедов И. И., Мельниченко М. В. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 576 с.
2. Сенаторова А. С., Караченцев Ю. И., Кравчун Н. А. и др. Сахарный диабет: от ребенка до взрослого. Харьков: Изд-во ХНМУ, 2009. 260 с.
3. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии / Всероссийское научное общество кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. 4-й пересмотр. М., 2010. <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/recommendation-ag-2010.pdf> (дата обращения: 02.04.2016).
4. Шестакова М. В. Артериальная гипертензия и сахарный диабет: механизмы развития и тактика лечения // Сахарный диабет. 1999. № 3. С. 19–23.
5. Турчина В. В., Доля Е. М., Репинская И. Н. Анализ эффективности антигипертензивной терапии в амбулаторной практике и на стационарном этапе лечения / Материалы 89-й международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Теоретические и практические аспекты современной медицины»: Тезисы докладов. Симферополь, 20 апреля 2017 г. С. 93–94.
6. Чукаева И. И. Комплаентность и возможности полнodosовых комбинированных гипотензивных препаратов // Артериальная гипертензия. 2012. Т. 18, № 1. С. 46–51.
7. Жулинская С. Приверженность пациентов как ключевой фактор как ключевой фактор успешности терапии. Мнения экспертов, озвученные на XVIII Национальном конгрессе кардиологов Украины // Рациональна фармакотерапія 2017. № 4 (45). С. 44–47.
8. Селиванова Г. Б. Артериальная гипертензия и сахарный диабет: роль ингибиторов АПФ // Доктор.Ру. 2007. № 4 (35). С. 17–19.
9. Ersoy C. S., Budak F. et al. Effect of amlodipine on insulin resistance & tumor necrosis factor-alpha levels in hypertensive obese type 2 diabetic patients // Indian J Med Res. 2004, Nov; 120 (5): P. 481–488.
10. Kloner R. A., Neutel J., Roth E. M. et al. Blood pressure control with amlodipine add-on therapy in patients with hypertension and diabetes: results of the Amlodipine Diabetic Hypertension Efficacy Response Evaluation Trial // Ann Pharmacother. 2008, Nov; 42 (11): p. 1552–1562.
11. Shirure P. A., Tadvil N. A., Bajait C. S. et al. Comparative effect of fixed dose combination of Amlodipine + Bisoprolol versus Amlodipine and Bisoprolol alone on blood pressure in stage-2 essential hypertensive patients // Int J Med Res Health Sci. 2012; 1 (1): P. 13–19.
12. Gradman A. H., Lefebvre P. et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study // Hypertension. 2013, Feb; 61 (2): p. 309–318.

Т. В. Огир

Е. М. Доля, кандидат медицинских наук

Г. Н. Кошукова, доктор медицинских наук, профессор

Е. Н. Примышева, кандидат медицинских наук

Д. В. Шадуро, кандидат медицинских наук

Б. Г. Чолах

ФГАОУ ВО КФУ им. В. И. Вернадского, Симферополь

¹ Контактная информация: repinskaya.irina@mail.ru

Изучение приверженности больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией к достижению целевых уровней артериального давления и пути ее повышения/ И. Н. Репинская, Т. В. Огир, Е. М. Доля, Г. Н. Кошукова, Е. Н. Примышева, Д. В. Шадуро, Б. Г. Чолах

Для цитирования: Лечащий врач № 3/2018; Номера страниц в выпуске: 22-24

Теги: гипотензивные препараты, комплаенс, сахароснижающая терапия