

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ФИЛИППОВА Юлия Михайловна

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА И ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

14.01.05 — кардиология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Голованова Елена Дмитриевна

Научный консультант:

кандидат медицинских наук, доцент

Якунин Константин Александрович

Тверь — 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ	
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
	15
1.1 Приверженность к лечению больных артериальной гипертензией	15
1.2 Качество жизни больных артериальной гипертензией: современное представление о проблеме	18
1.3 Психологический статус больных артериальной гипертензией и его влияние на комплаентность	23
1.4 Лечение больных артериальной гипертензией: современные подходы к повышению эффективности антигипертензивной терапии	27
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	38
2.1 Общая характеристика исследуемого контингента	38
2.2 Специальные методы исследования	48
2.2.1 Измерение артериального давления	48
2.2.2 Методы оценки комплаентности больных артериальной гипертензией	49
2.2.3 Методы оценки психологического состояния больных артериальной гипертензией	51
2.2.4 Методы оценки качества жизни больных артериальной гипертензией	53
2.2.5 Статистическая обработка результатов исследования	55
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	57
3.1 Анализ эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов контрольной группы	57
3.2 Анализ эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов, посетивших занятия в школе для больных артериальной гипертензией	73

3.3	Анализ эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов, с использованием метода активного вовлечения больных в неконтролируемые физические тренировки	94
3.4	Анализ эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов, с применением психологического метода — выработка «доминанты здоровья»	114
3.5	Корреляционные связи между комплаентностью и показателями качества жизни и психологического статуса и уровнем артериального давления	135
3.6	Сравнительный анализ влияния методов воздействия на комплаентность больных	138
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ		140
ЗАКЛЮЧЕНИЕ		161
ВЫВОДЫ		163
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....		165
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....		166
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		167

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

В нашей стране сохраняется высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом ведущими причинами являются ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, общая доля которых в структуре смертности составляет 84 %. Артериальная гипертензия при этом играет ведущую роль и вносит основной вклад в структуру смертности населения [8, 10, 92]. По материалам эпидемиологических исследований целевой программы: «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», — распространенность артериальной гипертонии увеличивается и за период 2005–2009 г. достигла 40,4 % [5, 139]. «Артериальная гипертония, является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности» [49].

Современное лечение артериальной гипертензии основывается на необходимости эффективного снижения артериального давления до целевого уровня, на котором следует его постоянно удерживать, это достигается постоянным приемом лекарств, что приведет к уменьшению частоты осложнений и снижению смертности [49, 66, 171]. В настоящее время, совершенствующиеся методы лечения артериальной гипертензии, не улучшают существенно его результаты [150]. Так, к 2012 г. в среднем по России целевой уровень был достигнут лишь у 21,5 %. Примерно такое же положение отмечается и в других странах, артериальное давление не контролируется у 60 % пациентов в Англии, у 70 % — в Германии, у 72 % — в Италии, у 79 % — в Швеции, у 81 % — в Испании [235].

Важнейшим условием достижения оптимального контроля артериального давления является приверженность пациентов к лечению. Как минимум, 50 % пациентов не лечатся прописанными им лекарствами [8, 236, 277]. Отечественные врачи считают, что по причине низкой приверженности терапии, целевой уровень артериального давления не достигается у 70 % больных [77]. Эта проблема осо-

бенно актуальна ещё и в связи с тем, что в течении артериальной гипертензии зачастую отсутствуют клинические симптомы, при этом больной не жалуется, его не беспокоят боли, и поэтому у этих пациентов нет достаточной мотивации, и не ожидается высокая приверженность к лечению, тогда как постоянная терапия необходима для профилактики осложнений [77].

Выделяют следующие причины, приводящие к плохой приверженности терапии связанные с самим заболеванием, его лечением, с особенностями качества жизни и психологического состояния пациента, с врачом, и социально-экономическими факторами [47, 64, 77]. Снижают приверженность к лечению курение, чрезмерное употребление алкоголя, молодой возраст, недостаточный уровень культуры и образования, негативное отношение к лечению в связи с низкой его эффективностью, возникающими побочными эффектами, высокой стоимостью и назначением большого количества лекарственных препаратов, сложного режима их дозирования, быстрого и чрезмерного снижение артериального давления, симптома «рикошета» вследствие пропусков в лечении [77]. Важно отметить, что на комплаентность больных можно воздействовать. Так, сам врач, его внимание к этой проблеме при опросе пациента, оценка показателей комплаентности в динамике уже способствуют их повышению [77]. Необходимо изучить клиническую картину болезни, мотивацию и поведение больного, что позволит индивидуализировать подход к лечению [155]. Однако необходимо учитывать, что главная роль в процессе комплаентности отводится самому пациенту. Ведь только он, руководствуясь своим личным опытом, особенностями характера, наличием мотивации в итоге примет решение [133].

Для повышения уровня знаний пациентов о своем заболевании, рекомендуют образовательные программы для больных артериальной гипертензией, но они не всегда обеспечивают устойчивую мотивацию пациентов к выполнению врачебных рекомендаций [25, 56, 77, 112, 126]. Надо, чтобы полученные знания стали стойкими убеждениями, а последние реализовались в устойчивые алгоритмы поведения в повседневной жизни. Процесс такой трансформации знаний сложен, зависит от множества факторов и пока ещё мало управляем. В работе участкового

врача методы воздействия на поведение пациента немногочисленны. В повседневной практике нет достаточно надежного метода, позволяющего оценить и прогнозировать приверженность пациента к лечению. Существующие на сегодняшний день методы оценки приверженности к лечению, такие как устный или анкетированный опрос, подсчет лекарственных препаратов, измерение их концентрации (или их метаболитов) в крови, в моче, электронное мониторинговое являются в большинстве своем технически сложными, недостаточно объективными, экономически затратными, не всегда выполнимыми [77].

В основном, работы по изучению и управлению комплаентностью больных артериальной гипертензией, выполнены при ежедневном контакте врача с больными в условиях санатория, реабилитационного центра, профилактория, дневного стационара на ограниченном отрезке времени — один или несколько месяцев и полученные рекомендации трудно реализовать в первичном звене здравоохранения [91, 165].

Все вышеизложенное делает актуальным поиск методов стимулирования комплаентности больных артериальной гипертензией для повышения эффективности их лечения в практике участкового врача, который осуществляет их наблюдение в течение основной части жизни пациента.

Степень разработанности темы исследования

Поскольку у современных больных артериальной гипертензией сохраняется невысокая комплаентность, рекомендуется в работе врача общей практики и участкового терапевта обязательно предусматривать использование мер, повышающих восприятие и выполнение больными врачебных рекомендаций.

Положительная роль использования немедикаментозных методов доказана и не вызывает сомнений, и они рекомендованы к использованию в многочисленных рекомендациях по лечению артериальной гипертензии [37, 138, 175].

Современная концепция этиологии и патогенеза артериальной гипертензии, считает психоэмоциональные стрессы, наряду с другими факторами риска, одной из ведущих причин возникновения и прогрессирования гипертонии и поэтому

психологический тренинг является важной частью предупреждения и лечения артериальной гипертензии. Необходимо отметить, что и физические упражнения оказывают положительное влияние на артериальное давление, так, при регулярных физических тренировках у больных артериальной гипертензией, снижается систолическое артериальное давление на 30 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление на 20 мм рт. ст. [9]; а в отношении самоконтроля артериального давления и выполнения рекомендаций по изменению образа жизни, эффективно обучение пациентов в «школе для больных артериальной гипертензией» [25, 56]. Предложенные методы просты, малозатратны, эффективны при их использовании, при грамотном применении не вызывают побочных эффектов. Это обуславливает актуальность выбора этих методик для снижения артериального давления.

В доступной нам литературе мы не встретили работ, посвященных сравнительной оценке влияния указанных методов на эффективность лечения артериальной гипертензии, методов, направленных на повышение комплаентности больных артериальной гипертензией в условиях амбулаторного лечения на терапевтическом участке, участке врача общей практики в течение длительного времени.

В основном, работы по изучению и управлению комплаентностью больных артериальной гипертензией, выполнены при ежедневном контакте врача с больными в условиях санатория, реабилитационного центра, профилактория, дневного стационара на ограниченном отрезке времени — один или несколько месяцев и полученные рекомендации трудно реализовать в первичном звене здравоохранения [91, 165]. Так, Е.А. Черненкова изучала комплаентность больных артериальной гипертензией в условиях профилактория в течение месяца, а В.В. Максименкова в условиях дневного стационара на протяжении нескольких дней. [91, 165]. Однако не всегда образовательные программы обеспечивают устойчивую мотивацию больных к выполнению рекомендаций по лечению [112].

Все вышеизложенное делает актуальным поиск методов стимулирования комплаентности больных артериальной гипертензией для повышения эффективности их лечения в практике участкового врача, который осуществляет их наблюдение в течение основной части жизни пациента.

Цель исследования

Повышение эффективности лечения больных артериальной гипертензией путем использования методов, улучшающих их комплаентность.

Задачи исследования

1. Оценить на терапевтическом участке влияние занятий пациентов в «школе для больных артериальной гипертензией», активного вовлечения больных артериальной гипертензией в физические индивидуальные неконтролируемые тренировки и использование психологического тренинга на приверженность к лечению, качество жизни и психологический статус с учетом клинической и социально-экономической эффективности проводимой терапии.
2. Провести сравнительный анализ длительного (в течение года) влияния использованных методов повышения комплаентности на результаты лечения больных артериальной гипертензией, качество жизни и психологический статус.
3. Разработать дифференцированный подход к лечению больных артериальной гипертензией с использованием немедикаментозных методов воздействия, повышающих комплаентность больных, с целью уменьшения распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и риска сердечно-сосудистых осложнений, уменьшением экономических затрат на лечение.

Научная новизна исследования

1. Впервые изучено комплексное влияние немедикаментозных методов лечения артериальной гипертензии: «школы для больных артериальной гипертензией», неконтролируемых физических тренировок и психологического тренинга на комплаентность больных, качество жизни и некоторые параметры психологического статуса на терапевтическом участке.

2. Впервые проведен сравнительный анализ эффективности различных методов, повышающих комплаентность в сопоставимых группах на результаты лечения пациентов с артериальной гипертензией на терапевтическом участке.
3. Впервые оценено клиническое и экономическое значение методов повышения комплаентности больных артериальной гипертензией на терапевтическом участке и установлено, что использование простых, малозатратных немедикаментозных методов воздействия способно приносить существенный экономический эффект в виде снижения временной нетрудоспособности, частоты госпитализаций и вызовов «скорой медицинской помощи».
4. Впервые предложен дифференцированный подход к использованию немедикаментозных методов лечения артериальной гипертензии путем стимулирования комплаентности на основе индивидуализированного учета распространенности модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и ряда параметров психологического статуса.

Практическая значимость результатов исследования

1. Широкое применение в первичном звене немедикаментозных методов воздействия на больных артериальной гипертензией («школа для больных артериальной гипертензией», активное вовлечение в индивидуальные неконтролируемые физические тренировки, или занятия психологическим тренингом) будет существенно повышать их приверженность к выполнению врачебных рекомендаций.
2. Использование простых и мало затратных методов повышения комплаентности больных артериальной гипертензией на терапевтическом участке значительно повышает клиническую и социально-экономическую эффективность лечения снижая экономические затраты, связанные с уменьшением частоты вызовов «скорой медицинской помощи», госпитализаций и числа дней временной нетрудоспособности.

3. Внедрение методов, направленных на повышение комплаентности больных с артериальной гипертензией сопровождается одновременным повышением качества жизни и улучшением ряда параметров психологического статуса.
4. Установленные особенности положительного влияния каждого из использованных методов повышения комплаентности: «школа для больных артериальной гипертензией», активное вовлечение их в индивидуальные неконтролируемые физические тренировки или занятия психологическим тренингом с целью выработки «доминанты здоровья», позволят индивидуализировать воздействия на конкретного больного.

Внедрение результатов исследования

Полученные результаты исследования внедрены в практическое здравоохранение и используются в амбулаторно-поликлинических лечебных учреждениях г. Смоленска — ОГБУЗ поликлиниках №№ 2, 3, 6, 7; а также используются на кафедре общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России при подготовке семинарских и практических занятий со студентами 5–6 курса, клиническими ординаторами по специальности «общая врачебная практика» и семейными врачами.

Связь темы диссертации с планом основных научно-исследовательских работ университета

Диссертационная работа является научной темой, выполненной по основному плану НИР ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России и кафедры общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО (№ гос. регистрации ВНТИЦ 01200803395).

Методология и методы исследования

В основу данной работы легло рандомизированное динамическое (продольное) клиническое исследование, которое проводилось с 2009 по 2012 гг. на базе

областного государственного бюджетного учреждения «Поликлиника №3» (ОГБУЗ «Поликлиника №3») города Смоленска. В ходе исследования было обследовано 143 больных АГ и проведено их динамическое наблюдение в течение года. Проведение диссертационного исследования одобрено на заседании от 7 декабря 2007 г. локальным этическим комитетом Смоленской государственной медицинской академии, письменное добровольное согласие на участие в исследовании получено от пациентов. Все больные были разделены на 4 группы, рандомизированные по полу, возрасту, степени АГ и суммарному значению факторов риска, а также проводимой медикаментозной терапии. Первая группа (40) человек обучалась в школе для больных АГ. Вторая группа (35) пациентов занимались физическими тренировками. К третьей группе (38) больных был применен психологический тренинг с целью выработки «доминанты здоровья» с использованием таких методов саморегуляции как прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона), произвольное самовнушение (метод Куэ), техника созидающих визуализаций Ш. Гавэйн. Контрольная (4-я) группа (30) человек получала такие же лекарственные препараты, но методам влияния на комплаентность не подвергалась. Для оценки комплаентности использовался комплексный подход: изучались динамика модифицируемых факторов риска, состояния психологических составляющих комплаентности, определяемых по методу С.В. Давыдова, результаты лечения и его социальная и экономическая эффективность.

Одновременно прослеживалась взаимосвязь комплаентности с динамикой показателей качества жизни, определяемых по «Краткому медицинскому опроснику» — Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36) и специализированному опроснику академика П.И. Сидорова и с динамикой показателей психологического статуса, определяемых по опроснику СМОЛ (Мини-мульти), для оценки уровня тревожности — шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, депрессии — анкета CES-D.

Все собранные в ходе исследования данные были представлены описательной статистикой. Для проверки гипотезы о соответствии выборочных данных нормальности распределения вариационных рядов использовался критерий Пир-

сона. Параметрические статистические методы: t-критерий Стьюдента использовались при нормальном распределении. Непараметрические статистические методы использовались при распределении, отличном от нормального: критерии — Манна — Уитни (при сравнении между группами) и Вилкоксона (внутри группы), для определения статистической значимости различий величин факторов риска хронических неинфекционных заболеваний использовались — χ^2 , а при ожидаемых частотах менее 5 — точный критерий Фишера. При изучении и расчете и корреляционных связей для изучаемых ненормально распределенных показателей проводили ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием современных программ математического анализа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Использование в работе участкового и семейного врача таких немедикаментозных методов лечения артериальной гипертензии как: «школа для больных артериальной гипертензией», активное вовлечение пациентов в индивидуальные физические тренировки и занятия психологическим тренингом с целью выработки «доминанты здоровья» улучшает их комплаентность, психологический статус и качество жизни, что выражается в увеличении количества больных с достигнутым целевым уровнем артериального давления, уменьшением распространенности у них факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.
2. Применение простых и малозатратных немедикаментозных методов стимулирования комплаентности больных артериальной гипертензией существенно повышает клиническую и социально-экономическую эффективность лечения, что выражается в снижении временной нетрудоспособности, частоты госпитализаций и вызовов «скорой медицинской помощи» и является основанием для их более широкого использования в работе участковых терапевтов и семейных врачей.

Степень достоверности результатов и апробация работы

Обсуждение результатов проведено с учетом новейших данных медицинской науки. Научные положения и выводы, изложенные в диссертации, достаточно обоснованы и подтверждены фактическим материалом. В работе представлены показатели обследования 143 больных артериальной гипертонией, позволяющие получить достоверную информацию. При обработке фактического материала использованы статистические подходы, соответствующие решению поставленных задач. В исследовании использован достаточный объем литературных источников как российских, так и иностранных авторов.

Отдельные положения работы были освящены и представлены к обсуждению на научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической медицины» (г. Смоленск, 2009), I кардиологическом форуме «Практическая кардиология: достижения и перспективы» (г. Нижний Новгород, 2017), Российском национальном конгрессе кардиологов «Кардиология 2017: профессиональное образование, наука и инновации» (Санкт-Петербург, 2017), XIV Всероссийском конгрессе «Артериальная гипертония 2018: на перекрестке мнений» (Москва, 2018), VI Евразийском конгрессе кардиологов (Москва, 2018), IV Международной научной конференции «Advances of science», Чехия, Карловы-Вары — Россия, Москва, 29-30 марта 2018 г. Апробация диссертации состоялась на совместном заседании кафедр федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации: госпитальной терапии и профессиональных болезней, общеврачебной практики (семейной медицины) ФДПО интернатуры и ординатуры, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф при участии 8 докторов и 3 кандидатов медицинских наук, врачей по специальности «терапия» и «кардиология» 19 февраля 2018 года, протокол заседания № 1.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликованы 16 научных работ, из них 4 — в журналах, включенных в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации научных результатов диссертаций.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Выбор методов исследования, обработка и обсуждение полученных результатов исследований, оформление диссертации выполнены автором самостоятельно. Автором проведено комплексное клиническое обследование 143 больных артериальной гипертонией и их динамическое наблюдение в течение года. Самостоятельно выполнено клиническое обследование больных, применение выбранных методик в группах пациентов и анкетирование с помощью опросников. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы, рассматривающей проблему комплаентности больных, их качество жизни, эффективность медикаментозной терапии. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с последующим анализом и обобщением полученных данных, на основании которых сформулированы выводы и практические рекомендации. По результатам исследования подготовлены печатные работы, представлены результаты исследования на конгрессах кардиологов.

Структура диссертации

Работа состоит из введения, 4-х глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы включающего 280 источников (174 — отечественных, 106 — иностранных), содержит 42 таблицы, 9 рисунков, занимает 196 страниц.

ГЛАВА 1. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Приверженность к лечению больных артериальной гипертензией

Обзор исследований по проблеме показывает, что приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (АГ) остается невысокой — 39 % [150, 170]. По данным доклада Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) 2006 г., как минимум 50 % больных не принимают прописанные лекарственные препараты. Поэтому лишь у небольшого числа больных достигается целевой уровень АД. По мнению врачей, низкая приверженность к терапии является причиной отсутствия достижения целевого уровня артериального давления (АД) у 70 % пациентов [77, 159, 160].

Проблема низкой приверженности к лечению активно обсуждается в литературе последних лет [40, 48, 51, 54, 55, 82, 87, 132, 134, 137, 162, 167, 222].

Существуют разные определения комплаентности. Haynes Sarchett приверженность к лечению (комплаентность) определяет как степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [77]. В узком смысле, под комплаентностью в лечении понимают соответствие реального количества принимаемых препаратов назначенному (соблюдение дозы, кратности и режима приёма) [77].

Различают также глобальную приверженность: намерение пациента осуществлять предписанные рекомендации. При этом низкая приверженность выражается в отсутствии должной мотивации к лечению, что проявляется в отказе от терапии, намеренном изменении доз [77].

Приверженность к лечению характеризуется постоянством — длительностью периода получения лекарственной терапии и оценивается количеством дней,

в течение которых пациент получал терапию, или процентом больных, продолжающих лечение на протяжении определённого периода [102]. Для оценки комплаентности применяется индекс использования препарата, представляющий собой частное от деления количества дней приёма полной дозы препарата на длительность (в днях) всего периода наблюдения [102].

Для оценки комплаентности применяют специальные опросники. Они, включают в себя не только вопросы, имеющие непосредственное отношение к соблюдению рекомендаций по приёму лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения, но и вопросы общепсихологического характера, касающиеся готовности больного к взаимодействию [26].

Выделяют следующие причины, приводящие к плохой приверженности к терапии связанные:

- с характером заболевания (наличие клинических симптомов, тяжесть, длительность);
- с врачом (профессиональный уровень, знание Рекомендаций, возраст, навыки профилактического консультирования);
- с пациентом (возраст, пол, уровень образования, знания о болезни, психологический статус, мотивация к лечению, навыки, уровень дохода);
- с взаимодействием «пациент — врач» (доступность помощи, время и кратность визитов, обстоятельства при визите, качество и эффективность диалога, отношение врача к больному и его болезни, адекватность предоставляемой больному информации);
- с характером терапии (количество, схема и кратность приёма, длительность, побочные эффекты);
- с социально-экономическими факторами (стоимость визитов и лекарств, особенности системы здравоохранения) [47, 64, 77].

Нездоровый образ жизни, в частности гиподинамия и избыточный вес, курение, чрезмерное употребление алкоголя, в большей степени приводят к плохой приверженности к лечению [77, 157]. На приверженность к лечению влияет и само заболевание. Так, при неконтролируемой АГ снижаются когнитивные функ-

ции, пациент не может адекватно воспринимать и перерабатывать полученную информацию, планировать свою дальнейшую деятельность, что отражается на выполнении врачебных рекомендаций [6, 99]. Больным с АГ свойственно преобладание гипертимных черт характера и подавление выражения своего несогласия при возникновении конфликта с врачом, им проще отказаться от терапии, чем вступить в полемику со специалистом и высказать свои пожелания в отношении лечения, это снижает приверженность к лечению [36].

Приверженность пациентов к лечению снижают бессимптомное течение болезни, наличие хронического заболевания, требующего длительного лечения, негативное отношение к лекарствам, побочные эффекты лекарственных препаратов и сложный режим их приема, одиночество пациента, отсутствие участия родственников больного в лечебной программе [36, 77].

Приверженность пациентов к лечению повышают высокий уровень образования, культуры и благосостояния, женский пол, состояние в браке, исходно высокий уровень АД, а также фиксированные комбинации препаратов, низкие дозы, длительно действующие препараты, принимаемые один раз в сутки, раннее назначение комбинированной терапии, использование дженериков, как более экономически выгодных [77, 150].

Важная роль отводится диспансерному наблюдению. Необходимы более частые и длительные визиты больных в первые месяцы терапии, т.к. в 25 % случаев после 6 месяцев от начала приема гипотензивных препаратов происходит их отмена [234, 255].

Повышение глобальной приверженности возможно при создании системы обучения пациентов [77, 102]. Одним из важных психологических факторов, влияющих на восприятие обучающих программ, является готовность к переменам в поведении. Процесс изменения поведения может быть описан спиральной моделью и проходит несколько последовательных стадий от безразличия, через размышление, подготовку, действие, к поддержанию. На любой из стадий возможен рецидив (возврат к «неправильному» поведению). Исследования показывают, что независимо от патологии, около 40 % лиц находятся в стадии безразличия,

40 % — в стадии размышления и только 20 % — в стадии подготовки [194]. Изучение внутренней картины болезни и поведения больного позволяет соотнести тактику ведения пациента с актуальной стадией его поведения и оптимизировать индивидуальный подход взаимодействия с ним [155].

Подводя итог, следует отметить, что основополагающим звеном приверженности лечению остается сам больной. Ведь только он в итоге лечения на основе своего личного опыта, наличия мотивации, особенностей характера, руководствуясь внешними обстоятельствами, принимает решение [133]. К сожалению, методы воздействия на комплаентность больных АГ, в условиях первичного звена здравоохранения не отработаны и применяются редко.

1.2 Качество жизни больных артериальной гипертензией: современное представление о проблеме

В настоящее время, для врача улучшение функциональных параметров считается неоспоримым критерием хорошего эффекта проводимого лечения, тогда как пациент может указывать при этом на ухудшение качества жизни (КЖ). В связи с этим целесообразно оценивать КЖ больных [81, 124].

Понятие качество жизни заимствовано из социологии. Первоначально Дж. Гилбрейт определил КЖ, как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать от этого удовлетворение [81]. В медицине понятие КЖ появилось в 1940-х годах. В 1947 г. американский ученый D. Karnofsky впервые предложил нефизиологические параметры оценки состояния больного с раковой болезнью, тем самым положив начало исследованиям по всестороннему изучению личности, страдающей соматическим заболеванием. С этого времени КЖ стало изучаться во многих областях науки и рассматриваться как показатель, отражающий воздействие на человека внутренней и внешней среды [6].

В настоящий момент не существует общепринятого определения. Согласно определению ВОЗ, КЖ — «это индивидуальное соотношение своего положения в

жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства»; «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость, отсутствие какого-либо угнетения» [151]. Согласно другим определениям, КЖ — «степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества» [65].

Считается, что КЖ в медицине — это уровень благополучия и удовлетворенности жизнью, на которую влияют несчастные случаи, заболевания и их лечение или способность адаптироваться к проявлениям болезни [124, 276, 240]. Другими словами, под КЖ понимают влияние самого заболевания, а также его лечения на ограничение функциональной активности и повседневную жизнедеятельность больного [123].

Так как КЖ понятие многофакторное [204], то в большинстве случаев оценивают не КЖ как таковое, а отдельные его компоненты. Некоторые исследователи считают, что для оценки КЖ в клинических и популяционных исследованиях целесообразно выделять 3 основных компонента: 1) функциональные способности человека, 2) восприятие уровня своего здоровья и удовлетворенность жизнью, 3) симптомы заболевания и последствия их проявлений [63, 65, 123]. Другие авторы выделяют свои составляющие КЖ [204]. Для оценки КЖ, ВОЗ рекомендованы следующие критерии: 1) физический, 2) психологический, 3) уровень независимости, 4) общественная жизнь, 5) окружающая среда, 6) духовность [275].

К настоящему времени имеется большое количество публикаций по оценке КЖ в различных разделах медицины. Этим методом широко пользуются для определения состояния здоровья больных в кардиологии, ревматологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, нефрологии, эндокринологии, хирургии, неврологии и других специальностях [61, 62, 119, 120, 136, 140].

Среди способов оценки КЖ наиболее общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными [73].

Опросники должны быть надежными, универсальными, чувствительными, оценочными, воспроизводимыми, стандартизированными, краткими и простыми в использовании [88, 212].

Имеются общие опросники, которые могут быть использованы при различных заболеваниях и специальные — для определенной группы болезней или одного заболевания.

Общие опросники характеризуют состояние больного независимо от нозологической принадлежности. Они дают возможность сравнить различные популяции больных при применении любых лечебных программ, а также провести сравнение КЖ при разных заболеваниях с КЖ населения в целом [88, 148]. Кроме того, положительной стороной опросников является отсутствие необходимости выбирать оцениваемые параметры, что по сравнению со специфическими опросниками значительно уменьшает риск пропустить неожиданные побочные эффекты терапии [105], однако при различных болезнях их воспроизводимость и надежность разная [65].

Среди общих опросников, в клинической практике для оценки КЖ у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями наиболее часто используются: «Краткий медицинский опросник» — Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), содержащий 36 вопросов [239], «Профиль влияния болезни» — Sickness Impact Profile из 136 вопросов [192], «Ноттингемский профиль здоровья» — Nottingham Health Profile с 45 вопросами [274], «Индекс психологического благополучия» — Psychological Well-Being Index [226], «Индекс качества жизни» — Quality of Life Index [246]. Наиболее полно вышеизложенным требованиям отвечает «Краткий медицинский опросник» (SF-36), валидность и чувствительность которого не вызывает сомнений. Кроме того, этот опросник отличается широким охватом различных аспектов КЖ при меньшем числе вопросов, что не вызывает утомление респондента при его заполнении.

Специальные опросники оценивают специфические проявления болезни и разработаны для определенных групп заболеваний, их отличает чувствительность к малым, но клинически значимым изменениям [224]. С точки зрения некоторых

авторов, специальные опросники более понятны, надежность результатов при их использовании выше. Но R.M. Kaplan [241] критикует специфические опросники, считая, что все болезни затрагивают КЖ в целом и целью изучения должно быть определение воздействия заболевания на общие функции, а не идентификация клинической информации. Таким образом, к специальным опросникам предъявляют следующие требования:

- 1) надежность (воспроизводимость), проявляющаяся в том, что с помощью опросника, возможны точные и повторяющиеся при повторном тестировании измерения;
- 2) валидность, отражающая способность опросника достоверно измерять основную определяемую им характеристику;
- 3) чувствительность — возможность опросника давать достоверные изменения качества жизни в баллах соответственно изменениям состояния исследуемого при лечении, динамическом наблюдении [64, 88, 224].

Для изучения КЖ больных АГ используются специальные опросники: A questionnaire for assessment side effect of hypotensive agents (Vulpitt C.J., Dollery C.T., 1973), применяемый для оценки выраженности побочных эффектов при приеме антигипертензивных препаратов; A symptom questionnaire for hypertensive patients (Vulpitt C.J., Dollery C.T., Carne C., 1974) — для оценки выраженности симптомов, характерных для больных АГ; A questionnaire for measurement QL in hypertensive patients (Vulpitt C.J., Flether A.E., 1990), используемый для оценки физического и психологического самочувствия, воздействия антигипертензивной терапии на стиль жизни и другие опросники [6, 64, 73, 105].

В отечественной практике для изучения КЖ у больных ССЗ на протяжении многих лет используется тест КЖ, разработанный в 1981 г. А.Г.Гладковым, В.П.Зайцевым и Д.М. Ароновым [30] и переводной опросник Марбургского университета, содержащий 8 шкал, по которым оценивают физическую, психологическую и социальные сферы жизнедеятельности человека. Многие исследователи для оценки КЖ больных АГ разрабатывают свои опросники [64, 105].

Одним из них является опросник оценки КЖ больных АГ академика П.И. Сидорова (2006), который полагаясь на концепцию основных потребностей человека, созданную А. Маслоу (1954), позволяет комплексно оценить: физическое, психическое и социальное КЖ больных АГ [151].

Некоторые авторы [64, 73, 88, 105] для получения более достоверных результатов рекомендуют использовать одновременно общие и специфические опросники, так как и те и другие обладают рядом преимуществ и недостатков. Поэтому именно сочетание двух типов опросников и изучение их внутренней взаимосвязи позволит оптимально решить вопрос отношения специфичности и чувствительности, то есть, выяснить на какие сферы жизни влияет данное заболевание.

Изменение КЖ у больных АГ может достигать различной выраженности в зависимости от особенностей клинического течения болезни. Так, пациенты с бессимптомным течением заболевания могут и не подозревать о своем недуге, причем их качество жизни зачастую не отличается или отличается незначительно от здоровых людей [35].

Напротив, у других больных, качество жизни может быть значительно сниженным по причине выраженных проявлений АГ, ухудшений их физического и эмоционального состояния, изменений социального поведения, расстройств сексуального характера [35]. Так, наличие ассоциированных клинических состояний (АКС), наличие факторов риска значительно ухудшает КЖ больных АГ [26]. Отмечено, что с повышением уровня АД, КЖ больных ухудшается [26], а при достижении целевого уровня АД — улучшается [211]. При этом возникновение побочных реакций при приеме антигипертензивных препаратов снижает показатели КЖ [35]. Поэтому, при лечении больных АГ надо оценивать не только эффективность гипотензивных препаратов, но и их влияние на качество жизни больных [140]. Так, назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторов медленных кальциевых каналов приводит к улучшению ряда определенных параметров КЖ [35]. В отличие от указанных выше групп препаратов, тиазидные диуретики и бета-адреноблокаторы наименее благоприятны в

плане поддержания удовлетворенности жизнью больных АГ [35]. Данные клинических исследований показывают, что самостоятельная отмена гипотензивных препаратов больными после 6 месяцев от начала приема происходит в 20–25 % случаев при приеме β -блокаторов, 15–20 % случаев — диуретиков, 20 % антагонистов кальция и 15 % случаев при назначении ИАПФ [105, 234]. Поэтому очень важно, чтобы принимаемые антигипертензивные препараты имели хорошую переносимость и удобный режим дозирования, что приведет к улучшению качества жизни и мотивирует больных к приему лекарственных средств [73, 75, 271].

Таким образом, лечение гипотензивными препаратами может эффективно снижать АД, но ухудшать КЖ больных, что приводит к отказу от проводимой терапии [73]. В настоящее время недостаточно исследований по изучению влияния КЖ пациентов с АГ на приверженность их к лечению. Выше сказанное выдвигает необходимость продолжать изучение показателей КЖ, как одного из критериев эффективности лечения, что даст возможность повысить и их комплаентность [148].

1.3 Психологический статус у больных артериальной гипертензией и его влияние на комплаентность

Артериальная гипертензия является психосоматическим заболеванием и входит в классическую семерку психосоматических заболеваний. А.Б. Смулевич охарактеризовал психосоматические расстройства как «группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов» [151].

После появления работ W. Cannon в 1929 году, стала серьезно изучаться проблема влияния психоэмоционального состояния на организм человека [202]. В 1936 году H.Selye разработал концепцию «стресса» [266]. Стресс является механизмом приспособления, но имеет место патологическая его разновидность, возникающая в условиях длительно существующей и (или) чрезмерно выраженной гиперактивации нейрогуморальных систем. Это может привести к повреждению

различных органов и систем, и особенно сердечно-сосудистой системы (ССС), считающейся одной из основных мишеней стрессорных воздействий [79].

Развитие и/или обострение психогенно провоцируемых сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) происходит при психотравмирующих ситуациях высокой личной значимости (тяжелые болезни, утрата близкого человека, потеря работы и т.д.) [97, 228]. При этом активируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая и симпато-адреналовая системы (САС), что приводит к увеличению работы сердца, повышению ЧСС и АД, повышению потребности миокарда в кислороде, увеличению риска спазма сосудов, активации механизмов свертывания крови [97, 232].

Хроническая гиперактивация САС и ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) систем вызывает необратимые функциональные и морфологические изменения ССС при стресс-индуцированной АГ, «гипертонии белого халата», «гипертонии экстремальных состояний», «гипертонии на рабочем месте» [79, 110].

Г. Ланг учитывал влияние индивидуальной реактивности организма на возникновение АГ, считая, что «перенапряжение сферы высшей нервной деятельности, в особенности травматизация ее эмоциями и аффектами отрицательного характера, главным образом заторможенными, следует признать фактором, вызывающим гипертоническую болезнь и поддерживающим ее дальнейшее развитие»; «развитию гипертонической болезни способствует слабый тип высшей нервной деятельности и повышенная эмоциональность» [79, 85].

М. Friedman и R. Rosenman (1960) выдвинули гипотезу о поведенческих особенностях личности, названной ими типом А, носители которого в большей степени подвержены развитию ССЗ. Лица с типом А агрессивны, нетерпеливы, амбициозны, постоянно стремятся к достижению цели, не умеют отдыхать [79, 227].

Эта концепция длительное время привлекала исследователей всего мира. Было даже выделено понятие «гипертоническая личность», характеризующееся повышенной тревожностью, интравертированностью, сенситивностью [148, 200]. Другие работы показали независимость активности симпатической нервной системы и показателей гемодинамики от поведенческого типа, и что тип А — вариант

адаптивного поведения, ориентированного на достижение жизненного успеха, не обязательно приводит к развитию ССЗ [79, 201, 219, 265]. Существует и такая точка зрения, согласно которой нет оснований признавать существование особого «гипертонического» типа личности, а описываемые личностные черты больных с различными психосоматическими заболеваниями практически одинаковы [79, 256].

В связи с тем, что роль поведенческого типа А, в предрасположенности к развитию психотравмирующих ситуаций, в последнее время ставится под сомнение, были предприняты попытки выделить внутри рассматриваемого типа личности отдельные компоненты, оказывающие самостоятельное влияние на течение АГ. Так, в исследовании Cardia (2003) было установлено, что из 5 отдельно взятых проявлений личностного типа А: депрессия, тревожность, агрессивность, показатель скорости/нетерпеливости и показатель вовлеченности в работу/силы мотивации для конкурентной борьбы, достоверно коррелируют с дальнейшим развитием АГ только агрессивность и высокий показатель скорости/нетерпеливости [79, 198].

Неоднозначны данные и о других особенностях личности, предрасполагающих к развитию АГ, таких как алекситимия, характеризующейся ригидностью, конкретностью, неспособностью фантазировать, опережающим поведенческим ответом на внешние раздражители [79, 110, 186]. Показано, что у больных АГ с алекситимией фиксируются более высокие цифры офисного АД, худшие показатели суточного мониторирования АД [79]. Другие авторы не обнаруживают связи между алекситимией и течением АГ и полагают, что алекситимия связана с пониженной обращаемостью к врачу по поводу имеющейся АГ [186].

Нередко у больных с ССЗ встречаются психопатологические расстройства [185, 208]. Распространенность тревоги у больных АГ может достигать 54 %, истерии — до 63 %, депрессии — до 65 %, ипохондрии — до 80 % [14, 24, 248, 259]. Частота и выраженность невротической симптоматики у больных АГ возрастает по мере увеличения длительности и тяжести болезни [14, 261].

Подтверждена тесная взаимосвязь (коморбидность) тревожных, депрессивных расстройств и заболеваний ССС [21, 97]. Коморбидность обусловлена вовлеченностью катехоламинергической системы в патогенез депрессивных и тревож-

ных расстройств, а также ССЗ и их осложнений, так как нейромедиаторы принимают участие как в реализации депрессии и тревоги, так и в регуляции деятельности ССС [21, 39, 79].

Среди соматовегетативных нарушений, присущих депрессии, ряд симптомов — колебания АД, тахикардия, вазомоторная лабильность — вполне сопоставимы с начальными проявлениями АГ. В последующем, при отсутствии адекватной терапии и сохраняющихся патогенных факторах, ССЗ обретают специфическое «соматическое оформление» и подчиняются собственным закономерностям течения, отличным от депрессивных расстройств [14].

Существуют различные гипотезы взаимосвязи сердечно-сосудистых и депрессивных расстройств. Депрессивные, тревожно-депрессивные расстройства могут быть первичными, т. е. предшествовать заболеванию ССС, сопутствовать ему или же развиваться вторично на его фоне [21].

Несмотря на высокую распространенность депрессивных и тревожных расстройств при ССЗ, правильный диагноз устанавливается лишь в 10–55 % случаев [21]. Трудности в диагностике обусловлены тем, что 70 % больных депрессией предъявляют исключительно соматические жалобы и одни и те же особенности личности могут иметь место как при депрессивных расстройствах, так и при АГ [4, 39].

Кроме того, депрессивные, тревожно-депрессивные расстройства и ССЗ находятся в реципрокных соотношениях: каждое из них утяжеляет течение другого [209, 260]. Так, например, обострение АГ может провоцировать наступление очередной депрессивной фазы [96]. В свою очередь депрессия и тревога рассматриваются как независимый фактор риска неблагоприятного течения кардиоваскулярных заболеваний, а также смертности от коронарной патологии [146, 258].

Депрессивные и тревожные расстройства влияют на клиническую картину АГ, скрывая ее симптомы, снижают качество жизни, социальную адаптацию больных, ухудшают приверженность к терапии [180, 263, 273]. Большую роль при этом играют несоблюдение депрессивными пациентами рекомендаций врача, несвоевременная отмена, пропуск или отказ от приема гипотензивных препаратов, гиподинамия, курение, злоупотребление спиртным, переедание [96, 180].

Представленные данные свидетельствуют, что в связи с широкой распространенностью психологических расстройств у больных с АГ, необходимы стандартизированные диагностические методы для их выявления. Среди методик психологического обследования достаточно широкое распространение получил Миннесотский многомерный личностный опросник — Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), разработанный американскими психологами S. Hathway и J. Mckinley более 50 лет назад. В нашей стране используется разработанный в лаборатории клинической психологии ВКНЦ АМН РФ отечественный вариант психологического теста Mini-Mult — это сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), отличающийся большей простотой и экономичностью [46, 89].

Для оценки выраженности депрессии широко применяют шкалу CES-D [3, 96]. При наличии 18 баллов и более говорят о депрессивном расстройстве.

Уровень тревожности во многих исследованиях оценивается по шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина, позволяющей оценить реактивную и личностную тревожность [21, 89, 168].

По данным литературы, имеющиеся психосоматические исследования носят «срезовой» характер [15, 131]. Многие важные психологические аспекты АГ не получили достаточного научного толкования. В настоящее время, в сложившееся ситуации недостаточно эффективного лечения АГ [113], возрастает необходимость изучения проблемы в рамках влияния психологического статуса на комплаентность больных и своевременной коррекции выявленных нарушений, препятствующих формированию приверженности больных к выполнению врачебных рекомендаций.

1.4 Лечение больных артериальной гипертензией: современный подход к повышению эффективности антигипертензивной терапии

В России сложилась высокая смертность от ССЗ. В структуре смертности от ССЗ ведущая роль отводится повышенному АД, которое вносит основной вклад в структуру смертности населения РФ [43]. И во всем мире АГ относится к социально-значимым заболеваниям в связи с высокой распространенностью и риском

развития тяжелых осложнений и смерти от них [92, 243]. Эффективная антигипертензивная терапия позволяет значительно уменьшить риск развития ССЗ и уменьшить летальность от них на 10–30 % [92, 243, 245]. Однако только 59 % женщин и 37 % мужчин знают о существовании у них АГ, лечатся только 46 % женщин и 21 % мужчин [52]. Считают лечение эффективным 74 % больных. Активно наблюдаются у врача 70 % больных, 83 % больных контролируют АД в домашних условиях, 16 % посещают школы для больных АГ, но целевые уровни достигаются лишь у 17,5 % женщин и 5,7 % мужчин [85].

Следует отметить, что из-за низкой комплаентности больных, вследствие возрастания частоты и длительности госпитализаций, вызовов СМП, увеличения числа осложнений АГ — острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), значительно увеличивается расход на медицинское обслуживание [5, 67, 190, 225, 247]. Лечение больных АГ обходится в 40 млрд. руб. в год, из них — 35 млрд. руб. расходуется на терапию ССО [150].

Современные подходы к лечению АГ подчеркивают необходимость эффективного снижения АД до целевого уровня, что поможет предотвратить и снизить сердечно-сосудистую смертность [13, 49, 66, 171]. На сегодняшний день методы лечения АГ совершенствуются, но заметного улучшения его результатов пока не наблюдается [9, 49, 135, 150, 191].

АГ нередко протекает в отсутствии клинических симптомов, не сопровождаясь существенной субъективной симптоматикой, прежде всего болевым синдромом, соответственно у таких пациентов не ожидается высокой приверженности к лечению [77].

Снижению приверженности пациентов к лечению и частому отказу от приема препаратов способствует назначение нерациональных комбинаций лекарственных средств, что повышает риск возникновения осложнений и побочных эффектов [102]. Поскольку АГ является хроническим заболеванием, требующим многолетнего лечения, важно учитывать влияние рекомендованного лечения на качество жизни больных в долгосрочной перспективе. Так, рекомендации, оказывающие существенное негативное влияние на качество жизни, могут стать причи-

ной полного отказа от лечения [251]. Да и необходимость приёма самих препаратов воспринимается пациентом с бессимптомной неосложнённой АГ как фактор, снижающий его качество жизни [264]. Несмотря на высокую осведомлённость о риске связанном с АГ, бессимптомное течение АГ создает у пациентов иллюзию «безопасности» заболевания и необязательности регулярного приёма лекарственных препаратов. И нередко, наоборот, развитие осложнений АГ, таких как инфаркт миокарда или сердечная недостаточность, резко ухудшающих качество жизни, меняет отношение больных к лечению [135, 264]. Пациенты с очень высоким риском ССО или с уже развившимся сахарным диабетом или нарушением функции почек в большей степени привержены к лечению [264].

В современных рекомендациях большое значение в лечении АГ придается выявлению и коррекции факторов риска, способствующих утяжелению течения болезни. К модифицируемым факторам риска относят курение, дислипидемию, абдоминальное ожирение, сидячий образ жизни, злоупотребление алкоголем, недостаточную физическую нагрузку, повышенное употребление поваренной соли, длительное сильное нервное перенапряжение. Определенная роль придается нарушениям агрегации крови, повышению С-реактивного протеина, мочевой кислоты, интерлейкинам. Кроме того, выделяют немодифицируемые или маломодифицируемые факторы риска: высокое пульсовое давление, возраст, нарушение толерантности к глюкозе, наследственная предрасположенность. Риск развития осложнений повышается с 5,5 % у пациентов с одним фактором риска до 21,8 % у больных с 8 факторами риска. Поэтому лечение должно быть направлено на коррекцию всех факторов риска. Необходимо назначать препараты с плеiotропными свойствами, т.е. с одномоментным воздействием на несколько факторов риска, что позволит значительно улучшить комплаентность пациентов [116].

Учитывая многофакторный этиопатогенез АГ, для снижения АД до целевого уровня назначают рационально подобранную комбинированную терапию [74, 118, 154]. Комбинированная схема ведения низкодозовыми антигипертензивными препаратами с различными механизмами влияния на АД и возможным потенцированием их действия обеспечивает более длительный антигипертензивный эффект,

необходимую органопroteкцию, что существенно снижает риск развития ССО по сравнению с монотерапией [158, 253]. Назначение комбинированной терапии позволяет почти в 2 раза увеличить число пациентов, ответивших на терапию, повышает частоту достижения целевого уровня АД более чем у 70 % больных [111]. Согласно рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертонии все пациенты из группы высокого риска с уровнем АД больше 160/100 мм рт. ст. должны получать комбинированную терапию как стартовую [220, 221, 257]. Новые российские рекомендации по артериальной гипертензии также отмечают более положительный эффект комбинированной терапии [111]. Поскольку терапия антигипертензивными препаратами проводится очень длительно (нередко пожизненно), вопросы ее безопасности и предупреждения нежелательных эффектов в отдаленные сроки представляют большую практическую значимость [171]. Поэтому принципиально важно, чтобы терапия была максимально эффективной и по улучшению отдаленного прогноза у пациентов с АГ [111].

В настоящее время при определении тактики лечения большое значение придается оценке общего сердечно-сосудистого риска, степень которого определяется не только величиной АД, но также присутствием сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Поэтому снижение риска развития ССО и смерти от них при сохранении хорошего качества жизни является одной из основных задач лечения АГ [107, 111, 189]. Для ее достижения требуется достижение целевого уровня АД, коррекция всех факторов риска, лечение ассоциированных состояний и сопутствующих заболеваний [171, 177].

Целевым уровнем АД при лечении АГ без ассоциированной патологии принято считать АД до 139/89 мм рт. ст. [37, 149, 221]. При наличии сахарного диабета или поражения почек, ССЗ, заболеваний периферических артерий, цереброваскулярных болезней ранее было рекомендовано снижать АД до уровня 130/80 мм рт.ст. [18, 37, 221], при хорошей переносимости — до более низких значений [101], позднее, при сахарном диабете — до уровня 140/85 мм рт. ст. [143, 215, 238], а в Рекомендациях Европейского общества по артериальной гипертонии и Европейского общества кардиологов 2018 года, последних Российских Рекомендациях

2020 года — первоначально всем пациентам рекомендовано добиться снижения АД менее 140/90 мм рт. ст., и в дальнейшем, при хорошей переносимости, у большинства больных следует стремиться снижать АД до 130/80 мм рт. ст. [7, 138].

Результаты многочисленных исследований показали, что антигипертензивная эффективность рекомендуемых основных классов препаратов примерно одинакова, ни один из препаратов не обладает значимым преимуществом в плане предупреждения развития ССО [175, 176, 199].

При назначении антигипертензивной терапии учитываются не только особенности АГ — ее стадия и степень, но и возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний, поражение органов-мишеней, переносимость лекарственных средств и их стоимость [111, 175, 176].

К снижению комплаентности приводит и длительный подбор терапии [69]. Некоторые исследователи рекомендуют оценивать гемодинамический статус для быстрого подбора препаратов, что может повысить эффективность лечения [114]. Патогенетически обоснованное назначение лекарственных средств, вероятно, даст большую гарантию в контроле повышенного АД [38].

В настоящее время при лечении АГ используются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов 1-го типа для ангиотензина II (БРА), β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, диуретики, α -адреноблокаторы и агонисты имидазолиновых рецепторов. Прямые ингибиторы ренина еще не получили широкого применения [203]. Новые препараты находятся в стадии разработки [242].

Для лечения АГ широко используются ИАПФ и БРА [28, 41, 111, 121, 161]. Эти препараты тормозят превращение неактивного ангиотензина I в биологический активный ангиотензин II, обладающим вазопрессорным эффектом, угнетают активность РААС [98]. Одновременно активируется депрессорная система кининов, что также снижает вазоконстрикцию [22, 187, 233]. Ослабление пролиферативного действия ангиотензина II приводит к уменьшению выраженности гипертрофии миокарда и средней оболочки стенки артериол [80]. Тем самым замедляется темп прогрессирования поражения органов мишеней, особенно сердца и сосудов [86, 106]. Также

при длительном лечении ИАПФ предотвращают снижение функции почек, уменьшают выраженность микроальбуминурии и протеинурии [80, 153].

В связи с тем, что ИАПФ уменьшают общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) со снижением постнагрузки на сердце, снижают давление в правом предсердии, в малом круге кровообращения, способствуют повышению сердечного выброса, не вызывая рефлекторной тахикардии, они также используются для лечения больных сердечной недостаточностью [108]. Также отмечен гипоурикемический эффект блокаторов рецепторов ангиотензина II [71, 142].

Антагонисты кальция расширяют коронарные и периферические артерии, снижают ОПСС, снижают артериальное давление, улучшают функцию эндотелия, угнетают агрегацию тромбоцитов, снижают давление в легочной артерии, сочетаясь с дилатацией бронхов, воздействуют на мозговое кровообращение, оказывают антиаритмическое и антисклеротическое действие [50, 68, 157]. В настоящее время широко применяется антагонист кальция III поколения — амлодипин, прошедший множество клинических исследований, доказавших его антиангинальное, гипотензивное, антиатеросклеротическое (уменьшает толщину комплекса интима-медиа) действие и также его способность улучшать диастолическую функцию левого желудочка, при этом не повышая частоту сердечных сокращений [17, 153, 158]. Антагонисты кальция являются препаратами первого выбора у пациентов с изолированной систолической АГ, и показаны пациентам, страдающим сахарным диабетом [111, 163].

β -адреноблокаторы успешно применяются уже на протяжении многих лет [11, 104, 195, 196]. Долгое время они были препаратами первого ряда в лечении АГ [90, 93]. Появление новых представителей этого класса препаратов позволило применять их и при возникающей сердечной недостаточности [19, 152, 218]. Они оказывают антигипертензивное действие, антиишемическое действие, угнетают выработку ренина, антиремоделлирующее действие на миокард, защищая его от гиперкатехолаемии, антиаритмическое действие, предупреждают разрывы бляшек и уменьшают скорость их развития в коронарных артериях [153, 178, 210]. Однако оказалось, что они могут увеличивать риск развития сахарного диабета и

липидных нарушений. Поэтому их больше не считают препаратами 1-й линии. Однако β -адреноблокаторы третьего поколения [229, 230, 250, 270] в отличие от предыдущих лишены многих отрицательных действий [207], они снижают общее периферическое сопротивление [100, 156], обладают значительными защитными свойствами в отношении эндотелия (небиволол), за счет увеличения продукции NO [106, 117, 144, 231] и антипролиферативным эффектом — в плане регрессии структурных изменений сосудов [84, 182, 249]. β -адреноблокаторы с вазодилатирующими свойствами не влияют или даже оказывают положительное влияние на эректильную дисфункцию [143, 213].

Диуретикам свойственен салуретический и диуретические эффекты, они уменьшают объем циркулирующей крови и содержание натрия в организме, блокируют реабсорбцию ионов натрия, хлора, водорода, и, в меньшей степени, калия в проксимальных канальцах и кортикальном сегменте дистального канальца нефрона [1, 58, 115, 216, 267]. Диуретики повышают синтез простагландинов, снижают реактивность сосудистой стенки к ангиотензину II и норадреналину и, угнетают ток кальция в гладкомышечных клетках сосудов, снижают ОПСС [103, 109, 153, 179, 188, 280]. При этом снижаются прессорные реакции на сосудосуживающие вещества и усиливается депрессорная реакция на ганглиоблокирующие средства. При изолированной АГ назначение диуретиков приводит к снижению ударного объема, который способствует развитию систолической гипертензии и повышению пульсового давления, являющегося самостоятельным существенным фактором риска АГ [32, 153]. Спиринолактон и эплеренон оказывают положительный эффект при сердечной недостаточности, их назначают и при резистентной АГ [181, 217].

На сегодняшний день при выборе гипотензивного препарата учитывается его способность влиять на эндотелиальную функцию и жесткость сосудистой стенки [182, 190, 210, 244, 268]. Всего несколько групп препаратов доказали свою способность улучшать функцию эндотелия. Это ИАПФ, БРА и антагонисты кальция, а также единственный представитель β -блокаторов с вазодилатирующим эффектом — небиволол [93].

При устойчивом повышении уровня АД, а также при неэффективности монотерапии необходимо назначать комбинированные препараты, воздействующие сразу на несколько патогенетических звеньев [2, 27, 59, 166, 184, 269]. Согласно Российским рекомендациям (4-й пересмотр) [37] чаще используются следующие комбинации лекарственных препаратов: ИАПФ + диуретик [60], БРА + диуретик [31], ИАПФ + антагонист Са [12, 29, 92, 127, 206], БРА + антагонист Са [172], дигидропиридиновый антагонист Са + β-блокатор, антагонист кальция + диуретик, β-блокатор + диуретик [44, 164]. При неэффективности 2-х компонентной АГ терапии используют 3-компонентную [70, 158, 197].

При лечении и первичной профилактике АГ огромное значение придается коррекции модифицируемых факторов риска, при этом главная роль отводят мероприятиям по изменению образа жизни, рекомендуемые всем больным наряду с проведением медикаментозной терапии, так как они позволяют уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и повысить их эффективность и добиться большего снижения АД. Эти мероприятия включают в себя: отказ от курения; нормализацию массы тела; ограничение потребления алкогольных напитков (менее 30 г/сут для мужчин и 20 г/сут для женщин); увеличение физической нагрузки — регулярные аэробные (динамические) физические тренировки по 30–40 мин не менее 4 раз в неделю; уменьшение потребления поваренной соли до 5 г/сут; изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличение в рационе овощей, фруктов до 400 грамм в день, зерновых, обезжиренных молочных продуктов. Рыбу следует употреблять не менее 2-х раз в неделю, а также уменьшить потребление животных жиров [42, 126, 141, 254].

Патофизиологические механизмы связи АГ с ожирением сложны и включают: гемодинамические факторы (увеличение сердечного выброса, объема циркулирующей крови и ОПСС), повышение инсулинорезистентности и чувствительности к NaCl, усиление симпатической активности [147]. При уменьшении массы тела на 4–8 % снижаются систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) в среднем на 3 и 2,9 мм рт. ст. [147]. Важное место в лечении ожирения отводится физическим тренировкам, диетотерапии и назначению лекарственных препаратов [142, 193, 194].

Физические тренировки оказывают положительное влияние на факторы, регулирующие АД. Под влиянием физических нагрузок вырабатываются эндорфины, снижающие сосудистый тонус и стабилизирующие эмоциональную сферу, повышается устойчивость организма к стрессовым воздействиям. При регулярных физических тренировках у больных АГ снижается тонус симпатической нервной системы и ОПСС, происходит снижение систолического (на 30 мм рт. ст.) и диастолического (на 20 мм рт. ст.) АД, повышаются депрессорные возможности почек, улучшается сократимость миокарда, повышается работоспособность, нормализуется фибринолитическая активность крови, улучшается толерантность к глюкозе [223, 237].

Избыточное потребление соли повышает АД не у всех людей, а лишь у части из них, которые являются чувствительными к соли. Клиническими предикторами повышения чувствительности к соли являются более старший возраст, низкий уровень в крови ренина, инсулинорезистентность и СД, почечная недостаточность, повышенная симпатическая активность [131, 147]. Доказана прямая взаимосвязь между количеством потребления соли и «приваленсом» АГ — числом случаев АГ за определенный период времени [128]. Современные исследования на основе доказательной медицины подтверждают эффективность ограничения потребления соли [129, 262, 278]. В США на период 2010–2020 гг. разработана и введена концепция «идеального кардиоваскулярного здоровья», одним из компонентов которой является регулирование потребления соли [129, 183]. Снижение потребления соли уменьшает уровень АД и снижает риск развития ССЗ [128, 130, 252]. Уменьшение употребления соли до 5 г/сут ведет к снижению систолического артериального давления на 4–5 мм рт. ст. [230]. Рекомендуемый ВОЗ и Минздравом РФ уровень потребления соли менее 5,0 г/сут [279].

Участие психоэмоционального стресса в патогенезе АГ предполагает возможность коррекции АД с помощью психотерапевтических методов [16, 141]. В основе их антигипертензивной эффективности лежит способность психорелаксирующих методик снижать активность САС и РААС [141].

Курение — значимая социально-экономическая проблема. В 2009 году суммарные затраты системы здравоохранения связанные с курением превысили 35

млрд. руб. Из них основная доля затрат обусловлена лечением у курильщиков ССЗ [78, 95]. По результатам российского многоцентрового исследования ОСКАР в стране курит 54,5 % мужчин и 8,8 % женщин [169]. Курение пагубно влияет на организм, в том числе и на ССС. Известно, что поступление никотина в клетку интенсифицирует ее биоэнергетику. Это связано с тем, что никотиновые соединения используются в качестве переносчиков электронов в клеточном дыхании, что ведет к интенсификации синтеза АТФ — главного энергетического аккумулятора организма. Высокая биоэнергетика неизбежно приводит к усилению мышечного тонуса сосудов и повышению АД [23, 272]. ВОЗ курение рассматривает как хроническое рецидивирующее заболевание. Только 3–5 % курящих удается самостоятельно отказаться от курения [53]. Существуют различные способы бросить курить: методы самоконтроля, индивидуальная терапия, программы групповой терапии, никотинзамещающая терапия, влияние на стрессоустойчивость [94, 174]. Большую роль в отношении мотивации курящих лиц на отказ от курения играют врачи, особенно бросившие курить сами [33, 205]. Отмечено, что 25 % пациентов при отказе от курения нуждаются в помощи врача [174]. Борьба с абстиненцией является одним из первых мероприятий при отказе от курения. Здесь эффективна никотинзамещающая терапия (жевательные резинки, пластыри, ингаляторы, назальные спреи, таблетки) и использование варениклина [45]. При использовании никотинзамещающей терапии у пациентов, выкуривающих ≥ 15 сигарет в день, шансы бросить курить составляют 50–70 % [174]. Уже в первые дни отказа от курения риск развития ССЗ снижается на 30 %, а через 2 недели отказа от курения улучшаются биохимические показатели, реологические свойства крови, гемодинамические параметры и сдвиги в сторону нормализации АД [53]. При отказе от курения сердечно-сосудистый риск значительно снижается уже через 10–14 дней, риск коронарных событий уменьшается на 50 % через 2 года, а через 3–5 лет риск смерти бывшего курильщика не превышает таковой у никогда не курившего человека [174].

У лиц, злоупотребляющих алкоголем увеличивается активность симпатической нервной системы, активизируется функция надпочечников, уменьшается синтез простаглиндов, повышается ОПСС, возникает гиперинсулинемия [9].

Повышенное употребление алкоголя на фоне АГ приводит к более быстрому развитию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и проявлению микроальбуминурии [147]. Влияние алкоголя на развитие АГ носит дозозависимый эффект. Была выявлена зависящая от дозы связь между снижением потребления алкоголя и снижением АД [147, 214]. Полное воздержание от приема алкоголя сопровождается постепенным снижением АД в течение 4–6 недель [147].

В завершении следует все же заметить, что, несмотря на большой арсенал эффективных немедикаментозных и медикаментозных средств лечения достигнуть в первичном звене здравоохранения целевого уровня АД у большинства больных АГ, предупредить ее осложнения и снизить смертность заметно не удастся, что, видимо, требует комплексного подхода.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика исследуемого контингента

Работа проводилась на кафедре общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. При написании работы использованы собственные клинические наблюдения больных с АГ с 2009 г. по 2012 г. Обследовано 143 пациентов с АГ находившихся на лечении на участке врача общей практики, от пациентов получено письменное добровольное согласие на участие в исследовании. **Критерии включения:** пациенты с АД > 140/90 мм рт. ст. Продолжительность заболевания до 5 лет была у 30 (20,2 %), от 5 до 9 лет — у 64 (44,7 %), от 10 и больше — у 49 (34,2 %) больных. Образование больных было высоким: 32 (22,3 %) больных имели общее среднее образование, 83 (58,0 %) — специальное среднее, 28 (19,5 %) — высшее.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение больных АГ по полу и возрасту

Возраст, года	Пол	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
30–39	мужской	2 (5,0 %)	2 (5,7 %)	2 (5,2 %)	1 (3,3 %)	> 0,05
	женский	3 (7,5 %)	2 (5,7 %)	2 (5,2 %)	1 (3,3 %)	> 0,05
40–49	мужской	3 (7,5 %)	2 (5,7 %)	3 (7,8 %)	3 (10,0 %)	> 0,05
	женский	4 (10,0 %)	3 (8,5 %)	5 (13,1 %)	3 (10,0 %)	> 0,05
50–59	мужской	6 (15,0 %)	5 (14,2 %)	6 (15,7 %)	5 (16,6 %)	> 0,05
	женский	7 (17,5 %)	7 (20,0 %)	7 (18,4 %)	6 (20,0 %)	> 0,05
60–69	мужской	5 (12,5 %)	6 (17,1 %)	5 (13,1 %)	5 (16,6 %)	> 0,05
	женский	5 (12,5 %)	4 (11,4 %)	5 (13,1 %)	4 (13,3 %)	> 0,05
≥ 70	мужской	2 (5,0 %)	2 (5,7 %)	1 (2,6 %)	1 (3,3 %)	> 0,05
	женский	3 (7,5 %)	2 (5,7 %)	2 (5,2 %)	1 (3,3 %)	> 0,05

Как следует из представленных данных существенных различий по полу и возрасту среди групп сравнения и контроля не выявлено.

Для диагностики артериальной гипертензии использовались Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов 2010 года [37] с выделением АГ 1, 2, 3 степени по наибольшим значениям систолического АД и/или диастолического АД, с выделением I стадии по отсутствию поражения органов-мишеней, II стадии — по присутствию изменений в органах-мишенях, III стадии — по наличию ассоциированных клинических состояний. При обследовании оценивалась не только степень АГ, но и общий сердечно-сосудистый риск, связанный с наличием факторов риска, поражением органов-мишеней и сопутствующих заболеваний.

При исследовании факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и факторов, влияющих на риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) (стратификация риска) определялись значения САД и ДАД, пульсовое АД, индекс массы тела (ИМТ), уровень холестерина (ОХ > 5,0 ммоль/л), гликемия плазмы натощак (5,6–6,9 ммоль/л), курение. Бессимптомное поражение органов-мишеней — гипертрофия левого желудочка определялась по электрокардиографическим признакам (индекс Соколова — Лайона > 38 мм). За Эхо-КГ критерии ГЛЖ принимали значения индекса массы миокарда левого желудочка ≥ 110 г/м² для женщин и ≥ 125 г/м² для мужчин.

Проводили диагностику АКС: ишемическую болезнь сердца (ИБС) устанавливали на основании клинических и инструментальных данных. Диагноз верифицировали по результатам холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ), учитывали наличие инфаркта миокарда в анамнезе. Сахарный диабет 2 типа диагностировали на основании уровня гликемии натощак и профиля гликемии в течение суток. Для исключения диабетической нефропатии исследовались уровень креатинина плазмы и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина с использованием формулы Кокрофта — Гаулта. С учетом зависимости СКФ от пола, возраста и размеров тела, измеренную величину соотносили с величиной «стандартной поверхности тела» — 1,73 м². Показатель

СКФ < 60 мл/мин/м² считали низким. По классификации Keith, Wagener и Barker оценивалась гипертоническая ретинопатия. При антропометрическом исследовании рост измеряли с точностью до 0,5 см, массу тела — с точностью до 0,2 кг с последующим расчетом индекса Кетле (ИМТ) по формуле: масса тела (кг)/рост (м²). Ожирение I степени устанавливали при ИМТ в диапазоне 30–34,9 кг/м², ожирение II степени констатировали при ИМТ = 35–39,9 кг/м², ожирение III степени — при ИМТ > 40 кг/м². Избыточная масса тела определялась при значениях ИМТ = 25–29,9 кг/м².

У 105 (67,5 %) больных была определена 2-я стадия АГ, у 38 (32,5 %) 3-я стадия. В начале исследования по уровню АД 1-я степень артериальной гипертензии отмечалась у 42 (29,3 %), 2-я — у 70 (48,9 %), 3-я — у 31 (21,6 %) больных. У всех больных указанные степени АД были достигнуты на фоне приема гипотензивных препаратов в виде монотерапии. Распределение больных по степени риска сердечно-сосудистых осложнений представлено на рисунке 1. Высокий риск ССО был определен у 99 (69,2 %), очень высокий — у 44 (30,8 %) больных. Как видно из представленных данных, преобладали больные с высоким риском. Такое распределение указывает на наличие многих факторов риска, изменений со стороны органов мишеней, сахарного диабета 2 типа, а у части больных — ассоциированных клинических состояний.

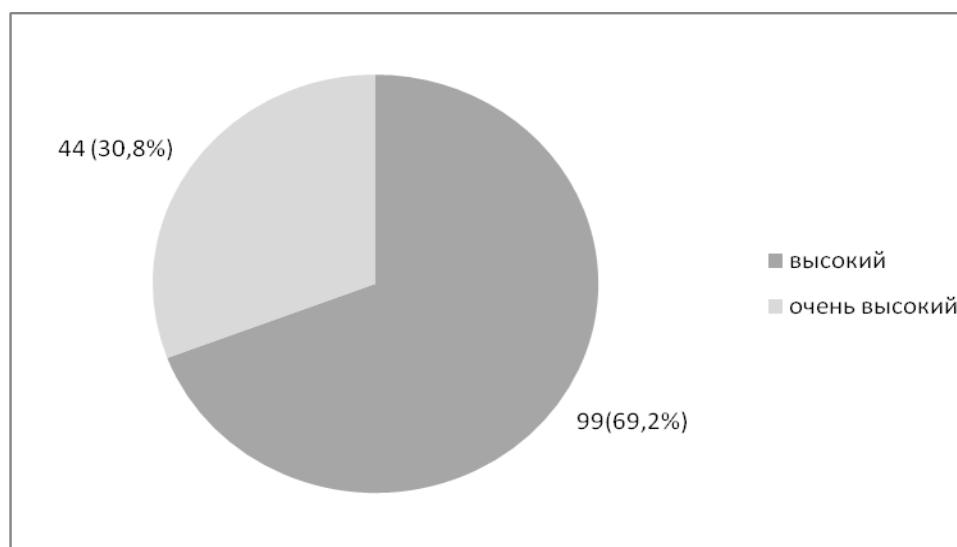


Рисунок 1 — Распределение больных АГ по степени риска ССО

В семейном анамнезе АГ обнаруживалась у 61 (42,6 %) больного. У них были родственники первой степени родства, имевшие АГ до 50-летнего возраста.

Сахарный диабет был выявлен у 6 (4,1 %) больных. Неблагоприятная наследственность по диабету имела место у 10 (6,9 %) больных.

Ишемическая болезнь сердца была обнаружена у 38 (26,5 %) больных. Ожирение — у 26 (18,1 %) больных.

Среди других сопутствующих заболеваний также отмечались: хронический необструктивный бронхит с редкими обострениями — у 5 (3,4 %) больных, хронический антральный поверхностный гастрит — у 12 (8,3 %) больных, язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, стадия ремиссии (после ранее проведенной эрадикационной терапии) — у 3 (2,0 %) больных, хронический некалькулезный холецистит вне обострения — у 7 (4,8 %) больных, хронический колит с запорами — у 8 (5,5 %) больных, остеоартроз — у 74 (51,7 %) больных. Все эти сопутствующие заболевания протекали не тяжело с редкими обострениями и практически мало влияли на течение АГ.

Критерии исключения: в исследуемый контингент не включались больные, имеющие лекарственную аллергию на ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, антагонисты кальция, β -адреноблокаторы, диуретики; пациенты с инфекционными заболеваниями в острой фазе; с перенесенным инфарктом миокарда, с нестабильной стенокардией, перенесенным инсультом; с мерцательной аритмией, с желудочковой экстрасистолией II–IV класса (В. Lown, M. Wolf), хронической сердечной недостаточностью (I–III ст. по классификации Василенко — Стражеско, I–IV Ф.К. по NYHA), хроническим легочным сердцем, с тяжелыми острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нервной системы, со стойкой протеинурией и повышенным креатинином крови (> 124 мкмоль/л у женщин и 133 мкмоль/л у мужчин); ожирением III степени (ИМТ > 40 кг/м²), вторичной симптоматической артериальной гипертензией, почечной и печеночной и недостаточностью [34].

Из медикаментозной терапии, все пациенты получали один из вариантов фиксированных комбинаций лекарственных препаратов: ИАПФ + антагонист

кальциевых каналов (лизиноприл (10 мг) + амлодипин (5 мг), препарат «Экватор»), или БРА + диуретик (лозартан (50 мг) + гидрохлортиазид (12,5 мг), препарат «Лозап плюс»), или бета-адреноблокатор + диуретик (бисопролол (5 мг) + гидрохлортиазид (6,25 мг), препарат «Лодоз»).

Все пациенты были разделены на 4 группы.

Контрольная группа (n = 30) принимала только медикаментозную терапию: 10 (33,3 %) человек получали комбинацию ИАПФ + антагонист кальциевых каналов («Экватор»), 11 (36,6 %) — БРА + диуретик («Лозап плюс»), 9 (30,0 %) — бета-адреноблокатор + диуретик («Лодоз»).

Пациенты 1-й группы (n = 40) проходили обучение в школе для больных АГ. Было проведено 8 занятий по 60–75 минут 2 раза в неделю (первую неделю), затем 1 раз в неделю. Занятия проводились в офисе врача общей практики с 18.30. Приглашение больных осуществлялось при их контакте с лечащим врачом или участковой медсестрой, или по телефону. Занятия проводились в группах по 6–8 человек. Темы занятий представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Темы занятий для пациентов АГ

Темы занятий в школе для больных АГ	Время
Общие вопросы клинической картины и течения АГ	1 час 15 мин
Питание при АГ	2 часа
Рекомендации по физической активности	1 час
Курение и АГ	1 час
Стресс и АГ	1 час
Основы медикаментозного лечения и выполнение врачебных назначений	1 час 15 мин
Кризисы и самопомощь при них	1 час

В 1-й группе из медикаментозной терапии 12 (30,0 %) человек получали комбинацию ИАПФ + антагонист кальциевых каналов («Экватор»), 15 (37,5 %) — БРА + диуретик («Лозап плюс»), 13 (32,5 %) — бета-адреноблокатор + диуретик («Лодоз»).

Пациенты 2-й группы ($n = 35$) были активно вовлечены в занятия физическими тренировками. Основным видом неконтролируемых индивидуальных физических тренировок была дозированная ходьба, включая ходьбу на работу и с работы и ходьбу во внерабочее время, в том числе и в выходные дни. Больные обучались необходимому темпу, так чтобы она соответствовала ходьбе в среднем темпе (120 шагов в минуту) или медленном темпе (100 шагов и менее в минуту) по 45–50 минут не менее 5 раз в неделю. 5 больных по своей инициативе дополнительно к ходьбе посещали бассейн 2 раза в неделю. Всем больным советовали выполнять физические, в том числе и бытовые нагрузки под контролем самочувствия, измерять пульс и АД самостоятельно, аккуратно выполнять назначения врача. Из медикаментозной терапии 11 (31,4 %) человек получали комбинацию ИАПФ + антагонист кальциевых каналов («Экватор»), 13 (37,1 %) — БРА + диуретик («Лозап плюс»), 11 (31,4 %) — бета-адреноблокатор + диуретик («Лодоз»).

В 3-й группе ($n = 38$) пациентов был применен психологический метод (выработка доминанты здоровья) занятия проводились в группах из 6–8 человек лечащим врачом с периодическим присутствием психотерапевта (научного консультанта) 2 раза в неделю. Кроме того, больным были рекомендованы самостоятельные занятия 2 раза в день и более. В этой группе нами использовались следующие методики: прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона) [76, 173], произвольное самовнушение (метод Куэ) [76], техника созидающих визуализаций Ш. Гавэйн [72].

Упражнения прогрессивной мышечной релаксации осваивались больными в группе из 6–8 человек под руководством семейного врача с периодическим присутствием психотерапевта (научного консультанта). Занятия проводились 2 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения больные проводили самостоятельно 2 раза в день. Каждый сеанс продолжался от 30 минут (индивидуальный) до 60 минут (групповой). Весь курс обучения занимал от 2 до 3 месяцев. Далее больные должны были заниматься дома самостоятельно. Очень важным в этом методе выработка больным чувства полного расслабления. Такой навык необходим больному и для использования других психологических методов.

Сеансы произвольного самовнушения, сочетающиеся с расслаблением больные проводили самостоятельно утром при пробуждении и вечером перед засыпанием, а также на работе 1–2 раза в день, в том числе и в обеденный перерыв. Мы рекомендовали сразу после него переходить к методу созидающих визуализаций, т.е. сочетать эти методы.

Из комбинированной медикаментозной терапии больные 3-й группы получали: 12 (31,5 %) человек — ИАПФ + антагонист кальциевых каналов («Экватор»), 14 (36,8 %) — БРА + диуретик («Лозап плюс»), 12 (31,5 %) — бета-адреноблокатор + диуретик («Лодоз»).

Таким образом, во всех группах сравнения (контроль + 3 группы) больные получали одинаковую комбинированную терапию.

Распределение пациентов по степени и стадии АГ, риску ССО, наличию АКС, сопутствующих заболеваний и характеру комбинированной терапии представлены в таблицах 3–6.

Таблица 3 — Распределение пациентов исследуемых групп по степени и стадии АГ, риску ССО

Параметры	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
1-я степень АГ (n = 42)	12 (30,0 %)	10 (28,6 %)	11 (29,0 %)	9 (30,0 %)	> 0,05
2-я степень АГ (n = 70)	19 (47,5 %)	17 (48,6 %)	19 (50,0 %)	15 (50,0 %)	> 0,05
3-я степень АГ (n = 31)	9 (22,5 %)	8 (22,8 %)	8 (21,0 %)	6 (20,0 %)	> 0,05
II стадия (n = 105)	28 (70,0 %)	27 (77,1 %)	27 (71,0 %)	23 (76,7 %)	> 0,05
III стадия (n = 38)	12 (30,0 %)	8 (22,9 %)	11 (29,0 %)	7 (23,3 %)	> 0,05
Высокий риск (3) (n = 99)	26 (65,0 %)	26 (74,3 %)	25 (65,8 %)	22 (73,3 %)	> 0,05
Очень высокий риск (4) (n = 44)	14 (35,0 %)	9 (25,7 %)	13 (34,2 %)	8 (26,7 %)	> 0,05

Как видно из представленных данных, риск 2–4 степени встречался с одинаковой частотой во всех исследуемых группах и контроле. Распределение больных по степени и стадии АГ также не имело существенных различий во всех исследуемых группах.

Таблица 4 — Распределение больных исследуемых групп по частоте встречаемости АКС и сопутствующих заболеваний

АКС и сопутствующие заболевания	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Ожирение (n = 26)	8 (20,0 %)	6 (17,1 %)	7 (18,4 %)	5 (16,6 %)	> 0,05
Сахарный диабет (n = 6)	2 (5,0 %)	1 (2,8 %)	2 (5,2 %)	1 (3,3 %)	> 0,05
ИБС, стенокардия I–II ф.к. (n = 38)	12 (30,0 %)	8 (22,8 %)	11 (28,9 %)	7 (23,3 %)	> 0,05
Остеоартроз (n = 74)	21 (52,5 %)	18 (51,4 %)	20 (52,6 %)	15 (50,0 %)	> 0,05

Таким образом, сопутствующая патология встречалась с одинаковой частотой во всех исследуемых группах.

Таблица 5 — Распределение больных по характеру получаемого лечения

Лечение	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Амлодипин + лизиноприл (5 мг + 10 мг) («Экватор»)	12 (30,0 %)	11 (31,4 %)	12 (31,5 %)	10 (33,3 %)	> 0,05
Лозартан + гидрохлортиазид (50 мг + 12,5 мг) («Лозап плюс»)	15 (37,5 %)	13 (37,1 %)	14 (36,8 %)	11 (36,6 %)	> 0,05
Бисопролол + гидрохлортиазид (5 мг + 6,25 мг) («Лодоз»)	13 (32,5 %)	11 (31,4 %)	12 (31,5 %)	9 (30,0 %)	> 0,05

Как следует из представленных данных, все три исследуемые комбинации препаратов были использованы на равнозначных по количеству пациентов группах.

Такое распределение больных обеспечивало большую уверенность при сравнениях в действии выбранных факторов, воздействующих на комплаентность больных и результаты лечения.

Клиническая картина оценивалась на основе жалоб больного, анамнеза, полного клинического обследования. Обследование каждого пациента включало: расспрос (жалобы, анамнез), физическое исследование (измерение роста и массы тела пациента с вычислением индекса массы тела, подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) в 1 минуту, а также исследование сердечно-сосудистой, дыха-

тельной, пищеварительной, мочевыделительной и эндокринной систем. Из параклинического обследования были выполнены: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий холестерин, глюкоза, креатинин). Дополнительно все больные с АГ были осмотрены окулистом с исследованием глазного дна, а также — неврологом, кардиологом, эндокринологом и при наличии сопутствующих заболеваний — другими узкими специалистами.

В настоящее время основополагающая роль в возникновении и течении АГ, отводится теории влияния факторов риска. Одни из них относят к немодифицируемым, другие — к модифицируемым, которые могут быть изменены по силе, по времени воздействия, так и полностью исключены.

Для оценки факторов риска были взяты следующие диагностические критерии факторов риска, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний (таблица 6):

- курение табака — ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более;
- нерациональное питание — избыточное потребление пищи, углеводов, жиров, недостаточное употребление овощей и фруктов (менее 400 граммов или менее 4–6 порций в сутки);
- избыточное употребление NaCl — потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, не пробуя ее, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий);
- избыточная масса тела — ИМТ 25 кг/м^2 и более;
- низкая физическая активность — ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день;
- гиперхолестеринемия — уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более;
- чрезмерное употребление алкогольных напитков более 20 г алкоголя в день для женщин и более 30 г алкоголя в день для мужчин;
- хронический стресс фиксировался при наличии менее 2,82 баллов — у женщин, и менее 3 — у мужчин по шкале Ридера (Reeder L.G. et al., 1969) [42, 122, 141, 145].

Таблица 6 — Показатели факторов риска ХНИЗ у пациентов исследуемых групп, абс (%), $M \pm m$

Факторы риска	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Курение	13 (32,5 %)	8 (22,8 %)	10 (26,3 %)	9 (30,0 %)	> 0,05
Избыточное употребление алкоголя	2 (5,0 %)	1 (2,8 %)	–	2 (6,6 %)	> 0,05
Соблюдение диетических рекомендаций	21 (52,5 %)	19 (54,2 %)	23 (60,5 %)	2 (6,6 %)	> 0,05
Избыточное употребление NaCl	17 (42,5 %)	14 (40,0 %)	16 (42,1 %)	16 (53,3 %)	> 0,05
Недостаточная физическая активность	30 (75,0 %)	27 (77,1 %)	28 (73,6 %)	13 (43,3 %)	> 0,05
Увеличенный индекс массы тела	32 (80,0 %)	29 (82,8 %)	31 (81,5 %)	24 (80,0 %)	> 0,05
Наличие хронического стресса	15 (37,5 %)	12 (34,2 %)	14 (36,8 %)	11 (36,6 %)	> 0,05
Общий холестерин (ммоль/л), $M \pm m$	6,76 ± 0,25	6,93 ± 0,25	6,68 ± 0,19	6,82 ± 0,28	> 0,05

Как показывают данные, представленные в таблице 6, факторы риска ХНИЗ встречались с одинаковой частотой в исследуемых группах.

Все данные о пациенте вносились в индивидуальную регистрационную карту, в которой отражались следующие данные:

1. Возраст, пол, образование, уровень АД, диагноз, семейный анамнез, наличие у родственников СД и АГ, употребление алкоголя, курение, физическая активность, пристрастие к соленой пище, нарушения питания и какие, наличие хронического стресса, продолжительность заболевания, перенесенные и сопутствующие заболевания, прием лекарственных средств, наличие у больного дома аппарата для измерения АД (Все больные, включенные в исследование, имели аппарат для измерения АД).

2. Данные антропометрии: определение массы тела, роста пациента с последующим вычислением индекса массы тела [ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) = вес (кг)/рост (м^2)].

3. Результаты лабораторных и дополнительных методов исследования: общий анализ крови с подсчетом форменных элементов крови автоматическим методом на гематологическом анализаторе МЕК-6400К, с определением СОЭ методом Панченкова на штативе и капилляре Панченкова, общий анализ мочи — автоматическим методом тест полосками 10EA Япония на анализаторе мочи, определение общего холестерина плазмы крови (ммоль/л) методом ферментативного гидролиза с окислением, глюкозы — глюкозооксидазным методом, креатинина плазмы крови (мкмоль/л) кинетическим методом Яффе без депротеинизации автоматическим биохимическим анализатором «Сапфир 400» реактивами RANDOX с последующим расчетом клиренса креатинина (мл/мин) по формуле Кокрофта — Гаулта $[(88 \times (140 - \text{возраст}) \times \text{масса тела, кг}) \div (72 \times \text{креатинин, мкмоль/л})]$, для женщин результат $\times 0,85$], заключения ЭКГ, проводимого в 12 отведениях, последующим расчетом индекса Соколова — Лайона ($S1 + R6 > 38$ мм — ГЛЖ), Эхо-КГ, УЗИ почек, УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ брахиоцефальных сосудов — на универсальном ультразвуковом сканере «КАРИС ПЛЮС, холтеровского мониторирования ЭКГ — на мониторах «ХОЛТЕР-ДМС» МЭКГ-НС-02 и МЭКГ-НС-03, консультации невролога, окулиста, эндокринолога и других узких специалистов по показаниям.

2.2 Специальные методы исследования

2.2.1 Измерение артериального давления на врачебном приеме проводилось 2-кратно с интервалом в 3 минуты и осуществлялось откалиброванным стрелочным сфигмоманометром в положении больного сидя после 5-минутного отдыха с последующим расчетом среднего значения. Целевой уровень АД считался достигнутым, если в течение 2-х последних измерений при посещении врача АД было менее 140/90, и при неоднократном самостоятельном измерении рано утром у больного АД было меньше 135/85 мм рт. ст.

2.2.2 Методы оценки комплаентности больных артериальной гипертензией

Комплаентность больных оценивалась по комплексу показателей:

- по динамике присутствующих модифицируемых факторов риска, отражающих приверженность к выполнению немедикаментозных методов лечения;
- по методу С.В. Давыдова [26] путем вычисления основных факторов комплаенса;
- по результатам лечения: по изменениям уровня АД, по числу больных с достигнутым целевым уровнем АД, по числу случаев и дней временной нетрудоспособности (ВН), по количеству госпитализаций, по количеству вызовов «скорой медицинской помощи» (СМП), по частоте осложнений в виде ОИМ и ОНМК, что при сравнении с аналогичными показателями рандомизированной группы сравнения характеризует приверженность больных к выполнению медикаментозного лечения.

Помимо этого, проводилась экономическая оценка результатов влияния на комплаентность больных.

Поскольку на приверженность больных к выполнению врачебных назначений способны влиять качество жизни пациента и особенности его психологического статуса, то прослеживались и их показатели.

Суть метода С.В. Давыдова [26] состоит в вычислении показателя комплаенса основных составляющих его факторов: финансовой готовности оплачивать лечение, медико-социальной адаптированности, информированности, коммуникабельности, отсутствия приверженности к лечению нетрадиционными способами, удовлетворенности режимом назначенной терапии, отсутствия склонности к медико-социальной изоляции, доверия к терапевтической стратегии лечащего врача, результативности проводимой или ранее проведенной терапии.

Учитывая, что приверженность к лечению больного формируется в силу выраженности на него влияния оцениваемых 9 факторов комплаенса, при получении результатов анкетирования: -2 балла соответствует низкой степени, -1 — ни-

же средней, 0 — средней, +1 — выше средней, +2 — высокой степени выраженности влияния этих факторов на приверженность.

Исходные показатели комплаентности по методу С.В. Давыдова представлены в таблице 7.

Таблица 7 — Показатели комплаентности больных АГ, исходно, Me (Iq; uq)

Показатели комплаентности	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Финансово-экономическая готовность к затратам на лечение	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	> 0,05
Медико-социальная адаптированность	0,0 (-1,0; 0,5)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Медико-социальная информированность	0,0 (-0,5; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	> 0,05
Медико-социальная коммуникабельность	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	-0,5 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Удовлетворенность назначенной терапией	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Медико-социальная изоляция	-0,5 (-1,0; 1,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)	> 0,05
Доверие к своему врачу	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 0,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Удовлетворенность результатами лечения	0,0 (-1,0; 0,5)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05

Показатели комплаентности оцениваемые по результатам лечения (по уровню АД) представлены в таблице 8.

Таблица 8 — Показатели АД у пациентов исследуемых групп, исходно, $M \pm m$

Артериальное давление	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Систолическое (мм рт. ст.)	159 ± 2,72	157 ± 2,31	158 ± 2,34	160 ± 1,54	> 0,05
Диастолическое (мм рт. ст.)	98 ± 2,45	97 ± 1,82	98 ± 2,18	98 ± 1,38	> 0,05

Как видно из представленных данных, показатели АД не имели значимых отличий в исследуемых группах.

2.2.3 Методы оценки психологического состояния больных артериальной гипертензией

Для оценки психологического статуса использовался сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), разработанный В.П. Зайцевым (1981) и представляющий собой русский вариант Mini-Mult (1968) [46, 89], для оценки уровня тревожности — шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина [89], депрессии — анкета CES-D [3].

Опросник Мини-Мульт содержит 11 шкал, из них 3 — оценочные (лжи, достоверности, коррекции), остальные — базисные (ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, паранойяльности, психастении, шизоидности, гипомании).

При построении профиля личности высокими оценками считаются показатели более 70, низкими — менее 40 [46, 89]. Показатели психологического статуса по опроснику СМОЛ представлены в таблице 9.

Шкала реактивной и личностной тревожности была разработана С.Д. Spielberger (1970, USA) и в нашей стране модифицирована, адаптирована и стандартизирована Ю.Л. Ханиным (1976, 1978). При интерпретации результат можно оценивать как низкий уровень тревожности — до 30 баллов, умеренный — 31–45 баллов, высокий — 46 баллов и выше [89].

Таблица 9 — Психологический статус по опроснику СМОЛ, Me (lq; uq)

Показатели СМОЛ	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Лжи	49,0 (42,0; 52,0)	49,0 (39,0; 57,0)	49,0 (42,0; 57,0)	52,0 (42,0; 55,0)	> 0,05
Достоверности	45,0 (39,0; 52,0)	52,0 (39,0; 55,0)	52,0 (45,0; 57,0)	49,0 (42,0; 55,0)	> 0,05
Коррекции	52,0 (42,0; 55,0)	52,0 (45,0; 59,0)	49,0 (42,0; 55,0)	52,0 (45,0; 55,0)	> 0,05
Ипохондрии	69,0 (65,0; 75,0)	65,0 (55,0; 65,0)	62,0 (52,0; 69,0)	62,0 (55,0; 62,0)	> 0,05
Депрессии	69,0 (62,0; 72,0)	65,5 (55,0; 72,0)	65,0 (59,0; 72,0)	65,0 (65,0; 72,0)	> 0,05
Истерии	72,0 (65,0; 75,0)	69,0 (62,0; 72,0)	72,0 (65,0; 75,0)	69,0 (65,0; 75,0)	> 0,05
Психопатии	55,0 (52,0; 62,0)	52,0 (49,0; 65,0)	55,0 (49,0; 62,0)	52,0 (52,0; 62,0)	> 0,05
Паранойяльности	52,0 (49,0; 65,0)	49,0 (45,0; 59,0)	52,0 (49,0; 62,0)	52,0 (49,0; 62,0)	> 0,05
Психастении	65,0 (59,0; 70,5)	62,0 (59,0; 65,0)	69,0 (62,0; 72,0)	62,0 (59,0; 69,0)	> 0,05
Шизоидности	59,0 (53,5; 65,0)	55,0 (52,0; 65,0)	55,0 (52,0; 65,0)	57,0 (52,0; 63,5)	> 0,05
Гипомании	52,0 (45,0; 59,0)	52,0 (49,0; 55,0)	52,0 (45,0; 59,0)	53,5 (49,0; 65,0)	> 0,05

Показатели тревожности по анкете Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина представлены в таблице 10.

Таблица 10 — Показатели тревожности по анкете Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина, исходно, Me (lq; uq)

Тревожность	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Реактивная	49,0 (40,0; 63,0)	49,0 (38,0; 63,0)	50,0 (40,0; 64,0)	49 (36,0-58,0)	> 0,05
Личностная	48,0 (36,0; 62,0)	48,0 (32,0; 58,0)	48,0 (36,0; 64,0)	48 (30,0-60,0)	> 0,05

Анкета CES-D — разработка Центра эпидемиологических исследований США содержащая 20 вопросов, использовалась для выявления депрессии. После заполнения опросника подсчитывался общий бал. Нормой является CES-D \leq 19 баллов. При определении 19 и более баллов считается, что у больного имеются признаки явной депрессии [3].

Показатели депрессии по анкете CES-D представлены в таблице 11.

Таблица 11 — Показатели депрессии по анкете CES-D, исходно, Me (Iq; uq)

Показатель	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Депрессия	16,0 (9,0; 22,0)	16,0 (8,0; 20,0)	15,0 (10,0; 23,0)	15 (8,0; 22,0)	> 0,05

Как видно из представленных таблиц 9–11, показатели психологического статуса не имели значимых отличий в исследуемых группах.

2.2.4 Методы оценки качества жизни больных артериальной гипертензией

Для определения КЖ больных артериальной гипертензией использовались широко распространенная общая методика «Краткий медицинский опросник» — Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36) [239] и специализированный опросник академика П.И. Сидорова (2006) [151].

Опросник SF-36 содержит 36 вопросов и позволяет оценить качество жизни по 100-балльной шкале возможного уровня по следующим критериям: сравнительной оценки самочувствия с предыдущим годом, физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боли, общего восприятия здоровья, жизнеспособности, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психического здоровья.

Показатели качества жизни по анкете SF-36 у исследуемых групп представлено в таблице 12.

Таблица 12 — Качество жизни по анкете SF-36 исходно, Me (Iq; uq)

Показатели КЖ	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Сравнительная оценка с прошлым годом	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 40,0)	> 0,05
Физическая активность	35,0 (35,0; 40,0)	40,0 (35,0; 50,0)	40,0 (35,0; 40,0)	40,0 (35,0; 40,0)	> 0,05
Роль физического состояния	25,0 (25,0; 50,0)	50,0 (25,0; 50,0)	50,0 (25,0; 50,0)	25,0 (25,0; 60,0)	> 0,05
Боль	41,0 (20,0; 52,0)	32,0 (20,0; 64,0)	41,0 (20,0; 53,0)	41,0 (22,0; 53,0)	> 0,05
Общее здоровье	35,0 (20,0; 40,0)	40,0 (20,0; 52,0)	40,0 (35,0; 52,0)	40,0 (30,0; 52,0)	> 0,05
Жизнеспособность	35,0 (15,0; 45,0)	40,0 (30,0; 50,0)	35,0 (15,0; 45,0)	40,0 (30,0; 45,0)	> 0,05
Социальная активность	50,0 (25,0; 50,0)	50,0 (25,0; 62,5)	43,75 (25,0; 51,25)	50,0 (25,0; 62,5)	> 0,05
Роль эмоциональных факторов	33,3 (0,0; 66,6)	33,3 (33,3; 66,6)	33,3 (33,3; 66,6)	33,3 (0,0; 66,6)	> 0,05
Психическое здоровье	40,0 (32,0; 48,0)	36,0 (36,0; 48,0)	40,0 (32,0; 48,0)	36,0 (28,0; 40,0)	> 0,05

Опросник П.И.Сидорова позволяет комплексно оценить три основных стороны КЖ больных АГ: физическую, психическую и социальную [151]. Он состоит из 60 вопросов, разбитых на 3 блока по 20 вопросов в каждом.

В I блоке оценивается физическая составляющая КЖ, степень влияния ограничения физической активности на самообслуживание, выполнение работы, повседневную деятельность. Кроме этого, учитывается влияние на качество жизни соматических жалоб больных, уровня артериального давления, а также наличие осложнений АГ.

Особенности психического самочувствия определяются по II блоку вопросов, где учитывается наличие депрессии и тревоги, влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной и профессиональной деятельности.

Социальное функционирование оценивается в III блоке вопросов, в котором исследуется качество взаимоотношений с окружающими и их изменения на работе, в кругу друзей, с медицинским персоналом, в семье.

Пациент выражает свое отношение по каждому из указанных вопросов одним из четырех возможных ответов, более всего свойственным для него в настоящее время, оцениваемых баллами. При переводе баллов в стандартные (или проценты от максимально возможных величин) по всем компонентам следует считать: 100–75 стандартных баллов — хорошие показатели, 74–50 — удовлетворительные, 25–49 — неудовлетворительные, 0–24 — крайне неудовлетворительные показатели (таблица 13).

Таблица 13 — Качество жизни по опроснику П.И. Сидорова, Me (lq; uq)

Качество жизни	1 группа (n = 40)	2 группа (n = 35)	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)	p
Соматическое	52,0 (35,0; 57,0)	54,0 (33,0; 67,0)	54,0 (34,0; 59,0)	56,0 (41,0; 63,0)	> 0,05
Психическое	53,5 (37,0; 56,0)	53,0 (37,0; 59,0)	55,0 (30,0; 62,0)	54,0 (38,0; 60,0)	> 0,05
Социальное	55,0 (32,0; 58,0)	55,0 (40,0; 61,0)	57,0 (38,0; 61,0)	57,0 (39,0; 59,0)	> 0,05

Как видно из представленных таблиц 12 и 13, в исследуемых группах показатели качества жизни значимо не отличались.

2.2.5 Статистическая обработка материалов исследования

При обработке полученного материала использовались методы вариационной статистики. Для проверки гипотезы о соответствии выборочных данных нормальности распределения вариационных рядов использовался критерий Пирсона. При нормальном законе распределения (которому подчинялись показатели холестерина, АД, ЧСС) данные выражались в следующем виде: средняя арифметическая (M) \pm ошибка средней арифметической (m). Для признаков, не подчиняющихся закону нормального распределения вычислялась медиана (Me) и интерквартильный размах — 25-й и 75-й процентиля (lq ; uq) и (или) указывалось абсолютное и относительное (%) число больных, имеющих тот или иной признак. Для определения

статистической значимости различий величин при нормальном распределении применялся критерий t-Стьюдента, при ненормальном распределении использовались непараметрические критерии — Манна — Уитни (при сравнении между группами) и Вилкоксона (внутри группы), для определения статистической значимости различий величин модифицируемых факторов риска использовались — χ^2 , а при ожидаемых частотах менее 5 — точный критерий Фишера. При расчете и изучении корреляционных взаимосвязей для изучаемых ненормально распределенных показателей проводили ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Различия и корреляционные связи считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Анализ эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов контрольной группы

При включении пациентов в исследование, 1 степень АГ была у 9 (30,0 %) человек, 2 степень — у 15 (50,0 %), 3 степень — у 6 (20,0 %) человек, II стадия — у 23 (76,7 %), III стадия — у 7 (23,3 %), высокий риск — 22 (73,3 %), очень высокий риск — у 8 (26,7 %). Через 1 год целевой уровень АД был достигнут у 6 (20,0 %) (оптимальное АД — у 1 (3,3 %), нормальное — у 2 (6,6 %), высокое нормальное — у 3 (10 %) человек), 1 степень АГ — 22 (73,3 %) ($p < 0,05$), 2 степень — у 2 (6,6 %) ($p < 0,05$), средний риск — у 3 (10,0 %), высокий риск — у 19 (63,3 %) ($p > 0,05$), очень высокий риск — у 8 (26,7 %) человек ($p > 0,05$). Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было.

Средние цифры АД (САД/ДАД) до включения в исследование у больных контрольной группы составили: систолическое — $160 \pm 1,54$ мм рт. ст., через 1 год — $153 \pm 1,67$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), диастолическое — $98 \pm 1,38$ мм рт. ст., через 1 год — $94 \pm 2,29$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). Динамика АД у больных контрольной группы, принимающих разные комбинации лекарственных препаратов представлена в таблице 14.

Таблица 14 — Динамика АД (в мм рт. ст.) в контрольной группе, исходно и через год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	АД	Исходно	Через 1 год
Лозартан + гидрохлортиазид (50 мг + 12,5 мг)	САД	$160 \pm 1,47$	$154 \pm 1,56^*$
	ДАД	$97 \pm 2,32$	$93 \pm 2,69$
Амлодипин + лизиноприл (5 мг + 10 мг)	САД	$160 \pm 1,52$	$153 \pm 2,57^*$
	ДАД	$98 \pm 1,34$	$94 \pm 2,25$
Бисопролол + гидрохлортиазид (5 мг + 6,25 мг)	САД	$159 \pm 2,55$	$151 \pm 1,63^*$
	ДАД	$98 \pm 2,38$	$94 \pm 2,12$

Примечание: * ($p < 0,05$) — достоверные отличия через год от исходных данных.

Динамика ЧСС в контрольной группе исходно и через 1 год после лечения представлена в таблице 15.

Таблица 15 — Динамика ЧСС (в мин) в контрольной группе, исходно и через 1 год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	ЧСС	
	исходно	через 1 год
Лозартан + гидрохлортиазид (50 мг + 12,5 мг)	72,2 ± 2,28	69,2 ± 2,58
Амлодипин + лизиноприл (5 мг + 10 мг)	73,4 ± 2,64	67,3 ± 2,76
Бисопролол + гидрохлортиазид (5 мг + 6,25 мг)	68,2 ± 2,87	60,2 ± 2,58*
Примечание: * ($p < 0,05$) — достоверные отличия через год от исходных данных.		

Факторы риска ХНИЗ

Из 30 больных курили 9 (30,0 %) человек.

Следует отметить, что среди исследуемых пациентов не было лиц, употреблявших алкоголь ежедневно даже в дозах, считающихся не токсичными: 20 мл алкоголя для женщин и 30 мл — для мужчин. Однако на периодическое (до двух раз в неделю) употребление алкоголя указали 2 (6,6 %) больных.

Пациентам с АГ рекомендуется употреблять пищу богатую овощами и фруктами (не менее 400 г в день), продукты с низким содержанием жиров, особенно насыщенных, включать в рацион молочные продукты с уменьшенным содержанием жира, а также рыбу — не менее 2 раз в неделю (42, 141). В полном объеме таких рекомендаций по питанию не придерживался никто из 30 исследованных больных, а 16 (53,3 %) человек признали значительный дефицит в питании овощей и фруктов. Избыточное употребление соли, из-за пристрастия к солёной пище отметили 13 (43,3 %) больных. Эти данные свидетельствуют о невысокой культуре питания исследуемых больных.

Недостаточную физическую активность у себя отметили 23 (76,6 %) больных. Никто из них не занимался в группах «Здоровья», не посещал бассейн, и не совершал регулярные прогулки в быстром или умеренном темпе по 30–40 минут до 4–5 раз в неделю.

У 24 (80,0 %) больных регистрировался увеличенный индекс массы тела. Каких-либо мероприятий по снижению лишнего веса, никто из указанных больных реально не предпринимал.

Наличие хронического стресса отметили 11 (36,6 %) больных.

Общий холестерин был увеличен у 25 (83,3 %) больных и в среднем по группе равнялся $6,82 \pm 0,28$ ммоль/л.

Все больные получали только лекарственную терапию и через 1 год были анкетированы повторно: 7 (23,3 %) человек продолжали курить ($p > 0,05$). На периодическое излишнее употребление алкоголя указал 1 (3,3 %) больной ($p > 0,05$).

Сохранение значительных отклонений от рекомендаций по рациональному питанию продолжали отмечать у себя 14 (46,6 %) пациентов ($p > 0,05$).

На избыточное употребление соли указали 11 (36,6 %) больных ($p > 0,05$), 2 (6,6 %) пациента внесли коррекцию в употребление соли: исключили употребление соленых продуктов, стали слегка недосаливать пищу.

Недостаточную физическую активность продолжали отмечать у себя 20 (66,6 %) больных ($p > 0,05$), 3 (10,0 %) пациента включив в свой образ жизни физические нагрузки в виде дозированной ходьбы 40–50 мин, стали ходить с работы и на работу пешком.

Увеличенный индекс массы тела сохранялся у 22 (73,3 %) человек ($p > 0,05$), 2 (6,6 %) человек добились снижения ИМТ с $29,15 \pm 0,77$ до $24,60 \pm 0,12$ кг/м².

Наличие хронического стресса продолжали отмечать 9 (30,0 %) человек ($p > 0,05$).

Сохранялся повышенным показатель общего холестерина у 23 (76,6 %) человек, и среднее его значение в группе составило $6,25 \pm 0,27$ ($p > 0,05$). в сравнении с исходными данными.

Динамика модифицируемых факторов риска у больных АГ контрольной группы представлены в таблице 16.

Таблица 16 — Динамика модифицируемых факторов риска у больных контрольной группы, абс (%), $M \pm m$

Факторы риска	Исходно	Через 1 год	p
Курение	9 (30,0 %)	7 (23,3 %)	$p > 0,05$
Избыточное употребление алкоголя	2 (6,6 %)	1 (3,3 %)	$p > 0,05$
Соблюдение диетических рекомендаций	16 (53,3 %)	14 (46,6 %)	$p > 0,05$
Избыточное употребление NaCl	13 (43,3 %)	11 (36,6 %)	$p > 0,05$
Недостаточная физическая активность	23 (76,6 %)	20 (66,6 %)	$p > 0,05$
Увеличенный индекс массы тела	24 (80,0 %)	22 (73,3 %)	$p > 0,05$
Наличие хронического стресса	11 (36,6 %)	9 (30,0 %)	$p > 0,05$
Общий холестерин (ммоль /л), $M \pm m$	$6,82 \pm 0,28$	$6,25 \pm 0,27$	$p > 0,05$

Как видно из представленных данных, в контрольной группе больных отмечается положительная динамика (хотя и недостоверная) уменьшения факторов риска. Это может указывать на существование «слабого фона» просвещения, ведущего к повышению медицинских знаний среди больных и среди всего населения. Однако их поведение меняется крайне незначительно.

При изучении комплаентности по методу С.В. Давыдова оказалось, что в этой группе 10 (33,3 %) признали, что не готовы тратить на лечение значительную часть своих финансовых средств (низкая степень влияния данного фактора комплаентности). Готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) 12 человек (40,0 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 2 человека (6,66 %), готовы при необходимости потратить почти все имеющиеся средства (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 человек (20,0 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 человек (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

Выполнять все назначения лечащего врача (покупка лекарств, явка на диспансерный осмотр в поликлинику, соблюдение диеты, режима дня) считали для себя практически невозможным (низкая степень влияния данного фактора ком-

плаентности) 5 человек (16,6 %), крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 8 (26,6 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 7 (23,3 %), не легко (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 (23,3 %), легко (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (10,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

От врача информацию о всех назначенных лекарственных средствах (основной механизм действия, показания, противопоказания, побочные действия, длительность приема, сочетание) не имели и не пытались получить (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 4 человека (13,3 %), имели о незначительной части сведений (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 4 человека (13,3 %), имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 8 человек (26,6 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 12 человек (40,0 %). Имели достаточную информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 человека (6,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами (преимущественный прием «народных средств лечения») и лечиться исключительно у своего врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 12 человек (40,0 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 5 (16,6 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (30,0 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 4 (13,3 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

При оценке имеющегося контакта с врачом: желание откровенно поговорить с доктором, его выслушать, получить советы по немедикаментозной терапии, улучшить контакт с врачом считали не нужным (низкая степень влияния данного

фактора комплаентности) — 6 человек (20,0 %), оценили контакт с врачом как незначительный (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 9 (30,0 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 4 (13,3 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (26,6 %), полный контакт и взаимопонимание (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (10,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -0,5 (-1,0; 1,0).

При вопросе оценить удовлетворенность лечением, 6 человек (20,0 %) указали на отсутствие удовлетворенности назначенной терапией (низкая степень влияния данного фактора комплаентности), 5 человек (16,6 %) были не очень удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 8 (26,6 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 (23,3 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 4 (13,3 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 7 человек (23,3 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 9 (30,0 %), готовы на половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (33,3 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 (10 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 1 (3,33 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-1,0; 0,0).

Не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (16,6 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 5 (16,6 %), отчасти доверяли (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (30,0 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 (20,0 %), доверяли полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (16,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Были не довольны результатами своего лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (16,6 %), не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 (10,0 %), отчасти довольны (средний уровень комплаентности) — 12 (40,0 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (26,6 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (6,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Таким образом, как видно из представленных данных, на момент включения в исследование, комплаентность у больных артериальной гипертензией была невысокой.

Через 1 год, при изучении комплаентности оказалось, что значительную часть суммы своей зарплаты, (пенсии) были не готовы потратить на лечение (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 7 человек (23,3 %), готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 9 человек (30,0 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 человек (30,0 %), готовы потратить почти все (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 человека (10,0 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 человека (6,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-1,0; 0,0) ($p > 0,05$).

Выполнять все назначения лечащего врача (покупка назначенных лекарств, явка в поликлинику, соблюдение диеты, режима дня) по прежнему считали невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 1 человек (3,3 %), крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 12 (40,0 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (33,3 %), не легким (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 2 (6,6 %), легким (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (16,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 0,0) ($p > 0,05$).

Через год от врача информацию о всех назначенных лекарственных средствах (основной механизм действия, показания, противопоказания, побочные действия, длительность приема, сочетание) по-прежнему не имели и не пытались получить (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (16,6 %), имели о незначительной части препаратов (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 4 человека (13,3 %). Имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 4 человека (13,3 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 человек (33,3 %), имели информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 7 человек (23,3 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 1,0 (-1,0; 1,0) ($p > 0,05$).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами ради лечения у своего врача, по-прежнему были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 6 человек (20,0 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 9 (30,0 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (33,3 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 (10,0 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (6,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -0,5 (-1,0; 0,0) ($p > 0,05$).

Контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, выслушать его, получить совет) не считали необходимым (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 3 человека (10,0 %), отмечали незначительный контакт (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 6 (20,0 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (30,0 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 (23,3 %), полный контакт (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (16,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p > 0,05$).

Не имели удовлетворения от назначенной терапии (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 3 человека (10,0 %), не очень удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 человек (23,3 %), умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 5 (16,6 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (33,3 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (16,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,5 (-1,0; 1,0) ($p > 0,05$).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 6 человек (20,0 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 (23,3 %), готовы наполовину (средний уровень комплаентности) — 9 (30,0 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 (20,0 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (6,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p > 0,05$).

Через год не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 3 человека (10,0 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 1 (3,3 %), отчасти (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 7 (23,3 %), почти полностью доверяли (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 13 (43,3 %), доверяли (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 6 (20,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 1,0 (0,0; 1,0) ($p > 0,05$).

Не довольны результатами лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 2 человека (6,6 %), не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 (23,3 %), отчасти (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 4 (13,3 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 12 (40,0 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (16,6 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 1,0 (-1,0; 1,0) ($p > 0,05$).

Динамика показателей комплаентности в контрольной группе больных АГ, представлена в таблице 17.

Таблица 17 — Динамика показателей комплаентности в группе больных контрольной группы, Me (lq; uq)

Составляющие комплаентности	Исходно	Через 1 год	p
Финансово-экономическая готовность	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)	> 0,05
Медико-социальная адаптированность	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 0,0)	> 0,05
Медико-социальная информированность	0,0 (-1,0; 1,0)	1,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	-1,0 (-2,0; 0,0)	-0,5 (-1,0; 0,0)	> 0,05
Медико-социальная коммуникабельность	-0,5 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Удовлетворенность назначенной терапией	0,0 (-1,0; 1,0)	0,5 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Медико-социальная изоляция	-1,0 (-1,0; 0,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05
Доверие к своему врачу	0,0 (-1,0; 1,0)	1,0 (0,0; 1,0)	> 0,05
Удовлетворенность результатами лечения	0,0 (-1,0; 1,0)	1,0 (-1,0; 1,0)	> 0,05

Как видно из представленных данных, в контрольной группе больных, отмечалась тенденция к повышению уровня комплаентности по финансово-экономической готовности и доверию к своему врачу.

Оценка психологического статуса проводилась по опроснику СМОЛ.

Медиана по шкале ипохондрии составила 62,0 (55,0; 62,0), по шкале депрессии — 65,0 (65,0; 72,0), по шкале истерии — 69,0 (65,0; 75,0), по шкале психопатии — 52,0 (52,0; 62,0), паранойяльности — 52,0 (49,0; 62,0), психастении — 62,0 (59,0; 69,0), шизоидности — 57,0 (52,0; 63,5), гипомании — 53,5 (49,0; 65,0).

Через 1 год, при сравнении с исходным состоянием, в контрольной группе больных, статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Динамика психологического состояния у пациентов контрольной группы представлено в таблице 18.

Таблица 18 — Динамика психологического статуса у пациентов контрольной группы, исходно, через год, Me (Iq; uq)

Показатели СМОЛ	Исходно	Через 1 год	p
Лжи	52,0 (42,0; 55,0)	49,0 (39,0; 55,0)	> 0,05
Достоверности	49,0 (42,0; 55,0)	45,0 (39,0; 57,0)	> 0,05
Коррекции	52,0 (45,0; 55,0)	52,0 (42,0; 55,0)	> 0,05
Ипохондрии	62,0 (55,0; 62,0)	59,0 (49,0; 65,0)	> 0,05
Депрессии	65,0 (65,0; 72,0)	62,0 (52,0; 65,0)	> 0,05
Истерии	69,0 (65,0; 75,0)	65,0 (62,0; 69,0)	> 0,05
Психопатии	52,0 (52,0; 62,0)	50,5 (40,0; 55,0)	> 0,05
Паранойяльности	52,0 (49,0; 62,0)	49,0 (45,0; 59,0)	> 0,05
Психастении	62,0 (59,0; 69,0)	60,5 (59,0; 65,0)	> 0,05
Шизоидности	57,0 (52,0; 63,5)	55,0 (49,0; 59,0)	> 0,05
Гипомании	53,5 (49,0; 65,0)	52,0 (49,0; 62,0)	> 0,05

Достоверной разницы в показателях психологического статуса у лиц контрольной группы в ходе наблюдения не было, хотя изменения показателей имели позитивный характер.

Тревожность оценивалась по шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина и на момент включения в исследования высокий уровень реактивной тревожности среди больных 1-й группы имели 15 (50,0 %) человек, умеренный — 8 (26,6 %), низкий — 7 (23,3 %). Медиана показателя реактивной тревожности составила 49 (36,0; 58,0).

Через 1 год высокий уровень реактивной тревожности имели 13 (43,3 %) человек, умеренный — 9 (30,0 %), низкий — 8 (26,6 %). Медиана показателя реактивной тревожности составила 48 (30,0; 52,0) ($p > 0,05$) (рисунок 2).

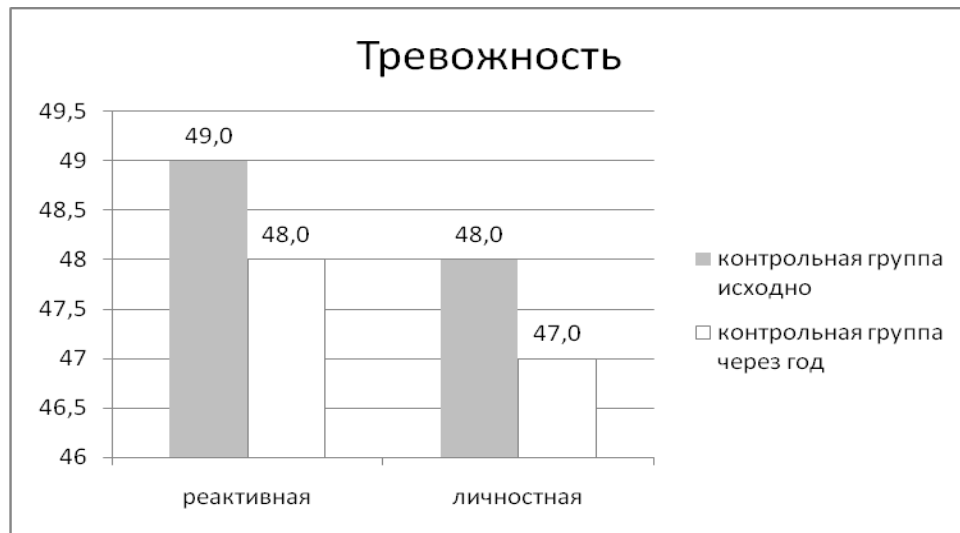


Рисунок 2 — Динамика изменения тревожности в группе больных контрольной группы

Высокий уровень личностной тревожности в начале исследования имели 14 (46,6 %) человек, умеренный — 9 (30,0 %) , низкий — 7 (23,3 %). Медиана показателя личностной тревожности равнялась 48 (30,0; 60,0).

Высокий уровень личностной тревожности через год наблюдений имели 13 (43,3 %) человек, умеренный — 10 (33,3 %), низкий — 7 (23,3 %). Медиана показателя личностной тревожности составила 47 (28,0; 54,0) ($p > 0,05$).

Таким образом, в контрольной группе через 1 год достоверных изменений реактивной и личностной тревожности не было ($p > 0,05$).

Депрессия у больных АГ существенно влияет на их поведение [19].

Для выявления депрессии использовалась анкета CES-D. При определении 19 и более баллов считалось, что у больного имеются явные признаки депрессии.

В исходных данных у 30 больных, обучившихся в школе для лиц с АГ, явная депрессия обнаружилась у 11 (36,6 %) человек. Медиана депрессии составила 15 (8,0; 22,0).

Через год признаки явной депрессии были обнаружены лишь у 9 (30,0 %) человек. Медиана депрессии составила 12 (7,0; 19,0) ($p > 0,05$) (рисунок 3).

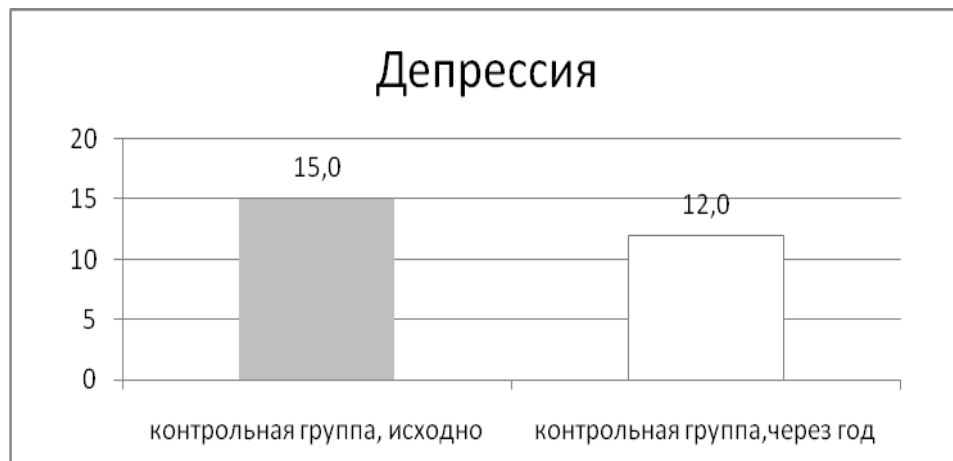


Рисунок 3 — Динамика показателя депрессии у больных контрольной группы

При сравнении показателей депрессии до исследования и через год достоверных различий выявлено не было.

Исследование качества жизни

По анкете SF-36 в контрольной группе больных медиана показателей субъективной оценки своего состояния по сравнению с предыдущим годом составила 40,0 (0,0; 40,0), физической активности — 40,0 (35,0; 40,0), роли физического состояния — 25,0 (25,0; 60,0), боли — 41,0 (22,0; 53,0), общего здоровья — 40,0 (30,0; 52,0), жизнеспособности — 40,0 (30,0; 45,0), социальной активности — 50,0 (25,0; 50,0), роли эмоциональных факторов — 33,3 (0,0; 66,6), психического здоровья — 36,0 (28,0; 40,0).

Через год у пациентов контрольной группы достоверного улучшения качества жизни не было ($p > 0,05$).

Качество жизни по анкете SF-36 исходно, через 1 год, у пациентов контрольной группы представлено в таблице 19.

Таблица 19 — Качество жизни по анкете SF-36 исходно и через 1 год у пациентов контрольной группы, Me (Iq; uq)

Качество жизни	Исходно	Через 1 год	p
Сравнительная оценка	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 60,0)	> 0,05
Физическая активность	40,0 (35,0; 40,0)	45,0 (35,0; 50,0)	> 0,05
Роль физического состояния	25,0 (25,0; 60,0)	50,0 (25,0; 60,0)	> 0,05
Боль	41,0 (22,0; 53,0)	52,0 (32,0; 64,0)	> 0,05
Общее здоровье	40,0 (30,0; 52,0)	52,0 (35,0; 52,0)	> 0,05
Жизнеспособность	40,0 (30,0; 45,0)	50,0 (30,0; 45,0)	> 0,05
Социальная активность	50,0 (25,0; 62,5)	51,25 (50,0; 62,5)	> 0,05
Роль эмоциональных факторов	33,3 (0,0; 66,6)	33,3 (33,3; 66,6)	> 0,05
Психическое здоровье	36,0 (28,0; 40,0)	40,0 (32,0; 56,0)	> 0,05

Таким образом, качество жизни у больных контрольной группы несколько улучшилось по большинству шкал, но эти изменения были недостоверными.

По специализированному опроснику академика П.И. Сидорова (2006) при оценке качества жизни больных в исследуемой группе больных АГ, соматическое качество жизни было хорошим у 6 (20,0 %) человек, удовлетворительным — у 9 (30,0 %), неудовлетворительным — у 7 (23,3 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 8 (26,6 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ составила 56,0 (41,0; 63,0).

Психическое качество жизни было хорошим у 7 (23,3 %) человек, удовлетворительным — у 9 (30,0 %), неудовлетворительным — у 7 (23,3 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 7 (23,3 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 54,0 (38,0; 60,0).

Социальное качество жизни было хорошим у 6 (20,0 %) человек, удовлетворительным — у 9 (30,0 %), неудовлетворительным — у 8 (26,6 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 7 (23,3 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 57,0 (39,0; 59,0).

Через год после занятий в школе для лиц с АГ больные были анкетированы повторно. Соматическое качество жизни оказалось хорошим у 7 (23,3 %) человек, удовлетворительным — у 9 (30,0 %), неудовлетворительным — у 8 (26,6 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 6 (20,0 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ составила 58,5 (44,0; 65,0) ($p > 0,05$).

Психическое качество жизни стало хорошим у 8 (26,6 %) человек, удовлетворительным — у 8 (26,6 %), неудовлетворительным — у 9 (30,0 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 5 (16,6 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 59,0 (40,0; 62,0) ($p > 0,05$).

Социальное качество жизни стало хорошим у 8 (26,6 %) человек, удовлетворительным — у 9 (30,0 %), неудовлетворительным — у 8 (26,6 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 5 (16,6 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 60,0 (42,0; 64,0) ($p > 0,05$) (таблица 20).

Таблица 20 — Качество жизни по опроснику П.И. Сидорова, исходно, через год у больных контрольной группы, Me (Iq; uq)

Качество жизни	Исходно	Через 1 год	p
Соматическое	56,0 (41,0; 63,0)	58,5 (44,0; 65,0)	> 0,05
Психическое	54,0 (38,0; 60,0)	59,0 (40,0; 62,0)	> 0,05
Социальное	57,0 (39,0; 59,0)	60,0 (42,0; 64,0)	> 0,05

Как видно из представленных данных, через год у больных контрольной группы показатели качества жизни имели направленность в сторону улучшения, но оно было незначительным и достоверной разницы с исходным состоянием не было.

Социально-экономические факторы

Результаты лечения и его социально-экономические результаты также могут быть связаны с комплаентностью больных: выполнением ими врачебных рекомендаций.

Количество случаев временной нетрудоспособности в контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения составило 7 (23,3 %) и

82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, были понесены затраты на 1815,71 рубль больше на оплату больничных листов по сравнению с исходным уровнем. Конечно эти затраты не отражают абсолютных цифр ущерба от ВН, но они несомненно позволяют оценивать динамику экономических потерь.

В контрольной группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (10,0 %) случая вызовов СМП. Через 1 год — 4 (13,3 %). Учитывая, что стоимость одного вызова скорой помощи по данным за 2010 год в среднем по региону составляла 1001 рубль, а за 2011 — 1 071 рубль, было потрачено на 1281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в контрольной группе первоначально и через год было неизменным и составило 3 человека (10,0 %) при среднем пребывании 14 к/дней, Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилась 1 788,95 рубля в день, годовые затраты на стационарное лечение составили 75 135,9 рублей. В контрольной группе затраты существенно не изменились, наблюдалось небольшое увеличение их по сравнению предыдущим годом на 3 096,7 рубля.

Количество случаев выхода на инвалидность в контрольной группе исходно 1 (2,5 %), через год — 2 (6,6 %).

Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было.

Резюме. В контрольной группе больных на фоне лечения произошло достоверное снижение систолического АД ($p < 0,05$), целевой уровень АД был достигнут у 20,0 % больных, достоверное снижение ЧСС на фоне приема комбинации бисопролола + гидрохлортиазида (5 мг + 6,25 мг) ($p < 0,05$), отмечалась тенденция к повышению уровня комплаентности по финансово-экономической готовности и доверию к своему врачу, произошло некоторое улучшение модифицируемых факторов риска, показателей качества жизни, психологического статуса. Но эти изменения были недостоверными.

3.2 Анализ эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов, посещавших занятия в «школе для больных артериальной гипертензией» (1-я группа)

На момент включения пациентов в исследование, 1 степень АГ была у 12 (30,0 %) человек, 2 степень — у 19 (47,5 %), 3 степень — у 9 (22,5 %) человек, II стадия — у 28 (70,0 %), III стадия — у 12 (30,0 %), высокий риск — у 26 (65,0 %), очень высокий риск — у 14 (35,0 %) человек. Через 1 год целевой уровень АД был достигнут у 12 (30,0 %) (оптимальное АД — у 2 (5,0 %), нормальное — у 6 (15,0 %), высокое нормальное — у 4 (10,0 %) человек), 1 степень АГ — 28 (70,0 %) ($p < 0,05$), средний риск — у 8 (20,0 %), высокий риск — у 18 (45,0 %) ($p > 0,05$), очень высокий риск — у 14 (35,0 %) человек ($p > 0,05$). Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было.

Средние цифры АД (САД/ДАД) до включения в исследование у больных исследуемой 1-й группы составили: систолическое — $159 \pm 2,72$ мм рт. ст., через 1 год — $148 \pm 2,11$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), диастолическое — $98 \pm 2,45$ мм рт. ст., через 1 год — $92 \pm 0,96$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Динамика АД у больных, занимавшихся в школе АГ, в сравнении с больными АГ контрольной группы, принимающих разные комбинации лекарственных препаратов, исходно и через год после лечения представлена в таблице 21.

Таблица 21 — Динамика АД у больных, занимавшихся в школе АГ, в сравнении с больными АГ контрольной группы, исходно и через год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	АД (мм рт.ст.)	1 группа (n = 40)		Контроль (n = 30)	
		исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Лозартан + гидрохлортиазид (50 мг + 12,5 мг)	САД	$159 \pm 2,68$	$148 \pm 2,12^*$	$160 \pm 1,47$	$154 \pm 1,56^*$
	ДАД	$97 \pm 2,45$	$91 \pm 0,84^*$	$97 \pm 2,32$	$93 \pm 2,69$
Амлодипин + лизиноприл (5 мг + 10 мг)	САД	$157 \pm 2,74$	$147 \pm 2,11^*$	$160 \pm 1,52$	$153 \pm 2,57^*$
	ДАД	$98 \pm 2,47$	$92 \pm 0,92^*$	$98 \pm 1,34$	$94 \pm 2,25$
Бисопролол + гидрохлортиазид (5 мг + 6,25 мг)	САД	$158 \pm 2,71$	$148 \pm 2,09^*$	$159 \pm 2,55$	$151 \pm 1,63^*$
	ДАД	$98 \pm 2,34$	$90 \pm 0,89^*$	$98 \pm 2,38$	$94 \pm 2,12$

Примечание: * — достоверные отличия через год от исходных данных ($p < 0,05$).

Динамика ЧСС в исследуемых группах исходно и через 1 год после лечения представлена в таблице 22.

Таблица 22 — Динамика ЧСС (в мин.) у больных, занимавшихся в школе АГ, в сравнении с больными АГ контрольной группы, исходно и через 1 год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	ЧСС			
	1 группа (n = 40)		Контроль (n = 30)	
	исходно	через год	исходно	через год
Лозартан+гидрохлортиазид (50 мг+12,5 мг)	68,4 ± 2,64	67,8 ± 2,71	72,2 ± 2,28	69,2 ± 2,58
Амлодипин+лизиноприл (5 мг+10 мг)	73,2 ± 2,57	71,3 ± 1,94	73,4 ± 2,64	67,3 ± 2,76
Бисопролол+гидрохлортиазид (5 мг +6,25 мг)	69,7 ± 2,32	61,8 ± 2,45*	68,2 ± 2,87	60,2 ± 2,58*
Примечание: * — достоверные отличия через год от исходных данных ($p < 0,05$).				

Факторы риска ХНИЗ

Путем анкетирования исследовано 40 больных, относящихся к территориальному участку. Больные выбирались методом случайной выборки.

Из 40 больных курили 13 (32,5 %) человек.

Следует отметить, что среди исследуемых больных не было лиц, употреблявших алкоголь ежедневно даже в дозах, считающихся не токсичными. Однако периодическое (до 2-х раз в неделю) излишнее употребление алкоголя, отметило у себя 2 (5,0 %) человека.

Больным АГ рекомендуется употреблять гипотензивную диету. Это пища богатая фруктами и овощами (до 400 г в день), продуктами с низким содержанием жиров, особенно насыщенных, с включением молочных продуктов с уменьшенным содержанием жира, а также рыбы — не менее 2 раз в неделю (42, 141). В полном объеме таких рекомендаций по питанию не придерживался никто из 40 исследованных больных, а 21 (52,5 %) человек признали значительный дефицит в питании овощей и фруктов. Избыточное употребление соли, из-за пристрастия к

солёной пище отметили 17 (42,5 %) больных. Эти данные свидетельствуют о невысокой культуре питания исследуемых больных.

Недостаточную физическую активность у себя отметили 30 (75,0 %) больных. Никто из них не занимался в группах «Здоровья», не посещал бассейн, и не совершал регулярные прогулки в быстром или умеренном темпе по 30–40 минут до 4–5 раз в неделю.

У 32 (80,0 %) больных регистрировался увеличенный индекс массы тела. Каких-либо мероприятий по снижению лишнего веса, никто из указанных больных реально не предпринимал.

Наличие хронического стресса отметили 15 (37,5 %) больных.

Общий холестерин был увеличен у 34 (85,0 %) больных и в среднем по группе равнялся $6,76 \pm 0,25$ ммоль/л.

Все больные прошли обучение в школе для больных АГ и через 1 год были анкетированы повторно. Оказалось, что 11 (27,0 %) человек продолжали курить ($p > 0,05$). На периодическое излишнее употребление алкоголя указал 1 (2,5 %) больной ($p > 0,05$).

Сохранение значительных отклонений от рекомендаций по рациональному питанию признали у себя 9 (22,5 %) человек, что достоверно ниже ($p < 0,05$) в сравнении с исходными данными.

Избыточное употребление соли отметили 6 (15,0 %) человек ($p < 0,05$), 11 (36,6 %) человек внесли коррекцию в употребление соли: исключили употребление соленых продуктов, стали слегка недосаливать пищу.

Недостаточную физическую активность продолжали отмечать у себя 20 (50,0 %) ($p < 0,05$), 10 (25,0 %) пациентов в свой образ жизни включили физические нагрузки в виде дозированной ходьбы 40–50 мин, стали ходить с работы и на работу пешком.

Увеличенный индекс массы тела сохранялся у 22 (55,0 %) человек ($p < 0,05$), 10 (25,0 %) добились снижения ИМТ с $28,07 \pm 0,67$ до $24,40 \pm 0,15$ кг/м².

Наличие хронического стресса продолжали отмечать 12 (30,0 %) человек ($p > 0,05$).

Сохранялся повышенным показатель общего холестерина у 15 (37,5 %) человек, однако среднее его значение в группе составило $5,28 \pm 0,29$ ммоль/л ($p < 0,05$) в сравнении с исходными данными.

Динамика модифицируемых факторов риска у больных, занимавшихся в школе АГ, через год и в сравнении с больными АГ контрольной группы представлены в таблице 23.

Таблица 23 — Динамика модифицируемых факторов риска у больных, занимавшихся в школе АГ, в сравнении с больными контрольной группы, абс. (%), $M \pm m$

Факторы риска	1 группа (n = 40)		Контроль (n = 30)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Курение	13 (32,5 %)	11 (27,5 %)	9 (30,0 %)	7 (23,3 %)
Избыточное употребление алкоголя	2 (5,0 %)	1 (2,5 %)	2 (6,6 %)	1 (3,3 %)
Соблюдение диетических рекомендаций	21 (52,5 %)	9 (22,5 %)*,**	16 (53,3 %)	14 (46,6 %)
Избыточное употребление NaCl	17 (42,5 %)	6 (15,0 %)*,**	13 (43,3 %)	11 (36,6 %)
Недостаточная физическая активность	30 (75,0 %)	20 (50,0 %)*	23 (76,6 %)	20 (66,6 %)
Увеличенный индекс массы тела	32 (80,0 %)	22 (55,0 %)*	24 (80,0 %)	22 (73,3 %)
Наличие хронического стресса	15 (37,5 %)	12 (30,0 %)	11 (36,6 %)	9 (30,0 %)
Общий холестерин (ммоль /л), $M \pm m$	$6,76 \pm 0,25$	$5,28 \pm 0,29$ *,**	$6,82 \pm 0,28$	$6,25 \pm 0,27$
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой				

Как следует из представленных ниже данных, до исследования в обеих группах все больные не придерживались полностью здорового образа жизни и имели по несколько факторов риска. В 1-й группе пациентов, прошедших занятия в школе для больных АГ, достоверно увеличилось число больных соблюдавших диетические рекомендации ($p < 0,05$), уменьшивших употребление поваренной соли ($p < 0,05$), уве-

личивших физическую активность ($p < 0,05$), снизивших увеличенный индекс массы тела ($p < 0,05$) и уменьшивших общий холестерин ($p < 0,05$). При сравнении показателей между пациентами АГ, занимавшихся в школе для больных АГ, через год и больными контрольной группы достоверная разница отмечалась по соблюдению диетических рекомендаций ($p < 0,05$), снижению употребления поваренной соли ($p < 0,05$) и по уровню общего холестерина ($p < 0,05$).

При изучении комплаентности по методу С.В. Давыдова оказалось, что в этой группе 12 человек (30,0 %) признали, что не готовы тратить на лечение значительную часть своих финансовых средств (низкая степень влияния данного фактора комплаентности). Готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) 11 человек (27,5 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 человек (25,0 %), готовы при необходимости потратить почти все имеющиеся средства (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 человек (17,5 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 человек (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

Выполнять все назначения лечащего врача (покупка лекарств, явка на диспансерный осмотр в поликлинику, соблюдение диеты, режима дня) считали для себя практически невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 7 человек (17,5 %), крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 (17,5 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 16 (40,0 %), не легко (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (25,0 %), легко (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 0,5).

От врача информацию о всех назначенных лекарственных средствах (основной механизм действия, показания, противопоказания, побочные действия, длительность приема, сочетание) не имели и не пытались получить (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 4 человека (10,0 %), имели о

незначительной части сведений (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 6 человек (15,0 %), имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 13 человек (32,5 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 12 человек (30,0 %). Имели достаточную информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 человек (12,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-0,5; 1,0).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами (преимущественный прием «народных средств лечения») и лечиться исключительно у своего врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 11 человек (27,5 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 14 (35,0 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (30,0 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 (7,5 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

При оценке имеющегося контакта с врачом: желание откровенно поговорить с доктором, его выслушать, получить советы по немедикаментозной терапии, улучшить контакт с врачом считали не нужным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 3 человека (7,5 %), оценили контакт с врачом как незначительный (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 10 (25,0 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 14 (35,0 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 13 (32,5 %), полный контакт и взаимопонимание (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

При вопросе оценить удовлетворенность лечением, 2 человека (5,0 %) указали на отсутствие удовлетворенности назначенной терапией (низкая степень влияния данного фактора комплаентности), 12 человек (30,0 %) были не очень

удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 11 (27,5 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (25,0 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (12,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 9 человек (22,5 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 11 (27,5 %), готовы на половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (30,0 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (20,0 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -0,5 (-1,0; 0,0).

Не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (12,5 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 11 (27,5 %), отчасти доверяли (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 11 (27,5 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (20,0 %), доверяли полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (12,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Были не довольны результатами своего лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 8 человек (20,0 %), не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 10 (25,0 %), отчасти довольны (средний уровень комплаентности) — 12 (30,0 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 (17,5 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (7,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 0,5).

Таким образом, как видно из представленных данных, на момент включения в исследование, комплаентность у больных артериальной гипертензией была невысокой.

Через 1 год после занятий в школе для больных АГ при изучении комплаентности оказалось, что значительную часть суммы своей зарплаты, (пенсии) были не готовы потратить на лечение (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 6 человек (15,0 %), готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) 8 человек (20,0 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 14 человек (35,0 %), готовы потратить почти все (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 человек (25,0 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 человек (5,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p < 0,05$ при сравнении с исходными показателями).

Выполнять все назначения лечащего врача (покупка назначенных лекарств, явка в поликлинику, соблюдение диеты, режима дня) по прежнему считали невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 1 человек (2,5 %), крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 4 (10,0 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 11 (27,5 %), не легким (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 18 (45,0 %), легким (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 6 (15,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 1,0) ($p < 0,001$ по сравнению с исходными данными).

Через год больных, которые бы не имели информацию о всех назначенных лекарственных средствах и советах врача (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — не было: 0 (0 %). Также не было лиц имевших лишь незначительную информацию (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 0 человек (0 %). Имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 3 человека (7,5 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 человек ($25 \pm 6,9$ %), имели информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 27 человек (67,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 2,0 (1,0; 2,0) ($p < 0,001$ при сравнении с исходными показателями).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами ради лечения у своего врача, по прежнему были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 7 человек (17,5 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 10 (25,0 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 15 (37,5 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 (15,0 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (5,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 0,0) ($p < 0,05$ при сравнении с исходными показателями).

Контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, выслушать его, получить совет) не считал необходимым (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 1 человек (2,5 %), отмечал незначительный контакт (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 4 (10,0 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 7 (17,5 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 22 (55,0 %), полный контакт (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 6 (15,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 1,0) ($p < 0,001$ при сравнении с исходными показателями).

Не имели удовлетворения от назначенной терапии (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 0 человек (0 %), не очень удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 человека (7,5 %), умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 7 (17,5 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 18 (45,0 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 12 (30,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,5; 2,0) ($p < 0,001$ при сравнении с исходными показателями).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 3 человек (7,5 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже

средней) — 10 (25,0 %), готовы наполовину (средний уровень комплаентности) — 13 (32,5 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 2 (5,0 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 12 (30,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 2,0) ($p < 0,01$ при сравнении с исходными показателями).

Через год после занятий в школе для больных АГ не было пациентов, которые бы не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 0 человек (0 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 (7,5 %), отчасти (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (30,0 %), почти полностью доверяли (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 17 (42,5 %), доверяли (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 8 (20,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 1,0) ($p < 0,05$ при сравнении с исходными показателями).

Не довольны результатами лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 0 человек (0 %), не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 2 (5,0 %), отчасти (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 14 (35,0 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 21 (52,5 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (7,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 1,0) ($p < 0,001$ при сравнении с исходными показателями).

Динамика показателей комплаентности в группе больных АГ, обучившихся в школе для пациентов АГ, в сравнении с контрольной группой представлена в таблице 24.

Таблица 24 — Динамика показателей комплаентности в группе больных АГ, обучившихся в школе для пациентов АГ, и лиц контрольной группы, Me (lq; uq)

Факторы комплаентности	Время	1 группа (n = 40)	Контроль (n = 30)
Финансово-экономическая готовность	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)*	-1,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная адаптированность	исходно	0,0 (-1,0; 0,5)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0)*,**	0,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная информированность	исходно	0,0 (-0,5; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	2,0 (1,0; 2,0)*,**	1,0 (-1,0; 1,0)
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 0,0)*	-0,5 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная коммуникабельность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	-0,5 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0)*	0,0 (-1,0; 1,0)
Удовлетворенность назначенной терапией	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,5; 2,0)*,**	0,5 (-1,0; 1,0)
Медико-социальная изоляция	исходно	-0,5 (-1,0; 1,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 2,0)*	0,0 (-1,0; 1,0)
Доверие к своему врачу	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0)*	1,0 (0,0; 1,0)
Удовлетворенность результатами лечения	исходно	0,0 (-1,0; 0,5)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0)*	1,0 (-1,0; 1,0)

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных,
** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Как видно из представленных данных, по сравнению с контрольной группой в группе больных, посетивших школу больных АГ достоверно повысился уровень медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$), медико-социальной информированности ($p < 0,001$), удовлетворенности назначенной терапией ($p < 0,01$) и отме-

чалась тенденция к повышению уровня комплаентности по медико-социальной коммуникабельности и медико-социальной изоляции.

Таким образом, через год комплаентность у пациентов, посетивших школу больных артериальной гипертензией, стала статистически значимо отличаться по всем параметрам. Рост этих показателей комплаентности несомненно связан с получением больными новых знаний об артериальной гипертензии, контактом с врачом в неформальной обстановке, и выработкой в процессе занятий осознания необходимости соблюдать врачебные назначения и понимать их роль в предупреждении осложнений.

Психологический статус

Оценка психологического статуса проводилась по опроснику СМОЛ.

Медиана по шкале ипохондрии составила 69,0 (65,0; 75,0), по шкале депрессии — 69,0 (62,0; 72,0), по шкале истерии — 72,0 (65,0; 75,0), по шкале психопатии — 55,0 (52,0; 62,0), паранойяльности — 55,0 (49,0; 65,0), психастении — 65,0 (59,0; 70,5), шизоидности — 59,0 (53,5; 65,0), гипомании — 52,0 (45,0; 59,0).

Через 1 год, при сравнении с исходным состоянием, в 1-й группе больных, обучившихся в школе для лиц с АГ, регистрировалось достоверное улучшение (снижение) показателей по нескольким шкалам: ипохондрии — 55,0 (49,0; 65,0) против 69,0 (65,0; 75,0) ($p < 0,05$), депрессии — 59,0 (52,0; 65,0) против 69,0 (62,0; 72,0) ($p < 0,05$) истерии — 62,0 (52,0; 65,0) против 72,0 (65,0; 75,0) ($p < 0,05$), психопатии — 45,0 (42,0; 55,0) против 55,0 (52,0; 62,0) ($p < 0,05$), шкале паранойяльности — 45,0 (39,0; 52,0) против 55,0 (49,0; 65,0) ($p < 0,05$), психастении — 55,0 (52,0; 62,0) против 65,0 (59,0; 70,5) ($p < 0,05$), шизоидности — 49,0 (42,0; 55,0) против 59,0 (53,5; 65,0) ($p < 0,05$). По шкале гипомании — 49,0 (42,0; 59,0) против 52,0 (45,0; 59,0) статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Шкалы лжи, достоверности, коррекции — оценочные. Они измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

Достоверной разницы в показателях психологического статуса у лиц контрольной группы в ходе наблюдения в отличие от больных 1-й группы не было, хотя

изменения показателей также имели позитивный характер. Но в группе больных, пролечившихся в школе для лиц с АГ, положительная динамика была достоверной. Все величины к концу наблюдений были ниже, чем в контрольной группе.

Динамика психологического состояния у пациентов с АГ, посетивших школу больных артериальной гипертензией исходно, через год, и в сравнении с лицами контрольной группы представлена в таблице 25.

Таблица 25 — Динамика психологического статуса у пациентов с АГ, обучавшихся в школе больных АГ, исходно, через год, и в сравнении с лицами контрольной группы, Me (Iq; uq)

Показатели СМОЛ	Время	1 группа (n = 40)	Контроль (n = 30)
Лжи	исходно	49,0 (42,0; 52,0)	52,0 (42,0; 55,0)
	через 1 год	45,0 (39,0; 49,0)	49,0 (39,0; 55,0)
Достоверности	исходно	45,0 (39,0; 52,0)	49,0 (42,0; 55,0)
	через 1 год	49,0 (42,0; 55,0)	45,0 (39,0; 57,0)
Коррекции	исходно	52,0 (42,0; 55,0)	52,0 (45,0; 55,0)
	через 1 год	55,0 (49,0; 59,0)	52,0 (42,0; 55,0)
Ипохондрии	исходно	69,0 (65,0; 75,0)	62,0 (55,0; 62,0)
	через 1 год	55,0 (49,0; 65,0)*	59,0 (49,0; 65,0)
Депрессии	исходно	69,0 (62,0; 72,0)	65,0 (65,0; 72,0)
	через 1 год	59,0 (52,0; 65,0)*	62,0 (52,0; 65,0)
Истерии	исходно	72,0 (65,0; 75,0)	69,0 (65,0; 75,0)
	через 1 год	62,0 (52,0; 65,0)*	65,0 (62,0; 69,0)
Психопатии	исходно	55,0 (52,0; 62,0)	52,0 (52,0; 62,0)
	через 1 год	45,0 (42,0; 55,0)*	50,5 (40,0; 55,0)
Паранойяльности	исходно	55,0 (49,0; 65,0)	52,0 (49,0; 62,0)
	через 1 год	45,0 (39,0; 52,0)*	49,0 (45,0; 59,0)
Психастении	исходно	65,0 (59,0; 70,5)	62,0 (59,0; 69,0)
	через 1 год	55,0 (52,0; 62,0)*	60,5 (59,0; 65,0)
Шизоидности	исходно	59,0 (53,5; 65,0)	57,0 (52,0; 63,5)
	через 1 год	49,0 (42,0; 55,0)*	55,0 (49,0; 59,0)
Гипомании	исходно	52,0 (45,0; 59,0)	53,5 (49,0; 65,0)
	через 1 год	49,0 (42,0; 59,0)	52,0 (49,0; 62,0)

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных.

Тревожность оценивалась по шкале самооценки Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л.Ханина и на момент включения в исследования высокий уровень реактивной тревожности среди больных 1-й группы имели 23 (57,5 %) человека, умеренный — 10 (25,0 %), низкий — 7 (17,5 %). Медиана показателя реактивной тревожности составила 49,0 (40,0; 63,0).

Через 1 год высокий уровень реактивной тревожности имели 21 (52,5 %) человек, умеренный — 21 (52,5 %) больных, умеренный — 8 (20,0 %), низкий — 11 (27,5 %). Медиана показателя реактивной тревожности составила 46,0 (28,0; 50,0) (рисунок 4).

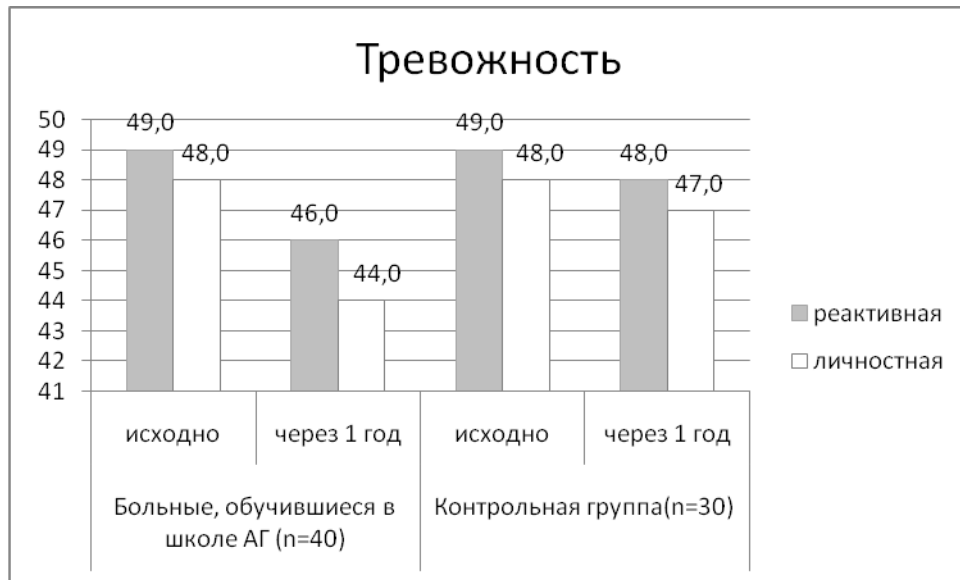


Рисунок 4 — Динамика изменения тревожности в группе больных, занимавшихся в школе АГ, в сравнении с контрольной группой

Высокий уровень личностной тревожности в начале исследования имели 21 (52,5 %) больных, умеренный — 12 (30,0 %), низкий — 7 (17,5 %). Медиана показателя личностной тревожности равнялась 48,0 (36,0; 62,0).

Высокий уровень личностной тревожности через год наблюдений имели 19 (47,5 %) человек, умеренный — 10 (25,0 %), низкий — 11 (27,5 %). Медиана показателя личностной тревожности составила 44,0 (26,0; 54,0).

Таким образом, отмечалась тенденция к снижению показателей реактивной и личностной тревожности, тогда как в контрольной группе через 1 год измене-

ний реактивной и личностной тревожности не было ($p > 0,05$). У пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ через год по сравнению с больными контрольной группы отмечалась отчетливая тенденция к более низкому уровню личностной тревожности.

Депрессия у больных АГ существенно влияет на их поведение [19].

Для выявления депрессии использовалась анкета CES-D. При определении 19 и более баллов считалось, что у больного имеются явные признаки депрессии.

В исходных данных у 40 больных, обучившихся в школе для лиц с АГ, явная депрессия обнаружилась у 15 (37,5 %) человек. Медиана депрессии составила 16,0 (9,0; 22,0). Через год признаки явной депрессии были обнаружены лишь у 8 (20,0 %) человек. Медиана депрессии составила 10,0 (7,0; 15,0). Таким образом, наблюдалась тенденция к снижению явной депрессии (рисунок 5).

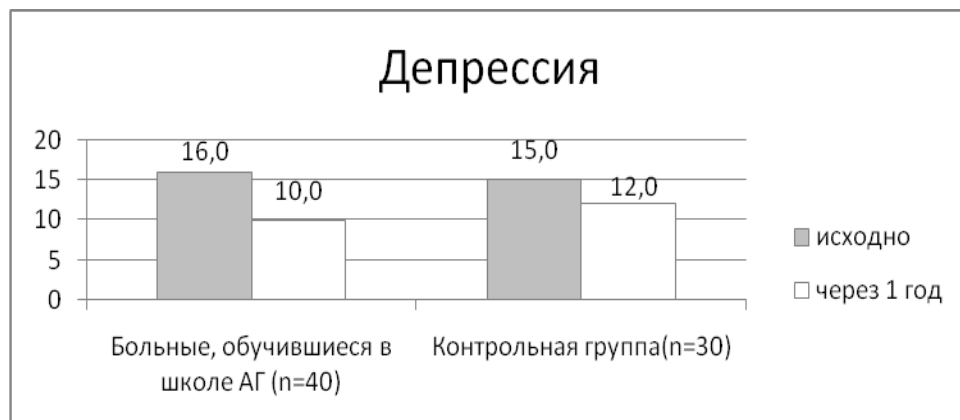


Рисунок 5 — Динамика показателя депрессии у больных, обучившихся в школе для лиц с АГ, в сравнении с контрольной группой

При сравнении показателей депрессии между группой пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ с контрольной группой до исследования и через год достоверных различий не было.

Исследование качества жизни по анкете SF-36 в 1-й группе больных до обучения в школе АГ показало, что медиана показателей субъективной оценки своего состояния по сравнению с предыдущим годом составила 40,0 (0,0; 40,0), физической активности — 35,0 (35,0; 40,0), роли физического состояния — 25,0 (25,0; 50,0), боли — 41,0 (20,0; 52,0), общего здоровья — 35,0 (20,0; 40,0), жизнеспособности —

35,0 (15,0; 45,0), социальной активности — 50,0 (25,0; 50,0), роли эмоциональных факторов — 33,3 (0,0; 66,6), психического здоровья — 40,0 (32,0; 48,0).

Через год субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошлым годом повысилась и составила 60,0 (40,0; 60,0) ($p < 0,001$), показатели физической активности — 55,0 (50,0; 65,0) ($p < 0,05$), роли физического состояния — 50,0 (50,0; 75,0) ($p < 0,05$), боли — 53,0 (41,0; 64,0), общего здоровья — 60,0 (40,0; 60,0) ($p < 0,05$), жизнеспособности — 58,0 (40,0; 60,0) ($p < 0,05$), социальной активности — 75,0 (50,0; 75,0) ($p < 0,001$), роли эмоциональных факторов — 66,6 (33,3; 100,0), психического здоровья — 60,0 (44,0; 64,0) ($p < 0,05$) (таблица 26).

Таблица 26 — Качество жизни по анкете SF-36 исходно и через 1 год у пациентов, прошедших обучение в школе для больных АГ, Me (Iq ;uq)

Показатели качества жизни	Время	1 группа (n = 40)	Контроль (n = 30)
Сравнительная оценка с прошлым годом	исходно	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 40,0)
	через 1 год	60,0 (40,0; 60,0)*,**	40,0 (0,0; 60,0)
Физическая активность	исходно	35,0 (35,0; 40,0)	40,0 (35,0; 40,0)
	через 1 год	55,0 (50,0; 65,0)*	45,0 (35,0; 50,0)
Роль физического состояния	исходно	25,0 (25,0; 50,0)	25,0 (25,0; 60,0)
	через 1 год	50,0 (50,0; 75,0)*	50,0 (25,0; 60,0)
Боль	исходно	41,0 (20,0; 52,0)	41,0 (22,0; 53,0)
	через 1 год	53,0 (41,0; 64,0)	52,0 (32,0; 64,0)
Общее здоровье	исходно	35,0 (20,0; 40,0)	40,0 (30,0; 52,0)
	через 1 год	60,0 (40,0; 60,0)*	52,0 (35,0; 52,0)
Жизнеспособность	исходно	35,0 (15,0; 45,0)	40,0 (30,0; 45,0)
	через 1 год	58,0 (40,0; 60,0)*	50,0 (30,0; 45,0)
Социальная активность	исходно	50,0 (25,0; 50,0)	50,0 (25,0; 62,5)
	через 1 год	75,0 (50,0; 75,0)*,**	51,25 (50,0; 62,5)
Роль эмоциональных факторов	исходно	33,3 (0,0; 66,6)	33,3 (0,0; 66,6)
	через 1 год	66,6 (33,3; 100,0)*	33,3 (33,3; 66,6)
Психическое здоровье	исходно	40,0 (32,0; 48,0)	36,0 (28,0; 40,0)
	через 1 год	60,0 (44,0; 64,0)*	40,0 (32,0; 56,0)
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.			

Как видно, у пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ в сравнении с контрольной группой достоверно улучшились субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошлым годом ($p < 0,01$), показатель социальной активности ($p < 0,05$). Отмечалась отчетливая тенденция к повышению физической активности и роли физического состояния.

Таким образом, хотя качество жизни у больных исследуемой группы достоверно улучшилось по большинству шкал, но, в общем, эти показатели оставались сниженными.

По специализированному опроснику академика П.И.Сидорова (2006) при оценке *качества жизни* больных до занятий в 1-й исследуемой группе больных АГ, соматическое качество жизни было хорошим у 8 (20,0 %), удовлетворительным — у 13 (32,5 %), неудовлетворительным — у 10 (25,0 %), крайне неудовлетворительным — у 9 (22,5 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ составила 52,0 (39,0; 57,5).

Психическое качество жизни было хорошим у 10 (25,0 %), удовлетворительным — у 11 (27,5 %), неудовлетворительным — у 10 (25,0 %), крайне неудовлетворительным — у 9 (22,5 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 53,5 (47,0; 56,0).

Социальное качество жизни было хорошим у 9 (22,5 %), удовлетворительным — у 12 (30,0 %), неудовлетворительным — у 12 (27,5 %), крайне неудовлетворительным — у 8 (20,0 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 55,0 (50,0; 58,0).

Через год после занятий в школе для лиц с АГ больные были анкетированы повторно. Соматическое качество жизни оказалось хорошим у 12 (30,0 %), удовлетворительным — у 12 (30,0 %), неудовлетворительным — у 9 (22,5 %), крайне неудовлетворительным — у 7 (17,5 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ при сравнении с исходным уровнем достоверно повысилась и составила 62,5 (60,0; 68,0) ($p < 0,05$).

Психическое качество жизни стало хорошим у 14 (35,0 %), удовлетворительным — у 13 (32,5 %) неудовлетворительным — у 8 (20,0 %), крайне неудовлетворительным — у 5 (12,5 %) человек. Медиана показателя психического КЖ при сравнении с исходным уровнем достоверно повысилась и составила 63,0 (57,0; 64,5) ($p < 0,05$).

Социальное качество жизни стало хорошим у 13 (32,5 %), удовлетворительным — у 15 (37,5 %), неудовлетворительным — у 9 (22,5 %), крайне неудовлетворительным — у 3 (7,5 %) человек. Медиана показателя социального КЖ при сравнении с исходным уровнем достоверно повысилась и составила 64,0 (55,0; 67,0) ($p < 0,05$). Качество жизни по опроснику Сидорова П.И., исходно, через год у

больных 1-й группы в сравнении с больными контрольной группы представлено в таблице 27.

Таблица 27 — Качество жизни по опроснику П.И.Сидорова, исходно, через год у больных 1-й группы в сравнении с больными контрольной группы, Me (Iq; uq)

Качество жизни	Время	1 группа (n = 40)	Контроль (n = 30)
Соматическое	исходно	52,0 (35,0; 57,0)	56,0 (41,0; 63,0)
	через 1 год	62,5 (49,0; 78,0)*	58,5 (44,0; 65,0)
Психическое	исходно	53,5 (37,0; 56,0)	54,0 (38,0; 60,0)
	через 1 год	63,0 (48,0; 81,0)*	59,0 (40,0; 62,0)
Социальное	исходно	55,0 (32,0; 58,0)	57,0 (39,0; 59,0)
	через 1 год	64,0 (45,0; 79,0)*	60,0 (42,0; 64,0)
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных.			

Как видно из представленных данных, через год, качество жизни больных, занимавшихся в школе АГ, достоверно улучшилось по всем показателям, при сравнении с исходным состоянием, но оставалось невысоким. У больных контрольной группы показатели качества жизни имели направленность в сторону улучшения, но оно было незначительным и достоверной разницы с исходным состоянием не было. При сравнении показателей качества жизни между двумя группами до исследования и через год достоверных различий не было.

Социально-экономические факторы

Результаты лечения и его социально-экономические результаты также могут быть связаны с комплаентностью больных: выполнения ими медикаментозного и немедикаментозного лечения.

Количество случаев временно нетрудоспособности в 1-й группе исследованных больных первоначально за предшествующий год до наблюдения (до включения пациентов в школу больных АГ) составило 8 (20,0 %) и 102 дня ВН. Через 1 год — 4 (10,0 %) случая и 45 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость

оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, было сэкономлено 7961,19 рублей из фонда социального страхования.

В контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения было 7 (23,3 %) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Были понесены затраты на 1815,71 рубль больше на оплату больничных листов по сравнению с исходным уровнем. Конечно эти затраты не отражают абсолютных цифр ущерба от ВН, но они несомненно позволяют оценивать динамику экономических потерь.

Количество вызовов скорой помощи в группе больных, обучившихся в школе АГ, за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 5 (12,5 %). Через 1 год — 2 (5,0 %). Учитывая, что стоимость одного вызова скорой помощи по данным за 2010 год в среднем по региону составляла 1 001 рубль, а за 2011 — 1071 рубль, было сэкономлено 2 863 рубля. В контрольной группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (10,0 %) вызова СМП. Через 1 год — 4 (13,3 %). Было потрачено на 1 281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в группе больных, обучившихся в школе АГ, первоначально составило 3 (7,5 %). Через год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилась в день 1788,95 рубля, а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляла 14 к/дней, было сэкономлено 75 135,9 рублей. В контрольной группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3 человека (10,0 %) при среднем пребывании в 14 дней, и годовые затраты на стационарное лечение составили 75 135,9 рублей.

Количество случаев выхода на инвалидность в группе больных, обучившихся в школе АГ, исходно 1 (2,5 %). Через год 0 (0 %). В контрольной группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1 (2,5 %). Через год — 2 (6,6 %).

В исследуемой группе общее снижение экономических затрат составило 85960,05 рублей.

Таким образом, обучение в школе для больных АГ, повышающее их комплаентность сопровождается уменьшением и экономических потерь.

Резюме. Занятия в школе больных АГ повысили их комплаентность. Улучшение выполнения советов врача и усиление внимания к своему здоровью обеспечило улучшение результатов лечения. Произошло достоверное снижение АД в этой группе больных, целевой уровень АД достигнут у 30,0 % больных, достоверно снизилось число пациентов с высоким риском ССО, за счет «перехода» их в группу среднего риска. Уменьшились ВН, частота госпитализаций, количество вызовов СМП и экономические затраты, связанные с ними.

У больных улучшилась приверженность к здоровому образу жизни и уменьшилось число регистрируемых модифицируемых факторов риска. Так, в группе пациентов занимавшихся в школе для больных АГ, достоверно увеличилось число больных соблюдавших диетические рекомендации ($p < 0,05$), уменьшивших употребление NaCl ($p < 0,05$), увеличивших физическую активность ($p < 0,05$), снизивших увеличенный ИМТ ($p < 0,05$) и уменьшивших ОХС ($p < 0,05$). Повысилась комплаентность особенно по медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$), медико-социальной информированности ($p < 0,001$), удовлетворенности назначенной терапией ($p < 0,01$) и отмечалась тенденция к повышению уровня комплаентности по медико-социальной коммуникабельности и медико-социальной изоляции в сравнении с контрольной группой.

В группе больных, занимавшихся в школе для больных АГ, достоверно улучшились показатели качества жизни (анкета SF-36) по шкалам оценки общего состояния по сравнению с прошлым годом ($p < 0,001$), физической активности ($p < 0,05$), роли физического состояния ($p < 0,05$), общего здоровья ($p < 0,05$), жизнеспособности ($p < 0,05$) социальной активности ($p < 0,001$), роли эмоциональных факторов ($p < 0,01$), психического здоровья ($p < 0,05$), отмечалась тенденция к снижению по шкале боли. В сравнении с контрольной группой через год у них достоверно стала выше субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошлым годом ($p < 0,01$), социальная активность ($p < 0,05$), отмечалась отчетливая тенденция к повышению физической активности и роли физического состояния.

По опроснику П.И.Сидорова, было выявлено также достоверное улучшение показателей соматического, психического и социального КЖ ($p < 0,05$). Но, несмотря на их некоторое улучшение показателей и по анкете SF-36 и опроснику П.И.Сидорова показатели качества жизни в целом мало отличались от аналогичных больных контрольной группы.

Изучение динамики психологического статуса показало через год его улучшение. Так, психологическое состояние у пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ, достоверно улучшилось по нескольким шкалам: ипохондрии ($p < 0,05$), истерии ($p < 0,05$), депрессии ($p < 0,05$), психопатии ($p < 0,05$), паранойальности ($p < 0,05$) психастении ($p < 0,05$), шизоидности ($p < 0,05$). По шкале гипомании статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Отмечалась тенденция к снижению личностной и реактивной тревожности, выявляемой по шкале Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина. У пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ, отмечалась отчетливая тенденция к установлению более низкой личностной тревожности в сравнении с больными контрольной группы. Регистрировалась тенденция к снижению явной депрессии, определяемой по анкете CES-D.

Таким образом, полученные данные в результате исследования, показывают, что занятия амбулаторных больных в школе для лиц с АГ в целом повышают их комплаентность к рекомендациям врача, улучшает их качество жизни, психологический статус, клинические и социальные результаты лечения. Вместе с тем, приходится отметить, что это достигается не у всех больных и не в том объеме, в котором хотелось бы.

3.3 Группа больных АГ, у которых использовался метод активного вовлечения в неконтролируемые физические тренировки (2-я группа)

На момент включения пациентов в исследование, 1 степень АГ была у 10 (28,5 %) человек, 2 степень — у 17 (48,5 %), 3 степень — у 8 (22,9 %) человек, II стадия — у 27 (77,1 %), III стадия — у 8 (22,9 %), высокий риск — у 26 (74,3 %),

очень высокий риск — у 9 (25,7 %) человек. Через 1 год целевой уровень АД был достигнут у 11 (31,4 %) (оптимальное АД — у 4 (11,4 %), нормальное — у 5 (14,2 %), высокое нормальное — у 2 (5,7 %) человек), 1 степень АГ — у 24 (68,5 %) ($p < 0,05$), средний риск — у 9 (25,7 %), высокий риск — у 17 (48,6 %) ($p < 0,05$), очень высокий риск — у 9 (25,7 %) человек ($p > 0,05$). Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было.

Средние цифры АД (САД/ДАД) до включения в исследование составили: систолическое — $157 \pm 2,31$ мм рт. ст., через 1 год — $146 \pm 2,53$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), диастолическое — $97 \pm 1,82$ мм рт. ст., через 1 год — $90 \pm 1,12$ мм рт. ст. ($p < 0,01$).

При сравнении с контрольной группой в группе больных, занимавшихся физическими тренировками, отмечалось более выраженное снижение систолического артериального давления ($p < 0,05$).

Динамика АД у больных, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с больными АГ контрольной группы, принимающих разные комбинации лекарственных препаратов, исходно и через 1 год после лечения представлена в таблице 28.

Таблица 28 — Динамика АД (в мм рт. ст.) у больных, занимавшихся физическими тренировками по сравнению с контролем, исходно и через год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	АД	2 группа (n = 35)		Контроль (n = 30)	
		исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Лозартан+гидрохлортиазид (50 мг+12,5 мг)	САД	157 ± 2,51	147 ± 2,34*	160 ± 1,47	154 ± 1,56*
	ДАД	96 ± 2,63	90 ± 0,97*	97 ± 2,32	93 ± 2,69
Амлодипин+лизиноприл (5 мг+10 мг)	САД	156 ± 2,87	144 ± 1,29***	160 ± 1,52	153 ± 2,57*
	ДАД	97 ± 2,54	91 ± 0,84*	98 ± 1,34	94 ± 2,25
Бисопролол+гидрохлортиазид (5 мг+6,25 мг)	САД	159 ± 1,89	147 ± 2,11*	159 ± 2,55	151 ± 1,63*
	ДАД	98 ± 2,45	89 ± 0,72*	98 ± 2,38	94 ± 2,12

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных,
** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Динамика ЧСС в исследуемых группах, исходно и через 1 год после лечения, представлена в таблице 29.

Таблица 29 — Динамика ЧСС (в мин) у больных, занимавшихся физическими тренировками по сравнению с контролем, исходно и через 1 год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	ЧСС			
	2 группа (n = 35)		Контроль (n = 30)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Лозартан+гидрохлортиазид (50 мг+12,5 мг)	71,3 ± 2,14	69,2 ± 2,17	72,2 ± 2,28	69,2 ± 2,58
Амлодипин+лизиноприл (5 мг+10 мг)	67,4 ± 2,54	68,3 ± 2,96	73,4 ± 2,64	67,3 ± 2,76
Бисопролол+гидрохлортиазид (5 мг +6,25 мг)	72,5 ± 2,65	59,4 ± 2,36*	68,2 ± 2,87	60,2 ± 2,58*

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных.

Факторы риска ХНИЗ

Исследовано 35 больных путем анкетирования.

Из 35 больных курили 8 (22,8 %) человек.

Следует отметить, что среди исследуемых больных не было лиц, употреблявших алкоголь ежедневно даже в дозах, считающихся не токсичными. Однако периодическое (до 2-х раз в неделю) излишнее употребление алкоголя, отметил у себя 1 (2,8 %) больной.

В полном объёме рекомендаций по питанию не придерживался никто из 35 исследованных больных, а 19 (54,2 %) человек отмечали значительный дефицит в питании овощей и фруктов. Избыточное употребление соли, из-за пристрастия к солёной пище отметили 14 (40,0 %) больных.

Недостаточную физическую активность у себя отметили 27 (77,1 %) больных. Никто из них не занимался в группах «Здоровья», не посещал бассейн, и не совершал регулярные прогулки в быстром или умеренном темпе по 30–40 минут до 4–5 раз в неделю.

У 29 (82,8 %) больных регистрировался увеличенный индекс массы тела. Каких-либо мероприятий по снижению лишнего веса, никто из указанных больных реально не предпринимал.

Наличие хронического стресса отметили 12 (34,2 %) больных.

У 23 (65,7 %) человек регистрировался увеличенный уровень общего холестерина и во всей группе он равнялся $6,93 \pm 0,25$ ммоль/л.

Таким образом, по имеющимся факторам риска указанная группа не отличалась от группы больных, занимавшихся обучением в школе для лиц с АГ или лиц контрольной группы.

Все больные занимались физическими тренировками и через 1 год были анкетированы повторно.

Продолжали курить 6 (17,1 %) человек.

На периодическое излишнее употребление алкоголя указал 1 (2,8 %) больной.

В полном объеме рекомендаций по питанию по-прежнему не придерживались 14 (40,0 %) человек. Внесли изменения и стали придерживаться правильного питания 5 (14,2 %) человек.

Избыточное употребление соли отметили 7 (20,0 %) человек, столько же — 7 (20,0 %) человек внесли коррекцию в употребление соли, что свидетельствует о тенденции к снижению лиц, чрезмерно употребляющих соль.

Недостаточную физическую активность, как это несколько кажется странным, продолжали отмечать у себя 9 (25,7 %) человек. Хотя все они в свой образ жизни включили физические нагрузки в виде дозированной ходьбы 40–50 мин в основном с работы, на работу и во внерабочее время. Но через год у них сохранялось ощущение дефицита нагрузки и желание более высокой физической активности.

Увеличенный индекс массы тела сохранялся у 17 (48,5 %) человек, что достоверно ниже ($p < 0,05$) чем в начале исследования, 12 (34,2 %) человек добились снижения ИМТ с $28,78 \pm 0,71$ до $22,45 \pm 0,55$ кг/м².

Наличие хронического стресса через год отметили 3 (8,5 %) человек, что свидетельствует о достоверном снижении количества лиц, испытывающих значительное нервное напряжение ($p < 0,05$).

Повышенным холестерин оставался у 10 (28,5 %) человек и среднее его значение в группе составило $5,32 \pm 0,27$ ммоль/л. Динамика модифицируемых факторов риска у больных, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с больными контрольной группы представлены в таблице 30.

Как следует из представленных ниже данных, в обеих группах все больные не придерживались полностью здорового образа жизни и имели по несколько факторов риска. Через год в группе больных, занимавшихся физическими тренировками достоверно уменьшилось число лиц, оценивавших свою физическую нагрузку как недостаточную ($p < 0,05$), число лиц с увеличенным индексом массы тела ($p < 0,05$), число лиц с наличием хронического стресса ($p < 0,05$), число больных с увеличенным уровнем холестерина ($p < 0,05$) и обнаруживалась тенденция к уменьшению числа лиц, избыточно употреблявших NaCl. Уменьшение модифицируемых факторов риска, является доказательством повышения приверженности больных советам врача.

Таблица 30 — Динамика модифицируемых факторов риска у больных, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с больными контрольной группы, абс. (%), $M \pm m$

Факторы риска	2 группа (n = 35)		Контроль (n = 30)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Курение	8 (22,8 %)	6 (17,1 %)	9 (30,0 %)	7 (23,3 %)
Избыточное употребление алкоголя	1 (2,8 %)	1 (2,8 %)	2 (6,6 %)	1 (3,3 %)
Соблюдение диетических рекомендаций	19 (54,2 %)	14 (40,0 %)	16 (53,3 %)	14 (46,6 %)
Избыточное употребление NaCl	14 (40,0 %)	7 (20,0 %)	13 (43,3 %)	11 (36,6 %)
Недостаточная физическая активность	27 (77,1 %)	9 (25,7 %)* **	23 (76,6 %)	20 (66,6 %)
Увеличенный индекс массы тела	29 (82,8 %)	20 (57,1 %)* **	24 (80,0 %)	22 (73,3 %)
Наличие хронического стресса	12 (34,2 %)	5 (14,2 %)* **	11 (36,6 %)	9 (30,0 %)
Общий холестерин, (ммоль/л), M ± m	6,93 ± 0,25	5,32 ± 0,27* **	6,82 ± 0,28	6,25 ± 0,27
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.				

В группе больных, занимавшихся физическими тренировками, 9 (25,7 %) человек продолжали отмечать у себя недостаточную физическую активность. К концу года они хотели бы увеличить нагрузку и при опросе указали, что их нагрузка остается недостаточной. В контрольной группе также отмечались положительные сдвиги к устранению модифицируемых факторов риска, но они были недостоверными. При сравнении показателей через год между группой больных АГ, занимавшихся физическими тренировками и больными контрольной группы достоверная разница отмечалась по степени физической активности ($p < 0,001$), ИМТ ($p < 0,05$), уровню стресса ($p < 0,05$) и по уровню общего холестерина ($p < 0,05$).

При изучении комплаентности по методу С.В.Давыдова оказалось, что значительную часть суммы своей зарплаты, пенсии не были готовы потратить на лечение (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 10 человек (28,5 %). Готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора

комплаентности ниже средней) 11 человек (31,4 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 человек (34,28 %), готовы потратить почти все имеющиеся средства (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 2 человека (5,7 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %) человек. Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

Выполнять все назначения лечащего врача (покупка назначенных лекарств, приход в поликлинику по назначению врача, соблюдение диеты, режима дня) считали для себя практически невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (14,2 %). Крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 (20,0 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 8 (22,8 %), не легко (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (28,5 %), легко (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (14,2 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Информацию от врача о назначенных лекарственных средствах (показания, противопоказания, побочные действия) не имели и не пытались получить (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 4 человека (11,4 %), имели о незначительной части (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 5 человек (14,2 %), имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 13 человек (37,1 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 человек (17,1 %), имели информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 7 человек (20,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Эти результаты соответствуют общим представлениям, что здоровье для жителей нашей страны не занимает главное место. У многих лиц преобладают другие ценностные ориентиры.

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами ради лечения у своего врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора

комплаентности) 10 человек (28,5 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 11 (31,4 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (25,7 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 5 (14,2 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

При просьбе оценить имеющийся контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, выслушать, получить совет о немедикаментозных методах лечения и др.) считали не нужным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 3 человека (8,5 %), оценили как незначительный контакт (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 6 (17,1 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 15 (42,8 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (22,8 %), полный контакт (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (8,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

При вопросе оценить удовлетворенность назначенной терапией 4 человека (11,4 %) указали на отсутствие удовлетворенности (низкая степень влияния данного фактора комплаентности). Были не очень удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 9 человек (25,7 %), умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (28,5 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (28,5 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (5,7 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 12 человек (34,2 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 8 (22,8 %), готовы наполовину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (28,5 %), почти полностью (степень влияния фактора

комплаентности выше средней) — 3 (8,5 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (5,7 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

Не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 4 человека (11,4 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 6 (17,1 %), отчасти доверяли (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (28,5 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 (20,0 %), доверяли полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 8 (22,8 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Были не довольны результатами своего лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 6 человек (17,1 %), не очень довольны (уровень комплаентности ниже среднего) — 8 (22,8 %), отчасти довольны (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 11 (31,4 %), почти полностью (уровень комплаентности выше среднего) — 10 (28,5 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Через год при изучении комплаентности оказалось, что значительную часть суммы своей зарплаты, пенсии не были готовы потратить на лечение (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (14,2 %), готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) 4 человека (11,4 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 18 человек (51,4 %), готовы потратить почти все (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 человек (17,1 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 человека (5,7 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 0,0) ($p < 0,01$ по сравнению с исходными данными) (таблица 31).

Таблица 31 — Динамика показателей комплаентности в группе больных АГ, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с контрольной группой, Me (Iq; uq)

Составляющие комплаентности	Время	2 группа (n = 35)	Контроль(n = 30)
Финансово-экономическая готовность	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 0,0)*	-1,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная адаптированность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0)**	0,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная информированность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)	1,0 (-1,0; 1,0)
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)*	-0,5 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная коммуникабельность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	-0,5 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)*	0,0 (-1,0; 1,0)
Удовлетворенность назначенной терапией	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0)	0,5 (-1,0; 1,0)
Медико-социальная изоляция	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)*	0,0 (-1,0; 1,0)
Доверие к своему врачу	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)*	1,0 (0,0; 1,0)
Удовлетворенность результатами лечения	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	0,0 (0,0; 1,0)*	1,0 (-1,0; 1,0)

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Выполнять все назначения лечащего врача (покупка лекарств, поход в поликлинику, соблюдение диеты, режима дня) по-прежнему считал практически невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 1 человек (2,8 %), крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 (8,5 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 11 (31,4 %), не легко (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 14 (40,0 %), легко (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 6 (17,1 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 1,0).

От врача информацию о всех назначенных лекарственных средствах (показания, противопоказания, побочные действия) не имели (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 2 человека (5,7 %), имели о незначительной части (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 1 человек (2,8 %) имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 человек (34,2 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 человек (28,5 %), имели информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 10 человек (28,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами ради лечения у своего врача не были готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 8 человек (22,8 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 2 (5,7 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (34,2 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 9 (25,7 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 4 (11,4 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p < 0,05$ по сравнению с исходными данными).

Контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, возможность выслушать, получить советы) считали не нужным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 4 человека (11,4 %), отмечали незначительный контакт (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 (8,5 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 4 (11,4 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 13 (37,1 %), полный контакт (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 11 (31,4 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0) ($p < 0,05$ по сравнению с исходными данными).

Не имели удовлетворенности от назначенной терапии (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) у 2 человек (5,7 %), не очень удовлетворе-

ны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 человека (8,5 %), умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (34,2 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 15 (42,8 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (8,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 1,0).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 2 человека (5,7 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 10 (28,5 %), готовы наполовину — (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 13 (37,1 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (22,8 %), полностью готовы (высокий уровень комплаентности) — 2 (5,7 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p < 0,05$ по сравнению с исходными данными).

Не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 1 человек (2,8 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 1 (2,8 %), отчасти (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 8 (22,8 %), доверяли почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 15 (42,8 %), доверяли (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 10 (28,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0) ($p < 0,05$ по сравнению с исходными данными).

Не довольны результатами лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) были 3 человека (8,5 %), не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 5 (14,2 %), отчасти (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (28,5 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (28,5 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 7 (20,0 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (0,0; 1,0) ($p < 0,05$ по сравнению с исходными данными).

Таким образом, через год комплаентность у пациентов, занимающихся физическими тренировками, стала статистически значимо отличаться от исходного уровня по всем параметрам. Интересно, что и контрольной группе отмечались положительные изменения показателей комплаентности, но они были не такими значительными. И в результате, через год в группе, занимающейся физическими тренировками при сравнении с контрольной группой достоверно отличался уровень комплаентности лишь по медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$). Но все же, все показатели в этой группе больных возросли.

Психологический статус

Оценка психологического статуса в начале лечения проведена путем анкетирования 35 больных АГ. Оценка психологического статуса проводилась по опроснику СМОЛ.

По шкале ипохондрии медиана показателя составила 65,0 (55,0; 65,0), по шкале депрессии — 65,5 (55,0; 72,0), по шкале истерии — 69,0 (62,0; 72,0), по шкале психопатии — 52,0 (49,0; 65,0), паранойяльности — 49,0 (45,0; 59,0), психастении — 62,0 (59,0; 65,0), шизоидности — 55,0 (52,0; 65,0), гипомании — 52,0 (49,0; 55,0).

По сравнению с исходным состоянием, через 1 год в этой группе больных регистрировалось достоверное улучшение показателей по нескольким шкалам (таблица 32): ипохондрии [55,0 (45,0; 59,0); $p < 0,05$], депрессии [57,5 (49,0; 62,0); $p < 0,05$], истерии [55,0 (45,0; 62,0); $p < 0,05$], психопатии [42,0 (39,0; 45,0); $p < 0,05$] и психастении [55,0 (52,0; 59,0); $p < 0,05$]. По шкалам паранойяльности [45,0 (42,0; 55,0)], шизоидности [52,0 (49,0; 59,0)] и гипомании [49,0 (45,0; 55,0)] статистически значимых изменений выявлено не было ($p > 0,05$).

Таблица 32 — Динамика психологического статуса у пациентов с АГ, занимавшихся физическими тренировками, исходно и через год, и в сравнении с лицами контрольной группы, Me (Iq; uq)

Показатели СМОЛ	Время	2 группа (n = 35)	Контроль (n = 30)
Лжи	исходно	49,0 (39,0; 57,0)	52,0 (42,0; 55,0)
	через 1 год	49,0 (45,0; 55,0)	49,0 (39,0; 55,0)
Достоверности	исходно	52,0 (39,0; 55,0)	49,0 (42,0; 55,0)
	через 1 год	49,0 (39,0; 52,0)	45,0 (39,0; 57,0)
Коррекции	исходно	52,0 (45,0; 59,0)	52,0 (45,0; 55,0)
	через 1 год	49,0 (39,0; 55,0)	52,0 (42,0; 55,0)
Ипохондрии	исходно	65,0 (55,0; 65,0)	62,0 (55,0; 62,0)
	через 1 год	55,0 (45,0; 59,0)*	59,0 (49,0; 65,0)
Депрессии	исходно	65,5 (55,0; 72,0)	65,0 (65,0; 72,0)
	через 1 год	57,5 (49,0; 62,0)*	62,0 (52,0; 65,0)
Истерии	исходно	69,0 (62,0; 72,0)	69,0 (65,0; 75,0)
	через 1 год	55,0 (45,0; 62,0)*,**	65,0 (62,0; 69,0)
Психопатии	исходно	52,0 (49,0; 65,0)	52,0 (52,0; 62,0)
	через 1 год	42,0 (39,0; 45,0)*,**	50,5 (40,0; 55,0)
Паранойяльности	исходно	49,0 (45,0; 59,0)	52,0 (49,0; 62,0)
	через 1 год	45,0 (42,0; 55,0)	49,0 (45,0; 59,0)
Психастении	исходно	62,0 (59,0; 65,0)	62,0 (59,0; 69,0)
	через 1 год	55,0 (52,0; 59,0)*	60,5 (59,0; 65,0)
Шизоидности	исходно	55,0 (52,0; 65,0)	57,0 (52,0; 63,5)
	через 1 год	52,0 (49,0; 59,0)	55,0 (49,0; 59,0)
Гипомании	исходно	52,0 (49,0; 55,0)	53,5 (49,0; 65,0)
	через 1 год	49,0 (45,0; 55,0)	52,0 (49,0; 62,0)

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных,
** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Таким образом, через год психологическое состояние у пациентов, занимавшихся физическими тренировками, статистически значимо изменилось в сторону улучшения по многим шкалам. В группе больных, занимающихся физическими тренировками, по сравнению с контрольной группой достоверно улучшились показатели по шкалам истерии и психопатии ($p < 0,05$), что указывает на

способность физических тренировок существенно влиять на психологический статус больных АГ.

Тревожность оценивалась по шкале самооценки Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л. Ханина и на момент включения в исследования высокий уровень реактивной тревожности имели) 20 (57,1 %) человек, умеренный — 7 (20,0 %), низкий — 8 (22,8 %). Медиана показателя реактивной тревожности равнялась 49,0 (38,0; 63,0).

Высокий уровень личностной тревожности имели 19 (54,2 %) человек, умеренный — 10 (28,5 %), низкий — 6 (17,1 %). Медиана показателя личностной тревожности составила 48,0 (32,0; 58,0).

Через 1 год высокий уровень реактивной тревожности имели 18 (51,4 %) больных, умеренный — 8 (22,8 %), низкий — 9 (25,7 %). Медиана показателя реактивной тревожности составила 45,0 (25,0; 49,0) ($p < 0,05$).

Высокий уровень личностной тревожности имели 17 (48,5 %) человек, умеренный — 8 (22,8 %), низкий — 10 (28,5 %). Медиана показателя личностной тревожности составила 44,0 (28,0; 50,0).

Динамика изменения тревожности в группе больных, занимавшихся физическими тренировками, исходно и через год в сравнении с контрольной группой представлена на рисунке 6.

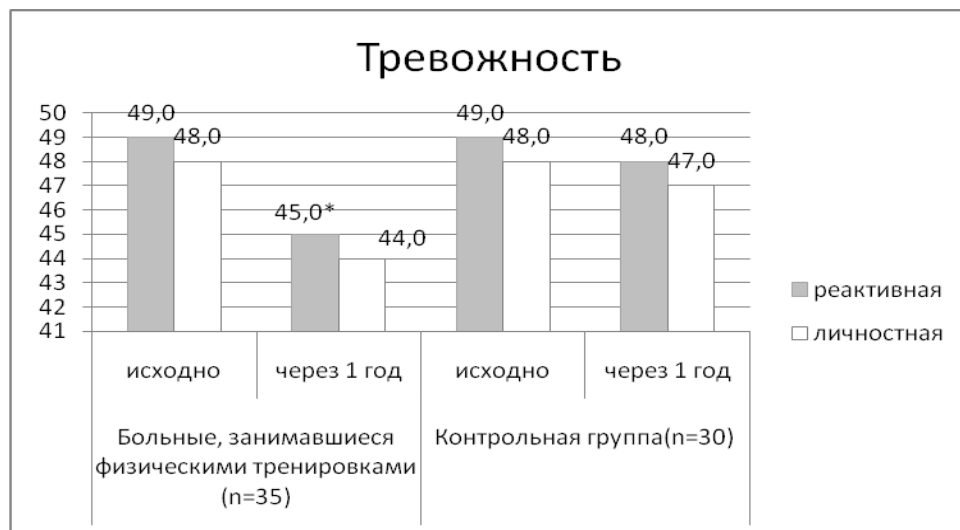


Рисунок 6 — Динамика изменения в группе больных, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с контрольной группой

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных

Как следует из представленных данных у больных снизился показатель реактивной тревожности ($p < 0,05$) и наблюдалась тенденция к снижению личностной тревожности, тогда как в контрольной группе через 1 год достоверных изменений реактивной и личностной тревожности не наблюдалось ($p > 0,05$). В сравнении с контрольной группой у пациентов, занимавшихся физическими тренировками отмечалась отчетливая тенденция к более низкому уровню реактивной и личностной тревожности.

Для выявления депрессии использовалась анкета CES-D. При определении 19 и более баллов считалось, что у больного имеются явные признаки депрессии.

Из 35 больных, занимавшихся физическими тренировками, в начале наблюдений явная депрессия обнаружилась у 13 (37,1 %) человек, медиана депрессии составила 16,0 (8,0; 20,0). Через год признаки явной депрессии были обнаружены у 6 (17,1 %) человек, медиана депрессии составила 9,0 (6,0; 14,0), т.е. наблюдалась тенденция к снижению явной депрессии (рисунок 7).

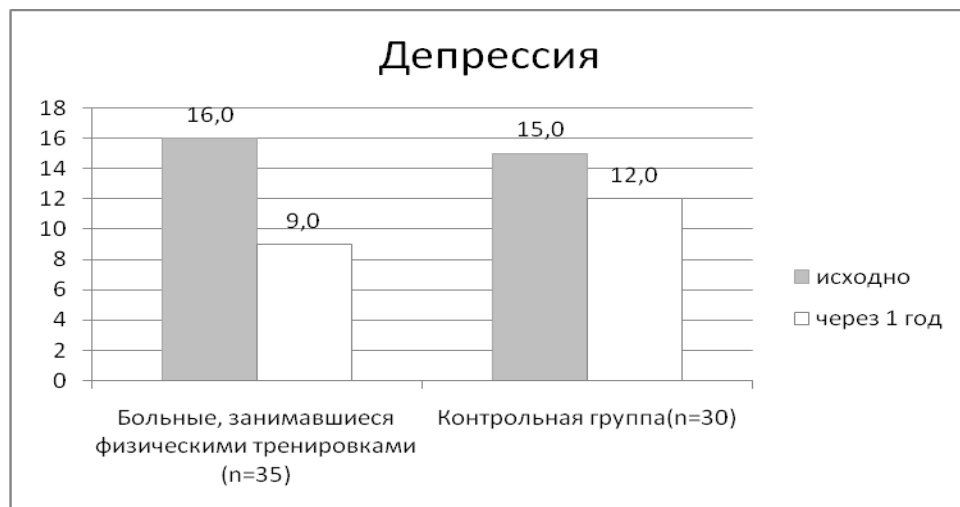


Рисунок 7 — Динамика показателя депрессии, у больных АГ, занимающихся физическими тренировками, в сравнении с контрольной группой

При сравнении показателей депрессии между группой пациентов, занимавшихся физическими тренировками с контрольной группой до исследования и через год достоверных различий не было.

Качество жизни

По анкете SF-36 в 1-й группе больных до занятий физическими тренировками субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошедшим годом составила 40,0 (0,0; 40,0), физическая активность — 40,0 (35,0; 50,0), роль физического состояния — 50,0 (25,0; 50,0), боль — 32,0 (20,0; 64,0), общее здоровье — 40,0 (20,0; 52,0), жизнеспособность — 40,0 (30,0; 50,0), социальная активность — 50,0 (25,0; 62,5), роль эмоциональных факторов — 33,3 (33,3; 66,6), психическое здоровье — 36,0 (36,0; 48,0).

Через год субъективная оценка своего состояния больными по сравнению с прошлым годом составила 60,0 (40,0; 60,0) ($p < 0,05$), физическая активность — 65,0 (55,0; 70,0) ($p < 0,01$), роль физического состояния — 75,0 (60,0; 100,0) ($p < 0,01$), боль — 64,0 (53,0; 80,0) ($p < 0,05$), общее здоровье — 60,0 (40,0; 60,0) ($0,10 > p > 0,05$), жизнеспособность — 65,0 (50,0; 65,0) ($p < 0,05$), социальная активность — 62,5 (50,0; 62,5) ($p > 0,05$), роль эмоциональных факторов — 66,6 (33,3; 100,0), психическое здоровье — 56,0 (48,0; 60,0). Качество жизни по анкете SF-36 исходно, через 1 год, у больных АГ, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с больными контрольной группы представлено в таблице 33.

Как видно из представленных ниже данных, качество жизни улучшилось по большинству шкал, но, в общем, оставалась сниженным.

Сопоставление результатов, полученных в обеих группах показывают, что у пациентов, занимавшихся физическими тренировками в сравнении с контрольной группой достоверно улучшилась субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошлым годом ($p < 0,05$), физическая активность ($p < 0,05$), роль физического состояния ($p < 0,05$) и жизнеспособность ($p < 0,01$).

Таблица 33 — Качество жизни по анкете SF-36 исходно, через 1 год, у больных АГ, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с больными контрольной группы, Me (lq; uq)

Показатели качества жизни	Время	2 группа (n = 35)	Контроль(n = 30)
Сравнительная оценка с прошлым годом	исходно	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 40,0)
	через 1 год	60,0 (40,0; 60,0)* **	40,0 (0,0; 60,0)
Физическая активность	исходно	40,0 (35,0; 50,0)	40,0 (35,0; 40,0)
	через 1 год	65,0 (55,0; 70,0)* **	45,0 (35,0; 50,0)
Роль физического состояния	исходно	50,0 (25,0; 50,0)	25,0 (25,0; 60,0)
	через 1 год	75,0 (60,0; 100,0)* **	50,0 (25,0; 60,0)
Боль	исходно	32,0 (20,0; 64,0)	41,0 (22,0; 53,0)
	через 1 год	64,0 (53,0; 80,0)*	52,0 (31,0; 64,0)
Общее здоровье	исходно	40,0 (20,0; 52,0)	40,0 (30,0; 52,0)
	через 1 год	60,0 (40,0; 60,0)	52,0 (35,0; 52,0)
Жизнеспособность	исходно	40,0 (30,0; 50,0)	40,0 (30,0; 45,0)
	через 1 год	65,0 (50,0; 65,0)* **	50,0 (30,0; 45,0)
Социальная активность	исходно	50,0 (25,0; 62,5)	50,0 (25,0; 62,5)
	через 1 год	62,5 (50,0; 62,5)	51,25 (50,0; 62,5)
Роль эмоциональных факторов	исходно	33,3 (33,3; 66,6)	33,3 (0,0; 66,6)
	через 1 год	66,6 (33,3; 100,0)	33,3 (33,3; 66,6)
Психическое здоровье	исходно	36,0 (36,0; 48,0)	36,0 (28,0; 40,0)
	через 1 год	56,0 (48,0; 60,0)	40,0 (32,0; 56,0)
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.			

Исследования по специализированному опроснику П.И.Сидорова для оценки качества жизни больных АГ, показали, что до занятий физическими тренировками, соматическое качество жизни было хорошим у 5 (14,2 %), удовлетворительным — у 13 (37,1 %), неудовлетворительным — у 9 (25,7 %), крайне неудовлетворительным — у 8 (22,8 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ составила 54,0 (33,0; 67,0).

Психическое качество жизни было хорошим у 8 (22,8 %), удовлетворительным — у 10 (28,5 %), неудовлетворительным — у 11 (31,4 %), крайне неудовле-

творительным — у 6 (17,1 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 53,0 (37,0; 59,0).

Социальное качество жизни было хорошим у 13 (37,1 %), удовлетворительным — у 5 (14,2 %), неудовлетворительным у 10 (28,5 %), крайне неудовлетворительным — у 7 (20,0 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 55,0 (40,0; 61,0).

Через год после занятий физическими тренировками больные были анкетированы повторно (таблица 34).

Таблица 34 — Качество жизни по опроснику П.И. Сидорова исходно и через год у больных, занимавшихся физическими тренировками, в сравнении с больными контрольной группы, Me (Iq; uq)

Качество жизни	Время	2 группа (n = 35)	Контроль (n = 30)
Соматическое	исходно	54,0 (33,0; 67,0)	56,0 (41,0; 63,0)
	через 1 год	68,0 (45,0; 84,0)* **	58,5 (44,0; 65,0)
Психическое	исходно	53,0 (37,0; 59,0)	54,0 (38,0; 60,0)
	через 1 год	63,0 (46,0; 76,0)*	59,0 (40,0; 62,0)
Социальное	исходно	55,0 (40,0; 61,0)	57,0 (39,0; 59,0)
	через 1 год	63,0 (43,0; 78,0)	60,0 (42,0; 64,0)
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.			

Соматическое качество жизни было хорошим у 14 (40,0 %), удовлетворительным — у 11 (31,4 %), неудовлетворительным — у 7 (20,0 %), крайне неудовлетворительным — у 3 (8,5 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ при сравнении с исходным уровнем достоверно повысилась и составила 68,0 (45,0; 84,0) ($p < 0,01$).

Психическое качество жизни было хорошим у 12 (34,2 %), удовлетворительным — у 13 (37,1 %), неудовлетворительным — у 6 (17,1 %), крайне неудовлетворительным — у 4 (11,4 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 63,0 (46,0; 76,0) ($p < 0,05$).

Социальное качество жизни было хорошим у 15 (42,8 %), удовлетворительным — у 9 (25,7 %), неудовлетворительным — у 6 (17,1 %), крайне неудовлетворительным — у 5 (14,2 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 63,0 (43,0; 78,0).

Таким образом, у пациентов, занимавшихся физическими тренировками достоверно лучшим через год стало соматическое качество жизни ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

Социально-экономические факторы

Количество случаев временной нетрудоспособности по артериальной гипертензии в группе больных, которые занимались физическими тренировками, за 1 год до включения их в исследования: 7 (20,0 %) и 84 дня ВН. Через 1 год — 3 (8,5 %) случая ВН и 36 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, было сэкономлено 6704,16 рублей из фонда социального страхования.

В контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения было 7 (23,3 %) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Затраты на пособия по ВН в этой группе выросли на 1815,71 рубль.

Количество вызовов СМП в группе больных, занимавшихся физическими тренировками за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 2 (5,71 %). Через 1 год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного вызова скорой помощи по данным за 2010 год в среднем составляет 1001 рубль, а за 2011 — 1071 рубль, было сэкономлено 2002 рубля. У больных контрольной группы за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 вызова скорой помощи. Через 1 год — 4. Было потрачено на 1281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в исследуемой группе первоначально составило 1 (2,85 %). Через год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилась в день 1788,95 рублей, а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляла 14 дней, было сэконом-

лено 25045,3 рублей. В контрольной группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3 человека (10,0 %) при среднем пребывании в 14 дней, и затраты на стационарное лечение составили 75135,9 рубля. Таким образом, в исследуемой группе представленный уровень затрат уменьшился на 33751,48 рублей. В этой группе случаев выхода на инвалидность не было. В контрольной группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1, через год — 2.

Таким образом в исследуемой группе общее снижение экономических затрат составило 33751,48 рублей.

Резюме. Таким образом, активное вовлечение больных АГ в физические тренировки, ведет автоматически к акцентуации внимания больного на своем здоровье, а это повышает его приверженность к выполнению врачебных рекомендаций, улучшает его качество жизни и психологическое состояние.

У больных улучшилась приверженность к здоровому образу жизни и уменьшилось число факторов риска. В группе больных, занимающихся физическими тренировками, произошло статистически значимое улучшение большинства параметров комплаентности, определяемых по методу С.В.Давыдова.

Занятия физической нагрузкой достоверно улучшили показатели качества жизни, особенно соматического и в меньшей мере психического и социального.

Исследования установили умеренное влияние физических тренировок на психологический статус больных АГ. Физические тренировки у пациентов этой группы достоверно снизили показатель реактивной тревожности ($p < 0,05$).

Проведение занятий обеспечили улучшение результатов лечения по сравнению с больными контрольной группы. Произошло достоверное снижение АД, целевой уровень АД был достигнут у 31,4 %, достоверно снизилось число пациентов с высоким риском ССО, за счет «перехода» их в группу среднего риска. Уменьшилась временная нетрудоспособность, частота госпитализаций и вызовов СМП. Таким образом, мероприятия по вовлечению больных физическими нагрузками, являясь практически мало затратными, приводят к значительному экономическому эффекту. Однако по полученным данным можно сказать, что метод ак-

тивного вовлечения в физические тренировки повышает комплаентность к рекомендациям врача, но не у всех больных и не в том объеме, в котором хотелось бы.

3.4 Пациенты, к которым был применен психологический метод — выработка «доминанты здоровья» (3-я группа)

На момент включения пациентов в исследование 1 степень АГ была у 11 (29,0 %) человек, 2 степень — у 19 (50,0 %), 3 степень — у 8 (21,0 %) человек, II стадия — у 27 (71,0 %), III стадия — у 11 (29,0 %), высокий риск — 25 (65,8 %), очень высокий риск — у 13 (34,2 %) человек. Через 1 год целевой уровень АД был достигнут у 11 (28,9 %) (оптимальное АД — у 2 (5,2 %), нормальное АД — 4 (10,5 %), высокое нормальное — 5 (13,1 %) человек), 1 степень АГ — у 27 (71,0 %) ($p < 0,05$), средний риск — у 6 (15,8 %), высокий риск — у 7 (50,0 %) ($p < 0,05$), очень высокий риск — у 13 (34,2 %) человек ($p > 0,05$). Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было.

Средние цифры АД (САД/ДАД) в группе больных, к которым был применен психологический метод до включения в исследование составили $158 \pm 2,34/98 \pm 2,18$ мм рт. ст. Через 1 год — $146 \pm 2,71/88 \pm 1,79$ мм рт. ст. ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

По сравнению с контрольной группой, в 3 группе больных, через год стало более низким систолическое ($p < 0,05$) и диастолическое ($p < 0,05$) артериальное давление.

Динамика АД у больных, к которым был применен психологический метод — выработка доминанты здоровья, в сравнении с больными АГ контрольной группы, принимающих разные комбинации лекарственных препаратов, исходно и через 1 год после лечения представлена в таблице 35.

Таблица 35 — Динамика АД (в мм рт. ст.) у больных, к которым был применен психологический метод по сравнению с контролем, исходно и через год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	АД	3 группа (n = 38)		Контроль (n = 30)	
		исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Лозартан+гидрохлортиазид (50 мг+12,5 мг)	САД	158 ± 2,37	148 ± 2,87*	160 ± 1,47	154 ± 1,56*
	ДАД	98 ± 2,21	89 ± 1,64*	97 ± 2,32	93 ± 2,69
Амлодипин+лизиноприл (5 мг+10 мг)	САД	157 ± 2,16	144 ± 2,26* **	160 ± 1,52	153 ± 2,57*
	ДАД	97 ± 2,32	90 ± 1,63*	98 ± 1,34	94 ± 2,25
Бисопролол+гидрохлортиазид (5 мг+6,25 мг)	САД	159 ± 1,24	146 ± 2,67*	159 ± 2,55	151 ± 1,63*
	ДАД	97 ± 2,62	87 ± 1,28* **	98 ± 2,38	94 ± 2,12

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных,
** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Динамика ЧСС в исследуемых группах, исходно и через 1 год после лечения, представлена в таблице 36.

Таблица 36 — Динамика ЧСС (в мин) у больных, к которым был применен психологический метод по сравнению с контролем, исходно и через 1 год после лечения, $M \pm m$

Комбинированная терапия	ЧСС			
	3 группа (n = 38)		Контроль (n = 30)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Лозартан+гидрохлортиазид (50 мг+12,5 мг)	74,2 ± 2,25	68,3 ± 2,24	72,2 ± 2,28	69,2 ± 2,58
Амлодипин+лизиноприл (5 мг+10 мг)	68,3 ± 2,81	67,3 ± 2,51	73,4 ± 2,64	67,3 ± 2,76
Бисопролол+гидрохлортиазид (5 мг +6,25 мг)	72,2 ± 2,37	58,2 ± 2,73*	68,2 ± 2,87	60,2 ± 2,58*

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных.

Факторы риска ХНИЗ

Исследовано 38 больных относящихся к территориальному участку.

Из 38 больных курили 10 (26,3 %) человек.

Следует отметить, что среди исследуемых больных не было лиц, которые бы отмечали злоупотребление алкоголем.

В полном объёме рекомендаций по питанию не придерживался никто из 38 исследованных больных, а 23 (60,5 %) человек признали значительный дефицит в питании овощей и фруктов. Избыточное употребление соли, из-за пристрастия к солёной пище отметили 16 (42,1 %) больных.

Недостаточную физическую активность у себя отметили 28 (73,6 %) больных. Никто из них не занимался в группах «Здоровья», не посещал бассейн, и не совершал регулярные прогулки в быстром или умеренном темпе по 30–40 минут до 4–5 раз в неделю.

У 31 (81,5 %) больного регистрировался увеличенный индекс массы тела. Каких-либо мероприятий по снижению лишнего веса, никто из указанных больных реально не предпринимал.

Наличие хронического стресса отметили 14 (36,8 %) больных.

Общий холестерин был увеличен у 29 (76,3 %) человек и во всей группе равнялся $6,68 \pm 0,19$ ммоль/л.

Ко всем больным был применен психологический метод — выработка доминанты здоровья и через 1 год они были анкетированы повторно (таблица 37).

Таблица 37 — Динамика модифицируемых факторов риска у больных, к которым был применен психологический метод, в сравнении с больными контрольной группы, абс. (%), $M \pm m$

Факторы риска	3 группа (n = 38)		Контроль (n = 30)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Курение	10 (26,3 %)	7 (18,4 %)	9 (30,0 %)	7 (23,3 %)
Избыточное употребление алкоголя	-	-	2 (6,6 %)	1 (3,3 %)
Соблюдение диетических рекомендаций	23 (60,5 %)	15 (39,4 %)	16 (53,3 %)	14 (46,6 %)
Избыточное употребление NaCl	16 (42,1 %)	9 (23,6 %)	13 (43,3 %)	11 (36,6 %)
Недостаточная физическая активность	28 (73,6 %)	21 (55,26 %)*	23 (76,6 %)	20 (66,6 %)
Увеличенный индекс массы тела	31 (81,5 %)	24 (63,1 %)	24 (80,0 %)	22 (73,3 %)
Наличие хронического стресса	14 (36,8 %)	3 (7,8 %)*,**	11 (36,6 %)	9 (30,0 %)
Общий холестерин (ммоль /л), $M \pm m$	6,68 \pm 0,19	5,81 \pm 0,23*	6,82 \pm 0,28	6,25 \pm 0,27
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.				

При этом оказалось, что 7 (18,4 %) человек продолжали курить, а 3 (7,8 %) человека курить бросили.

Значительные отклонения от рекомендаций по питанию признали у себя 15 (39,4 %) человек, что свидетельствует о тенденции к снижению лиц, питающихся неправильно.

Избыточное употребление соли, по-прежнему, отметили 9 (23,6 %) человек. Внесли коррекцию в употребление соли 7 (18,4 %) человек, что свидетельствует о тенденции к снижению лиц, избыточно употребляющих соль.

Недостаточную физическую активность продолжали отмечать у себя 21 (55,2 %) человек. Включили в свой образ жизни физические нагрузки 9 (23,6 %) человек в виде регулярной дозированной ходьбы 40–50 мин в основном с работы и на работу, что свидетельствует о тенденции к снижению лиц, имеющих недостаточную физическую активность.

Увеличенный индекс массы тела сохранялся у 24 (63,1 %) человек, 7 (18,4 %) человек добились снижения ИМТ.

Наличие хронического стресса продолжали отмечать у себя 3 (7,8 %) человека, а 11 (28,9 %) человек научились справляться с психоэмоциональными нагрузками ($p < 0,05$).

Сохранялся повышенным показатель общего холестерина у 18 (47,3 %) человек, во всей группе среднее его значение составило $5,81 \pm 0,23$ ммоль/л.

Как следует из представленных данных, в обеих группах все больные не придерживались полностью здорового образа жизни и у них сохранялось по несколько факторов риска.

В группе пациентов, к которым был применен психологический метод, достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось число лиц, испытывающих значительное нервное напряжение, снизился общий холестерин и повысилась физическая активность и наблюдалась отчетливая тенденция к росту соблюдения диетических рекомендаций и снижению употребления поваренной соли.

При изучении комплаентности по методу С.В. Давыдова оказалось, что 17 (44,7 %) из 38 человек значительную часть суммы своей зарплаты, пенсии не готовы потратить на лечение (низкая степень влияния данного фактора комплаентности). Готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) 9 человек (23,6 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 человек (23,6 %), готовы потратить почти все имеющиеся средства (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 человека (7,8 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 человек (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

Выполнять все рекомендации лечащего врача считали для себя практически невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 5 человек (13,1 %). Крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 10 (26,3 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (31,5 %), не легко (степень влияния фактора комплаентности выше средней) —

6 (15,7 %), легко (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (13,1 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

От врача информацию о всех назначенных лекарственных средствах (показания, противопоказания, побочные действия) не стремились и не желали получать (низкая степень влияния фактора комплаентности) — 7 человек (18,4 %), имели о незначительной части (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 человек (18,4 %), имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 человек (23,6 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 человека (7,8 %), имели информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 12 человек (31,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 2,0).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами ради лечения у своего врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 14 человек (36,8 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 12 (31,5 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 7 (18,4 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 5 (13,1 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 0 (0 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

При просьбе оценить имеющийся контакт с врачом: желание откровенно поговорить с доктором, возможность выслушать, получить советы считали не нужным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 5 человек (13,1 %), оценили как незначительный контакт (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 11 (28,9 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (31,5 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 8 (21,0 %), полный контакт (вы-

сокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (5,2 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

При вопросе оценить удовлетворенность назначенной терапией 3 человека (7,89 %) указали на отсутствие удовлетворения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности), были не очень удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 12 человек (31,5 %), умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (26,3 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 7 (18,4 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 6 (15,7 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 11 человек (28,9 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 12 (31,5 %), готовы наполовину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (23,6 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 4 (10,5 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 (5,2 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила -1,0 (-2,0; 0,0).

Не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 7 человек (18,4 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 8 (21,0 %), отчасти доверяли (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 14 (36,8 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 6 (15,7 %), доверяли (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 3 (7,89 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 0,0).

Были не довольны результатами лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 6 (15,7 %) человек, не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 7 (18,4 %), отчасти довольны (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (26,3 %), довольны почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 4 (10,5 %),

полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 11 (28,9 %). Медиана комплаентности по данному фактору составила 0,0 (-1,0; 2,0).

Через год при изучении комплаентности больных оказалось, что 11 человек (28,9 %) по-прежнему значительную часть суммы своей зарплаты, пенсии не готовы потратить на лечение (низкая степень влияния данного фактора комплаентности). Готовы потратить небольшую часть зарплаты (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) 8 человек (21,0 %), готовы потратить половину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 человек (31,5 %), готовы потратить почти все имеющиеся средства (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 5 человек (13,1 %), готовы потратить любую сумму (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 2 человек (5,2 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила -0,5 (-2,0; 0,0).

Выполнять все назначения лечащего врача считали для себя практически невозможным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 3 человека (7,8 %). Крайне трудным (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 4 (10,5 %), трудным (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 11 (28,9 %), не легко (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 9 (23,6 %), легко (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 11 (28,9 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0) ($p < 0,05$ при сравнении с исходными данными).

От врача информацию о всех назначенных лекарственных средствах (показания, противопоказания, побочные действия) не имели и были к этому безразличны (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 2 человека (5,2 %), имели о незначительной части (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 5 человек (13,1 %) имели информацию о половине назначенных средств (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 7 человек (18,4 %), имели информацию о большей части препаратов (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 13 человек (34,2 %), имели информацию о всех назначенных препаратах (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 11 человек (28,9 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0).

Отказаться от лечения и диагностики нетрадиционными способами ради лечения у своего врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 10 человек (26,3 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 8 (21,0 %), частично готовы (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (31,5 %), готовы отказаться практически от всего (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 3 (7,8 %), готовы отказаться полностью (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (13,1 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-2,0; 0,0).

При просьбе оценить имеющийся контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, возможность выслушать, получить советы) считали не нужным (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) — 2 человека (5,2 %), оценили как незначительный контакт (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 8 (21,0 %), достаточный контакт (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 10 (26,3 %), хороший контакт (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 12 (31,5 %), полный контакт (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 6 (15,7 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p < 0,05$).

При вопросе оценить удовлетворенность назначенной терапией 2 человека (5,2 %) указали на отсутствие таковой (низкая степень влияния данного фактора комплаентности), были не очень удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 5 человек (13,1 %), умеренно удовлетворены (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (23,6 %), практически полностью удовлетворены (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 12 (31,5 %), полностью удовлетворены (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 10 (26,3 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0) ($p < 0,05$).

Полностью отказаться от самолечения и выполнять только назначения врача были не готовы (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 8 человек (21,0 %), готовы не полностью (степень влияния фактора комплаентности

ниже средней) — 10 (26,3 %), готовы наполовину (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 5 (13,1 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 10 (26,3 %), полностью готовы (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 5 (13,1 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 1,0).

Не доверяли своему врачу (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 1 человек (2,6 %), не очень доверяли (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 9 (23,6 %), отчасти доверяли (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 12 (31,5 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 9 (23,6 %), доверяют (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 7 (18,4 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 0,0 (-1,0; 1,0) ($p < 0,05$).

Были не довольны результатами лечения (низкая степень влияния данного фактора комплаентности) 1 (2,6 %) человек, не очень довольны (степень влияния фактора комплаентности ниже средней) — 3 (7,8 %), отчасти довольны (средняя степень влияния фактора комплаентности) — 9 (23,6 %), почти полностью (степень влияния фактора комплаентности выше средней) — 13 (34,2 %), полностью довольны (высокая степень влияния фактора комплаентности) — 12 (31,5 %). Медиана комплаентности по данному фактору изменилась и составила 1,0 (0,0; 2,0) ($p < 0,05$).

Сравнение показателей комплаентности в этой 3-й группе больных АГ, исходно и через год, с показателями у лиц контрольной группы представлено в таблице 38.

Как видно из представленных данных, по сравнению с контрольной группой в группе больных, к которым были применены психологические методы достоверно выше уровень комплаентности по финансово-экономической готовности ($p < 0,05$) и медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$) и отмечалась тенденция к повышению уровня комплаентности по удовлетворенности результатами лечения.

Таким образом, через год комплаентность у пациентов, занимавшихся психологическим тренингом, стала статистически значимо отличаться по всем параметрам в лучшую сторону.

Таблица 38 — Динамика показателей комплаентности в 3-ей группе больных АГ и лиц контрольной группы, исходно, через год, Me (Iq; uq)

Составляющие комплаентности	Время	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)
Финансово-экономическая готовность	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	-0,5(-2,0;0,0)**	-1,0 (-1,0; 0,0)**
Медико-социальная адаптированность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)*,**	0,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная информированность	исходно	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)	1,0 (-1,0; 1,0)
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-2,0; 0,0)	-0,5 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная коммуникабельность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	-0,5 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)*	0,0 (-1,0; 1,0)
Удовлетворенность назначенной терапией	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)*	0,5 (-1,0; 1,0)
Медико-социальная изоляция	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
Доверие к своему врачу	исходно	0,0 (-1,0; 0,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)*	1,0 (0,0; 1,0)**
Удовлетворенность результатами лечения	исходно	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)*	1,0 (-1,0; 1,0)

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных,
** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Оценка психологического статуса в начале лечения проведена путем анкетирования всех 38 больных по опроснику СМОЛ.

По шкале ипохондрии показатель составил 62,0 (52,0; 69,0), по шкале депрессии — 65,0 (59,0; 72,0), по шкале истерии — 72,0 (65,0; 75,0), по шкале психопатии — 55,0 (49,0; 62,0), паранойяльности — 52,0 (49,0; 62,0), психастении — 69,0 (62,0; 72,0), шизоидности — 55,0 (52,0; 65,0), гипомании — 52,0 (45,0; 59,0).

Через год, при сравнении с исходным состоянием, в этой группе больных наблюдалось достоверное улучшение показателей по нескольким шкалам: ипохондрии [50,5 (42,0; 55,0); $p < 0,05$], депрессии [55,0 (49,0; 62,0); $p < 0,01$], истерии [63,5 (52,0; 69,0); $p < 0,01$], психопатии [42,0 (35,0; 49,0); $p < 0,01$], паранойяльно-

сти [43,5 (39,0; 55,0); $p < 0,05$], психастении [53,5 (49,0; 59,0); $p < 0,01$], шизоидности [55,0 (52,0; 65,0); $p < 0,05$], гипомании [43,5 (39,0; 55,0); $p < 0,05$].

У пациентов с АГ, к которым были применены психологические методы при сравнении с контрольной группой через год достоверно улучшились показатели по шкалам ипохондрии, психопатии, психастении, шизоидности и гипомании (таблица 39).

Таблица 39 — Динамика психологического статуса у пациентов с АГ, к которым были применены психологические методы, Me (Iq; uq)

Показатели СМОЛ	Время	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)
Лжи	исходно	49,0 (42,0; 57,0)	52,0 (42,0; 55,0)
	через 1 год	45,0 (39,0; 55,0)	49,0 (39,0; 55,0)
Достоверности	исходно	52,0 (45,0; 57,0)	49,0 (42,0; 55,0)
	через 1 год	49,0 (39,0; 52,0)	45,0 (39,0; 57,0)
Коррекции	исходно	49,0 (42,0; 55,0)	52,0 (45,0; 55,0)
	через 1 год	45,0 (42,0; 52,0)	52,0 (42,0; 55,0)
Ипохондрии	исходно	62,0 (52,0; 69,0)	62,0 (55,0; 62,0)
	через 1 год	50,5 (42,0; 55,0)* **	59,0 (49,0; 65,0)
Депрессии	исходно	65,0 (59,0; 72,0)	65,0 (65,0; 72,0)
	через 1 год	55,0 (49,0; 62,0)*	62,0 (52,0; 65,0)
Истории	исходно	72,0 (65,0; 75,0)	69,0 (65,0; 75,0)
	через 1 год	63,5 (52,0; 69,0)*	65,0 (62,0; 69,0)
Психопатии	исходно	55,0 (49,0; 62,0)	52,0 (52,0; 62,0)
	через 1 год	42,0 (35,0; 49,0)* **	50,5 (40,0; 55,0)
Паранойяльности	исходно	52,0 (49,0; 62,0)	52,0 (49,0; 62,0)
	через 1 год	44,5 (39,0; 55,0)*	49,0 (45,0; 59,0)
Психастении	исходно	69,0 (62,0; 72,0)	62,0 (59,0; 69,0)
	через 1 год	53,5 (49,0; 59,0)* **	60,5 (59,0; 65,0)
Шизоидности	исходно	55,0 (52,0; 65,0)	57,0 (52,0; 63,5)
	через 1 год	42,0 (39,0; 52,0)* **	55,0 (49,0; 59,0)
Гипомании	исходно	52,0 (45,0; 59,0)	53,5 (49,0; 65,0)
	через 1 год	43,5 (39,0; 55,0)* **	52,0 (49,0; 62,0)

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.

Тревожность оценивалась по шкале самооценки Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л.Ханина и на момент включения в исследования высокий уровень реактивной тревожности среди больных, к которым были применены психологические методы воздействия, имели 22 (57,8 %) человек, умеренный — 9 (23,6 %), низкий — 7 (18,4 %). Медиана показателя реактивной тревожности составила 50,0 (40,0; 64,0).

Высокий уровень личностной тревожности имели 21 (55,2 %) больных, умеренный — 9 (23,6 %), низкий — 8 (21,0 %). Медиана показателя личностной тревожности составила 48,0 (36,0; 64,0).

Через 1 год высокий уровень реактивной тревожности имели 18 (47,3 %) больных, умеренный — 10 (26,3 %), низкий — 10 (26,3 %). Медиана показателя реактивной тревожности снизилась и составила 43,0 (29,0; 45,0) ($p < 0,01$).

Высокий уровень личностной тревожности через 1 год имели 17 (44,7 %) человек, умеренный — 10 (26,3 %), низкий — 11 (28,9 %). Медиана показателя личностной тревожности составила 42,0 (21,0; 46,0) ($p < 0,05$). Динамика изменения тревожности в группе больных АГ, к которым были применены психологические методы выработки доминанты здоровья, исходно, через год и в сравнении с контрольной группой представлена на рисунке 8.

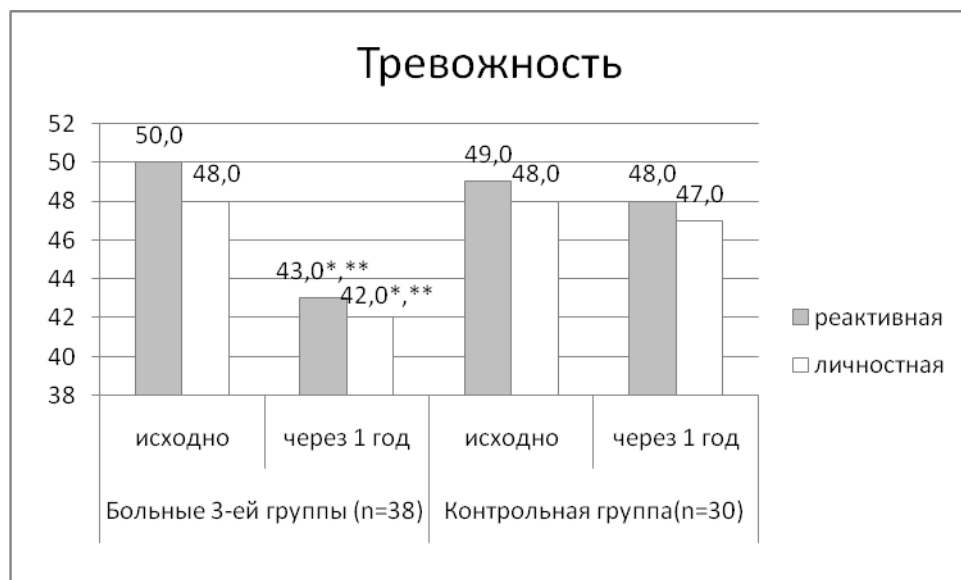


Рисунок 8 — Динамика показателей тревожности у исследованных больных

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой

Таким образом, отмечались достоверное снижение показателей реактивной ($p < 0,01$) и личностной тревожности ($p < 0,05$), тогда как в контрольной группе через 1 год достоверных изменений реактивной и личностной тревожности не наблюдалось ($p > 0,05$). В сравнении с контрольной группой через год наблюдений у пациентов 3-й группы отмечалось достоверное снижение уровней реактивной и личностной тревожности ($p < 0,05$).

Для выявления депрессии использовалась анкета CES-D. При определении 19 и более баллов считалось, что у больного имеются явные признаки депрессии.

Из 38 больных явная депрессия обнаружилась у 14 (36,8 %) человек. Медиана депрессии составила 15,0 (10,0; 23,0).

Через год признаки явной депрессии оставались у 3 (7,8 %) человек, медиана депрессии составила 4,0 (1,0; 7,0), что достоверно отличается от исходных данных ($p < 0,01$). При сравнении показателей депрессии между группой больных АГ, к которым были применены психологические методы и контрольной группой больных было выявлено достоверное уменьшение показателей в сравнении с контрольной группой (рисунок 9).

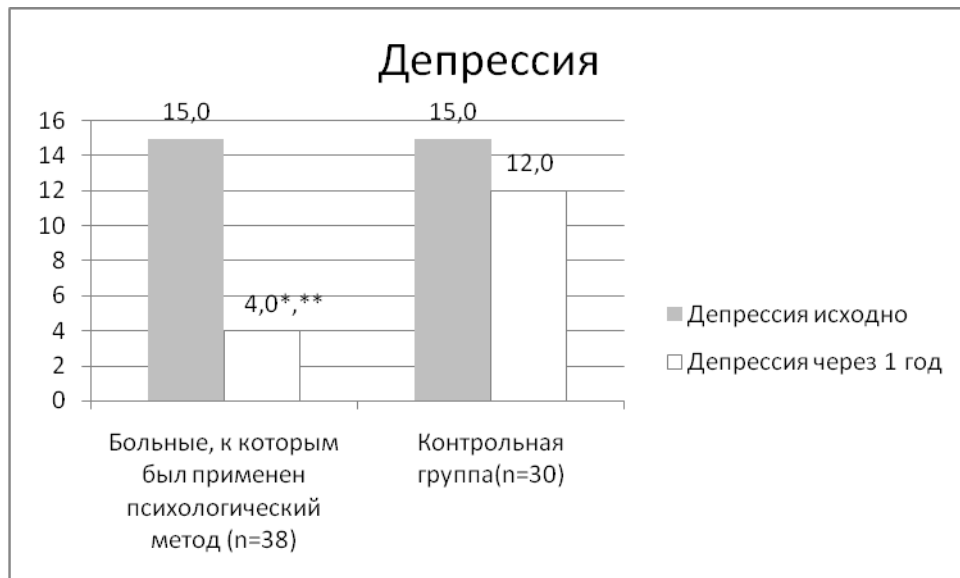


Рисунок 9 — Динамика депрессии у больных, использовавших психологический тренинг в сравнении с контрольной группой

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой

Обращает на себя внимание существенное влияние используемых психологических методов воздействия на показатели психологического статуса, тревожности и частоты депрессии по сравнению с методами обучения больных в школе для лиц с АГ и методом активного вовлечения больных к физическим тренировкам.

Качество жизни

По анкете SF-36 оценка своего общего состояния больными по сравнению с прошлым годом составила 40,0 (0,0; 40,0), физической активности — 40,0 (35,0; 40,0), роли физического состояния — 50,0 (25,0; 50,0), боли — 41,0 (20,0; 53,0), общего здоровья — 40,0 (35,0; 52,0), жизнеспособности — 35,0 (15,0; 45,0), социальной активности — 43,75 (25,0; 51,25), роли эмоциональных факторов — 33,3 (33,3; 66,6), психического здоровья — 40,0 (32,0; 48,0).

Через год показатели качества жизни у исследуемых больных по многим параметрам существенно изменились в лучшую сторону. Так оценка своего общего состояния больными по сравнению с прошлым годом изменилась и составила 60,0 (40,0; 60,0) ($p < 0,05$), физической активности — 55,0 (45,0; 55,0), роли физического состояния — 50,0 (25,0; 60,0) ($p > 0,05$), боли — 58,5 (52,0; 64,0) ($0,10 > p > 0,05$), общего здоровья — 60,0 (47,0; 60,0) ($0,10 > p > 0,05$), жизнеспособности — 50,0 (40,0; 55,0), социальной активности — 62,5 (50,0; 75,0) ($p < 0,05$), роли эмоциональных факторов — 100,0 (66,6; 100,0) ($p < 0,001$), психического здоровья — 60,0 (60,0; 72,0) ($p < 0,01$) (таблица 40).

Как видно, из представленных данных, качество жизни улучшилось но, не по всем шкалам. У пациентов, к которым был применен психологический метод в сравнении с контрольной группой достоверно улучшились показатели роли эмоциональных факторов ($p < 0,01$) и психического здоровья ($p < 0,05$), отмечалась отчетливая тенденция к повышению социальной активности.

Таблица 40 — Качество жизни по анкете SF-36 у больных, к которым был применен психологический тренинг в сравнении с больными контрольной группы, Me (Iq; uq)

Показатели качества жизни	Время	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)
Сравнительная оценка с прошлым годом	исходно	40,0 (0,0; 40,0)	40,0 (0,0; 40,0)
	через 1 год	60,0 (40,0; 60,0)*	40,0 (0,0; 60,0)
Физическая активность	исходно	40,0 (35,0; 40,0)	40,0 (35,0; 40,0)
	через 1 год	55,0 (45,0; 55,0)	45,0 (35,0; 50,0)
Роль физического состояния	исходно	50,0 (25,0; 50,0)	25,0 (25,0; 60,0)
	через 1 год	50,0 (25,0; 60,0)	50,0 (25,0; 60,0)
Боль	исходно	41,0 (20,0; 53,0)	41,0 (22,0; 53,0)
	через 1 год	58,5 (52,0; 64,0)	52,0 (31,0; 64,0)
Общее здоровье	исходно	40,0 (35,0; 52,0)	40,0 (30,0; 52,0)
	через 1 год	60,0 (47,0; 60,0)	52,0 (35,0; 52,0)
Жизнеспособность	исходно	35,0 (15,0; 45,0)	40,0 (30,0; 45,0)
	через 1 год	50,0 (40,0; 55,0)	50,0 (30,0; 45,0)
Социальная активность	исходно	43,75 (25,0; 51,25)	50,0 (25,0; 62,5)
	через 1 год	62,5 (50,0; 75,0)*	51,25 (50,0; 62,5)
Роль эмоциональных факторов	исходно	33,3 (33,3; 66,6)	33,3 (0,0; 66,6)
	через 1 год	100,0 (66,6; 100,0)* **	33,3 (33,3; 66,6)
Психическое здоровье	исходно	40,0 (32,0; 48,0)	36,0 (28,0; 40,0)
	через 1 год	60,0 (60,0; 72,0)* **	40,0 (32,0; 56,0)
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ** — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой.			

По специализированному опроснику П.И.Сидорова, используемого для оценки качества жизни больных с АГ, до применения психологического метода (выработки доминанты здоровья) соматическое качество жизни было хорошим у 9

(23,6 %) человек, удовлетворительным — у 11 (28,9 %) человек, неудовлетворительным — у 10 (26,3 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 8 (21,0 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ составила 54,0 (34,0; 59,0).

Психическое качество жизни было хорошим у 7 (18,4 %) человек, удовлетворительным — у 13 (34,2 %) человек, неудовлетворительным — у 13 (34,2 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 5 (13,1 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 55,0 (30,0; 62,0).

Социальное качество жизни было хорошим у 9 (23,6 %) человек, удовлетворительным — у 12 (31,5 %) человек, неудовлетворительным — у 13 (34,2 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 4 (10,5 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 57,0 (38,0; 61,0).

Через год после занятий больные были анкетированы повторно. Соматическое качество жизни изменилось и стало хорошим у 13 (34,2 %) человек, удовлетворительным — у 14 (36,8 %) человек, неудовлетворительным — у 8 (21,0 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 3 (7,8 %) человек. Медиана показателя соматического КЖ составила 62,0 (42,0; 78,0).

Психическое качество жизни стало хорошим у 16 (42,1 %) человек, удовлетворительным — у 13 (34,2 %) человек, неудовлетворительным — у 7 (18,4 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 2 (5,2 %) человек. Медиана показателя психического КЖ составила 64,5 (46,0; 79,0) ($p < 0,05$).

Социальное качество жизни стало хорошим у 15 (39,4 %) человек, удовлетворительным — у 14 (36,8 %), неудовлетворительным — у 6 (15,7 %) человек, крайне неудовлетворительным — у 3 (7,8 %) человек. Медиана показателя социального КЖ составила 66,0 (49,0; 80,0) ($p < 0,05$) (таблица 41).

Таблица 41 — Качество жизни по опроснику П.И.Сидорова у больных, к которым был применен психологический тренинг, Me (Iq; uq)

Качество жизни	Время	3 группа (n = 38)	Контроль (n = 30)
Соматическое	исходно	54,0 (34,0; 59,0)	56,0 (41,0; 63,0)
	через 1 год	62,0 (42,0; 78,0)	58,5 (44,0; 65,0)
Психическое	исходно	55,0 (30,0; 62,0)	54,0 (38,0; 60,0)
	через 1 год	64,5 (46,0; 79,0)*	59,0 (40,0; 62,0)
Социальное	исходно	57,0 (38,0; 61,0)	57,0 (39,0; 59,0)
	через 1 год	66,0 (49,0; 80,0)*	60,0 (42,0; 64,0)
Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных.			

Как видно из представленных данных, через год, качество жизни больных, использовавших психологический тренинг, достоверно улучшилось по 2 показателям, в отличие от исходного состояния. При сравнении показателей качества жизни между двумя группами до исследования и через год достоверных различий не было. У больных контрольной группы показатели качества жизни также улучшились, но улучшение было незначительным и достоверной разницы с исходным состоянием не было.

Социально-экономические факторы

В группе больных, к которым был применен психологический метод за год до включения в исследование число случаев временной нетрудоспособности по артериальной гипертензии равнялось 9 (23,6 %) и 110 дней ВН. Через 1 год — 4 (10,5 %) случаев ВН и 47 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, было сэкономлено 8799,21 рубль из фонда социального страхования.

В контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения было 7 (23,3 %) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Потери, связанные с ВН в этой группе выросли на 1815,71 рубль.

Количество вызовов «скорой медицинской помощи» в группе больных, к которым был применен психологический метод, за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (7,8 %). Через 1 год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного вызова СМП по данным за 2010 год в среднем составляет 1001 рубль, а за 2011 — 1071 рубль, было сэкономлено 3003 рубля. В контрольной группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 вызова СМП. Через 1 год — 4. Было потрачено на 1281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в группе больных, к которым был применен психологический метод, первоначально составило 2 (5,2 %). Через год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилось в 1 788,95 рублей, а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляла 14 дней, было сэкономлено 50 090,6 рублей. В контрольной группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3 человека (10,0 %) при среднем пребывании в 14 дней, и затраты на стационарное лечение составили 75 135,9 рублей.

Таким образом в исследуемой группе общее снижение экономических затрат составило 61 892,81 рубль.

В группе больных, к которым был применен психологический метод, случаев выхода на инвалидность не было. В контрольной группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1, через год — 2.

Резюме: результаты проведенных исследований показывают, что занятия психологическими тренировками вызывают у больных АГ изменения в поведенческой структуре. В исследуемой группе отмечались положительные сдвиги к устранению модифицируемых факторов риска. Через год по сравнению с больными контрольной группы, у них достоверно меньше стало лиц, отмечающих наличие хронического стресса. У больных этой группы стали ниже показатели общего холестерина. Отмечалась общая направленность к увеличению числа лиц склонных к здоровому образу жизни.

Через год показатели комплаентности, определяемые по методу С. В. Давыдова, у пациентов, к которым был применен психологический метод, достоверно (или имели отчетливую тенденцию к повышению) повысились. Следовательно, занятие психологическими тренировками усиливают внимание больного АГ к своему здоровью. В результате он становится более восприимчив к рекомендациям врача. Но это влияние очень умеренное. Как уже отмечалось, и в контрольной группе регистрировались положительные изменения показателей комплаентности, но они были меньшими. И в результате, через год в группе больных, к которым был применен психологический метод, при сравнении с контрольной группой достоверно отличался уровень комплаентности лишь по финансово-экономической готовности потратить на лечение значительную часть своих финансовых средств ($p < 0,05$) и медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$), показывающей насколько легко больному выполнять все назначения лечащего врача. Но, всё же, все показатели в этой группе имели направленность к превышению таковых в контрольной группе.

Занятия психологическими тренировками достоверно улучшили показатели качества жизни по шкалам оценки общего состояния больного по сравнению с прошлым годом ($p < 0,05$), социальной активности ($p < 0,05$), роли эмоциональных факторов ($p < 0,001$), психического здоровья ($p < 0,01$), наблюдалась тенденция к улучшению показателей по шкалам физической активности, боли, общего здоровья, жизнеспособности. По шкале роли физического состояния достоверных изменений отмечено не было ($p > 0,05$).

В сравнении с контрольной группой, у пациентов, к которым был применен психологический метод, достоверно выше стали показатели роли эмоциональных факторов ($p < 0,01$) и психического здоровья ($p < 0,05$), отмечалась отчетливая тенденция к повышению социальной активности.

По опроснику П.И.Сидорова, в группе больных, к которым был применен психологический метод достоверно улучшились показатели психического и социального КЖ ($p < 0,05$) и наблюдалась тенденция к улучшению показателей соматического КЖ.

Исследования установили значительное влияние психологических методов на психологический статус больных АГ. У пациентов, к которым был применен психологический метод достоверно улучшились показатели по всем базисным шкалам: ипохондрии ($p < 0,05$), депрессии ($p < 0,01$), истерии ($p < 0,01$), психопатии ($p < 0,01$), паранойяльности ($p < 0,05$), психастении ($p < 0,01$), шизоидности ($p < 0,05$), гипомании ($p < 0,05$).

В сравнении с контрольной группой у пациентов с АГ, к которым был применен психологический метод — выработка «доминанты здоровья», через год достоверно выше стали показатели по шкалам ипохондрии, психопатии, психастении, шизоидности и гипомании ($p < 0,05$). Также, отмечалось достоверное снижение показателей реактивной ($p < 0,01$) и личностной тревожности ($p < 0,05$), тогда как в контрольной группе через 1 год достоверных изменений реактивной и личностной тревожности не наблюдалось ($p > 0,05$). В сравнении с контрольной группой у пациентов, к которым был применен психологический метод, отмечалось достоверное снижение уровней реактивной и личностной тревожности ($p < 0,05$).

Достоверно снизился показатель депрессии по анкете CES-D ($p < 0,01$) При сравнении с контрольной группой было выявлено достоверное снижение показателей депрессии. Однако у 3 (7,8 %) человек, что казалось странным, сохранялись признаки явной депрессии. Это можно объяснить тем, что при применении психологического метода возможны индивидуальные особенности реагирования.

Таким образом, коррекция психологического статуса больных АГ влияет на их поведенческие реакции и повышает их склонность к выполнению врачебных рекомендаций. И подтверждается это положительными результатами лечения: снизились уровни систолического и диастолического давления, возросло число больных с достигнутым целевым уровнем АД, достоверно снизилось число пациентов с высоким и очень высоким риском ССО, получен существенный экономический эффект за счет снижения числа случаев и дней ВН, числа госпитализаций и вызовов скорой помощи. Таким образом, внедрение психологических тренирово-

вок в образ жизни больных АГ, являясь малозатратным мероприятием, приводит к положительному клиническому, социальному и экономическому эффекту.

3.5 Корреляционные связи между комплаентностью и показателями качества жизни и психологического статуса и уровнем артериального давления

Как показывает практический опыт, больные АГ, получившие тяжелые осложнения в виде инсультов, ОИМ, хронической сердечной недостаточности и в результате этого имеющие значительно сниженный уровень качества жизни, проявляют более высокую готовность к выполнению врачебных рекомендаций [60, 245]. Влияние показателей качества жизни и психологического статуса на комплаентность больных АГ, когда болезнь еще не вызывает значительного снижения качества жизни, в амбулаторных условиях изучено недостаточно. Для этого были прослежены корреляционные связи между комплаентностью и показателями качества жизни и психологического статуса у 60 больных из двух групп: первой — обучившейся в школе для больных АГ и группой, к которой был применен психологический метод, корреляционные связи прослеживались исходно и через год после лечения. Исследование показало, что между большинством показателей комплаентности и отдельными показателями качества жизни корреляционных связей нет. Хотя в отдельных случаях обнаруживались редко умеренные (по шкале Чеддока) и неустойчивые (отличались до и после лечения), прямые заметные корреляционные связи. Так, выявлены прямые умеренные связи между уровнем медико-социальной адаптированности и такими показателями качества жизни как жизнеспособность ($r = 0,47$) и психическое здоровье ($r = 0,46$). Это и понятно, т.к. при низком жизненном тоне и настроении падает мотивация и снижается желание выполнять какие-либо действия, в том числе и назначения лечащего врача.

Чувство удовлетворенности назначенной терапией имело заметную прямую корреляционную связь с жизнеспособностью ($r = 0,56$). Если пациент не ощущает при лечении улучшения своего состояния или режим назначенной терапии вносит

неудобства в распорядок жизни пациента, то он не может быть удовлетворен режимом назначенной терапии.

Умеренные прямые корреляционные связи имел такой показатель комплаентности как склонность к медико-социальной изоляции с показателями качества жизни: жизнеспособность ($r = 0,47$), эмоциональность ($r = 0,43$), психическое здоровье [как по анкете SF-36 ($r = 0,43$), так и по анкете академика П.И. Сидорова ($r = 0,44$)]. Низкий жизненный тонус, плохое настроение и эмоциональные проблемы, ограничивающие повседневную деятельность, оказывают негативное влияние на поведение пациента и ему трудно воспринимать более сложные врачебные рекомендации. Удовлетворенность результатами лечением была выше при большей жизнеспособности — заметная прямая корреляционная связь ($r = 0,53$) и более выраженным психическим здоровьем — умеренная прямая корреляционная связь ($r = 0,42$) по анкете П. И. Сидорова.

При изучении корреляционных связей между показателями комплаентности и отдельными показателями психологического статуса (СМОЛ) обнаруживались умеренные обратные связи. Медико-социальная адаптированность, показывающая насколько легко респонденту выполнять все назначения лечащего врача, умеренно отрицательно коррелировала с исходным показателем психастении до лечения ($-0,41$), но корреляционная связь была неустойчивой и исчезала через год после лечения. Удовлетворенность результатами лечения умеренно отрицательно коррелировала со следующими показателями психологического статуса, оцененными через год: психастенией ($-0,43$), истерией ($-0,47$), гипоманией ($-0,40$), хотя исходно между этими показателями комплаентности и психологического статуса корреляционной связи не отмечалось. С исходным показателем депрессии (CES-D) умеренно отрицательно коррелировали медико-социальная информированность ($-0,47$), указывающая на информированность пациента в отношении назначенных и принимаемым им лекарственных средств и медико-социальная коммуникабельность ($-0,46$), выявляющая насколько хорош контакт с врачом.

Чем сильнее была выражена депрессия, тем были ниже эти показатели комплаентности.

Таким образом, между комплаентностью и качеством жизни, комплаентностью и психологическим статусом редко обнаруживаются умеренные и нестойкие корреляционные связи. Корреляционные связи между показателями комплаентности и уровнем артериального давления представлены в таблице 42.

Таблица 42 — Корреляционные связи между показателями комплаентности и уровнем АД

Показатели комплаентности Me (Iq;uq)	САД (r)		ДАД (r)	
	исходно	через 1 год	исходно	через 1 год
Финансово-экономическая готовность к затратам на лечение	-0,58	-0,63	-0,71	-0,64
Медико-социальная адаптированность	-0,66	-0,72	-0,62	-0,65
Медико-социальная информированность	-0,68	-0,69	-0,73	-0,71
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	-0,64	-0,63	-0,55	-0,57
Медико-социальная коммуникабельность	-0,72	-0,68	-0,67	-0,63
Удовлетворенность назначенной терапией	-0,74	-0,82	-0,81	-0,89
Медико-социальная изоляция	-0,64	-0,61	-0,68	-0,73
Доверие к своему врачу	-0,71	-0,74	-0,69	-0,67
Удовлетворенность результатами лечения	-0,86	-0,78	-0,75	-0,84

Таким образом, между показателями комплаентности и уровнем АД обнаруживаются заметные и тесные корреляционные связи. Все корреляционные связи отрицательные, т.е. чем ниже артериальное давление, тем выше комплаентность. Исходно тесные корреляционные связи обнаруживались между финансово-экономической готовностью и уровнем диастолического АД, медико-социальной коммуникабельностью и уровнем систолического АД, через год — между медико-социальной адаптированностью и уровнем систолического АД. Тесные корреляционные связи исходно и через год отмечались между медико-социальной информированностью и уровнем диастолического АД, между доверием к своему врачу и систолическим АД. Удовлетворенность назначенной терапией и удовлетворенность

результатами лечения как исходно, так и через год тесно коррелировали с систолическим и диастолическим АД. Между остальными показателями комплаентности и артериального давления обнаруживались заметные корреляционные связи. Эти результаты показывают, что комплаентность больного, как явление, лишь в какой-то мере зависит от качества жизни и психологического статуса больного. В целом она формируется под влиянием многих других факторов. Чтобы знания сформировались в убеждения, реализующиеся в поведении и образе жизни больных, надо более сложные и длительные воздействия многих других факторов: образование, культура, социальная среда, микроокружение, мотивация и т.д.

3.6 Сравнительный анализ влияния методов воздействия на комплаентность больных

Занятие в школе для больных АГ повышает их комплаентность: уменьшает присутствие и степень выраженности части факторов риска, улучшает психологические составляющие комплаентности (особенно медико-социальных адаптированности и информированности и удовлетворенностью назначенной терапией), и улучшает результаты лечения: снижение САД и ДАД (до $148 \pm 2,11/92 \pm 0,96$ мм рт. ст.), увеличение числа больных (30,0 %) целевым уровнем АД, снижение высокого риска ССО на 20,0 % , уменьшение ВН, госпитализаций и вызовов СМП.

Вовлечение амбулаторных больных АГ в физические тренировки делает их более восприимчивыми к врачебным рекомендациям: уменьшается число модифицируемых факторов риска (особенно недостаточной физической активности, увеличенного ИМТ, хронического стресса, повышенного уровня ОХС), улучшаются психологические составляющие комплаентности (особенно медико-социальной адаптированности), снижаются уровни систолического и диастолического АД ($146 \pm 2,53/90 \pm 1,12$ мм рт. ст.), возрастает число больных с целевым уровнем АД (31,4 %), уменьшается высокий риск ССО на 25,7 %, снижаются расходы на лечение этих больных за счет уменьшения ВН, частоты госпитализаций и вызовов СМП.

Вовлечение амбулаторных больных в занятия психологическим тренингом оказывает умеренное положительное влияние на их комплаентность: снижается

число и степень выраженности факторов риска (особенно наличие хронического стресса), улучшаются показатели психологических составляющих комплаентности (особенно финансово-экономической готовности к тратам на лечение и медико-социальной адаптированности), снижаются уровни систолического и диастолического АД ($146 \pm 2,71/88 \pm 1,79$ мм рт. ст.), увеличивается количество больных с целевым уровнем АД (28,9 %), уменьшается высокий риск ССО на 15,8 %, снижаются показатели ВН, частота госпитализаций и вызовов СМП.

Использование приемов, повышающих комплаентность, одновременно улучшает качество жизни и психологический статус больных АГ. Занятия в школе усиливают показатели социальной активности больных и улучшают сравнительную оценку состояния здоровья по сравнению с прошлым годом. Физические тренировки преимущественно улучшают соматическое состояние больных, физическую активность, жизнеспособность, усиление роли физической составляющей. Психологические тренировки улучшают показатели психического здоровья, роли эмоциональных факторов, ипохондрии, психопатии, психастении, шизоидности, гипомании, снижают частоту и степень выраженности реактивной, личностной тревожности и депрессии.

Занятия в школе для больных АГ, активное вовлечение их в физические тренировки и психологический тренинг оказывают практически одинаковое, умеренное положительное влияние на комплаентность, поэтому их можно комбинировать, что может сделать их влияние более выраженным и длительным. Их же дифференцированное использование может основываться на их влиянии на отдельные показатели качества жизни и психологического статуса.

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современное лечение АГ основывается на необходимости эффективного снижения АД до целевого уровня для профилактики осложнений и уменьшения сердечно-сосудистой смертности [49, 66]. Несмотря на совершенствование методов лечения АГ, существенного улучшения его результатов пока не отмечается [92, 243]. Эффективная антигипертензивная терапия позволяет уменьшить риск развития ССЗ и смерти от них лишь на 10–30 % [92, 243, 245].

В России у 40 % мужчин и женщин старше 18 лет отмечается повышение АД. Только 59 % женщин и 37 % мужчин знают о существовании у них АГ, лечатся только 46 % женщин и 21 % мужчин [52]. Из тех, кто лечится, 74 % больных считают лечение эффективным. Активно наблюдаются у врача 70 % больных, 83 % больных контролируют АД в домашних условиях, 16 % посещают школы для больных АГ, но целевые уровни достигаются лишь у 24 % пациентов (Оганов Р.Г., 2011) — 5,7 % мужчин и 17,5 % женщин [85].

Важнейшим условием достижения результатов является приверженность пациентов лечению [66]. Обзор исследований по проблеме показывает, что приверженность больных АГ составляет 39 % [150, 170]. Согласно докладу ВОЗ, как минимум 50 % больных не принимают назначенные им лекарственные препараты [77]. По мнению врачей, низкая приверженность к терапии является причиной отсутствия достижения целевого уровня АД у 70 % пациентов [77].

АГ нередко протекает в отсутствии клинических симптомов, не сопровождаясь существенной субъективной симптоматикой, прежде всего болевым синдромом. Поэтому, ожидаемая приверженность к лечению у этой категории пациентов невысокая [77]. Важно отметить, что из-за низкой приверженности к лечению значительно увеличиваются расход на медицинское обслуживание вследствие возрастания частоты и длительности госпитализаций, увеличения вызовов скорой помощи, увеличение временной нетрудоспособности, возрастание числа

осложнений АГ — ОИМ и ОНМК [150], приводящих нередко к инвалидизации и смертности.

Среди способов повышения комплаентности больных принято выделять повышение образования больных. Повышение образования больных в поликлиниках проводится в школах для больных АГ [25, 56, 126]. Данные по обучению пациентов в «школах для больных» демонстрируют высокую эффективность обучения в отношении самоконтроля АД и соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни [25, 56, 77, 126], однако значительная часть исследований проводилась в условиях стационаров. Выживаемость знаний и соблюдение модифицированного поведения в условиях повседневной жизни почти не прослежено.

Следует отметить, что в исследовании при формировании групп для проведения занятий в школе возник ряд трудностей. Так 100 % больных выражали благодарность за приглашение, но 27 % отказались сразу посещать школу, ссылаясь на занятость. Из тех, кто обещал посещать не пришли на 1-е занятие или пришли только на одно занятие 60 %. Досрочно прекратили посещать школу почти треть больных. Все эти пациенты в исследование не вошли. Учитывая, что всех больных приглашал лечащий «семейный» врач, проработавший на участке уже 3 года, что занятия проводились в нерабочее время, в помещении офиса врача общей практики, расположенного рядом с их местом проживания, следует признать сохраняющуюся невысокую готовность больных к сохранению своего здоровья. Аналогичные трудности возникали при привлечении больных к занятиям физическими тренировками и при обучении психологическим методам воздействия. На приглашение врача лучше откликались часто обращающиеся пациенты с наличием жалоб. Больные без жалоб на приглашение чаще отвечали отказом.

Действительно, отмечено, что больные с бессимптомным течением АГ менее склонны к каким-либо лечебно-оздоровительным мероприятиям, т.к. у них складывается впечатление о «безопасности» заболевания и необязательности регулярного приёма лекарственных препаратов и устранения факторов риска. Развитие осложнений АГ, таких как инфаркт миокарда или сердечная недостаточность, меняет отношение больных к лечению [135, 264]. Пациенты с очень высо-

ким риском ССО или с уже развившимся сахарным диабетом или нарушением функции почек также в большей степени привержены к лечению [264].

Представленные данные указывают, что занятия в «школах для больных АД» следует проводить через массовые средства информации — радио, телевидение. То есть, образно говоря, «врач и школа должны прийти в дом больного сами», и телезанятия должны повторяться неоднократно, чтобы знания стали более массовыми и более прочными.

Под комплаентностью к лечению ряд исследователей в узком смысле подразумевают соответствие реального количества принимаемых препаратов предписанному с учетом соблюдения дозы, кратности и режима приёма [77]. Для ее определения высчитывается индекс использования препарата, представляющий собой частное от деления количества дней приёма полной дозы препарата (его количества, выданного больному) на длительность (в днях) всего периода исследования (наблюдения) [102]. Идеальной целью представляется достижение стопроцентной приверженности, однако при любом хроническом заболевании получение такого результата затруднительно. Если индекс использования препарата достигает 80 % и более, комплаентность считается приемлемой [102].

К настоящему времени существуют методы оценки приверженности к лечению, такие как: прямой вопрос, счет препаратов, измерение концентрации препаратов или их метаболитов в крови (или в моче), электронное мониторингирование. В большинстве своем эти методы технически сложны, нередко мало объективны, экономически затратны и не всегда выполнимы [77].

В настоящем исследовании оценка комплаентности больных проводилась комплексным методом, включающем метод С.В. Давыдова. [26], исследование динамики присутствия модифицируемых факторов риска и результаты лечения: реальные изменения клинической ситуации, уровень АД, количество больных с достигнутым целевым уровнем АД, число случаев и дней ВН, количество вызовов СМП в течение года, количество госпитализаций и выхода на инвалидность. Также привлекались показатели экономической эффективности методов влияющих на комплаентность.

Для прослеживания влияния способов воздействия на комплаентность были сформированы 3 группы исследуемых больных и одна контрольная группа, рандомизированные по возрасту, полу, степени и стадии АГ, по наличию рисков и по однотипному лечению. Группы отличались лишь способами немедикаментозного воздействия на комплаентность больных. Это более надежно позволяло оценить значение каждого способа — обучение в школе больных АГ (1-я группа), активное вовлечение в неконтролируемые физические тренировки (2-я группа), метод психологического самовоздействия с выработкой психологической «доминанты здоровья» (3-я группа).

При изучении факторов повышения комплаентности у больных 1-й группы, посетивших занятия в школе для больных АГ, оказалось что через год комплаентность повысилась по всем факторам, а особенно по медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$), показывающей насколько легко респонденту выполнять все назначения лечащего врача (покупка назначенных лекарств, приход в поликлинику по вызову врача, соблюдение диеты, режима дня, образа жизни). Отмечалось повышение и медико-социальной информированности ($p < 0,001$), указывающей на информированность пациента в отношении рекомендуемых методов и принимаемых им лекарственных средств (показания, противопоказания, побочные действия). Регистрировался также рост у больных удовлетворенности назначенной терапией ($p < 0,01$). Отмечалась тенденция к повышению уровня комплаентности по медико-социальной коммуникабельности, отражающей насколько хорош контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, выслушать, получить совет о немедикаментозных методах лечения) и медико-социальной изоляции, отражающей насколько легко пациенту отказаться от самолечения. Эти показатели через год наблюдений превысили аналогичные у больных контрольной группы. Показателем, подтверждающим улучшение комплаентности являлась и динамика изменений модифицируемых факторов риска в течение года. Известно, что устранение даже отдельных факторов риска у больных АГ оказывает положительное воздействие. Ведь факторы риска суммируются и вредное воздействие их усили-

вается, и поэтому даже исключение или уменьшение отдельных факторов риска сказывается позитивно на течении заболевания [116].

У больных улучшилась приверженность к здоровому образу жизни и снизилось число факторов риска и вероятность неблагоприятных исходов АГ, что свидетельствует профилактическому направлению в отношении сердечно-сосудистых заболеваний [20, 125, 141]. В 1-й группе пациентов занятия в школе для больных АГ, способствовали ($p < 0,05$) соблюдению больными диетических рекомендаций, ограничению употребления соли и снижению общего холестерина, увеличению физической активности, и регулярное проведение физических тренировок снижает уровень АД. Также снизилось число лиц с увеличенным индексом массы тела, а известно, что уменьшение массы тела на 4–8 % сопровождается снижением САД и ДАД в среднем на 3 и 2,9 мм рт. ст. [147].

К сожалению положительный эффект отмечался далеко не у всех больных. В целом же следует отметить, что снижение количества модифицируемых факторов риска достаточно надежно характеризует комплаентность больных АГ. И занятия в школе заметно ее улучшает. Доказательством повышения комплаентности больных косвенно является и улучшение результатов лечения. Произошло достоверное снижение АД в этой группе больных, целевой уровень АД достигнут у 30 % больных, что значительно выше, чем по РФ, но меньше, чем у пациентов с АГ в США (37 %) и Италии (48 %), наблюдавшихся в первичном звене здравоохранения в 2003–2004 годах. Снизилось число пациентов с высоким риском ССО на 20,0 %. Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было.

В настоящем исследовании средние цифры АД (систолическое/ диастолическое) до включения в исследование составили: САД — $159 \pm 2,72$ мм рт. ст., через 1 год — $148 \pm 2,11$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАД — $98 \pm 2,45$ мм рт. ст., через 1 год — $92 \pm 0,96$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). В контрольной группе средние цифры АД (систолическое/диастолическое) до включения в исследование составили: САД — $160 \pm 1,54$ мм рт. ст., через 1 год — $153 \pm 1,67$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАД — $98 \pm 1,38$ мм рт. ст., через 1 год — $94 \pm 2,29$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). Таким образом, в

группе больных, занимавшихся в школе для больных АГ по сравнению с контрольной группой через год стало более низким САД ($p < 0,05$) и ДАД ($p < 0,05$).

Количество случаев временно нетрудоспособности в 1-й группе исследованных больных первоначально за предшествующий год до наблюдения (до включения пациентов в школу больных АГ) составило 8 (20,0 %) и 102 дня ВН. Через 1 год — 4 (10,0 %) случая и 45 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, было сэкономлено 7961,19 рублей из фонда социального страхования.

В контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения было 7 (23,3 %) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Были понесены затраты на 1815,71 рубль больше на оплату больничных листов по сравнению с исходным уровнем. Конечно эти затраты не отражают абсолютных цифр ущерба от ВН, но они несомненно позволяют оценивать динамику экономических потерь.

Количество вызовов скорой помощи в группе больных, обучившихся в школе АГ, за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 5 (12,5 %). Через 1 год — 2 (5,0 %). Учитывая, что стоимость одного вызова скорой помощи по данным за 2010 год в среднем по региону составляла 1001 рубль, а за 2011 — 1071 рубль, было сэкономлено 2863 рубля. В контрольной группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (10,0 %) вызова скорой помощи. Через 1 год — 4 (13,3 %). Было потрачено на 1281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в группе больных, обучившихся в школе АГ, первоначально составило 3 (7,5 %). Через год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилась в день 1788,95 рубля, а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляла 14 к/дней, было сэкономлено 75135,9 рублей. В контрольной группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3

человека (10,0 %) при среднем пребывании в 14 дней, и годовые затраты на стационарное лечение составили 75135,9 рублей.

Количество случаев выхода на инвалидность в группе больных, обучившихся в школе АГ, исходно 1 (2,5 %). Через год 0 (0 %). В контрольной группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1 (2,5 %). Через год — 2 (6,6 %).

В исследуемой группе общее снижение экономических затрат составило 85960,05 рублей.

Учитывая полученные данные, следует признать, что проведение школ для больных АГ экономически выгодно и малозатратно. Однако, к сожалению, она не получает широкого распространения из-за организационных проблем. Так оформить документацию для оплаты занятий фондом обязательного медицинского страхования крайне затруднительно.

Полученные результаты вскрывают пути воздействия обучающих занятий на комплаентность больных, от которой, в свою очередь, зависят в определенной мере результаты лечения. Наши данные совпадают с результатами изучения комплаентности у больных, обучившихся в период прохождения лечения на базе санатория-профилактория, где целевой уровень АД был достигнут у 59 % больных [165], но условия обучения в поликлинике и поведение больных, их восприимчивость — другие, отсюда и результаты менее значимые.

Вместе с тем было изучено качество жизни больных, занимавшихся в школе для больных АГ в динамике. Через год оказалось, что при детальном рассмотрении показатели качества жизни по анкете SF-36 в группе больных, занимавшихся в школе для больных АГ достоверно улучшились по шкалам оценки общего состояния здоровья по сравнению с прошлым годом ($p < 0,001$), физической активности ($p < 0,05$), роли физического состояния ($p < 0,05$), общего здоровья ($p < 0,05$), жизнеспособности ($p < 0,05$), социальной активности ($p < 0,001$), роли эмоциональных факторов ($p < 0,01$), психического здоровья ($p < 0,05$). Отмечалась тенденция к снижению по шкале боли. Изменения показателей качества жизни, хотя и регистрировалось в лучшую сторону, но в целом они оставались на невысоком уровне. И через 1 год, в сравнении с контрольной группой, у пациентов,

прозанимавшихся в школе для больных АГ достоверно выше стали субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошлым годом ($p < 0,01$) и социальная активность ($p < 0,05$). Отмечалась также отчетливая тенденция к повышению физической активности и роли физического состояния.

По опроснику академика П.И.Сидорова, разработанного для комплексной оценки трех основных сторон КЖ больных АГ, достоверно улучшились показатели соматического, психического и социального КЖ ($p < 0,05$).

В настоящее время выявлена высокая распространенность психопатологических расстройств у больных АГ [39]. Они усложняют клиническую картину АГ, скрывают ее симптомы, снижают качество жизни и социальную адаптацию больных [180, 263, 273]. Поэтому весьма резонно полагать, что измененное психологическое состояние больного существенно влияет на восприимчивость им советов врача и на его поведение.

В данном исследовании при изучении психологического статуса у больных АГ в исходном состоянии было выявлено наиболее выраженное повышение показателей по шкалам ипохондрии, депрессии, истерии, т.е. шкалам невротической триады, а также по шкале психастении, что совпадает с данными П. И. Сидорова [151].

Изучение динамики психологического статуса через год показало лишь частичное его улучшение. Психологическое состояние у пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ, достоверно улучшилось по следующим шкалам: ипохондрии ($p < 0,05$), истерии ($p < 0,05$), депрессии ($p < 0,05$), психопатии ($p < 0,05$), паранойяльности ($p < 0,05$), психастении ($p < 0,05$), шизоидности ($p < 0,05$). По шкале гипомании статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Достоверной разницы в показателях психологического статуса у лиц контрольной группы в ходе наблюдения в отличие от больных 1-й группы не было, хотя изменения показателей также имели позитивный характер. Но в группе больных, пролечившихся в школе для лиц с АГ, положительная динамика была достоверной. Все величины к концу наблюдений были ниже, чем в контрольной группе.

По тесту Спилбергера — Ханина пациенты имели высокую реактивную и личностную тревожность, что в общем то характерно для больных АГ и согласо-

ется с данными других авторов [21, 168]. Через год у пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ, отмечалась тенденция к снижению личностной и реактивной тревожности, и при сравнении с контрольной группой — отчетливая тенденция к снижению уровня личностной тревожности. Также наблюдалась тенденция к снижению явной депрессии по сравнению с исходным состоянием. Однако при сравнении показателей депрессии с контрольной группой до исследования и через год достоверных различий не было.

Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют лишь о частичном улучшении психологического статуса и выдвигают необходимость изыскания дополнительных методов его улучшения.

Контрольная группа также претерпевала положительные изменения комплаентности, но менее значимые. Это может быть связано с влиянием окружающей информации, т.к. больные, как и все граждане, находились в определенном информационном поле, а также и с тем, что у части из них усилились жалобы и проявления АГ. При появлении симптомов, которые стали беспокоить, больные чаще прислушиваются к советам врачей.

Таким образом, полученные данные показали, что занятия в «школе для больных АГ» в целом повышают комплаентность к рекомендациям врача что в общем совпадает с данными литературы об эффективности обучения пациентов в «школах для больных» в отношении самоконтроля АД, приема лекарств и соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни [25, 56, 77, 126]. Вместе с тем, приходится отметить, что не у всех амбулаторных больных занятия в школе для больных АГ повышают комплаентность к рекомендациям врача и не в том объеме, в котором хотелось бы, что свидетельствует о том, что одни образовательные программы не всегда обеспечивают устойчивую мотивацию к выполнению рекомендаций по лечению [112]. Невысокие результаты являются еще следствием того, что в жизни амбулаторных больных решение бытовых, семейных, социальных проблем занимает основную часть времени и внимания, а здоровье еще не является приоритетом. Возможно, частичным решением этой ситуации послужило бы проведение образовательных программ — «школ для больных АГ» через средства массовой информации — радио и телевидение.

Известно, что физическая нагрузка оказывает положительное влияние на факторы, регулирующие АД. Под влиянием физических тренировок вырабатываются эндорфины, снижающие сосудистый тонус и стабилизирующие эмоциональную сферу. При регулярных физических нагрузках у больных АГ снижается тонус симпатической нервной системы и ОПСС, происходит снижение систолического (до 30 мм рт. ст.) и диастолического (до 20 мм рт. ст.) АД, повышаются депрессорные возможности почек, улучшается сократимость миокарда, повышается работоспособность, улучшается перфузия тканей, нормализуется фибринолитическая активность крови, улучшается толерантность к глюкозе, снижается масса тела, уменьшается АД [223, 237].

Как показали наблюдения в течение года в группе больных, согласившихся заниматься физическими тренировками, комплаентность стала статистически значимо ($p < 0,05$) отличаться от исходного уровня по всем параметрам, однако ни по одному из них не достигла 100 %. Как уже отмечалось, в контрольной группе тоже отмечались небольшие положительные изменения показателей комплаентности. И в результате, через год в группе больных, занимающихся физическими тренировками, при сравнении с контрольной группой достоверно отличался уровень комплаентности лишь по медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$), показывающей насколько легко респонденту выполнять все назначения лечащего врача. Все остальные показатели комплаентности в этой группе имели лишь направленность к превышению таковых у больных контрольной группы.

У больных улучшилась приверженность к здоровому образу жизни и уменьшилось число факторов риска и неблагоприятных исходов АГ. Так в группе больных, занимавшихся физическими тренировками, достоверно уменьшилось число лиц с недостаточной физической активностью, число лиц с увеличенным индексом массы тела, число лиц отмечавших наличие хронического стресса, у больных понизился уровень холестерина ($p < 0,05$), зарегистрирована тенденция к уменьшению числа лиц избыточно употреблявших NaCl. При сравнении показателей через год между больными АГ, занимавшимися физическими тренировками, и больными контрольной группы достоверная разница отмечалась по степени

физической активности ($p < 0,001$), избыточной массы тела ($p < 0,05$), наличие хронического стресса ($p < 0,05$) и по уровню общего холестерина ($p < 0,05$).

Недостаточную физическую активность продолжали отмечать у себя 9 (25,7 %) человек. Хотя все они в свой образ жизни включили физические нагрузки в виде дозированной ходьбы 40–50 мин в основном с работы, на работу и во вне-рабочее время. Но через год у них сохранялось ощущение дефицита нагрузки и желание более высокой физической активности.

Статистически значимое через 1 год улучшение всех параметров комплаентности, обеспечило и улучшение результатов лечения у всех больных 2-й группы. Произошло достоверное снижение АД, целевой уровень АД был достигнут у 31,4 %. Снизилось число пациентов с высоким риском ССО на 25,7 %. Случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не было. Средние цифры АД (систолическое/диастолическое) до включения в исследование составили: САД — $157 \pm 2,31$ мм рт. ст., через 1 год — $146 \pm 2,53$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАД — $97 \pm 1,82$ мм рт. ст., через 1 год — $90 \pm 1,12$ мм рт. ст. ($p < 0,01$).

В контрольной группе средние цифры АД (систолическое/диастолическое) до включения в исследование составили: САД — $160 \pm 1,54$ мм рт. ст., через 1 год — $153 \pm 1,67$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАД — $98 \pm 1,38$ мм рт. ст., через 1 год — $94 \pm 2,29$ мм рт. ст. ($p > 0,05$).

По сравнению с контрольной группой в группе больных, занимавшихся физическими тренировками, отмечалось достоверное снижение систолического ($p < 0,05$) и диастолического ($p < 0,05$) артериального давления.

Количество случаев временной нетрудоспособности по артериальной гипертензии в группе больных, которые занимались физическими тренировками, за 1 год до включения их в исследования: 7 (20,0 %) и 84 дня ВН. Через 1 год — 3 (8,5 %) случая ВН и 36 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, было сэкономлено 6704,16 рублей из фонда социального страхования.

В контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения было 7 (23,3 %) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Затраты на пособия по ВН в этой группе выросли на 1 815,71 рубль.

Количество вызовов СМП в группе больных, занимавшихся физическими тренировками за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 2 (5,71 %). Через 1 год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного вызова скорой помощи по данным за 2010 год в среднем составляет 1001 рубль, а за 2011 — 1 071 рубль, было сэкономлено 2 002 рубля. У больных контрольной группы за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 вызова скорой помощи. Через 1 год — 4. Было потрачено на 1 281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в исследуемой группе первоначально составило 1 (2,8 %). Через год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилась в день 1 788,95 рублей, а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляла 14 дней, было сэкономлено 25 045,3 рублей. В контрольной группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3 человека (10,0 %) при среднем пребывании в 14 к/дней, и затраты на стационарное лечение составили 75 135,9 рубля. Таким образом, в исследуемой группе представленный уровень затрат уменьшился на 33 751,48 рублей. В этой группе случаев выхода на инвалидность не было. В контрольной группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1, через год — 2.

Таким образом в исследуемой группе общее снижение экономических затрат составило 33 751,48 рублей.

Таким образом, мероприятия по вовлечению больных физическими нагрузками, являясь практически малозатратными, приводят к значительному экономическому эффекту.

Занятия физической нагрузкой достоверно улучшили показатели качества жизни по шкалам оценки общего состояния в сравнении с прошлым годом ($p < 0,05$), физической активности ($p < 0,01$), роли физического состояния

($p < 0,01$), по шкале боли ($p < 0,05$), жизнеспособности ($p < 0,05$), отмечалась тенденция к улучшению показателей общего здоровья, роли эмоциональных факторов, психического здоровья. По шкале социальной активности значимых изменений выявлено не было ($p > 0,05$).

У пациентов, занимавшихся физическими тренировками в сравнении с контрольной группой достоверно улучшилась субъективная оценка своего состояния по сравнению с прошлым годом ($p < 0,05$), физическая активность ($p < 0,05$) роль физического состояния ($p < 0,05$) и жизнеспособность ($p < 0,01$).

По опроснику академика П. И. Сидорова, в группе больных, занимавшихся физическими тренировками достоверно улучшились показатели соматического КЖ ($p < 0,01$) и психического КЖ ($p < 0,05$), наблюдалась тенденция к улучшению показателей социального КЖ, а в сравнении с контрольной группой достоверно было выше соматическое качество жизни ($p < 0,05$).

Исследования установили положительное влияние физических тренировок на психологический статус больных АГ. У пациентов, занимавшихся физическими тренировками достоверно улучшились показатели по нескольким шкалам: ипохондрии ($p < 0,05$), истерии ($p < 0,05$), депрессии ($p < 0,05$), психопатии ($p < 0,05$), психастении ($p < 0,05$). По шкалам гипомании, паранойяльности, шизоидности статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$). В группе больных, занимавшихся физическими тренировками, по сравнению с контрольной группой достоверно улучшились показатели по шкалам истерии и психопатии ($p < 0,05$).

Физические тренировки достоверно снизили у больных показатель реактивной тревожности ($p < 0,05$) и отмечалась тенденция к снижению личностной тревожности. При сравнении с контрольной группой у пациентов, занимавшихся физическими тренировками — наблюдалась тенденция к снижению уровней реактивной и личностной тревожности, также наблюдалась тенденция к снижению явной депрессии.

Таким образом, активное вовлечение больных АГ в физические тренировки, ведет автоматически к акцентуации внимания больного на своем здоровье. Он

становится более чуток к медицинским рекомендациям. Более здоровый образ жизни с меньшим числом факторов риска улучшает качество жизни и психологическое состояние. Однако, по полученным в результате исследования данным, можно сказать, что метод активного вовлечения в физические тренировки повышает комплаентность к рекомендациям врача, но не у всех больных и не в том объеме, в котором хотелось бы.

Механизм развития психогенно провоцируемого обострения ССЗ рассматривается в рамках концепции неспецифического психического стресса. Воздействие стресса сводится к активации симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. В результате увеличивается работа сердца, АД и ЧСС, что приводит к заметному повышению потребности миокарда в кислороде, увеличивается риск спазма сосудов, отмечаются активация механизмов свертывания крови, усиление агрегации тромбоцитов [97, 232].

Участие психоэмоционального стресса в патогенезе АГ предполагает возможность коррекции АД с помощью психотерапевтических методов [16]. В основе антигипертензивной эффективности лежит способность психорелаксирующих методик снижать активность САС и РААС.

Нами было проведено изучение АД у 15 больных непосредственно до и после сеанса релаксирующей методики. При этом оказалось, что после проведения релаксации систолическое артериальное давление в среднем снижалось на 15–20 мм рт. ст., а диастолическое на 10–15 мм рт. ст., что подтверждает положительное влияние расслабления, ведущего к снижению мышечного тонуса и нормализации артериального давления. Но изменения у обследованных нами больных были кратковременными.

В настоящее время выявлена высокая распространенность психопатологических расстройств у больных АГ [39]. Подтверждена тесная взаимосвязь (коморбидность) депрессивных, тревожных расстройств и заболеваний сердечно-сосудистой системы [21, 97]. Коморбидность обусловлена вовлеченностью катехоламинергической системы в патогенез тревожных и депрессивных расстройств, а также сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, так как

нейромедиаторы принимают участие как в реализации тревоги и депрессии, так и в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы [21, 39, 79].

Депрессивные и тревожные расстройства усложняют клиническую картину АГ, скрывают ее симптомы, снижают качество жизни и социальную адаптацию больных, ухудшают комплаенс больных в отношении терапии [180, 263, 273]. Значительную негативную роль играют несоблюдение депрессивными пациентами рекомендаций врача, несвоевременная отмена, пропуск или отказ от приема гипотензивных препаратов, гиподинамия, курение, злоупотребление спиртным, переизбыток [96, 148, 180].

Результаты проведенных исследований показывают, что занятия психологическими тренировками вызывают у больных АГ изменения в поведенческой структуре. Так, через год все показатели комплаентности у пациентов, к которым был применен психологический метод, достоверно (или имели отчетливую тенденцию к повышению) повысились. Следовательно, занятие психологическими тренировками усиливают внимание больного АГ к своему здоровью. В результате он становится более восприимчив к рекомендациям врача. Но это влияние очень умеренное. Как уже отмечалось, что и в контрольной группе регистрировались положительные изменения показателей комплаентности, но они были меньшими. И в результате, через год в 3-й группе больных, к которым был применен психологический метод, при сравнении с контрольной группой достоверно отличался уровень комплаентности лишь по финансово-экономической готовности потратить на лечение значительную часть своих финансовых средств ($p < 0,05$) и медико-социальной адаптированности ($p < 0,05$), показывающей насколько легко больному выполнять все назначения лечащего врача. Но, всё же, все показатели в этой группе больных имели направленность к превышению таковых в контрольной группе.

В исследуемой контрольной группе отмечались положительные сдвиги к устранению модифицируемых факторов риска. Через год по сравнению с больными контрольной группы, у них достоверно меньше стало лиц, испытывающих значительное нервное напряжение. У больных этой группы стали ниже показатели общего холестерина. Отмечалась общая направленность к увеличению числа лиц склонных к здоровому образу жизни.

Доказательством лучшего выполнения больными врачебных рекомендаций являются и более заметные клинический, социальный и экономический эффекты лечения. Произошло достоверное снижение АД. Целевой уровень АД был достигнут у 28,9 %, что значительно выше, чем по РФ. Снизилось число пациентов с высоким риском ССО на 15,8 %.

Средние цифры АД (систолическое/диастолическое) в группе больных, к которым был применен психологический метод до включения в исследование составили $158 \pm 2,34/98 \pm 2,18$ мм рт. ст. Через 1 год — $146 \pm 2,71/88 \pm 1,79$ мм рт. ст. ($p < 0,01$; $p < 0,05$). В контрольной группе средние цифры АД (САД/ДАД) до включения в исследование составили $160 \pm 1,54/98 \pm 1,38$ мм рт. ст. Через 1 год — $153 \pm 1,67/94 \pm 2,29$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$; $p > 0,05$). Таким образом, в группе больных, к которым был применен психологический метод по сравнению с контрольной группой через год стало более низким САД ($p < 0,05$) и ДАД ($p < 0,05$).

В группе больных, к которым был применен психологический метод за год до включения в исследование число случаев временной нетрудоспособности по артериальной гипертензии равнялось 9 (23,6 %) и 110 дней ВН. Через 1 год — 4 (10,5 %) случаев ВН и 47 дней ВН. Учитывая, что средняя стоимость оплаты одного дня по ВН из фонда социального страхования по региону за 2010–2011 год составила 139,67 рублей, было сэкономлено 8799,21 рубль из фонда социального страхования.

В контрольной группе первоначально за предшествующий год до наблюдения было 7 (23,3 %) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год — 9 (30,0 %) случаев ВН и 95 дней ВН. Потери, связанные с ВН, в этой группе выросли на 1 815,71 рубль.

Количество вызовов «скорой медицинской помощи» в группе больных, к которым был применен психологический метод, за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (7,8 %). Через 1 год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного вызова СМП по данным за 2010 год в среднем составляет 1001 рубль, а за 2011 — 1 071 рубль, было сэкономлено 3 003 рубля. В контрольной группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 вызова СМП. Через 1 год — 4. Было потрачено на 1 281 рубль больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в группе больных, к которым был применен психологический метод, первоначально составило 2 (5,2 %). Через год — 0 (0 %). Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходилось в 1 788,95 рублей, а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляла 14 к/дней, было сэкономлено 50 090,6 рублей. В контрольной группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3 человека (10,0 %) при среднем пребывании в 14 к/дней, и затраты на стационарное лечение составили 75 135,9 рублей.

Таким образом в исследуемой группе общее снижение экономических затрат составило 61 892,81 рубль.

В группе больных, к которым был применен психологический метод, случаев выхода на инвалидность не было. В контрольной группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1, через год — 2.

Во всех группах случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушения ритма за период наблюдения не было.

Занятия психологическими тренировками достоверно улучшили показатели качества жизни по шкалам оценки общего состояния больного по сравнению с прошлым годом ($p < 0,05$), социальной активности ($p < 0,05$), роли эмоциональных факторов ($p < 0,001$), психического здоровья ($p < 0,01$). Наблюдалась тенденция к улучшению показателей по шкалам физической активности, боли, общего здоровья, жизнеспособности. По шкале роли физического состояния достоверных изменений отмечено не было ($p > 0,05$).

В сравнении с контрольной группой, у пациентов, к которым был применен психологический метод, достоверно выше стали показатели роли эмоциональных факторов ($p < 0,01$) и психического здоровья ($p < 0,05$), отмечалась отчетливая тенденция к повышению социальной активности.

По опроснику П.И. Сидорова, в группе больных, к которым был применен психологический метод, достоверно улучшились показатели психического и социального КЖ ($p < 0,05$) и наблюдалась тенденция к улучшению показателей физического КЖ.

Исследования установили значительное влияние психологического метода на психологический статус больных АГ. У пациентов, к которым был применен психологический метод достоверно улучшились показатели почти по всем шкалам: ипохондрии ($p < 0,05$), депрессии ($p < 0,01$), истерии ($p < 0,01$), психопатии ($p < 0,01$), паранойяльности ($p < 0,05$), психастении ($p < 0,01$), шизоидности ($p < 0,05$). По шкале гипомании статистически значимых изменений отмечено не было ($p > 0,05$).

В сравнении с контрольной группой у пациентов с АГ, к которым был применен психологический метод — выработка доминанты здоровья, через год достоверно выше стали показатели по шкалам ипохондрии, психопатии, психастении, шизоидности и гипомании ($p < 0,05$), а также отмечалась тенденция к изменениям по шкале истерии. Также, отмечалось достоверное снижение показателей реактивной ($p < 0,01$) и личностной тревожности ($p < 0,05$), тогда как в контрольной группе через 1 год достоверных изменений реактивной и личностной тревожности не наблюдалось ($p > 0,05$). В сравнении с контрольной группой у пациентов, к которым был применен психологический метод, отмечалось достоверное снижение уровней реактивной и личностной тревожности ($p < 0,05$).

Достоверно снизился показатель депрессии по анкете CES-D ($p < 0,01$) При сравнении с контрольной группой было выявлено достоверное снижение показателей депрессии. Однако у 3 (7,8 %) человек, что казалось странным, обнаружили признаки явной депрессии. Это можно объяснить тем, что применение психологического метода в большей степени подразумевает самостоятельные занятия, выполнение которых выносятся на усмотрение пациента, что трудно проконтролировать, и, кроме того возможны индивидуальные особенности реагирования.

Таким образом, коррекция психологического статуса больных АГ влияет на их поведенческие реакции и повышает их склонность к выполнению врачебных рекомендаций. Внедрение психологических тренировок в образ жизни больных АГ, являясь малозатратным мероприятием, приводит к положительному клиническому, социальному и экономическому эффекту. Однако положительное влияние в амбулаторных условиях занятий по выработке доминанты здоровья на поведе-

ние больных АГ выражено также очень умеренно и должно дополняться другими методами воздействия.

На формирование комплаентности больных определенное влияние оказывает качество жизни и особенности психологического статуса [26, 39, 148]. Оценка корреляционных связей между комплаентностью, показателями качества жизни и психологического статуса проведены у 60 больных из двух групп (1-й и 3-й) до исследования и через 1 год наблюдения. Оказалось, что корреляционные связи между отдельными факторами комплаентности и отдельными составляющими качества жизни и психологического статуса — очень незначительные. Так при рассмотрении отдельных факторов комплаенса оказалось, что медико-социальная адаптированность, показывающая насколько легко респонденту выполнять все назначения лечащего врача (покупка назначенных лекарств, приход в поликлинику по назначению врача, соблюдение диеты, режима дня) имеет положительную умеренную корреляционную связь с жизнеспособностью, т.е. субъективной оценкой респондентом своего жизненного тонуса, и с психическим здоровьем — субъективной оценкой респондентом своего настроения. Это показывает, что при низком жизненном тонусе и настроении падает мотивация и становится труднее выполнять какие-либо действия, в том числе и назначения лечащего врача.

Медико-социальная информированность, указывающая на информированность пациента в отношении всех назначенных и принимаемым им лекарственных средств (показания, противопоказания, побочные действия) корреляционно слабо положительно связана с показателем качества жизни (SF-36) — физической активностью, т.е. субъективной оценкой респондентом объема своей повседневной деятельности и слабо отрицательно с показателем психологического статуса (CES-D) — депрессией. Корреляционные связи между этими показателями показывают, что при низкой физической активности и депрессии достаточно сложно повышать свой уровень образования, расширять свой кругозор и узнавать новое в лечении.

Медико-социальная коммуникабельность, выявляющая насколько хорош контакт с врачом (желание откровенно поговорить с доктором, выслушать, получить совет о немедикаментозных методах) имеет слабо положительную корреля-

ционную связь с показателем качества жизни (SF-36) — общим восприятием здоровья и слабо отрицательную корреляционную связь с показателем психологического статуса (CES-D) — депрессией. Эту связь можно объяснить тем, что низкая оценка своего здоровья, а также нежелание ничего делать, являющееся проявлением депрессии, тормозят процессы коммуникации.

Фактор комплаенса по отсутствию склонности к медико-социальной изоляции, отражающий насколько легко пациенту отказаться от самолечения оказался корреляционно связан с показателями качества жизни: жизнеспособностью, т.е. субъективной оценкой респондентом своего жизненного тонуса (SF-36), ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, т.е. субъективной оценкой респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами (SF-36), и психическим здоровьем — субъективной оценкой респондентом своего настроения (SF-36, анкета академика П. И. Сидорова). Низкий жизненный тонус, плохое настроение и эмоциональные проблемы, ограничивающие повседневную деятельность, оказывают негативное влияние на поведение пациента и ему трудно воспринимать более сложные врачебные рекомендации.

Удовлетворенность режимом назначенной терапии, позволяющая оценить степень удовлетворенности пациента лечением, корреляционно связана с жизнеспособностью, т.е. субъективной оценкой респондентом своего жизненного тонуса (SF-36). Если пациент не ощущает при лечении улучшения своего состояния или режим назначенной терапии вносит неудобства в распорядок жизни пациента, то он не может быть удовлетворен режимом назначенной терапии.

Фактор комплаентности по результативности проводимой или ранее проведенной терапии, указывающей насколько пациент доволен результатами своего лечения, корреляционно связана с жизнеспособностью, т.е. субъективной оценкой респондентом своего жизненного тонуса (SF-36), психическим здоровьем (КЖ по анкете акад. П.И. Сидорова) и показателями психологического статуса — истерией и психопатией (СМОЛ). Пациенты с высокими показателями по шкале истерии используют болезнь как средство ухода от проблем, поэтому, маловероятно, что они будут довольны результатами лечения — это идет в разрез с их моделью поведения.

Пациенты с высокими показателями по шкале психопатии социально дезадаптированы. Такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, легко возбудимы и чувствительны. Поэтому они также чаще будут недовольны проводимой терапией.

Указанные корреляционные связи не только умеренно выражены, но они и не постоянны. Они могли исчезать через год наблюдений, и могли, наоборот, устанавливаться. Указанные взаимосвязи установлены впервые и ранее никем не изучались у больных АГ. Полученные результаты говорят о сложности формирования факторов комплаентности. С одной стороны это и понятно. Для повышения комплаентности больных необходимо, чтобы знания стали убеждениями, а изменившееся поведение стало неотъемлемой частью образа жизни больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследованиями установлены невысокие показатели комплаентности у амбулаторных больных, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией. Поэтому участковый терапевт должен не только назначить медикаментозную терапию, но и активно проводить мероприятия, повышающие склонность больного к выполнению врачебных рекомендаций. Уже простая постановка врачом цели воздействия на комплаентность больного, способна существенно улучшить результаты лечения.

В работе изучалось влияние на комплаентность больных 3-х способов ее повышения:

- увеличение знаний и навыков у больных при их занятиях в школе для больных АГ;
- активное вовлечение пациентов в физические тренировки, заставляющие больного больше обращать внимание на физическое состояние своего здоровья, динамику АД, и советы врача по лечению;
- психологические методы в виде выработки в сознании так называемой «доминанты здоровья», когда и в мыслях и поступках начинает доминировать забота об укреплении здоровья, в том числе и через выполнение врачебных рекомендаций.

Использование выбранных методов повышения комплаентности одновременно улучшает качество жизни и психологический статус больных АГ. Занятия в школе для больных АГ повышают их знания, расширяют кругозор и это умеренно положительно сказывается и на физическом и психологическом состоянии. Занятия физическими тренировками преимущественно влияют на соматическое состояние больных и физическую активность. Психологические тренировки улучшают преимущественно показатели психического здоровья, снижают частоту тревожности, депрессии и некоторых других показателей. Эти особенности влияния мо-

гут в какой-то мере служить дифференцированному выбору их применения у больных АГ.

Влияние всех рассматриваемых способов на уровень АД рассматривался многократно [25, 56, 126]. В данном исследовании прослеживалось их влияние на факторы комплаентности больных, повышение которых усиливает их влияние на результаты лечения. Сравнение использованных методов повышения комплаентности показало, что каждый из них воздействует положительно. Но уровень комплаентности остается не высоким, нет и разности в достижении результатов лечения. Поэтому вполне можно рекомендовать их сочетание между собой. Как отмечалось, положительное влияние всех способов повышения комплаентности одновременно сопровождается повышением качества жизни и улучшением психологического статуса больных, имеющих слабые и неустойчивые корреляционные связи с факторами комплаентности больных. Это указывает, что комплаентность больного формируется сложно под влиянием многих факторов. Чтобы знания сформировались в убеждения, реализующиеся в поведении и образе жизни надо более комплексные длительные воздействия: образование, культура, социальная среда, микроокружение, мотивации и др.

Являясь малозатратными, используемые методы повышения комплаентности привели к существенному эффекту и поэтому должны шире использоваться в работе семейных врачей и участковых терапевтов.

Перспективы дальнейшей разработки темы. Внедрение в клиническую практику физических тренировок, психологического тренинга и обучения пациентов повышают эффективность лечения АГ. В дальнейшем, представляет практический и теоретический интерес: а) изучение роли занятий в «школе для больных АГ» в улучшении приверженности к использованию ранней низкодозовой комбинированной терапии, что может влиять на сокращение сроков подбора терапии, повышение её эффективности, уменьшение побочных эффектов лекарственных препаратов; б) исследование влияния оценки исходного психологического статуса с подбором индивидуализированных психорелаксирующих техник на результаты самоконтроля в лечении больных; в) изучение в сравнении влияния на

комплаентность и, соответственно, на эффективность терапии контролируемых и неконтролируемых физических тренировок.

ВЫВОДЫ

1. Все немедикаментозные методы воздействия на комплаентность — обучение в «школе для больных АГ», занятия неконтролируемыми физическими тренировками, применение психологического тренинга повышают приверженность больных с АГ к соблюдению врачебных рекомендаций, положительно влияют на качество жизни и психологический статус, что выражается в увеличении до 28–31,4 % больных с достигнутым целевым уровнем АД, уменьшении на 15,8–25,7 % числа пациентов с высоким риском ССО, снижении распространенности модифицируемых факторов риска ХНИЗ и уменьшении экономических затрат, связанных с временной нетрудоспособностью, госпитализацией, вызовом СМП и выходом на инвалидность.

2. Занятия в «школе для больных АГ» на фоне гипотензивной терапии повышают комплаентность и улучшает результаты лечения преимущественно за счет уменьшения распространенности большинства факторов риска ХНИЗ — несоблюдения диетических рекомендаций, избыточного употребления соли, низкой физической активности, ожирения или избыточной массы тела, повышенного уровня ОХС. Увеличивается число больных, ориентирующихся на соблюдение «здорового образа жизни», улучшаются такие показатели комплаентности как медико-социальная адаптированность, информированность и удовлетворенность назначенной терапией, что приводит к изменению практически всех показателей КЖ по соматической, психической и социальной составляющей, увеличивается социальная активность больного.

3. Вовлечение амбулаторных больных с АГ в физические тренировки на фоне гипотензивной терапии также делает их более восприимчивыми к врачебным рекомендациям, как и в первой группе за счет уменьшения числа модифицируемых факторов риска ХНИЗ (особенно недостаточной физической активности, ожирения или избыточной массы тела, хронического стресса, повышенного уровня ОХС), улучшает медико-социальную адаптированность, улучшает показатели КЖ преимущественно за счет соматической составляющей, увеличивая общую

физическую активность и жизнеспособность, и наиболее выражено влияет на уменьшение риска ССО.

4. Использование у амбулаторных больных психологического тренингом на фоне гипотензивной терапии оказывает положительное влияние на их комплаентность — снижается число и степень выраженности факторов риска ХНИЗ (особенно хронического стресса), улучшаются такие показатели комплаентности как финансово-экономическая готовность к тратам на лечение и медико-социальная адаптированность, повышается социальная активность больных, увеличивается роль эмоциональных факторов в сохранении психического здоровья, наблюдается положительная динамика практически всех показателей по шкале СМОЛ, уменьшаются проявления реактивной и личной тревожности и депрессии.

5. Занятия в школе для больных АГ, активное вовлечение их в физические тренировки и психологический тренинг оказывают практически одинаковое умеренное положительное влияние на комплаентность и результаты лечения больных с АГ, повышая его эффективность, но они по-разному влияют на качество жизни и психологический статус больных, что открывает возможность их дифференцированного использования в зависимости от наличия у больного различных факторов риска ХНИЗ и исходных особенностей психологического статуса.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Поскольку сохраняется низкая приверженность амбулаторных больных АГ к медикаментозному лечению, рекомендуется в работе врача общей практики и участкового терапевта обязательно предусматривать использование немедикаментозных мер, повышающих восприятие и выполнение больными врачебных рекомендаций.

2. Для оценки комплаентности амбулаторных больных АГ в повседневной работе врачей первичного звена следует использовать комплексный подход: оценивать распространенность модифицируемых факторов риска ХНИЗ, степень риска ССО у конкретного больного, оценивать состояние психологического статуса, включая показатели реактивной и личной тревожности, депрессии.

3. У пациентов с наличием всех факторов риска ХНИЗ и низкой социальной активностью рекомендованы занятия в «школе для больных АГ».

4. У пациентов с измененными показателями соматического здоровья, связанными с низкой физической активностью и низкой медико-социальной адаптированностью рекомендуется к медикаментозной терапии активно вовлекать их в физические тренировки.

5. Пациентам с высоким уровнем хронического стресса, влияющего на социальную активность, эмоциональный фон и психическое здоровье, а также с высокими показателями реактивной и личной тревожности и явлениями депрессии рекомендовано использовать психологический тренинг, который будет одновременно влиять не только на психическую составляющую КЖ, но и на соматическое здоровье.

6. В целом, все немедикаментозные методы повышения комплаентности больных — занятия в школе для больных АГ, физические тренировки и психологический тренинг можно комбинировать в зависимости от конкретной клинической ситуации, т.к. все они уменьшают распространенность факторов риска ХНИЗ и степени риска ССО, отличаясь по влиянию на КЖ и психологический статус, но в результате приводят к увеличению приверженности больных с АГ к выполнению врачебных рекомендаций.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ — артериальная гипертензия
- АД — артериальное давление
- АКС — ассоциированные клинические состояния
- БРА — блокатор рецепторов к ангиотензину II
- ВН — временная нетрудоспособность
- ВОЗ — Всемирная Организация Здравоохранения
- ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка
- ДАД — диастолическое артериальное давление
- ИАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
- ИБС — ишемическая болезнь сердца
- ИМТ — индекс массы тела
- КЖ — качество жизни
- ОИМ — острый инфаркт миокарда
- ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
- ОПСС — общее периферическое сосудистое сопротивление
- ОХС — общий холестерин сыворотки
- РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система
- САД — систолическое артериальное давление
- САС — симпато-адреналовая система
- СКФ — скорость клубочковой фильтрации
- СМП — скорая медицинская помощь
- ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
- ССО — сердечно-сосудистые осложнения
- ССС — сердечно-сосудистая система
- ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания
- ЧСС — частота сердечных сокращений
- ЭКГ — электрокардиограмма

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверин, Е.Е. Диуретики при лечении больных артериальной гипертензией: результаты сравнительного исследования ДОВЕРИЕ / Е.Е. Аверин, О.П. Шевченко, В.А. Выгодин // Медицинский совет. — 2014. — № 12. — С. 18–24.
2. Агеенкова, О. Применение при артериальной гипертензии фиксированной комбинации препаратов / О. Агеенкова // Врач. — 2013. — № 4. — С. 72–75.
3. Адрющенко, А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общемедицинской практики / А.В. Адрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2003. — № 5. — С. 11–18.
4. Акарачкова, Е.С. Диагностика и ведение пациентов с депрессией в общесоматической практике / Е.С. Акарачкова., С.В. Вершинина // Русский медицинский журнал. — 2011. — Т. 19. — № 15. — С. 987–991.
5. Анализ эффективности и безопасности применения моксонидина у пациентов с артериальной гипертензией и гипертоническими кризами / Н.И. Гапонова, В.Р. Абдрахманов В.Р., В.Л. Бараташвили и др. // Кардиология. — 2011. — № 6. — С. 91–96.
6. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов // Тер. архив. — 2002. — № 1. — С. 8–16.
7. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. — 2020. — № 25 (3). — С. 152–218.
8. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С.А. Бойцов, Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2014. — Т. 13, №4. — С. 4–14.
9. Богачев, Р.С. Нестандартные причины резистентного течения артериальной гипертонии / Р.С. Богачев, В.С. Рафеенкова, Д.О. Шелег // X Международная научно-практическая конференция «Артериальная гипертензия и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» 30–31 мая 2019., Беларусь, Витебск, 2019. — С. 74–75.

10. Бойцов, С.А. Высокая смертность от БСК в России: адекватны ли подходы к кодированию причин смерти / С.А. Бойцов, И.В. Самородская // Кардиология. — 2015. — № 1. — С. 47–51.
11. Базиль, Я.Н. Роль вазодилатирующих бета-адреноблокаторов в контроле артериальной гипертензии и снижении риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений / Я.Н. Базиль // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — Т. 10. — № 3. — С. 97–102.
12. Байда, А. Фиксированная комбинация амлодипина и лизиноприла в лечении артериальной гипертензии / А. Байда // Врач. — 2011. — № 14. — С. 39–41.
13. Барышникова, Г.А. Принципы современной противогипертензивной терапии / Г.А. Барышникова, И.И. Степанова, Н.В. Чупрова // Справочник поликлинического врача. — 2012. — № 2. — С. 18–24.
14. Белевитин, А.Б. Психические нарушения при гипертонической болезни у военнослужащих молодого возраста / А.Б. Белевитин, А.Э. Никитин, В.К. Шамрей // Военный медицинский журнал. — 2010. — № 4. — С. 7–13.
15. Бобров, А.Е. Дифференцированная клинико-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств / А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова, А.К. Гомозова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — № 3. — С. 43–48.
16. Бронский, В.И. Восприятие жизненных событий, психологические защиты и подходы к психотерапевтической коррекции больных артериальной гипертензией / В.И. Бронский, П.С. Лапанов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2012. — № 2. — С. 19–23.
17. Бубнова, М.Г. Амлодипин в лечении сердечно-сосудистой патологии: доказанные антигипертензивный и антисклеротический эффекты / М.Г. Бубнова // Consilium medicum. — 2011. — Т. 13. — № 10. — С. 95–99.
18. Бубнова, М.Г. Предупреждение сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с факторами риска с позиции доказательной медицины / М.Г. Бубнова // CardioСоматика. — 2011. — № 1. — С. 44–51.

19. Бубнова, М.Г. Современные позиции β -адреноблокаторов в кардиологической практике с позиции медицины доказательств / М.Г. Бубнова, Е.В. Поддубская // CardioСоматика. — 2011. — Т. 2. — № 2. — С. 99–105.
20. Булл, Ф. Расширение действий по повышению физической активности: важная роль глобальной пропаганды / Ф. Булл // Профилактическая медицина. — 2014. — № 1. — С. 22–27.
21. Вебер, В.Р. Особенности распространенности тревожно-депрессивного синдрома и поведенческих факторов риска у больных артериальной гипертензией / В.Р. Вебер, Б.Б. Фишман, Н.В. Иванова // Российский медицинский журнал. — 2006. — № 6. — С. 40–43.
22. Викулова, О.К. Антагонисты рецептора ангиотензина II в нефропротекции при сахарном диабете типа 2: фокус на лозартан / О.К. Викулова, М.В. Шестакова // Системные гипертензии. — 2009. — № 3. — С. 33–38.
23. Волобуев, А. О некоторых подходах к лечению первичной артериальной гипертонии / А. Волобуев, Е. Петров, В. Кондурцев // Врач. — 2011. — № 9. — С. 20–22.
24. Володина, О.В. Специфическая и неспецифическая тревожная симптоматика при расстройствах адаптации у пациентов с гипертонической болезнью / О.В. Володина // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — № 3. — С. 29–35.
25. Гадаев, А.Г. Оценка эффективности работы школы гипертоников на уровне первичного звена здравоохранения / А.Г. Гадаев, Ш.С. Гумешова // Профилактическая медицина. — 2012. — № 3. — С. 715.
26. Галявич, А.С. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью / А.С. Галявич, С.В. Давыдов // Казанский медицинский журнал. — 2001. — Т. 82. — № 3. — С. 198–202.
27. Галявич, А.С. Фиксированные комбинации антигипертензивных средств / А.С. Галявич // Consilium Medicum. — 2011. — № 1. — С. 24–27.
28. Гендлин, Г.Е. Выбор ингибитора АПФ с точки зрения доказательной медицины / Г.Е. Гендлин, О.А. Миллер, А.В. Мелехов // Российский кардиологический журнал. — 2012. — № 4. — С. 87–93.

29. Гинзбург, М. Экватор как препарат выбора при начальной терапии артериальной гипертензии / М. Гинзбург, А. Платова, Л. Гинзбург // *Врач.* — 2011. — № 5. — С. 36–40.
30. Гладков, А.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А.Г. Гладков, В.П. Зайцев, Д.М. Аронов // *Кардиология.* — 1982. — № 2. — С. 100–102.
31. Глезер, М.Г. Мониторинг эффективности и безопасности лозартана и его комбинации с гидрохлортиазидом у больных с артериальной гипертензией: исследование Результат / М.Г. Глезер, Р.Т. Сайгитов // *Кардиология.* — 2012. — № 10. — С. 17–25.
32. Глезер, М.Г. Эффективность и безопасность применения индапамида ретард у женщин с артериальной гипертензией и сахарным диабетом: результаты исследования АФИНА / М.Г. Глезер, Р.Т. Сайгитов // *Consilium medicum.* — 2011. — Т. 13. — № 5. — С. 62–47.
33. Готовность врача к оказанию помощи пациенту в отказе от курения / В. Левшин, Б. Ладан, О. Кожушев и др. // *Врач.* — 2011. — № 12. — С. 40–43.
34. Голованова, Е.Д. Системный анализ факторов риска, биологических ритмов и ремоделирования сосудов в онтогенезе у мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями. дис...доктора мед. наук: 14.00.05, 14.00.53: защищена 14.10.09: утв. 04.12.09 / Голованова Елена Дмитриевна. — Смоленск, 2009. — 188 с. — Библиогр.: с. 155–188.
35. Давыдов, С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью / С.В. Давыдов // *Казанский медицинский журнал.* — 2001. — Т. 82. — № 1. — С. 35–37.
36. Данилов, Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // *Психиатрия и психофармакотерапия.* — 2008 — Т. 10. — № 1. — С. 13–20.
37. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) / Системные гипертензии. — 2010. — №3. — С. 5–26.

38. Динамика обратного ремоделирования сердца и сосудов у больных гипертонической болезнью в зависимости от выбора и тактики назначения антигипертензивной терапии со старта / Н.А. Ковалевская, Н.А. Козиолова, А.В. Бушмакина, И.М. Шатунова // Системные гипертензии. — 2012. — Т. 9. — № 2. — С. 5–10.
39. Довженко, Т.В. Тревожно-депрессивные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / Т.В. Довженко, М.В. Семиглазова, В.Н. Краснов // Доктор. Ру. — 2010. — № 4(55). — С. 39–47.
40. Домбровский, В.С. Вопросы изучения приверженности лечению, критерии, оценка и терминология / В.С. Домбровский, В.В. Омеляновский // Медицинские технологии. — 2015. — №2. — С. 16–23.
41. Дралова, О.В. Периндоприл — возможности антигипертензивной и нефропротективной терапии / О.В. Дралова, М.Л. Максимов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2011. — Т. 7. — № 4. — С. 501–506.
42. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике / I. Graham, D. Atar, K. Borch-Johnsen et al. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2008. — Т. 4. — № 3. — С. 111–128.
43. Евсевьева, М. Е. О корреляционных взаимосвязях некоторых факторов сердечно-сосудистого риска и дисрегуляции артериального давления у лиц молодого возраста / М.Е. Евсевьева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 2. — С. 41–46.
44. Егоров, И. Особенности антигипертензивной терапии у больного с подагрой / И.Егоров, В.Цурно // Врач. — 2011. — № 2. — С. 6–9.
45. Ерышев, О.Ф. Современные медикаментозные методы лечения никотиновой зависимости / О.Ф. Ерышев, Л.А. Дубинина // Профилактическая медицина. — 2011. — № 2. — С. 40–45.
46. Зайцев, В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. — 1981. — № 3. — С. 118–123.
47. Замотаев, Ю.Н. Медико-социальные факторы, влияющие на течение артериальной гипертонии и качество жизни / Ю.Н. Замотаев // Клиническая медицина. — 2012. — № 4. — С. 25–31.

48. Замятин, Е.А. Оценка приверженности к лечению у пациентов с остеопорозом / Е.А. Замятин, Г.Г. Багирова // Врач-аспирант. — 2012. — № 6.3 (55). — С. 433–439.
49. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленкина, С.А. Шальнова и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 2. — С. 3–7.
50. Инжутова, А.И. Положительные эффекты амлодипина в лечении пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией / А.И. Инжутова // Consilium medicum. — 2012. — Т. 14. — № 5. — С. 17–21.
51. Исследование приверженности лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра ПРОФИЛЬ) / Ю. В. Лукина, С.Ю. Марцевич, А.В. Загребельный и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2013. — № 5. — С. 56–61.
52. Ишмурзин, Г.П. Оценка антигипертензивной эффективности и переносимости фиксированной комбинации периндоприл + амлодипин у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией в рамках рутинного лечения / Г.П. Ишмурзин // Кардиология. — 2011. — Т. 51. — № 11. — С. 45–51.
53. Как помочь курящему пациенту: новые возможности / Р.Г. Оганов Г.Я. Масленкина, Т.В. Тюрина и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 10 (5). — С. 4–7.
54. Калашникова, М.Ф. Приверженность при сахарном диабете 2 типа: определения, понятия, современные методы оценки пациентами проволимого лечения / М.Ф. Калашникова, И.Б. Бондарева, Н.В. Лиходей // Лечащий врач. — 2015. — № 3. — С. 27–33.
55. Котельникова, А.В. Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации / А.В. Котельникова, А.А. Кукшина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2016. — № 3. — С. 4–9.

56. Калинина, А.М. Оценка эффективности Школ здоровья для больных артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения / А.М. Калинина, Е.В. Ощепкова, Ю.М. Поздняков // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2006. — № 4. — С. 41–47.
57. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 848 с.
58. Карпов, Ю.А. Индапамид в моно- и комбинированной терапии артериальной гипертонии / Ю.А. Карпов // Справочник поликлинического врача. — 2010. — № 6. — С. 17–20.
59. Карпов, Ю.А. Новые российские рекомендации по АГ — приоритет комбинированной терапии / Ю.А. Карпов // Сердце. — 2011. — Т. 10. — № 4 (60). — С. 213–217.
60. Карпов, Ю.А. Программа ФОРТИССИМО: преимущества фиксированной полнодозовой комбинации периндоприла аргинина и индапамида в лечении плохо контролируемой артериальной гипертонии / Ю.А. Карпов // Кардиология. — 2013. — Т.53. — №3. — С. 37–43.
61. Качество жизни больных атопическим дерматитом и приверженность к наружной терапии / Е. А. Лыткина, Н.Н. Потекаев, У.Г. Билалова и др. // Клиническая дерматология и венерология. — 2011. — № 1. — С. 45–48.
62. Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника / О.В. Князев, О.Н. Болдырева, А.И. Парфенов и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2011. — № 9. — С. 18–25.
63. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни / А.В. Бурсиков, С.Е. Ушакова, И.Е. Мишина и др. // Клиническая медицина. — 2004. — № 7. — С. 20–22.
64. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы / Н.В. Погосова, И.Х. Байчоров, Ю.М. Юферева, И.Е. Колтунов // Кардиология. — 2010. — № 4. — С. 66–78.
65. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика / Е.Н. Семернин, Е.В. Шляхто, С.Н. Козлова и др. // Качественная клиническая практика. — 2001. — № 2. — С. 48–52.

66. Кисляк, О.А. Современные принципы лечения артериальной гипертензии и пути улучшения приверженности пациентов к лечению / О.А. Кисляк // Справочник поликлинического врача. — 2006. — № 5. — С. 28–33.
67. Клинико-статистический анализ артериальной гипертензии, осложненной гипертоническим кризом, в Москве за 2005-2009 гг. / Н.И. Гапонова, Н.Ф. Плавунов, С.Н. Терещенко и др. // Кардиология. — 2011. — № 2. — С. 40–44.
68. Клинические преимущества и плейотропные эффекты антагонистов кальция / Т.В. Адашева, В.С. Задионченко, Н.Ю. Тимофеева и др. // Болезни сердца и сосудов. — 2010. — № 4. — С. 52–59.
69. Кобалава, Ж.Д. Комбинированная антигипертензивная терапия: два или три компонента / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская // Клиническая фармакология и терапия. — 2011. — № 3. — С. 50–54.
70. Кобалава, Ж.Д. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: роль трехкомпонентных комбинаций / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.А. Троицкая // Кардиология. — 2011. — № 6. — С. 84–90.
71. Кобалава, Ж.Д. Мочевая кислота — независимый предиктор сердечнососудистых событий. Урикозурический потенциал лозартана / Ж.Д. Кобалава, В.В. Толкачева // Клиническая фармакология и терапия. — 2011. — № 3. — С. 9–17.
72. Ковалев, С.В. Исцеление с помощью НЛП / С.В. Ковалев. — М.: Издательство «КСП+», 2001. — 576 с.
73. Колпакова, Е.В. Артериальная гипертензия и качество жизни: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача / Е.В. Колпакова // Терапевтический архив. — 2000. — № 4. — С. 71–74.
74. Комбинированная фармакотерапия артериальной гипертензии / А.И. Пономарева, О.Т. Одноволов, О.Г. Компаниец, Д.Е. Чернявская // Consilium Medicum. — 2013. — Т.15. — № 1. — С. 11–14.
75. Комплаентность пациентов с артериальной гипертензией при применении препаратов, повышающих качество жизни / М. Соболева, Е. Слободенюк, И. Букатова, З. Калагина // Врач. — 2012. — № 3. — С. 68–70.

76. Кондрошенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрошенко, Д.И. Донской. — Минск: Наука и техника, 1993, — 478 с.
77. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача. — 2007. — № 6. — С. 8–12.
78. Концевая, А.В. Затраты системы здравоохранения России, ассоциированные с курением / А.В. Концевая, А.М. Калинина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 7 (3). — С. 306–312.
79. Копылов, Ф. Психосоматические аспекты гипертонической болезни / Ф. Копылов // Врач. — 2008. — № 2. — С. 2–5.
80. Коррекция поражений сосудистого русла при артериальной гипертензии с акцентом на периндоприл / Ю.Н. Беленков, Е.В.Привалова, Ю.А. Данилогорская и др. // Российский кардиологический журнал. — 2012. — № 3. — С. 85–88.
81. Коц, Я.И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я.И. Коц, Р.А. Либис // Кардиология. — 1993. — Т. 33. — № 5. — С. 66–77.
82. Кужелева, Е.А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов / Е.А. Кужелева, К.Н. Борель, А.А. Гарганеева // Рациональная Фармакотерапия в кардиологии. — 2016. — №3. — С. 291–295.
83. Ланг, Г.Ф. Гипертоническая болезнь / Г.Ф. Ланг. — М.: Медгиз, 1950. — 496 с.
84. Леонова, М.В. Органопротективные эффекты β -адреноблокаторов при артериальной гипертензии / М.В. Леонова // Справочник поликлинического врача. — 2012. — № 6. — С. 17–22.
85. Леонова, М.В. Фаомакоэпидимиология артериальной гипертензии в России (по результатам фармакоэпидимиологического исследования Пифагор III) / М.В. Леонова, Ю.Б. Белоусов, Л.Л. Штейнберг // Российский кардиологический журнал. — 2011. — № 2. — С. 9–16.

86. Леонова, М.В. Органопротективные эффекты рамиприла в лечении артериальной гипертензии // М.В. Леонова // *Consilium Medicum*. — 2014. — № 1. — Т. 16. — С. 7–11.
87. Лукина, Ю.В. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему / Ю.В. Лукина, Н.Н. Кутищенко, С.Ю. Марцевич // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2017. — №1. — С.91–95.
88. Лукьянова, Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии / Лукьянова Е.М // *Качественная клиническая практика*. — 2002. — № 4. — С. 34–42.
89. Лучшие психологические тесты / пер. с англ. Е.А. Дружининой. — Харьков. — 1994. — 320 с.
90. Маколкин, В.И. Необходимые условия при назначении β -адреноблокаторов / В.И. Маколкин // *Лечащий врач*. — 2012. — № 7. — С. 58–62.
91. Максименкова, В.В. Оптимизация диагностики и приверженности к лечению у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией в амбулаторных условиях. дис...канд. мед. наук: 14.00.05: защищена 24.06.09: утв. 04.12.09 / Максименкова Виктория Вячеславовна. — Смоленск, 2009. — 188 с. — Библиогр.: с.155–188.
92. Мальчикова, С.В. Фармако-экономические аспекты лечения пациентов с артериальной гипертензией фиксированной комбинацией периндоприл/амлолдин / С.В. Мальчикова, Е.И. Тарловская, М.В. Авксентьева // *Кардиология*. — 2011. — № 11. — С. 40–45.
93. Мамедов, М.Н. Практические аспекты обновленных европейских рекомендаций по артериальной гипертензии: расширенные показания к применению селективных бета-блокаторов / М.Н. Мамедов, М.А. Поддубская, Р.Т. Дидигова // *Consilium medicum*. — 2011. — Т. 13. — № 10. — С. 99–102.
94. Марцевич, С.Ю. Лечение табакокурения у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / С.Ю. Марцевич, Ю.В. Лукина // *Профилактическая медицина*. — 2011. — № 6. — С. 30–35.
95. Масленкина, Г.Я. Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы

- кровообращения / Г.Я. Масленкина, Р.Г. Оганов // Профилактическая медицина. — 2011. — № 3. — С. 19–27.
96. Медведев, В.Э. Перспективы использования мелатонинэргических препаратов в терапии депрессий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / В.Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2010. — Т. 12. — № 3. — С.17–22.
97. Медведев, В.Э. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / В.Э. Медведев // Consilium Medicum. — 2010. — Т. 12. — № 5. — С. 141–144.
98. Мельникова, Л.В. Изменение структурно-функциональных свойств плечевой артерии у больных артериальной гипертонией при лечении ингибитором АПФ / Л.В. Мельникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2012. — № 2. — С. 35–39.
99. Минеев, В.Н. Роль нейропротекции в терапии гипертонической энцефалопатии / В.Н. Минеев, В.И. Трофимов, Е.А. Бручкус / Лечащий врач. — № 9. — 2011. — С. 28–31.
100. Минушкина, Л.О. Бисопролол: возможности в лечении артериальной гипертензии / Л.О Минушкина // Кардиология. — 2012. — Т. 52. — № 6. — С. 80–89.
101. Морозова, Т.Е. Артериальная гипертония у больных сахарным диабетом — индивидуализированный выбор антигипертензивных средств / Т.Е. Морозова, Т.Б. Андрущишина // Российский кардиологический журнал. — 2011. — № 2. — С. 72–74.
102. Морозова Т.Е. Современная стратегия улучшения приверженности лечению больных артериальной гипертонией: фиксированные комбинации лекарственных средств / Т.Е. Морозова, И.Ю. Юдина // Consilium medicum. — 2010. — Т.12. — №1. — С. 22–28.
103. Мухин, Н.А. Проблема резистентности к диуретикам: причины и возможные пути решения / Н.А. Мухин, В.В. Фомин, А.А. Пулин // Справочник поликлинического врача. — 2011. — № 2. — С. 29–33.

104. Мычка, В.Б. Преимущества бета-адреноблокаторов с вазодилатирующими свойствами для лечения артериальной гипертонии / В.Б. Мычка // Кардиологическая терапия и профилактика. — 2012. — Т. 3. — № 11. — С. 87–93.
105. Мясоедова, Н.А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях / Н.А. Мясоедова, Э.Б. Тхостова, Ю.Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. — 2002. — № 1. — С. 53–57.
106. Напалков, Д.А. Терапия периндоприлом: органопротекция, а не только антигипертензивный эффект / Д.А. Напалков // Кардиология. — 2012. — Т. 52. — № 12. — С. 80–83.
107. Небиеридзе, Д.В. Актуальные вопросы лечения артериальной гипертензии: фокус на комбинированную терапию / Д.В. Небиеридзе // Системные гипертензии. — 2011. — № 3. — С. 40–44.
108. Непогода, С.В. Периндоприл в лечении артериальной гипертензии у пациентов высокой группы риска / С.В. Непогода // Системные гипертензии. — 2009. — № 2. — С. 10–15.
109. Непогода, С.В. Фармакоэкономика Арифона ретард: частное и глобальное / С.В. Непогода // CardioСоматика. — 2011. — Т. 2. — № 4. — С. 19–23.
110. Никитина, Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Никитина, Ф. Копылов, А. Сыркин. // Врач. — 2009. — № 12. — С. 21–25.
111. Новые Российские рекомендации по артериальной гипертонии — приоритет комбинированной терапии (Российское медицинское общество по артериальной гипертонии. Секция доказательной гипертензиологии) // Кардиология. — 2011. — № 9. — С. 92–96.
112. Обучение больных гипертонической болезнью — бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания / А.О. Конради, А.В. Соболева, Т.А. Максимова и др. // Артериальная гипертензия. — 2002. — № 8(6). — С. 217–220.
113. Оганов, Р.Г. Национальные клинические рекомендации: сборник / под ред. Р.Г. Оганова. — 3-е издание. — М.: Изд-во «Силиция-Полиграф», 2010. — 592 с.

114. О клинико-функциональных проявлениях гиперволемии у больных артериальной гипертонией / О.Б. Поселюгина, С.А. Нилова, В.С. Волков В.С. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 10 (2). — С. 13–18.
115. Особенности водно-электролитного обмена у больных артериальной гипертонией и влияние на его параметры различные классов гипотензивных препаратов / Л.Н. Самерханова, М.М. Лукьянов, В.П. Масенко и др. // Системные гипертензии. — 2012. — Т. 9. — № 2. — С. 53–56.
116. Особенности лечения артериальной гипертонии у больных с метаболическим синдромом / А.М. Шилов, М.В. Мельник, М.С. Дулаева и др. // Кардиология. — 2011. — № 12. — Т. 51. — С. 84–89.
117. Остроумова, О.Д. Бета-блокаторы для лечения артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в Российских рекомендациях / О.Д. Остроумова, О.В. Бондарец., Т.Ф. Гусева // Справочник поликлинического врача. — 2011. — № 4. — С. 22–26.
118. Остроумова, О.Д. Комбинированная фармакотерапия артериальной гипертензии: оптимальный подход / О.Д. Остроумова, В.М. Фомина, Т.А. Полосова // // Consilium Medicum. — 2013. — № 5. — С. 9–14.
119. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных / Н. Барышникова, Л. Белоусова, В. Петренко, Е. Павлова // Врач. — 2013. — № 7. — С. 62–65.
120. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш. З. Загидулин, Е.С. Галимова, О.А. Суховская, Г.Ю. Ежова // Пульмонология. — 2013. — № 1. — С. 49–53.
121. Оценка эффективности блокатора рецепторов ангиотензина II лозартана в моно- и комбинированной терапии у больных артериальной гипертензии в зависимости от показателей активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы / Ш.В. Ахадов, Г.Р. Рузбанова, Г.С. Молчанова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — Т. 10. — № 1. — С. 30–37.

122. Песковец, Р.Д. Анализ распространенности курения в зависимости от наличия артериальной гипертензии на примере взрослого населения Красноярска. / Р.Д. Песковец, О.Ю. Штарик, А.А. Евсюков // Медицина. — 2017. — №1. — С. 9–18.
123. Петров, В.И. Проблема качества жизни в биоэтике / В.И. Петров, Н.Н. Седова. — Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. — 96 с.
124. Померанцев, В.П. Диагноз, лечение и качество жизни / В.П. Померанцев // Клиническая медицина. — 1989. — № 9. — С. 3–8.
125. Потемкина, Р.А. Повышение физической активности населения России: современные подходы к разработке популяционных программ / Р.А. Потемкина // Профилактическая медицина. — 2014. — № 1. — С. 6–11.
126. Потемкина, Р.А. Школа здоровья. Физическая активность и питание: руководство для врачей / Р.А. Потемкина; под ред. Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 96 с.
127. Потешкина, Н. Г. Артериальная гипертензия и сахарный диабет: поиск оптимальной терапии — опыт применения периндоприла А / амлодипиена / Н. Г. Потешкина // Российский кардиологический журнал. — 2014. — № 12 (116). — С. 64–70.
128. Потешкина, Н.Г. Потребление соли, артериальная гипертензия и риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Часть I / Н.Г. Потешкина // Российский кардиологический журнал. — 2011. — № 3. — С. 87–95.
129. Потешкина, Н.Г. Потребление соли, артериальная гипертензия и риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Часть II / Н.Г. Потешкина // Российский кардиологический журнал. — 2011. — № 5. — С. 93–102.
130. Потешкина, Н.Г. Потребление соли. Сердечно-сосудистая система как орган мишень. Часть III / Н.Г. Потешкина // Российский кардиологический журнал. — 2012. — № 6. — С. 84–90.
131. Потребление поваренной соли и психологический статус больных артериальной гипертензией / В.С.Волков, О.Б. Поселюгина, С.А. Роккина, С.А. Нилова // Клиническая медицина. — 2012. — Т. 90. — № 4. — С. 56–58.

132. Приверженность к лечению больных хроническими заболеваниями органов пищеварения / Л.Д. Фирсова, Н.Г. Калашникова, А.В. Котельникова, И.А. Комиссаренко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2011. — № 8. — С 34–37.
133. Приверженность к сотрудничеству с врачом пациенток с синдромом поства-риозктомии / А.Н. Андреев, А.А. Попов, Н.В. Изможерова и др. // Россий-ский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — Т. 6. — № 5. — С. 53–56.
134. Приверженность основной терапии у больных с постинсультной депрессией / Е.И. Гусев, А.Н. Бойко, Т.В. Сидоренко и др. // Неврологический жур-нал. — 2011. — Т. 16. — № 4. — С. 54–59.
135. Приверженность пациентов антигипертензивной терапии и препятствия к её улучшению. Результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2 / Ж.Д. Кобалава, Е.Г. Старостина, Ю.В. Котовская и др. // Тера-певтический архив. — 2008. — Т. 80. — № 3. — С. 76–82.
136. Проурзина, Н.В. Прогностическое значение оценки качества жизни женщин с артериальной гипертензией: результаты исследования АФИНА / Н.В. Про-урзина, Р.Г. Сайгитов, М.Г. Глейзер // Проблемы женского здоровья. — 2011. — Т.6. — № 4. — С. 76.
137. Рафальский, В.В. Комплаентность — определяющий фактор эффективности и профилактического применения ацетилсалициловой кислоты / В.В. Ра-фальский, А.Н. Багликов // Кардиваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 2. — С. 102–109.
138. Резник, Е.В. Новые рекомендации ACC/AHA и ESC/ESH по артериальной гипертонии / Е.В. Резник, И.Г. Никитин // Кардиваскулярная терапия и про-филактика. — 2018. — № 17 (5). — С. 99–119.
139. Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии в Российской Федерации (2005-2007): информа-ционно-статистический сборник. — 2008. — 224 с.
140. Результаты российской программы ЭКСПЕРТ: постмаркетинговое наблю-дение за эффективностью и влиянием препарата ЭКВАТОР на качество

- жизни у пациентов с артериальной гипертонией в амбулаторной практике / М.Г. Глезер // Кардиология. — 2014. — Т. 54. — № 3. — С. 15–22.
141. Рекомендации Европейского общества кардиологов (пересмотр 2012 г.). Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // Российский кардиологический журнал. — 2012. — №4 (96). — Приложение 2. — С. 1–84.
142. Рекомендации по ведению больных артериальной гипертонией с метаболическими нарушениями // Кардиологический вестник. — 2014. — Т. 9. — №1. — С. 1–56.
143. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии ESH и ESC (перевод российского медицинского общества по артериальной гипертонии) // Евразийский кардиологический журнал. — 2014. — №1. — С. 1–79.
144. Роль оксида азота в улучшении функции эндотелия и сердечно-сосудистого здоровья: фокус на небиволол / Г.Л. Бакрис, J.N. Basile, T.D. Giles, A.A. Taylor // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 10 (2). — С. 116–122.
145. Романова, Н.П. Ограничение потребления поваренной соли с пищей как основной метод профилактики артериальной гипертонии / Н.П. Романова // Губернские медицинские новости. — 2000. — Т. 3, №5. — С. 6–8.
146. Ромасенко, Л.В. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией / Л.В. Ромасенко // Справочник поликлинического врача. — 2007. — № 4. — С. 75–78.
147. Руководство по артериальной гипертонии / под редакцией Е.И. Чазова, И.Е. Чазовой. — М.: Медиа Медика, 2005. — 784 с.
148. Садыкова, Д.И. Психосоциальный подход: качество жизни молодых людей с повышением артериального давления / Д.И. Садыкова, И.Я. Лутфуллин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 2. — С. 18–23.
149. Сердечно-сосудистый риск и метаболические нарушения: подбор антигипертензивной терапии с учетом коррекции двух основополагающих составляющих / М.Н. Мамедов, М.В. Строева, Р.Т. Дидигова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — Т. 10. — №4. — С. 26–32.

150. Серов, В.А. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью / В.А. Серов, В.И. Горбунов // Клиническая медицина. — 2007. — № 3. — С.65–68.
151. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; под ред. П.И. Сидорова. — М.: МЕДпрессинформ, 2006. — 568 с.
152. Современная антигипертензивная терапия: место бета-адреноблокатора бисопролола / О.В. Манешина, С.Б. Ерофеева, Ю.Б. Белоусов и др. // Consilium medicum. — 2011. — Т. 13. — № 1. — С. 28–33.
153. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М.: Ю Б М Медика Рус, 2014. — 1600 с.
154. Сравнительный анализ суточного профиля артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией 2–3 степеней на фоне приема различных комбинаций антигипертензивных препаратов / С.Д. Маятская, Е.В. Малышева, М.В. Потапова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 6. — С. 30–34.
155. Суркова, Е.В. Значение некоторых психологических факторов в контроле и лечении сахарного диабета / Е.В. Суркова // Проблемы эндокринологии. — 2004. — Т. 50. — №1. — С. 44–45.
156. Терапия бета-адреноблокатором небивололом профилактика острых ишемических осложнений у пожилых пациентов с сердечной недостаточностью / Г. Амброзио, М.Д. Флатер, М. Бем и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — Т. 10. — № 4. — С. 69–76.
157. Терещенко, С.Н. Амлодипин в лечении хронической сердечной недостаточности / С.Н. Терещенко, И.В. Жиров // CardioСоматика. — 2011. — № 3. — С. 57–63.
158. Трехкомпанентная антигипертензивная терапия: фокус на эффективность и прогноз / О.Д. Остроумова, А.И. Кочетков, А.В. Стародубова и др. // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. — 2018. — № 14 (3). — С. 458–468.

159. Филиппова, Ю.М., Никитин, Г.А., Якунин, К.А. Пути повышения комплаентности, качества жизни и психологического статуса больных артериальной гипертонией на терапевтическом участке / Ю.М. Филиппова, Г.А. Никитин, К.А. Якунин // Вестник Смоленского медицинского университета. — 2015. — № 3. — С. 53-57.
160. Филиппова, Ю.М., Никитин, Г.А., Якунин, К.А. Влияние психологических тренировок на комплаентность больных артериальной гипертонией на терапевтическом участке / Ю.М. Филиппова, Г.А. Никитин, К.А. Якунин // Вестник Смоленского медицинского университета. — 2015. — № 3. — С. 57-62.
161. Хохлов, Р.А. Оценка гипотензивной эффективности орально диспергируемой формы периндоприла у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией / Р. А. Хохлов, Е. Е. Царева, В. И. Таранина // Российский кардиологический журнал. — 2014. — № 12 (116) — С. 76–79.
162. Циммерман, Я.С. Приверженность больных к соблюдению врачебных рекомендаций как действенный фактор повышения эффективности лечения / Я.С. Циммерман, Л.Г. Вологжанина // Клиническая медицина. — 2015. — №3. — С. 5–13.
163. Чазова, И.Е. Возможности амлодипина в снижении риска осложнений артериальной гипертензии / И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова // Системные гипертензии. — 2010. — № 1. — С. 6–8.
164. Черемушкин, С.В. Эффективность и безопасность двух режимов комбинированной антигипертензивной терапии у больных с мягкой и умеренной формой артериальной гипертензии / С.В. Черемушкин, Ю.А. Кучерявый, Т.С. Оганесян // Российский кардиологический журнал. — 2011. — № 3. — С. 40–45.
165. Черненкова, Е.А. Роль комплаентности и повышения эффективности антигипертензивной терапии: дис... канд. мед. наук: 14.00.05, 14.00.06: защищена 07.12.06: утв. 05.10.07 / Черненкова Елена Анатольевна. — Смоленск, 2006. — 172 с. — Библиогр.: с.146–172.

166. Чукаева, И.И. Комбинированная гипотензивная терапия: возможности полнодозовых комбинаций в достижении комплаентности / И.И. Чукаева // Системные гипертензии. — 2012. — № 2. — С. 5–9.
167. Чукаева, И.И. Возможности преодоления низкой приверженности пациентов антигипертензивной терапии / И.И. Чукаева, Я.Г. Спирякина // Справочник врача общей практики. — 2014. — № 8. — С. 19–23.
168. Чумакова, Е. А. Оценка применения терапии афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией / Е. А. Чумакова, Н. И. Гапонова, Т. Н. Березина Российский кардиологический журнал. — 2014. — № 2 (106) — С. 89–95.
169. Шальнова, С.А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической частной и научно-образовательной программы ОСКАР / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 6. — С. 58–63.
170. Эффективность антигипертензивной терапии пожилых пациентов и анализ приверженности лечению / В.Э. Олейников, И.В. Елисеева, Ю.А. Томашевская и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2014. — № 10 (4). — С. 391–396.
171. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011 // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. — 2011. — №7 (5). — Приложение.
172. Эффективность фиксированной комбинации амлодипин/валсартан у пациентов с гипертонической болезнью в госпитальных условиях / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Н.Х. Багманова и др. // Кардиология. — 2011. — № 7. — С. 27–31.
173. Якунин, К.А. Деловое общение: психотехнологии в успешной коммуникации / К.А. Якунин, Е.Н. Мажар. — Смоленск: Универсум, 2011. — 232 с.
174. Якушин, С. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: курс на здоровый образ жизни / С. Якушин, Е. Филиппов // Врач. — 2011. — № 9. — С. 2–7.

175. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, R. Fagard., K. Narkiewicz et al. / *J Hypertensions*. — 2013. — Vol. 31. — P. 1281–1357.
176. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH / ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension / *J. Hypertens.* — 2013. — Vol. 31. — P. 1925–1938.
177. 2014 Evidence — Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) / P.A. James, B.L. Carter, S. Oparil et al. // *JAMA*. — 2014. — Vol. 311. — P. 507–520.
178. A comparison of atenolol and nebivolol in isolated systolic hypertension / Z. Dhakam, Yasmin, C.M. McEniery et al. // *J. Hypertens.* — 2008. — Vol. 26. — P. 351–356.
179. A double-blind, placebo-controlled, crossover trial comparing the effects of amiloride and hydrochlorothiazide on glucose tolerance in patients with essential hypertension / A.J. Stears, S.H. Woods, M.M. Watts et al. // *Hypertension*. — 2012. — Vol. 59. — P. 934–942.
180. Ades, P.A. Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs / P.A. Ades, D. Huang, S.O. Weaver // *Am. Hert. J.* — 1992. — Vol. 123 (4). — Pt. 1. — P. 916–921.
181. Addition of spironolactone in patients with resistant arterial hypertension (ASPIRANT): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / J. Vaclavi, R. Sedlak, M. Plachy, et al. // *Hypertension*. — 2011. — Vol. 57. — P. 1069–1075.
182. Agabiti-Rosei, E. Arterial stiffness? And rational use of nebivolol / E. Agabiti-Rosei, E. Porteri, D. Rizzoni // *Vasc. Health. Risk. Manag.* — 2009. — Vol. 5 (1). — P. 353–360.
183. AHA Special Report. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond / D.M. Lloyd — Jones, Y. Hong, D. Labarthe et al. // *Circulation*. — 2010. — Vol. 121. — P. 586–613.

184. Akazawa, M. Economic impact of swithing to fixed-dose combination therapy for Japanese hypertensive patients: a retrospective cost analysis / M. Akazawa, K. Fukuoka // *BMC Health Serv. Res.* — 2013. — Vol. 13. — P. 124.
185. Albert, C.M. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women / C.M. Albert, C.U. Chae // *Circulation.* — 2005. — Vol. 111. — P. 480–487.
186. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease / J. Kauhanen, G. Kaplan, R. Cohen et al. // *Psychosom. Med.* — 1994. — Vol. 56 (3). — P. 237–244.
187. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors involving 158 998 patients / L.C. van Vark, M. Bertrand, K.M. Akkerhuis et al. // *Eur. Heart. J.* — 2012. — Vol. 33. — P. 2088–2097.
188. Antihypertensive efficacy of hydrochlorothiazide as evaluated by ambulatory blood pressure monitoring. A meta-analysis of randomized trials / F.H. Messerli, H.Makani, A. Benjo et al. // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2011. — Vol. 57. — P. 590–600.
189. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a metaanalysis / A.M. Thompson, T. Hu, C.L. Eshelbrenner et al. // *JAMA.* — 2011. — Vol. 305. — P. 913–922.
190. Aortic stiffness is reduced beyond blood pressure lowering by short-term and long-term antihypertensive treatment: a meta-analysis of individual data in 294 patients / K.T. Ong, S. Delerme, B. Pannier et al. // *J. Hypertens.* — 2011. — 29. — P. 1034–1042.
191. A review of the cost of cardiovascular disease / J. –E. Tarride, L. Morgan, M. DesMeules et al. // *Canadian S Cardiol.* — 2009. — Vol. 25. — P. 195–202.
192. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies / N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg et al. // *Am. J. Cardiol.* — 1984. — Vol. 54. — P. 908–913.
193. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis / K.M. Flegal, B.K. Kit, H. Orpana et al. // *JAMA.* — 2013. — Vol. 309. — P. 71–82.

194. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables / J.O. Prochaska, J.C. Norcross, J.L. Fovler et al. // *Addict. Behav.* — 1992. — Vol. 17 (1). — P. 35–45.
195. Beta-blockers for hypertension. / C.S. Wiysonge, H.A Bradley, J. Volmink et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2012. — Vol. 11: CD002003.
196. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease / F.H.Rutten, N.P. Zuitohoff, E. Hak et al. // *Arch. Intern. Med.* — 2010. — Vol. 170. — P. 880–887.
197. Black, H. Triple fixed-dose combination therapy: back to the past / H. Black // *Hypertension.* — 2009. — Vol. 54. — P. 32–39.
198. Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the Cardia study / K. Matthews, C. Katholl, H. Mc Creath et al. // *Circulation.* — 2004. — Vol. 6 (110). — Pt. 1. — P. 74–78.
199. Bronsert, M.R. Comparative effectiveness of antihypertensive therapeutic classes and treatment strategies in the initiation of therapy in primary care patients: a Distributed Ambulatory research in Therapeutics Network (DARTNet) study / M.R. Bronsert // *J. Am. Board. Fam. Med.* — 2013. — Vol. 26. — P. 529–538.
200. Bruce, J. Depression, anxiety increase risk of hypertension / J. Bruce, F. James // *Psychosom. Med.* — 2000. — Vol. 62. — P.188–196.
201. Byrne, D. Type A behavior, stress, and coronary proneness / D. Byrne // 14 th World congress on psychosomatic Medicine: Program and Abstracts. — 31 st August — 5 th September. — 1997.
202. Cannon, W. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage / W. Cannon. — Boston: C.T. Branford, 1929.
203. Cardiorenal endpoints in a trial of aliskiren for type 2 diabetes / H.H. Parving, B.M. Brenner, J.J.V. McMurray et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2012. — Vol. 367. — P. 2204–2213.
204. Cella, D.F. Quality of life: concepts and definition / D.F. Cella // *J. Pain and Symptom. Manag.* — 1994. — Vol. 9 (3). — P. 186–192.

205. Ceraso, M. Smoking, barriers to quitting, and smoking — related knowledge, attitudes, and patient practices among male physicians in China / M.Ceraso / *Prev. Chronic Dis.* — 2009. — Vol. 6 (1). — A 06.
206. Clinical Synergy of perindopril and calcium-channel blocker in the prevention of cardiac events with coronary artery disease. Post hoc analysis of the EUROPA study / M. Bertrand, R. Ferrari, W. Remme et al. / *Amer. Heart. S.* — 2010. — Vol. 159 (5). — P. 795–802.
207. Comparative effects of nebivolol and metoprolol on oxidative stress, insulin resistance, plasma adiponectin and soluble P-selectin levels in hypertensive patients / T. Celic, A. Iyisoy, H. Kursaklioglu et al. // *J. Hypertens.* — 2006. — Vol. 24. — P. 591–596.
208. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group / A.A Arigo, M. Haan, G.M. Tangen et al. // *Circulation.* — 2000. — Vol. 102 (15). — P. 1773–1779.
209. Diagnosing depression in patients with medical illness / R. Kathol R.Jr. Noyes, J. Williams et al. // *Psychosomatics* / — 1990. — Vol. 31 (4). — P. 434–440.
210. Differential effects of nebivolol and metoprolol on central aortic pressure and left ventricular wall thickness / P. Kampus, M. Serg, J. Kals et al. // *Hypertension.* — 2011. — Vol. 57. — P. 1122–1128.
211. Does lowering the blood pressure improves the mood? Quality of life results from the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study / I. Wiklund, K. Halling, T. Ruden –Bergsten et al. // *Blood pressure.* — 1997. — Vol. 6 (6). — P. 357–364.
212. Donner, C.F. Methods of assessment of quality of life / C.F. Donner, M. Carona, G. Bertolotti // *Eur. Respir. Rev.* — 1997. — Vol. 7 (42). — P. 43–45.
213. Dong, J.Y. Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta-analysis of prospective cohort studies / J.Y. Dong, Y.H. Zhang, L.Q. Qin // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2011. — Vol. 58. — P. 1378–1385.

214. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials / X. Xin, J. He, M.G. Frontini et al. // *Hypertension*. — 2001. — Vol. 38. — P. 1112–1117.
215. Effects of intensive blood pressure reduction on myocardial infarction and stroke in diabetes: a meta-analysis in patients / G. Reboldi, G. Gentile, F. Angeli et al. // *J. Hypertens.* — 2011. — Vol. 29. — P. 1253–1269.
216. Effect of spironolactone on left ventricular mass and aortic stiffness in early — stage chronic kidney disease: a randomized controlled trial / N.C Edvards, R.P. Steeds, P.M. Stevart et al. // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2009. — Vol. 54 (6). — P. 505–512.
217. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms / F. Zannad, J.J. McMurray, H. Krum et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2011. — Vol. 364. — P. 11–21.
218. ESC of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J.J. McMurray, S. Adamopoulos, S.D. Anker et al. // *Eur. Heart. J.* — 2012. — Vol. 33. — P. 1787–1847.
219. Espens, G. Investigating the relation between type A and type B behavior patterns in a group of men with manifest physiological and medical cardiac risk symptoms. 14 th World Congress on Psychosomatic Medicine: Program and Abstracts / G. Espens // *Psychosomatic.Medicine.* — 31 st August. — 5 th September. — 1997.
220. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke et al. // *Eur. Heart. J.* — 2012. — Vol. 33. — P. 1635–1701.
221. European Society of Hypertension — European Society of Cardiology 2007. Guidelines for management of arterial hypertension / *S. Hypertension.* — 2007. — Vol. 25. — P. 1105–1187.

222. Factors involved in the discontinuation of antihypertensive drug therapy: an analysis from real life data / G. Mancia, A. Zambon, D. Soranna et al. // *J Hypertens.* — 2014. — № 32 (8). — P. 1708–1715.
223. Fagard, R.H. Exercise therapy in hypertensive cardiovascular disease / R.H. Fagard // *Prog. Cardiovasc. Dis.* — 2011. — Vol. 53. — P. 404–411.
224. Fallowfield, L. Quality of life data / L. Fallowfield // *Lancet.* — 2001. — Vol. 348. — P. 412–502.
225. Fisher, M.A. Economic implications of evidence — based prescribing for hypertension: can better care cost less? / M.A. Fisher, J. Avorn // *JAMA.* — 2004. — Vol. 291. — P. 1850–1856.
226. Fletcher, A.E. Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease / A.E. Fletcher, B.M. Hunt, C.J. Buipitt // *J. Chron. Dis.* — 1987. — Vol. 40 (6). — P. 557–566.
227. Friedman, M. Overt behavior pattern in coronary disease. Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure / M. Friedman, R. Rosenman // *JAMA.* — 1960. — Vol. 23 (173). — P. 1320–1325.
228. Gassola, L. The impact of stress and the objectives of psychosocial intervention, in *Psychosocial Treatment for medical conditions: Principles and Techniques* / L. Gassola, P.R. Muskin // New York, Brunner — Routledge. — 2003. — P. 373–406.
229. Giles, T.D. The role of vasodilating β -blockers in patients with complicated hypertension: focus on nebivolol / T.D. Giles // *Am. J. Med.* — 2010. — Vol. 123. — P. 16–20.
230. Graudal, N.A. Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review) / N.A. Graudal, T. Hubeck-Graudal, G. Jurgens // *Am. J. Hypertens.* — 2012. — Vol. 25. — P. 1–15.
231. Greathouse, M. Nebivolol efficacy and safety in patients with stage I — II hypertension / M. Greathouse // *Clin. Cardiol.* — 2010. — Vol. 33 — P. 20–27.

232. Groves, M.S. Psychological Responses to illness. In. Textbook of psychosomatic medicine // M.S. Groves, Ph.R. Muskin // Ed. J. Levenson, Americ. Psychiatric Pablisbing. Inc., Washington, DC London, England. — 2005. — P. 67–87.
233. Holecki, M. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors beyond lowering blood pressure — are they impotent for doctors? / M. Holecki, J. szewieczec, J. Chudek // Pharm. Rep. — 2011. — Vol. 63. — P. 740–751.
234. Hosie, J. Managing hypertension in general practice: can we do better? / J. Hosie, I. Wiclund // J Human Hypertens. — 1995. — Vol. 9. — P. 15–18.
235. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States / K. Wolf-Maier, R.S. Cooper, H. Kramer et al. // Hypertension. — 2004. — Vol. 43. — P. 10–17.
236. Joffres, M. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study / M. Joffres, E. Falaschetti, C. Gillespie // BMJ. Open. — 2013. — Vol. 3, № 8. — P. 3423.
237. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the EACPR. Part II /. L. Vanhees, N. Geladas, D.Hansen et al. // Eur. J. Prev. Cardiol. — 2012. — Vol. 19. — P. 1005–1033.
238. Is a systolic blood pressure target < 140mmHg indicated in all hypertensives? Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial / Y. Zhang, X. Zhang, L. Liu, A. Zanchetti et al. // Eur. Heart. J. — 2011. — Vol. 32. — P. 1500–1508.
239. Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright / Br. Med. J. — 1993. — Vol. 306. — P. 1437–1440.
240. Jones, P.W. Quality of life measurement; the value of standardization / P.W. Jones / Eur. Respir. Rev. — 1997. — Vol. 42. — P. 46-49.
241. Kaplan, R.M. The quality of well being scale / R.M. Kaplan / Medical Care. — 1989. — Vol. 27. — Vol. 3. — P. 927–943.

242. Laurent, S. New drugs procedures and devices for hypertension / S. Laurent, M. Schlaich, M. Esler // *Lancet*. — 2012. — Vol. 380. — P. 591–600.
243. Law, M.R. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies M.R.Law., S.K. Morris., N.J. Wald // *BMJ*. — 2009. — Vol. 338. — P. 1665.
244. Local pulse pressure and regression of arterial wall hypertrophy during long-term antihypertensive treatment / P. Boutouyrie, C. Bussy, D. Hayoz et al. // *Circulation*/ — 2000. — Vol. 101. — P. 2601–2606.
245. Massie, B.M. Analyses of cost effectiveness in the management of essential hypertension: what they can and what they do not teach us / B.M. Massie // *Clin. Cardiol.* — 1996. — Vol. 19 (Suppl.10). — P. 810–816.
246. Measuring the quality of life of cancer patients, a concise QL-index for use by physicians / W.O. Spitzer, A.J. Dobson, J. Hall. et al. // *Ibid.* — 1981. — Vol. 34. — P. 585–597.
247. Meredith, P.A. Therapeutic implication of drag «holidays» / P.A. Meredith // *Eur. Heart J.* — 1996. — Vol.17. — P. 21–24.
248. Musselman, D.L. The relationship of depression to cardiovascular disease / D.L. Musselman, D.L. Evans, C.B. Nemeroff // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1998. — Vol. 55. — P. 580–592.
249. Nebivolol increases arterial distensibility in vivo / C.M. McEniery, M. Schmitt, A. Qasem et al. // *Hypertension.* — 2004. — Vol. 44 (3). — P. 305–310.
250. Neutel, J.M. Adding nebivolol to ongoing antihypertensive therapy improves blood pressure and pressure and response rates in patients with uncontrolled stage I–II hypertension / J.M. Neutel, D.H. Smith, A.H. Gradman // *J. Hum. Hypertens.* — 2010. — Vol. 24. — P. 64–73.
251. Nunes, M.I. The relationship between quality of life and adherence to treatment. / M.I. Nunes // *Curr. Hypertens. Rep.* — 2001. — Vol.6. — P. 462–465.
252. Peralez Gunn, J. Centers for Disease control and Prevention (CDC) Sodium intake among adult — United States, 2005-2006 / J Peralez Gunn, E.V. Kuklina, N.L. Keenan // *MMWR.* — 2010. — Vol. 58. — P. 746–749.

253. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: Review and metaanalysis / M.P. Morgado, S.R. Morgado, L.S. Mendes et al. // *Am. J. Health. Syst. Pharm.* — 2011. — Vol. 3. — P. 241–253.
254. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet / R. Estruch, E. Ros, J. Salas-Salvado et al. // *N. Eng. J. Med.* — 2013. — Vol. 368. — P. 1279–1290.
255. Pruijm, M.T. Приверженность пациентов лечению и выбор антигипертензивной терапии: фокус на лерканидипин / M.T. Pruijm, M.P. Maillard, M. Burnier // *Consilium medicum.* — 2009. — Т.11. — №10. — С. 19–25.
256. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? / J. Markovitz, K. Mattheews, W. Kannel et al. // *JAMA.* — 1993 — Vol. 270. — P. 2439–2445.
257. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document / G. Mancia, S. Laurent, E. Agabiti-Rosei et al. // *S. Hypertension.* — 2009. — Vol. 27 (11). — P. 2121–2158.
258. Rickering, T. Mental stress as a casual factor in the development of hypertension and cardiovascular disease / T. Rickering // *Current Hypertension Reports.* — 2001. — Vol. 3. — P. 249–254.
259. Ritledge, T. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development / T. Ritledge, B. Hogan // *Psychosomat. Med.* — 2002. — Vol. 64. — P. 758–766.
260. Robbins, M. The effects of age, blood pressure, and knowledge of hypertensive diagnosis in anxiety and depression / M. Robbins, M. Elias, N. Shultz // *Aging. Res.* — 1990. — Vol. 16. — P. 199–207.
261. Rostrub, M. Awareness of high blood pressure influences on psychological and sympathetic responses / M. Rostrub, O. Ekeberg // *S. Psychosom Res.* — 1992. — Vol. 36. — P. 117–123.
262. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies / P. Strazzulo, L.D. Elia, N.-B. Kandala et al. // *BMS.* — 2009. — Vol. 339 (24). — Pt. 1. — P. 4567–4567.

263. Sartorius, N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы / N. Sartorius // WPA Бюллетень по депрессии. — 2003. — № 6 (25). — С. 3–4.
264. Schroeder, K. How can we improve adherence to blood pressure — lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials / K. Schroeder, T. Fahey, S. Ebrahim // Arch. Intern. Med. — 2004. — Vol. 164 — P. 722–732.
265. Schwartz, M. Biofeedback: a practitioner's Guide / M. Schwartz. — New York: The Guilford press, 1995. — 128 p.
266. Selye, H. The stress of life / H Selye. — N.: McGraw Hill, 1959. — 324 p.
267. Sequential nephron blockade vs. sequential renin-angiotensin system blockade in resistant hypertension: a prospective, randomized, open blinded endpoint study / G. Bobrie, M. Frank, M. Azizi et al. // J. Hypertens. — 2012. — Vol. 30. — P. 1656–1664.
268. Shahin, Y. Angiotensin converting enzyme inhibitors effect on arterial stiffness and wave reflections: a meta-analysis and meta-regression of randomised controlled trials / Y. Shahin, J.A. Khan, I. Chetter // Atherosclerosis. — 2012. — Vol. 221. — P. 18–33.
269. Taddei, S. Fixed-dose combination therapy in hypertension: pros / S. Taddei // High Blood Press Cardiovasc. Prev. — 2012. — Vol. 19. — P. 55–57.
270. Taylor, A.A. The role of vasodilating β -blockers in patients with hypertension and the cardiometabolic syndrome / A.A. Taylor, G.L. Bakris // Am. J. Med. — 2010. — Vol. 123. — P. 21–26.
271. The effect of hypotensive drugs on the quality of life/ S.J. Jachuck, H. Brely, S. Jachuck et al. // J. R. Coll. Gen. Pract. — 1982. — Vol. 32. — P. 103–105.
272. The effect of smoking on arterial stiffness / R. J. Doonan, A. Hausvater, C. Scallan et al. // J. Hypertens. Res. — 2010. — Vol. 33 (5). — P. 398–410.
273. The impact of cost. Sharing on antidepressant use among older adults in British Columbia / P.S. Wang, A.R. Patrick, C.R. Dormuth et al. // Psychiatr. Serv. — 2008. — Vol. 59 (4). — P. 377–383.

274. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations / S. Hunt, S.P. McKenna, J. McEwen et al. // Soc. Sci. Med. — 1981. — Vol. 15A. — P. 221–229.
275. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. — 1995. — Vol. 41. — P. 1403–1409.
276. The WHOQOL Group. What Quality of Life? // Wld. Hlth. Forum. — 1996. — Vol. 17. — Vol. 4. — P. 354–356.
277. Trends in Antihypertensive Medication Use and Blood Pressure Control Among United States adults With Hypertension: The National Health and Nutrition Examination Survey, 2001 to 2010 / Q. Gu, V.L. Burt, C.F. Dillon, S. Yoon // Circulation. — 2012. — Vol. 126. — № 17. — P. 2105–2114.
278. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group Joint Effects of Sodium and Potassium Intake on Subsequent Cardiovascular Disease. The Trials of Hypertension Prevention Follow — up Study/ N.R. Cook, E. Obarzanek, J.A. Cutler et al. // Arch. Intern. Med. — 2009. — Vol. 169 (1). — P. 32–40.
279. World Health Organization. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting, 5–7 October 2006, Paris, France, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
280. Zanchetti, A. Longing for clinical excellence: a critical outlook into the NICE recommendations on hypertension management: is nice always good? / A. Zan-