

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

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Тверь — 2021

Работа выполнена на кафедре общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Голованова Елена Дмитриевна**

Научный консультант:

кандидат медицинских наук, доцент **Якунин Константин Александрович**

Официальные оппоненты:

Богачев Роберт Стефанович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», заведующий кафедрой терапии медицинского института

Аверин Евгений Евгеньевич, доктор медицинских наук, научно-образовательный центр здравоохранения «Центральная клиническая больница Российской академии наук», начальник центра.

Ведущая организация: Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России», Москва.

Защита состоится «___» _____ в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.099.01 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России и на сайте организации <http://www.tvgmu.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент

Мурга Владимир Вячеславович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Во всем мире артериальная гипертензия (АГ) относится к социально-значимым заболеваниям в связи с высокой распространенностью, риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти от них [Мальчикова С.В. и соавт., 2011; Law, M.R. et al., 2009]. Современное лечение АГ основывается на необходимости эффективного снижения артериального давления (АД) до целевого уровня и удержания его постоянно на этом уровне, что требует фактически пожизненного приема лекарств [Оганов Р.Г. и соавт., 2002; Кисляк О.А. и соавт., 2006; Рекомендации ВНОК, 2011]. Важнейшим условием достижения оптимального контроля АД является приверженность пациентов к лечению [Бойцов С.А. и соавт., 2014.; Joffres M. et al., 2013; Gu Q. et al., 2012]. По мнению отечественных врачей, низкая приверженность к терапии является одной из самых сложных проблем в лечении АГ и основной причиной отсутствия достижения целевого уровня АД у 70% пациентов [Конради А.О., 2007].

В работе участкового врача методы воздействия на поведение больного немногочисленны и изучены недостаточно. Нет и достаточно надежного метода, позволяющего в повседневной практике оценивать и прогнозировать приверженность больного к выполнению врачебных рекомендаций. Все вышеизложенное делает актуальным поиск методов стимулирования комплаентности больных АГ для повышения эффективности их лечения в практике участкового врача, который осуществляет их наблюдение в течение основной части жизни пациента.

Цель работы: повышение эффективности лечения больных АГ на терапевтическом участке путем использования методов, улучшающих их комплаентность.

Цель работы: повышение эффективности лечения больных АГ на терапевтическом участке путем использования методов, улучшающих их комплаентность.

Задачи исследования:

1. Оценить на терапевтическом участке влияние занятий пациентов в «школе для больных артериальной гипертонией», активного вовлечения больных АГ 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 АГ, качество жизни и психологический статус.

3. Разработать дифференцированный подход к лечению больных АГ с использованием немедикаментозных методов воздействия, повышающих комплаентность больных, с целью уменьшения распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и риска ССО, уменьшением экономических затрат на лечение.

Научная новизна исследования:

1. Впервые изучено комплексное влияние немедикаментозных методов лечения АГ: школы для больных АГ, 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 АГ на терапевтическом участке.
3. Впервые оценено клиническое и экономическое значение методов повышения комплаентности больных АГ на терапевтическом участке и установлено, что использование простых, малозатратных немедикаментозных методов воздействия способно приносить существенный экономический эффект в виде снижения временной нетрудоспособности (ВН), частоты госпитализаций и вызовов «скорой медицинской помощи» (СМП).
4. Впервые предложен дифференцированный подход к использованию немедикаментозных методов лечения АГ путем стимулирования комплаентности на основе индивидуализированного учета распространенности модифицируемых факторов риска ХНИЗ и ряда параметров психологического статуса.

Практическая значимость результатов исследования:

1. Широкое применение в первичном звене здравоохранения на терапевтическом участке и семейными врачами таких немедикаментозных методов воздействия на больных АГ как «школа для больных АГ», активное вовлечение их 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 АГ на терапевтическом участке значительно повышает клиническую и социально-экономическую эффективность лечения снижая экономические затра-

ты, связанные с уменьшением частоты вызовов «скорой медицинской помощи», госпитализаций и числа дней временной нетрудоспособности.

3. Внедрение методов, направленных на повышение комплаентности больных с АГ 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 АГ», активное вовлечение их в индивидуальные неконтролируемые физические тренировки или занятия психологическим тренингом с целью выработки «доминанты здоровья», позволят индивидуализировать воздействия на конкретного больного.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Использование в работе участкового и семейного врача таких немедикаментозных методов лечения АГ как: «школа для больных АГ», 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 АД, уменьшением распространенности у них факторов риска ХНИЗ и высокого риска ССО.
2. Применение простых и малозатратных немедикаментозных методов стимулирования комплаентности больных АГ 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.

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 лечебного факультета, 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).

Апробация результатов исследования. Отдельные положения работы были 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» (г. Санкт-Петербург, 2017), XIV Всероссийском конгрессе «Артериальная гипертензия 2018: на перекрестке мнений» (г. Москва, 2018), VI Евразийском конгрессе кардиологов (г. Москва, 2018), IV Международной научной конференции «Advances of science», Чехия, Карловы-Вары — Россия, Москва, 29-30 марта 2018 г. Апробация диссертации состоялась 19 февраля 2018 года 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», протокол заседания № 1.

Личный вклад автора в проведенное исследование. Выбор методов исследования, обработка и обсуждение полученных результатов исследований, оформление диссертации выполнены автором самостоятельно.

Публикации. 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.

Объём и структура диссертации. Работа изложена на 198 страницах печатного текста и включает введение, обзор литературы, описание материалов и методов исследования, глав с изложением результатов собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации, список литературы. Работа

содержит 42 таблицы, 9 рисунков. Библиографический указатель включает 280 источников, в том числе 174 отечественных и 106 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

При написании работы использованы собственные клинические наблюдения больных с АГ с 2009 г. по 2012 г. Проведение диссертационного исследования одобрено локальным Этическим комитетом Смоленской государственной медицинской академии на заседании от 7 декабря 2007 г., от пациентов получено письменное добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения: пациенты с АД более 140/90 мм рт. ст. Под наблюдением находилось 143 пациента с АГ в возрасте от 30 до 75 лет, которые проходили амбулаторное лечение в «ОГБУЗ поликлиника №3», на участке врача общей практики в г. Смоленске.

Критерии исключения: в исследуемый контингент не включались больные, имеющие лекарственную аллергию, пациенты с инфекционными заболеваниями в острой фазе, с перенесенным инфарктом миокарда, перенесенным инсультом, с мерцательной аритмией, хронической сердечной недостаточностью, с тяжелыми острыми и хроническими заболеваниями, вторичной симптоматической артериальной гипертензией.

Для диагностики АГ использовались Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов 2010 года (Российские рекомендации по диагностике и лечению АГ (четвертый пересмотр).

У 105 (67,5%) больных была определена 2-я стадия АГ, у 38 (32,5%) 3-я стадия. По уровню АД к началу исследований первая степень артериальной гипертензии была у 42 (29,3%), вторая — у 70 (48,9%), третья — у 31 (21,6%) больных. У всех больных указанные степени АД были достигнуты на фоне приема гипотензивных препаратов в виде монотерапии. Высокий риск ССО был определен у 99 (69,2%), очень высокий — у 44 (30,8%) больных.

Все больные были разделены на 3 группы с выделением группы контроля. Контрольная группа (n=30) принимала только медикаментозную терапию. Первая (1) группа (n=40) дополнительно к медикаментозному лечению обучалась в школе для больных АГ. Вторая (2) группа (n=35) помимо медикаментозной терапии была вовлечена в неконтролируемые индивидуальные физические тренировки. У пациентов третьей (3) группы (n=38) дополнительно к медикаментозной терапии был применен психологиче-

ский тренинг с целью выработки «доминанты здоровья». Исходные показатели средних значений АД у пациентов исследуемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели АД у пациентов исследуемых групп исходно ($M \pm m$)

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

Из медикаментозных средств, всем больным после включения в исследование был назначен один из вариантов фиксированных комбинаций (ФК) лекарственных препаратов: лизиноприл (10 мг) + амлодипин (5 мг) (препарат «Экватор»), или лозартан (50 мг) + гидрохлортиазид (12,5 мг) (препарат «Лозап плюс»), или бисопролол (5 мг) + гидрохлортиазид (6,25 мг) (препарат «Лодоз»).

Пациенты 1, 2, 3 группы и контроля были рандомизированы по полу, возрасту, степени и стадии АГ, риску ССО, частоте встречаемости ассоциированных клинических состояний (АКС) и сопутствующих заболеваний, проводимой медикаментозной терапии.

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

Специальные методы исследования

Комплаентность больных оценивалась по комплексу показателей:

1. По динамике присутствующих модифицируемых факторов риска, повышающих вероятность развития ХНИЗ, отражающих приверженность к выполнению немедикаментозных методов лечения: курение табака, избыточное употребление алкогольных напитков, нерациональное питание, избыточное употребление NaCl, низкая физическая активность, избыточная масса тела, увеличенный общий холестерин сыворотки (ОХС), наличие хронического стресса.

2. По методу С.В. Давыдова (Давыдов С.В., Галявич А.С., 2001) путем вычисления основных факторов комплаенса: финансово-экономической готовности к затратам на лечение, медико-социальной адаптированности, медико-социальной информированности, готовности отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения, медико-

социальной коммуникабельности, удовлетворенности назначенной терапией, медико-социальной изоляции, доверия к своему врачу, удовлетворенностью результатами лечения.

3. По результатам лечения: по изменениям уровня АД, по числу больных с достигнутым целевым уровнем АД, по уменьшению количества больных с высоким и очень высоким риском ССО, по числу случаев и дней временной нетрудоспособности, по количеству вызовов «скорой медицинской помощи», отражающих в определенной мере частоту кризовых состояний, частоту осложнений в виде острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), что при сравнении с аналогичными показателями контрольной группы так же характеризует приверженность больных к выполнению врачебных назначений. На основании этих данных проводилась экономическая оценка результатов влияния на комплаентность больных с вычислением стоимости потери дней ВН, вызовов СМП, госпитализаций и случаев выхода на инвалидность.

Поскольку на приверженность больных к выполнению врачебных рекомендаций способны влиять качество жизни пациента и особенности его психологического статуса, то прослеживались динамика этих показателей.

Для определения психологического статуса использовался опросник СМОЛ, для оценки уровня депрессии — анкета CES-D, тревожности — шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина, для определения качества жизни (КЖ) — опросник SF-36 и опросник П.И. Сидорова.

Статистическая обработка результатов 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 ОХС, частота сердечных сокращений (ЧСС), АД, 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 процентили (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 $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Во всех группах наблюдения включая контрольную, через год достоверно снизился средний уровень САД, в 1–3 группах — ДАД, также во всех группах появились больные с достигнутым целевым уровнем АД.

Во всех группах у пациентов, принимавших ФК бисопролол + гидрохлортиазид (5 мг + 6,25 мг) достоверно снизилась ЧСС.

Использование различных ФК лекарственных препаратов не оказывало существенного и статистически значимого влияния на **степень снижения САД и ДАД** в зависимости от **вида ФК**. На рисунке 1 представлена динамика снижения АД в группах больных, отличающихся по характеру комбинированной терапии и в контрольной группе. Как видно из представленных данных, степень снижения САД была сопоставима во всех группах, включая контрольную, снижение ДАД в контрольной группе было статистически незначимо.

Динамика модифицируемых факторов риска ХНИЗ через год наблюдения

Через год наблюдения, во всех группах больных за исключением контрольной, уменьшилось число лиц с модифицируемыми факторами риска ХНИЗ и отмечалось увеличение количества больных, стремившихся к «здоровому образу жизни».

Так, в 1-й группе пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ, достоверно увеличилось число больных, уменьшивших употребление поваренной соли, соблюдавших диетические рекомендации, увеличивших физическую активность, что в комплексе повлияло на снижение увеличенного индекса массы тела и снижение уровня ОХС.

В 2-й группе больных, занимавшихся физическими тренировками, достоверно уменьшилось число лиц, оценивавших свою физическую нагрузку как недостаточную, лиц с увеличенным индексом массы тела, что также привело к снижению уровня ОХС. Физические тренировки достоверно снизили число лиц, испытывавших значительное нервное напряжение.

Занятия психологическим тренингом в 3-й группе достоверно уменьшило количество больных с проявлениями хронического стресса, достоверно увеличило число больных, увеличивших физическую активность, снизило уровень ОХС, но в меньшей степе-

ни, чем в 1 и 2 группах.

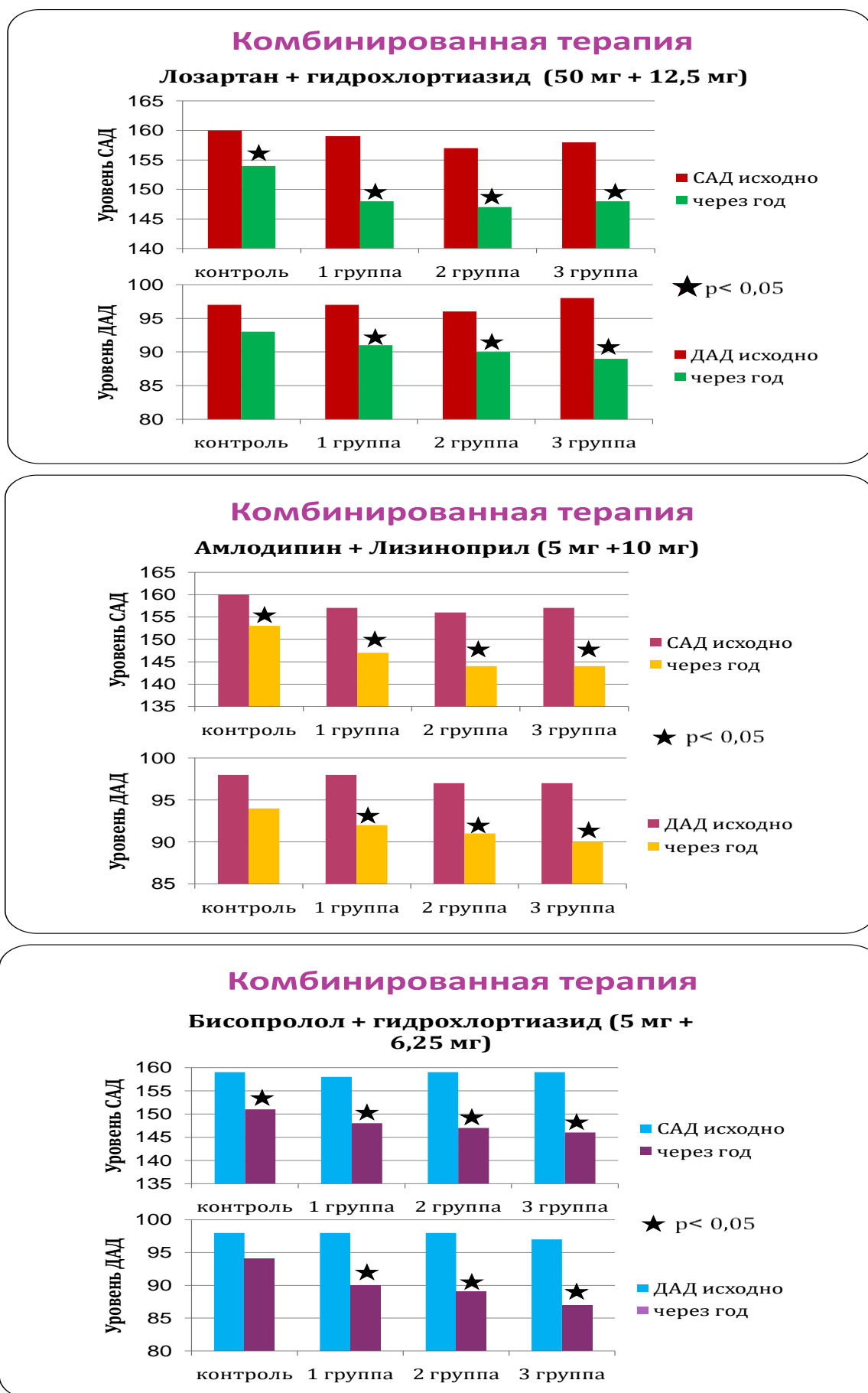


Рисунок 1 — Динамика АД при назначении различных ФК

Однако, следует отметить, что положительные сдвиги в изменении образа жизни больных с АГ во всех трех группах наблюдались не по всем показателям модифицированных факторов риска ХНИЗ. В контрольной группе достоверных количественных изменений модифицируемых факторов риска ХНИЗ по сравнению с исходными данными не зафиксировано.

Изучение динамики факторов комплаенса, рассчитанных по методу В.В.Давыдова, показала, что у пациентов 1–3 группы, у которых применялись немедикаментозные методы воздействия, наблюдалась положительная динамика по 6–9 факторам, в то время как в контрольной группе наблюдалась небольшая положительная динамика только по 2 факторам — доверие к врачу и финансово-экономическая готовность к затратам на лечение (таблица 2).

Повышение комплаентности положительно сказалось и на результатах лечения. Во всех группах достоверно снизился уровень САД и ДАД через год от начала наблюдений, и увеличился по сравнению со среднестатистическими данными процент больных с достигнутым целевым уровнем АД, кроме больных контрольной группы, а также уменьшился % больных с высоким риском ССО за счет «перехода» части пациентов в группу со средним («умеренным») риском при достижении «оптимального или нормального уровня» АД (таблица 3, рисунки 2, 3).

В таблице 3 представлена динамика достижения различных уровней АД в результате лечения в исследуемых группах. В целом, в результате применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения у 26,2% больных удалось достичь оптимального или нормального уровня АД.

С учетом того, что в исследуемый контингент вошли пациенты с 2–3 стадией АГ, и, соответственно, у всех из них имелись поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, ретинопатия), а у пациентов с 3 стадией — АКС на фоне факторов риска, снижение АД до оптимального и нормального уровня с одновременной коррекцией факторов риска привело к уменьшению количества пациентов с «высоким риском ССО» за счет перехода их в группу «среднего, или умеренного риска ССО». Динамика «трансформации рисков ССО» в результате применения медикаментозных и немедикаментозных мер, повышающих комплаентность больных в исследуемых группах представлена на рисунках 2 и 3.

Таблица 2 — Динамика факторов комплаентности Me (Iq; uq)

Показатели комплаентности	Время наблюдений	1 группа (n=40)	2 группа (n=35)	3 группа (n=38)	Контроль (n=30)
Финансовая готовность к затратам на лечение	исходно	-1,0 (-2,0;0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0) ¹	0,0 (-1,0; 0,0) ¹	-0,5 (-2,0; 0,0) ²	-1,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная адаптированность	исходно	0,0 (-1,0; 0,5)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0) ^{1,2}	1,0 (0,0; 1,0) ²	1,0 (0,0; 2,0) ^{1,2}	0,0 (-1,0; 0,0)
Медико -социальная информированность	исходно	0,0 (-0,5; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	2,0 (1,0; 2,0) ^{1,2}	1,0 (0,0; 2,0)	1,0 (0,0; 2,0)	1,0 (-1,0; 1,0)
Готовность отказа от нетрадиционных способов лечения	исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 0,0) ¹	0,0 (-1,0; 1,0) ¹	0,0 (-2,0; 0,0)	-0,5 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная коммуникабельность	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	-0,5 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0) ¹	1,0 (0,0; 2,0) ¹	0,0 (-1,0; 1,0) ¹	0,0 (-1,0; 1,0)
Удовлетворенность назначенной терапией	исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,5; 2,0) ^{1,2}	1,0 (0,0; 1,0)	1,0 (0,0; 2,0) ¹	0,5 (-1,0; 1,0)
Медико-социальная изоляция	исходно	-0,5 (-1,0; 1,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)
	через 1 год	0,0 (-1,0; 2,0) ¹	0,0 (-1,0; 1,0) ¹	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)	0,0 (-1,0; 0,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0) ¹	1,0 (0,0; 2,0) ¹	0,0 (-1,0; 1,0) ¹	1,0 (0,0; 1,0)
Удовлетворенность результатами лечения	исходно	0,0 (-1,0; 0,5)	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	через 1 год	1,0 (0,0; 1,0) ¹	0,0 (0,0; 1,0) ¹	1,0 (0,0; 2,0) ¹	1,0 (-1,0; 1,0)

Примечание: ¹ — $p < 0,05$ — достоверные отличия через год от исходных данных, ² — $p < 0,05$ — достоверные отличия в сравнении с контрольной группой

Таблица 3 — Динамика достижения различных уровней АД, абс (%)

Уровни АД	Время наблюдений	1 группа (n=40)	2 группа (n=35)	3 группа (n=38)	Контроль (n=30)
Оптимальное (< 120/80)	исходно	–		–	–
	через 1 год	2 (5,0%)	4 (11,4%)	2 (5,2%)	1 (3,3%)
Нормальное (< 130/85)	исходно	–	–	–	–
	через 1 год	6 (15,0%)	5 (14,2%)	4 (10,5%)	2 (6,6%)
Высокое нормальное (< 140/90)	исходно	–	–	–	–
	через 1 год	4 (10,0%)	2 (5,7%)	5 (13,1%)	3 (10,0%)
1 степень АГ	исходно	12 (30,0%)	10 (28,6%)	11 (29,0%)	9 (30,0%)
	через 1 год	28 (70,0%)	24 (68,5%)	27 (71,0%)	22 (73,3%)
2 степень АГ	исходно	19 (47,5%)	17 (48,6%)	19 (50,0%)	15 (50,0%)
	через 1 год	–	–	–	2 (6,6%)
3 степень АГ	исходно	9 (22,5%)	8 (22,8%)	8 (21,0%)	6 (20,0%)
	через 1 год	–	–	–	

Из представленных данных следует, что наилучший результат был выявлен у пациентов 2 группы, применявших физические тренировки, т.к. в этой группе практически четвертая часть пациентов достигла оптимального или нормального уровня АД. Однако и в 1 и в 3 группах, применение методов, повышающих комплаентность привело к выраженной положительной динамике и уменьшению количества пациентов с высоким риском ССО на 20,0% и 15,8 %, соответственно.



Рисунок 2 — Распространенность риска ССО до лечения



Рисунок 3 — Динамика распространенности риска ССО после лечения

Экономические затраты на ведение больных (по ВН, госпитализациям, вызовам СМП) уменьшились по сравнению с годом до исследования: в 1 группе на **85960,05** рублей, во второй — на **33751,48** рублей, в третьей на — **61892,81** рубль. В контрольной группе затраты существенно не изменились, наблюдалось небольшое увеличение их по сравнению предыдущим годом на **3096,7**рубля.

Во всех группах наблюдения включая контрольную, случаев смерти, ОНМК, ОИМ, нарушений ритма за рассматриваемый 1 год наблюдений не регистрировалось. Поскольку комплаентность больных может зависеть от многих факторов исследована динамика ряда параметров **психологического статуса** до и после года наблюдения в исследуемых группах (данные представлены на рисунке 4).

Таким образом, у больных 1–3 групп отмечалась достоверная положительная динамика в показателях психологического статуса в ходе 1 года наблюдения. Следует отметить, что у пациентов, занимающихся в «школе для больных АГ» и «психологическим тренингом» наблюдалась положительная динамика по 7–8 показателям из 11 теста СМОЛ, у пациентов занимающихся физическими тренировками — по 5 из 11. Достоверное улучшение некоторых показателей психологического статуса по сравнению с контролем в группе больных, занимающихся физическими тренировками, наблюдалось по шкалам истерии и психопатии ($p < 0,05$). 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, шизоид-

ности и гипомании ($p < 0,05$). У пациентов, занимавшихся в школе для больных АГ достоверных изменений по сравнению с контролем не наблюдалось.

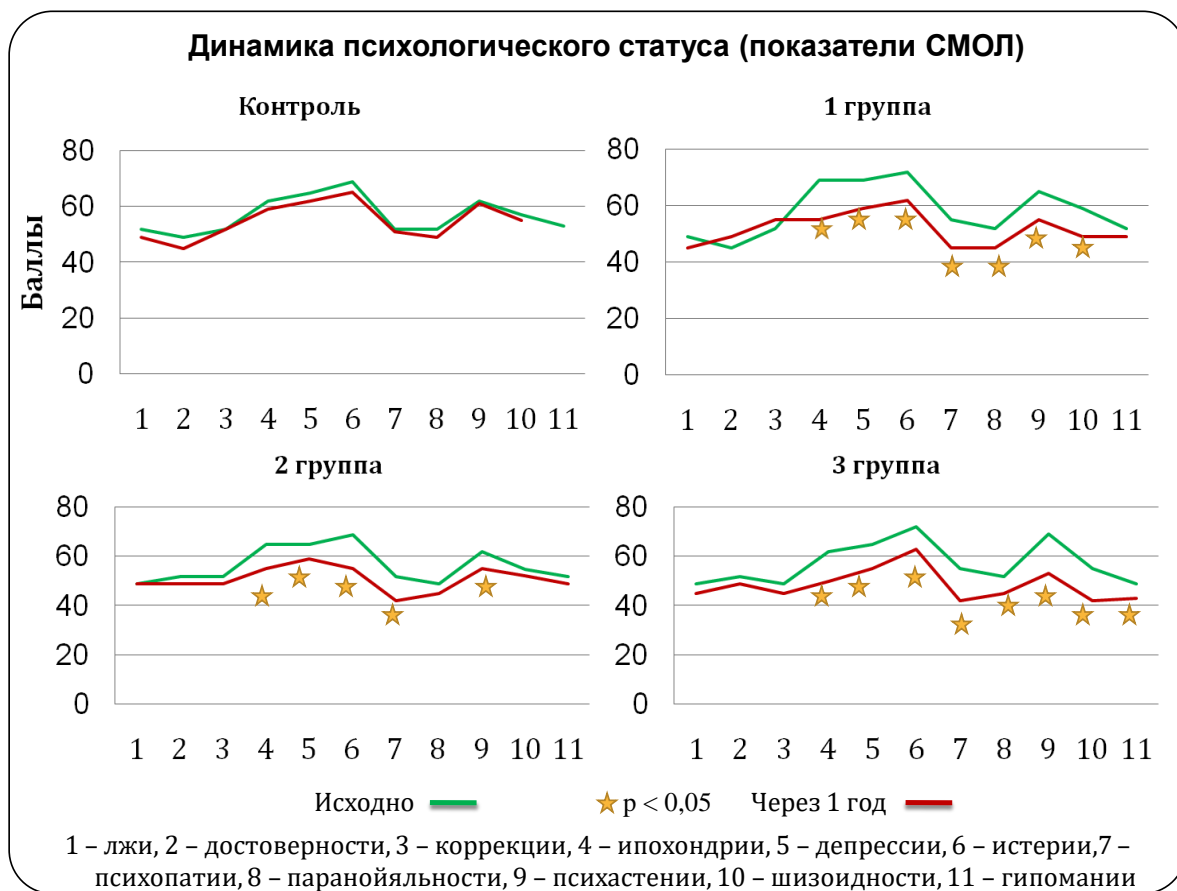


Рисунок 4 — Динамика психологического статуса (показатели СМОЛ)

По анкете Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина в группе пациентов, занимавшихся физическими тренировками через год достоверно снизился показатель реактивной тревожности, тогда как в группе больных, занимавшихся психологическим тренингом достоверно снизились показатели реактивной и личностной тревожности, как по сравнению с исходным состоянием, так и в сравнении с контрольной группой через год наблюдения. В контрольной группе и 1-й группе через 1 год наблюдения достоверных изменений реактивной и личностной тревожности не было ($p > 0,05$).

Через год у больных 1-й и 2-й группы снизился показатель явной депрессии по CES-D, тогда как в 3-й группе этот показатель достоверно улучшился по сравнению с исходными данными и достоверно уменьшился в сравнении с контрольной группой.

Исследована динамика **качества жизни** до и после года наблюдения в исследуемых группах (данные представлены на рисунке 5). Как видно из представленных дан-

ных, у пациентов, занимавшихся в «школе для больных АГ» через год наблюдения 8 показателей КЖ по анкете SF-36 из 9 достоверно улучшились. В сравнении с контрольной группой достоверно улучшилась субъективная оценка своего состояния ($p < 0,01$), и показатель социальной активности ($p < 0,05$).

У пациентов, занимавшихся физическими тренировками через год достоверно улучшились 5 показателей КЖ по анкете SF-36 из 9. В сравнении с контрольной группой достоверно улучшилась субъективная оценка своего состояния ($p < 0,05$), физическая активность ($p < 0,05$), роль физического состояния ($p < 0,05$), жизнеспособность ($p < 0,01$).

У пациентов 3 группы, к которым был применен психологический метод воздействия через год достоверно увеличились 4 показателя КЖ по анкете SF-36 из 9. В сравнении с контрольной группой достоверно улучшились показатели отражающие роль эмоциональных факторов ($p < 0,01$) и психического здоровья ($p < 0,05$).

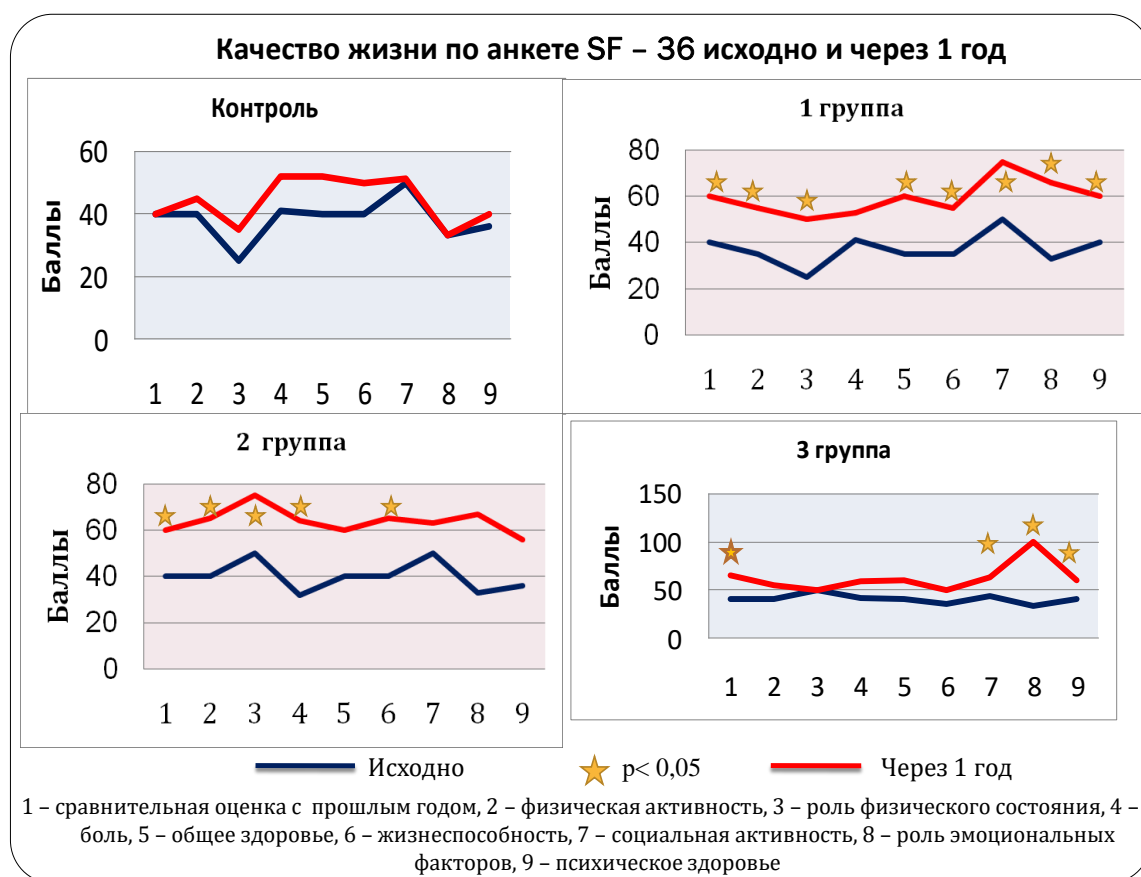


Рисунок 5 — Качество жизни по анкете SF — 36 исходно и через год

У пациентов, через год наблюдения, достоверно улучшилось соматическое, психическое и социальное КЖ, определяемое по опроснику П.И. Сидорова в 1 группе, соматическое и психическое КЖ — во 2 группе, психическое и социальное КЖ — в 3

группе. Однако, в сравнении с контрольной группой, достоверно улучшилась только соматическое состояние здоровья и только у пациентов, занимающихся неконтролируемыми физическими тренировками.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение в клиническую практику физических тренировок, психологического тренинга и обучения пациентов повышают эффективность лечения АГ, оказывая практически одинаковое умеренное положительное влияние на комплаентность, поэтому их можно комбинировать, что может сделать их влияние более выраженным и длительным, но они по-разному влияют на качество жизни и психологический статус больных. Эти данные открывают возможность дифференцированного использования применявшихся методов повышения комплаентности больных АГ в работе участкового терапевта и семейного врача.

Перспективы дальнейшей разработки темы. 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы, опубликованные в изданиях, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ:

1. Филиппова Ю.М., Никитин Г.А. Влияние индивидуальных неконтролируемых тренировок на комплаентность больных артериальной гипертонией на терапевтическом участке / Ю.М. Филиппова, Г.А. Никитин // Врач-аспирант. — 2013. — № 1.3 (56). — С. 444–450.

2. Филиппова Ю.М., Никитин Г.А., Афанасенкова Т.Е. Пути повышения комплаентности больных артериальной гипертонией в практике семейного врача / **Ю.М. Филиппова**, Г.А. Никитин, Т.Е. Афанасенкова // Справочник врача общей практики.— 2014. — № 1. — С. 20–21.
3. Голованова Е.Д., Баженов С.М., Титова Н.Е., Филиппова Ю.М. Питание болезни гастроэнтерологического профиля и особенности медикаментозной терапии долгожителей-ветеранов / Е.Д. Голованова, С.М. Баженов, Н.Е. Титова, **Ю.М. Филиппова** // Клиническая геронтология. — 2018. — Т. 24. — № 5–6, — С. 3–7. Импакт-фактор РИНЦ (2016) 0,234.
4. Голованова Е.Д., Титова Н.Е., Филиппова Ю.М., Баженова Д.С. Заболеваемость долгожителей ветеранов Смоленской области / Е.Д. Голованова, Н.Е. Титова, **Ю.М. Филиппова**, Д.С. Баженова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2019. — № 3. — С. 57. Импакт-фактор РИНЦ (2016) 1,409.

Работы, опубликованные в прочих изданиях:

5. Филиппова Ю.М., Гринько И.Е. Распространение факторов риска среди амбулаторных больных гипертензивной болезнью г. Смоленска / **Ю.М. Филиппова**, И.Е. Гринько // Вестник Смоленской медицинской академии. — 2008. — № 3. — С. 57–58.
6. Филиппова Ю.М., Максименкова Н.Р. Влияние факторов риска на качество жизни больных артериальной гипертензией / **Ю.М. Филиппова**, Н.Р. Максименкова // Вестник Смоленской медицинской академии. — 2009. — № 1. — С. 59–61.
7. Филиппова Ю.М. Психологический статус и комплаентность у амбулаторных больных артериальной гипертензией / **Ю.М. Филиппова** // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической медицины». — Смоленск. — 2009. — С. 336–340.
8. Филиппова Ю.М. Комплаентность больных артериальной гипертензией и пути ее улучшения / **Ю.М. Филиппова** // Медицинские вести регионов. — 2010. — №2. — С. 32–36.
9. Филиппова Ю.М. Комплаентность больных артериальной гипертензией и пути ее улучшения / **Ю.М. Филиппова** // Вестник Смоленской медицинской академии. — 2012. — № 1. — С. 63–68.
10. 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 // Вест-

- ник Смоленского медицинского университета. — 2015. — № 3. — С. 53–57.
11. 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.
 12. Голованова Е.Д., Янковая Т.Н., **Филиппова Ю.М.**, Маршутин Н.А., Семионенкова Н.В. Мониторинг использования гипотензивных препаратов у пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях / Е.Д. Голованова, Т.Н. Янковая, **Ю.М. Филиппова**, Н.А. Маршутин, Н.В. Семионенкова // Материалы I кардиологического форума «Практическая кардиология: достижения и перспективы» 9–10 февраля 2017 г., г. Нижний Новгород, 2017. — С. 28–29.
 13. Голованова Е.Д., **Филиппова Ю.М.** Влияние индивидуальных физических тренировок на комплаентность больных артериальной гипертонией в амбулаторных условиях / Е.Д. Голованова, **Ю.М. Филиппова** // Материалы конгресса «Кардиология 2017: профессиональное образование, наука и инновации» 24–27 октября 2017., Санкт-Петербург. — С. 187.
 14. Филиппова Ю.М., Голованова Е.Д. Влияние занятий в школе для больных артериальной гипертонией на их комплаентность / **Ю.М. Филиппова**, Е.Д. Голованова // Материалы конгресса «VI Евразийский конгресс кардиологов» 18–19 апреля 2018, г. Москва, 2018. — С. 7–8.
 15. Филиппова Ю.М., Голованова Е.Д. Влияние индивидуальных психологических тренировок на комплаентность больных артериальной гипертонией в амбулаторных условиях / **Ю.М. Филиппова**, Е.Д. Голованова // Материалы конгресса «Артериальная гипертензия 2018: на перекрестке мнений» 14–15 марта 2018 г., г. Москва, 2018. — С.15–15.
 16. Филиппова Ю.М., Голованова Е.Д. Комплаентность и результаты лечения больных артериальной гипертонией на терапевтическом участке / **Ю.М. Филиппова**, Е.Д. Голованова // Advances of science. IV Международная научная конференция, Чехия, Карловы-Вары — Россия, Москва, 29–30 марта 2018 г. — С. 356–364.

Список сокращений

АГ — артериальная гипертензия

АД — артериальное давление

АКС — ассоциированные клинические состояния

ВН — временная нетрудоспособность

ДАД — диастолическое артериальное давление

КЖ — качество жизни

ОИМ — острый инфаркт миокарда

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения

ОХС — общий холестерин сыворотки

САД — систолическое артериальное давление

СМП — скорая медицинская помощь

ССО — сердечно-сосудистые осложнения

ФК — фиксированные комбинации

ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания