# ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

**Безугла Н. П., Охрямкіна Т. М., Сахарова Т. С.**
*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*
npbezugla@gmail.com

**Вступ.** Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є глобальною проблемою системи охорони здоров'я, оскільки займають перше місце серед головних причин смертності населення в багатьох країнах світу. Україна посідає одну з лідируючих позицій в Європі за рівнем смертності від ССЗ, причому така тенденція зберігається й на сьогоднішній день та зумовлюється недостатнім впливом переважно на модифіковані фактори ризику, якими є: паління, незбалансоване харчування, низька фізична активність, психосоматичні чинники ризику, неконтрольована артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет, а також порушення ліпідного обміну, ожиріння тощо. Прихильність до лікування є ступенем відповідальності пацієнта до рекомендацій, отриманих від лікаря. Для пацієнтів з АГ прихильність до терапії становить 50-60%, тобто мається на увазі прийом тільки половини призначених антигіпертензивних лікарських засобів (АГЛЗ) та виконання частини рекомендацій щодо модифікації способу життя. Частина пацієнтів (16-60%), особливо з вперше виявленою АГ, протягом року припиняє прийом АГЛЗ. Так, в результаті спостережень за 19501 пацієнтами віком від 40 до 79 років було встановлено, що 22,6% з них припинили прийом АГЛЗ протягом року, припиняли та і відновлювали знову 31,5% пацієнтів, заміна АГЛЗ відбувалась в 14,3% випадках, терапія залишалась без змін лише в 11,5% випадках (C. Bourgault, 2011). Відсутність прихильності до терапії асоціюється з підвищенням ризику втрати контролю над АТ на 41%, зі збільшенням ризику розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ) на 15%, збільшенням ризику мозкового інсульту на 22%. За рахунок цих ускладнень вартість ведення пацієнта збільшується в середньому на 43,7%. При прихильності до антигіпертензивної терапії (АГТ) менше 50% (в порівнянні з прихильністю понад 80%) смертність і частота госпіталізацій збільшується майже в 1,5 рази. Наведене актуалізує питання щодо розробки та впровадження пацієнт-орієнтованих заходів із застосуванням сучасних інструментів електронних комунікацій, які сприятимуть оптимізації АГТ та профілактиці серйозних серцево-судинних подій.

**Мета.** Розробка заходів щодо підвищення комплаєнсу до медикаментозної та немедикаментозної терапії пацієнтами з АГ.

**Матеріали та методи.** У дослідженнях використовували вербально-комунікативний метод, що передбачав опитування та анкетування пацієнтів, які проходили лікування в кардіологічному відділенні ХМКЛ ШНМД з січня 2019 до липня 2020 року з діагнозом «Гострий інфаркт міокарду» (код I121 за МКХ-Х) та супутньою АГ. Розроблена авторська анкета включала питання для оцінки ступеня прихильності і факторів, що впливають на лікування хворих з АГ. Отримані результати опрацьовували за допомогою комп’ютерної програми Statistica 8,0.

**Результати та їх обговорення.** За результатами анкетування 71% хворих з верифікованим ГІМ не були прихильними (non-compliance) до лікування АГ. Показано, що частою причиною низької прихильності є фактор недостатнього контролю прийому лікарських препаратів саме з причини забудькуватості (49% респондентів). 79 % пацієнтів відмітили, що вони не дотримуються рекомендацій лікаря щодо модифікації способу життя, а саме, підвищення фізичного навантаження та зменшення споживання солі, калорійності їжі та ін. Більше половини респондентів (64%) відповіли, що змінювали схему АГТ (дозування, кратність прийому, заміну АГЛЗ) самостійно, без погодження з лікарем. Лише 41% пацієнтів не пропускали прийом АГЛЗ, але навіть за такої умови у цих пацієнтів розвинувся ГІМ. Лише 7% респондентів регулярно, щодня, мінімум 2 рази на добу, вимірюють АТ, 36% пацієнтів роблять це час від часу, а 20% дізнаються про рівень АТ лише на візиті у лікаря.

Для підвищення прихильності пацієнтів з АГ до лікування нами запропоновані спеціальні мобільні додатки (відповідні налаштування) з функціями нагадування (для пацієнта та членів родини) та контролю необхідних (індивідуально за потребою кожного пацієнта) показників. Запропонований додаток до мобільного пристрою також стане в нагоді сімейному лікарю. Сімейний лікар зможе отримувати (за запитом) не лише інформацію про дотримання пацієнтом призначеної терапії, а й моніторувати стан його здоров’я (необхідні показники) майже в режимі реального часу. Запропонований додаток змусить пацієнта більш чітко дотримуватись рекомендацій сімейного лікаря: своєчасно приймати ЛЗ, змінити спосіб життя, стати більш інформованим щодо своєї хвороби та знати референсні значення показників, які пацієнт має контролювати для покращення якості життя і прогнозу захворювання.

Опитування обраної когорти респондентів щодо доцільності впровадження мобільних додатків показало, що пацієнти (76% респондентів) оцінюють таку пропозицію як необхідну та корисну для їх повсякденного життя й готові використовувати такий інструмент в подальшому. Висока зацікавленість пацієнтів викликана можливістю індивідуального налаштування додатку відповідно до особистих потреб, зокрема, вибору рекомендацій з медикаментозного лікування та заходів щодо модифікації способу життя. Не менш важливим для них є можливість постійного зворотнього зв’язку з лікарем, який, володіючи оперативною інформацією щодо стану пацієнта, визначає чи своєчасно коригує подальшу програму лікування.

**Висновки.** Впровадження та використання програмних додатків до мобільного пристрою, налаштованих на підвищення комплаєнтності пацієнтів до лікування, є доцільним та економічно виправданим на рівні державної системи охорони здоров’я (зменшення частоти госпіталізацій, частоти ускладнень), лікарської допомоги (сімейні лікарі отримують інформацію про стан пацієнта онлайн, можуть зв’язатися з пацієнтом за необхідності) та населення (пацієнти та члени родини «перекладають» відповідальність за прийом ліків, час прийому, регулярність контролю рівня АТ тощо на мобільні пристрої та з часом набувають рутинні навички з модифікованого способу життя, покращуючи його якість).