

## Изучение приверженности к терапии женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией

Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Хусанов А.А.,  
кафедра кардиологии и геронтологии  
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** Поиск эффективных способов повышения приверженности терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого риска является важнейшей задачей в плане снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Представлены современные данные по проблеме приверженности к антигипертензивной терапии у женщин в постменопаузе с высоким сердечно-сосудистым риском. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволяют обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией.

**Цель:** изучение эффективности и приверженности к АГТ женщин постменопаузального возраста.

Выявлено, что у женщин старшей возрастной группы наступление ранней менопаузы сопряжено с наличием предшествующей гипертензии, в том числе гестационной. Гипертензия у этой категории женщин характеризуется достоверно более высокими значениями АД, нарушением суточного ритма АД, повышенной частотой встречаемости ожирения, нарушением липидного и углеводного обменов, клиническими проявлениями поражений органов-мишеней (достоверной систолической и диастолической дисфункцией ЛЖ, концентрической гипертрофией ЛЖ и др.) и наличием ассоциированных клинических состояний (ИБС, сахарный диабет 2-типа и др.) с высокой вероятностью их осложнений. Выявлены факторы ассоциированные с высокой приверженностью к АГТ: динамический контроль (АД, ЧСС, прием препаратов), повышение доли ответственности пациенток, длительность АГ, осведомленность о рисках осложнений и др. Одним из эффективных методов повышения приверженности к терапии является ведение дневника самоконтроля АД, отражающего как динамику, так и эффективность применяемой терапии. Для повышения приверженности к терапии рекомендуется минимизировать частоту изменений схемы лечения. Назначение рациональных схем лечения не является достаточным для достижения контроля АД, необходимо повысить долю ответственности самих пациентов за соблюдение правильных схем терапии путем регулярного ведения дневника самоконтроля, тем самым снизить риск степени недоверия пациентов врачам.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, высокий риск, приверженность терапии, постменопауза, гестационная артериальная гипертензия.

**Abstract.** The search for effective ways to increase adherence to therapy in patients with high risk arterial hypertension (AH) is the most important task in terms of reducing morbidity and mortality from cardiovascular diseases. Modern data on adherence to antihypertensive therapy in postmenopausal women with high cardiovascular risk are presented. Identifying the factors associated with adherence will justify the implementation of a number of activities to improve the treatment of patients with arterial hypertension.

**Objective:** to study the effectiveness and adherence to (antihypertensive therapy) AT women of postmenopausal age.

Revealed that in women of the older age group, the onset of early menopause is associated with the presence of previous hypertension, including gestational. Hypertension in this category of women is characterized by significantly higher blood pressure values, a violation of the circadian rhythm of blood pressure, an increased incidence of obesity, impaired lipid and carbohydrate metabolism, clinical manifestations of target organ damage (reliable left ventricle, LV systolic and diastolic dysfunction, LV concentric hypertrophy, etc.) the presence of associated clinical conditions (coronary heart disease, CHD, diabetes mellitus type 2, etc.) with a high probability of their complications. Identified factors associated with high adherence to AHT: dynamic control (BP, heart rate, taking drugs), increasing the share of patient responsibility, the duration of hypertension, awareness of the risks of complications, etc. One of the effective methods to increase adherence to therapy is a diary of self-monitoring of blood pressure, reflecting both the dynamics and the effectiveness of the applied therapy. To increase adherence to therapy, it is recommended to minimize the frequency of changes in the treatment regimen. Appointment of rational treatment regimens is not sufficient to achieve control of hypertension, it is necessary to increase the share of responsibility of the patients themselves over the observance of the correct treatment regimens by regularly keeping a self-control diary, thereby reducing the risk of patients mistrust the doctors.

**Keywords:** arterial hypertension, high risk, treatment adherence, post menopause, gestational arterial hypertension.

**DOI:** 10.5281/zenodo.3362460

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться лидирующей причиной смерти всем мире на протяжении последнего десятилетия. Одним из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний является артериальная гипертензия

(АГ). Поэтому своевременное назначение адекватной антигипертензивной терапии, позволяющей пациентам с АГ достичь и удержать в течение максимально длительного времени целевой уровень артериального давления (АД) — важнейшее условие для обес-

печения снижения риска развития ССЗ и смертности [1, 2, 9, 10].

Несмотря на то, что в настоящее время доступно большое количество антигипертензивных лекарственных препаратов, как в виде монотерапии, так и в форме фиксированных комбинаций, ситуация с контролем АГ остается сложной: среди 40% взрослого населения, страдающих АГ, лишь у 23% достигаются целевые цифры АД. Причины такой ситуации с контролем АД весьма разнообразны. Некоторые из них могут быть связаны с врачебной тактикой определения АГ терапии: нерациональный выбор лекарственных препаратов и/или их комбинаций, страх применения комбинированной терапии из-за возможного чрезмерного снижения АД, отсутствие стремления к достижению рекомендованных целевых цифр АД. К другой группе причин относятся факторы, связанные с пациентами: несоблюдение ими рекомендаций врача как в отношении изменений образа жизни, так и в отношении медикаментозной терапии: низкая приверженность терапии [4, 6, 9, 10]. Также достижение контроля АД могут затруднять сопутствующие заболевания, требующие индивидуального подхода к выбору АГ терапии (например, заболевания почек, метаболические нарушения, сахарный диабет и др.). Кроме того, в последние годы все большее внимание уделяется обусловленным полом различиям в клинической картине, течении ССЗ, эффективности и безопасности лечения [5, 7, 8, 10].

Данные Framingham Study и некоторых других эпидемиологических исследований показали, что, вопреки существовавшему многие годы убеждению, риск развития ССЗ у женщин как минимум соответствует таковому у мужчин, а в некоторых случаях и превышает его. С 80-х годов XX века в развитых странах сердечно-сосудистая смертность среди мужчин стала заметно уменьшаться. У женщин, наоборот, наблюдается тенденция к ее росту. Первым шагом на пути решения этой проблемы является определение наиболее значимых для женщин факторов риска ССЗ и поиск методов их коррекции [1, 2, 9, 10]. Факторы риска развития ССЗ можно разделить на неспецифические (общие для мужчин и женщин) и специфические (характерные только для мужчин или только для женщин). Неспецифические факторы риска хорошо известны: возраст (мужчины >55 лет, женщины >65 лет), курение, раннее появление симптомов ССЗ у ближайших родственников (у женщин <65 лет, у мужчин <55 лет), сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе, снижение ХС ЛПВП (<1,0 ммоль/л у мужчин и <1,2 ммоль/л у женщин), повышение ОХС и ХС ЛПНП, ТГ крови, ожирение (ОТ более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин), малоподвижный образ жизни и многие другие. Несмотря на общность вышеперечисленных факторов риска, в особенностях их влияния на формирование патологии ССЗ у мужчин и женщин имеются различия. На специфические для женщин и мужчин факторы риска ССЗ практические врачи обращают меньше внимания [9, 10]. Однако хорошо известно, что АГ и метаболические нарушения при беременности являются специфическими факторами риска развития ССЗ у женщин, так же как гормо-

нальная контрацепция, менопауза, гистероэктомию, посткастрационный синдром [4, 5, 10].

АГ широко распространена и наблюдается у 41,1% женщин. Осложнения этого заболевания занимают первое место в структуре смертности в женской популяции. У женщин с гипертензией риск развития ИБС в 3,5 раза выше, чем у женщин с нормальным артериальным давлением. Тем не менее результаты Framingham Study показали, что у женщин с АГ прогноз лучше, чем у мужчин с АГ, и что у них реже развитие ИБС. Nanchanal et al. в исследовании, включавшем 14 тыс. здоровых женщин, показали, что риск развития ИБС в течение последующих 10 лет их жизни тесно связан с уровнем АД, начинаясь даже с нормотензивных пределов. Риск для женщин с высоким нормальным АД был в 4 раза больше, чем для женщин с низким нормальным АД. У женщин с АГ, даже получавших удовлетворительную гипотензивную терапию, риск ИБС был в 8 раз выше. Для женщин с неадекватной терапией риск был почти в 19 раз выше [1, 2, 9, 10].

Конечно, среди молодых женщин распространенность АГ невелика. Хорошо известно, что она существенно возрастает после менопаузы. Однако далеко не у всех женщин повышение АД совпадает с наступлением половой инволюции. В последнее время отмечается рост АГ среди молодых женщин, в т.ч. среди беременных. Гипертензивный синдром наблюдается у 15–30% беременных, вызывает серьезные осложнения не только в период беременности и родов, но и оказывает неблагоприятное влияние на отдаленный прогноз у матери и ее ребенка. Часто АГ дебютирует во время беременности и сохраняется после родов. У женщин репродуктивного возраста имеются циклические изменения целого ряда параметров метаболизма и гемодинамики. В зависимости от фазы менструального цикла меняется АД, ЧСС, психо-вегетативный статус, уровень липидов, функция эндотелия. В 2018 году эксперты Европейского общества кардиологов и Европейского общества по АГ существенно пересмотрели подход к АГТ: было рекомендовано стремиться к достижению более низких целевых цифр АД у всех категорий пациентов, а также начинать терапию АГ у большинства пациентов с комбинированных АГ препаратов, преимущественно фиксированных. Эти рекомендации должны способствовать более эффективному снижению АД и быстрому достижению целевых цифр у пациентов с АГ и, главное, эффективному снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

Выбор антигипертензивных препаратов, их дозы, мониторинг эффективности и безопасности лечения у женщин также имеет свои отличия, обусловленные физиологическими особенностями женского организма. Они влияют на фармакокинетические параметры лекарственного препарата, следовательно, эффективность и безопасность медикаментозной терапии.

Можно выделить следующие особенности, которые следует учитывать при использовании лекарственных препаратов у женщин: у женщин меньше индекс массы тела и размер внутренних органов,

больше относительное количество жира; содержание воды в организме женщины меняется в зависимости от фазы менструального цикла (эстрадиол задерживает натрий и воду); у женщин ниже скорость клубочковой фильтрации и клиренс креатинина; менструальный цикл, менопауза, беременность сопровождаются колебанием содержания половых гормонов, изменением содержания воды в организме; женский пол – фактор риска развития нежелательных лекарственных реакций, которые развиваются в данном случае на 50–70% чаще, чем у мужчин; приверженность к терапии у женщин ниже чем у мужчин [1-10].

Учитывая вышеуказанные факторы большое значение приобретает информирование врачей о современных подходах к лечению АГ и оптимальной тактике АГТ и изучение приверженности к терапии у женщин. Именно это послужило целью данного исследования: изучение эффективности и приверженности к АГТ женщин постменопаузального возраста.

**Материалы и методы исследования.** Согласно поставленной цели исследования проводили изучение структурно-функциональных особенностей ССС, клинико-лабораторных показателей у женщин (n=200) в постменопаузе с артериальной гипертензией. На основании репродуктивного анамнеза и выявления факта повышения АД, гипергликемии и других факторов риска в период беременности женщины были распределены на две группы динамического наблюдения, т.е. пациентки с гипертоническим анамнезом (повышение АД и/или преэклампсия) во время беременности 1-группа (n=104) ср. возраст - 62,19±0,40 лет и без повышения АД во время беременности 2-группа (n=96) ср. возраст- 63,45±0,32 года, учитывались любые беременности, сопровождавшиеся АГ (не обязательно последняя). Индуцированная менопауза являлась критерием исключения. Анализ проводился на основе записей в амбулаторных картах (архивных материалов) по месту жительства. Группы были сопоставимы по

возрасту, количеству родов в анамнезе, при этом в группе с гестационной гипертензией в анамнезе средний возраст наступления менопаузы соответствовал у n=45 (43,3%) 46,4±2,6 годам, а у n=40 (38,5%) 44,3±3,5 года, что соответствует ранней менопаузе. Пациентки имели продолжительность АГ (в среднем 15,3±2,5 лет), при этом частота встречаемости АГ у женщин с АГ в анамнезе на 2,1 года больше, чем у женщин без АГ во время беременности. Следует отметить, что осведомленность о наличии заболевания и о необходимости контроля АД у женщин с АГ в анамнезе была выше, чем у женщин без АГ в анамнезе. Важно отметить, что в исследовании участвовали пациентки, которые на момент включения не получали эффективную АГТ (используемая терапия не была регулярной, не достигнуты целевые уровни АД или эпизодически лечились), кроме того пациентки не принимали статины и аспирин. Женщины обеих групп имели сопоставимые значения ИМТ (27,9±0,4 кг/м<sup>2</sup> против 27,7±0,4 кг/м<sup>2</sup>, p<0,1) (табл. 1). Анализ анамнестических данных показал, что женщины обеих групп отмечали появление клинических жалоб связанных с повышением АД, а также повышения веса тела с наступлением менопаузы в среднем за 1,5 года от начала нерегулярных менструальных реакций. Важно указать, что у женщин с ожирением в 2,1 раза чаще выявлялся сахарный диабет 2 типа, а у женщин с гестационным сахарным диабетом выявлялась гипергликемия в 1,6 раза чаще, чем у женщин без гестационного сахарного диабета в анамнезе. Необходимо указать, что данные акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток обеих групп по количеству беременностей и родов, началу половой жизни и др. факторов были в общем сопоставимы, за исключением единственного факта, что среди пациенток 2-группы преобладали многорожавшие женщины (в 2,2 раза более родивших 5х и более живых детей), что является свидетельством относительно благоприятного репродуктивного здоровья.

Таблица 1. Сравнительный анализ факторов риска у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия АГ в анамнезе

| Показатель  | Женщины  |       |          |      |
|---|----------|-------|----------|------|
|   | 1-группа |       | 2-группа |      |
|   | n        | %     | n        | %    |
| Нормальная масса тела (до 25 кг/м <sup>2</sup> )    | 34       | 32,7  | 31       | 32,3 |
| Ожирение I-ст. (25,9-29,9 кг/м <sup>2</sup> )       | 48       | 46,2  | 49       | 47,1 |
| Ожирение II-III-ст. (30 и более кг/м <sup>2</sup> ) | 22       | 21,1* | 16       | 16,6 |
| СД 2-го типа  | 15       | 14,4* | 9        | 9,3  |
| ИБС   | 34       | 32,7* | 24       | 25   |
| Всего   | 104      | 100   | 96       | 100  |

Примечания: достоверность между группами наблюдения \*-p<0,05;

Согласно анализу возрастных групп по 5-летним промежуткам, с учетом наличия гипертонического анамнеза во время беременности и без такового, из общего количества пациенток, включенных в исследование, выявлено, что у пациенток с наличием гипертонии во время беременности повышение АД преобладает в возрастном периоде 55-60 лет у 40 (38,%) женщин и в возрасте 61-65 лет у 39 (37,5%), т. е. на 3,7 лет раньше среднестатистических мировых данных, согласно опубликованным в рекомен-

дациях ЕОАГ (2013-2018 гг). При этом у женщин без гипертонии во время гестации, дебют клинических проявлений, связанных с повышением АД, чаще встречается в возрасте 61-65 лет, 49 (51%) против 19 (19,8%) женщин в возрасте 55-60 лет. При этом отмечается относительно одинаковая встречаемость АГ в возрастном промежутке 66-69 лет – 25 (24%) против 28 (29,2%) включенных женщин в постменопаузе в обеих группах.

Таким образом, необходимо отметить, что в груп-

пе пациенток в постменопаузе с наличием в анамнезе АГ в периоде гестации частота встречаемости факторов риска ССЗ в 1,6 раза чаще, чем в группе пациенток в постменопаузе без АГ в гестационном периоде.

Важным вопросом исследования явилась оценка эффективности АГТ, которую определяли через 12 недель терапии, критериями являлись показатели достижения целевых значений АД, восстановление суточного профиля и вариабельности АД по данным СМАД, динамика клинико-биохимических показателей, регресс (тенденция) поражений органов мишеней. АГТ назначали всем пациенткам, которая включала применение *per os* вальсартана 80 мг/сут, через 2 недели при недостаточном эффекте дозу препарата увеличивали до 160 мг/сут, через 4 недели при отсутствии динамики снижения АД применяли фиксированную комбинацию вальсартана – 80 мг с амлодипином 10 мг, или вальсартана -160 мг, амлодипином 5 мг, наряду с АГТ всем женщинам назначали аспирин в дозе 75 мг/сутки, статины (розувастатин 20 мг/сут) под контролем клинико-биохимических показателей. За целевое значение АД принимали значение САД  $\leq 130$  мм рт.ст., ДАД  $\leq 80$  мм рт.ст.

На каждую пациентку заполняли индивидуальную карту (дневник) динамического наблюдения, в которую пациентка ежедневно записывала результаты измерений АД и ЧСС, жалобы, а также отмечала время приема препарата и побочные эффекты от лечения (если таковые возникали). Оценка приверженности проводилась с использованием теста Мориски-Грина [101], определяющего комплаентность к лечению [235]. Проводилось изучение приверженности к АГТ пациенток в постменопаузе, которая оценивалась по шкале комплаентности Мориски-Грина: 1. Забывали ли Вы когда-либо принимать препараты? (да/нет); 2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да); 3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов если чувствуете себя хорошо? (нет/да); 4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да). Каждый пункт оценивается по принципу «да-нет», при этом «да» - 0 баллов, «нет» 1 балл. Приверженными (комплаентными) считали пациентов, набравшие более 3 баллов, набравшие менее 3 баллов не приверженными [235]. Пациентки заполняли дневники по контролю АД, ЧСС и приема АГТ, согласно этим записям проводили оценку эффективности терапии и определяли приверженность к терапии через 3 месяца наблюдения.

Таблица 2. Антигипертензивная терапия у включенных в исследование женщин в постменопаузе с и без гестационной АГ в анамнезе

| Терапия                           | Женщины  |      |          |      |
|-----------------------------------|----------|------|----------|------|
|                                   | 1-группа |      | 2-группа |      |
|                                   | n=104    | %    | n= 96    | %    |
| Вальсартан/амлодипин 80/10 мг/сут | 52       | 50   | 48       | 50   |
| Вальсартан/амлодипин 160/5 мг/сут | 52       | 50   | 48       | 50   |
| Розувастатин 20 мг/сут            | 100      | 96,2 | 93       | 96,9 |
| Аспирин 75 мг/сут                 | 94       | 90,4 | 88       | 91,7 |

Важно подчеркнуть, что большая половина пациенток обеих групп не мотивированы не только

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 6.0 for Windows». Для предоставления данных использовали показатели: среднее значение, стандартную ошибку средней, стандартное отклонение, либо медиану и интерквартильный размах, проценты и частоты. Достоверность отличий сравниваемых показателей оценивались по парному t- критерию Стьюдента. Результат считался достоверным при вероятности ошибки ( $p < 0,05$ ), по t-критерию. Связь между исследуемыми показателями оценивали с помощью корреляционного анализа с определением коэффициента корреляции ( $r$ ) и его уровня значимости ( $p$ ) по методу Пирсона, достоверным считали при  $p < 0,05$ , высокодостоверными при  $p < 0,0001$ .

**Результаты и обсуждение.** На основании данных первичной медицинской документации и записей в дневниках самоконтроля, в качестве компонентов приверженности АГТ проведен анализ регулярности лечения и сохранения схемы лечения. Под изменением схемы АГТ понимали несоответствие рекомендованной нами схемы терапии и используемой на момент повторного осмотра изменения схемы лечения АГ по ее содержанию (торговым наименованиям препаратов/международного номенклатурного названия и их дозировкам). Оценку эффективности, проводимой АГТ проводили на основе динамики клинико-лабораторных показателей, достижения целевых значений АД, восстановлению суточного ритма АД, а также оценивали приверженность к проводимой АГТ.

Важным вопросом исследования явилась оценка приверженности к АГТ по шкале Мориски-Грина. Так результаты анализа данных показали, что суммарный балл у пациенток 1-группы во время визита через 1 месяц составлял в среднем  $2,7 \pm 1,4$  балла, а во 2- группе  $1,8 \pm 1,3$  балла ( $p < 0,01$ ), это в целом отражает низкую приверженность к терапии. Тактика АГТ в исследуемых группах предусматривала применение комбинированной терапии – фиксированной комбинацией вальсартана с амлодипином в дозировках 80/5 мг, с титрованием до максимальной дозы (табл. 2).

Всем пациенткам рекомендовали заполнение дневников по контролю АД, ЧСС, приема препаратов. Следует отметить, что регулярно в течении 1го месяца заполняли дневники 46 (44,2%) пациенток 1-группы, 41 (42,7%) женщин 2-группы, в оставшихся случаях были пробелы, что показывает примерно одинаковую приверженность к лечению в обеих группах.

для соблюдения рекомендаций по лечению, но и демонстрирует “не серьезное” отношение к



самоконтролю при заполнении дневников. По мнению пациенток, самыми частыми причинами пропусков приема препаратов являлось хорошее самочувствие и отсутствие жалоб в 37 (35,6%) случаях в 1-й группе, у 28 (29,2%) во второй группе, забывчивость (30,9% и 29,2%), в 9 (8,7%) и 6 (6,3%) соответственно боялись зависимости от лекарств или отсутствие эффекта 1,6% и 0,9% соответственно респонденток в обеих группах, то есть управляемые факторы. Приверженность к терапии в группах была сопоставимой, при этом отмечалась одинаково низкая комплаентность к статинам и аспирину у пациенток обеих групп. Повторный анализ комплаентности к АГТ оценивали через 3 месяца терапии (табл. 3), к 3-му визиту (через 3 месяца терапии). Данные опроса показали, что 58 (55,8%) пациенток 1-й группы и у 50 (52,1%) 2-й группы

регулярно контролировали АД, ЧСС, принимали препараты и заполняли дневники, а в остальных случаях дневники остались такими же не заполненными с момента включения в исследование. Тем не менее в общем приверженность достигла высоких значений составляя  $3,8 \pm 2,2$  и  $4,1 \pm 0,8$  баллов соответственно в обеих группах при применении фиксированной комбинации вальсартан/амлодипин 160/5 мг/сут, на прием комбинации вальсартан/амлодипин 80/10 мг/сут наиболее часто возникали побочные эффекты. Из побочных эффектов наиболее часто отмечалась тахикардия, увеличения количества приливов жара, подобная ситуация возможно обусловлена действием амлодипина (10 мг). Достоверно повысилась приверженность к статинам и аспирину (табл. 3).

Таблица 3. Динамика приверженности к АГТ у женщин в постменопаузе

| Терапия                           | 1- группа (n=104) |                 | 2- группа (n=96) |                 |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|
|                                   | Через 1 месяц     | Через 3 месяца  | Через 1 месяц    | Через 3 месяца  |
| Вальсартан/амлодипин 80/10 мг/сут | $3,1 \pm 1,7$     | $3,4 \pm 2,1$   | $3,4 \pm 1,3$    | $3,6 \pm 1,1^*$ |
| Вальсартан/амлодипин 160/5 мг/сут | $3,7 \pm 1,6$     | $3,8 \pm 2,2$   | $3,9 \pm 1,1$    | $4,1 \pm 0,8$   |
| Розувастатин 20мг/сут             | $2,5 \pm 1,6$     | $3,1 \pm 1,6^*$ | $3,4 \pm 0,9$    | $3,6 \pm 1,4$   |
| Аспирин 75 мг/сут                 | $2,8 \pm 1,3$     | $3,4 \pm 1,3^*$ | $3,3 \pm 0,9$    | $3,6 \pm 0,8^*$ |

Примечание: достоверность до- и после лечения  $*-p < 0,01$

Несмотря на рекомендуемые рациональные схемы АГТ, в течение 3 месяцев после первичной нашей консультации у 37,7% пациентов зафиксировано неконтролируемое повышение АД, а частота достижения целевого АД составила всего 28,7%. Через 3 месяца 74,9% респондентов регулярно принимали антигипертензивные препараты. Анализ приверженности АГТ по компоненту сохранения рекомендованной нами схемы терапии показал, что только у 25,1% пациентов через 3 месяца сохранялась схема лечения АГ, 8,9% отказались от лечения полностью, а у 66,0% пациентов схема лечения изменилась. Среди пациентов, изменивших схему АГТ/отказавшихся от лечения АГ, 56,0% сделали это самостоятельно, без рекомендаций врача, а основной причиной изменения схемы лечения/прекращения медикаментозной коррекции АГ в 46,9% случаев явилось боязнь побочных эффектов и/или боязнь привыкания. Наибольшая эффективность контроля АГ, оцененная по достижению целевого АД по результатам самоконтроля, отмечалась в группе пациентов, регулярно принимающих АГТ и не менявших схему лечения в течение 3 месяцев (47,4%), при недостаточной приверженности по одному/обоим компонентам частота достижения целевого АД варьировала от 9,4% до 26,5%.

Таким образом у женщин старшей возрастной группы наступление ранней менопаузы сопряжено с наличием предшествующей гипертонии, в том числе

гестационной. Гипертония у этой категории женщин характеризуется достоверно более высокими значениями АД, нарушением суточного ритма АД, повышенной частотой встречаемости ожирения, нарушением липидного и углеводного обменов, клиническими проявлениями поражений органов-мишеней (достоверной систолической и диастолической дисфункцией ЛЖ, концентрической гипертрофией ЛЖ и др.) и наличием ассоциированных клинических состояний (ИБС, сахарный диабет 2-типа и др.) с высокой вероятностью их осложнений. Выявлены факторы ассоциированные с высокой приверженностью к АГТ: динамический контроль (АД, ЧСС, прием препаратов), повышение доли ответственности пациенток, длительность АГ, осведомленность о рисках осложнений и др. Одним из эффективных методов повышения приверженности к терапии является ведение дневника самоконтроля АД, отражающего как динамику, так и эффективность применяемой терапии. Для повышения приверженности к терапии рекомендуется минимизировать частоту изменений схемы лечения. Назначение рациональных схем лечения не является достаточным для достижения контроля АГ, необходимо повысить долю ответственности самих пациентов за соблюдением правильных схем терапии путем регулярного ведения дневника самоконтроля, тем самым снизить риск степени недоверия пациентов врачам.

### Литература.

1. Аникин В.В., Изварина О.А. Особенности артериальной гипертонии и суточного профиля артериального давления у женщин в климактерическом периоде. // Российский кардиологический журнал. 2011. № 6 (92). С. 47-51.
2. Базина И.Б. Особенности течения эссенциальной артериальной гипертонии у женщин молодого возраста. Проблемы женского здоровья. 2009. Т. 3. № 2. С. 38-42.
3. Фоякин А. В., Гераскина Л. А. Артериальная гипертония и оптимизация медикаментозной профилактики ишемического инсульта. Кардиология. 2016;2(56):73–78.

- 4.[Fonyakin AV, Geraskina LA. Arterial hypertension and optimization of medicamental prophylaxis of an ischemic stroke. *Kardiologiya*. 2016;2(56):73–78. In Russian].
- 5.Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S et al. Guidelines for the primary prevention of stroke. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754–3832.
- 6.the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754–3832.
- 7.Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Вuhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2013;34 (28):2159–2219.
- 8.Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D.E. Morisky, L.W.Green, D.M. Levine // *Med. Care*. – 1986 Jan. – Vol. 24, N 1. – P. 67-73.
- 9.European recommendations for the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice (2016 revision). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):7-68. (In Russ.) Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016 г.). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2017;16(6):7-68. doi:10.15829/1728-8800-2017-6-7-68.
10. Stramba-Badiale M., Fox K.M., Priori S.G. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2016; 27(8): 994-1005.