

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ**

Фармацевтичний факультет  
Кафедра клінічної фармації

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
**Завідувач кафедри**  
**клінічної фармації**  
**проф. Самогальська О.Є.**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 р.

**УДК 615.03:615.15:616.12-008.331.1-08**

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

На тему: “Роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціональної терапії  
хворих на артеріальну гіпертензію”

Виконала здобувачка вищої освіти 5 курсу  
заочної форми навчання  
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація  
Кухарук Марія Миколаївна

Науковий керівник:  
к.мед.н., доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармації  
Мерецька Ірина Володимирівна

**ТЕРНОПІЛЬ 2024**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	7
1.1. Поняття та класифікація артеріальної гіпертензії.....	7
1.2. Клінічна картина та діагностика артеріальної гіпертензії.....	8
1.3. Причини недотримання лікарських рекомендацій.....	11
1.4. Концепція медичного комплаєнсу.....	12
1.5. Методи оцінки прихильності.....	15
РОЗДІЛ 2. КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	18
2.1. Загальна характеристика хворих на артеріальну гіпертензію.....	18
2.2. Фармакотерапія пацієнтів з артеріальною гіпертензією.....	24
2.3 Оцінка факторів впливу на рівень прихильності до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію.....	27
ВИСНОВКИ.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	38

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія;

АГП – антигіпертензивні препарати;

АСК – ацетилсаліцилова кислота;

АТ – артеріальний тиск;

БКК – блокатори кальцієвих каналів;

БРА II / АРА II – блокатори рецепторів ангіотензину II;

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я;

ІАПФ – інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту;

ІМ – інфаркт міокарда;

ІХС – ішемічна хвороба серця;

ЛЗ – лікарський засіб;

ЛПВЩ – ліпопротеїди високої щільності;

ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності;

ОГПО – опосередковані гіпертензією пошкоджені органи;

ССЗ – серцево-судинні захворювання;

ТГ – тиреоглобулін;

ХС – холестерин;

ЦД – цукровий діабет;

ММАС – Morisky Medication Adherence Scale

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Серед серцево-судинних захворювань за поширеністю артеріальна гіпертензія (АГ) посідає перше місце. Вона належить до “хвороб цивілізації”. Розповсюдженість її серед дорослого населення – в межах 20-25 %, а серед людей похилого віку сягає 30–40 %. Проте лише третина з них отримують потрібне лікування. Для АГ властиве “правило половини”: близько 50 % осіб не знають про підвищення у них артеріального тиску (АТ), оскільки часто підвищення АТ протікає безсимптомно. Серед тих, хто знає про підвищений тиск, лише половина приймає ліки для його зниження [1, 19]. Вище перераховане вказує на серйозні проблеми у свідомості та лікуванні гіпертонічних хворих. Недооцінка ризику та відсутність контролю артеріального тиску можуть призвести до серйозних ускладнень, таких як інфаркти, інсульти, серцева недостатність та інші серцево-судинні захворювання.

Прихильність до лікування є ступенем відповідальності пацієнта до рекомендацій, отриманих від лікаря [1]. Для пацієнтів з АГ прихильність до терапії становить 50-60 %, тобто прийом тільки половини призначених антигіпертензивних лікарських засобів та виконання частини рекомендацій щодо модифікації способу життя. Частина пацієнтів, особливо з вперше виявленою АГ, протягом року припиняє прийом препаратів [1, 12].

Відсутність прихильності до терапії асоціюється з підвищенням ризику втрати контролю над АТ на 41 %, зі збільшенням ризику розвитку гострого інфаркту міокарда на 15 %, збільшенням ризику мозкового інсульту на 22 %. За умов високої прихильності до антигіпертензивної терапії значно зростає ймовірність успішного контролю артеріального тиску. Пацієнти, які регулярно приймають ліки, що призначені для зниження артеріального тиску, мають

більші шанси на досягнення цілей терапії та попередження ускладнень артеріальної гіпертензії [11, 20].

Тому наведене актуалізує питання щодо раціонального застосування антигіпертензивних засобів, факторів прихильності до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію та формулювання основних положень фармацевтичної опіки таких пацієнтів і зумовило вибір даної теми дослідження.

**Об'єкт дослідження:** клініко-фармацевтичний статус пацієнтів з артеріальною гіпертензією та їх фармацевтична опіка.

**Предмет дослідження:** фармакотерапія артеріальної гіпертензії та прихильність до лікування у пацієнтів з гіпертонією.

**Мета дослідження** – вивчити практику використання антигіпертензивних препаратів, дослідити основні фактори, що впливають на прихильність до антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію та роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціональної фармакотерапії.

**Завдання дослідження:**

1. Провести аналіз наукової літератури щодо тактики ведення хворих та застосування антигіпертензивних препаратів у хворих на артеріальну гіпертензію, принципів належної фармацевтичної опіки з метою контролю артеріальної гіпертензії та прихильності до терапії гіпертонічної хвороби.
2. Дати соціально-демографічну та загальноклінічну характеристику пацієнтів з АГ шляхом анкетування за допомогою розробленого опитувальника.
3. Вивчити структуру медикаментозної терапії пацієнтів з артеріальною гіпертензією та її відповідність сучасним рекомендаціям.
4. Вивчити прихильність до лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією, включаючи компоненти регулярності прийому, дотримання рекомендацій, оцінити фактори впливу на рівень прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію.

5. Проаналізувати заходи підвищення якості фармацевтичної опіки при веденні пацієнтів з АГ у забезпеченні раціонального використання призначених лікарем антигіпертензивних препаратів.

**Методи дослідження:** проведення огляду наукової літератури щодо даної проблеми; аналіз та узагальнення науково-методичної бази міжнародних організацій та національних інституцій у зазначеній області; клініко-фармацевтичний аналіз відповідно до анкети-опитувальника, що стосується пацієнтів з гіпертензією; статистичний аналіз отриманих результатів дослідження.

**Апробація результатів роботи.** Результати досліджень, які увійшли до кваліфікаційної роботи, були представлені та обговорені на кафедрі клінічної фармації.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційної робота викладена на 41 сторінці і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень та аналізу результатів дослідження, висновків та списку використаної літератури. Робота містить 1 таблицю і 5 рисунків. Список використаної літератури складається з 37 джерел.

## **РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

### **1.1 Поняття та класифікація артеріальної гіпертензії**

Артеріальна гіпертензія залишається одним із найважливіших факторів ризику для розвитку серцево-судинних захворювань. Високий кров'яний тиск може призводити до пошкодження артерій та серцевого м'язу, а також сприяти розвитку інфаркту міокарда та інсульту. Найпоширеніші ускладнення артеріальної гіпертензії включають атеросклероз, серцеву недостатність і проблеми з нирками. Контроль рівня кров'яного тиску через правильне лікування та зміни в стилі життя може значно зменшити ризик розвитку цих ускладнень.

У людей похилого віку АГ посідає одне з перших місць серед захворювань серцево-судинної системи, що підкреслює важливість уваги до цього захворювання в середньому віці [5, 35].

Згідно із даними Фремінгемського дослідження серця АГ виявляється у більше ніж половини населення віком старше 50 років. Тому це є значущим показником, оскільки вищий вік є одним з факторів ризику для розвитку артеріальної гіпертензії.

Стать та ризик розвитку АГ: Дослідження вказують, що в 70 років артеріальна гіпертензія діагностується у 65% чоловіків і 75% жінок. Це підкреслює, що жінки мають вищий ризик розвитку артеріальної гіпертензії у пізньому віці порівняно з чоловіками [17, 19, 33].

**Класифікація:**

За етіологією гіпертонічну хворобу поділяють на:

- первинну — виникає в результаті перенесених інших захворювань, наприклад: атеросклерозу, ішемічної хвороби, серцевої недостатності, інфаркту міокарда та ін.;
- вторинну — розвивається разом з іншими хворобами, наприклад: остеохондрозом, гіперфункцією щитовидної залози, гіперкортицизмом, цукровим діабетом, захворюваннями нирок тощо.

Стадії гіпертонічної хвороби за ступенем впливу на внутрішні органи:

- I стадія (неускладнена) — тиску на внутрішні органи не виявляється;
- II стадія (безсимптомна) — чиниться негативний безсимптомний вплив на внутрішні органи;
- III стадія (ускладнена) — відбувається ураження внутрішніх органів з проявом симптоматики.

Відповідно до стадій розвитку патології розрізняють 3 ступені гіпертонічної хвороби:

- М'яка (відповідає 1 ступеню) — підвищення тиску в межах 140–159/90–99 мм рт. ст. Найбільш поширена форма, тому багато хто недооцінює її небезпеку. Відсутність лікування призводить до мозкового інсульту.
- Помірна (відповідає 2 ступеню) — тиск у межах 160–179/100–109 мм рт. ст. Прогресуюча форма захворювання. Збільшений тиск стабілізується.
- Важка (відповідає 3 ступеню) — тиск понад 180/110 мм рт. ст. Стадія високого ризику для пацієнта. Виникають симптоми серцево-судинних захворювань [2, 19, 20].

## 1.2 Клінічна картина та діагностика артеріальної гіпертензії

Важливо зазначити, що артеріальна гіпертензія може бути безсимптомною протягом тривалого часу, тому регулярне вимірювання тиску



та звертання до лікаря для контролю є важливими для вчасного виявлення та лікування цього стану. Так, наукові дослідження і клінічні спостереження підтверджують, що ефективний контроль артеріального тиску може суттєво знизити ризик розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Ефективне лікування артеріальної гіпертензії, яке включає медикаментозну терапію та зміни в стилі життя, такі як здорове харчування, фізична активність та відмова від шкідливих звичок, може допомогти знизити тиск і зменшити ризик серцево-судинних ускладнень.

Підвищення АТ може супроводжуватися болем голови, порушенням сну, швидкою втомлюваністю, запамороченням та ін. симптомами.

Діагностичні дії включають у себе:

1. Підтвердження діагнозу артеріальної гіпертензії
2. Визначення причини артеріальної гіпертензії (первинна чи вторинна)
3. Оцінка серцево-судинного ризику, органних ускладнень і супутніх захворювань - це включає в себе аналіз факторів ризику, таких як куріння, діабет, дисліпідемія, оцінка можливих ускладнень, таких як інсульт або інфаркт міокарда [2].

Серед допоміжних досліджень доцільно виділити:

**1. Вимірювання АТ:** з метою визначення рівня АТ у пацієнта; проводять вимірювання у лікарському кабінеті та вимірювання виконаних пацієнтом самостійно та оцінюють результати вимірювання.

**2. Лабораторні аналізи:** обов'язкові у кожного пацієнта:

- 1) рівень гемоглобіну і/або гематокрит;
- 2) концентрації натрію, калію, глюкози (натщесерце), креатиніну (оцінка швидкості клубочкової фільтрації), сечової кислоти, загального холестерину, ЛПНЩ, ЛПВЩ, ТГ в сироватці;
- 3) аналіз сечі

### 3. ЕКГ.

Основні принципи лікування:

Першою метою лікування є зниження АТ до  $<140/90$  мм рт.ст. у всіх пацієнтів, за гарного перебігу лікування, значення артеріального тиску мають бути націлені на  $130/80$  мм рт.ст. або нижче для більшості пацієнтів.

Для пацієнтів молодших 65 років, які отримують препарати, що знижують АТ, рекомендоване зниження систолічного тиску до  $120-129$  мм рт.ст., а також рекомендується ретельний моніторинг побічних ефектів [18, 23, 25].

Діастолічний тиск  $<80$  мм рт.ст. повинен бути метою для всіх пацієнтів з гіпертонічною хворобою незалежно від рівня ризику та супутніх захворювань. Існує два основних напрямки терапії направленої на зниження артеріального тиску, що мають доведену ефективність — це зміна способу життя та медикаментозне лікування [23].

Зміна способу життя без сумніву може допомогти знизити АТ і зменшити ризик виникнення серцево-судинних захворювань, проте більшість хворих з гіпертензією також потребують медикаментозного лікування. Рекомендовані зміни способу життя це насамперед обмеження споживання солі ( $<6$  г хлориду натрію або  $<2,4$  г натрію на добу), помірне споживання алкоголю (не більше 3 одиниць/день для чоловіків і не більше 2 одиниць/день для жінок), збільшення кількості овочів та фруктів в раціоні (принаймні п'ять порцій на день), зниження ваги (підтримання індексу маси тіла в діапазоні  $18,6-25$  кг/м<sup>2</sup>), а також регулярна фізична активність ( $\geq 30$  хв. на день, більшість днів на тиждень). Окрім того, паління має гострий, тривалий пресорний ефект (підвищує тиск), що може викликати підвищення денного амбулаторного АТ, проте відмова від паління та інші зміни способу життя важливі не лише для

лікування гіпертонії, але й для запобігання іншим серцево-судинним захворюванням та раку [2, 13].

На сьогодні, хворим з 2 або 3 ступенем гіпертензії рекомендована медикаментозна антигіпертензивна терапія разом зі зміною способу життя. Пацієнти з 1 ступенем гіпертензії та високим ризиком виникнення серцево-судинних захворювань або за наявності опосередкованих гіпертензією пошкоджень органів (ОГПО) також повинні приймати препарати для зниження АТ [3, 25].

Згідно із сучасними рекомендаціями виділяють 5 груп препаратів: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), бета-адреноблокатори, блокатори рецепторів ангіотензину II, діуретики і антагоністи іонів кальцію [14, 17].

Важливо також зазначити, що лікування артеріальної гіпертензії має продовжуватись тривалий час, можливо протягом усього життя пацієнта. Регулярне спостереження, контроль і коригування терапії спрямовані на підтримку оптимального рівня артеріального тиску та запобігання ускладнень.

### **1.3 Причини недотримання лікарських рекомендацій**

Недотримання лікарських рекомендацій пацієнтами, особливо тими, які страждають від хронічних захворювань, є глобальною проблемою в сфері охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підкреслює, що така несистемність у виконанні лікування може значно погіршити результати лікування та призвести до серйозних медичних та економічних наслідків. Розробка ефективних стратегій для підтримання дотримання лікарських рекомендацій є важливим завданням для покращення результатів лікування та зменшення впливу хронічних захворювань на здоров'я [13, 24].

Деякі причини недотримання рекомендацій включають в себе:

1. Несприйняття важливості лікування: деякі пацієнти можуть не розуміти важливості прийому лікарських препаратів або внесення змін у стиль життя для контролю за хронічними захворюваннями.
2. Побічні ефекти та терапевтичні труднощі: наявність побічних ефектів лікарських засобів чи труднощі у вживанні можуть викликати відмову від лікування.
3. Економічні обмеження: вартість лікарських препаратів та доступ до медичних послуг можуть бути факторами, які обмежують можливість пацієнта дотримуватися рекомендацій.
4. Віра в самолікування: деякі пацієнти можуть вірити, що вони можуть лікувати себе без дотримання рекомендацій фахівців.

Також дуже важливо розробляти ефективні алгоритми лікування артеріальної гіпертензії, оскільки це зменшить ризики розвитку ССЗ та запобігти серйозним ускладненням, покращить прогноз лікування пацієнтів і допоможе враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, включаючи його стан здоров'я, супутні захворювання, вік та інші фактори [1, 9, 16, 28].

#### **1.4 Концепція медичного комплаєнсу**

Концепція медичного комплаєнсу (або дотримання лікування) виникла відповідно до необхідності вивчення та управління питаннями, пов'язаними з недотриманням лікарських рекомендацій пацієнтами. Медичний комплаєнс визначається як ступінь відповідності пацієнта медичним рекомендаціям, включаючи прийом лікарських засобів, вживання дієти, фізичну активність та інші аспекти лікування [5, 21, 22, 30].

Ця концепція дозволяє враховувати різні аспекти, які впливають на дотримання лікарських рекомендацій, включаючи соціокультурні, економічні та психологічні фактори. Дослідження в галузі медичного комплаєнсу допомагають розуміти причини недотримання та розробляти стратегії для поліпшення дотримання лікування [11, 27].

Термін "прихильність" (adherence) використовується як альтернатива для вираження концепції медичного комплаєнсу або дотримання лікування. Це вираз відображає ступінь відповідності пацієнта медичним рекомендаціям, таким як прийом лікарських препаратів, дотримання дієти, фізичної активності та інших медичних порад. Цей термін також підкреслює активну роль пацієнта у власному лікуванні і взаємодію з медичними рекомендаціями для досягнення оптимальних результатів здоров'я. Підходи до вдосконалення прихильності можуть включати в себе освіту пацієнтів, підтримку соціального середовища та використання технологій для покращення співпраці між пацієнтами і медичними командами.

Так, термін "наполегливість" в контексті прихильності до лікування вказує на тривалість та сталість пацієнта у дотриманні рекомендацій лікаря. Цей термін визначає, наскільки довго пацієнт залишається вірним та прихильним до терапії, а не лише як епізодичну подію.

Прихильність і наполегливість є важливими компонентами успішного управління лікуванням, особливо при хронічних захворюваннях. Пацієнти, які відмовляються від терапії або припиняють її раніше, ніж рекомендовано, можуть не отримати максимальну користь від лікування та стати більш схильними до ускладнень.

Оцінка як прихильності, так і наполегливості є важливою частиною клінічного управління. Для підтримання оптимальних результатів лікування важливо враховувати не лише факт вживання ліків, але й тривалість та сталість

цього вживання. Вдосконалення як прихильності, так і наполегливості вимагає індивідуального підходу та взаємодії між пацієнтом і медичними професіоналами [11, 23, 27].

Загалом у медичній літературі розглядається чимало факторів, які впливають на відношення пацієнта до лікування. Розподіл факторів на основні групи допомагає враховувати різноманітні аспекти, які можуть впливати на ставлення пацієнтів до терапії.

Деякі з основних груп факторів, що впливають на прихильність пацієнтів до лікування, включають:

1. Психологічні особливості хворого: Включають психосоціальні аспекти, ставлення до хвороби, рівень освіти та інші психологічні фактори.
2. Клінічні особливості захворювання: Складність та тривалість лікування, наявність симптомів або побічних ефектів можуть впливати на прихильність.
3. Особливості програми лікування: Схема прийому ліків, їхній смак або запах, тривалість лікування та інші фактори, пов'язані з терапією.
4. Соціально-економічні фактори: Економічна доступність ліків, соціальна підтримка, статус зайнятості та інші соціальні аспекти.
5. Організація медичної допомоги: Доступність медичних послуг, якість взаємодії з медичним персоналом, нагадування та підтримка.

Згідно з даними літератури, 35 % усіх хворих повністю дотримуються усіх призначень лікаря, 33 % – виконують частину призначень, а третина усіх пацієнтів – зовсім не виконують. Позитивний комплаєнс досягається частіше при однократному прийомі лікарського засобу протягом доби в 79,6 % випадків, при двократному — у 68 %, при трикратному — тільки в 37,7 % випадків.

Статистика щодо рівня прихильності пацієнтів, свідчить про велику різноманітність у виконанні лікарських рекомендацій. Підкреслення важливості

однократного прийому лікарського засобу протягом доби у порівнянні з більш частими прийомами також має практичні наслідки для розробки ефективних лікувальних режимів, які б урахували можливості та зручність для пацієнтів [9, 30].

Дотримання лікарських рекомендацій та досягнення цільових рівнів артеріального тиску є важливими факторами управління цією патологією.

Згідно із даними літератури, до головних причин невиконання рекомендацій лікарів щодо лікування АГ в Україні належать: самостійний вибір більш економічного препарату – до 40 %, а також відсутність контролю з боку лікаря – до 58 % [9, 14]:

1. Самостійний вибір більш економічного препарату: цей фактор може бути пов'язаний з економічними обмеженнями, які впливають на вибір пацієнтів. Пацієнти можуть шукати більш доступні альтернативи ліків, щоб зменшити фінансове навантаження.
2. Відсутність контролю з боку лікаря: брак контролю може виникнути з різних причин, таких як недостатня кількість часу для особистого спілкування з пацієнтами або недостатні ресурси в системі охорони здоров'я. Контроль та взаємодія між лікарем і пацієнтом, пацієнтом і фармацевтом важливі для досягнення оптимального результату лікування [14, 36].

### **1.5 Методи оцінки прихильності**

На сьогодні використовуються наступні методи оцінки прихильності:

- Прямі методи: Вони включають безпосереднє спостереження за прийомом препаратів та дослідження вмісту активної речовини лікарського засобу. Ці методи можуть забезпечити точні дані, але можуть бути трудомісткими та вимагати більше ресурсів.

- Непрямі методи: Оцінка прихильності також може проводитися через заповнення опитувальних листів пацієнтами, оцінку клінічної ефективності, визначення фізіологічних маркерів та застосування електронних дозаторів ліків. Ці методи можуть бути більш доступними та зручними, але можуть бути менш точними.

Зрозуміння цих факторів важливо для розробки стратегій поліпшення дотримання лікарських рекомендацій та забезпечення ефективного управління артеріальною гіпертензією [1, 14].

Так, шкала Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) є інструментом, який був розроблений для оцінки прихильності пацієнтів до лікування. Цей метод використовується для визначення того, наскільки точно пацієнти дотримуються призначень лікаря та приймають свої ліки. Шкала була вперше опублікована D.E. Morisky та його колегами в 1986 році, а удосконалена версія була представлена в 2008 році.

Шкала Morisky Medication Adherence Scale включає питання, які стосуються звичок та поведінки пацієнта відносно прийому ліків. Зазвичай пацієнту ставляться питання про те, наскільки часто він втрачає ліки, пропускає дози чи припиняє лікування без дозволу лікаря. Кожна відповідь надається в форматі "так" або "ні".

Використання шкали MMAS дозволяє отримати оцінку рівня прихильності пацієнта до лікування, що може бути корисним для лікарів та інших медичних фахівців у визначенні ефективності лікування та розробці стратегій для поліпшення дотримання лікарських рекомендацій [26].

Підсумовуючи вищесказане, відсутність достатніх знань про стан власного здоров'я та про лікарські засоби, призводить до того, що пацієнти не дотримуються лікування або взагалі відмовляються від нього. Тому надзвичайно важливо, щоб не тільки лікарі, а й фармацевти брали участь в



освіті та консультуванні пацієнтів. Фармацевти відіграють дуже важливу роль у наданні допомоги, консультацій і інструкцій у разі потреби самостійного застосування препаратів.

## РОЗДІЛ 2.

### КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

#### 2.1 Загальна характеристика хворих на артеріальну гіпертензію

Для виконання поставлених завдань було проведено опитування 30 пацієнтів з артеріальною гіпертензією, які спостерігались амбулаторно в ТКМЛ №2 з жовтня по грудень 2023 р.

Всі пацієнти обстежувались за допомогою розробленої анкети-опитувальника, яка включала персональні, соціально-демографічні, клінічні та фармакотерапевтичні дані, а також компоненти прихильності до терапії, оскільки одним з важливих принципів лікування артеріальної гіпертензії є прихильність хворих до лікування [33]. Оцінювання рівня прихильності до лікування проводили за допомогою опитування хворих за 8 пунктовою шкалою прихильності до лікування Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Дана шкала включає 8 запитань, які стосуються ставлення хворого до прийому призначених медикаментів. Відповіді на запитання 1–7 даються у форматі «так/ні». На восьме запитання є 5 варіантів відповіді: ніколи/дуже рідко; час від часу; деколи; переважно; завжди. За кожне «ні» (або «ніколи») пацієнт отримує 1 бал. Висока прихильність до лікування вважається у пацієнтів, які отримали 8 балів, середня – 6–<8 балів, низька – < 6 балів [26].

Статистичний аналіз здійснювали за допомогою програми MS Excel for Windows, використовували методи клінічної, описової та математичної статистики із визначенням середнього значення  $\pm$  стандартне відхилення ( $M \pm m$ ).

Серед опитаних хворих було 15 чоловіків (50 %) та 15 жінок (50 %). У дослідженні брали участь пацієнти у віці від 44 до 70 років. Середній вік

пацієнтів з АГ становив  $54,67 \pm 1,23$  років. Згідно з більшістю клінічних досліджень, ймовірність розвитку артеріальної гіпертензії збільшується з віком, зокрема після 55 років. Слід зазначити, що жінки мають схильність до розвитку гіпертонії у більш молодому віці, зазвичай у період перед менопаузою (40-45 років). Це може бути пов'язано зі змінами в гормональному статусі, такими як зниження рівня естрогену, яке супроводжує період перед менопаузою. В той час як у чоловіків перші симптоми гіпертензії можуть проявлятися пізніше, зазвичай після 55 років, проте вони мають вищу вірогідність розвитку цієї хвороби [15, 34].

Розподіл хворих за тривалістю захворювання наведений на рисунку 2.1. Опитувані розподілились наступним чином:

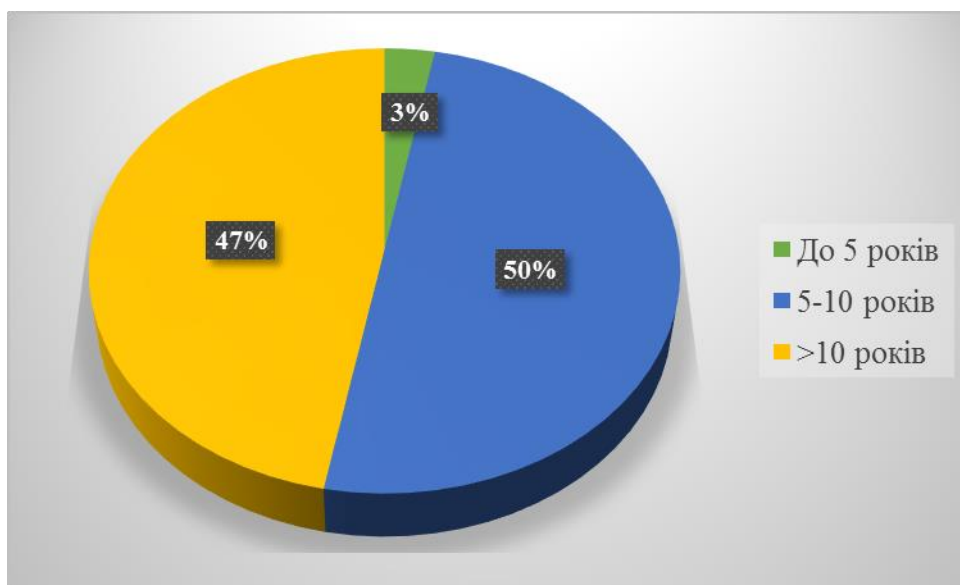


Рисунок 2.1 – Розподіл хворих на артеріальну гіпертензію за тривалістю захворювання

Серед опитуваних переважали пацієнти з тривалим перебігом захворювання: тривалість від 5 до 10 років та більше 10 років спостерігалась у 50 % та 47 % хворих відповідно. Всі пацієнти перебували у шлюбі.

За даними опитування розподіл хворих за освітою був наступним: з вищою освітою – 10 чоловіків (62,5 %), 6 жінок (37,5 %), всього 16 (53,3 %). З середньою освітою: 2 чоловіків (33,3 %), 4 жінок (66,7 %), всього 6 (20 %). З середньою спеціальною: 4 чоловіків (50 %), 4 жінок (50 %), всього 8 (26,7 %).

Було встановлено, що більшість пацієнтів були працевлаштовані – 70 %, 13,3 % займаються домашнім господарством, найменшу частку становили пенсіонери – 10 % та люди без постійного місця роботи – 6,7 %.

Таким чином, артеріальна гіпертензія найбільш часто спостерігалась у одружених і працюючих осіб з вищою освітою.

Нікотин та компоненти диму підвищують АТ, погіршують еластичність судин, порушують в'язкість крові, прискорюють частоту серцевих скорочень, і це далеко не всі негативні наслідки дії цигарок. Уже на 1-й хвилині після куріння САТ підвищується на 15 мм рт.ст., а на 4-й – на 25 мм рт.ст. При однакових рівнях АТ мозковий інсульт та ішемічна хвороба серця в осіб, що палять, виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не палить [8, 28]. Серед опитаних нами хворих частка тих, які палять? становила 40 %, не палять – 60 %.

Споживання алкоголю, як епізодичне, так і хронічне, може впливати на рівень артеріального тиску. Існує пряма взаємодія між рівнем споживання алкоголю та рівнем АТ. Частота артеріальної гіпертензії може бути найменшою серед осіб, які вживають алкоголь лише в окремих випадках. Проте поступово, зі збільшенням кількості алкогольних напоїв, щоденне вживання алкоголю може призвести до зростання ризику розвитку артеріальної гіпертензії [8, 28, 29]. Було встановлено, що вживають алкоголь 36,7 % опитаних, а 63,3 % не вживають.

Існує пряма кореляція між збільшенням маси тіла та підвищенням як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску. Навіть помірне

збільшення маси тіла може призвести до підвищення артеріального тиску на 2-3 мм рт. ст. для систолічного АТ і на 1-3 мм рт. ст. для діастолічного АТ. Надлишкова маса тіла, особливо ожиріння, збільшує ризики виникнення артеріальної гіпертензії від 2 до 6 разів порівняно з людьми з нормальною масою тіла. Ожиріння сприяє збільшенню об'єму крові, збільшенню опору судин та збільшенню навантаження на серце, що в результаті може призвести до підвищення артеріального тиску. Такі зміни в організмі можуть сприяти розвитку артеріальної гіпертензії та інших серцево-судинних захворювань [4, 9, 29, 35].

Надлишкова вага спостерігалась у 16,7 % опитаних, у 83,3 % її немає.

Надмірне споживання кухонної солі може впливати на рівень натрію в організмі, що може мати негативний вплив на здоров'я. Фізіологічна потреба становить приблизно 4-6 г/добу, проте багато людей споживають значно більше: 10-20 і навіть 30 г/добу. При порушенні регуляції обміну надмірна концентрація натрію може призводити до затримки рідини в організмі та збільшення об'єму крові, що збільшує навантаження на серце та артеріоли. Це може сприяти розвитку гіпертонії та інших серцево-судинних захворювань. Тому важливо обмежувати споживання кухонної солі та дотримуватися рекомендацій щодо її вживання для забезпечення оптимального здоров'я серця та кровоносної системи [9, 32, 35].

За даними опитування розподіл був наступним: вживають солону їжу – 16 пацієнтів (53,3 %), не вживають солону їжу – 6 пацієнтів (20 %), інколи вживають солону їжу – 8 пацієнтів (26,7 %). Слід відзначити, що раціональна дієтотерапія дозволяє зменшити рівень АТ у хворих з м'якою гіпертензією тією ж або навіть більшою мірою, ніж монотерапія антигіпертензивними препаратами.

Спадковість грає важливу роль у ризику розвитку артеріальної гіпертензії. Якщо один або обидва батьки або близькі родичі мають АГ, це може значно збільшити ймовірність захворювання на цю патологію. Втім, навіть при обтяженій спадковості, дотримуючись основних правил здорового способу життя, можна значно знизити ризик розвитку хвороби [4, 29]. Серед опитаних нами пацієнтів 30 % відзначали наявність гіпертонічної хвороби у родичів.

Фізична активність має значний вплив на ризик розвитку артеріальної гіпертензії. Особи, які ведуть малорухомий спосіб життя, мають значно вищий ризик виникнення АГ, на 20-50 % вищий, ніж у тих, хто займається фізичною активністю регулярно.

Отже, важливо підтримувати активний спосіб життя та включати регулярну фізичну активність в розпорядок дня для зниження ризику розвитку артеріальної гіпертензії і покращення загального стану здоров'я. Серед опитаних хворих регулярно фізичною активністю займаються 10 пацієнтів (33,3 %).

Атеросклероз – небезпечний фактор порушення нормального функціонування судинної системи та підвищення АТ, в основі якого лежить порушення ліпідного обміну. З іншого боку, артеріальна гіпертензія може сприяти розвитку та прогресуванню атеросклерозу шляхом пошкодження внутрішньої стінки судин, змін у кровотоку та збільшенням загального негативного впливу на судинну систему [5, 9, 22]. Підвищений рівень холестерину спостерігався у 38,1 % опитаних хворих на АГ (рис. 2.2).

Цукровий діабет є захворюванням, яке обумовлене підвищеним рівнем цукру в крові. Серед хворих на артеріальну гіпертензію поширеність ЦД зазвичай вища – в 2-2,5 разів вище. Співіснування цих двох захворювань подвоює ризик інсульту, нефропатії та діабетичної ретинопатії. Це підкреслює

важливість раннього виявлення та ефективного лікування, враховуючи індивідуальні ризики ускладнень. Цукровий діабет спостерігався у 19,1 % хворих на АГ [10].

Артеріальна гіпертензія, навіть якщо вона м'яка, збільшує ризик ішемічної хвороби серця (ІХС) та інфаркту міокарда (ІМ). У віці від 30 до 60 років серед людей з діастолічним АТ більше 100 мм рт. ст., інфаркт міокарда відбувається в 3 рази частіше порівняно з особами з нормальним тиском. Серед опитаних нами пацієнтів ІХС спостерігалась у 9,5 % [11].

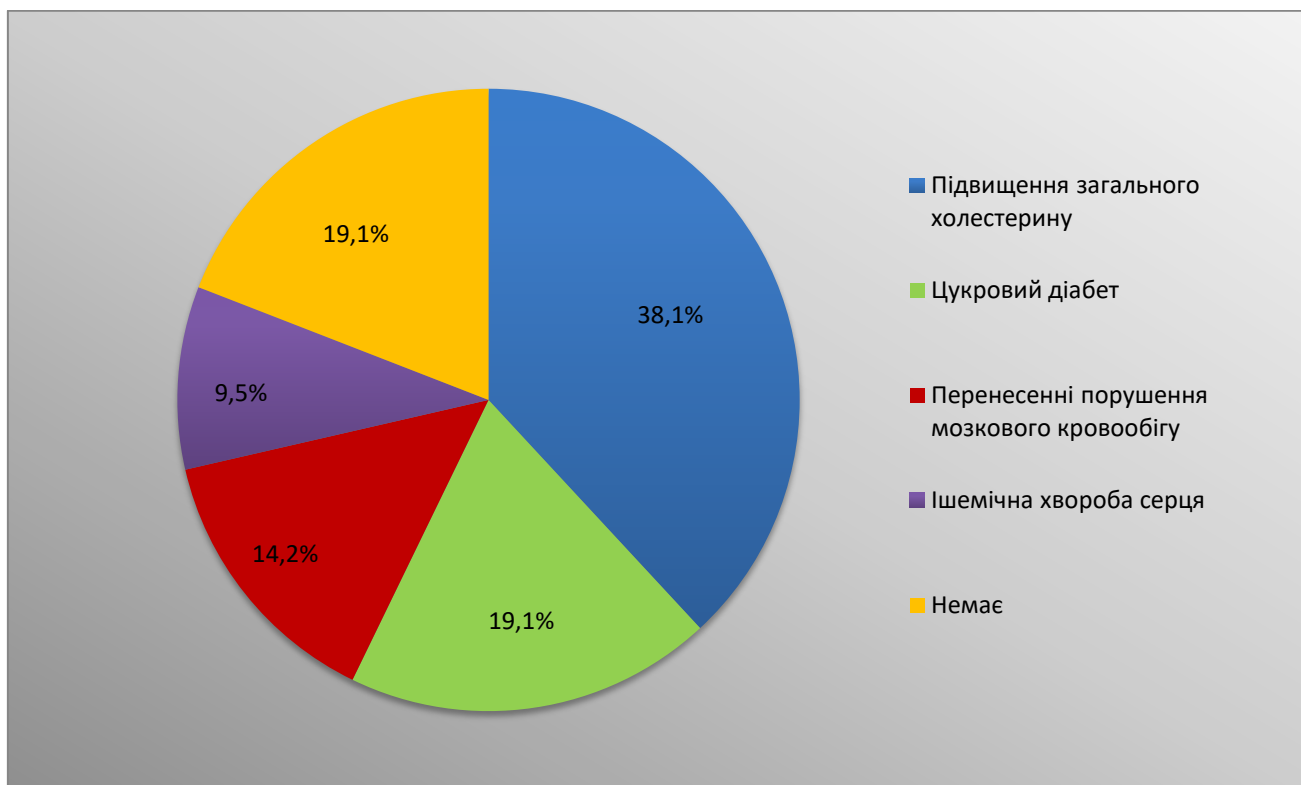


Рисунок 2.2 – Частота виявлення супутніх захворювань у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Артеріальна гіпертензія займає перше місце серед факторів ризику для розвитку когнітивних порушень. Вже на ранніх стадіях АГ кровопостачання головного мозку може знижуватися. Постійний високий АТ може призводити до пошкодження судин у головному мозку, що ускладнюється розвитком

ішемічних інсультів, крововиливів та інших проблем з кровообігом. Ці ускладнення можуть впливати на функціонування мозку та призводити до розвитку когнітивних порушень. Перенесені порушення мозкового кровообігу спостерігались у 14,2 % опитаних. Також у 19,1 % опитаних не спостерігались супутні захворювання (рис. 2.2).

## **2.2 Фармакотерапія пацієнтів з артеріальною гіпертензією**

Ефективна фармакотерапія гіпертензії не лише регулює високий кров'яний тиск, але й сприяє покращенню загального стану та здоров'я серцево-судинної системи, а також зменшує ризик смертності.

Препаратами першої лінії у лікуванні АГ на теперішній час є п'ять класів (груп) гіпотензивних засобів:

- діуретики
- інгібітори АПФ
- антагоністи кальцієвих каналів тривалої дії
- антагоністи рецепторів ангіотензину II
- бета-адреноблокатори.

При застосуванні в еквівалентних дозах ці ЛЗ призводять до зниження АТ та суттєвого зменшення ризику серцево–судинних ускладнень [4, 37].

Всі опитані пацієнти отримували 2 та більше препаратів різних фармакологічних класів для досягнення цільового рівня АТ (рис. 2.3).

Практично всі хворі отримували діуретики (96,7 %). 43,3 % опитаних респондентів були призначені ІАПФ, третина хворих використовувала дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів тривалої дії. Найрідше



застосовувалися бета-адреноблокатори та антагоністи рецепторів ангіотензину II – у 20 та 13,3 % хворих відповідно.

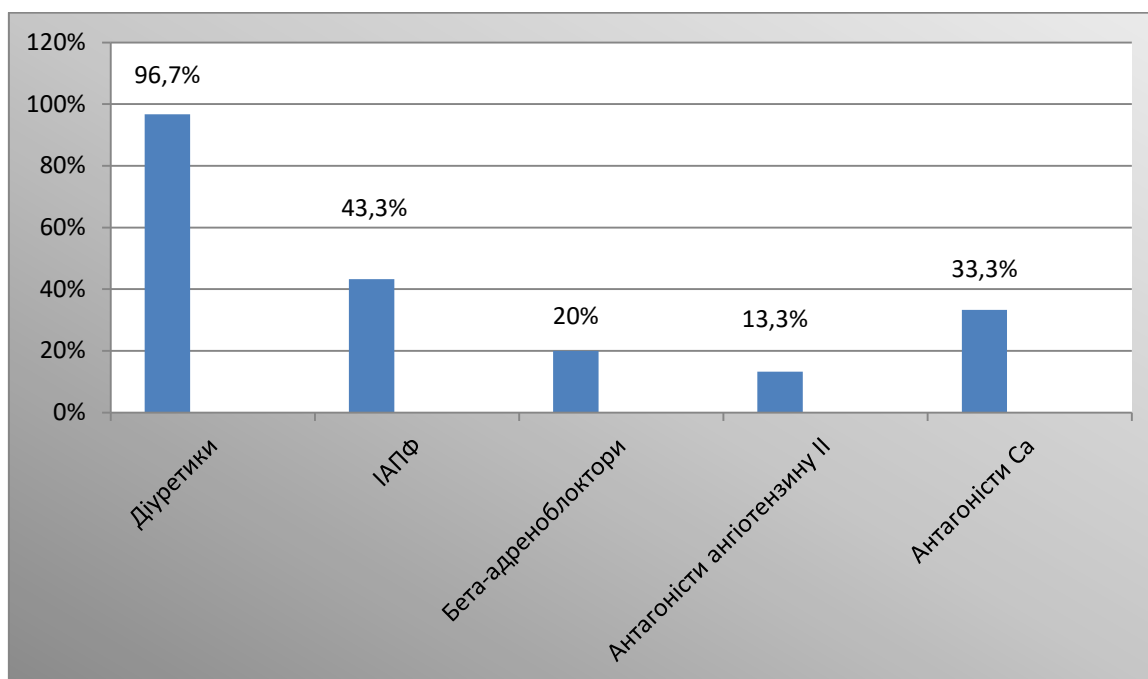


Рисунок 2.3 – Частота застосування антигіпертензивних препаратів різних груп у пацієнтів з АГ

Серед комбінацій, що використовувались найбільш часто, слід відзначити застосування ІАПФ + діуретик – у 43,3 % пацієнтів. Перевагами такої комбінації є посилення діуретиками антигіпертензивного ефекту ІАПФ, спрощення режиму прийому препаратів і підвищення прихильності до тривалого лікування АГ. 33,3 % пацієнтів приймали дигідропіридиновий антагоніст Ca + діуретик, що належить до базових комбінацій антигіпертензивних засобів. 20% пацієнтів застосовували бета-блокатор + діуретик. Дана комбінація сприяє зниженню захворюваності на ІХС та смертності від серцево-судинних захворювань [19, 24]. Поєднане застосування АРА II + діуретик мало місце у 13,3 % хворих. Також застосовувались такі

комбінації, як антагоніст Са + ІАПФ + діуретик – у 6,7 %, АРА II + антагоніст Са та АРА II + антагоніст Са + діуретик по 3,3 % опитаних відповідно.

Серед додаткових препаратів, які використовувались хворими, були виділені статини, антитромботичні препарати (антиагреганти), амінокислоти, вітаміни, препарати калію тощо. Всі хворі на АГ з встановленими серцево-судинними захворюваннями або з ЦД 2-го типу повинні отримувати терапію статинами, спрямовану на зниження рівня загального ХС і ХС ЛПНЩ у крові. Позитивний ефект прийому статинів пацієнтами без попередніх серцево-судинних захворювань було підтверджено висновками дослідження JUPITER, в якому було показано, що у хворих з рівнем ХС ЛПНЩ, менше 3,4 ммоль/л та підвищенням рівня С-реактивного протеїну, призначення розувастатину призводить до зменшення відносного ризику розвитку інфаркту міокарда на 54 %, інсульту – на 48 %, потреби в реваскуляризації – на 46 %. [7, 11, 18].

Антитромбоцитарні (антиагрегантні) засоби, зокрема, низькі дози АСК, рекомендовано призначати хворим на АГ, які уже перенесли серцево-судинні події, за умови відсутності надмірного ризику кровотечі. Потрібно також розглянути доцільність призначення низьких доз АСК хворим на АГ старше 50 років без серцево-судинних ускладнень в анамнезі, які мають високий та дуже високий додатковий ризик, та пацієнтам з підвищенням вмісту креатиніну у крові, навіть у випадку помірного його підвищення [11, 21].

Комбіноване застосування антигіпертензивних ЛЗ необхідне 50-75 % хворих на артеріальну гіпертензію. У випадку неефективності монотерапії не слід збільшувати дозу до максимальної, оскільки це підвищує вірогідність побічних ефектів. Краще застосовувати комбінацію 2, а за необхідності – 3-4 препаратів. У хворих з м'якою гіпертензією лікування можна починати як з монотерапії одним з препаратів першого ряду, так і з фіксованої комбінації двох препаратів першого ряду. У хворих з помірною та тяжкою АГ у більшості

випадків доцільно замість монотерапії відразу застосовувати комбінацію 2 або більше препаратів. Лікування повинно бути індивідуалізованим, враховуючи не лише рівень артеріального тиску, але й інші фактори ризику та супутні захворювання пацієнта [4, 16].

### **2.3 Оцінка факторів впливу на рівень прихильності до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію**

Не менш важливо регулярно приймати лікарські засоби у лікуванні артеріальної гіпертензії. Це ключовий аспект у контролі та управлінні цим захворюванням. Регулярність прийому лікарських засобів має критичне значення, оскільки неправильне або непостійне лікування може призвести до нестабільності артеріального тиску та погіршення контролю за перебігом захворювання. Це може підвищити ризик серцево-судинних ускладнень, таких як інсульт, інфаркт міокарда та ін.

Враховуючи важливість регулярного прийому лікарських засобів, ретельне дотримання рекомендацій лікаря може допомогти забезпечити ефективне лікування АГ та підтримати задовільний стан серця і судин.

Аналізуючи отримані дані встановлено, що регулярності прийому ЛЗ на 100 % дотримуються лише 10 пацієнтів (33,3 %), на 75 % – 15 пацієнтів (50 %) і 5 пацієнтів (16,7 %) тільки у 50 % випадків регулярно вживають призначені ЛЗ (табл. 2.1).

Регулярний моніторинг тиску дозволяє вчасно виявляти будь-які зміни і втручатися, якщо потрібно, щоб уникнути ускладнень. Лікар може призначити специфічний графік контролю тиску в залежності від індивідуальних характеристик та стану здоров'я пацієнта. У випадку будь-яких змін у тиску або появі нових симптомів важливо звертатися до лікаря для оцінки ситуації.

Таблиця 2.1 – Пацієнто-орієнтовані фактори прихильності до лікування артеріальної гіпертензії

Показник	n=30
Регулярність прийому ЛЗ	
регулярно у 100 % випадків	10
регулярно у 75 % випадків	15
регулярно у 50 % випадків	5
Регулярність контролю АТ	
завжди	22
інколи	7
не контролюю	1
Необхідність тривалого прийому ЛЗ	
позитивно	27
сумніваюсь	3

Загалом, регулярний контроль АТ є важливим елементом у керуванні артеріальною гіпертензією та забезпеченні здоров'я серця та судин. Серед опитаних пацієнтів регулярно контролюють артеріальний тиск 22 пацієнти (73,3 %), інколи – 7 пацієнтів (23,4 %), не контролює – 1 пацієнт (3,3 %).

Тривалий прийом лікарських засобів також є дуже важливим елементом у лікуванні артеріальної гіпертензії. Багато лікарських препаратів потребують систематичного прийому протягом тривалого часу для досягнення максимальної ефективності. Невідкладний та правильний прийом ліків у встановлених дозах є важливим для забезпечення стабільного контролю артеріального тиску та попередження ускладнень. 90 % опитаних пацієнтів

відносяться позитивно до тривалого прийому лікарських засобів, 10 % сумніваються щодо необхідності тривалого прийому.

Розподіл причин, які перешкоджають повному дотриманню всіх лікарських призначень і рекомендацій наведений на рисунку 2.4

Опитувані розподілились наступним чином:



Рисунок 2.4 – Розподіл пацієнтів за ступенем дотримання всіх лікарських призначень і рекомендацій при артеріальній гіпертензії

Серед опитуваних виділена третина пацієнтів, які приймають всі антигіпертензивні препарати 30 % (9 пацієнтів), 23,4 % (7 пацієнтів) опитаних вважають вартість лікування високою, 16,7 % (5 пацієнтів) відзначали, що надають перевагу фітопрепаратам, 13,3 % (4 пацієнта) дотримуються тактики «заощадження» таблеток, 10 % (3 пацієнта) забувають регулярно приймати

ліки, 3,3 % (1 пацієнт) вважає недоцільним прийом препарату у зв'язку з відсутністю впливу підвищеного артеріального тиску на самопочуття, а також 3,3 % (1 пацієнт) спостерігає побічні ефекти від призначених препаратів у вигляді запаморочення і нудоти.

Найсучасніше лікування артеріальної гіпертензії полягає у комплексному підході, який включає не лише фармакологічні засоби, а й зміни у способі життя. Найкращий підхід до лікування артеріальної гіпертензії визначається з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта та рекомендаціями лікаря. Всі опитувані хотіли б отримувати найсучасніше лікування.

Оцінювання рівня прихильності до лікування проводили за 8 пунктовою шкалою Моріскі Грін. 30 опитаних пацієнтів давали відповіді на 8 запитань, які стосуються відношення до прийому препаратів. Високі показники прихильності спостерігались тільки у 10 % (3 пацієнта), середні – у 33,3 % (10 пацієнтів), низькі – у 56,7 % (17 опитуваних) (рис. 2.5).

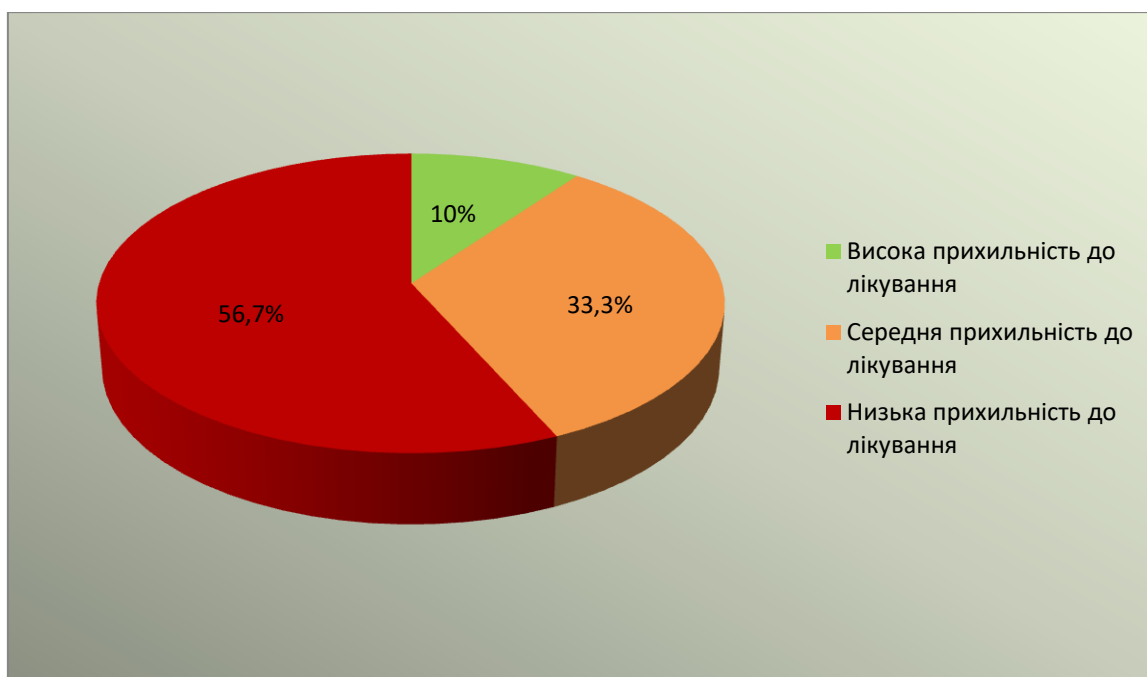


Рисунок 2.5 – Рівень прихильності до лікування артеріальної гіпертензії за шкалою Моріскі-Грін

Частка осіб, прихильних до застосування АГП, була вищою серед учасників, які отримували медикаменти безкоштовно або з великою знижкою, у порівнянні з тими, хто витрачав на ліки значну кількість грошей. Урядова програма «Доступні ліки» – це можливість для кожного громадянина України отримати лікарські засоби, які покращать якість його життя, зможуть запобігти виникненню ускладнень та передчасної смертності. Програма забезпечує право отримати безкоштовно чи з незначною доплатою ліки за рецептами особам, хворим на серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму, цукровий діабет 2 типу та ін. Програма «Доступні ліки» дозволяє зменшити фінансове навантаження на пацієнтів та збільшити доступність ліків [6].

24 пацієнти (80 %) користуються програмою «Доступні ліки», також 8 пацієнтів (26,7 %) звертались до лікаря з проханням замінити дорогі лікарські засоби на більш дешеві та доступні.

АГ є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності. Її значущість полягає в тому, що вона є ключовим фактором ризику для розвитку інших серцево-судинних захворювань, таких як інсульт, інфаркт міокарда, серцева недостатність, аритмії. А прихильність до терапії при АГ визначає кінцеву ефективність всього лікування.

Велике значення має зміна у способі життя: найбільш значущим фактором є вживання солоної їжі, оскільки 53,3 % опитуваних її вживають, а 26,7 % інколи її вживають; фізична активність – потрібно ввести активний спосіб життя, оскільки малорухомий спосіб життя призводить до більшого ризику виникнення ССЗ. На жаль, займаються регулярною фізичною активністю тільки 33,3 %. Також слід слідкувати за харчуванням та дотримуватись

дієтотерапії і позбутись поганих звичок, адже 40 % пацієнтів є курцями, а 36,7 % – часто вживають алкоголь.

Виходячи з отриманих результатів, встановлено, що 90 % пацієнтів мають недостатній рівень прихильності до фармакотерапії АГ. До визначальних факторів невиконання рекомендацій лікарів належать: фінансова доступність ліків, часто пацієнти вибирають більш економний препарат (23,4 %) або заощаджують таблетки (13,3 %). Також низький рівень прихильності до лікування пов'язаний з можливим розвитком побічних ефектів ліків (3,3 %). Разом з тим значна частка пацієнтів застосовує народні засоби або надають перевагу лікуванню фітопрепаратами (16,7 %).

Аналізуючи дані, можна відзначити, що лише 33,3 % опитуваних повністю дотримуються регулярності прийому ЛЗ, а для досягнення оптимальних результатів лікування, важливо повністю дотримуватися рекомендацій щодо прийому лікарських засобів: вживати їх у встановлені години та у відповідних дозах. Також важливо не переривати лікування без дозволу лікаря та не припиняти його, як тільки симптоми зникають. Велике значення має також зв'язок з лікарем для відстеження результатів лікування та потреби у внесенні змін у режим лікування відповідно до індивідуальних потреб пацієнта.

Не менш важливо вимірювати артеріальний тиск регулярно, зазвичай кілька разів на тиждень або за рекомендацією лікаря. Вимірювання повинні бути проведені в спокійному стані і в однаковий час дня. Рекомендується вести журнал з показниками тиску, в якому будуть зазначені дата, час і отримані дані. Це дозволить відстежувати зміни АТ та передавати інформацію лікареві. На жаль, є пацієнти, які взагалі не контролюють (3,3 %) або інколи здійснюють вимірювання АТ (23,3 %).



Дослідження проводилось з урахуванням виявлення супутньої патології. Так, у 19,1 % пацієнтів спостерігалася наявність ЦД, у 9,5 % – ІХС, перенесені порушення мозкового кровообігу спостерігались у 14,2 % опитаних. Відомо, що за наявності асоційованих з АГ станів (ІХС, ЦД, серцева недостатність, хвороби нирок та ін.) досягнення цільового рівня АТ має певні труднощі, обумовлені необхідністю призначення більшої кількості ЛЗ, що може впливати на прихильність хворого до лікування, та потребує вибору певної групи антигіпертензивних препаратів з доказовою базою ефективності при конкретній супутній патології [4, 37].

Покращення прихильності у таких пацієнтів можливе завдяки розробці та впровадженні сучасних підходів у лікуванні артеріальної гіпертензії:

1. Активне навчання пацієнтів:
  - Викладення інформації про характер захворювання, необхідність лікування та його ефективності може підвищити рівень усвідомленості пацієнтів.
  - Спільна робота лікаря та фармацевта із пацієнтом в напрямку вирішення конкретних питань та пояснення плану лікування може сприяти кращому розумінню та прийняттю пацієнтом своєї ролі в управлінні захворюванням.
2. Призначення полікомпонентних медикаментів або поліпілу: використання комбінованих препаратів може полегшити режим лікування, зменшити кількість прийомів ліків і покращити прихильність.
3. Організаційні заходи: забезпечення доступності ліків та постійний моніторинг стану пацієнта можуть сприяти систематичному та правильному прийому препаратів.
4. Засоби психологічної допомоги:

- Включення психологічної підтримки може бути корисним для корекції несприятливих типів прихильності та покращення емоційного стану пацієнтів;
- Розвиток ефективної комунікації між лікарем, фармацевтом та пацієнтом, а також підтримка пацієнта в процесі лікування може впливати на його ставлення до терапії.

Інтеграція цих підходів у клінічну практику сприятиме підвищенню ефективності лікування артеріальної гіпертензії та поліпшенню прогнозу для пацієнтів.

З 2018 року в більшості пацієнтів з АГ рекомендовано розпочинати терапію одразу з подвійної комбінації препаратів: ІАПФ або БРА II + БКК чи тіазидний / тіазидоподібний діуретик. Якщо призначена двокомпонентна терапія не забезпечує контроль АТ (що спостерігається в  $\approx 1/3$  пацієнтів), доцільно змінити цю комбінацію на іншу чи перейти на ту саму комбінацію з більшими дозами компонентів. Третім варіантом є призначення трьохкомпонентної комбінації АГП: ІАПФ або БРА II + БКК + тіазидний / тіазидоподібний діуретик. Безумовно, з огляду на прихильність до терапії, перевагу слід віддавати фіксованим комбінаціям [4, 31]. У опитаних хворих було вдало підібране лікування, яке відповідало сучасним рекомендаціям щодо лікування АТ.

Також надзвичайно корисно у визначенні ефективності лікування використовувати портативні апарати для вимірювання тиску на протязі дня, це дозволить визначати варіабельність АТ.

Не менш важливими є міжособистісні чинники: встановлення контакту між лікарем та пацієнтом, пацієнтом та фармацевтом, довіра хворого до лікаря, фармацевта, чітке пояснення хворому мети та завдань лікування, надання йому зрозумілих інструкцій, самоконтроль пацієнта та планове лікарське спостереження.

Фармацевтична діяльність і дотримання лікування є взаємопов'язаними і взаємозалежними процесами. Фармацевтична опіка показує тісну взаємодію фармацевта, лікаря та хворого впродовж усього періоду лікування. Фармацевти надають споживачам інформацію про застосування лікарських засобів, правильний прийом, вибір оптимальної лікарської форми, особливості дозування, взаємодії з іншими лікарськими засобами, з їжею, алкоголем, можливі побічні ефекти, умови зберігання даного препарату, а також допомагають у вирішенні будь-яких питань, які можуть виникнути у пацієнтів.

Пацієнти сьогодні можуть отримати ліки та медичні вироби за е-рецептом у будь-якій аптеці в Україні, яка має договір з НСЗУ. До програми «Доступні ліки» включено лікарські засоби, що містять у своєму складі діючу речовину (міжнародну непатентовану назву, активний фармацевтичний інгредієнт) визначені у розділі III «Реімбурсація» Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 року № 1394. Є препарати, які держава повністю відшкодовує, а також пацієнт може обрати іншу торгову марку та доплатити різницю.

Для здійснення належної фармацевтичної опіки основними методами фармацевта під час видачі антигіпертензивних препаратів стають інструктаж відвідувачів аптеки щодо симптомів побічних реакцій, розробка плану дій у випадку негативних ефектів терапії, а також консультування з питань раціонального використання лікарських засобів.

Фармацевти також можуть впливати на дотримання схеми лікування, сприяючи формуванню позитивного ставлення до прийому ліків, надаючи підтримку та мотивацію, індивідуалізуючи підхід до кожного пацієнта.

## ВИСНОВКИ

1. Артеріальна гіпертензія належить до “хвороб цивілізації”. Розповсюдженість її серед дорослого населення знаходиться в межах 20-25 %, а серед людей похилого віку сягає 40 %. Тільки половина пацієнтів з діагностованою гіпертонічною хворобою регулярно приймає ліки для зниження артеріального тиску, що може значно погіршити результати лікування та призвести до серйозних медичних та економічних наслідків.
2. Визначено, що середній вік пацієнтів з АГ становив  $54,67 \pm 1,23$  років з переважанням частки хворих з тривалим перебігом захворювання (97 %). Гіпертонія найбільш часто спостерігалась у одружених працюючих осіб з вищою освітою.
3. Встановлено, що 40 % опитаних респондентів палять, 36,7 % вживають алкоголь, надлишкова вага спостерігалась у 16,7 %, на надмірне вживання солі вказували 53,3 % хворих. Наявність регулярних фізичних навантажень відзначали 33 % опитаних. Майже третина опитаних пацієнтів мала обтяжену спадковість через наявність гіпертонічної хвороби у родичів.
4. Відзначено наявність супутнього цукрового діабету в 19,1 % пацієнтів, ІХС – у 9,5 %, гіперхолестеринемії – у 38,1 %, порушень мозкового кровообігу в анамнезі – у 14,2 % опитаних, що є факторами впливу на прихильність до лікування артеріальної гіпертензії через необхідність прийому більшої кількості ЛЗ.
5. Визначено, що практично всі пацієнти з АГ отримували діуретики (96,7 %). 43,3 % опитаних респондентів були призначені ІАПФ, третина хворих використовувала дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів тривалої дії. До найбільш частих комбінацій увійшли ІАПФ і діуретик – у 43,3 % та антагоніст кальцієвих каналів і діуретик – у 33,3 % пацієнтів.

6. Встановлено, що 66,7 % опитаних хворих не дотримувались регулярного прийому лікарських засобів. Регулярний моніторинг артеріального тиску здійснювали 73,3 % пацієнтів. 90 % опитаних пацієнтів відносяться позитивно до тривалого прийому лікарських засобів, 10 % мають сумніви щодо необхідності в ньому.
7. Доведено, що 90 % опитаних пацієнтів мають недостатній рівень прихильності до фармакотерапії артеріальної гіпертензії за шкалою Моріскі-Грін. Серед причин, які перешкоджають повному дотриманню всіх лікарських призначень і рекомендацій, пацієнти найчастіше вказували на високу вартість лікування (23,4 %), 16,7 % відзначали, що надають перевагу застосуванню фітопрепаратів, 13,3 % дотримуються тактики «заощадження» таблеток. 80 % опитаних хворих користуються програмою «Доступні ліки», 26,7 % звертались до лікаря з проханням замінити дорогі лікарські засоби на більш дешеві та доступні.
8. Визначена роль фармацевта у здійсненні фармацевтичної опіки при веденні пацієнтів з артеріальною гіпертензією, вказані заходи підвищення якості фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання призначених лікарем антигіпертензивних препаратів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Безугла НП, Охрямкіна ТМ, Сахарова Т. Підходи до підвищення прихильності до лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Ліки України. 2021; 3 : 34-38.
2. Внутрішні хвороби. Підручник, заснований на принципах доказової медицини 2018/2019. Практична медицина, Краків, 2018. 1632 с. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.П.2.20.1>.
3. Калугін ІВ, Хаустова ОО. Комплаєнс фармакотерапії осіб похилого віку з поліморбідністю. Ліки України. 2015;4:65-72
4. Коваль СМ. Проблеми класифікації і діагностики артеріальної гіпертензії та стратифікації ризику розвитку її ускладнень у світлі Європейських рекомендацій 2018 року (коментар до рекомендацій). Артеріальна гіпертензія. 2019 ; 1(63) : 26-34.
5. Купраш ЛП, Гріненко ЮО, Купраш ОВ, Гударенко СО. Прийнятність (комплаєнтність) медикаментозної терапії в геріатричній клініці. Проблемы старения и долголетия. 2015;3-4:375-82
6. Наказ МОЗ України від 03. 08. 2018 № 1446 «Про внесення змін до Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 23 липня 2018 року»
7. Сіренко ЮМ, Рековець ОЛ, Радченко ГД. Артеріальна гіпертензія та стрес: С-тип артеріальної гіпертензії та резистентність до антигіпертензивної терапії. Артеріальна гіпертензія. 2022 ; 15 (3-4) : 18-29.
8. Ткачук І. Оцінка прихильності до лікування військовослужбовців, хворих на артеріальну гіпертензію, на сучасному етапі. Ліки України. 2022 ; 2-3(258-259) : 41–43. [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.2-3\(258-259\).264066](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.2-3(258-259).264066)
9. Черкун МП, Катеренчук ІП. Інформованість міських і сільських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби як передумова прихильності до

- лікувально-профілактичних заходів. Україна. Здоров'я нації. 2020 ; 2 : DOI: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.2.2020.201475>
- 10.Чугунов ВВ, Ткаченко ОВ, Данілевська НВ. Особливості порушення комплаєнсу у хворих на цукровий діабет 2-го типу. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2017;10(1):107-11.
  - 11.Ягенський АВ, Павелко ММ. Прихильність до лікування та чинники, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда. Lviv Clinical Bulletin. 2022 ; 1(37) - 2(38): 28-35. <https://doi.org/10.25040/lkv2022.01-02.028>
  - 12.Beaney T, Schutte AE, Tomaszewski M, et al. May Measurement Month 2017: an analysis of blood pressure screening results worldwide. Lancet Glob Health. 2018;6:e736-e743. doi: 10.1093/eurheartj/ehz413
  - 13.Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. A review of prevalence, risk factors, impact, and management. Circulation Research. 2019;124:1124–1140. [doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220)
  - 14.Canoy D, Copland E, Nazarzadeh M, et al. Antihypertensive drug effects on long-term blood pressure: an individual-level data meta-analysis of randomised clinical trials. Heart 2022;108:1281-1289. doi: 10.1136/heartjnl-2021-320171.
  - 15.Cedillo-Couvert EA, Ricardo AC, Chen J, et al. Self-reported medication adherence and CKD progression. Kidney Int Rep. 2018; 3(3) : 645–651. doi: 10.1016/j.ekir.2018.01.007
  - 16.Fuller RH, Perel P, Navarro-Ruan T, et al. Improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review. Heart. 2018; 104:1238–1243. doi: 10.1136/heartjnl-2017-312571
  - 17.Gu A, Yue Y, Desai RP, Argulian E. Racial and ethnic differences in antihypertensive medication use and blood pressure control among US adults with hypertension: the National Health and nutrition examination survey, 2003 to

2012. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2017;10(1):e003166. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003166.
18. Hjørnholm U, Larstorp ACK, Andersen MH, Høiegggen A. Directly observed therapy prior to ambulatory blood pressure measurement (DOT-HTN) in uncontrolled hypertensive patients - Effect on blood pressure, safety and patient perception. *Blood Press.* 2019 Oct;28(5):327-335. doi: 10.1080/08037051.2019.1633907.
19. Hypertension Pharmacological Treatment in Adults: A World Health Organization Guideline Executive Summary Hypertension. 2022;79:293–301. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18192
20. Karmali KN, Lloyd-Jones DM. Global risk assessment to guide blood pressure management in cardiovascular disease prevention. *Hypertension* 2017. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08249
21. Krousel-Wood M. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Med Clin North Am.* 2009 May;93(3):753–769. doi:10.1016/j.mcna.2009.02.007.
22. Krousel-Wood MA, Muntner P, Joyce CJ, et al. Adverse effects of complementary and alternative medicine on antihypertensive medication adherence: findings from the cohort study of medication adherence among older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58:54–61. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02639.x
23. Li J, Somers VK, Gao X, et al. Evaluation of optimal diastolic blood pressure range among adults with treated systolic blood pressure less than 130 mm Hg. *JAMA Netw Open.* 2021;4:e2037554. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.37554
24. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the



- International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
25. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134:441–450. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912.
26. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. DOI: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
27. Nakagawa N, Hasebe N. Impact of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association blood pressure guidelines on the next blood pressure guidelines in Asia. *Curr Hypertens Rep*. 2019;21:2. doi: 10.1007/s11906-019-0906-2
28. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021 Sep 11;398(10304):957-980. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1.
29. Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389:37–55. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31919-5
30. Proia KK, Thota AB, Njie GJ, et al. Community Preventive Services Task Force. Team-based care and improved blood pressure control: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2014; 47:86–99. doi: 10.1016/j.amepre.2014.03.004

31. Shen B, Guan T, Du X, et al. Medication adherence and perceived social support of hypertensive patients in China: a community-based survey study. *Patient Preference Adherence*. 2022 May 18;16:1257-1268. doi: 10.2147/PPA.S363148.
32. Umemura, S., Arima, H., Arima, S., et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2019). *Hypertension Research*. 2019; 42(9): 1235-1481. doi:10.1038/s41440-019-0284-9
33. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens*. 2020;38(6):984. DOI: doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA
34. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al; ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012; 73: 691–705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
35. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/ NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018 ;138:e484–e594. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000596
36. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management Of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018;36:1953–2041. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339
37. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2019. 132 p.