

*На правах рукописи*

**Конобеева Елена Владимировна**

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ  
МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ  
КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

14.01.05 – кардиология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Саратов - 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель**

доктор медицинских наук, профессор **Соколов Иван Михайлович**

**Официальные оппоненты:**

**Олейников Валентин Эливич**, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет» Минобрнауки России, медицинский институт, кафедра терапии, заведующий кафедрой;

**Панова Тамара Николаевна**, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор кафедры госпитальной терапии, профессор кафедры.

**Ведущая организация**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Защита диссертации** состоится «09» марта 2016 года в 13<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д 208.094.03 при ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России по адресу: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России и на сайте организации [www.sgtmu.ru](http://www.sgtmu.ru)

**Автореферат разослан** «30» декабря 2015 года

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Кодочигова А.И.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности во всем мире. По оценкам экспертов в 2012 году в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 17,5 млн. человек, что составляет 31% всех случаев смертельных исходов. В структуре этого числа 7,4 млн. умерло от ишемической болезни (ИБС) сердца и 6,7 млн. человек в результате инсульта (в том числе и на фоне фибрилляции предсердий) [ВОЗ, 2015]. В России 40% всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на возраст от 25 до 64 лет, то есть трудоспособный возраст, в большинстве случаев это можно предотвратить [Агеев Р.Ф., Мареев В.Ю., 2010]. Невыполнение врачебных рекомендаций, то есть нон-комплаенс, помимо сложности в лечении хронических заболеваний пациентов, несет в себе значительное финансовое бремя для системы здравоохранения, как в развитых европейских государствах, так и в развивающихся [Аведисова А. С., 2012; Graf M., 2008; Bauer C., 2009; Marstedt G., 2011]. Европейская федерация ассоциаций фарминдустрии указывает, что неприверженность пациентов к лечению стоит правительствам европейских стран почти 125 млрд. евро и способствует преждевременной смерти около 200 тысяч европейцев в год [El Malla H., Ylitalo Helm N., 2013]. Известно, что недостаточная приверженность приводит к повышению частоты госпитализаций [Арутюнов А.Г., 2014; Schmidt F., 2006; Ambrosy E., 2013]. В России значительный процент госпитализаций связан с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН) и развитием острых коронарных событий [Мареев В.Ю., 2010; Арутюнов Г.П., Арутюнов А.Г., 2014]. Среди важных факторов, влияющих на приверженность и связанных с пациентом, следует выделить такие как, физическое, эмоциональное состояние, удовлетворенность лечением, мотивацию пациента, его ожидания от проводимой терапии. Отметим, что указанные факторы довольно субъективны, поэтому оценить их не всегда просто [Наумова Е.А., Шварц Ю.Г., 2006; Данилов Д.С., 2011; Вольская О.С., 2014]. На сегодняшний день не так много эффективных вмешательств, повышающих приверженность пациентов к рекомендованному лечению [Данилов Д.С., 2011; Vollmer W.M., 2011; Rodrigues R., 2012]. Основные развивающиеся направления в разработке данных вмешательств – это создание электронных устройств, мобильных приложений, «умных» упаковок лекарственных препаратов, смс-оповещений с напоминанием [Hughes D., 2007; Bondesson A., 2009; Christensen A., 2010; Jekle C., 2011; Nerini E., 2013]. Однако в реалиях России данные вмешательства еще не настолько повсеместно применимы, поэтому письменные рекомендации остаются на лидирующих позициях [Беленков Ю.Н., 2007; Оганов Р.Г., 2009]. В основе

невыполнения врачебных рекомендаций у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), помимо личностных особенностей, социального уровня, пола и возраста, также может лежать наличие когнитивных и психологических расстройств, которые затрудняют работу системы «врач – пациент» [Левин О.С., 2009; Захаров В.В., 2012; Lip G.Y., Camm A.J., 2013; Moazzami K., Kalantarion S., 2015]. Таким образом, проблема приверженности пациентов к лечению остается актуальной в различных областях современной медицины. Изучение возможностей воздействия на пациента, формирование мотивационных стимулов и выявление причин некомплаентности является одной из активно развивающихся областей медицинской науки.

**Цель** – исследовать влияние клинических факторов, в том числе фибрилляции предсердий, на приверженность больных с ишемической болезнью сердца к длительному лечению и оценить возможности воздействия на их мотивацию к выполнению врачебных назначений.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести анализ показателей удовлетворенности от лечения и собственной оценки изменения самочувствия у пациентов с различными клиническими вариантами ишемической болезни сердца, имевших синусовый ритм либо персистирующую или постоянную фибрилляцию предсердий.

2. Изучить приверженность пациентов к долгосрочной терапии в зависимости от клинических особенностей течения ишемической болезни сердца.

3. Оценить влияние стандартизированных наглядных рекомендаций на приверженность к долгосрочной терапии пациентов с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца, осложнившейся фибрилляцией предсердий.

4. Рассмотреть зависимость частоты повторных госпитализаций больных с различными формами ишемической болезни сердца и фибрилляции предсердий от использования ими стандартизированных наглядных рекомендаций.

#### **Научная новизна**

В настоящей работе впервые установлено:

- у пациентов с различными клиническими вариантами течения ИБС наличие фибрилляции предсердий (персистирующей либо постоянной) определяет особенности формирования субъективной оценки самочувствия и удовлетворенности лечением и оказывает влияние на приверженность к долгосрочной терапии;
- фибрилляция предсердий и хронической сердечной недостаточности являются независимыми предикторами относительно хорошей приверженности к длительному применению диуретиков у пациентов с ИБС;

- больные ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий проявляют большую приверженность к предписанному лечению в случае использования ими рекомендованных во время госпитализации и после выписки из стационара стандартизированных наглядных рекомендаций;
- использование стандартизированных наглядных рекомендаций (СНР) оказывает независимое и совместное с определенными клиническими факторами влияние на регулярность приёма статинов и диуретиков пациентами с ИБС;
- наличие у пациентов острого инфаркта миокарда в сочетании с ФП на момент поступления и выдача стандартизированных наглядных рекомендаций, как во время госпитализации, так при выписке из стационара, имеют значимое совместное «влияние» на уменьшение количества повторных госпитализаций пациентов в период 3-6 месяцев после выписки.

### **Практическая значимость**

1. Показано, что субъективная оценка проводимого лечения пациентов с различными вариантами течения ИБС обоего пола в определенной степени определяется наличием или отсутствием ФП: женщины с ФП в минимальной степени удовлетворены лечением, в то время как мужчины с ИБС без ФП демонстрируют максимальную удовлетворенность.

2. Продемонстрировано, что пациенты с ИБС и ФП, имеющие хроническую сердечную недостаточность, отмечают достаточно высокую удовлетворенность лечением, регулярно используют рекомендованные препараты и реже пропускают их прием.

3. Установлено, что при сочетании трех клинических факторов, таких как фибрилляция предсердий, острый инфаркт миокарда и хроническая сердечная недостаточность, предполагают большую комплаентность в отношении использования бета-адреноблокаторов (БАБ), статинов и диуретиков.

4. Показано, что использование СНР, выданных пациентам с ИБС и ФП во время госпитализации и при выписке, обеспечивает большую приверженность к выполнению рекомендаций.

5. Установлено, что высокую приверженность к применению статинов после выписки следует ожидать у больных, имеющих ФП и получивших СНР как во время госпитализации, так и при выписке, при условиях принадлежности к старшим возрастным группам либо при наличии ОИМ.

6. Показано, что при обеспечении больных различными формами ИБС в сочетании с ФП стандартными наглядными рекомендациями отмечается уменьшение частоты повторных госпитализаций, начиная с периода 3–6 месяцев после выписки. Указанная тенденция наиболее значимо продемонстрирована для пациентов с ОИМ.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

Установленные различия в оценке субъективных показателей удовлетворенностью лечением у пациентов с различными клиническими вариантами ИБС в зависимости от сохранения у них синусового ритма либо развития ФП могут оказывать влияние на приверженность пациентов к долгосрочной терапии.

Сочетание нескольких клинических факторов у больных ИБС определяет характер формирующейся в течение первых 6 месяцев после выписки из стационара приверженности к рекомендованной терапии. Наибольшее положительное влияние на устанавливающийся комплаенс оказывают ФП и ХСН.

Повышению приверженности к долгосрочной терапии у пациентов с ИБС, осложненной ФП, способствует использование больными СНР во время госпитализации и в течение первых 6 месяцев после выписки из стационара.

Применение стандартизированных наглядных рекомендаций способствует снижению частоты повторных госпитализаций в период от 3–6 месяцев после выписки у больных с различными клиническими вариантами ИБС и ФП.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты проведенной работы используются в преподавании студентам 4-го и 5-го курсов дисциплины «Факультетская терапия» на кафедре факультетской терапии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (СГМУ), работе отделений кардиологии и терапии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ, МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. академика В.Н. Кошелева», ГАУЗ СО «Энгельсская районная больница», ГУЗ «Центральная городская клиническая больница» г. Ульяновска.

### **Апробация работы**

Результаты проведенного диссертационного исследования представлены на IV Международном конгрессе «Кардиология на перекрестке наук» (Тюмень, 2013); II Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (Самара, 2013); Международном форуме кардиологов (Москва, 2013); Российском национальном конгрессе кардиологов «Кардиология: от науки к практике» (Санкт-Петербург, 2013); научно-практической конференции с международным участием «Профилактика 2014» (Москва, 2014); межрегиональной конференции кардиологов и терапевтов (Саратов, 2015). По теме диссертации опубликовано 24 печатные работы, из них шесть – в журналах, рекомендуемых ВАК России.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 147 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 221 источник, в том числе 69 отечественных и 152 иностранных. Работа иллюстрирована 28 таблицами, 18 рисунками.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе оценивалось влияние различных клинических факторов и субъективной оценки самочувствия, удовлетворенности лечением и эмоционального комфорта на приверженность к длительному лечению пациентов с ИБС, а также проводилось сравнение их приверженности к рекомендованному лечению в зависимости от наличия или отсутствия персистирующей либо постоянной форм ФП.

С этой целью в исследование включались пациенты, находящиеся на стационарном лечении в кардиологических отделениях клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ и городской клинической больницы № 8 г. Саратова. Все пациенты соответствовали следующим критериям включения: возраст не старше 74 лет, наличие ИБС, синусовый ритм, наличие ФП постоянной или персистирующей формы анамнестически. В исследование не включались пациенты, имеющие стойкое повышение артериального давления, несмотря на регулярный прием двух или более гипотензивных препаратов; осложненный ОИМ; стенокардию напряжения IV функционального класса (ФК) на фоне антиангинальной терапии; тяжелое течение ХСН (IV ФК по NYHA) и/или фракцию выброса левого желудочка ниже 35%; транзиторную ишемическую атаку и острое нарушение мозгового кровообращения в течение 6 месяцев до обследования; умеренные и тяжелые когнитивные нарушения по краткой шкале оценки психического статуса, другую патологию, способную, по мнению врача-исследователя, оказывать влияние на когнитивные функции пациентов и их комплаентность. После рандомизации были сформированы две группы исследуемых. Для рандомизации использовалась рандомизационная таблица, генерированная программой Statistica 6.0. В группу исследования были включены 56 пациентов с сочетанием ИБС и ФП, средний возраст больных составил  $62,3 \pm 4,9$  года, из них 33 мужчины и 23 женщины.

Группа сравнения на первом этапе объединила 60 больных с ИБС без ФП, в том числе 29 женщин и 31 мужчину, средний возраст пациентов составил  $58,5 \pm 5,8$  года.

В исследование включались больные с острыми и хроническими формами ИБС, госпитализированные в стационар, как в экстренном, так и в плановом порядке. Большинство пациентов из обеих групп поступали в экстренном порядке (64 и 72% соответственно). Наиболее частыми причинами госпитализации больных с ФП оказались декомпенсация ХСН (33,9%) и ОИМ (51,8%), для пациентов без ФП главным поводом для лечения в стационаре был ОИМ (53,3%), а уже потом – прогрессирование ХСН (26,7%). Вместе с тем по структуре представленных патологий обе группы оказались сопоставимы.

Основные клинические характеристики пациентов основной группы и группы сравнения представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Основные клиничко-демографические характеристики пациентов рассматриваемых групп, n (%)**

Характеристика	Пациенты с ИБС и ФП	Пациенты с ИБС без ФП
Средний возраст, лет (M ± SD)	62,3 ± 4,9	58,5 ± 5,8
Мужской пол	33 (59,0)	31 (52,0)
Женский пол	23 (41,0)	29 (48,0)
Артериальная гипертония	54 (98,0)	59 (99,0)
Перенесенный инфаркт миокарда	34 (53,6)	28 (46,6)
Стенокардия напряжения	47 (61,0)	39 (65,0)
Персистирующая форма ФП	17 (30,4)	0
Постоянная форма ФП	39 (69,6)	0
II-III ФК ХСН по NYHA	32 (57,0)	29 (48,3)

Все пациенты получали регулярную терапию по поводу ИБС в соответствии со стандартами лечения данной патологии и содержанием современных руководств. При анализе рекомендованной терапии учитывалось лечение дезагрегантами, нитратами, ингибиторами АПФ/АРАII, статинами, диуретиками, блокаторами медленных кальциевых каналов (БМКК), БАБ. У пациентов, имеющих ФП, анализ антиаритмической терапии и приема оральные антикоагулянтов, назначаемых для профилактики тромбоэмболических осложнений, не проводился, в связи с тем, что на данном этапе исследования осуществлялось сопоставление с группой больных без ФП, которые не использовали эти компоненты лекарственной терапии.

По основным клиническим характеристикам и содержанию проводимой терапии группа пациентов с ИБС и ФП была сопоставима с группой сравнения.

На втором этапе в соответствии с задачами исследования оценивалось влияние выдачи СНР на приверженность к длительному лечению больных с ИБС и ФП. С этой целью обследуемые были рандомизированы на две группы: вмешательства – 33 пациента, которым во время госпитализации выдавались СНР, и сравнения – 31 пациент, не получившие СНР ни во время госпитализации, ни при выписке.



Для рандомизации использовалась рандомизационная таблица, генерированная программой Statistica. При формировании групп обследуемых на втором этапе настоящей работы также использовались указанные критерии включения и исключения. Основные клинические характеристики пациентов рассматриваемых групп представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Основные клинико-демографические характеристики пациентов с ИБС и ФП, обследованных на втором этапе, n (%)**

Характеристика	Пациенты, которым выдавались СНР	Пациенты, которым не выдавались СНР
Средний возраст, лет (M±SD)	62,8 ± 7,1	63,5 ± 6,9
Мужской пол	20 (60,0)	18 (58,0)
Женский пол	13 (40,0)	13 (42,0)
Плановая госпитализация	3 (9,1)	5 (16)
Экстренная госпитализация	30 (99,0)	26 (84,0)
Острый инфаркт миокарда	12 (36,4)	8(25,8)
Нестабильная стенокардия	15 (45,5)	12 (38,7)
Декомпенсация ХСН	5 (15,1)	7 (22,6)
Гипертонический криз	1 (3,0)	4 (12,9)
Артериальная гипертензия	33 (100)	31 (100)
Перенесенный ИМ	21 (63,6)	17(54,8)
Стенокардия напряжения	23 (69,7)	25 (81,0)
Персистирующая форма ФП	19 (57,6)	16 (51,6)
Постоянная форма ФП	14 (42,4)	15 (48,4)
II-III ФК ХСН	23 (69,7)	19 (61,3)

Основные группы препаратов, как в группе вмешательства, так и в группе сравнения – дезагреганты, статины, ИАПФ/АРА II, амиодарон, БАБ, БМКК, диуретики, нитраты.

Обе группы пациентов с ИБС и ФП, обследованных на данном этапе, были сопоставимы между собой по клиническим характеристикам и проводимой терапии. Контроль частоты желудочковых сокращений достигался назначением БАБ, профилактика рецидивов ФП обеспечивалась амиодароном и БАБ.

Сопоставление и оценка антикоагулянтной терапии не проводились, так как рассмотрение приверженности больных к этому компоненту комбинированной терапии выходило бы за рамки спланированного исследования.

Все обследования проводились на добровольной основе после подписания информированного согласия. Стандартизированные наглядные рекомендации, разработанные Е.А. Наумовой и Ю.Г. Шварцем (2007), содержали информацию о проводимой терапии, которая корректировалась по мере ее изменения во время нахождения в стационаре, а также при выписке пациента. Стандартизированные

наглядные рекомендации представляют собой небольшой плакат, формата А4, и выполнены в виде цветной таблицы (рис. 1).

Этот препарат	Снижает угрозу	Позволяет достигнуть	Поддерживает и сохраняет
Аспирин 125 мг (1/4 таблетки) 1 раз в день, после еды	Тромбозов в мозговых и коронарных сосудах	Продления полноценной жизни	Нормальную текучесть крови
Метопролол по 50 мг 2 раза в день в 07 <sup>00</sup> и 19 <sup>00</sup>	Внезапную смерть, «скачков» АД и сердцебиений	Лучшей устойчивости к нагрузкам и волнениям; жизни без боли в груди и гипертонии	Экономную работу сердца, защищает от стресса
Эналаприл по 10 мг 2 раза в день в 08 <sup>00</sup> и 20 <sup>00</sup>	Инфаркта, инсульта, почечной недостаточности и их прогрессирования	Стабильности АД и кровообращения; повышения жизненной активности и работоспособности	Работу сердца, почек, оптимальное давление
Аторвастатин по 20 мг по 1 таблетке на ночь	Инфаркта, инсульта и смерти сильнее других лекарств	Максимально возможной продолжительности жизни.	Оптимальный обмен холестерина в крови; защищает

**Рис. 1. Стандартизированные наглядные рекомендации (образец) [Шварц Ю.Г., Наумова Е.А., 2007]**

Особенностью данных рекомендаций является выделение цветовых сочетаний «текст-фон», определяющих соответственно для каждого из трех утверждений агрессию, радость и спокойствие. Данные цветовые сочетания были определены на основании классических теорий восприятия человеком цвета [Лебедев-Любимов А.Н., 2003; Kenig T., 1925; Luscher M., 1969].

Эффекты препарата в СНР были описаны не традиционным способом, используемым в аннотациях к лекарственным средствам, а в виде трех кратких утверждений о действии препарата с трех точек зрения [Hunt L.M., 1997; Cialdini R., 2001]:

1. Снижение страхов пациента (например, Метопролол снижает угрозу внезапной смерти, «скачков» артериального давления, сердцебиения).

2. Внимание на возможные достижения при длительном приеме каждого препарата (Метопролол позволяет достигнуть лучшей устойчивости к нагрузкам и волнениям).

3. Акцент на возможности поддержания и сохранения нормального функционирования их организма (Метопролол поддерживает и сохраняет экономную работу сердца, защищает от стресса).

Утверждения были стандартизированы по рекомендованным препаратам, состав которых был индивидуален для каждого из пациентов (рис. 1). Таким образом, пациент мог сам оценить, на фоне приема каких лекарственных препаратов улучшалось его самочувствие во время госпитализации и на амбулаторном этапе.

У всех пациентов, участвующих в исследовании на первом и втором этапах, проводилась оценка когнитивных функций с помощью краткой шкалы (Mini-mental State Examination – MMSE), разработанной M.F. Folstein et al. (1975). Контрольные визиты с заполнением «формы-опросника» [Наумова Е.А., Шварц Ю.Г., 2005] проводились пациентам первого этапа исследования через 6 месяцев после выписки, пациентам второго этапа – через 3 и 6 месяцев после выписки из стационара.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы Statistica 6.0. Распределение данных проверялось на нормальность. Сопоставление по качественным характеристикам проводилось с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). В случае если распределение значений в выборках отличалось от нормального, для статистической обработки использовались методы непараметрического анализа (коэффициент Kendall, Gamma).

Для сравнения выделенных групп также применялись таблицы сопряженности, критерии Хи-квадрат (Chi-Square) и Фишера (Fisher). Для анализа сочетанного «влияния» нескольких факторов на качественный признак использовался многофакторный дисперсионный анализ «MANOVA», а также пошаговый логистический регрессионный анализ.

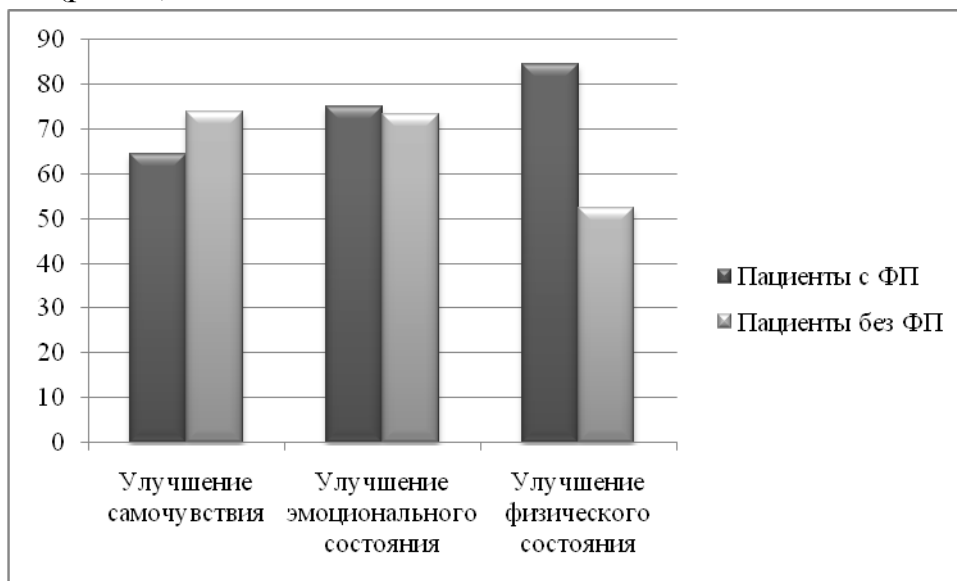
## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

### **1. Анализ показателей удовлетворенности лечением и собственной субъективной оценкой изменения самочувствия у пациентов с различными клиническими вариантами ишемической болезни сердца**

При изучении показателей удовлетворенности и собственной субъективной оценки самочувствия в группах пациентов с ИБС, имеющих синусовый ритм либо ФП, были получены следующие результаты.

Пациенты с ИБС без ФП через 6 месяцев после выписки из стационара отметили большую удовлетворенность лечением по сравнению с группой больных, имевших на момент включения в исследование персистирующую или постоянную форму ФП.

В то же время констатировали улучшение физического состояния 84,6% пациентов с ФП и только 52,38% пациентов без ФП ( $p < 0,04$ ). В оценке улучшения самочувствия и эмоционального состояния достоверных различий в группах получено не было (рис. 2).



**Рис. 2. Оценка эмоционального статуса, физического состояния и улучшения самочувствия (%), через 6 месяцев в группах пациентов с ФП и синусовым ритмом**

При включении фактора пола в оценку «влияния» на показатели удовлетворенности и субъективной оценки самочувствия выявлены определенные различия в зависимости от пола пациентов. Так, максимально удовлетворены лечением были мужчины из группы «ИБС без ФП», в то же время минимальное число больных, отметивших графу «полностью удовлетворен лечением», было среди пациентов с ИБС и ФП женского пола, а мужчины с ФП достоверно чаще отмечали улучшение физического и эмоционального состояния на фоне регулярного приема рекомендованных лекарственных средств (табл. 3).

Таблица 3

**Доля больных с улучшением эмоционального статуса, физического состояния, самочувствия и удовлетворенностью лечением в исследуемых группах в зависимости от пола (%)**

Критерий	Пациенты с ФП (%)		Пациенты без ФП (%)		Уровень значимости
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
Самочувствие	73,9	64,5	68,9	68,8	0,14
Эмоциональное состояние	84,6*	47,6*	75,0	73,3	0,05
Физическое состояние	83,6*	52,3*	75,1	73,3	0,04
Частично удовлетворены	61,5*	60	37,5*	46,6	0,05
Полностью	38,5*	30	62,5*	53,4	0,04

удовлетворены					
Не удовлетворены	0	10	0	0	0,59

\* $P < 0,05$  – уровень значимости, критерий Pearson Chi-square.

Как показано в табл. 3 у мужчин с ФП по сравнению с женщинами констатируется статистически значимое улучшение эмоционального и физического состояния. Данное положение совпадает с результатами работ других исследователей [Наумова Е.А., 2007; Чумакова И.О., 2012; Salmon B., 2001; Reynolds M.R., et al. 2006], в которых также было показано, что у женщин с ФП больше ожиданий от лечебного процесса, а ощущения, связанные с болезнью, в значительной степени ограничивают их повседневную и социальную активность.

Для изучения взаимосвязи приверженности к лечению пациентов рассматриваемых групп (с ФП и без ФП) с показателями удовлетворенности и субъективной оценки самочувствия, эмоционального и физического состояния применялся непараметрический корреляционный анализ, коэффициент Gamma (G). В ходе анализа установлено, что пациенты с ИБС без ФП, которые оценивают влияние приема рекомендованных препаратов как положительное, лучше принимали диуретики ( $G = 0,52565$ ;  $p < 0,05$ ). Больные ИБС с ФП, отмечающие позитивное влияние принимаемых препаратов, регулярно принимали диуретики ( $G = 1,0000$ ), БМКК ( $G = 0,71429$ ) и нитраты ( $G = 0,71429$ ), ( $p < 0,05$ ). Также выявлена сильная связь регулярности приема БАБ ( $G = 1,0000$ ) ( $p < 0,05$ ) с улучшением эмоционального состояния у пациентов с ИБС и ФП. В целом, полученные результаты показывают, что различия в оценке субъективных показателей самочувствия и удовлетворенности лечением у пациентов с ИБС, имеющих синусовый ритм или ФП, могут оказывать влияние на приверженность к долгосрочной терапии.

## **2. Приверженность пациентов с ишемической болезнью сердца к долгосрочной терапии в зависимости от клинических особенностей течения заболевания**

По данным однофакторного дисперсионного анализа, пациенты с ФП достоверно реже, чем пациенты без ФП, отказывались от приема статинов и диуретиков, в то же время приверженность к лечению БМКК, нитратами, ИАПФ, дезагрегантами, БАБ у больных с ИБС не зависела от наличия ФП. Таким образом, можно отметить большую приверженность к лечению пациентов с ФП, чем без ФП, наиболее отчетливо это показано для двух компонентов рекомендованной терапии – статинов и диуретиков.

Для оценки взаимосвязи рассматриваемых клинических факторов (различные формы ИБС и наличие ХСН) с продолжением или отказом от приема больными с ФП отдельных лекарственных групп препаратов был использован непараметрический корреляционный анализ и коэффициент Gamma (G). Ряд

исследуемых показателей продемонстрировал наличие достоверных связей с приёмом пациентами конкретных лекарственных средств (табл. 4).

Таблица 4

**Результаты корреляционного анализа (коэффициент Gamma,  $p < 0,05$ ) взаимосвязи наличия у пациентов с ФП основных форм ИБС и ХСН с приемом лекарственных препаратов**

Группы препаратов	ОИМ	ХСН	Перенесенный ОИМ	Стенокардия напряжения
Дезагреганты	0,0285	-0,1489	-0,5271*	-0,6689
Нитраты	0,3521	-0,5189*	0,1627	-1,0000
ИАПФ	0,4448*	-0,2635	0,2095	1,0000
БМКК	-0,5882	-0,1386	0,2134	-0,4117
Статины	0,4016*	0,4429*	0,1239	-0,1914
Диуретик	-0,0716	0,4693*	0,1428	0,7766
БАБ	0,6134*	-0,2683	-0,1864	0,3084

Примечание: \* – полученные связи достоверны,  $p < 0,05$ .

Больные с ОИМ показали более высокую приверженность к лекарственным средствам из групп ИАПФ ( $G = 0,4448$ ;  $p < 0,05$ ), статинов ( $G = 0,4016$ ;  $p < 0,05$ ) и БАБ ( $G = 0,6134$ ;  $p < 0,05$ ). Наличие синдрома ХСН совпадало с достоверно большей приверженностью к приему статинов ( $G = 0,4429$ ;  $p < 0,05$ ) и диуретиков ( $G = 0,4693$ ;  $p < 0,05$ ) с одной стороны и столь же значимым и достоверным снижением частоты применения нитратов ( $G = -0,5189$ ;  $p < 0,05$ ).

Для группы пациентов без ФП был проведен аналогичный анализ (табл.5).

Таблица 5

**Результаты корреляционного анализа (коэффициент Gamma,  $p < 0,05$ ) взаимосвязи наличия основных форм ИБС и ХСН с продолжением приема лекарственных препаратов у пациентов без ФП**

Группы препаратов	ОИМ	ХСН	Перенесенный ОИМ	Стенокардия напряжения
Дезагреганты	0,4757*	-0,5842	0,0322	0,2878
Нитраты	0,1851	-0,3441	0,4857	-0,1437
ИАПФ	-0,1469	-0,1851	0,2705	-0,3103
БМКК	-0,4757*	0,3617	-0,2343	0,0793
Статины	0,4857*	0,1722	0,0072	-0,2307
Диуретик	-0,3498*	0,4319*	0,2847	0,0703
БАБ	-0,0419*	0,1925	0,4857*	-0,1437

Примечание \* – полученные связи достоверны,  $p < 0,05$ .

Следует отметить, что пациенты с ОИМ без ФП достоверно чаще продолжали принимать дезагреганты ( $G = 0,4757$ ) и статины ( $G = 0,4857$ ), ( $p < 0,05$ ), сила связи умеренная. Столь же достоверно в этой когорте снижалась приверженность к

использованию БМКК ( $G = -0,4757$ ), диуретиков ( $G = -0,3498$ ) и БАБ ( $G = -0,0419$ ), ( $p < 0,05$ ).

Наличие у пациентов ХСН соотносилось с ростом частоты применения диуретиков ( $G = 0,4319$ ;  $p < 0,05$ ), а факт перенесенного ИМ коррелирует с улучшением приема БАБ ( $G = 0,4857$ ;  $p < 0,05$ ). Так же, как и в группе больных с ФП, наличие стенокардии напряжения не сопровождалось формированием достоверных связей с продолжением приема лекарственных препаратов.

Таким образом, сочетание у больных ФП, ОИМ и ХСН предполагает в целом более комплаентное применение лекарственных средств из группы БАБ, статинов и диуретиков. Для пациентов с ИБС и ФП, имеющих ХСН, характерно параллельное развитие следующих достоверных тенденций: рост удовлетворенности проводимой терапией, обеспечение регулярности использования рекомендованных препаратов и уменьшение частоты пропусков их приема.

Необходимо отметить, что по данным пошагового логистического регрессионного анализа, наличие ФП и ХСН является независимым предиктором относительно хорошей приверженности к длительному применению диуретиков у пациентов с ИБС.

### **3. Влияние стандартизированных наглядных рекомендаций на приверженность к долгосрочной терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий**

При сопоставлении полученных результатов в обеих группах установлено, что через 3 месяца после выписки, пациенты в группе вмешательства больше привержены к приему статинов, ИАПФ, БАБ. В то же время в группе сравнения увеличилось количество пациентов, принимающих БМКК, амиодарон и дезагреганты, по сравнению с исходными позициями в рекомендациях при выписке. Для определения взаимосвязи отдельных клиничко-демографических факторов с получением пациентами СНР при выписке через 3 месяца был проведен непараметрический корреляционный анализ (табл. 6).

Таблица 6

#### **Анализ взаимосвязей пола, возраста, выдачи больным СНР с продолжением приема назначенных лекарственных препаратов через 3 месяца после выписки из стационара (коэффициент Gamma, $p < 0,05$ )**

Группы препаратов	Пол	Возраст	Выдача СНР при выписке
Дезагреганты	-0,6363*	-0,587*	0,2727
Нитраты	-0,7777	0,130	0,5384
БАБ	0,2000	-0,527*	0,9289*
ИАПФ	0,6963*	-0,345	1,0000*
БМКК	0,0721	-0,278*	0,4285*
Диуретики	0,4621*	-0,176	-0,1428

Статины	-0,457*	-0,388*	0,8682*
Амиодарон	0,0588	-0,536*	-0,534*

Примечание: \* – статистически значимые связи ( $p < 0,05$ ).

Установлены тесные (сильные) связи между получением пациентами СНР и приверженностью к приему БАБ ( $G = 0,928$ ), статинов ( $G = 0,868$ ) и ИАПФ ( $G = 1,0000$ ,  $p < 0,05$ ), а также умеренные связи с приемом нитратов ( $G = 0,5384$ ) и БМКК ( $G = 0,4258$ ,  $p < 0,05$ ). Отмечено, что чем старше пациенты, тем большую приверженность к приему рекомендованных препаратов они проявляют.

При проведении аналогичного статистического анализа по данным наблюдения через 6 месяцев была установлена достоверная связь между продолжением долгосрочного применения статинов, возрастом пациентов и получением ими во время госпитализации и при выписке из стационара СНР: чем старше пациенты, тем большую приверженность к приему рекомендованных препаратов они проявляют (табл. 7).

Таблица 7

**Анализ взаимосвязей пола, возраста, выдачи больным СНР с продолжением приема назначенных лекарственных препаратов через 6 месяцев после выписки из стационара (коэффициент Гамма,  $p < 0,05$ )**

Препараты	Пол	Возраст	Выданы СНР при выписке
Дезагреганты	-0,564*	-0,712*	0,111
Нитраты	-0,250	0,118	0,056
ИАПФ	0,516*	-0,419*	0,594*
БМКК	0,096	0,042	-0,290
Статины	-0,594*	-0,210	0,600*
Диуретики	0,205	-0,178	0,282
Амиодарон	-0,018	-0,531*	-0,594*
БАБ	0,1076	-0,329	0,489*

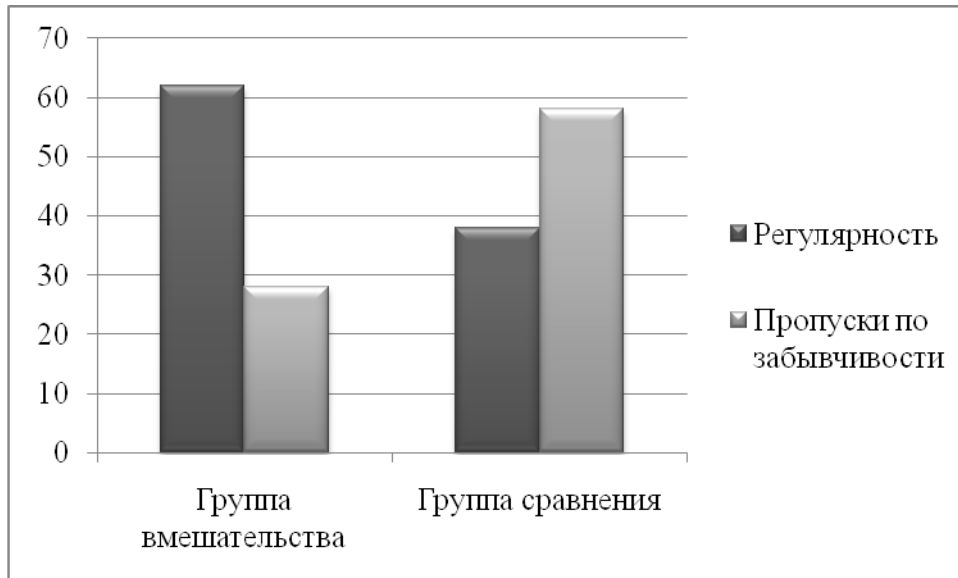
Примечание: \* – статистически значимые связи ( $p < 0,05$ ).

Через 6 месяцев после выписки мужчины лучше соблюдали прием дезагрегантов ( $G = -0,564$ ,  $p < 0,05$ ) и статинов ( $G = -0,594$ ,  $p < 0,05$ ), а женщины – прием препаратов из группы ИАПФ ( $G = 0,516$ ,  $p < 0,05$ ).

В целом же в течение этого периода наблюдения (3–6 месяцев) сохранилась сформировавшаяся в первые 3 месяца приверженность ( $p < 0,05$ ) пациентов, получивших СНР, к приему БАБ ( $G = 0,489$ ), ИАПФ ( $G = 0,594$ ) и статинов ( $G = 0,600$ ). Вместе с тем следует признать, что сила связи в динамике уменьшилась (табл. 6 и 7).

Пациенты из группы вмешательства (рис. 3) достоверно реже ( $p < 0,05$ ) пропускали прием препаратов по забывчивости (28% против 58%).



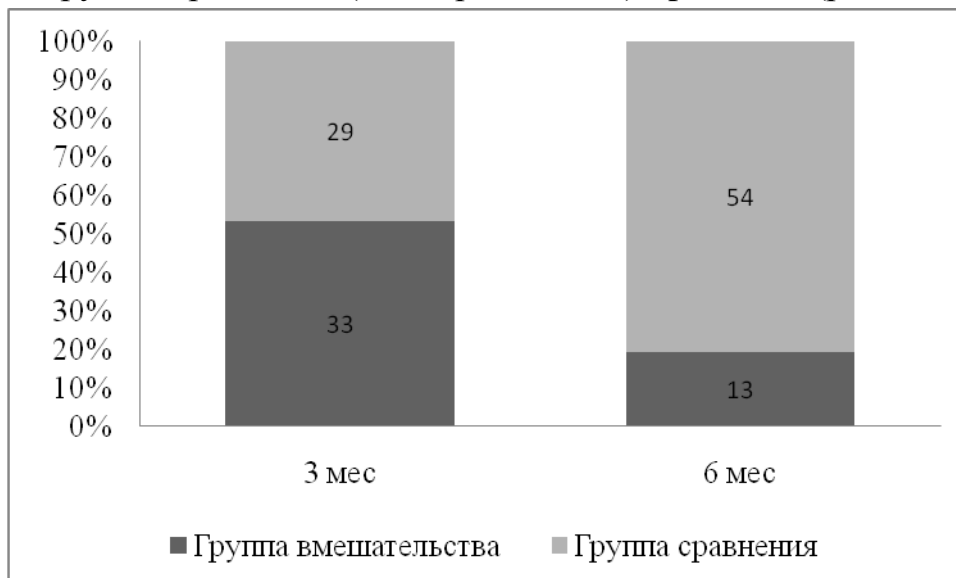


**Рис. 3. Регулярность приема и пропуски по забывчивости рекомендованных препаратов в группе вмешательства и группе сравнения через 6 месяцев после выписки, (%)**

Таким образом, больные, получившие СНР во время госпитализации и при выписке из стационара, более комплаентны по сравнению с пациентами из группы сравнения.

#### **4. Влияние выдачи стандартизированных наглядных рекомендаций и отдельных клинических факторов на повторные госпитализации пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий**

Основными причинами повторных госпитализаций, как в группе вмешательства, так и в группе сравнения являлось развитие острого коронарного события и декомпенсация ХСН. При дальнейшем анализе результатов было выявлено, что в период 3–6 месяцев после выписки из стационара пациенты, которым были выданы СНР, повторно госпитализировались достоверно реже, чем пациенты из группы сравнения (13% против 54%), ( $p < 0,05$ ) (рис. 4).



**Рис. 4. Повторные госпитализации через 3 месяца и период 3 - 6 месяцев в группе вмешательства и группе сравнения (%)**

По итогам проведенного многофакторного анализа наименьшее число (4,1%) госпитализаций было отмечено у больных ИБС без ОИМ, получивших СНР. У пациентов с ОИМ, использовавших в течение раннего постинфарктного периода СНР, также констатировано значимое уменьшение числа повторных госпитализаций (26,6%) ( $p < 0,05$ ).

В группе сравнения пациенты значительно чаще госпитализировались в интервале от 3 до 6 месяцев после выписки из стационара. Больные с ОИМ в этой группе повторно госпитализировались в 53,3% случаев, а без ОИМ – в 55,6% ( $p < 0,05$ ).

Выявлены взаимосвязи между причинами регоспитализаций и получением пациентами СНР (табл. 8). Установлено, что у пациентов, с ОИМ на момент поступления имеется зависимость повторных госпитализаций не только от факта выдачи СНР ( $p < 0,001$ ), но и от наличия самого ОИМ ( $p < 0,03$ ). Кроме этого, показано достоверное совместное «влияние» факторов получения СНР и развития ОИМ ( $p < 0,04$ ).

Таблица 8

**Результаты многофакторного анализа «влияния» стандартизированных наглядных рекомендаций (СНР), возраста и ОИМ на повторные госпитализации у пациентов с ИБС и ФП через 3 – 6 месяцев после выписки**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	P (уровень значимости)
Возраст	0,01513	0,040297	0,140909	0,707379
ОИМ на момент поступления	0,50293	0,363012	4,919441	0,0365918
Выданы СНР во время госпитализации	-1,13568	0,364534	9,705994	0,001837
ОИМ + выданы СНР на момент госпитализации	0,57634	0,368465	4,446589	0,0418781

Исходя из полученных результатов, можно отметить, что наличие у пациентов ОИМ на момент поступления и получение ими СНР, имели значимое совместное «влияние» на уменьшение количества повторных госпитализаций пациентов в период 3–6 месяцев после выписки из стационара.

При анализе повторных госпитализаций (3–6 месяцев) пациентов с ИБС и ФП, имеющих ХСН, в исследуемых группах была отмечена статистическая тенденция к снижению количества регоспитализаций больных, получивших СНР.

Таким образом, только лишь сочетание у больных ИБС с ФП двух признаков – ОИМ на момент поступления и использование СНР, оказывали совместное «влияние» на повторные госпитализации пациентов в период 3 – 6 месяцев после выписки из стационара.

### **Выводы**

1. Удовлетворенность лечением пациентов с ИБС через 6 месяцев после выписки из стационара различалась в зависимости от пола и наличия у больных постоянной или персистирующей формы фибрилляции предсердий. Наибольшую удовлетворенность лечением отмечали мужчины без фибрилляции предсердий, а у женщин наличие аритмии ассоциировалось с минимальной удовлетворенностью лечением.

2. Определенные клинические особенности течения ишемической болезни сердца связаны с формирующейся в течение 6 месяцев после выписки больных из стационара комплаентностью:

- установлена большая приверженность к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, чем без аритмии, наиболее отчетливо это показано для двух компонентов рекомендованной терапии – статинов и диуретиков;

- сочетание таких трех клинических факторов, как фибрилляция предсердий, острый инфаркт миокарда и хроническая сердечная недостаточность, ассоциируется в целом с более комплаентным применением лекарственных средств;

- фибрилляция предсердий и хроническая сердечная недостаточность являются независимыми предикторами относительно хорошей приверженности к длительному применению диуретиков у пациентов с ишемической болезнью сердца.

3. Использование пациентами с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий стандартизированных наглядных мотивирующих рекомендаций во время госпитализации и после выписки способствует улучшению приверженности к долгосрочной терапии.

4. Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев после выписки из стационара уменьшается у пациентов с ИБС и фибрилляцией предсердий, получивших стандартизированные наглядные рекомендации, и не зависит от конкретных клинических форм коронарной болезни кроме острого инфаркта миокарда. Только для этой категории больных с острым инфарктом миокарда показано достоверное ( $p < 0,001$ ) и значимое совместное «влияние» клинического варианта ишемической болезни сердца и факта получения стандартизированных наглядных рекомендаций на риск повторной госпитализации.

### **Практические рекомендации**

1. Врачам амбулаторного звена следует принимать во внимание, что уровень удовлетворенности пациентов ИБС лечением, с одной стороны во многом определяется фактом наличия или отсутствия у них нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий, а с другой стороны – может не совпадать с характером формирующейся у них комплаентности.
2. При определении тактики ведения на амбулаторном этапе выписавшихся из стационара больных ИБС следует учитывать, что большая приверженность к рекомендованному лечению предполагается у следующих категорий пациентов:
  - сочетание ИБС с фибрилляцией предсердий (приверженность к приему статинов и диуретиков);
  - сочетание трех клинических факторов – фибрилляции предсердий, острого инфаркта миокарда и хронической сердечной недостаточности (приверженность к приему бета-адреноблокаторов, статинов и диуретиков)
  - сочетание у пациентов фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности (приверженность к приему диуретиков).
3. Для достижения лучшей комплаентности больных с различными вариантами ишемической болезни сердца, течение которой осложнилось развитием фибрилляции предсердий, рекомендуется обеспечение их стандартизированными наглядными рекомендациями, как во время госпитализации, так и после выписки из стационара.
4. Следует учитывать, что пациенты при получении стандартизированных наглядных рекомендаций демонстрируют лучшую приверженность в отношении статинов, и эта закономерность увеличивается с возрастом больных.
5. Использование стандартизированных наглядных рекомендаций пациентами с острым инфарктом миокарда оказывает положительное влияние на регулярность приема статинов, а у больных с хронической сердечной недостаточностью это вмешательство оказывается полезным для регулярности приема диуретиков.
6. Для уменьшения частоты повторных госпитализаций пациентов с острым инфарктом миокарда, в сочетании с фибрилляцией предсердий, в течение первых 3–6 месяцев после выписки наиболее эффективно использование стандартизированных наглядных рекомендаций.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Удовлетворенность от стационарного лечения пациентов с артериальной гипертонией и ее влияние на приверженность к длительной терапии / Е.В. Тарасенко, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Кардиология 2007: матер. 9-го Всероссийского науч.-образ. форума. – М., 2007. – С. 276 – 277.

2. Влияние стандартизированных наглядных рекомендаций для пациентов с артериальной гипертензией на приверженность к долгосрочной терапии / Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц, Е.В. Тарасенко // Кардиология 2007: матер. 9-го Всероссийского науч.-образ. форума. – М., 2007 – С. 208 – 210.
3. Факторы, влияющие на выбор гипотензивной терапии по результатам комбинированного статистического анализа / Е.А. Наумова, Р.Н. Каримов, Ю.Г. Шварц, Е.В. Тарасенко // Математические методы в технике и технологиях - ММТТ20: Математические методы и задачи в медицине: матер. XX Междунар. науч. конф. – Ярославль, 2007. – С.167 – 168.
4. **Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов терапевтического профиля в клиниках Саратова и Массачусетса / Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц, Е.В. Тарасенко // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 2. – С. 62 – 67.**
5. **Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов кардиологического профиля в клинической больнице / Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007 – № 1. – С. 28 – 32.**
6. Влияние стандартизированных наглядных мотивированных рекомендаций для пациентов на приверженность к долгосрочной терапии / Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко, Ю.Г. Шварц // Международный медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 123 – 129.
7. Влияние на приверженность к долгосрочной терапии удовлетворенности от стационарного лечения пациентов клиники внутренних болезней / Е.В.Тарасенко, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Сб. тез. юбилейной российской науч. конф., посвященной 175-летию со дня рождения С.П. Боткина. – СПб., 2007. – С.162–163.
8. Влияние стандартизированных наглядных рекомендаций на приверженность пациентов клиники внутренних болезней к длительной терапии / Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко, Ю.Г. Шварц // Сб. тез. юбилейной российской науч. конф., посвященной 175-летию со дня рождения С.П. Боткина. – СПб., 2007. – С. 111–112.
9. Рандомизированное исследование влияния стандартизированных наглядных рекомендаций на приверженность к лечению пациентов отделения кардиологии // Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко // Вестник Санкт-Петербургской гос. мед. академии им. Мечникова. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 120–121.
10. Самочувствие пациента и его влияние на приверженность к долгосрочной терапии / Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко, Ю.Г. Шварц // Психосоматическая медицина-2007: сб. матер. II Международного конгресса. – СПб., 2007. – С. 112.
11. Приверженность к длительному лечению и хорошее самочувствие пациента / Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко, Ю.Г. Шварц // Медицинские, социальные и

экономические проблемы сохранения здоровья населения: матер. Междунар. конф. – Кемер, Турция, 2007. – С. 27– 28.

**12. Факторы, влияющие на удовлетворенность от лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью / Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко, Ю.Г. Шварц // Сердечная недостаточность. – 2007. – Т. 8, № 3. – С. 138–140.**

**13. Контролируемое исследование влияния стандартизированных наглядных мотивирующих рекомендаций на приверженность к лечению кардиологических пациентов / Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко // Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – № 4 – С. 42 – 45.**

14. Приверженность к длительному лечению пациентов и факторы на нее влияющие / Е.В. Тарасенко, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Современные медицинские технологии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика): тез. конф. – Пула, Хорватия, 2007. – С. 76 – 77.

15. Оценка мотивирующего влияния на пациентов кардиологического профиля / Е.В. Конобеева, Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Н.А. Железнякова, Е.Я. Гафанович // Научно-практическая конференция «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация» спец. вып. «Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – № 12. – С. 70.

16. Улучшение приверженности путем мотивационного воздействия на пациентов кардиологического профиля / Е.В. Конобеева, Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Н.А. Железнякова, Е.Я. Гафанович // IV Международный конгресс «Кардиология на перекрестке наук». – Тюмень, 2013. – С. 151.

17. Влияния на приверженность к лечению пациентов кардиологического профиля / Конобеева Е.В., Наумова Е.А., Е.Я. Гафанович, Н.А. Железнякова // Международная научная конференция студентов и молодых ученых, посвященная 20-летию медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина «Актуальные вопросы современной медицины». – Харьков, 2013. – С. 36.

**18. Возможности повышения осознанной мотивации пациентов кардиологического профиля. Использование стандартизированных наглядных рекомендаций / Е.В. Конобеева, Ю.Г. Шварц, Е.Я. Гафанович, Е.Н. Корсунова // Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 9. – Ч. 1. – С. 58 – 61.**

19. Фибрилляция предсердий и хроническая сердечная недостаточность как независимые факторы, влияющие на приверженность к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.В. Конобеева, Ю.Г. Шварц, Е.Я. Гафанович, Н.А. Железнякова, К.В. Семченко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: матер. конгресса: спец. вып. – 2014. – № 13. – С. 23.

20. Влияние фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности на приверженность к лечению статинами у пациентов кардиологического профиля / Е.В. Конобеева, Ю.Г. Шварц, Е.Я. Гафанович, Н.А. Железнякова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: матер. конгресса. Спец. вып. 2014. – № 13. – С. 23.
21. **Приверженность к долгосрочной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на фоне фибрилляции предсердий / Е.В. Конобеева, И.М. Соколов, Е.Н. Корсунова, Н.А. Железнякова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.**
22. Влияние выдачи стандартизированных наглядных рекомендаций и отдельных клинических факторов на повторные госпитализации пациентов кардиологического профиля / Е.В. Конобеева, Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Н.А. Железнякова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: матер. конф. – 2015. № 14. – С. 26.
23. Взаимосвязь регулярности приема лекарственных препаратов у пациентов с ИБС и синусовым ритмом с субъективными показателями самочувствия / Е.В. Конобеева, И.М. Соколов, Ю.Г. Шварц, Н.А. Железнякова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: спец. вып. 2015. – С. 25.
24. Анализ взаимосвязи наличия острого инфаркта миокарда с приверженностью к лечению у пациентов с ИБС и фибрилляцией предсердий / Е.В. Конобеева, И.М. Соколов, Ю.Г. Шварц, Н.А. Железнякова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: спец. вып.: матер. конф. – Саратов, 2015. – С. 26.

### Список принятых сокращений

- АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина II  
 БАБ – бета-адреноблокаторы  
 БМКК – блокаторы медленных кальциевых каналов  
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
 ИБС – ишемическая болезнь сердца  
 ИАПФ – ингибитор ангиотензин - превращающего фермента  
 ОИМ – острый инфаркт миокарда  
 СНР – стандартизированные наглядные рекомендации  
 ФК – функциональный класс  
 ФП – фибрилляция предсердий  
 ХСН – хроническая сердечная недостаточность

**Конобеева Елена Владимировна**

**Приверженность к терапии и возможности повышения мотивации к лечению  
у пациентов с различными клиническими вариантами ишемической болезни  
сердца**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских  
наук

Подписано в печать 22.12.2015 г. Усл. печ. л. 1. Формат 60×84 1/16.

Тираж 100. Заказ №.

Отпечатано с готового оригинал-макета

ООО «Дельта» по адресу:

410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 60/62, офис 520, тел. (8452)74-29-47