

**Семенова Ольга Николаевна**

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ  
И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

14.01.05 Кардиология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Саратов-2018

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

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук **Наумова Елизавета Александровна**

**Официальные оппоненты:**

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

**Дупляков Дмитрий Викторович** – доктор медицинских наук, доцент; ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России; кафедра кардиологии и кардиохирургии ИПО; профессор кафедры

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «    »                                  2018 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д.208.094.03 при ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России по адресу: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале библиотеки ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России по адресу: г. Саратов, ул. 53-й Стрелковой Дивизии, 6/9, к. 5 и на сайте (<http://www.sgmu.ru/sci/dissov>).

Автореферат разослан «    »                                  2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

**А.И. Кодочигова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы исследования и степень ее разработанности**

В России болезнями сердца и сосудов страдают более 24 млн человек, ежегодно от них умирает около 2 млн человек [Росстат, 2017]. Важной причиной высокой сердечно-сосудистой смертности является проблема несоблюдения медицинских рекомендаций [Лукина Ю.В., 2017; Kolandaivelu K., 2014; Scarlett W., 2016]. Низкая приверженность приводит к снижению терапевтического эффекта, повышает вероятность развития осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [Соболева М.С., 2015; WHO, 2003; Choudhry N.K., 2013; Simon-Tuval T., 2016; Health Prize, 2016]. Степень выполнения рекомендаций остается невысокой: около 50% пациентов прерывают терапию в течение первых 6 месяцев, и только 15% продолжает лечение до 1 года [Агеев Ф.Т., 2011; Кобалава Ж.Д., 2008, 2016; Лукина Ю.В., 2017, Якушин С.С., 2017; WHO, 2003]. Описано множество факторов, влияющих на приверженность к лечению [WHO, 2003], но, как подчеркивают эксперты [Chowdhury R., 2013; Baroletti S., 2010; Brown M.T., 2011; Conn V.S., 2017], ни один из них не является наиболее важным и максимально определяющим поведение пациента. Современные методы изучения комплаенса (опросы, анкетирования) не всегда позволяют выявить ведущие причины поведения пациентов [Morisky D.E., 1986; 2008; Николаев Н.А., 2008; 2017], что делает востребованным поиск новых методик. В частности, высокая эффективность применения в различных отраслях науки и практики такого метода, как фокус-группа (ФГ), позволяет предположить его эффективность и для изучения приверженности к лечению [Аведисова А.С., 2010, 2012; Merton R., 1956; Stalmeijer R., 2014]. Сегодня на рынке медицинских услуг развивается не только государственная, но и частная медицинская помощь, у пациентов появляется возможность выбора медицинского учреждения, возникают новые взаимоотношения врача и пациента, что также нуждается в изучении. Различные характеристики пациентов и их врачей неоднократно изучались в аспекте их влияния на комплаенс пациентов [Наумова Е.А., 2007; Агеев Ф.Т., 2011; Фофанова Т.В., 2011; Строкова Е.В., 2012; Данилов Д.С., 2014; Zeber J.E., 2013], но система «врач – пациент» – многомерная структура, компоненты которой, как на сознательном, так и на неосознанном уровне [Наумова Е.А., Шварц Ю.Г., 2007; Barber N., 2002; Horne R., 2006] могут влиять на приверженность к лечению, в связи с чем вытекает необходимость комплексного анализа максимального количества факторов одновременно.

**Цель исследования** – провести анализ комплекса клинических, лабораторных, психологических, социально-демографических факторов в системе «врач – пациент», влияющих на приверженность к длительному лечению пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями при различных видах оказания медицинской помощи.

### **Задачи исследования:**

1. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, участвующих в клинических исследованиях по сердечно-сосудистой патологии, а также пациентов, находящихся на госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда или декомпенсации хронической сердечной недостаточности, и их врачей провести фокусированное интервью и выявить факторы, влияющие на степень выполнения врачебных рекомендаций.

2. Провести проспективное исследование пациентов фокус-группы для оценки влияния выявленных характеристик на реальную приверженность пациентов к лечению, а также на возникновение «конечных точек»: ухудшения течения основного заболевания (включая гипертонические кризы, острый коронарный синдром, пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсация хронической сердечной недостаточности), госпитализаций по поводу сердечно-сосудистой катастрофы.

3. Провести опрос пациентов с сердечно-сосудистой патологией различных структур здравоохранения (стационаров, поликлиник, частных клиник) и выявить клинические, социально-демографические и психологические факторы, которые, по мнению разных групп пациентов, ассоциируются с приверженностью к лечению.

4. Провести когортное проспективное исследование влияния клинических, социально-демографических и психологических характеристик пациентов с сердечно-сосудистой патологией и психологических и социально-демографических характеристик их лечащих врачей для уточнения их комплексного влияния на степень выполнения рекомендаций пациентами и развитие сердечно-сосудистых событий (включая гипертонические кризы, острый коронарный синдром, пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсацию хронической сердечной недостаточности и госпитализации по этим причинам).

5. Провести интернет-опрос среди пользователей социальных сетей и выяснить распространенность артериальной гипертонии, ее осложнений, регулярность наблюдения у врача и частоту лечения лекарственными препаратами.

### **Научная новизна:**

1. В исследовании пациентов с сердечно-сосудистой патологией применен социологический метод фокусированного интервью с соблюдением классических требований и стандартов данной методики и по его результатам выделены факторы, возможно влияющие на приверженность, которые далее изучались в проспективных исследованиях на кардиологических пациентах.

2. При сравнении клинических, социально-демографических и некоторых личностных характеристик пациентов с ССЗ государственных поликлиник и частных клиник и изучении их взаимосвязи с приверженностью к лечению показано различие в исходных характеристиках пациентов и их мотивации к лечению. Пациенты государственных поликлиник более тяжелые по наличию в анамнезе гипертонических кризов (ГК) и хронической сердечной недостаточности (ХСН), мотивацией к лечению

для них служит болезнь и плохое самочувствие, в отличие от молодых и активных пациентов частных клиник, мотивацией для которых является работоспособность и полноценная жизнь.

3. Комплексно на одной группе пациентов и их врачей рассмотрены их клинические, психологические, социально-демографические характеристики и их влияние на степень выполнения рекомендаций пациентами и показано, что ни одна из изучаемых характеристик не является определяющей для поведения пациентов, а максимальное влияние оказывает перенесенный инфаркт миокарда (ИМ).

4. Зафиксирован крайне высокий уровень патернализма во всех группах исследуемых пациентов независимо от выбора места лечения, участия в клинических исследованиях (КИ) и продолжения или прекращения длительной терапии.

5. Продемонстрировано, что такие характеристики пациента, как женский пол, низкий материальный доход, на момент госпитализации в сочетании с прекращением терапии ассоциированы с большей частотой сердечно-сосудистых событий – повторных госпитализаций, декомпенсаций ХСН, ГК. С этими факторами также ассоциирован высокий уровень триглицеридов (ТГ), который можно рассматривать как независимый индикатор плохого выполнения врачебных рекомендаций.

6. Проведен интернет-опрос среди широкой аудитории социальных сетей с целью выявления факторов, которые, по мнению респондентов, ассоциируются с разной степенью приверженности, и показано, что только небольшая часть пациентов с артериальной гипертензией (АГ) регулярно наблюдаются у врача и принимают лекарственные препараты, но большая часть при этом верят в продление жизни на фоне лекарственной терапии.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Полученные данные расширяют представления о комплексе факторов, определяющих поведение пациентов с ССЗ и их дальнейшую приверженность лечению. Установлено, что выраженный патернализм пациентов различных медицинских учреждений и их абсолютное доверие к врачу играет важную роль в лечении и жизни пациента, но может приводить как к соблюдению рекомендаций, так и прекращению терапии. Улучшение самочувствия является важным фактором и заставляет участников клинических исследований следовать указаниям врача, а пациентов, госпитализированных в стационар, наоборот, прекращать терапию.

Выявлено, что клинические и социально-демографические различия между пациентами с ССЗ государственных поликлиник и частных клиник существенны для оценки пациентов и подходу к их ведению. Установлено, что мотивация к лечению ССЗ у пациентов стационаров, частных клиник и государственных поликлиник различна: пациенты поликлиник ориентированы на «болезнь как образ жизни», а пациенты частных клиник – на быстрое восстановление трудоспособности.

Продемонстрирована целесообразность применения метода ФГ на пациентах с ССЗ и их врачах для выделения факторов, влияющих на приверженность лечению, с

последующим проведением на базе полученных результатов проспективных исследований.

Показано, что из всех характеристик именно перенесенный ИМ является достоверным фактором, повышающим приверженность к лечению.

Выявлено, что с большей частотой сердечно-сосудистых событий, таких как повторные госпитализации, декомпенсация ХСН, ГК, взаимосвязаны женский пол, низкий материальный доход пациента и высокий уровень ТГ на момент госпитализации в сочетании с прекращением терапии.

Продемонстрировано, что высокий уровень ТГ у пациента с ССЗ может рассматриваться как независимый предиктор недостаточной приверженности к длительному лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

Показано, что среди пользователей социальных сетей лица, страдающие АГ, нерегулярно принимают лекарственные препараты, чем существенно повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений, однако верят в продление жизни на фоне лечения заболеваний ССЗ.

### **Методология и методы исследования**

Проведенная работа состояла из нескольких этапов. Первый этап – проведение ФГ пациентов стационара с ССЗ и врачей. Второй – проведение проспективных исследований среди пациентов стационара, поликлиник, частных клиник, в которых проводилось изучение влияния выявленных по результатам фокусированного интервью факторов на приверженность к лечению ССЗ вместе с комплексной оценкой клинических, лабораторных, социально-демографических, психологических характеристик пациентов и их врачей. Был проведен также интернет-опрос среди широкой аудитории социальных сетей. В проспективных наблюдениях проводилась оценка «конечных точек»: ухудшения течения основного заболевания (включая ГК, острый коронарный синдром (ОКС), пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсация ХСН), госпитализаций по поводу декомпенсации ССЗ, изменений в личной жизни, физического, эмоционального состояния, самочувствия, продолжения и регулярности терапии, смены терапии.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. У большинства пациентов независимо от выбора места лечения, участия в клинических исследованиях и продолжения или прекращения длительной терапии преобладает патерналистская модель общения с врачом. Личность врача является важной частью в терапии пациента, но не является определяющей для его поведения.

2. Среди множества клинических и психологических характеристик пациентов и их лечащих врачей, взаимосвязанных с приверженностью к терапии, именно перенесенный инфаркт миокарда является важным фактором, повышающим приверженность пациентов к длительному лечению во всех группах пациентов.

3. Высокий уровень триглицеридов у пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями может рассматриваться как независимый предиктор недостаточной приверженности к длительному лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

4. Среди широкой аудитории социальных сетей только небольшое количество человек, страдающих артериальной гипертонией, наблюдается у врача, принимает гипотензивные препараты и доступно для исследования, хотя большинство верят в возможность продления жизни на фоне регулярного лечения.

#### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность полученных результатов обусловлена однородностью и достаточным объемом выборки участников исследования, количественным и качественным анализом первичного материала, последовательностью проведения процедур исследования, применением параметрических и непараметрических методов медицинской статистики, согласованностью с результатами опубликованных ранее исследований. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 8.0. Автор принимала непосредственное участие на всех этапах проведенного исследования.

По материалам исследования опубликовано 35 печатных работ, из них 6 статей в журналах, входящих в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России для публикации основных научных результатов диссертационного исследования; 26 публикаций, входящих в литературную базу РИНЦ; 1 работа в журнале, входящем в базу Scopus и Web of Science.

Результаты проведенного диссертационного исследования доложены и обсуждены на городских и региональных научно-практических конференциях: Всероссийской неделе науки с международным участием, посвященной дню российской науки (Саратов, 2012), Первой открытой заочной конференции молодых ученых Саратовского НИИ кардиологии, посвященной дню науки (Саратов, 2013), «Молодые ученые – здравоохранению» (Саратов, 2014; 2015), конференции молодых ученых «Новые технологии в кардиологии: настоящее и будущее» (Саратов, 2016), V Всероссийской неделе науки с международным участием, посвященной «Всемирному дню здоровья» (Саратов, 2016), итоговой Всероссийской студенческой конференции с международным участием «Медицинская весна» (Москва, 2014), конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 2015; 2016; 2017), конференции «Наука XXI века: новый поход» (Санкт-Петербург, 2013), VI Международном молодежном медицинском конгрессе «Санкт-Петербургские научные чтения – 2015» (Санкт-Петербург, 2015), X Юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков (Курск, 2016), 29-й Межрегиональной научно-практической конференция РНМОТ (Саратов, 2017), заседании регионального отделения Российского общества кардиологов (Саратов, 2016; 2018), научно-практических конференциях с международным участием «Современная медицина: тенденции развития» (Новосибирск, 2012), «Инновации в науке» (Новосибирск, 2012),

международных научно-практических конференциях «Европейские прикладные науки: современные подходы в научных исследованиях» (Германия, 2013), «Образование в едином мире: страны мира о перспективах его развития (Болгария, 2013), 4-й Российско-китайской конференции молодых ученых по кардиологии (Китай, 2018).

Результаты проведенной работы внедрены в практику лечебной работы отделений кардиологии и терапии Клинической больницы имени С.Р. Миротворцева СГМУ, ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 12», используются в преподавании внутренних болезней студентам ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России на кафедре факультетской терапии лечебного факультета, в практике научной работы ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

### **Связь темы диссертации с планом основных научно-исследовательских работ университета**

Диссертационная работа соответствует инициативному плану, комплексной теме кафедры факультетской терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России «Изучение экстракардиальных факторов в патогенезе, клинике и прогнозе ССЗ» (регистрационный номер 01201458257).

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 121 отечественных и 159 зарубежных источников. Текст диссертации изложен на 195 страницах, содержит 44 таблицы, 43 рисунка.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

Работа состояла из двух частей. В первой – была проведена серия ФГ с выработкой определенных гипотез и анализом факторов, влияющих на приверженность к лечению, связанных с различными особенностями пациента и его лечащего врача. Во второй – проводилось детальное изучение полученной информации на пациентах с ССЗ различных структур здравоохранения (стационары, государственные поликлиники, частные клиники), а также широкой аудитории социальных сетей (табл. 1). Продолжение пациентом терапии определялось двумя способами: на основании ответа пациента на прямые вопросы о продолжении приема препаратов, на основании сопоставления терапии, назначенной в клинике при выписке, и таблеток, принимаемых в настоящее время. Регулярность терапии оценивали на основании ответов пациента на вопросы о регулярности приема препаратов и о пропуске очередных доз медикаментов.

### ***Проведение группового фокусированного интервью пациентов и их лечащих врачей***

Для изучения субъективного мнения пациентов и врачей об их индивидуальном опыте приверженности к лечению хронических заболеваний сердечно-сосудистой



## Структура исследования

Пациенты с ССЗ				
Участники	Пациенты рандомизированных клинических исследований и госпитализированные пациенты и врачи	Пациенты частных клиник и государственных поликлиник	Пациенты кардиологического стационара их лечащие врачи	Респонденты социальных сетей
Общее количество участников	47 / 6	90	70 / 21	488
Исследуемые факторы	Качественное исследование представлений о приверженности пациентов и врачей с последующим исследованием клинических, лабораторных, социально-демографических факторов	Клинические, социально-демографические характеристики пациентов	Клинические, лабораторные характеристики пациентов, психологические, социально-демографические характеристики пациентов и их лечащих врачей, взаимоотношения «врач – пациент»	Клинические, демографические характеристики пациентов, взаимоотношения «врач – пациент»
	Приверженность пациентов к лечению, ухудшение течения основного заболевания, госпитализации по поводу декомпенсации ССЗ, изменения в личной жизни, физическое, эмоциональное состояние, субъективная оценка самочувствия			
Длительность	12 месяцев	3 месяца	12 месяцев	2 месяца

системы проводилось пилотное качественное исследование, позволяющее получить от его участников «субъективную информацию», в результате которого неосознанные установки становятся осознанными [Merton R., 1956]. Проведены собеседования с двумя различными категориями пациентов. Первая категория – пациенты ( $n = 26$ ), участвующие в различных КИ по ССЗ, проводимых в нескольких центрах г. Саратова, соблюдающие все рекомендации врача (ФГ № 1) (рис.1). Вторая категория – пациенты ( $n = 21$ ) с неоднократным опытом госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого



Рис. 1. Фокус-группы: пациенты с ССЗ и их врачи, дизайн исследования

события, госпитализированные вновь в связи с очередной катастрофой, и не соблюдающие рекомендации на амбулаторном этапе (ФГ № 2) (рис. 1). Только одна беседа была проведена с врачами-кардиологами. На фоне отсутствия аналогичных исследований, невозможности увеличить число участников и характера самого метода, не требующего большого числа респондентов, полученные данные мы считаем достаточными для пилотного исследования. Все беседы проходили под руководством модератора (опытного и квалифицированного социолога, без медицинского образования, не знакомого с пациентами и врачами, с многолетним профессиональным опытом проведения ФГ). Длительность каждой беседы составляла около 1,5 часов. Мероприятия фиксировались видеокамерой и диктофоном. Характеристики пациентов и врачей приведены в табл. 2 и 3.

Таблица 2

### Основные клиничко-демографические параметры пациентов, n (%)

Параметр		ФГ № 1 (n = 26)	ФГ № 2 (n = 21)
<i>Пол</i>	Мужчины	17 (65,4)	8 (38)
<i>Возраст</i>	Мужчины $\geq 60$ лет, женщины $\geq 55$ лет	24 (92)	16 (76,1)
<i>Социальный статус</i>	Работающие	2 (7,6)	8 (38)
<i>Заболевания</i>	Артериальная гипертония	25 (96,1)	19 (90,4)
	Ишемическая болезнь сердца, в т.ч. ИМ в анамнезе †	25 (96,1) 22 (84,6)*	20 (95,2) 6 (28,5)
	ХСН (I–III ФК <sup>#</sup> , NYHA)	23 (84,6)	19 (90,4)
	Перенесенный инсульт	3 (11,5)	4 (19)
	Фибрилляция предсердий	5 (19,2)	8 (38)
	Сахарный диабет	9 (34,6)	5 (23,8)
<i>Лабораторно-инструментальные данные</i>	ОХС $> 4$ ммоль/л	16 (61,5)	16 (76,2)
	ЛПНП $\geq 1,5$ ммоль/л †	16 (61,5)	18 (85,7)*
	ЛПВП (мужчины $< 1$ , женщины $< 1,2$ ммоль/л)	14 (53,8)	8 (38)
	ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л †	12 (46,1)	13 (61,9)*
	Глюкоза натощак 6,1 – 7,0 ммоль/л	8 (30,7)	3 (14,2)
	Глюкоза натощак $> 7,0$ ммоль/л †	0	7 (33,3)*
	ХБП 3-й стадии, СКФ ( $< 60$ мл/мин /1,73 м <sup>2</sup> )	9 (34,6)	11 (52,5)
	ГЛЖ ( $\geq 125$ г/м <sup>2</sup> / $\geq 110$ г/м <sup>2</sup> мужчины / женщины)	21 (80)	16 (76,1)
ФВ ЛВ низкая ( $< 40\%$ ) †	10 (38,4)*	1 (4,7)	

Примечание: \* –  $p < 0,05$ ; # – здесь и далее ФК – функциональный класс; † – пациенты отбирались в группы на основании выполнения / невыполнения врачебных рекомендаций, клинические различия здесь связаны с поведением пациента.

Таблица 3

### Характеристика врачей (n = 6)

Параметр	n (%)
Женщины (медиана возраста 31,5 лет)	6 (100)
Состоят в браке	6 (100)
Есть дети	5 (83,3)
Стаж работы $> 5$ лет	5 (83,3)
Участвуют в клинических исследованиях	6 (100)

### Проведение проспективного исследования пациентов ФГ

Через 6 и 12 месяцев после проведения фокусированного интервью по телефону с пациентами ФГ № 2 проводился опрос. Оценивалось продолжение приема препаратов,

побочные эффекты, а также изменения в жизни и здоровье пациента (ГК, эпизоды ОКС, декомпенсация ХСН, пароксизмальные нарушения ритма, обострение других хронических заболеваний, повторные госпитализации). В связи с тем, что пациенты ФГ № 1 регулярно наблюдаются в рамках КИ и принимают исследуемый препарат / плацебо, для них оценивали выживаемость и дальнейшее участие в КИ.

**Перспективное исследование пациентов государственных поликлиник  
и частных клиник**

Проводилось анкетирование пациентов с ССЗ в двух поликлиниках и трех частных клиниках г. Саратова. Приняло участие 90 пациентов, медиана возраста – 65 лет, их характеристики даны в табл. 4.

Таблица 4

**Клинико-демографическая характеристика пациентов, n (%)**

Характеристики пациентов		Частные клиники (n = 38)	Поликлиники (n = 52)
Возраст	Мужчины ≥ 60 лет, женщины ≥ 55 лет	22 (57,9)	46 (88,5)*
Пол	Мужской	12 (31,6)	18 (34,6)
Образование	Среднее	6 (15,8)	24 (46,2)
	Специальное	4 (10,5)	18 (34,6)
	Высшее	24 (63,2)*	10 (19,2)
	Не ответили	2 (10,5)	0 (0)
Профессия	Умственного труда	34 (89,5)*	28 (53,8)
Зарботок (по мнению самых пациентов)	Ниже среднего	2 (5,3)	26 (50)*
	Средний	28 (73,7)*	22 (42,3)
	Выше среднего	6 (15,8)	4 (7,7)
	Не ответили	2 (5,3)	0 (0)
Клиническая характеристика по сердечно- сосудистой патологии и факторам риска	Артериальная гипертония	32 (84,2)	50 (96,2)*
	Гипертонические кризы	18 (47,4)	38 (73,1)
	Перенесенный ИМ	6 (15,8)*	2 (3,8)
	Перенесенный инсульт	2 (5,3)	4 (7,7)
	Стенокардия напряжения (I–III ФК)	16 (42,1)	30 (57,7)
	ХСН (I–III ФК, NYHA)	14 (36,8)	40 (76,9)*
	Сахарный диабет	2 (5,3)	6 (11,5)
	Ожирение	16 (42,1)	18 (34,6)

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

На телефонный контакт через 6 и 12 месяцев согласились 7 пациентов в частных клиниках и 15 в государственных поликлиниках, поэтому дальнейшее перспективное исследование не проводилось.

**Комплексное влияние клинических, социально-демографических и психологических характеристик пациентов с сердечно-сосудистой патологией и психологических, социально-демографических характеристик их лечащих врачей на степень выполнения рекомендаций пациентами и развитие сердечно-сосудистых событий**

В исследование включались все пациенты кардиологического отделения, согласившиеся принять участие в опросе. Причины госпитализации представлены в табл. 5. Критериями исключения являлись не корригируемая АГ, тяжелая ХСН (IV ФК по NYHA), стенокардия напряжения IV ФК, тяжелая энцефалопатия любого генеза, любые другие серьезные заболевания, неспособность заполнить опросник.

**Причины, приведшие к госпитализации**

Причины госпитализации	n, %
Нестабильная стенокардия	40 (57,1)
Острый инфаркт миокарда	10 (14,3)
Декомпенсация ХСН	10 (14,3)
Гипертонический криз	4 (5,7)
Пароксизмальные нарушения ритма	6 (8,5)

Таблица 6

**Клинико-лабораторные и демографические характеристики пациентов**

Характеристика		n = 70, %	
Возраст	Мужчины $\geq$ 60 лет, женщины $\geq$ 55 лет	58 (82,9)	
Пол	Мужской	40 (57,1)	
Порядок поступления	В экстренном порядке	62 (88,6)	
Клиническая характеристика по сердечно-сосудистой патологии	Артериальная гипертония	62 (88,6)	
	Гипертонические кризы	54 (77,1)	
	Стенокардия напряжения I–III ФК	54 (77,1)	
	ИМ	24 (34,3)	
	Инсульт	12 (17,1)	
	ХСН I–III ФК (NYHA)	52 (74,3)	
	Желудочковая экстрасистолия	12 (17,1)	
	Фибрилляция предсердий	18 (25,7)	
Факторы риска	Курение	Да	12 (17,1)
	Ожирение	Да	64 (91,4)
	Сахарный диабет	Да	12 (17,1)
Лабораторно-инструментальные показатели	ОХС $>$ 4 ммоль/л	48 (68,6)	
	ЛПНП $\geq$ 1,5 ммоль/л	44 (62,8)	
	ЛПВП (мужчины $<$ 1, женщины $<$ 1,2 ммоль/л)	20 (28,6)	
	ТГ $\geq$ 1,7 ммоль/л	20 (28,6)	
	Глюкоза натощак $>$ 7,0 ммоль/л	12 (17,1)	
	ХБП 3-й стадии (GFR $<$ 60 мл/мин)	16 (22,8)	
	ГЛЖ (ИММЛЖ $\geq$ 125 / 110 г/м <sup>2</sup> мужчины / женщины)	26 (37,1)	
	ФВ низкая ( $<$ 40%)	8 (11,4)	

Анкетирование проводилось после стабилизации состояния больных. Критериям включения соответствовало 210 пациентов, согласилось заполнить опросник – 120, из них пригодных для анализа – 70. Характеристики пациентов представлены в табл. 6. Исследование проводилось на базе КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ. Участвовал 21 врач, медиана возраста – 41 год, характеристики даны в табл. 7.

Использовались следующие тесты: для определения наличия и степени выраженности когнитивных расстройств использовалась краткая шкала оценки психического статуса MMSE [Folstein M.F. et al., 1975]; для измерения мотивации достижения применялась модификация теста-опросника А. Мехрабиана (Mehravian Achieving Tendency Scale, MATS), предложенная М.Ш. Магомед-Эминовым [Магомед-Эминов М.Ш., 1981]; агрессивность определялась по опроснику Басса – Дарки (BDHI) [Buss A., Durkee A., 1957]; для определения способности к саморазвитию и самообразованию использовалась методика «Оценка способностей к саморазвитию и самообразованию» [Андреев В.И., 1994]; уровень эмоционального интеллекта определялся с помощью методики Н. Холла (Emotional Intelligence Self Evaluation)

**Общая характеристика врачей**

Признак	Кол-во человек (n = 21)	Процентный состав	
Мужчины	8	38,1	
Состоят в браке	18	85,7	
Есть дети	17	81	
Стаж работы более 15 лет	19	90,5	
Сотрудники кафедры СГМУ	6	28,6	
Участвуют в клинических исследованиях	19	90,5	
Материальный доход (по мнению самого врача)	Ниже среднего	7	33,3
	Средний	12	57,1
	Выше среднего	0	0
	Высокий	1	4,8
Материальное положение / доход на одного члена семьи в месяц	< 10 тыс. рублей	3	14,3
	10–25 тыс. рублей	14	66,6
	>25 тыс. рублей	4	19
Знание иностранных языков	Да	10	47,6
Поездки за границу	Нет	5	23,8

[Hall N., 1995; Ильин В.П., 2001]; диагностика индивидуальной саморегуляции – с помощью многошкальной опросной методики В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) [Моросанова В.И., 2004]; в качестве скринингового теста на вредное питьевое поведение применялся тест-опросник Всемирной организации здравоохранения «The Alcohol Use Disorders Identification Test» [WHO, 1982]. Контрольные звонки осуществляли через 6 и 12 месяцев после выписки пациента из стационара. Оценивались продолжение терапии, регулярность приема препаратов, побочные эффекты, изменения в состоянии здоровья (ГК, эпизоды ОКС, декомпенсации ХСН, пароксизмальные нарушения ритма, повторные госпитализации).

***Интернет-опрос среди широкой аудитории социальных сетей***

Интернет-опрос проводился среди широкой аудитории социальных сетей (<https://ok.ru/>, <https://vk.com/>, <https://www.instagram.com/>, <https://ru-ru.facebook.com/>), а также с использованием мессенджеров (<https://www.viber.com/>, <https://telegram.org/>, <https://www.whatsapp.com/>) при помощи созданного опросника (<https://ru.surveymonkey.com/r/8BTF2VH>) на профессиональной платформе SurveyMonkey ([www.surveymonkey.ru](http://www.surveymonkey.ru)). Опрос включал 12 вопросов, характеризовавших пол, возраст, образование исследуемых, наличие у пользователей ССЗ (в т. ч. АГ и перенесенных ИМ), сахарного диабета (СД), наблюдению у врача по поводу имеющихся заболеваний, регулярном приеме лекарственных препаратов, их эффективности и о причинах пропусков в их приеме. В опросе участвовало 488 респондентов. Мы просили ответить на опрос и разместить его в своей ленте. Опросник распространялся 2 месяца. Социальные сети были выбраны в качестве получения источника информации потому, что, с одной стороны, позволяют набрать большое число респондентов, а с другой – при распространении через друзей пользователей гарантируют участие живых людей, а не ботов.

*Статистика.* Для обработки материала использовались программы Excel (пакет программ Microsoft Office 2003–2016) и пакет программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США). В соответствии с методикой проведения ФГ по ходу беседы участники должны были прийти к единому мнению по исследуемой проблеме и сформулировать определенные выводы, которые не требуют статистического анализа. В проспективных исследованиях применялись метод кросс-табуляции (построение таблиц абсолютных частот парных наблюдений) с применением критерия  $\chi^2$ , методы вариационной статистики с использованием непараметрического корреляционного анализа (коэффициенты Kendall, Gamma), пошаговой логистической регрессии. Обработка полученных результатов в интернет-опросе проводилась на профессиональной платформе SurveyMonkey. Как статистически значимые результаты рассматривались данные с достоверностью  $p < 0,05$ .

### **Результаты проведенного исследования**

#### ***Приверженность к длительному лечению ССЗ и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью***

Опрошенные пациенты, участвующие в КИ, отличаются от пациентов стационара более высокими коммуникативными способностями, «принятием» своей болезни, отсутствием негатива и агрессивности. Улучшение самочувствия является важным фактором и заставляет участников КИ следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию. У всех исследуемых пациентов ярко выражена патерналистская модель общения «врач – пациент». Пациентов, участвующих в КИ, это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов стационара, прекращающих лечение на амбулаторном этапе, неполучение адекватной помощи в поликлинике является существенным негативным эмоциональным фактором и даже «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения.

Выделение врачами менее и более «положительных» пациентов, с одной стороны, может быть связано с личностными особенностями пациента, которые, в свою очередь, могут ассоциироваться с невыполнением врачебных рекомендаций, а с другой – может влиять на негативное поведение пациентов и невыполнение ими рекомендаций.

#### ***Приверженность к терапии пациентов – участников ФГ***

За период наблюдения никто из участников ФГ № 1 (участников КИ) не был потерян для наблюдения, умерших не было. В 100% случаев они продолжили участие в том КИ, в котором участвовали, либо начали участвовать в новом, никто из них не прекратил прием исследуемого препарата / плацебо.

Через 6 месяцев после выписки из стационара пациентов ФГ № 2, удалось связаться по телефону со всеми 21 (100%), через 12 месяцев – с 17 (80,9%). В ходе интервью через 6 месяцев 23,8% опрошенных заявили, что прекратили прием всех препаратов, назначенных им в стационаре; через 12 месяцев – 5,8%; продолжили прием так, как это было рекомендовано, 33,4% через 6 месяцев и 5,8% – через 12 месяцев; остальные с

различной частотой отказывались от приема одного или нескольких препаратов. Высокая приверженность к лечению отмечалась при наличии перенесенного ИМ ( $r = 0,99$ ) и нарушений ритма ( $r = 0,98$ ). Прекращение терапии ассоциировалась с большей частотой встречаемости гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) ( $r = -0,42$ ), снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ( $r = -0,83$ ) и высоким уровнем ТГ ( $r = -0,54$ ). Постоянный прием медикаментозной терапии ассоциировался с исходно целевым уровнем общего холестерина (ОХЛ) ( $r = 0,97$ ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) ( $r = 0,99$ ), регулярный прием – с отсутствием в анамнезе СД ( $r = 0,78$ ), наличием сохранной фракций выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ( $r = 0,94$ ) и достижением целевых значений липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ( $r = 0,99$ ). Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев составила 38,1%, через 12 месяцев – 64,7%. Продолжение терапии ассоциировалось с меньшей частотой повторных госпитализаций ( $r = -0,71$ ) как через 6, так и через 12 месяцев ( $r = -0,96$ ).

### ***Приверженность к лечению ССЗ пациентов государственных поликлиник и частных клиник***

Пациенты поликлиник – более тяжелые по наличию в анамнезе ГК ( $p = 0,013$ ) и ХСН ( $p = 0,001$ ), хотя среди пациентов частных клиник чаще встречается перенесенный ИМ ( $p = 0,04$ ). Пациенты частных лечебных учреждений более активны, молоды и нацелены на продолжение жизни, чаще имеют высшее образование, профессию умственного труда ( $p = 0,001$ ), и умеренный материальный достаток ( $p = 0,006$ ). Пациенты государственных поликлиник менее активны, чаще имеют низкий материальный доход ( $p = 0,006$ ), они увлечены своей болезнью, для них она – «образ жизни».

Большинство опрошенных считает здоровье собственной заботой, и декларирует желание получать информацию и участвовать в принятии медицинского решения. Но фактически они не интересуются лечением, перекладывая ответственность на врача. Особенно ярко это проявляется среди пациентов государственных поликлиник.

Пациенты частных клиник с ССЗ делают акцент на доверие к врачу ( $p = 0,001$ ), и его профессионализме ( $p = 0,015$ ), а также выделяют достаточность количества времени на беседу и осмотр ( $p = 0,001$ ). Для пациентов поликлиник значимым фактором является увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов ( $p = 0,006$ ).

Мотивацией к лечению у большинства пациентов с ССЗ поликлинической службы является болезнь ( $p = 0,005$ ) и плохое самочувствие ( $p = 0,005$ ), в отличие от пациентов частных клиник, основной мотивацией которых является работоспособность и полноценная жизнь ( $p = 0,001$ ).

### ***Комплексное влияние клинических, социально-демографических и психологических характеристик пациентов с ССЗ и социально-демографических и психологических характеристик их лечащих врачей на степень выполнения пациентами рекомендаций и развитие сердечно-сосудистых событий***

Через 6 месяцев удалось связаться по телефону с 52 (74,3%) пациентами, через 12 месяцев – с 48 (68,5%). В ходе опроса через 6 месяцев 19% опрошенных заявили, что

прекратили прием всех препаратов, через 12 месяцев – 14%, продолжили терапию в полном объеме через 6 месяцев 53,8% и 50% – через 12 месяцев.

*Влияние клиничко-демографических характеристик пациентов.* С продолжением терапии ассоциировались мужской пол ( $p = 0,082$ ), перенесенный ИМ ( $p = 0,003$ ), нарушения ритма ( $p = 0,004$ ), фибрилляция предсердий ( $p = 0,07$ ), избыток массы тела ( $p = 0,036$ ) поступление в стационар по поводу нестабильной стенокардии ( $p = 0,005$ ) и нарушенная толерантность к углеводам на момент проведения опроса ( $p = 0,046$ ). Гипергликемия натощак  $> 7$  ммоль/л ( $p = 0,076$ ), гипертриглицеридемия ( $p = 0,005$ ), выявленная ГЛЖ ( $p = 0,003$ ) и перенесенный инсульт ( $p = 0,016$ ) ассоциировались с прекращением терапии.

*Влияние социальных характеристик пациентов.* Выявлена взаимосвязь между продолжением терапии и профессией умственного труда ( $p = 0,04$ ), средним специальным образованием ( $p = 0,02$ ), поездками за границу ( $p = 0,03$ ), инвалидностью ( $p = 0,04$ ) и тратой на лекарственные препараты 1,5–5 тыс. рублей в месяц ( $p = 0,007$ ). Не знающие иностранного языка пациенты чаще прекращали лечение через 6 месяцев ( $p = 0,018$ ), работающие пациенты – через 12 месяцев ( $p = 0,03$ ). Факторы, ассоциирующие с прекращением терапии на протяжении всего периода наблюдения, – трата на лечение  $< 1,5$ –3 и  $> 5$ –10 тыс. рублей в месяц ( $p < 0,05$ ).

*Влияние социально-демографических характеристик врача.* Пациенты врача, имеющего материальный доход ниже среднего, продолжали терапию, и наоборот, при высоком материальном положении врача прекращали через 6 месяцев ( $p = 0,05$ ). Знание врачом иностранных языков положительно повлияло на продолжение терапии как через 6 ( $p = 0,05$ ), так и 12 месяцев ( $p = 0,09$ ). Пациенты достоверно чаще продолжили терапию после выписки, если их лечащий врач ни разу не бывал за границей ( $p = 0,04$ ).

*Влияние психологических характеристик пациента.* Взаимосвязь с продолжением терапии продемонстрировали мотивация избегать неудачу ( $p = 0,02$ ), уровень саморазвития ниже среднего ( $p = 0,001$ ), высокая агрессивность ( $p = 0,07$ ), средняя эмоциональная осведомленность ( $p = 0,02$ ), средняя самомотивация ( $p = 0,03$ ), средняя и высокая эмпатия ( $p = 0,03$ ), низкая способность к управлению своими эмоциями ( $p = 0,07$ ), высокий интегративный уровень эмоционального интеллекта ( $p = 0,01$ ), умение программировать ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ) и моделировать свои действия ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ). Легкая деменция ( $p = 0,04$ ), очень низкий уровень способности к саморазвитию и самообразованию ( $p = 0,02$ ), низкая эмпатия ( $p = 0,05$ ), взаимосвязаны с прекращением терапии, что соотносится с результатами ФГ.

*Влияние психологических характеристик врача.* Нормальная агрессивность врача ( $p = 0,01$ ), его средняя эмоциональная осведомленность ( $p = 0,04$ ), высокий уровень программирования действий ( $p = 0,03$ ), признание своего вредного питьевого поведения ( $p = 0,05$ ) ассоциировались с продолжением терапии пациентами. Низкий уровень агрессивности врача ( $p = 0,01$ ), его высокая самомотивация ( $p = 0,09$ ), средний (не



низкий) уровень эмпатии ( $p = 0,04$ ), низкий уровень оценивания результатов своей деятельности ( $p = 0,02$ ) ассоциировались с прекращением терапии пациентами.

*Изменения в состоянии пациента и «конечные точки».* Развитие отрицательных изменений в личной жизни взаимосвязано с прекращением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара ( $p = 0,03$ ). Корреляция между возникновением «конечных точек» и продолжением терапии представлена в табл. 8.

Таблица 8

**Взаимосвязь выявления «конечных точек» с продолжением и регулярностью терапии через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара (Gamma,  $p < 0,05$ )**

«Конечные точки»	Продолжили лечение		Принимали препараты регулярно	
	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Происходили изменения в личной жизни	-0,57*	0,00	0,30	-0,04
Повторные госпитализации	0,20	-0,57*	-0,02	-0,02
Неблагоприятные изменения в состоянии здоровья (ГК, ОКС, нарушения ритма) без госпитализации	-0,15	-0,16	-0,27	0,04
Отмечали побочные эффекты	-0,95*	0,37	0,33	-0,02
Улучшилось физическое состояние	0,57*	0,42*	0,34*	0,05
Улучшилось эмоциональное состояние	0,53*	0,45*	0,24	-0,01
Удовлетворенность от лечения в настоящее время	0,50*	0,06	-0,04	-0,03

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

Отмечается большее количество вызовов скорой медицинской помощи для пациентов, принимающих лекарственные препараты нерегулярно ( $p = 0,035$ ) и прекративших терапию ( $p = 0,082$ ). Самостоятельная коррекция доз пациентами приводила к повторным госпитализациям через 6 ( $p = 0,007$ ) и 12 месяцев ( $p = 0,001$ ) после выписки из кардиологического стационара, к изменениям в состоянии здоровья ( $p = 0,001$ ) и изменениям в личной жизни ( $p = 0,004$ ). Пациенты, не проводившие корректировку лечения, отметили улучшение физического и эмоционального самочувствия ( $p = 0,010$ ).

При проведении корреляции было отмечено, что постоянный прием именно  $\beta$ -блокаторов ассоциирован с меньшим числом госпитализаций ( $r = -0,61$ ) по поводу декомпенсации ССЗ и неблагоприятных изменениях в состоянии, не требующих госпитализации ( $r = -0,88$ ). Комбинация факторов, выявленная при проведении пошаговой логистической регрессии представлена в табл. 9–11.

Таблица 9

**Взаимосвязь продолжения терапии через 6 месяцев с перенесенным ИМ, уровнем образования пациента, уровнем агрессивности пациента ( $p = 0,0002$ )**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	p-level	ОШ <sup>×</sup>	+95% CL	-95% CL
Перенесенный ИМ	7,808141	2,962011	6,94899	0,008	2460	988970	6,1218
Уровень образования пациента	3,508643	1,470616	5,69219	0,017	33,40	655,73	1,7015
Агрессивность пациента	0,622936	0,296272	4,42083	0,035	1,864	3,3963	1,0234

Примечание: <sup>×</sup> – здесь и далее ОШ – отношение шансов.

Таблица 10

**Взаимосвязь продолжения терапии через 12 месяцев с перенесенным ИМ, желанием пациента активно участвовать в принятии медицинского решения, уровнем враждебности пациента ( $p = 0,00000$ )**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	p-level	ОШ	+ 95% CL	- 95% CL
Перенесенный ИМ	5,009223	2,166332	5,34675	0,020	149,7	12174,6	1,8428
Участие пациента в принятии медицинского решения	3,722776	1,485623	6,29623	0,012	41,58	848,73	2,0376
Враждебность пациента	0,845489	0,403015	4,40122	0,036	2,329	114185	1,2107

Таблица 11

**Взаимосвязь между развитием «конечных точек», прекращением терапии, полом, низким материальным доходом и наличием уровня ТГ выше целевого ( $p = 0,00000$ )**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	p-level	ОШ	+ 95% CL	- 95% CL
Женский пол	-4,455251	1,647455	7,3133	0,0068	0,011	0,32445	0,00041
Прекращение терапии	-5,959832	2,467417	5,8342	0,0015	0,002	0,37779	0,00001
Гипертриглицеридемия	-5,575696	1,992512	7,8306	0,0051	0,003	0,21252	0,00006
Низкий материальный доход	-3,494594	1,433919	5,9394	0,0014	0,030	0,55071	0,00167

**Распространенность ССЗ и частота их лечения: результаты интернет-опроса**

В опросе приняло участие 488 респондентов социальных сетей, 347 женщин, медиана возраста – 34 года. Среди участников о наличии у них АГ знают 91 (18,9%), перенесли ИМ или инсульт 10 (2,1%) респондентов. Большая часть респондентов молодые люди, имеющие высшее образование ( $p = 0,00001$ ); 145 (29,9%) человек по разным причинам регулярно наблюдаются у врача. Посещают врача регулярно только 37,1% опрошенных с АГ, 70% – с перенесенной сердечно-сосудистой катастрофой ( $p = 0,005$ ). Достоверно чаще регулярному наблюдению у врача среди опрошенной аудитории способствуют наличие в анамнезе СД ( $p = 0,008$ ) и перенесенной сердечно-сосудистой катастрофы ( $p = 0,00000$ ). 37,8% человек с АГ лекарственные препараты не принимают. Большинство опрошенных – 388 (79,8%) верят в способность лекарственных препаратов влиять на продолжительность жизни. Результаты пошаговой логистической регрессии приведены в табл. 12 и 13.

Таблица 12

**Взаимосвязь регулярного наблюдения у врача с возрастом, образованием, перенесенной сердечно-сосудистой катастрофой и наличием других ССЗ пациента (кроме АГ) ( $p = 0,0034$ )**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	p-level	ОШ	+ 95% CL	- 95% CL
Возраст	0,3926566	0,192519	4,1598	0,041	1,480	2,161	1,014
Образование	-0,4078681	0,220417	3,4240	0,064	0,665	1,025	0,431
Перенесенная сердечно-сосудистая катастрофа	-1,667923	0,783984	4,5262	0,033	0,188	0,880	0,040
Наличие других ССЗ (не включая АГ)	-0,4019906	0,169796	5,6049	0,017	0,668	0,933	0,479

**Взаимосвязь регулярного приема препарата с возрастом, СД и АГ (p = 0,0000)**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	p-level	ОШ	+ 95% CL	- 95% CL
Возраст	0,835408	0,1971844	17,949	0,000	2,305	3,396	1,565
СД	-2,093867	0,8170777	6,5670	0,010	0,123	0,613	0,024
АГ	-1,284994	0,2740352	21,988	0,000	0,276	0,474	0,161

**ВЫВОДЫ**

1. У кардиологических больных отчетливо выражена патерналистская модель общения «врач – пациент». Пациентов, участвующих в клинических исследованиях, это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а пациенты стационара, прекращающие лечение на амбулаторном этапе, считают, что их доверие недооценили, это вызывает у них негативные эмоциональные ощущения и приводит к прекращению терапии. Улучшение самочувствия является важным фактором и заставляет участников клинических исследований следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию.

2. Приверженность пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, не участвующих в клинических исследованиях, имеет положительную взаимосвязь с перенесенным инфарктом миокарда, наличием нарушений ритма и отрицательную взаимосвязь с уже имеющимся исходно поражением органов мишеней в виде гипертрофии левого желудочка, снижения скорости клубочковой фильтрации и высоким уровнем триглицеридов. Высокая приверженность к лечению пациентов, выполняющих назначение врача и участвующих в клинических исследованиях, остается достаточно стабильной.

3. Имеются существенные отличия между пациентами поликлиник и частных клиник. Пациенты частных лечебных учреждений более активны, молоды, нацелены на продолжение жизни, чаще – с высшим образованием, имеющие профессию умственного труда и умеренный материальный достаток, их основной мотивацией к лечению является работоспособность и полноценная жизнь. Пациенты государственных поликлиник менее активны, чаще имеют низкий материальный доход, для них болезнь – «образ жизни». Мотивацией к лечению у них является «увлечение болезнью» и плохое самочувствие. Недостаточное взаимопонимание со стороны медицинского персонала поликлиники ассоциировано с прекращением терапии. Для всех пациентов характерна патерналистская модель общения с врачом и важен его профессионализм.

4. Среди множества клинических, социальных и психологических характеристик пациента, взаимосвязанных с приверженностью к лечению, именно перенесенный инфаркт миокарда имел наиболее важное значение для продолжения пациентами терапии, тогда как среди множества изученных характеристик лечащих врачей, ассоциированных с приверженностью, ни одна не оказалась существенно значимой для

поведения пациентов, несмотря на патерналистскую модель общения в системе «врач – пациент».

5. Женский пол, низкий материальный доход пациента на момент госпитализации в сочетании с прекращением терапии ассоциированы с большей частотой сердечно-сосудистых событий, таких как повторные госпитализации, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, гипертонический криз. С этими факторами также ассоциировался высокий уровень триглицеридов, который можно рассматривать как независимый индикатор плохого выполнения врачебных рекомендаций.

6. Среди преимущественно молодой и активной аудитории социальных сетей только 37,1% респондентов, страдающих артериальной гипертонией, обращаются к врачу и только 62,2% из них утверждают, что принимают препараты регулярно, хотя 82,4% заявляют, что верят в продолжение жизни на фоне регулярного лечения.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует учитывать выраженность их патернализма и значение их абсолютного доверия врачу, что еще больше увеличивает ответственность врача.

2. Врачу необходимо с особым вниманием и осторожностью относиться к факту улучшения самочувствия пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как это часто является важным фактором, ассоциированным как с продолжением, так и прекращением терапии среди разных групп пациентов.

3. Врачам-кардиологам поликлиник, частных клиник, стационара необходимо принимать во внимание, что среди большого числа разнообразных факторов именно перенесенный инфаркт миокарда существенно влияет на поведение пациента с сердечно-сосудистым заболеванием и осознанное продолжение им терапии.

4. При планировании научных исследований, особенно с использованием аудиторий социальных сетей, целесообразно учитывать, что только небольшой процент больных с артериальной гипертензией обращается к врачу, принимает препараты регулярно и является доступным для изучения, а специализированные и широко доступные интернет-ресурсы, посвященные лечению сердечно-сосудистых заболеваний, мало эффективны в отношении улучшения выполнения врачебных рекомендаций.

5. Необходимо понимать, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, обращающиеся за медицинской помощью в государственные поликлиники и частные клиники, имеют различные клинические и социально-демографические характеристики, что дифференцирует их мотивацию к лечению и должно учитываться при работе с ними.

6. Врачу-кардиологу следует обращать внимание на высокий уровень триглицеридов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, который может рассматриваться как независимый индикатор плохого выполнения врачебных рекомендаций.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Учитывая наличие у пациентов с ССЗ низкой приверженности к лечению, более выраженные изменения органов-мишеней при плохом комплаенсе, увеличение числа неблагоприятных изменений в жизни и здоровье, в том числе повторных госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого события на фоне несоблюдения медицинских рекомендаций независимо от выбора пациентом места лечения, участия в клинических исследованиях, а также низкий процент обращаемости пациентов социальных сетей, страдающих АГ, к врачу и нерегулярный прием ими лекарственных препаратов, целесообразно дальнейшее изучение разнообразных факторов, влияющих на продолжение терапии ССЗ и поиск возможных путей улучшения приверженности к их лечению.

### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Применение фокусированного интервью в кардиологии как метода, позволяющего оценить приверженность к терапии / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // *Инновации в науке: матер. XIV Междунар. заоч. науч.-практ. конф.* – Ч. II. – Новосибирск: СибАК, 2012. – С. 145–157.
2. Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Е.В. Строкова, Ю.Г. Шварц // *Инновации в науке: материалы XV Междунар. заочн. науч.-практ. конф.* – Новосибирск: СибАК, 2012. – № 15. – С. 177–189.
3. Focus-group as a qualitative method for study of compliance in cardiovascular disease patients / O.N. Semenova, E.A. Naumova, Y.G. Shvarts // *International scientific and education cooperation for the solution of contemporary global issue: BCES Conference Book.* – 2013 – Vol. 11 (7). – P. 583–587.
4. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // *Бюллетень медицинских интернет-конференций.* – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 507–511.
5. Фокусированное интервью пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и их врачей для оценки приверженности к длительной терапии / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Н.М. Михневич // *Бюллетень медицинских интернет-конференций.* – 2013. – Т. 3, № 6. – С. 940.
6. Отношение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к своим лечащим врачам / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // *Cardiosоматика.* – 2013. – № S1. – С. 92.
7. Продолжение и регулярность приема препаратов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // *Cardiosоматика.* – 2013. – № S1. – С. 93.
8. **Влияние личностных особенностей лечащего врача на приверженность пациентов к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц, О.Н. Семенова // Саратовский научно-медицинский журнал.** – 2013. – Т. 9., № 2. – С. 263–269.

9. Adherence to long-term treatment: a qualitative study among cardiovascular disease patients / O.N. Semenova, E.A. Naumova, Y.G. Shvarts // Papers of the 1<sup>st</sup> International Scientific Conference 2<sup>nd</sup>: International Scientific Conference Modern approaches in scientific researches. – Germany: ORT Publishing, 2013. – Vol. 1. – P. 157–160.
10. **Приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью/ О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10, № 1. – С. 55–61.**
11. Отношение к здоровью пациентов в поликлиниках и частных клиниках и их приверженность в лечении сердечно-сосудистой патологии / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // Достижения современной кардиологии: сб. науч-практ. конф. (9-10 июня 2014 г., Москва). – М., 2014. – С. 31.
12. Основные причины прекращения терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы пациентами поликлиник и частных клиник / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Достижения современной кардиологии: сб. науч-практ. конф. (9-10 июня 2014 г., Москва). – М., 2014. – С. 30.
13. Отношение к информации о своем заболевании пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы в частных клиниках и поликлиниках / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Материалы III Всерос. конф. «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (7-8 ноября 2014 г.). – Самара, 2014. – С. 116–117.
14. Желание получать информацию о своем заболевании пациентов с сердечно-сосудистой патологией в поликлиниках и частных клиниках / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // Материалы III Всерос. конф. «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (7-8 ноября 2014 г.). – Самара, 2014. – С. 117–118.
15. Что влияет на выбор пациентом места лечения: результаты анкетирования пациентов поликлиники и частных клиник / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 10. – С. 1062–1065.
16. Проблема приверженности к длительному лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Е.В. Строкова, Ю.Г. Шварц // Международный медицинский журнал. – 2014. – Т. 20, № 4 (80). – С. 20–26.
17. **Отношение к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: опрос пациентов государственных поликлиник и частных клиник / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т. 11, № 4. – С. 385–390.**
18. **Перспективное 6-месячное исследование приверженности к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области / Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 129–135.**
19. Употребление алкоголя и приверженность в лечении сердечно-сосудистой патологии / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.В. Булаева // Кардиоваскулярная терапия и

- профилактика: материалы науч.-практ. конф. «Профилактика» – 2015» (11 июня 2015 г., Москва). – 2015. – Т. 14. – (Спец. вып. (июнь)). – С. 56b.
20. Мотивация достижения в лечении сердечно-сосудистой патологии / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.В. Булаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: материалы науч.-практ. конф. «Профилактика» – 2015» (11 июня 2015 г., Москва). – 2015. – Т. 14. – (Спец. вып. (июнь)). – С. 57a.
21. Уровень враждебных и агрессивных реакций и приверженность к лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: материалы науч.-практ. конф. «Профилактика» – 2015» (11 июня 2015 г., Москва). – 2015. – Т. 14. – (Спец. вып. (июнь)). – С. 41a–41b.
22. Когнитивные нарушения и приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: материалы науч.-практ. конф. «Профилактика» – 2015» (11 июня 2015 г., Москва). – 2015. – Т. 14. – (Спец. вып. (июнь)). – С. 56a–56b.
23. Материальные факторы и приверженность в лечении сердечно-сосудистых заболеваний / О.Н. Семенова // Материалы IV Всерос. конф. «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (16-17 октября 2015 года). – Самара, 2015. – С. 223.
24. Переживание болезни пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их приверженность / О.Н. Семенова // Материалы IV Всерос. конф. «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (16-17 октября 2015 года). – Самара, 2015. – С. 222.
25. Клинико-демографические факторы и приверженность в лечении сердечно-сосудистых заболеваний / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева // Материалы IV Всерос. конф. «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (16-17 октября 2015 года). – Самара, 2015. – С. 215–216.
26. **Перспективное 12-месячное исследование приверженности к лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области / Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Врач-аспирант. – 2015. – Т. 72, № 5.2. – С. 262–271.**
27. Зависимость приверженности от типа лечебного учреждения, в котором наблюдаются пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.В. Булаева // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. 19, № 2-3. – С. 71.
28. Удовлетворенность пациентов процессом лечения и результатами оказания медицинской помощи в кардиологическом стационаре / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. 19, № 2-3. – С. 61.
29. Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Кардиология: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 2. – С. 30–39.

30. Клинико-демографические, когнитивные, социальные и материальные факторы и приверженность в лечении сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.В. Булаева, О.Н. Семенова // Материалы X Юбилейной Междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых-медиков: сб. тр. – Курск, 2016. – Т. 1. – С. 114–117.
31. Психологические характеристики пациентов, их врачей и приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.В. Булаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: сб. науч. тр. VII Междунар. форума кардиологов и терапевтов (21 – 23 марта 2018 г., Москва). – 2018. – Т. 17, № S3. – (Спец. вып.). – С. 266.
32. Вредное пищевое поведение пациентов, их лечащих врачей и приверженность в лечении сердечно-сосудистой патологии / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: сб. науч. тр. VII Междунар. форума кардиологов и терапевтов (21 – 23 марта 2018 г., Москва). – 2018. – Т. 17, № S3. – (Спец. вып.). – С. 211–212.
33. Приверженность лечению сердечно-сосудистых заболеваний и уровень агрессивных реакций среди пациентов и их врачей / Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Российские дни сердца: сб. VII Обр. форума. – СПб., 2018. – С. 217.
34. Мотивация достижений пациента и его врача в лечении сердечно-сосудистой патологии / Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Российские дни сердца: сб. VII Обр. форума. – СПб., 2018. – С. 140.
35. **Исследование приверженности к лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области и кардиологического отделения университетской клиники города Саратова / Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 337–343.**

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия	СД – сахарный диабет
ГК – гипертонический криз	СКФ – скорость клубочковой фильтрации
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка	ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ИМ – инфаркт миокарда	ТГ – триглицериды
КИ – клинические исследования	ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности	ФГ – фокус-группа
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности	ФК – функциональный класс
ОКС – острый коронарный синдром	ХБП – хроническая болезнь почек
ОХЛ – общий холестерин	ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ОШ – отношение шансов	NYHA – New York Heart Association



*Научное издание*

Семенова Ольга Николаевна

**Приверженность к лечению пациентов с сердечно-  
сосудистыми заболеваниями: определяющие факторы  
и способы улучшения при различных видах  
оказания медицинской помощи**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Подписано в печать 21.09.2018 г. Усл. печ. л.1. Формат 60×84 1 / 16.

Тираж 100. Заказ № 779-18

Отпечатано в типографии «Техно-декор» по адресу:  
410012, г. Саратов, ул. Московская, 160, тел. + 7 (8452) 77-08-48