

Федеральное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет  
имени В.И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

**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

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук  
Наумова Елизавета Александровна

Саратов - 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ .....	2
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	6
ВВЕДЕНИЕ .....	7
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	18
1.1. Эпидемиологические данные по заболеваниям сердечно- сосудистой системы. Состояние проблемы .....	18
1.2. От «Комплаенса» к «Конкордантности» .....	22
1.3. Приверженность пациента к лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения .....	23
1.4. Причины невыполнения врачебных рекомендаций .....	25
1.5. Приверженность в различных медицинских учреждениях .....	33
1.6. Методы измерения и оценки приверженности пациента к лечению .....	34
1.7. Оценка эффективности терапии .....	41
1.8. Вмешательства, направленные на повышение приверженности пациентов к терапии .....	42
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	45
2.1. Изучение факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению с помощью проведения фокус – групп .....	46
2.2. Проведение проспективных исследований пациентов фокус – групп, пациентов государственных поликлиник, частных клиник, кардиологического стационара .....	53
2.3. Интернет-опрос среди широкой аудитории социальных сетей ..	63
ГЛАВА 3. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НЕВЫПОЛНЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ	

ФОКУСИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ .....	65
3.1. Мнение о приверженности пациентов фокус-группы №1 (участников клинических исследований) .....	68
3.2. Мнение о приверженности пациентов фокус-группы №2 (пациентов стационара, не принимающие препараты на амбулаторном этапе) .....	69
3.3. Мнение о приверженности пациентов врачей стационара .....	71
3.4. Результаты фокусированного интервью .....	72
ГЛАВА 4. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕАЛЬНУЮ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ – УЧАСТНИКОВ ФОКУС- ГРУПП ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА .....	77
4.1. Влияние клинических и социально-демографических характеристик пациента на его приверженность к терапии после выписки из стационара .....	79
4.2. Нежелательные явления, произошедшие в жизни пациента и приверженность к терапии .....	81
4.3. Мнение пациентов о принимаемых препаратах и продолжение терапии .....	83
4.4. Взаимосвязь сформировавшейся приверженности к применению лекарственных препаратов у исследуемых пациентов .....	84
ГЛАВА 5. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК И ЧАСТНЫХ КЛИНИК ...	88
5.1. Мнение обследуемых пациентов в отношении принимаемой терапии и реальная приверженность к лечению .....	89
5.2. Взаимосвязь между клинико-демографическим характеристиками пациентов и приверженностью длительной терапии .....	90

5.3.	Различия во взглядах на здоровье и болезнь и приверженность к длительной терапии .....	92
5.4.	Получение информации о заболевании и приверженность к лечению .....	94
5.5.	Взаимоотношения с врачом, участие в принятии медицинского решения и приверженность к лечению .....	95
5.6.	Взаимосвязь между выбором места лечения и приверженностью к длительной терапии .....	97
5.7.	Факторы, значимые при принятии решения о длительной постоянной терапии (по мнению пациентов) .....	99
5.8.	Моделирование ситуации, позволяющей полностью следовать назначениям .....	101
5.9.	Мотивация к лечению пациентов в частных клиниках и поликлиниках .....	102
<p>ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ИХ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ НА СТЕПЕНЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ РЕКОМЕНДАЦИЙ И РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ .....</p>		
6.1.	Влияние клинических и социально-демографических характеристик пациентов на приверженность к лечению .....	106
6.2.	Приверженность на момент опроса в стационаре .....	106
6.3.	Приверженность через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара .....	108
6.4.	Влияние социально-демографических характеристик врача на приверженность к лечению после выписки из стационара .....	112
6.5.	Влияние психологических характеристик пациента и его	

лечащего врача на приверженность лечению .....	114
6.6. Нежелательные явления, произошедшие в жизни пациента и приверженность к терапии .....	128
ГЛАВА 7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЧАСТОТА ИХ ЛЕЧЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА.....	134
7.1. Клинико-демографическая характеристика участников интернет-опроса .....	133
7.2. Регулярное наблюдение у врача и прием лекарственных препаратов .....	137
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	144
ВЫВОДЫ .....	155
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	157
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ .....	158
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	159
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	192

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ – артериальная гипертензия
- АРА II – антагонисты рецепторов ангиотензина II
- БАБ – бета-адреноблокаторы
- БМКК – блокаторы медленных кальциевых каналов
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ГК – гипертонический криз
- ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
- ИАПФ – ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ИМ – инфаркт миокарда
- ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка
- ИМТ – индекс массы тела
- КИ – клинические исследования
- ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
- ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
- НС – нестабильная стенокардия
- ОКС – острый коронарный синдром
- ОХЛ – общий холестерин
- СД – сахарный диабет
- СКФ – скорость клубочковой фильтрации
- ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
- ССС – сердечно-сосудистая система
- ТГ – триглицериды
- ФВ – фракция выброса левого желудочка
- ФГ – фокус-группа
- ФП – фибрилляция предсердий
- ХБП – хроническая болезнь почек
- ХСН – хроническая сердечная недостаточность

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность исследования**

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются по-прежнему ведущей причиной смерти во всем мире. Из 56,9 миллиона случаев смерти во всем мире в 2016 году на долю смертности от ССЗ приходится 15,2 миллиона смертей [183]. По данным Росстата всего болезнями сердца и сосудов в России страдают более 24 миллионов человек, показатель смертности населения России от болезней системы кровообращения на июнь 2017 года составил 614,6 на 100 тыс. человек [32]. ССЗ по-прежнему остаются главной причиной смерти россиян – почти половина (47%) летальных исходов [13, 32, 145], снижения работоспособности, инвалидизации и растущих затрат на здравоохранение [13, 35, 36, 54, 98, 119]. И одной из причин является низкая приверженность пациентов длительной терапии [5, 9, 20, 39, 66, 67, 75, 79, 91, 96, 108, 112].

Проблема невыполнения рекомендаций врача освящается в отечественной и зарубежной литературе. Долгосрочная приверженность пациентов после выписки из стационара, независимо от их заболевания, невысокая и не превышает 50% [20, 51, 52, 57, 62, 77, 79, 83, 85, 89, 90, 91, 93, 96, 98, 101, 108, 112, 117, 119, 125, 143, 146, 150, 157, 171, 236, 248, 259, 272, 277, 280]. Низкая приверженность приводит к уменьшению выраженности терапевтического эффекта, снижению качества жизни и несет в себе значительное финансовое бремя [66, 98, 107, 119, 133, 146, 166, 170, 179, 219, 234, 235, 255, 259, 276, 280].

### **Степень разработанности темы исследования**

ВОЗ еще в 2003 году выделила пять, взаимодействующих между собой, групп факторов, влияющих на приверженность длительной терапии [280], а именно: социально-экономические факторы; факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; факторы, связанные с проводимой терапией; факторы, связанные с пациентом; факторы,

связанные с состоянием пациента в данный момент. Но, как в упомянутом руководстве [280], так и в более поздних обзорах [140, 142, 166, 173, 207, 222, 229, 235, 236, 237, 239, 245, 256, 260, 261, 268, 277, 279] подчеркивается, что ни один из этих факторов не является наиболее важным и максимально определяющим поведение пациента. Однако можно говорить о том, что в целом все перечисленные факторы сводятся к сложному взаимодействию в системе врач-пациент, где также играют важную роль ряд социально-экономических параметров.

Взаимоотношения между врачом и больным являются одним из ведущих факторов, определяющих эффективность лечения [1, 11, 15, 19, 20, 23, 24, 27, 101, 121, 131, 134, 154, 161, 239, 251, 263]. Современные методы изучения комплаенса (опросы, анкетирования, интервью) не всегда позволяют выявить ведущие причины поведения и пациентов и их врачей [70, 193, 206, 219, 226, 227, 228, 236, 237, 278], что делает необходимым поиск иных методов исследования. Высокая эффективность применения в самых разнообразных отраслях науки и практики такого метода как фокус-группа (ФГ) [9, 175, 222, 271] позволяет предположить его эффективность и для изучения приверженности лечению. Опыт применения метода на пациентах существует [1, 61, 173, 177, 196, 208, 217, 260, 264], однако для оценки именно взаимоотношений в системе врач-пациент и анализу причин выполнения или не выполнения врачебных рекомендаций у кардиологических пациентов, он не применялся. Полученные результаты качественного исследования могут непосредственно использоваться в практической деятельности, а могут служить материалом для проведения на их основании классических широкомасштабных исследований.

Несмотря на большое количество работ, посвященных комплаенсу и приверженности к терапии, лишь в небольшом числе из них, акцент делается на оценке эффективности терапии, т.е. о влиянии приверженности на такие конечные точки как, повторные госпитализации, ухудшение течения



основного заболевания, сердечно-сосудистая смертность [45, 54, 55, 69, 85, 90, 93, 108, 110, 112, 117, 123, 130, 140, 171, 196].

Еще одной важной задачей в решении проблемы охраны здоровья населения является обеспечение качества медицинской помощи и удовлетворенностью самого пациента [35, 78, 136]. На сегодняшний день на рынке медицинских услуг развивается не только государственная, но и частная медицинская помощь. Возникают новые взаимоотношения врачей и пациентов, и у пациентов появляется возможность выбора между государственной и частной медициной [10, 18, 36, 57, 77, 86, 154, 214]. Однако, сравнительных исследований, посвященных тому, как лечение в государственном или частном медицинском учреждении влияет на приверженность к длительному лечению ССЗ на сегодняшний день нет. Поэтому определенный интерес представляет вопрос о том, кто из пациентов, и почему выбирают данные лечебные учреждения, их отношение к частной и государственной медицинской помощи в сфере проблемы приверженности к лечению ССЗ и влияет ли этот выбор на конечные результаты терапии ССЗ.

Нам кажется крайне важным деление всех причин нон - комплаенса пациентов на две большие группы: сознательные (или умышленные) и неосознанные (неумышленные) действия больных [62, 136, 207, 210, 249, 250]. Причем, как правило, регулярность терапии (т.е. число принятых или пропущенных пациентом таблеток), чаще ассоциирована с неумышленными действиями пациента, тогда как полный отказ от приема каких-либо препаратов, как и полный отказ от лечения действие несомненно осознанное. Поэтому, представляется, что регулярность терапии - важный показатель, но оценка продолжения или прекращения терапии - более значимый и прогностический ценный фактор, который и стоит использовать, наряду с уже упомянутыми конечными точками по эффективности терапии [62].

Различные клинические факторы (тяжесть заболевания, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), коморбидность) [7, 14, 15, 30, 47, 62, 63, 84, 85, 93, 102, 103, 106, 110, 117, 160, 162, 168, 209, 229, 234, 244, 272, 275, 280],

социально-демографические (пол, возраст, образование) [7, 15, 16, 36, 44, 47, 58, 62, 64, 79, 89, 101, 106, 155, 168, 171, 201, 216, 229, 234, 246, 274, 280], психологические характеристики пациента (наличие тревоги и депрессии, локус контроля, внутренняя картина болезни, тип темперамента, копинг-стратегии, самоотношение, враждебность, когнитивный дефицит) [1, 4, 17, 24, 25, 28, 49, 50, 52, 59, 62, 75, 79, 87, 101-104, 106, 120, 124, 133, 156, 158, 172, 216, 231, 280] и психологические черты врача (эмпатия, эмоциональное выгорание, стиль общения врача, ведущие жизненные ценности) [95, 101-103, 124, 251] часто изучались в плане их влияния на приверженность, но система врач-пациент – многомерная структура, компоненты которой, несомненно, как на сознательном, так и не на осознанном уровне могут влиять на приверженность к лечению, в связи с чем вытекает необходимость комплексного анализа максимального количества факторов одновременно.

Таким образом, представляется актуальным изучение комплекса клинических, лабораторных, психологических, социально-демографических факторов в системе врач-пациент, как «традиционных», так и выявленных по результатам фокусированного интервью, влияющих на приверженность к длительному лечению, при различных видах оказания медицинской помощи.

### **Цель исследования**

Провести анализ комплекса клинических, лабораторных, психологических, социально-демографических факторов в системе врач-пациент, влияющих на приверженность к длительному лечению, пациентами, страдающими ССЗ при различных видах оказания медицинской помощи.

### **Задачи исследования**

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

2. Провести проспективное исследование пациентов фокус-группы (ФГ) для оценки влияния выявленных характеристик на реальную приверженность пациентов к лечению, а также на возникновение «конечных точек»: ухудшение течения основного заболевания (включая гипертонические кризы (ГК), острый коронарный синдром (ОКС), пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсация ХСН), госпитализации 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 клинических, 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 (ГК), острый коронарный синдром (ОКС), пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсация ХСН и госпитализации по этим причинам).

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

### **Научная новизна**

1. В работе использован социологический метод фокусированного интервью на пациентах с сердечно-сосудистой патологией с соблюдением классических требований и стандартов данной методики, и по его

результатам выделены факторы, возможно влияющие на приверженность, которые далее изучались в проспективных исследованиях.

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 в их мотивации к лечению. Пациенты государственных поликлиник более тяжелые по наличию в анамнезе ГК и ХСН, мотивацией к лечению для них служит болезнь и плохое самочувствие, в отличие от молодых и активных пациентов частных клиник, мотиваций 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 ИМ.

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

5. Продемонстрировано что 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 ХСН, гипертонический криз. Также с этими факторами 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 лишь небольшая часть пациентов с АГ регулярно наблюдается у врача и принимает

лекарственные препараты, но большая часть при этом верит в продление жизни на фоне лекарственной терапии.

### **Теоретическая и практическая значимость**

Полученные данные расширяют представления о комплексе факторов, определяющих поведение пациентов с ССЗ и их дальнейшую приверженность. 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, 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.

Продemonстрировано, 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 частей. Первый этап - проведение ФГ пациентов стационара с ССЗ и врачей. Второй этап - проведение проспективных исследований среди пациентов стационара, поликлиник, частных клиник, в котором 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. Также был проведен интернет-опрос среди широкой аудитории социальных сетей. В проспективных наблюдениях проводилась оценка конечных точек: ухудшение течения основного заболевания (включая ГК, ОКС, пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсация ХСН), госпитализации по поводу декомпенсации ССЗ, изменения в личной жизни, физическое, эмоциональное состояние, самочувствие, продолжение и регулярность терапии, смена 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 патерналистическая 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 ИМ 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 гипертензией, наблюдается у врача, принимает гипотензивные препараты и доступно для исследования, хотя большинство верят в возможность продления жизни на фоне регулярного лечения.

#### **Степень достоверности представленных данных**

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.

#### **Личный вклад автора в получении научных результатов**

Автор принимала непосредственное участие на всех этапах проведенного исследования, самостоятельно сформулировала цель и задачи исследования, выполнила анализ современной научной литературы по теме исследования, провела сбор материала, опрос пациентов, анализ историй болезней, статистическую обработку и научный анализ клинических, лабораторных-инструментальных данных, психологических тест-опросников. Оформила результаты исследования, включая написание текста настоящей диссертации.

## **Апробация результатов диссертационного исследования**

Результаты проведенного диссертационного исследования доложены и обсуждены на городских и региональных научно-практических конференциях «Всероссийская неделя науки с международным участием, посвященная дню российской науки» (Саратов, 2012), Первая открытая заочная конференция молодых ученых Саратовского НИИ кардиологии, посвященная дню науки» (Саратов, 2013), «Молодые ученые здравоохранению» (Саратов, 2014, 2015), на конференции молодых учёных «Новые технологии в кардиологии: настоящее и будущее» (Саратов, 2016), V Всероссийская неделя науки с международным участием, посвященная «Всемирному дню здоровья» (Саратов, 2016), итоговой Всероссийской студенческой конференции с международным участием «Медицинская весна» (Москва, 2014), на конференции молодых учёных и студентов ВолгГМУ с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 2015, 2016, 2017), на конференции «Наука XXI века: новый поход» (Санкт-Петербург, 2013), на VI международном молодежном медицинском конгрессе «Санкт-Петербургские научные чтения – 2015» (Санкт-Петербург, 2015), на X Юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков (Курск, 2016), на 29 Межрегиональной научно-практической конференция РНМОТ (Саратов, 2017), на заседании регионального отделения Российского общества кардиологов (Саратов 2016, 2018), на научно-практических конференциях с международным участием «Современная медицина: тенденции развития» (Новосибирск, 2012), «Инновации в науке» (Новосибирск, 2012), на международных научно-практических конференциях «Европейские прикладные науки: современные подходы в научных исследованиях» (Германия, 2013), «Образование в Едином мире с точки зрения разных стран (Болгария, 2013), на 4-й Российско-Китайской конференции молодых ученых по кардиологии (Китай, 2018).



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.

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

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 СГМУ 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 сердечно-сосудистых заболеваний» (регистрационный номер 01201458257).

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов, 5 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.

# **ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

## **1.1. Эпидемиологические данные по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Состояние проблемы.**

По данным опубликованным в информационном бюллетене Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мае 2018 года определены 10 ведущих причин смерти в мире [183]. Из 56,9 миллиона случаев смерти во всем мире в 2016 году на долю смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходится 15,2 миллиона смертей. За последние 15 лет эти болезни остаются ведущими причинами смертности во всем мире [183].

Всего болезнями сердца и сосудов в России страдают более 24 миллионов человек, ежегодно по различным причинам умирает около 2 миллионов человек. Из всех причин на первом месте с большим отрывом стоят ССЗ [13, 32, 83]. Несмотря на общеевропейскую тенденцию постепенного снижения показателя смертности от ССЗ, в России он сохраняется высоким [145]. Так в 2016 году от них умерло 904 тысячи человек [32], что существенно превышает смертность в связи с другими заболеваниями или внешними причинами смертности. Исходя из приведенных данных возникает понимание проблемы, с которой сталкиваются как пациенты, так и система здравоохранения в целом.

Не смотря на впечатляющие результаты научных исследований, демонстрирующих возможности эффективного лечения и улучшения прогноза при ССЗ, показатели смертности от этих заболеваний остаются высокими [19, 39, 45, 54, 123, 130, 137, 151, 155, 166, 170, 178, 183, 190, 192, 196, 204, 220, 232, 235, 240, 255, 259, 261, 262, 267].

Современная медицина благодаря развитию доказательной медицины располагает большим набором лекарственных средств, позволяющих оказывать достаточно мощное воздействие на течение и прогноз ССЗ [39, 65, 66, 118, 167, 278, 279], однако данная возможность не всегда используются в полной мере. Одной из наиболее важных причин этому является проблема

несоблюдения медицинских рекомендаций [5, 9, 20, 39, 50, 51, 66, 67, 75, 79, 91, 96, 108, 112, 161, 171, 172, 220, 223, 227, 237, 238, 247, 252, 253, 255, 258, 259, 261, 262, 267, 272, 279], а также отсутствие преемственности терапии между стационарным и амбулаторным этапами лечения [2, 3, 5, 10, 6, 12, 14, 18, 45, 52, 55, 77, 81, 86, 90, 91, 93, 96, 110, 113, 116, 214, 220, 242, 248, 254].

Невысокая приверженность считается ключевой предпосылкой сокращения выраженности терапевтического эффекта, увеличивает риск возникновения осложнений заболевания, приводит к снижению качества жизни и значимому увеличению материальных затрат [39, 66, 98, 107, 119, 123, 133, 146, 161, 166, 170, 179, 219, 234, 235, 255, 259, 260, 267, 268, 269, 272, 275, 276, 280].

Несмотря на это, приверженность пациентов к лечению все еще остается довольно невысокой. Порядка 50% всех назначений не выполняются пациентами так, как это рекомендовано врачом [20, 39, 51, 52, 57, 62, 77, 79, 83, 85, 89, 90, 91, 93, 96, 98, 101, 108, 112, 117, 119, 143, 146, 157, 171, 236, 247, 248, 259, 277, 280]. Около 50% пациентов прекращают лечение в течение 6 месяцев от его начала, и лишь 15% продолжают терапию до 1 года [5, 6, 12, 39, 44, 51, 54, 57, 62, 83, 89, 90, 108, 110, 112, 119, 125, 130, 134, 137, 146, 150, 151, 159, 167, 171, 190, 204, 205, 223, 235, 237, 238, 246, 248, 262, 268, 276]. В мета-анализе 21 рандомизированного и не рандомизированного исследования Simpson SH [262], включающего 46 847 пациентов с различными хроническими заболеваниями (общая летальность 2779(5.9%)), было продемонстрировано, что среди пациентов с высокой приверженностью к терапии (31439 участник) летальность составляла 1462(4.7%), а среди пациентов с низкой приверженностью (15 408 человек) к лечению - 1317(8.5%). В Мета-анализе Naderi S.H. 20 наблюдательных исследований, включающих 376162 пациентов, суммарная оценка распространенности плохой приверженности по множественным классам лекарств по данным аптечного пополнения составила 43% [231].

Приверженность пациентов к терапии большинства болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) играет важную роль. В исследовании Fallis В.А., оценивающим прекращение терапии ССЗ по разным классам лекарственных препаратов отмечено, что 66(28%) пациентов прерывают терапию через 7 дней после выписки и 55(24%) через 30 дней после выписки. Основные группы, прием которых прекращали пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) – бета-адреноблокаторы (БАБ) и статины, пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) – БАБ, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), фуросемид [248].

После перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) только около 70% пациентов (PREMIER Registry, the Ontario-based EFFECT Registry, CRUSADE и ACTION registries) принимают препараты постоянно [138, 159, 167]. Показано, что 25-30% больных через месяц после перенесенного острого ИМ прекращают прием по крайней мере одного препарата из групп статинов, БАБ, антигипертензивных препаратов, дезагрегантов. А через год после острого ИМ только 50% больных принимает статины, БАБ и антигипертензивную терапию [190, 236].

Около 10% пациентов с ХСН принимают все рекомендованные препараты и 64% всех госпитализаций их связано с низкой приверженностью [123, 150, 169, 187, 215, 245]. Post-Myocardial Infarction Free Rx Event and Economic Evaluation (MI FREEE) trial показало, что после перенесенного ИМ постоянный прием 3 препаратов минимум 80% времени снижает риск повторного события на 24% [275].

Низкая приверженность к лечению артериальной гипертонии (АГ) расценивается как самостоятельный фактор риска развития ассоциированных клинических состояний, в частности мозговых инсультов и прогрессирования ХСН, неблагоприятных исходов и смерти [29, 39, 44, 48, 58, 79, 89, 112, 118, 119, 177, 250, 272]. Проводимая гипотензивная терапия позволяет снизить риск повторного инсульта на 24%, ИМ – на 21% и сердечно-сосудистых событий – на 21% [46, 48, 90].

Высокая приверженность к приему статинов играет важную роль в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений [26, 39, 83, 92, 97, 99, 102, 125, 129, 134, 239, 261]. В то время, как несоблюдение приема статинов ассоциировано с повышенным риском сердечно-сосудистой госпитализации (HR 2.18, 95% CI: 2.02-2.35) и смертности от всех причин (HR = 1.75, CI: 1.66 - 1.84) [130, 196, 243].

Распространенность АГ и гиперхолестеринемии в амбулаторной практике Российской Федерации очень более 80%. Несмотря на высокий сердечно-сосудистый риск только 40-60% пациентов принимают статины, при этом частота достижения целевого уровня общего холестерина при ССЗ составляет не более 12% [26, 39, 69, 92, 243, 244].

Недостаточная приверженность лиц высокого риска и больных ССЗ к лечению приводит к более частым неблагоприятным исходам и госпитализациям, увеличивает финансовую нагрузку на систему здравоохранения и в отдаленной перспективе на самого пациента [39, 50, 96, 98, 113, 119, 123, 130, 157, 166, 170, 174, 178, 192, 204, 220, 230, 232, 235, 237, 238, 240, 252, 254, 256, 259, 260, 262, 267, 269, 276, 278, 280].

Так, ежегодно оцениваемые затраты в США включают до 100 млрд. долларов, из них 10% случаев госпитализации и 23% поступлений больных в частные клиники [276]. Консалтинговая компания Cargemini и компания HealthPrize Technologies, занимающаяся разработкой цифровых решений в сфере здравоохранения в 2016 году предоставили данные о том, что фармацевтические компании ежегодно теряют 637 млрд. долларов из-за несоблюдения пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, режима приема лекарств [166]. В 2012 году компании оценили потери от несоблюдения пациентами режима приема лекарств в 564 млрд. долларов. Для американской фармацевтической отрасли эти потери увеличились с 188 млрд. в 2012 году до 250 млрд в 2015-м. По оценкам Cargemini и HealthPrize, выручка всех фармкомпаний в мире составляет 1,1 трлн. долларов [166]. Эту

сумму можно увеличить на 37%, если улучшить пациентскую приверженность лекарственной терапии.

Бюджет России ежегодно теряет 13 млрд. рублей по причине отсутствия приверженности к лечению пациентами, которым были проведены высокотехнологичные операции лекарства, что приводит к развитию у 50-70% из них обострений заболевания в течение года [107].

Таким образом, изучение факторов, влияющих на приверженность ССЗ являются актуальным направлением современной кардиологии.

## **1.2. От «Комплаенса» к «Конкордантности»**

При описании соблюдения пациентами рекомендаций в литературе встречаются такие термины, как «комплаенс» (compliance), «терапевтическое сотрудничество» (partnering), «приверженность» (adherence), «согласие» (concordance) [212].

По определению ВОЗ, приверженность лечению – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием лекарств, диету и/или изменение образа жизни [254]. Термин «комплаенс» (англ. «compliance» - согласие, уступчивость, податливость) — это добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения, осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи. Комплаентное отношение подразумевает подчинение пациента рекомендациям врача, выполнение его предписаний, следование его советам. В настоящее время, понятие комплаенса рассматривается как согласие, приверженность пациента предписаниям врача (от англ. «adherence») – развитие партнерских отношений между пациентом и врачом, непосредственное активное участие пациента в составлении программы его лечения.

Наряду с ВОЗ другими авторами [140, 146, 149, 157, 182, 236] был сделан акцент на активное привлечение пациента к принятию медицинского решения. В 1997 году в отчете «From Compliance to Concordance» [182] вместо термина комплаенс появляется новый термин – конкордантность (от английского «concordance» – согласие, соответствие). Модель отношения

врача и пациента по типу «комплаенс» предусматривает простое выполнение пациентом врачебных рекомендаций [146, 149, 212], модель «конкордантность» рассматривает процесс лечения как сотрудничество и партнерство врача и пациента [140, 149, 161, 182, 212, 213, 236, 239, 242, 251, 263]. В данном контексте предполагается, что врач предоставляет пациенту полноценную и достоверную информацию о его заболевании, состоянии, возможностях лечения, на каждом этапе обследования и лечения врач согласовывает свои действия с пациентом, детально информирует его о превосходстве или недостатках каждой манипуляции или назначения, адаптирует свои знания под языковые особенности личности пациента. Исходом такого общения является активное участие пациента в процессе принятия медицинского решения по проблеме его собственного здоровья [62, 131, 206, 213, 239]. Появление у пациентов осознанной приверженности к лечению является следствием перехода от «комплаенса» к «конкордантности» [182].

Модель общения врача и пациента по принципу «конкордантности» предполагает возникновение сложностей как для врача, так и для пациента. Определенное негативное отношение к повышению активности пациента отмечается среди врачей, так как усложняет их работу [11, 20, 23, 62, 135, 141]. По данному поводу и среди пациентов не всегда имеются единогласия [11, 23, 62, 74, 75, 157, 263]. Далеко не все пациенты желают проявлять активность и брать на себя ответственность за принятие медицинского решения [11, 20, 23, 62, 157]. Существуют работы, демонстрирующие, что желание пациента участвовать в принятии медицинского решения не влияет на дальнейшую приверженность пациентов к терапии [62, 106, 208, 213].

### **1.3. Приверженность пациента к лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения**

В последние годы в литературе появилось деление всех причин нон-комплаенса на две большие группы [62, 136, 207, 210, 249, 250, 274]: сознательные (или умышленные) действия пациента и неосознанные

(неумышленные) поступки больных (рис.1). В случае неумышленных отклонений от предписанной терапии, пациенты хотят следовать назначениям врача, но не могут по причине забывчивости (пропуск приема очередной дозы препарата), невнимательности (путаница между назначенными средствами), непонимания рекомендаций врача (языковые проблемы, сложный режим назначений, неумение пользоваться специальными приборами, например, ингаляторами) [62]. Умышленные нарушения врачебных предписаний являются с осознанными действиями пациента. Они включают в себя ошибки пациента, связанные с недостатком информации о заболевании и лечении (например, необходимость постоянного приема препарата при хроническом заболевании), «правила», придуманные самим пациентом и его окружением, необходимость «отдыха от препаратов» и отклонения от предписаний, которые позволяют с их точки зрения, облегчить им жизнь (например, прием всех таблеток одновременно, вместо последовательного приема с интервалами) или вызванные вынужденными обстоятельствами (например, отказ от диуретиков, перед дальней дорогой), в таком случае данные отклонения имеют больше позитивный характер, чем негативный [62].



**Рис. 1. Причины невыполнения пациентами врачебных назначений**



#### 1.4. Причины невыполнения врачебных рекомендаций

ВОЗ еще в 2003 году выделила пять, взаимодействующих между собой, групп факторов, влияющих на приверженность длительной терапии: социально-экономические факторы; факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; факторы, связанные с проводимой терапией; факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент [280] (табл. 1).

**Таблица 1**

**Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии  
(ВОЗ, 2003)**

<p><b>1. Социально-экономические факторы</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Социально-экономический статус пациента (материальное положение, уровень образования, социальная поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и др.)</li><li>• Раса</li><li>• Военные действия на территории страны</li><li>• Возраст</li></ul>
<p><b>2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Степень развития медицинской системы в целом</li><li>• Степень развития системы распределения медицинских услуг</li><li>• Образование медицинского персонала (и, в частности, его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии)</li><li>• Система образования пациентов и их длительного наблюдения</li><li>• Время, отводимое на консультацию пациента</li></ul>
<p><b>3. Факторы, связанные с проводимой терапией</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Сложный режим приема препаратов, их количество</li><li>• Длительность лечения</li><li>• Частота смены терапии</li><li>• Скорость достижения эффекта</li><li>• Побочные эффекты препарата</li></ul>
<p><b>4. Факторы, связанные с пациентом</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Знания пациента о заболевании</li><li>• Мотивация к лечению</li><li>• Его ожидания от лечения</li><li>• Забывчивость</li><li>• Непонимание инструкций врача</li><li>• Страх побочных эффектов, привыкания к терапии</li><li>• Предыдущий опыт лечения</li></ul>
<p><b>5. Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Выраженность симптомов заболевания</li><li>• Скорость прогрессирования заболевания</li><li>• Физическое, психическое, социальное состояние пациента</li><li>• Наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания)</li><li>• Наличие эффективных методов лечения</li></ul>

Но, как в упомянутом руководстве [280], так и в более поздних обзорах [140, 142, 166, 173, 207, 222, 229, 235, 236, 237, 239, 245, 256, 260, 261, 268, 277, 279] подчеркивается, что, ни один из этих факторов не является наиболее важным и максимально определяющим поведение пациента. Однако можно говорить о том, что в целом все перечисленные факторы сводятся к сложному взаимодействию в системе врач-пациент, где также играют важную роль ряд социально-экономических параметров.

#### *Клинико-демографические и социальные факторы*

Во многих работах обсуждается зависимость соблюдения рекомендаций от пола больных. Чаще продолжают терапию женщины [7, 16, 44, 58, 62, 64, 79, 89, 101, 106, 155, 201, 246, 280].

Широко обсуждается зависимость соблюдения рекомендаций от возраста больных. Пожилой возраст чаще ассоциируется с недостаточной приверженностью терапии [28, 36, 47, 58, 62, 101, 155, 168, 171, 229, 274, 280]. В то же время, пациенты, не достигшие пенсионного возраста, чаще лечатся постоянно и регулярно [44, 101].

Некоторые авторы считают, что дисциплинированнее всего лечатся образованные пациенты с высоким уровнем дохода [15, 16, 216, 234, 246]. В то же время в некоторых публикациях не выявлено зависимости между приверженностью терапии и образованием [6, 89].

Среди факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций, также фигурируют также различные особенности образа жизни. Зачастую отказ от лечения связан с вредными привычками такими как, курение, нарушения пищевого поведения, гиподинамия, избыточное употребление алкоголя и других психоактивных веществ [158]. В исследовании Weitzman E.R. было показано, что употребление алкоголя у молодежи связано с регулярными пропусками в приеме лекарственных препаратов по сравнению с непьющими участниками [127].

Поступление в стационар по экстренным показаниям чаще ассоциировано с продолжением и регулярностью терапии после выписки, и

наоборот, поступление в плановом порядке ассоциируется с прекращением лечения [62].

В литературе имеются противоречивые данные о взаимосвязи коморбидности и приверженности [106]. Так, например, снижение приверженности больных отмечается при коморбидных состояниях [30, 84, 160, 168, 209, 229, 234, 272], в то же время, имеются указания и на положительное влияние коморбидности (сахарный диабет (СД), ожирение, дислипидемия) на длительность терапии [7, 15, 168]. Большое количество заболеваний [47, 62, 63, 102, 103, 106, 162, 244] и негативные изменения здоровья, такие как ГК, нестабильная стенокардия (НС), декомпенсация ХСН [47, 62, 63, 102, 103, 106, 162, 244] влияют на продолжение терапии.

Пациенты, госпитализированные по поводу острой патологии, в дальнейшем чаще выполняют рекомендации врача, чем пациенты с декомпенсацией хронического заболевания [62, 106]. Перенесенный ИМ, стентирование или аортокоронарное шунтирование – факторы, повышающие приверженность к терапии [14, 85, 93, 110, 117, 275, 327]. Так, в регистровом ретроспективном исследовании было показано, что снижение частоты приёма статинов после ОКС ассоциировалось с не проведенной реваскуляризацией во время госпитализации и течение последующих трёх лет наблюдения [83].

#### *Субъективная оценка пациентом своего самочувствия*

Субъективная оценка пациентом своего самочувствия является - значимым фактором, но его влияние на приверженность к лечению носит неоднозначный характер. Так, хорошее самочувствие пациентов после выписки из стационара может оказывать влияние как продолжение, так и на прекращение терапии [47, 62, 63, 102, 106, 118].

#### *Удовлетворенность пациента от лечения*

Взаимосвязь между выполнением медицинских назначений и удовлетворенностью от лечения может иметь разнонаправленный характер [47, 64, 106, 135]. Удовлетворенность от лечения в стационаре оказывает

отрицательное влияние на последующую приверженность [62, 64], в то время как, удовлетворенность от лечения на амбулаторном этапе ассоциируется с продолжением терапии [62, 64].

### *Депрессия и тревога*

Качество жизни пациента, страдающего депрессией, значительно снижается [52, 106]. Наличие депрессии зачастую ассоциируется с неудовлетворительной приверженностью к лечению и невыполнением врачебных назначений [4, 25, 28, 50, 52, 59, 62, 79, 101, 102, 104, 106, 124, 133, 156, 158, 172].

### *Материальные аспекты терапии*

Возможность доступа пациента к высококвалифицированной и особенно высокотехнологичной медицинской помощи существенно сокращается при низком материальном статусе [15, 44]. Однако, не всегда материальный фактор является решающим для пациента при продолжении терапии и обращении пациента за медицинской помощью [132, 280].

### *Личностные характеристики пациента*

Поведение пациента является существенным связующим элементом между предписанной схемой терапии и ее результатом. Даже самые эффективные методы лечения будут бесполезны, если пациент по каким-либо причинам, не будет принимать лекарственные препараты или вовсе откажется от них [1, 24, 49, 59, 75, 95, 103, 120, 231].

Личностные особенности пациента влияют на формирование терапевтического сотрудничества. Такие факторы, как внутренняя картина болезни, структура мотивации излечения, индивидуально-личностные характеристики пациента, описаны в литературе как определяющие комплаентность [1, 4, 7, 11, 24, 28, 49, 50, 59, 75, 95, 103, 120, 216, 229, 231]. Тип внутренней картины болезни и установку на лечение изначально определяют те или иные доминирующие черты личности, что в дальнейшем ассоциируется с соблюдением медицинских рекомендаций [17, 24, 28, 103]. Особенности поведения пациента в отношении лечения, выполнения

рекомендаций врача определяется отношением индивида к своей болезни [28, 103, 120].

Большинство пациентов несмотря на то, что достаточно серьезно оценивают свое заболевание, принимают лекарственные препараты нерегулярно [14, 21, 37, 5, 96, 154]. Недооценка пациентом, имеющим высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск, опасности своего заболевания, нередко ассоциируется с поздним обращением за медицинской помощью и незнанием принципов оказания первой помощи при неотложных состояниях [55, 77, 96, 154]. Так, в исследовании, оценивающим догоспитальную приверженность, было показано, что более 50% пациентов, госпитализированных по поводу ОКС, ранее практически не обращались к врачам и не наблюдались в медицинских учреждениях [88].

Как правило, хорошая приверженность обусловлена полной информированностью пациентов о своем заболевании и его последствиях [14, 57, 74, 154, 176].

Информация о заболевании и готовность пациента следовать назначениям врача считаются важными факторами успешного лечения. В опросе 666 пациентов, обратившихся в поликлинику, изучающего уровень информированности населения об АГ, факторах кардиоваскулярного риска и методах борьбы с ними, было показано, что 314 (47,1%) не знают ничего о данном заболевании [6].

Низкая приверженность нередко ассоциируется с наличием когнитивных расстройств [87]. Высокое самопринятие, самооценочность, наличие друзей, низкая агрессивность и более высокий эмоциональный интеллект пациента связаны с высокой приверженностью к лечению [28, 101-103]. Высокое саморукводство, высокая внутренняя конфликтность, низкий уровень интегративного интеллекта, низкая эмпатия – с низким уровнем выполнения врачебных назначений [28, 101-103]. Отсутствие «патологического» отношения к болезни, склонность к сотрудничеству с врачом («сотрудничество», в понимании самого пациента, не включающее

участие пациента в принятии медицинских решений)) ассоциировано с продолжением длительной терапии и ее регулярностью [24,101-103].

В настоящее время появились работы, в которых предприняты попытки на основании личностных характеристик пациентов выделить определенные группы больных выполняющих, и невыполняющих врачебные рекомендации [104, 124, 131, 133, 153, 191, 248]. Так, например, в исследовании, посвященном антивакцинальной настроенности населения с участием 5323 человек в 24 странах были выявлены 4 группы людей, имеющих антивакцинальные установки: высокое конспиративное мышление, высокая реактивность, отвращение к иглам и виду крови, а также индивидуальные иерархические мировоззренческие мотивы [153, 191]. Есть пациенты, практически всегда соблюдающие все рекомендации, есть большая группа больных, невыполняющих врачебные назначения, либо бросающих терапию по разнообразным причинам: нехватка времени, недопонимание необходимости терапии или ее сути, ложные представления о современных методах лечения, часто основанные на нехватке информации. Ключевым отличием этой группы является потенциальная возможность изменения взглядов этих пациентов. При правильном подходе эти больные могут переходить в разряд комплаентных. Однако всеми исследователями выделяется группа пациентов, которые описываются как агрессивные, изначально негативно настроенные на лечение, «идейные противники» терапии. Работа с этими пациентами для врача крайне затруднительна, и как правило бесперспективна в отношении длительного регулярного лечения [124, 153, 191].

#### *Взаимоотношение с врачом и личностные характеристики врача*

По данным литературы к факторам, зависящим, в основном, от врача, относят его возраст, стаж и профессиональный уровень, знакомство с современными рекомендациями и умение применять их на практике, навыки профилактического консультирования, отношение к пациенту и клиническую инертность [7, 43, 101, 147, 239, 241, 263].

Нередко недостижение целевых значений в лечении хронической патологии обусловлено клинической инертностью врача - таким его поведением, которое предполагает либо не назначение, либо не усиление терапии [43, 147, 241]. Как правило, причинами такого поведения могут являться недостаточный уровень подготовки врача, переоценка производительности своей работы, боязнь улучшения терапии по причине опасений развития побочных эффектов и материальной возможности пациента [43, 147, 241].

В исследованиях показано, что образ жизни врача, его личностные особенности могут влиять на приверженность пациентов к лечению. Такие характеристики как, отсутствие «запугивания» врачом, совещательно-договорная модель отношений с врачом, положительная оценка пациентом своего врача (на которую влияют: низкий уровень эмоционального истощения у врача, высокий уровень деперсонализации («врачебный цинизм», т.е. восприятие пациента как «совокупность симптомов и синдромов»), высокий уровень редукции личностных достижений повышают вероятность выполнения пациентом врачебных рекомендаций [101-103, 124, 251]. А нуждаемость в значительной поддержке со стороны врача, крайне низкие его эмпатические способности ассоциируются с прекращением терапии пациентом [95, 101-103, 124].

В то же время не во всех работах отражается зависимость приверженности к лечению от модели общения в системе врач-пациент [4, 11, 16, 23, 121, 124, 251, 263].

Многочисленные опросы по приверженности нередко показывают абсолютное разное представление врача и пациента о причинах неудовлетворительной приверженности [94, 242].

Не смотря на все вышеперечисленное, работ, посвященных комплексному воздействию социально-демографических, личностных характеристик врача на приверженность к терапии пациента в литературе не обнаружено.

### *Факторы, связанные с проводимой терапией*

Целый ряд проблем возникает с назначением сложной комбинированной терапии. Низкая приверженность может быть ассоциирована со сложным и неудобным режимом приема препаратов [69, 76, 162, 280], в то же время адекватная комбинированная терапия повышает приверженность пациентов к лечению [2, 5, 29, 38, 39, 44, 45, 46, 54, 57, 58, 65, 66, 79, 82, 86, 89, 109, 114, 119, 203, 204, 258, 272, 273]. В мета-анализе 15 исследований по АГ Gupta А.К. приводятся данные о 3 когортных исследованиях и 2 КИ, (n=17999), в которых использование фиксированных комбинаций было ассоциировано с существенным улучшением комплайенса (oddsratio: 1.21 [95% CI: 1.03 to 1.43]; P=0.02) по сравнению со свободными комбинациями [184].

В международном исследовании FOCUS с участием пациентов с ИБС 695 пациентов были рандомизированы на группу вмешательства - полипиллы (фиксированная комбинация доз аспирина, симвастатина и рамиприла) и группу контроля - раздельное применение трех препаратов. Спустя 9 месяцев наблюдения установлено, что полипиллы повысили приверженность к терапии, по сравнению с применением отдельных препаратов (приверженность 63% против 52%; p=0,006) [122].

Т.о., в литературе встречаются различные клинические, социально-демографические, психологические характеристики пациента и психологические черты врача в плане их влияния на приверженность к лечению, но система врач-пациент – многомерная структура, компоненты которой, несомненно, как на сознательном, так и не на осознанном уровне могут влиять на приверженность к лечению, в связи с чем вытекает необходимость комплексного анализа максимального количества факторов одновременно. По данным изученной литературы комплексная оценка факторов проводится не часто [11, 82, 101-103, 131, 154, 161].



## **1.5. Приверженность в различных медицинских учреждениях**

Одной из задач в решении проблем охраны здоровья населения является обеспечение качества медицинской помощи и удовлетворенностью самого пациента [35, 36]. На сегодняшний день на рынке медицинских услуг развивается не только государственная, но и частная медицинская помощь. Возникают новые взаимоотношения врачей и пациентов, и у пациентов появляется возможность выбора между государственной и частной медициной. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ, 2012) [22] услуги государственных, бесплатных медучреждений по-прежнему более востребованы населением, нежели платных. В случае необходимости получения медицинской помощи, более половины россиян (55%) обращаются именно в государственную поликлинику, причем с каждым годом таких респондентов все больше (в 2008 году - 50%). Пациенты государственных медицинских учреждений – это, прежде всего, пенсионеры (68%) и россияне со средним уровнем доходов (62%). Лишь 6% опрошенных предпочитают для лечения обращаться в платные поликлиники и больницы. Особенно востребованы услуги частных медучреждений среди россиян средних лет (9%) и высокообеспеченных респондентов (10%) [22].

Имеется ряд исследований по приверженности в различных лечебно-профилактических учреждениях, в которых в основном оцениваются приверженность и ее улучшение при отдельной нозологии в отдельном учреждении, меры по ее повышению и по улучшению здоровью населения [5, 10, 12, 18, 21, 36, 54, 57, 69, 77, 81, 82, 88, 91, 96, 112, 114, 116, 214], однако сравнительного исследования пациентов с ССЗ одновременно не производилось в разных медицинских учреждениях и не оценивалось как лечение в государственном или частном медицинском учреждении влияет на приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистой патологии.

## **1.6. Методы измерения и оценки приверженности пациента к лечению**

Сложность проблемы несоблюдения медицинских рекомендаций обусловлена не только поведением человека, его особенностями и реакциями на внешнее воздействие, но и количественным измерением данного показателя. Как правило, выполнение рекомендаций врача в литературе описывается следующими понятиями: приверженность к лечению (англ. adherence to treatment) и комплаенс (англ. compliance) и мнение экспертов в большинстве случаев сводится к тому, что данные слова отождествляются синонимами [20, 27, 70-72, 146, 149, 151, 157, 182, 188, 200, 212, 271], однако понятием комплаенс чаще описывают степень выполнения врачебных рекомендаций, т.е. процент, принятых пациентом таблеток от должного, а приверженность понимается как поведение пациента [37, 254, 280]. Также в настоящее время практически никак не разделяются понятия продолжение лечения и его регулярность, и при изучении приверженности к лечению их необходимо анализировать отдельно [5, 62].

Для оценки выполнения пациентами врачебных рекомендаций на сегодняшний день используются различные способы, которые можно разделить на прямые (оценка концентрации в крови или других биологических жидкостях организма человека метаболитов принимаемого препарата) и непрямые (подсчет использованных или оставшихся таблеток, специальные приспособления, которые позволяют считать принятые таблетки, опросы или анкетирование пациентов, частота пополнения пациентом своих запасов медицинских препаратов, проверка дневников самоконтроля лечения) [3, 27, 37, 47, 48, 53, 67, 70-72, 74, 75, 76, 77, 62, 86, 92, 99, 101, 105, 112-114, 119, 143, 146, 168, 174, 177, 179, 193, 201, 202, 204, 205, 213, 218, 224-228, 236, 253, 265, 278]. Существует также классификация, которая учитывает фармакологические, клинические и физические методы оценки приверженности, а также специально разработанные опросники и шкалы.

T.-M. Nguyen с соавторами выделяют пять основных групп опросников, которые оценивают следующее: 1) поведение пациента в приеме лекарства; 2) поведение пациента в приеме препарата и препятствия на пути к приверженности; 3) только препятствия в приверженности; 4) собственное мнение пациента на счет приверженности; 5) препятствия в приеме препарата и мнение на счет приверженности [278].

Опросник Мориски-Грина является примером валидированного теста оценки приверженности лечению [53, 226], который включает в себя вопросы, касающиеся забывчивости приема препаратов, невнимательности к часам приема препаратов, пропуску приема в связи с хорошим или плохим самочувствием. COMPLAINTными по данному тесту являются пациенты, набирающие 4 балла. В 2008 году M. Green и соавторы апробировали новый тест MMAS-8, состоящего из 8 вопросов [53, 225]. В новой шкале прежним остался вопрос о забывчивости приема препаратов, дополнительно введен открытый вопрос о частоте забывчивости, вопрос о прекращении стал ассоциироваться не только с хорошим самочувствием, но и с неудовлетворенностью больного по поводу соблюдения режима приема препаратов. Вопрос о прекращении в случае ухудшения самочувствия был дополнен сбором информации о сообщении данного эпизода врачу. Также была добавлена информация о пропуске за последние 2 недели, о приеме лекарств за вчерашний день, а также о том, забывает ли пациент брать с собой лекарства и принимать их в случае каких-то поездок. Высоко приверженными считаются пациенты, набравшие 8 баллов по данному опроснику. Результаты опроса по новой шкале из 8 вопросов коррелируют с прежним 4-вопросным вариантом [53, 225].

Приверженность к антигипертензивной терапии можно оценить такими опросниками, как «Шкала приверженности к антигипертензивной терапии» (Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale), опросник «Приверженность к терапии для пациентов с гипертонией» (Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension, TAQPH), опросник

Martín–Bayarre–Grau (MBG) [205, 223, 278]. Индивидуальный подход к пациенту учитывает созданная анкета "Adherence Barriers Questionnaire (ABQ)", однако сами авторы подчеркивают, что она требует доработки и дальнейших исследований [228].

Анализ существующих методов диагностики комплаентности показывает, что большинство из них ориентированы исключительно на медикаментозную терапию, а между тем лечение любого заболевания, особенно хронического, предполагает комплексное исследование личности, всех факторов, влияющих на отношение к лечению. С учетом личностного компонента с включением в методический комплекс личностных опросников был создан опросник «Уровень комплаентности», определяющий социальную, эмоциональную, поведенческую и общую комплаентность [37].

Российский опросник количественной оценки приверженности к лечению КОП-25, был разработан в 2008 году для оценки приверженности к лечению у больных АГ, но впоследствии был модернизирован для универсального применения [71]. В 2016 году был опубликован протокол анализа приверженности к лечению [70], в ноябре 2017 году данный опросник лег в основу созданных Национальных рекомендаций Российского научного медицинского общества терапевтов, по количественной оценке, приверженности к лечению [72]. Опросник заполняется респондентом лично или с участием интервьюера. Анкета опросника включает 25 вопросов с вариантами ответов. Существуют два стандартизированных варианта анкеты: для количественной оценки приверженности к лечению больных хроническими заболеваниями и для количественной оценки потенциальной приверженности к лечению лиц, не имеющих заболеваний и/или не знающих о них, или не имеющих клинических проявлений заболеваний. Недостатком данного опросника является оценка приверженности пациента на момент опроса и не позволяет отследить долговременную терапию, а также оценить поведение пациента.

Согласно рекомендациям Российского кардиологического научно-производственного комплекса, необходимо производить анкетирование пациентов не только при первичном обращении в поликлинику, но и отслеживать ситуацию в динамике – каждые 6 месяцев [112, 113, 114].

Опрос пациента имеет ряд ограничений: пациенты не всегда искренне отвечают на заданные им вопросы, но как было отмечено рядом авторов [129, 202, 224, 236, 280], если при опросе пациент признается в нарушении терапии, то это действительно истинное поведение пациента. Тем не менее, широкое распространение опросов в клинической практике обуславливается низкой стоимостью, простотой и возможностью использования в режиме реального времени [2, 3, 27, 37, 53, 62, 67, 70-72, 114, 193, 201, 202, 205, 226-227]. Кроме того, благодаря практичности и гибкости, эти опросники могут определить индивидуальные особенности больного, что в впоследствии позволит принять меры, направленные на повышение пациентами степени выполняемых рекомендаций [37, 62, 101, 114, 213].

Использование электронного мониторинга является золотым стандартом [129, 165, 179, 193, 205, 224, 236, 280] в оценке выполнения врачебных назначений. Метод отличается высокой точностью в подсчете числа пропуска доз лекарственного средства, и трудностью для пациента в «обмане» электронного наблюдателя. В обзоре, посвященном исследованиям по измерению приверженности за период 2009-2017 гг. [224] было проанализировано 35 статей, показано, что измерение приверженности с помощью опросников коррелирует с результатами по электронному мониторингу. Средняя разница в измеренных показателях приверженности между этими двумя мерами составила 9,2% (ранг от - 66,3 до 61,5). Большинство (62.7%) статей сообщается о средних (n=12; 27.9%), высоких (n=5; 11.6%) или значительных (n=10; 23.3%) корреляциях. Однако при использовании электронного мониторинга существуют некоторые сложности [205]. В большинстве случаев пациенты получают не один препарат, и мониторинг приема нескольких препаратов затруднительно и дорого.

Как правило, оценка приема пациентом только одного из препаратов [62, 129, 236, 279], не дает полной информации о пациенте, т.к. лечение хронических заболеваний в большинстве случаев требует комбинированной терапии. Также использование электронных устройств повышает комплаенс, но затрудняет оценку эффективности изучаемого вмешательства [129, 165, 179, 193, 208, 279]. Мониторинг направлен на определение числа пропущенных таблеток, но намного важнее является не количество таблеток, а сам факт продолжения или не продолжения пациентом лечения, так как пропуск ассоциирован с забывчивостью и невнимательностью, а отказ от лечения – умышленное действие.

В клинических исследованиях (КИ) комплаентность измеряется индексом использования препарата. Комплаенс считается приемлемым при достижении данного индекса 80% и более [205, 227, 238, 258, 261, 279]. Метод подсчета возвращенных таблеток пациентом и определения количества выпитых также имеет ряд ограничений. С одной стороны, пациенты могут отсыпать препарат из упаковки, для преувеличения своего выполнения назначений врача [62, 202, 278, 279], с другой – простой подсчет таблеток практически не осуществим в отношении препаратов, приобретаемых пациентом за свой счет [62].

С целью достоверного определения степени выполнения рекомендаций и регулярного приема препаратов в некоторых исследованиях определяют уровень метаболитов в крови у пациентов, принимающих исследуемое лекарственное средство [129, 177, 202, 205, 224, 227, 236, 280]. Инвазивность данного метода, и некоторая его негуманность по отношению к пациентам, не предрасполагает к широкому распространению в практике [62].

Сопоставление терапии назначенной пациенту и частоты пополнения им запасов своих препаратов возможно лишь в «замкнутых» системах, где пациент получает и рекомендации, и препарат практически в одном месте (например, система the department of Veterans Affairs Health Care System)

[173, 236]. В реальной клинической практике практически учитывать приобретение препарата определенным пациентом невозможно.

Сопоставление терапии, назначенной пациенту лечащим врачом при выписке (информация регистрируется в историях болезни) с тем лечением, которое сам пациент называет при расспросе [47, 62, 101, 105, 114] также является способом измерения приверженности. Данный метод имеет свои ограничения: изменения терапии могут быть связаны с тем, что не всегда пациента лечит один врач, также могут регистрироваться побочные эффекты, приводящие к отмене терапии, кроме того, искренность ответов пациентов также может существенно меняться, но в комплексной оценке это может быть полезным.

Отсутствие дифференцированного подхода регулярности терапии и полного отказа от лечения является важной проблемой в изучении приверженности. С точки зрения теории осознанного и бессознательного поведения пациентов продолжение или отказ от терапии – это осознанное действие, а регулярность приема препаратов в большей мере ассоциирована с забывчивостью. т.е. с бессознательным компонентом [62].

Тем не менее, на данный момент не существует одного универсального общепризнанного критерия оценки приверженности лечению, поэтому в разных случаях, в зависимости от специфичности изучаемой терапии, вопрос выбора определенного критерия ложится на исследователя.

Фокус-группа (ФГ) – это другой, качественный метод социально-психологических исследований, позволяющий провести гибкий анализ причинно-следственных связей с более подробным объяснением исследуемых факторов. Это особая форма группового интервью, интеллектуальные усилия участников которого, сконцентрированы ведущим (модератором группы) на определенной теме [9, 222, 271]. Групповая дискуссия способствует активизации ассоциативных связей в сознании участников и проявлению в беседе неосознанных установок, которые

становятся осознанными в процессе общения респондентов не только с модератором, но и друг с другом [9, 222, 271].

Полученные результаты могут непосредственно использоваться в практической деятельности, а могут служить материалом для проведения на их основании классических широкомасштабных исследований. Данный метод широко используется в социологии, политологии и прикладной психологии, но не является общепринятым именно в медицинских исследованиях [175, 264]. Все вышеперечисленные достоинства метода позволяют использовать данный подход для исследования проблемы приверженности к лечению, в том числе и взаимоотношений врача и пациента [1, 61, 80, 160, 173, 176, 195, 208, 217, 257, 260]. Метод ФГ по изучению приверженности на пациентах с заболеваниями ССС не применялся.

Эмпирические исследования, осуществляемые с помощью сети Интернет, обладают определенной привлекательностью для исследователей различных научных направлений – социологов, психологов, экономистов, политологов и других [31, 100, 152, 185]. Это, разумеется, обусловлено рядом их неоспоримых преимуществ по сравнению с традиционными формами таких исследований. Интернет-опросы – эффективный вид контента, позволяющий установить мнение аудитории, т.е., опрос представляет реальные данные, которые могут быть использованы для принятия оптимальных решений [31, 42, 73, 100, 152, 185]. Социальные сети являются самым популярным способом распространения вопросов [78]. С ростом популярности мессенджеров растет также и популярность их использования [73]. Сервис Survey Monkey – сервис для проведения опросов с русскоязычным интерфейсом, пользователь может встраивать опросы на страницы сайта или сообщества в социальных сетях [42, 73]. Все достоинства этого метода позволяют использовать его в оценке регулярности обращения аудитории социальных сетей за медицинской помощью и регулярности терапии.



## 1.7. Оценка эффективности терапии

По данным эпидемиологических и КИ изучение эффективности и безопасности лекарственной терапии ассоциируется с влиянием на «жесткие» («hard») конечные точки (end-points) ССЗ, таким как сердечно-сосудистая смертность, нефатальные сердечно-сосудистые осложнения (острый ИМ и инсульт) [186, 265, 279]. Ввиду небольшой продолжительности КИ не всегда возможно изучение «жестких» конечных точек и в таких случаях для оценки эффективности лекарственной терапии используются промежуточные («суррогатные») точки, которые оцениваются как любые изменения лабораторных или объективных данных, определяемых через самочувствие больного, его функциональную активность и выживаемость [39, 119, 211, 265, 279].

В исследовании Kumbhani D.J. с соавторами при 4-летнем наблюдении за более чем 37 000 пациентов очень высокого риска выявлено, что у тех больных, которые были исходно и через 1 год привержены лечению, сердечно-сосудистые осложнения, а также общая смертность, были значительно ниже [125]. В исследовании 10-летней динамики качества лекарственной терапии у больных из регистра ПРОГНОЗ ИБС было показано, что несмотря на назначение при выписке из подавляющему большинству пациентов терапии, более соответствующей клиническим рекомендациям, через 4 года после госпитализации у 303 больных ИБС, явившихся на контрольный визит, частота приема препаратов, способных улучшить прогноз ССЗ, снизилась на 16-20% для всех основных групп препаратов ( $p < 0,001$ ) и только 41% пациентов принимали одновременно все 4 группы препаратов, рекомендованных для вторичной профилактики при ИБС (дезагреганты, статины, БАБ, ИАПФ/АРА II). Также было установлено, что не прием или изменение терапии, назначенной при выписке из ГНИЦПМ (непреемственность терапии), показало тенденцию к повышению относительного риска развития вторичной конечной точки в 1,5 раза ( $p = 0,067$ ) и в 1,3 раза, ( $p = 0,08$ ), соответственно [109].

Отслеживание развития конечных точек как меры эффективности и приверженности терапии представляется весьма актуальным.

### **1.8. Вмешательства, направленные на повышение приверженности пациентов к терапии**

Для повышения степени выполнения медицинских рекомендаций существуют вмешательства, включающие различные образовательные программы для пациентов, различные способы напоминания пациенту о необходимости обследования или терапии (звонки, письма, смс, электронные устройства, автоматические системы телефонного мониторинга, мобильные приложения для контроля лекарственных препаратов), различные методики психотерапевтического воздействия [2, 3, 19, 27, 34, 38, 47, 62, 66, 74, 75, 99, 112, 113, 119, 122, 128, 113, 141-143, 144, 148, 151, 155, 163, 164, 168, 169, 171, 174, 183, 184, 195, 197-201, 203, 213, 218, 223, 233, 236-240, 242, 251, 253, 256, 258, 260, 267-270, 280].

В последнее время большое внимание заслуживают именно технические методы улучшения приверженности [2, 3, 20, 38, 54, 99, 112, 113, 116, 128, 151, 163, 164, 171, 174, 206, 215, 229, 256]. С целью улучшения выполнения медицинских рекомендаций разработан ряд методических приемов. Например, с целью нивелирования такого фактора, как забывчивость можно советовать больному связать прием лекарства с любым привычным для него действием [163]. В методических рекомендациях РКНПК Минздрава России «Методы оценки, контроля и повышения приверженности» уделено применению методики автоматизированного телефонного автодозвона для повышения приверженности пациентов к лечению [2, 3, 99]. Очень эффективным методом является упаковка препарата в блистеры с указанием дней недели [163].

Целый ряд обзоров в базе данных Кокрановского сотрудничества посвящен различным типам вмешательств, повышающих степень выполнения медицинских рекомендаций [188, 189, 198, 199, 200, 268, 270, 280]. Однако, всеми ими подчеркивается низкое качество и недостаточное

количество материала, в результате чего оценка эффективности вмешательств является затруднительной.

В Кокрановском обзоре Haynes R.V. по проблеме приверженности пациентов к лечению [189] было изучено 57 вмешательств, улучшающих приверженность, в которых также оценивался клинический результат от лечения. В 49 из них изучались вмешательства, направленные на длительную приверженность лечению, 58 были комбинированными. Только 26 вмешательств привело к повышению приверженности пациентов к лечению, улучшение клинического результата наблюдалось в 18. Вмешательства были стандартными, подробного описания методов измерения комплаенса и четкого разделения, где учитывалась регулярность терапии, а где факт ее продолжения в данном обзоре не представлено. В 2014 году Nieuwlaat R. данный обзор был обновлен [198]. Добавлены 109 рандомизированных исследований. Исследования существенно отличались по качеству, дизайну и характеру вмешательств. Только 17 исследований были отмечены авторами как качественные. В них все вмешательства были комбинированными, и включали поддержку семьи, консультации фармацевта, обучение, наблюдение. Только в 5 случаях отмечено небольшое улучшение в отношении клинического результата [198].

По результатам мета-анализа, проведенного в США и включающего 29 исследований, в которых изучались вмешательства по повышению приверженности лечению у пациентов с сердечной недостаточностью, оказалось, что наиболее эффективны вмешательства, направленные на изменение поведения самого пациента, а не какие-либо действия, зависящие от врача или лечебного учреждения. Меньшая величина эффекта наблюдалась, когда повышение приверженности лечению, должно было быть каким-либо образом связано с действиями врача, другого сотрудника лечебного учреждения или социальных служб [215].

Таким образом, можно сказать, что проблема приверженности к длительному лечению по-прежнему остается крайне актуальной, но не раскрытой на сегодняшний день. Требуются новые качественные исследования, посвященные изучению данной проблемы.

Представляется актуальным изучение комплекса клинических, лабораторных, психологических, социально-демографических факторов в системе врач-пациент, влияющих на приверженность к длительному лечению с помощью «традиционных» опросов, так и с помощью «новых» качественных методов исследования приверженности при различных видах оказания медицинской помощи.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе кафедры факультетской терапии лечебного факультета и отделения кардиологии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, в 2 государственных поликлиниках и 3 частных клиниках города Саратов и среди респондентов социальных сетей.

**Таблица 2**

### Структура диссертационного исследования

Пациенты с ССЗ				
Участники	Пациенты РКИ 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

Работа состояла из двух частей.

В первой – сначала анализировали факторы, влияющие на приверженность к лечению, связанные с различными особенностями пациента, его лечащего врача, взаимодействия в системе врач-пациент с помощью проведения ФГ, качественного метода, позволяющего получить

субъективную информацию, то есть мнение самих пациентов с выработкой определенных гипотез.

Во второй части – на основе результатов проведенного фокусированного интервью проводилось детальное изучение полученной информации на категориях пациентов с ССЗ различных структур здравоохранения (стационары, государственные поликлиники, частные клиники), а также широкой аудитории социальных сетей и подтверждение влияния, выявленных факторов на приверженность к длительной терапии ССЗ (табл. 2).

## **2.1. Изучение факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению с помощью проведения фокус - групп**

### ***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 ССС проводилось пилотное исследование, в которое включались пациенты с хроническими заболеваниями ССС и их лечащие врачи. Все участники добровольно согласились на интервью и подписали информированное согласие. Проведение исследования было одобрено комитетом по этике СГМУ.

Необходимо подчеркнуть, что ФГ – один из качественных методов социально-психологических исследований – представляет собой групповое фокусированное интервью, проходящее в форме групповой дискуссии и направленное на получение от ее участников «субъективной информации» о том, как они воспринимают различные виды практической деятельности или продукты этой деятельности [9, 222, 271]. Эта «субъективная информация», полученная от интервьюируемых, является одной из форм обратной связи, дающая возможность организаторам практической деятельности увидеть последнюю глазами исследуемых, что помогает принятию адекватных

решений по ее реализации. Отличительной чертой фокусированного интервью является включение субъектов в определенную предварительно проанализированную ситуацию с выработкой гипотез, касающихся возможных реакций на нее, что в свою очередь обеспечивает базу для создания вопросника, выделения основных областей исследования и обеспечения критерия ревалентности полученной в ходе интервью информации. Необходимо уточнить, что информация, полученная по результатам ФГ, может далее использоваться для проведения более крупных исследований (опросов, анкетирования), для количественной проверки данных качественного исследования [9,175, 264, 222, 271].

Поскольку одной ФГ никогда не бывает достаточным для обоснованных выводов, то, как правило, проводятся 3-4 ФГ (по 7-12 человек каждая) с изучаемой категорией лиц по одному сценарию. Большая численность участников для проведения данного исследования не требуется. Успешность группового интервью определяют: максимально однородный состав изучаемой группы и профессионализм модератора [9, 222].

В нашем исследовании были проведены собеседования с двумя различными категориями пациентов. Первая категория – пациенты (n=26), участвующие в различных клинических исследованиях (КИ) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), проводимых в различных центрах г. Саратова, тщательно соблюдающие все рекомендации врача (ФГ №1 или «участники КИ») (рис. 2). Соответственно, данные пациенты в рамках того или иного КИ получали исследуемый препарат бесплатно, а все остальные препараты приобретали за свой счет. Информация о том, в каком именно исследовании участвует пациент и какой именно препарат получает, в данном исследовании не собиралась, в связи с ее конфиденциальностью. Эти пациенты были отобраны и приглашены своими врачами-исследователями различных клинических центров г. Саратова по просьбе организаторов исследования. Выбор данной категории пациентов был неслучайным: именно в рамках КИ пациенты часто общаются с врачами, что позволяет врачу быть

уверенным в поведении пациента, в том числе и в отношении регулярности терапии. Согласно требованиям метода ФГ, последовательно были проведены беседы в трех подгруппах, по 7-10 человек каждая [9, 222]. В каждой подгруппе в равной мере были представлены пациенты различных врачей. Беседы проводились на протяжении трех дней. В какой из подгрупп будет участвовать пациент, определялось только его возможностью посетить клинику в один из предложенных дней. Вторая категория – пациенты (n=21) с неоднократным опытом госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого события, госпитализированные вновь по поводу очередного события и не соблюдающие рекомендации на амбулаторном этапе лечения (ФГ №2 или пациенты стационара, не принимающие рекомендованные лекарственные препараты на амбулаторном этапе) (рис. 2). Все они были отобраны и приглашены для беседы своими лечащими врачами стационара из числа пациентов, находящихся на момент проведения исследования на стационарном лечении в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета. Подгруппы формировались по мере поступления пациентов в стационар. Первые две подгруппы в которых проводились беседы, были охарактеризованы лечащими врачами стационара, как пациенты, не принимающие, по их мнению, препараты на амбулаторном этапе. С формированием третьей подгруппы возникли существенные трудности. По мнению лечащих врачей, все их остальные пациенты дома лечатся регулярно. Из пациентов, которые были не против беседы с социологом, была сформирована третья подгруппа, и при первом же вопросе модератора, оказалось, что эти пациенты, подчеркнем еще раз, характеризующиеся врачами, как выполняющие рекомендации на амбулаторном этапе, на самом деле также не принимают таблеток дома.

Только одна беседа была проведена с врачами-кардиологами, работающими в указанном стационаре, и в ряде случаев, являвшихся врачами-исследователями в некоторых КИ нашего центра. Это снижает достоверность полученной от исследуемых врачей информации, однако, на



фоне отсутствия аналогичных исследований, невозможности увеличить число проведенных бесед, и характера самого метода, не требующего, в отличие от опроса, большого числа участников, полученные данные мы считаем достаточными для обсуждения в рамках пилотного исследования.



**Рис. 2. Фокус - группы, дизайн 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. Задаваемые вопросы касались таких характеристик, как отношения опрошенных пациентов и врачей к здоровью, болезни, процессу лечения, их взаимоотношений друг с другом, причинам выполнения/ невыполнения врачебных рекомендаций (прием препаратов, диета). Все вопросы (табл. 3, табл. 4) задавались в открытой форме.

Таблица 3

### Вопросы, обсуждаемые с пациентами

Что такое болезнь в принципе и для Вас конкретно?
Что Вы знаете о своем заболевании? Насколько Вам важно знать информацию о своем заболевании, и в каком объеме?
Считаете ли Вы свою болезнь серьезной и насколько?
Почему некоторые люди лечатся регулярно, а другие – полностью отказываются от лечения?
Для пациентов фокус-групп №1: Почему Вы приняли решение проводить постоянное лечение именно в рамках КИ?
Что Вы думаете о сотрудничестве с врачом? Какие отношения с врачом у Вас на данный момент?
Насколько для Вас важно принимать решение о лечении вместе с врачом и как это сотрудничество может повлиять на Ваше решение о постоянном лечении?
Что Вам сложнее всего соблюдать: прием препаратов, соблюдение режима дня, диеты, посещение плановых обследований.
Каким должен быть процесс лечения, чтобы Вы были этим удовлетворены?
Какова лично для Вас мотивация к постоянному лечению после выписки?
Как часто Вы принимаете предписанные Вам препараты?
Какие факторы влияют на регулярность приема препаратов?

Таблица 4

### Вопросы, обсуждаемые с врачами

Что такое болезнь для Вас как для врача, и как для обычного человека?
Какую информацию и в каком объеме Вы предоставляете своим пациентам?
Как Вы думаете, пациент осознает, что Вы ему говорите?
Реально ли выполнять рекомендации, назначенные Вами?
Что, по Вашему мнению, влияет на выполнение рекомендаций пациентами?
У Вас возникают сложности с пациентами, участвующими в КИ в отношении нерегулярности терапии? Если да, то, как Вы с этим боретесь?
По каким параметрам Вы выбираете пациентов в КИ помимо критериев включения. Почему пациенты соглашаются на участие в КИ?
Как бы Вы смогли оценить свои отношения с пациентом?
Как Вы думаете, влияют ли интеллект, социальная среда, социальные установки пациента на Ваши отношения с ним?
Должен ли пациент участвовать в принятии решения о лечении, или Вы оставляете право выбора за собой?
Что Вы думаете о работе амбулаторно-поликлинической службы и ее роли в приверженности к терапии? Согласились бы Вы работать врачом в поликлинике?
Вы удовлетворены дисциплиной своих пациентов?
У Вас имеются хронические заболевания? Если, да, то Вы регулярно принимаете препараты?
Вы бы согласились на участие в КИ как пациент?

Врач-исследователь, имеющий многолетний опыт работы с проблемой приверженности пациентов к лечению, наблюдал on-line трансляцию беседы и с помощью письменных текстовых сообщений, передаваемых через ассистента, задавал дополнительные вопросы и давал комментарии модератору. Ход беседы в дальнейшем был застенографирован. Результаты беседы обсуждались совместно врачами-исследователями и социологом.

**Таблица 5**

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

Параметр		ФГ № 1 (n=26)	ФГ № 2 (n=21)
<i>Пол</i>	Мужчины	17 (65,4)	8 (38)
	Женщины	9 (34,6)	13 (61,9)
<i>Возраст</i>	Мужчины <60 лет, женщины <55 лет	2 (7,6)	5 (23,8)
	Мужчины ≥60 лет, женщины ≥55 лет	24 (92)	16 (76,1)
<i>Социальный статус</i>	Работающие	2 (7,6)	8 (38)
	Неработающие	24 (92,3)	13 (61,9)
<i>Заболевания</i>	АГ	25 (96,1)	19 (90,4)
	ИБС в т.ч. ИМ в анамнезе †	25 (96,1) 22 (84,6) *	20 (95,2) 6 (28,5)
	ХСН (I-III ФК, NYHA)	23 (84,6)	19 (90,4)
	Перенесенный инсульт	3 (11,5)	4 (19)
	Фибрилляция предсердий	5 (19,2)	8 (38)
	Ожирение	12 (46,1)	5 (23,1)
	Избыток массы тела	4 (15,3)	6 (46,8)
	СД	9 (34,6)	5 (23,8)
	<i>Лабораторно-инструментальные данные</i>	ОХС > 4 ммоль/л	16 (61,5)
ЛПНП >= 1,5 ммоль/л †		16 (61,5)	18 (85,7) *
ЛПВП (<1/<1,2 ммоль/л, мужчины/женщины)		14 (53,8)	8 (38)
ТГ >=1,7 ммоль/л †		12 (46,1)	13 (61,9) *
Глюкоза натощак < 6,1 ммоль/л		18 (69,2)	11 (52,3)
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 стадии, СКФ (<60мл/мин/1,73м <sup>2</sup> ), в т.ч. ХБП 3а стадии (45-59 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> ) ХБП 3б стадии (30-44 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> )		9 (34,6) 6 (23) 3 (11,5)	11 (52,5) 8 (38) 3 (14,2)
ГЛЖ (≥125г/м <sup>2</sup> /≥110г/м <sup>2</sup> мужчины/женщины)		21 (80)	16 (76,1)
ФВ низкая (<40%) †		10 (38,4) *	1 (4,7)
ФВ сохранная (50 и >%)		5 (19,2)	2 (9,5)
ФВ промежуточная (40-49%)	11 (42,3)	18 (85,7)	

Примечания: \* - p <0,05

† - пациенты отбирались в группы на основании выполнения/невыполнения врачебных рекомендаций, скорректировать группы по данным параметрам не представлялось возможным. Клинические различия между людьми, поступающими по-разному можно рассматривать именно как характеристики, обуславливающие поведение пациента.

При проведении исследования для пациентов обеих групп учитывались клиничко-демографические и лабораторно-инструментальные характеристики, для врачей социально-демографические характеристики (табл. 5, табл. 6).

**Таблица 6**

**Характеристика врачей (n=6)**

<b>Параметр</b>	<b>n (%)</b>
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)

Наиболее частые причины госпитализации больных ФГ №2 представлены в табл. 7.

**Таблица 7**

**Причины, приведшие к госпитализации пациентов – участников фокус-группы №2**

<b>Причины госпитализации</b>	<b>n (%)</b>
Нестабильная стенокардия	7 (33,3)
Острый инфаркт миокарда	3 (14,2)
Декомпенсация ХСН	3 (14,2)
Гипертонический криз	3 (14,2)
Пароксизмальные нарушения ритма	5 (23,8)

Все пациенты получали регулярную терапию по поводу имеющегося ССЗ в соответствии со стандартами лечения данной патологии и содержанием современных руководств [26, 39, 65, 66, 119]. При анализе рекомендованной терапии учитывалось лечение дезагрегантами, статинами, нитратами, БАБ, ИАПФ/АРАП, статинами, блокаторами медленных кальциевых каналов (БМКК), диуретиками.

## **2.2. Проведение проспективных исследования пациентов фокус-групп, пациентов государственных поликлиник, частных клиник, кардиологического стационара**

### ***Проспективное исследование пациентов фокус-групп***

Через 6 и 12 месяцев после проведения, фокусированного пациентов с пациентами ФГ №2 по телефону (по специальным формам-опросникам) [47, 62, 101]. Оценивалось продолжение приема препаратов, при выписке для пациентов ФГ №2, а также отмечались все нежелательные явления, произошедшие в жизни пациента (ГК, эпизоды ОКС, декомпенсация ХСН, пароксизмальные нарушения ритма, обострение других хронических заболеваний, повторные госпитализации), изменения в его личной жизни, субъективная оценка пациентом своего самочувствия, побочные эффекты от проводимой терапии, мнение пациента о принимаемых препаратах, смена терапии.

В связи с тем, что пациенты ФГ №1 регулярно наблюдаются в рамках КИ и принимают исследуемый препарат/плацебо, отслеживание конечных точек для них не проводилось. Для них отслеживались выживаемость, дальнейшее участие или выход из КИ, а также дальнейший прием исследуемого препарата/плацебо.

### ***Опрос пациентов государственных поликлиник и частных клиник***

Проводилось анкетирование пациентов с сердечно-сосудистой патологией различных структур здравоохранения (поликлиник, частных клиник). Анкетирование проводилось в 2 поликлиниках и 3 частных клиниках г. Саратова. Увеличить количество лечебных учреждений и количество участников было невозможно из-за негативного отношения к данному опросу администрации заведений. В опросе приняло участие 90 пациентов, медиана возраста 65 лет. Клинико-демографических характеристики представлены в табл. 8.

Участие в опросе было анонимным и добровольным. Опрос осуществлялся до приема врачей среди всех пациентов, ожидающих своей

очереди и согласившихся на участие, но при этом, посещающих данное лечебное учреждение как минимум второй раз.

**Таблица 8**

**Клинико-демографическая характеристика амбулаторных пациентов, принимавших участие в исследовании**

Характеристики пациентов		Частные клиники (n=38)	Поликлиники (n=52)
Возраст	Не достигшие пенсионного возраста	16 (42,1%)	6 (11,5%)
	Достигшие пенсионного возраста	22 (57,9%)	46 (88,5%)*
Пол	Мужской	12 (31,6%)	18 (34,6%)
	Женский	26 (68,4%)	34 (65,4%)
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%)
	Физического труда	0 (0%)	24 (46,2%)
	Не ответили	2 (10,5%)	0 (0%)
Заработок (по мнению самих пациентов)	Ниже среднего	2 (5,3%)	26 (50%)*
	Средний	28 (73,7%)*	22 (42,3%)
	Выше среднего	6 (15,8%)	4 (7,7%)
	Высокий	0 (0%)	0 (0%)
	Не ответили	2 (5,3%)	0 (0%)
Клиническая характеристика по сердечно-сосудистой патологии и факторам риска	АГ	32 (84,2%)	50 (96,2%)*
	ГК	18 (47,4%)	38 (73,1%)
	ИМ	6 (15,8%)*	2 (3,8%)
	Инсульты	2 (5,3%)	4 (7,7%)
	Стенокардия (I-III ФК)	16 (42,1%)	30 (57,7%)
	ХСН (I-III ФК, NYHA)	14 (36,8%)	40 (76,9%)*
	СД	2 (5,3%)	6 (11,5%)
	ИМТ <24.9 кг/м <sup>2</sup>	10 (26,3%)	12 (23,1%)
	ИМТ >25.0<29.9 кг/м <sup>2</sup>	12 (31,6%)	22 (42,3%)
	ИМТ >30 кг/м <sup>2</sup>	16 (42,1%)	18 (34,6%)

Примечания: \* - p < 0,05

Часть вопросов была взята из стандартных опросников, на основании которых на протяжении многих лет на базе Клинической больницы изучалась приверженность к лечению пациентов с ССЗ [47, 62, 101]. Это вопросы об информированности, желании получать информацию о своем заболевании, возможности принимать совместное решение о своем лечении с врачом, о регулярности приема лекарственных препаратов, побочных эффектах

принимаемых препаратов, наличии и причинах пропусков в приеме рекомендованных препаратов.

Часть вопросов (и вариантов ответов на них) была составлена по результатам проведенных нами качественных исследований: серий фокусированных интервью с различными пациентами (как выполняющими врачебные рекомендации, так и наоборот, отказывающимися от лечения) и их лечащими врачами. Сюда относятся вопросы о том, что такое болезнь, о взаимоотношениях с врачом и участии пациента в принятии медицинского решения, о факторах, значимых при выборе места лечения. Также выяснялся характер взаимоотношений с лечащим врачом, уровень доверия к нему, мотивы выбора стационара, удовлетворенность процессом лечения, причины прекращения длительной лекарственной терапии. Респонденты могли выбирать один или несколько вариантов ответов. Некоторые вопросы анкеты были открытыми, к примеру, мотивация к терапии, и пациенты самостоятельно формулировали свои мысли, в дальнейшем данные ответы, близкие по смыслу, были объединены в группы.

При завершении анкетирования пациентам предлагалось оставить свои контакты для возможности проведения телефонного опроса через 6 и 12 месяцев с момента включения. Однако, всего согласились на дальнейшие контакты 7 пациентов в частных клиниках и 15 в государственных поликлиниках, поэтому дальнейшее проспективное исследование не проводилось в связи с малым количеством участников.

***Проспективное исследование комплексного влияния клинических, социально-демографических и психологических характеристик пациентов с ССЗ и психологических, социально-демографических характеристик их лечащих врачей на степень выполнения рекомендаций пациентами и развитие сердечно-сосудистых событий***

В исследование включались все пациенты, которые были госпитализированы в связи с заболеваниями ССС, и согласились принять участие в опросе. Причины госпитализации представлены в табл. 9.

Таблица 9

## 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%)

Критериями исключения являлись: тяжелая ХСН, IV ФК (NYHA), не корригируемая АГ, стенокардия напряжения IV ФК, тяжелая энцефалопатия любого генеза, любые другие серьезные заболевания, неспособность заполнить опросник. Анкетирование проводилось после стабилизации состояния больных, применялась вышеописанная анкета. Критериям включения соответствовало 210 пациентов, согласилось заполнить опросник 120, заполнили практически полностью 70 пациентов. Учитывались клинико-демографические, лабораторно-инструментальные и социальные факторы пациента (табл. 10, табл. 11).

Таблица 10

## Клинико-лабораторные и демографические характеристики

		Характеристика	n=70
Возраст	Не достигшие пенсионного возраста		12 (17,1%)
	Достигшие пенсионного возраста		58 (82,9%)
Пол	Мужской		40 (57,1%)
	Женский		30 (42,9%)
Факторы риска	Курение	Да	12 (17,1%)
		Нет	58 (82,9%)
	ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	> 25,0<29,9 (предожирение)	6 (8,6%)
		Ожирение 1 степени	42 (60%)
		Ожирение 2 степени	18 (25,7%)
		Ожирение 3 степени	4 (5,7%)
Порядок поступления	В экстренном порядке		62 (88,6%)
	В плановом порядке		8 (11,4%)
Госпитализаций в году	Впервые		46 (65,7%)
	Повторно		24 (34,3%)
Клиническая характеристика по сердечно-сосудистой патологии и факторам риска	АГ		62 (88,6%)
	ГК		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%)
	СД		12 (17,1%)



	Нарушения ритма	30 (42,8%)
	Желудочковая экстрасистолия	12 (17,1%)
	Фибрилляция предсердий	18 (25,7%)
Сопутствующая патология	Имеют	18 (47,4%)
	Не имеют	20 (52,6%)
Лабораторно-инструментальные показатели	ОХС > 4 ммоль/л	48 (68,6%)
	ЛПНП > = 1,5 ммоль/л	44 (62,8%)
	ЛПВП (мужчины <1, женщины <1,2 ммоль/л)	20 (28,6%)
	ТГ > =1,7 ммоль/л	20 (28,6%)
	Глюкоза натощак <6,1 ммоль/л	54 (77,1%)
	Глюкоза натощак 6,1-7,0 ммоль/л	4 (5,7%)
	Глюкоза натощак > 7,0 ммоль/л	12 (17,1%)
	ХБП 3 стадии (GFR <60 ml/min)	16 (22,8%)
	ГЛЖ (ИММЛЖ ≥125/110г/м <sup>2</sup> мужчины/женщины)	26 (37,1%)
	ФВ низкая (<40%)	8 (11,4%)
	ФВ промежуточная (40-49%)	12 (17,1%)
	ФВ сохранная (50 и >%)	50 (71,4%)

**Таблица 11**

**Социальные характеристики пациентов**

Образование	Среднее	20 (28,6%)
	Специальное	10 (14,3%)
	Высшее	30 (42,8%)
	2 высших	4 (5,7%)
	Не ответили	6 (8,6%)
Профессия	Умственного труда	32 (45,7%)
	Физического труда	26 (37,1%)
	Не ответили	12 (17,1%)
Социальная категория	работающий	4 (5,7%)
	работающий пенсионер	4 (5,7%)
	пенсионер	56 (80%)
	инвалид	12 (17,1%)
	Не ответили	4 (5,7%)
Материальный доход (по мнению самого пациента)	Ниже среднего	34 (48,6%)
	Средний	26 (37,1%)
	Выше среднего	2 (2,9%)
	Высокий	0
	Не ответили	8 (11,4%)
Материальное положение/месячный доход на одного члена семьи	ниже 10 тысяч рублей	30 (42,8%)
	от 10 до 25 тысяч рублей	30 (42,8%)
	свыше 25 тысяч рублей	4 (5,7%)
	свыше 100 тысяч рублей	0
	Не ответили	6 (8,6%)
Ежемесячная трата на лекарственные препараты	меньше 1,5 тыс.руб.	34 (48,6%)
	1,5-3 тыс.руб.	18 (25,7%)
	3-5 тыс.руб.	12 (17,1%)
	5-10 тыс.руб.	2 (2,8%)
	Не ответили	4 (5,7%)

Знание иностранных языков	Не знают иностранных языков	50 (71,4%)
	Знают один иностранный язык	8 (11,4%)
	Знают несколько языков	4 (5,7%)
	Не ответили	8 (11,4%)
Доводилось бывать за границей	Нет	34 (48,6%)
	Да, пару раз	22 (31,4%)
	5-10 раз	6 (8,6%)
	Часто бываю	0
	Не ответили	8 (11,4%)

Исследование проводилось на базе отделения кардиологии КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ. Сотрудники указанного отделения являлись лечащими врачами, изучаемых нами пациентов. В опросе приняло участие 21 врач, медиана возраста 41 год, их характеристики приведены в табл. 12.

**Таблица 12**

**Общая характеристика врачей**

Признак		Кол-во человек (n=21)	Процентный состав
<i>Пол</i>	Мужчины	8	38,1
	Женщины	13	61,9
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
<i>Материальный доход (по мнению самого врача)</i>	Ниже среднего	7	33,3
	Средний	12	57,1
	Выше среднего	0	0
	Высокий	1	4,8
<i>Материальное положение / доход на одного члена семьи в месяц</i>	< 10 тысяч рублей	3	14,3
	10-25 тысяч рублей	14	66,6
	>25 тысяч рублей	4	19
<i>Знание иностранных языков</i>	Не знают	11	52,3
	Знают один/несколько	10	47,6
<i>Поездки за границу</i>	Нет	5	23,8
	Да, пару раз	6	2,6
	5-10 раз	3	33,3
	Часто	4	14,2

Для определения взаимосвязи психологических факторов и приверженности к лечению ССЗ использовались психодиагностические тесты, предложенные как пациентам, так и их лечащим врачам.

### *Определение наличия и степени выраженности когнитивных расстройств*

Необходимо подчеркнуть, что когнитивные нарушения являются неотъемлемым спутником наиболее распространенных ССЗ [47, 87]. Для определения наличия и степени выраженности когнитивных расстройств использовалась краткая шкала оценки психического статуса MMSE, разработанная M.F. Folstein et al. (1975) [180], представляет собой короткий опросник из 30 пунктов, широко используемый для первичной оценки состояния когнитивных функций, и выявления их нарушений, в том числе деменции. Оценка результатов производилась путем суммирования баллов, максимальное их количество не превышает 30. Норма, когнитивные нарушения отсутствуют – 28-30 баллов, когнитивные нарушения легкой степени – 24-27, деменция легкой степени – 20-23, деменция умеренной степени выраженности – 11-19, тяжелая деменция – 0-10.

### *Диагностика мотивации достижения*

Мотивация достижения – одна из разновидностей мотивации деятельности, связанная с потребностью индивида добиваться успеха и избегать неудачи [221]. Для измерения мотивации достижения применялась модификация теста-опросника А. Мехрабиана (Mehrabian Achieving Tendency Scale, MATS), предложенная М.Ш. Магомед-Эминовым (1981) [56]. Тест имел две формы: мужскую и женскую и состоял из ряда утверждений, касающихся определенных сторон характера, а также мнений и чувств по поводу некоторых жизненных ситуаций. На основе подсчета суммарного балла оценивался, какой из этих двух мотивов у испытуемого доминирует (стремление к успеху, стремление избегать неудачи).

### *Определение уровня враждебных и агрессивных реакций*

Стоит заметить, что враждебность и агрессия приносят немало проблем и заставляют отворачиваться от субъекта его окружение. Окружающие люди по-разному реагируют на агрессию или враждебность: одни отвечают раздражительностью и враждебностью; другие стараются проявить

любезность и дружелюбность, пытаюсь настроить в свою пользу и объяснить отсутствие оснований на то, чтобы отвечать той же агрессией; третьи игнорируют агрессию, ведут себя так, как будто ничего не случилось [115, 139, 144]. Агрессивность определялась по опроснику Buss-Durkee BDHI (1957) [115, 144], состоящего из 75 утверждений («да» или «нет»). Каждое утверждение относилось к одному из восьми индексов (шкал) форм агрессивных или враждебных реакций (физическая агрессия (ФА), вербальная агрессия (ВА), косвенная агрессия (КА), негативизм (Н), склонность к раздражению (Р), подозрительность (П), обида (О), чувство вины и аутоагрессия (В)). По числу совпадений ответов с ключом подсчитывались индексы различных форм агрессивности и враждебных реакций, а также общий индекс агрессивности (ИА) (ФА + Р + ВА) и индекс враждебности (ИВ) (О + П). Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная  $21 \pm 4$ , а враждебности –  $6,5-7 \pm 3$ .

#### *Способность к саморазвитию*

Саморазвитие человека – это процесс целенаправленных, планомерных осознанных действий над собой, включающий самосовершенствование своих знаний, качеств, навыков, умений и компетенции в целом, что дает возможность повысить результативность в профессиональной деятельности [8]. Для определения способности к саморазвитию и самообразованию использовалась методика Андреева В.И. «Оценка способностей к саморазвитию и самообразованию» (1994), состоящая из 18 вопросов (по 3 ответа в каждом) и содержащая показатели, относящиеся к 9 уровням-способностям к саморазвитию и самообразованию - от низшего к высшему: 1 – очень низкий, 2 – низкий, 3 – ниже среднего, 4 – чуть ниже среднего, 5 – средний, 6 – чуть выше среднего, 7 – выше среднего, 8 – высокий, 9 – очень высокий. С помощью ключа к вопросам и ответам подсчитывался суммарный балл и определялся уровень способностей к саморазвитию и самообразованию.

### *Определение уровня эмоционального интеллекта*

Эмоциональный интеллект – способность человека распознавать эмоции, понимать намерения, мотивацию и желания других людей и свои собственные, а также способность управлять своими эмоциями и эмоциями других людей в целях решения практических задач [33, 117]. Успешные люди способны к эффективному взаимодействию с другими людьми, основанному на эмоциональных связях, и к эффективному управлению своими собственными эмоциями [33, 117]. Уровень эмоционального интеллекта определялся с помощью методики Н. Холла (Hall, Nicholas (1995), Emotional Intelligence Self Evaluation) [33], состоящей из 30 утверждений и содержащей 5 шкал: эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, самомотивация, эмпатия, распознавание эмоций других людей. Каждому утверждению соответствовали ответы: «полностью не согласен» (-3 балла), «в основном не согласен (-2 балла), «отчасти не согласен (-1 балл), «отчасти согласен (+1 балл), «в основном согласен» (+2 балла), «полностью согласен» (+3 балла). Посредством суммации баллов в соответствии со знаком результатов определились уровни парциального интеллекта (7 и < – низкий, 8-13 – средний, 14 и > – высокий) и с учетом доминирующего знака определялся интегративный уровень эмоционального интеллекта (39 и < – низкий, 40-69-средний, 70 и > – высокий).

### *Индивидуальная саморегуляция*

В процессе жизнедеятельности человек непрерывно сталкивается с ситуацией выбора целей поведения и деятельности, а также способов их достижения. Но если есть ситуация выбора, то снятие неопределенности возможно лишь средствами регуляции, а в случае психической регуляции - средствами саморегуляции: человек сам выдвигает цели, исследует условия и выбирает способы их достижения, контролирует и корректирует результаты [60]. Диагностика индивидуальной саморегуляции с помощью многошкальной опросной методики В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) (1964) [60], состоящей из 46

утверждений и работающей как единая шкала «Общий уровень саморегуляции» (ОУ). Утверждения опросника входили в состав 6 шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами планирования (Пл), моделирования (М), программирования (Пр), оценки результатов (Ор), а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости (Г) и самостоятельности (С). Ряд утверждений входил в состав сразу двух шкал. Обработка результатов производилась по ключу к шкалам по бальной системе.

*AUDIT – тест для оценки потребления алкоголя*

В качестве скринингового теста, направленного на изучение вредного питьевого поведения применялся тест-опросник ВОЗ «The Alcohol Use Disorders Identification Test» (1982г) [266], содержащий 10 вопросов. Ответы оценивались по бальной системе. Суммарное превышение 8 баллов свидетельствовало о существенных проблемах в злоупотреблении алкоголем.

Все пациенты в стационаре получали регулярную терапию по поводу имеющегося ССЗ в соответствии со стандартами лечения данной патологии и содержанием современных руководств [26, 39, 65, 66, 119]. При анализе рекомендованной терапии при выписке учитывалось назначение антиагрегантов, статинов, нитрататов, БАБ, ингибиторов АПФ/АРАII, БММК, диуретиков.

Контрольные звонки (по специальным формам-опросникам) [47, 62, 101] осуществляли через 6 месяцев и 12 после выписки пациента из стационара. Пациентов спрашивали о продолжении терапии, назначенной им в стационаре, о регулярности приема препаратов, о частоте пропусков, о побочных эффектах со стороны принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время (гипертонические кризы, повторные госпитализации, эпизоды НС, обострение других хронических заболеваний и т.п.) и изменениях в личной жизни, об изменении их физического и эмоционального самочувствия за прошедшее время. Также мы интересовались у пациентов, как влияют на их самочувствие препараты,

назначенные им при выписке из нашей клиники, и почему они продолжают прием этих средств.

### ***2.3. Интернет-опрос среди широкой аудитории социальных сетей***

Интернет - опрос проводился среди широкой аудитории социальных сетей («Одноклассники» <https://ok.ru/>, «В контакте» <https://vk.com/>, «Инстаграм» <https://www.instagram.com/>, «Фейсбук» <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 для интернет-опросов SurveyMonkey [www.surveymonkey.ru](http://www.surveymonkey.ru). Данный опрос включал в себя 12 вопросов, посвященных полу, возрасту, образованию исследуемых, наличию у пользователей заболеваний ССС (в том числе АГ и перенесенных ИМ), СД, наблюдению у врача по поводу имеющихся заболеваний, регулярном приеме лекарственных препаратов, их эффективности и о причинах пропусков в их приеме. В опросе приняло участие 488 респондентов. Мы просили ответить на опрос и разместить его в своей ленте. Опросник распространялся 1 месяц. Социальные сети были выбраны потому, что с одной стороны позволяют набрать большое число респондентов, а с другой – при распространении через друзей гарантируют участие живых людей, а не ботов.

#### *Оценка приверженности к терапии в перечисленных исследованиях*

В работе 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 того лечения, которое пациент получает в настоящее время [62, 101]. Сопоставление назначенной и принимаемой терапии на момент опроса проводилось по группам препаратов и по совокупности всех назначений. Прием 80% и более от препаратов, назначенных в клинике,

рассматривалось как приверженность к терапии, менее – как невыполнение врачебных рекомендаций. Регулярность терапии оценивали на основании ответов пациента на вопросы о регулярности приема препаратов и о пропуске очередных доз медикаментов [62, 101].

### *Статистика*

Для обработки материала использовались программы Excell (пакет программ Microsoft Office 2003-2016) и пакет программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США) [40, 41].

В соответствии с методикой проведения ФГ [9, 222], по ходу беседы участники должны были прийти к единому мнению, по исследуемой проблеме и сформулировать определенные взаимосвязи между своим поведением, личностью врача и другими возможными внешними факторами. В этой связи, статистические методы анализа полученной информации не использовались, как непредусмотренные характером данного исследования.

Статистические методы анализа полученной информации не использовались, как непредусмотренные характером данного исследования. 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 профессиональной платформе SurveyMonkey.

Как статистически значимые результаты рассматривались данные с достоверностью  $p < 0,05$ .



### **ГЛАВА 3. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НЕВЫПОЛНЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ФОКУСИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ**

Целью данного исследования было изучение субъективного мнения пациентов и врачей об их индивидуальном опыте приверженности к лечению хронических заболеваний ССС с помощью проведения группового фокусированного интервью пациентов и их лечащих врачей и, на основании полученных данных, формулирование гипотез о возможных взаимосвязях в модели отношений врач-пациент.

Согласно методике проведения [9, 222] фокусированного интервью, приводится описание общего мнения пациентов и их врачей, а также мнение модератора исследования и врачей-исследователей.

Стоит отметить, что пациенты ФГ №1 (участники КИ) охотно соглашались на участие в данном исследовании (отказались от участия только двое, по причине невозможности посетить центр в день проведения исследования). Пациенты ФГ №2 (пациенты стационара, не принимающие препараты на амбулаторном этапе) в основном соглашались крайне неохотно: из 49 пациентов, которым было предложено участие в исследовании – согласились только 21.

В исследовании приняло участие 47 пациентов: 25(53,2%) мужчин и 22 (46,8%) женщины. Медиана возраста составила 59 лет. В состав ФГ №1 поочередно вошли 12, 7 и 7 пациентов, в составе ФГ №2 в каждой беседе приняло участие по 7 человек, в состав ФГ №3 – 6 врачей (рис. 2).

По основным клиническим параметрам, за исключением перенесенного ИМ и низкой (<40%) фракции выброса (ФВ), фокус-группы были сопоставимы между собой. В ФГ №1 пациентов с ИМ в анамнезе было значимо больше ( $p=0,0001$ ), у них чаще встречается низкая ФВ ( $p=0,00702$ ). В ФГ №2 пациентов с дислипидемией (значения липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)  $\geq 1,5$  ммоль/л ( $p=0,02931$ ), ТГ  $\geq 1,7$  ммоль/л

( $p=0,02433$ )) и показателями гликемии натощак  $> 7,0$  ммоль/л ( $p=0,00512$ ) было значимо больше. Так как пациенты отбирались в группы на основании выполнении/невыполнения врачебных рекомендаций, то скорректировать группы по данным параметрам не представлялось возможным. Перенесенный ИМ по данным большинства исследователей ассоциируется с более высокой приверженностью к лечению [14, 85, 93, 110, 117, 275, 327], поэтому, возможно, такое распределение пациентов и определенная несопоставимость групп вполне закономерны. Более низкие значения ФВ как осложнение перенесенного ИМ ожидаемы [65]. Более высокие показатели ЛПНП, ТГ, глюкозы крови натощак для пациентов ФГ №2 также ожидаемы, учитывая то, что данные пациенты не выполняют рекомендации на амбулаторном этапе. Более того, поскольку сам метод ФГ направлен на поиск характеристик, которые обуславливают поведение испытуемого [9, 222], клинические различия между людьми, поступающими по-разному можно рассматривать именно как характеристики, обуславливающие поведение пациента.

В табл. 13 представлены характерные ответы пациентов обеих групп.

**Таблица 13**

**Наиболее частые ответы пациентов**

<b>Вопрос</b>	<b>Фокус-группа №1</b>	<b>Фокус-группа №2</b>
<i>Что такое болезнь?</i>	«Болезнь — это катастрофа, случайность» «Болезнь — это судьба» «Болезнь — это образ жизни»	«Болезнь - потеря здоровья, хорошей работы, ухудшение семейного бюджета, ограничение активности»
<i>Что Вы знаете о своем заболевании?</i>	«Достаточный уровень — это название болезни, на что она влияет, на что может повлиять, какое будет самочувствие, что нужно делать и чего не нужно делать»	«Курса лечения, который проходишь, хватает на полгода, а когда ухудшение, надо показаться врачу» «Все знаем, только ничего не выполняем»
<i>Насколько важна информация и в каком объеме?</i>	«Меньше знаешь, лучше спишь» «Кто предупрежден, тот вооружен»	«Мы очень мало информированы о том, какие болезни есть, как не доводить себя до серьезного» «Я знаю практически ВСЕ, ну нужно знать еще больше, мне хочется жить дольше»
<i>Считаете ли Вы</i>	«Наша болезнь — это наш	«Болезнь мешает полноценно

<i>свою болезнь серьезной и насколько?</i>	образ жизни, не надо из этого делать трагедии, это такая жизнь»	работать, отдыхать, жить в полную силу, как хотелось бы, вот в чем серьезность» «Если болезнь терпима, то можно «махнуть рукой»»
<i>Почему Вы приняли решение проводить постоянное лечение именно в рамках клинических исследований?</i>	«Моя мотивация – «Я хочу жить!»» «Врачи-исследователи — это специалисты, «мастера на все руки», которые «поставили меня на ноги», я благодарен программе»	
<i>Почему некоторые люди лечатся регулярно, а другие полностью отказываются от лечения?</i>	«Мы все не верили, пока тяжелая болезнь не случилась» «Значит не совсем «прижало» «Гром не грянет - мужик не перекрестится»	«Нет времени нам прием таблеток, быт, семья, работа, а потом уже здоровье» «Таблетки нужны, когда плохо» «Думаю, что вылечился!» «Нет четкого контроля, и мы забываем»
<i>Что Вы думаете о сотрудничестве с врачом? Какие отношения с врачом у Вас на данный момент?</i>	«Сотрудничество — это главное в процессе лечения» «Мы доверяем врачу как профессионалу» «И врачи выбирают «проверенную гвардию!»»	«Естественно, очень ВАЖНО понимать друг друга, тогда и претензий меньше будет. Если бы так было и в поликлинике, мы бы регулярно обследовались, лечились»
<i>Насколько для Вас важно принимать решение о лечении вместе с врачом и насколько это сотрудничество может повлиять на Ваше решение о постоянном лечении?</i>	«Если есть выбор, выберу то, что скажет врач, ориентируюсь на мнение врача» «Врач сказал - я согласился» «Мы сами не можем выбрать» «Я советуюсь с врачом, доверяю врачу, что лучше, скажет врач»	«Необходимо совместно принимать решение с врачом» «Мы полностью доверяем врачам стационара» «В поликлинике не разговаривают с нами, врачам поликлиники не хватает времени на общение с нами»
<i>Что Вам сложнее всего соблюдать: прием препаратов, соблюдение режима дня, диеты, посещение плановых обследований.</i>	«Мы все соблюдаем» «Сложнее всего соблюдать режим питания и диету (хочется себя побаловать)»	«Никакой пользы от соблюдения всего нет: если сердце уже изношено- то уже все бесполезно!» «Трудно все соблюдать в комплексе» «Сложно вспомнить, что нужно пить таблетки»
<i>Каким должен быть процесс лечения, чтобы Вы были этим удовлетворены?</i>	«Удовлетворены, не в чем усомниться» «Очень важна организация, информация и общение с врачом, а именно его внимание»	«Преимственность между стационаром и поликлиникой» «Информированность о заболевании» «Забота, внимание и контроль врача»

<i>Какова лично для Вас мотивация к постоянному лечению после выписки?</i>	«Продолжение жизни!!!»	«Плохое состояние» «Неполноценная жизнь» «Жить надо как в последний день»
<i>Как часто Вы принимаете предписанные Вам препараты?</i>	«Постоянно»	«Когда прижмет»
<i>Какие факторы влияют на регулярность приема препаратов?</i>	«Жить не только долго и спокойно, но и ощущать эту жизнь, радоваться внукам»	«Невнимание, непонимание со стороны врача» «Недостаток информации»

### **3.1. Мнение о приверженности пациентов фокус-группы №1 (участников клинических исследований)**

Пациенты ФГ №1 (участники КИ) полагают, что болезнь – это «судьба» или «катастрофа». Первое сердечно-сосудистое событие воспринималось ими как «случайность», только повторная катастрофа заставила их осознать серьезность своего заболевания и лечиться на постоянной основе, и теперь для них болезнь – это «образ жизни». Информация о заболевании важна для них, но только в том объеме, который позволяет им адекватно реагировать на изменения своего самочувствия и комфортно себя чувствовать («какие таблетки выпить, кому позвонить в экстренной ситуации»). Больше знать (о сути заболевания, вариантах лечения) они действительно не хотят.

Для пациентов этой группы сотрудничество с врачом – главное в процессе их лечения, но они воспринимают его как полное, абсолютное, доверие к врачу, и, соответственно, в процессе принятия медицинского решения они полагаются на мнение врача, как определяющее. Участие в КИ для них – это постоянный контроль, внимание со стороны лечащего врача, «надежда на лучшее», полное доверие не только к врачам, но и к препаратам, которые они назначают. Врачи клиники для них – это профессионалы, и улучшение самочувствия по мере лечения – это закономерность, подчеркивающая и квалификацию врача, и «правильность» доверия к нему

со стороны пациента и необходимость, по мнению пациентов, дальнейшего лечения. При этом они не отрицают существование внутренней привязанности и симпатии к определенному врачу. В экстренных ситуациях, при отсутствии по каким-либо причинам в данный момент «своего» врача-исследователя они могут обратиться к «такому же» исследователю, но постоянное лечение они предпочитают проводить со своим врачом.

Большинство пациентов приняли осознанное решение лечиться на постоянных условиях в рамках КИ в основном по причине нежелания и невозможности получать «такое же» лечение в амбулаторной практике в виду большой загруженности данной службы и малым количеством времени, отведенным на общение с врачом. Эти пациенты полностью удовлетворены процессом своего лечения. Постоянное лечение для них является основой продления жизни, предотвращения повторных катастроф.

Мнение участников данных бесед о больных, не соблюдающих врачебных предписаний, сводится к тому, что у этих пациентов не настал тот момент в жизни, который смог бы заставить их по-другому отнестись к своему заболеванию и осознать его серьезность.

### **3.2. Мнение о приверженности пациентов фокус-группы №2 (пациентов стационара, не принимающие препараты на амбулаторном этапе)**

Перед представлением результатов беседы с пациентами стационара, не принимающих препараты на амбулаторном этапе (ФГ №2), следует отметить, что поведение пациентов данной группы было различным. Первые две подгруппы (далее «условно недисциплинированные»), которые характеризовались лечащими врачами как пациенты, не регулярно принимающие терапию и негативно настроенные на процесс лечения, негативно были настроены и на беседу. Получение какой-либо информации от них, а тем более ее анализ, были крайне затруднительными даже для профессионального модератора. Третья же подгруппа пациентов (далее

«условно дисциплинированные»), характеризовавшаяся врачами, как регулярно принимающая терапию, но в ходе беседы признавшаяся, что лечится нерегулярно, была очень похожа по поведению на группу пациентов, участвующих в КИ.

Для всех опрошенных пациентов стационара болезнь – это «помеха полноценной жизни». Здоровье в их жизни – это «не приоритет», а главное – работа и работоспособность. Нахождение в больнице расценивалось ими как «потерянные дни». Они не понимают всю серьезность своего заболевания, воспринимая его как недолгое «обострение». Лечение у них заканчивается при наступлении «хороших результатов» и начинается снова только при ухудшении состояния. Пациентов данной группы категорически не устраивает система организации работы поликлиники, они считают, что врачам отведено мало времени на прием («За 7 минут все сделать невозможно»), также отмечают «некомпетентность» и «невнимательность» врачей данных учреждений, «невозможность» получить адекватную помощь в поликлинике. При ухудшении состояния, они вновь госпитализируются в стационар. Проявлять активность в поисках иных источников медицинской помощи они категорически отказываются. Пациенты первых двух условно «неблагонадежных» подгрупп стационара остановились именно на этом. Они сняли с себя всю ответственность за происходящее, и категорично, и иногда даже агрессивно, отказывались дискутировать на этот счет. Эти пациенты абсолютно уверены в правильности своих действий, своих «убеждений». «Им должны все, они не должны ничего». В ходе беседы с пациентами стационара из третьей «условно дисциплинированной» подгруппы было выявлено, что они признают свою недисциплинированность и связывают ее со своими персональными особенностями: присутствием таких качеств как лень, беспечность, «наплевательское», или наоборот, чрезмерно эгоистическое отношение к себе. Они были бы рады что-то изменить, но до конца не понимают, как, и поэтому продолжают лечиться крайне нерегулярно.

Прием лекарственных препаратов вызывает у всех пациентов ФГ №2 страх стать зависимым и приобрести «букет других болячек». Мотивацией для лечения для них является плохое самочувствие и неполноценная жизнь. Данные пациенты утверждают, что хотят сотрудничать с врачом, участвовать в принятии медицинского решения, однако амбулаторная помощь «не внушает» им доверия, непонимание их проблем, является для них «обидой» и, как следствие, приводит к отказу от терапии. С их слов, они были бы удовлетворены процессом лечения, если бы выполнялись такие условия, как получение достаточного объема информации о своем заболевании, регулярный контроль, внимательное отношение со стороны именно поликлинических врачей. При этом, на вопрос «Если бы Вам предложили участие в КИ, и в этих рамках наблюдали Вас и оказывали столько внимания, сколько бы Вам хотелось», только пациенты «условно дисциплинированной» подгруппы ответили, что захотели бы лечиться в таких рамках.

### **3.3. Мнение о приверженности пациентов врачей стационара**

Врачи неохотно соглашались на участие в данном исследовании. Из 20 кардиологов, работающих в Клинической больнице на кафедре факультетской терапии лечебного факультета СГМУ, которым было предложено участие в исследовании, 6 дали свое согласие. Необходимо отметить, что негативное отношение врачей к исследованию, и невозможность расширить число участников – это тоже результат исследования, хотя и негативный.

Для обследованных врачей болезнь – это «нарушение качества жизни». Качество и количество преподносимой врачами информации о заболевании и его лечении зависит от самого пациента: его состояния, желания получить эту информацию. Интересующимся пациентам («идеальные больные») врачи при нахождении пациента в стационаре и при его выписке дают максимально возможную информацию о состоянии его здоровья, заболевании, его последствиях, вариантах и способах лечения. Если пациент не интересуется,

то информация при выписке предоставляется в минимальном объеме («навязываться нет смысла»). Оценить «осознание» пациентами полученной информации в большинстве случаев представляется все-таки затруднительным. Выполнение всех рекомендаций пациентами врачи оценивают как возможное и реальное действие, тем более что, по их мнению, если человек болеет, он дисциплинирован. По мнению врачей, наличие тяжелого, опасного для жизни заболевания и мотивация «чувствовать себя хорошо» являются важным фактором для продолжения терапии, а непонимание, недисциплинированность пациентов и недостаток информации служат поводом для отказа от лечения. Финансовое положение, интеллект, сила воли, эмоции пациентов, а также личность самого врача имеют разнонаправленное действие, по мнению врачей. Врачи признаются, что иногда в несоблюдении назначений виноваты они сами, когда по забывчивости не всегда сообщают пациенту, как долго необходимо принимать препараты («пациент после выписки ограничится одной упаковкой»), или, когда врачи амбулаторного звена отменяют «лишние» препараты.

### **3.4. Результаты фокусированного интервью**

Отношения врачей и пациентов складываются различно: по мнению врачей, сотрудничать можно только с адекватным пациентом, который регулярно и осознанно лечится (это в основном пациенты КИ). К другим пациентам иногда приходится применить диктатуру, чтобы добиться от них дисциплинированности. Никакой речи о дружеских отношениях быть не может, иначе начинается «панибратство» и никакой пользы от такого лечения не будет. Врачи утверждают, что социальная среда не влияет на взаимоотношения с пациентом и его лечение. Из одной социальной среды порой выходят совершенно разные люди. К каждому человеку можно подобрать слова. Врачи признают, что интуитивно делят пациентов на «любимых» и «неблагонадежных» (что влияет на выбор пациентов для



участия в КИ), но считают, что это не влияет на процесс их лечения. Врачам от пациентов необходима дисциплинированность, но право выбора в принятии медицинского решения они оставляют за пациентами.

В КИ от пациентов ничего не надо добиваться, они лечатся регулярно. Здесь и у врачей больше возможности контролировать состояние пациента и его лечение, и у пациентов больше возможностей в любое время обратиться к врачу при возникновении трудностей. Эти пациенты иногда прекращают лечиться постоянно, но для выполнения рекомендаций врачам всегда удается найти индивидуальный подход. В обычной практике это крайне затруднительно в силу высокой загруженности и часто неудовлетворительной оплаты труда.

При длительном хроническом заболевании переживания своей болезни больным подвержены определенной динамике [28, 52, 59, 101], что четко проявилось в наших беседах:

- Предмедицинская фаза (когда появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении к врачу);
- Фаза ломки жизненного стереотипа (когда больной становится изолированным от работы, иногда семьи, и у него нет уверенности в характере своего заболевания);
- Фаза адаптации к болезни (когда уменьшаются симптомы болезни, снижается чувство безысходности, и пациент начинает приспосабливаться к «новой» жизни);
- Фаза «капитуляции» (когда больной примеряется с судьбой, особенно понимая ограниченность возможностей медицины);
- Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни (когда пациент начинает искать выгоду в создавшемся положении).

Только пациенты ФГ №1 (участники КИ), вероятно, полностью «пережили» данные этапы, а пациенты ФГ №2 (пациенты стационара)

находятся на пограничном этапе между фазой ломки жизненного стереотипа и фазой «капитуляции». У пациентов «группы КИ» присутствует содружественная и спокойная реакция на болезнь. Они больше соответствуют гармоничному, реалистичному типу по отношению к болезни, они стремятся во всем содействовать успеху лечения. У пациентов стационара, прекращающих лечение на амбулаторном этапе, прослеживается негативная и разрушительная реакция, они либо не придают серьезности указаниям и советам врача, либо просто их игнорируют. Пациенты данной группы, скорее всего, стоят на грани между эргопатическим («уход от болезни в работу») и анозогностическим (отбрасывание мысли о болезни, «авось обойдется») типом, они хотят сохранить свою работоспособность любой ценой и активно отбрасывают мысли о своем заболевании.

В сознании всех пациентов (и участвующих в КИ, и опрошенных в стационаре) присутствует патерналистическая модель общения с врачами, то есть врач – это главное лицо в лечебном процессе, это лицо, которое берет на себя ответственность за все. Доверие к врачу возводится в «абсолют», пациенты согласны делать все, что скажет им их лечащий врач. Но данная модель по-разному реализуется в исследованных группах. Пациентов «группы КИ» это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов «группы стационара, не принимающих таблетки на амбулаторном этапе», неполучение адекватной помощи в поликлинике является «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем. Всеми пациентами ярко подчеркивается недостаток времени у поликлинических врачей на общение с ними.

Имеются определенные личностные особенности, касающиеся коммуникативных способностей опрошенных групп пациентов. Пациенты, участвующие в КИ, интеллигентные, достаточно доброжелательно настроенные люди с достаточно высокими коммуникативными способностями. Первые две «условно недисциплинированные» подгруппы пациентов стационара, отличаются наличием собственных внутренних

установок, основная из которых - изначально негативный настрой на лечение. Пациенты же третьей, «условно дисциплинированной» подгруппы по своим личностным особенностям напоминают группу пациентов, участвующих в КИ. Они осознают, что причина нерегулярного лечения в них самих, просто они еще не встретили на своем жизненном пути того врача, под четким руководством которого, выразят желание лечиться на постоянной основе.

Возможно, одним из факторов, который повлиял на результат исследования, является отбор пациентов группы стационара их лечащими врачами. Можно предположить, что врачи интуитивно, поделили пациентов: на менее и более «симпатичных», и это «деление», с одной стороны, может иметь некоторую прогностическую ценность в отношении приверженности пациентов к дальнейшему лечению (определенные личностные особенности пациента могут наталкивать врача на мысль, что в случае данного пациента полное выполнение врачебных рекомендаций вряд ли будет иметь место). С другой стороны, «предубеждение врача» в отношении пациента может влиять на его негативное поведение в дальнейшем. Стоит отметить, что подобное «деление» используется врачами и при отборе потенциальных участников КИ, что вызывает некоторые вопросы в отношении применимости результатов КИ к реальной практике, в которой встречаются не только «дисциплинированные», но и другие пациенты.

В целом можно отметить, что метод ФГ, наряду с подтверждением уже известных моментов, позволил получить новые сведения о проблеме приверженности к лечению.

## **Резюме**

Опрошенные пациенты, участвующие в КИ, отличаются от пациентов стационара более высокими коммуникативными способностями, «принятием» своей болезни, отсутствием негатива и агрессивности.

У всех исследуемых пациентов ярко выражена патерналистическая 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.

Улучшение самочувствия является важным фактором, и заставляет участников КИ следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию. Такой патернализм с одной стороны повышает ответственность врача за своего пациента, а с другой – расширяет возможности для его влияния на поведение больных.

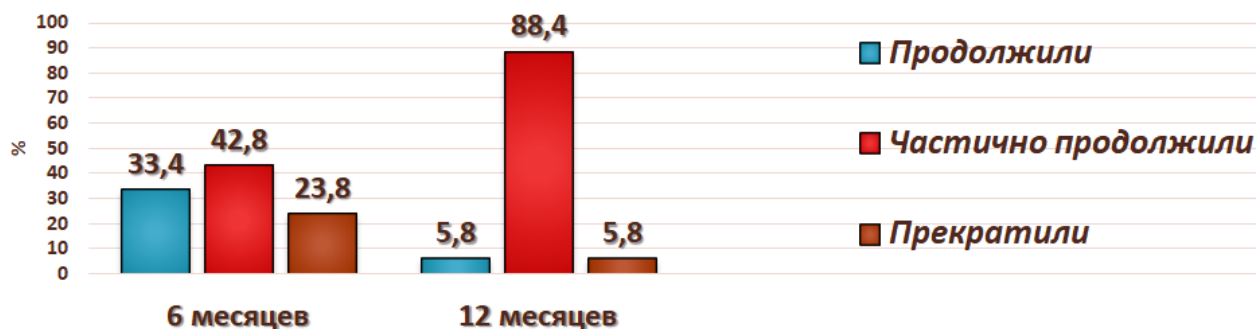
Выделение врачами менее и более им «симпатичных» пациентов с одной стороны может быть связано с личностными особенностями пациента, которые в свою очередь могут ассоциироваться с невыполнением врачебных рекомендаций, а с другой – может влиять на негативное поведение пациентов и невыполнение ими рекомендаций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

#### **ГЛАВА 4. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕАЛЬНУЮ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ – УЧАСТНИКОВ ФОКУС-ГРУПП ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Целью данного исследования было изучение факторов, влияющих на реальную приверженность пациентов фокус-групп к длительному приему медикаментов.

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 по выходу из протокола в связи с его завершением, никто из них не прекратил прием исследуемого препарата/плацебо. Еще раз подчеркнем, что так как все они в рамках того или иного КИ принимали исследуемый препарат/плацебо, отслеживание конечных точек у данных пациентов не проводилось.

Через 6 месяцев после выписки из стационара пациентов ФГ №2, согласившихся участвовать в исследовании, нам удалось связаться по телефону со всеми 21(100%) пациентами, 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 (рис. 3). Принимали препараты регулярно 8(38%, n=21) через 6 месяцев, 9(52,7%, n=17) пациентов через 12 месяцев. Наиболее частыми причинами пропуска в приеме препаратов явились забывчивость для 5(23,8%) и 3(17,6%) пациентов через 6 и 12 месяцев соответственно, наличие побочных эффектов для 2 пациентов как через 6 (9,5%) и 12 месяцев (11,7%), отдых от приема для 3 пациентов как через 6 (14,2%) и 12 месяцев (17,6%).



**Рис. 3. Продолжение терапии пациентов фокус-группы №2 через 6 и 12 месяцев**

Сопоставление назначенной терапии при выписке и реальный прием лекарственных препаратов пациентами через 6 и 12 месяцев после выписки из кардиологического стационара представлен в табл. 14.

**Таблица 14**

**Назначения, сделанные пациентам фокус-группы №2 при выписке из стационара, и продолжение терапии на амбулаторном этапе**

<i>При выписке назначены препараты</i>		<b>Принимают</b>	
		<b>Через 6 месяцев</b>	<b>Через 12 месяцев</b>
<b>n=21</b>		<b>n=21</b>	<b>n=17</b>
Дезагреганты	19 (90,4%) *	13 (68,4%) †	3 (15,7%) †
Статины	20 (95,2%) *	11 (55,5%) †	8 (40%) †
БАБ	14 (66,6%) *	7 (50%) †	4 (28,6%) †
ИАПФ/АРА II	18 (85,7%) *	13 (72,2%) †	2 (11,1%) †
Нитраты	8 (38%) *	7 (87,5%) †	1 (12,5%) †
БМКК	12 (57,1%) *	8 (66,6%) †	5(29,4%) †
Антикоагулянты	2 (9,5%) *	2 (100%) †	2 (100%) †
Амиодарон	4 (19%) *	4 (100%) †	4 (100%) †
Антагонисты альдостерона	4 (19%) *	3 (75%) †	3 (75%) †
Сердечные гликозиды	2 (9,5%) *	2 (100%) †	2 (100%) †
Диуретики	9 (42,8%) *	4 (44,4%) †	5 (55,5%) †

Примечание: \* - указаны число пациентов, которым был рекомендован данный класс препарата при выписке и их доля среди больных этой группы;

† - указаны число пациентов, принимающих данный класс препарата после выписки из стационара, и их доля среди больных, кому был рекомендован данный класс.

Побочные эффекты выявлены у 9(42,8%) пациентов через 6 месяцев и у 8(47%) через 12 месяцев после выписки из стационара. Основными побочными эффектами явились синдром диспепсии (8 пациентов через 6 месяцев и 7 через – 12) и развитие артериальной гипотонии на фоне приема БМКК по мнению одного пациента.

#### 4.1 Влияние клинических и социально-демографических характеристик пациента на его приверженность к терапии после выписки из стационара

Клинико-демографические характеристики пациентов и их влияние на приверженность к лечению представлены в табл. 15.

Таблица 15

##### Факторы, влияющие на продолжение пациентом терапии

Параметр	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Продолжили	Прекратили	Продолжили	Прекратили
Мужчины	5(62,5%)	3(37,5%)	1(20%)	4(80%)
Женщины	8(61,6%)	5(38,4%)	1(10%)	10(90%)
<i>Возраст</i>				
Мужчины <60 лет, женщины <55 лет	2(28,6%)	5(71,4%)	1(20%)	4(80%)
Мужчины ≥ 60 лет, женщины ≥ 55 лет	5(35,7%)	9(64,3%)	1(8,3%)	11(91,7%)
<i>Социальный статус</i>				
Работающие	2(25%)	6(75%)	0	5(100%)
Неработающие	5(38,4%)	8(61,6%)	2(16,7%)	10(83,3%)
<i>Заболевания</i>				
АГ	7(36,8%)	12(63,2%)	2(12,3%)	13(86,7%)
ИБС, в т.ч. ИМ	6(30%) 2(33,3%)	14(70%) 4(66,7%)	2(12,5%) 2(40%)	14(87,5%) 3(60%)
ХСН	7(35%)	13(75%)	2(14,3%)	14(85,7%)
Перенесенный инсульт	2(50%)	2(50%)	1(33,3%)	2(66,7%)
ФП	5(50%)	4(50%)	1(14,3%)	6(85,7%)
Ожирение	2(28,6%)	5(71,4%)	0	5(100%)
СД	2(40%)	3(60%)	0	5(100%)
<i>Лабораторно-инструментальные данные</i>				
ОХС > 4 ммоль/л	7(43,7%)	9(56,3%)**	2(14,3%)	12(85,7%)
ЛПНП ≥ 1,5 ммоль/л	6(33,3%)	12(66,7%)	1(7,1%)	13(92,8%)
ЛПВП (мужчины <1, женщины <1,2 ммоль/л)	2(25%)	6(75%)	4(66,7%)*	2(33,3%)
ТГ ≥ 1,7 ммоль/л	6(40%)	9(60%)	1(9,1%)	10(90,9%)*
Глюкоза натощак <6,1 ммоль/л	4(36,4%)	7(63,6%)	1(12,5%)	7(87,5%)

ХБП 3 стадии, СКФ (<60 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> )	1(10%)	9(90%)*	1(16,7%)	5(83,3%)
ГЛЖ ( $\geq 125\text{г/м}^2$ / $\geq 110\text{г/м}^2$ мужчины/женщины)	6(37,5%)	10(62,5%)	2(16,7%)	10(83,3%)*
ФВ низкая (<40%)	1(100%)	0	1(100%)	0
ФВ сохранная (50 и >%)	13(72,2%)	5(27,8%)	13(92,8%)	1(7,2%)
ФВ промежуточная (40-49%)	2(100%)	0	2(100%)	0

Примечание: \* -  $p < 0.05$

При анализе корреляций продолжения и регулярности терапии после выписки из стационара с исходными характеристиками пациентов выявлены связи, представленные в табл. 16

**Таблица 16**

**Взаимосвязь исходных клинических, социально-демографических и лабораторно-инструментальных характеристик пациента с продолжением и регулярностью терапии через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара (коэффициент Гамма,  $p < 0,05$ )**

Параметр	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Продолжили	Принимали регулярно	Продолжили	Принимали регулярно
Мужчины	-0,30435	<b>0,77778*</b>	0,46667	-0,35484
Возраст	0,02083	-0,37143	-0,66667	0,34286
Работающие	-0,30435	0,07692	-1,00000	-0,07692
Ожирение	-0,16279	-0,20000	-1,00000	0,20000
ИБС	<b>0,98777*</b>	-1,00000	1,00000	-1,00000
ИМ	0,00000	-0,20000	<b>0,99765*</b>	-0,35484
АГ	1,00000	1,00000	1,00000	-1,00000
ХСН	-0,36842	-0,06667	1,00000	-1,00000
СД	0,18919	-0,20000	-1,00000	<b>-0,77778*</b>
Аритмии	<b>0,98965*</b>	0,20000	1,00000	-0,20000
ФП	0,53846	0,33333	0,20000	0,14286
ОНМК	0,41176	0,45455	0,73333	-0,45455
уровень ХЛ †	<b>0,97975*</b>	0,076923	-1,00000	0,555556
уровень ЛПНП †	0,00000	<b>0,99634*</b>	0,73333	-0,454545
уровень ЛПВП †	-0,30435	0,555556	<b>0,99877*</b>	-0,555556
уровень ТГ †	<b>-0,53846*</b>	-0,200000	0,33333	-0,354839
Наличие ХБП	<b>-0,83051*</b>	0,142857	-0,20000	0,333333
Наличие ГЛЖ	<b>-0,41176*</b>	-0,454545	1,00000	-0,333333
ФВ, %	0,22105	-0,428571	-0,62500	<b>0,94568*</b>

Примечание: \* -  $p < 0.05$

† - целевые показатели липидограммы



Наличие в анамнезе нарушений ритма ( $r=0,98965$ ) на момент проведения интервью оказало сильное прямое влияние на продолжение терапии через 6 месяцев, перенесенный ИМ повлиял на продолжение терапии через 12 месяцев ( $r=0,99765$ ). При этом выявлено, что при продолжении терапии у пациентов имеются исходно низкие значения уровня общего холестерина (ОХЛ) ( $r=0,97975$ ), а при прекращении хроническая болезнь почек (ХБП) со снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ)  $<60$  мл/мин ( $r=-0,83051$ ) и высокие значения ТГ ( $r=-0,53846$ ).

Отмечено через 12 месяцев, что у пациентов, принимающих препараты постоянно, имеются более высокие значения липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) ( $r=0,99877$ ).

Через 6 месяцев выявлено, что мужчины принимали препараты более регулярно ( $r=0,77778$ ). Регулярный прием препаратов ассоциирован с целевыми цифрами ЛПНП ( $r=0,99634$ ). Пациенты, не имеющие в анамнезе СД, принимали препараты регулярно через 12 месяцев ( $r=0,77778$ ), регулярность ассоциировалась с сохранной ФВ на момент интервью ( $r=0,94568$ ).

#### **4.2. Нежелательные явления, произошедшие в жизни пациента и приверженность к терапии**

Изменения в личной жизни (как положительные, так и негативные) через 6 и 12 месяцев произошли в приблизительно равном проценте случаев среди пациентов продолжающих, и не продолжающих лечение, а также среди пациентов, принимающих препараты регулярно и нерегулярно, т. о. внешние факторы не влияли на полученные нами результаты.

Изменения в состоянии здоровья пациентов (в виде ГК, эпизодов ОКС, декомпенсации ХСН, пароксизмальных нарушений ритма, обострения других хронических заболеваний, повторных госпитализаций) за прошедшие 6 месяцев чаще отмечались среди пациентов, прекративших следовать рекомендациям на момент опроса (9(90%) из 10,  $p=0,001908$ ). На

регулярность приема таблеток эти факторы через 6 и 12 месяцев никакого влияния не оказывали. Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев составила 8(38,1%; n=21), через 12 месяцев 11(64,7%; n=17) случаев.

Основные причины госпитализации представлены в табл. 17. Стоит отметить, что как через 6, так и через 12 месяцев госпитализации были обусловлены ухудшением сразу нескольких заболеваний.

**Таблица 17**

**Основные причины госпитализации пациентов через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара**

<b>Причины госпитализации</b>	<b>Через 6 месяцев</b>	<b>Через 12 месяцев</b>
Нестабильная стенокардия †	5(62,5%)	7(63,6%)
Гипертонический криз †	3(37,5%)	2(11,8%)
Пароксизмальные нарушения ритма †	2(25%)	2(11,8%)

†- Примечание - указаны число госпитализированных пациентов с данным заболеванием и их доля среди больных этой группы.

Взаимосвязей между прекращением терапии и фактом госпитализации ( $p=0,11213$ ), а также регулярностью ( $p=0,24348$ ) приема таблеток через 6 и 12 месяцев соответственно ( $p=0,40365$ ,  $p=0,33114$ ) не выявлено.

В табл. 18 представлены результаты корреляционного анализа между произошедшими изменениями в состоянии здоровья и жизни пациента в течение периода наблюдения.

**Таблица 18**

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

<b>«Конечные точки»</b>	<b>Через 6 месяцев</b>		<b>Через 12 месяцев</b>	
	<b>Продолжили</b>	<b>Принимали регулярно</b>	<b>Продолжили</b>	<b>Принимали регулярно</b>
Происходили изменения в личной жизни	<b>-0,830508*</b>	<b>-0,826087</b>	<b>-0,99878*</b>	0,37931
Повторные госпитализации	<b>-0,714286*</b>	-0,578947	<b>-0,98676*</b>	0,14286
Неблагоприятные изменения в состоянии пациента (ГК, эпизоды НС, нарушения ритма, не	-0,428571	-0,142857	-1,00000	0,09091

повлекшие за собой госпитализацию пациента)				
Отмечали побочные эффекты	-0,428571	-0,578947	-1,00000	0,60000
Улучшилось физическое состояние	-0,500000	-0,291667	-0,33333	0,16667
Улучшилось эмоциональное состояние	-0,298246	-0,116279	-0,42857	0,53846
Улучшилось самочувствие	-0,250000	0,200000	0,200000	0,000000
Удовлетворенность от лечения в настоящее время	<b>0,666667*</b>	<b>0,789474</b>	<b>0,99846*</b>	-0,15152

Примечание: \* - статистически значимые связи ( $p < 0.05$ )

#### 4.3. Мнение пациентов о принимаемых препаратах и продолжение терапии

Пациенты, считавшие, что назначенное им лечение улучшает их самочувствие, чаще продолжали прием лекарственных препаратов через 6 месяцев ( $p=0,03953$ ) (табл. 19). На регулярность терапии мнение пациента об эффекте лекарственной терапии влияние не оказывало.

**Таблица 19**

#### **Взаимосвязь продолжения, регулярности терапии и мнения пациентов о принимаемых препаратах, n (%)**

	<i>Продолжили через 6 месяцев</i>	<i>Продолжили через 12 месяцев</i>	<i>Принимали регулярно в течение 6 месяцев</i>	<i>Принимали нерегулярно в течение 12 месяцев</i>
Не влияют на самочувствие	0	0	5(23,8%)	3(17,7%)
Улучшают самочувствие	7(33,3%)*	2(11,7%)	11(52,3%)	9(52,9%)
Ухудшают самочувствие	0	0	3(14,3%)	3(17,7%)

Примечание: \* -  $p < 0.05$

Пациенты, считавшие, что назначенное им лечение улучшает их самочувствие, чаще продолжали прием БАБ ( $p=0,08209$ ), ИАПФ/АРАП ( $p=0,00428$ ), БМКК ( $p=0,05469$ ) через 6 месяцев и нитратов через 12 месяцев ( $p=0,03020$ ) (табл. 20)

### Мнение пациентов о лекарственных препаратах и их реальный прием

Препараты, прием которых пациенты продолжают	Не влияют на самочувствие		Улучшают самочувствие		Ухудшают самочувствие	
	6 месяцев	12 месяцев	6 месяцев	12 месяцев	6 месяцев	12 месяцев
Дезагреганты	2(15,3%)	2(16,7%)	10(76,9%)	8(66,6%)	1(7,7%)	2(16,7%)
Статины	2(18,2%)	2(25%)	8(72,7%)	5(62,5%)	1(9,1%)	1(12,5%)
БАБ	1(14,3%)	2(25%)	6(85,1%)*	5(62,5%)	0	1(12,5%)
ИАПФ/АРАП	0	1(8,3%)	10(83,3%)*	8(66,6%)	2(16,7%)	3(25%)
БМКК	0	0	7(87,5%)*	4(80%)	1(12,5%)	1(20%)
нитраты	1(12,5%)	0	6(75%)	5(83,3%)*	1(12,5%)	1(16,7%)
диуретики	1(50%)	1(50%)	1(50%)	1(50%)	0	0

Примечание: \* -  $p < 0.05$

#### 4.4. Взаимосвязь сформировавшейся приверженности к применению лекарственных препаратов у исследуемых пациентов

Для оценки взаимосвязи рассматриваемых клинических и социально-демографических факторов с продолжением или отказом приема больными отдельных лекарственных групп был использован непараметрический корреляционный анализ и коэффициент Gamma (табл. 21, табл. 22, табл. 23).

Таблица 21

#### Результаты корреляционного анализа (коэффициент Gamma, $p < 0,05$ ) взаимосвязей социально-демографических характеристик пациентов с приемом лекарственных препаратов через 6 месяцев после выписки из стационара

Группа препаратов	Пол пациента	Возраст пациента	Работающие пациенты
Дезагреганты	-0,74*	-0,74*	-0,93*
Статины	-0,36	-0,14	-0,69
БАБ	0,00	-0,55	-0,54
ИАПФ/АРАП	-0,60	-0,33	-0,60
БМКК	-0,25	0,00	-0,90*
Нитраты	-0,96*	0,97*	-0,98*
Диуретики	0,94*	-0,99*	-0,99*

Примечание: \* -  $p < 0.05$

Мужчины чаще прекращали прием дезагрегантов ( $r=-0,74$ ,  $p<0,05$ ) и нитратов ( $r=-0,96$ ,  $p<0,05$ ), при этом были более привержены к назначению диуретиков ( $r=0,94$ ,  $p<0,05$ ). Пациенты молодого возраста были привержены к лечению нитратами ( $r=0,97$ ,  $p<0,05$ ) и чаще отказывались от приема дезагрегантов ( $r=-0,74$ ,  $p<0,05$ ) и диуретиков ( $r=-0,99$ ,  $p<0,05$ ). В когорте работающих пациентов чаще снижалась приверженность к терапии дезагрегантами ( $r=-0,93$ ,  $p<0,05$ ), БМКК ( $r=-0,90$ ,  $p<0,05$ ), нитратами ( $r=-0,98$ ,  $p<0,05$ ) и диуретиками ( $r=-0,99$ ,  $p<0,05$ ).

**Таблица 22**

**Результаты корреляционного анализа (коэффициент Гамма,  $p < 0,05$ )  
взаимосвязей клинических характеристик пациентов с приемом  
лекарственных препаратов через 6 месяцев после выписки из  
стационара**

Группа препаратов	ИМ	ХСН	ФП	СД	Инсульт	Ожирение
Дезагреганты	0,38	-1,00	0,62	0,99*	-0,05	-0,54
Статины	0,33	-1,00	0,67	0,13	-0,12	-0,14
БАБ	-0,63	0,00	0,30	0,98*	-1,00	-0,64
ИАПФ/АРАП	0,42	-1,00	0,67	0,00	0,25	0,00
БМКК	1,00	-1,00	0,29	0,00	-0,40	-0,67
Нитраты	0,97*	-0,99*	0,98*	0,98*	0,99*	-1,00
Диуретики	0,67*	-	-0,98*	0,67*	-	-1,00

Примечание: \* -  $p < 0,05$

Пациенты с перенесенным ИМ показали более высокую приверженность к нитратам ( $r=0,97$ ,  $p<0,05$ ) и диуретикам ( $r=0,67$ ,  $p<0,05$ ), пациенты с ФП к нитратам ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ), пациенты с СД к дезагрегантам ( $r=0,05$ ,  $p<0,05$ ), БАБ ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ), нитратам ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ) и диуретикам ( $r=0,67$ ,  $p<0,05$ ). Необходимо отметить снижение приверженности к использованию нитратов у пациентов с ХСН и ФП ( $r=-0,99$ ,  $p<0,05$ ), у пациентов с ФП к диуретикам ( $r=-0,98$ ,  $p<0,05$ ).

У пациентов, имеющих в качестве клинических факторов ИБС и АГ, достоверных связей с продолжением рекомендованной проводимой терапии выявлено не было.

Пациенты с целевым уровнем ОХЛ на момент проведения интервью оказались привержены к терапии дезагрегантами ( $r=0,69$ ,  $p<0,05$ ), ИАПФ/АРА ( $r=0,67$ ,  $p<0,05$ ), БМКК, имеющие целевые цифры ЛПВП к терапии БМКК ( $r=0,95$ ,  $p<0,05$ ), целевое значение ТГ на момент интервью терапии нитратами ( $r=0,50$ ,  $p<0,05$ ).

**Таблица 23**

**Результаты корреляционного анализа (коэффициент Гамма,  $p < 0,05$ ) взаимосвязей лабораторно-инструментальных характеристик пациентов с приемом лекарственных препаратов через 6 месяцев после выписки из стационара**

Группа препаратов	ОХС†	ЛПНП†	ЛПВП†	ТГ†	ХБП	ГЛЖ
Дезагреганты	0,69*	-1,00	0,38	0,12	0,64*	0,85*
Статины	-0,13	-0,28	-0,25	0,29	0,80*	0,38
БАБ	0,41	-0,95*	0,30	0,10	0,28	0,90*
ИАПФ/АРАП	0,67*	-0,00	0,33	0,28	0,75*	0,20
БМКК	0,95*	-1,00	0,90*	0,12	0,25	0,90*
Нитраты	-0,95*	-0,90*	0,97*	0,50*	-0,98*	0,96*
Диуретики	-0,67*	-0,67*	-0,33	-0,83*	-0,97*	0,98*

Примечание: \* -  $p < 0,05$

† - целевые показатели липидограммы

Наличие ХБП 3 стадии при уровне СКФ  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> ассоциировалось с продолжением терапии дезагрегантами ( $r=0,64$ ,  $p<0,05$ ), статинами ( $r=0,80$ ,  $p<0,05$ ), ИАПФ/АРАП ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ). Имеющаяся гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) при значении индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ)  $\geq 125$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и  $\geq 110$  г/м<sup>2</sup> для женщин в нашем исследовании показала связь с приверженностью терапии дезагрегантами ( $r=0,85$ ,  $p<0,05$ ), БАБ ( $r=0,90$ ,  $p<0,05$ ), БМКК ( $r=0,90$ ,  $p<0,05$ ), нитратами ( $r=0,96$ ,  $p<0,05$ ), и диуретиками ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ).

Достоверно значимое снижение частоты приема нитратов ( $r=-0,95$ ,  $p<0,05$ ) и диуретиков ( $r=-0,67$ ,  $p<0,05$ ) имеется при целевых показателях липидного обмена (уровень ОХЛ  $< 4$  ммоль/л и ЛПНП  $\leq 1,5$  ммоль/л) и ХБП ( $r=-0,98$ ,  $p<0,05$ ). Также отмечена корреляция между отказом от приема БАБ при целевом значении ЛПНП  $\leq 1,5$  ммоль/л ( $r=-0,95$ ,  $p<0,05$ ).

## Резюме

Приверженность пациентов с ССЗ, не участвующих в КИ, имеет положительную взаимосвязь с перенесенным ИМ, наличием нарушений ритма, и отрицательную взаимосвязь с уже имеющимся исходно поражением органов мишеней в виде ГЛЖ, снижения СКФ и высоким уровнем ТГ.

Высокая приверженность к лечению пациентов, выполняющих назначение врача и участвующих в КИ, остается достаточно стабильной.

Постоянный прием медикаментозной терапии у пациентов, не участвующих в КИ, ассоциировался с исходно целевым уровнем ОХЛ, ЛПВП, регулярный прием - с отсутствием в анамнезе СД, наличием сохранной ФВ и достижением целевых значений ЛПНП.

Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев составила 38,1%, через 12 месяцев 64,7%. Продолжение терапии ассоциировалось с меньшей частотой изменений в личной жизни и повторных госпитализаций как через 6, так и через 12 месяцев.

Пациенты, продолжающие терапию и регулярно принимающие препараты через 6 и 12 месяцев после выписки, удовлетворены лечением в настоящее время.

Пациенты, считающие, что прием препаратов улучшает их самочувствие, продолжают терапию на амбулаторном этапе. Среди отдельных групп препаратов в данном контексте выделяются БАБ, ИАПФ/АРАП и БМКК.

Сочетание у больных перенесенного ИМ, ФП, перенесенного инсульта, СД предполагает в целом более комплаентное применение препаратов из группы нитратов.

## ГЛАВА 5. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК И ЧАСТНЫХ КЛИНИК

Цель данного этапа работы – выявление различий во взглядах на здоровье, болезнь и лечение сердечно-сосудистой патологии и факторов, ассоциирующихся с приверженностью у пациентов в поликлиниках и частных клиниках, а также мотивы выбора данных лечебных учреждений.

В опросе приняло участие 90 пациентов: 38(42,2%) – пациенты частных клиник, 52(57,7%) - поликлиник, из них 30(33,3%) мужчин и 60(66,7%) женщин, медиана возраста 65 лет. Большинство пациентов поликлиник (46(88,5%)) — это пациенты, достигшие пенсионного возраста ( $p=0,00086$ ), половина имеет материальный доход ниже среднего 26(50%) ( $p=0,00006$ ). Среди пациентов частных клиник большая часть - 24(63,2%) – пациенты умственного труда ( $p=0,00001$ ), с высшим образованием (34(89,5%)) ( $p=0,00001$ ), имеющие средний материальный доход (28(73,7%)) ( $p=0,00006$ ). Пациенты поликлиник более тяжелые по клиническим характеристикам, таким как наличие в анамнезе ГК (38(73,1%),  $p=0,01297$ ) и ХСН (40(76,9%) пациентов,  $p=0,00013$ ). Хотя среди пациентов частных клиник (6(15,8%)) чаще встречается перенесенный ИМ, в отличие от поликлинических пациентов (2(3,8%)) ( $p=0,04925$ ).

Стоит отметить, что пациенты в поликлиниках и частных клиниках имеют между собой существенные различия. Это достаточно логично, и вероятно объясняется тем, что факт высшего образования, профессия умственного труда и неплохой материальный достаток побуждают пациентов частных клиник искать дополнительные пути в оказании медицинской помощи. К тому же частные лечебные учреждения предоставляют возможность прийти на прием к врачу в нестандартные рабочие часы (круглосуточно и даже в праздничные дни), что также имеет немаловажную роль для «работающих» пациентов частных клиник. В свою очередь у пенсионеров с низким материальным доходом возможностей для выбора



меньше, что возможно и обуславливает их лечение в государственных учреждениях. С одной стороны, пациенты поликлиник — это пациенты более тяжелые по клиническим характеристикам и плохое самочувствие вынуждает их лечиться регулярнее, чем это делают более молодые и «здоровые» пациенты частных клиник. С другой стороны – регулярная терапия тяжелых хронических заболеваний является «дорогим удовольствием» и на частную медицину у «небогатых» пенсионеров может не хватать материальных средств. Это вынуждает их пользоваться услугами государственной поликлиники. Также можно предположить, что потребность в госпитализациях у этих пациентов выше, что также чаще требует вмешательства поликлинического врача (направление, и т.п.) и может влиять на выбор места лечения.

### **5.1. Мнение обследуемых пациентов в отношении принимаемой терапии и реальная приверженность к лечению.**

Большинство опрошенных пациентов удовлетворены процессом своего лечения: 24(63,2%) пациентов частных клиник, 32(61,5%) пациентов поликлиник.

Большая часть обследуемых пациентов в поликлинике (38(67,9%)) считает, что принимать назначенные препараты нужно постоянно. Среди пациентов частных клиник так считает только 18(32,1%) ( $p=0,02728$ ). Остальная часть пациентов считает, что лечиться можно курсами и по потребности. Принимают препараты постоянно на самом деле 20(38,5%) пациентов частных клиник и 32(61,5%) поликлиник ( $p=0,39812$ ). Выявлена статистическая тенденция к приему пациентами частных клиник препаратов «когда совсем прижмет» (14(63,6%) человек против 8(36,4%) пациентов поликлиник,  $p=0,07294$ ).

И пациенты частных клиник (20(52,6%)), и пациенты поликлиник (16(30,7%)) ( $p=0,90918$ ) прекращали ранее назначенное лечение. Из 56 пациентов, считающих, что препараты необходимо принимать постоянно,

50(89,3%) на самом деле принимают их постоянно и, наоборот, из 34 пациентов, считающих правильной курсовую терапию и терапию по потребности 32(94,1%), на самом деле так и лечатся ( $p=0,00001$ ). Пациенты обоих учреждений, принимающие препараты «когда совсем прижмет» (10(62,5%) из 16 обследуемых) и курсами (12(66,7%) из 18) достоверно чаще прекращали назначенную терапию ( $p=0,02728$ ). Таким образом, можно предположить, что пациенты достаточно честно отвечали на поставленные вопросы.

Основными причинами прекращения терапии являлись хорошее самочувствие без терапии (18(64,3%) пациентов в поликлиниках и 10(35,7%) пациентов в частных клиниках), опасение нежелательных последствий (2(50%) и 2(50%) соответственно), развитие побочных эффектов препаратов для 6(100%) человек в частных клиниках и материальное положение для 4(100%) в поликлиниках ( $p=0,00862$ ).

## **5.2. Взаимосвязь между клинико-демографическим характеристиками пациентов и приверженностью длительной терапии**

Клинико-демографические характеристики пациентов и их влияние на приверженность к лечению в виде продолжения терапии представлены в табл. 24.

Факторами, ассоциирующимися с продолжением терапии, для пациентов частных клиник являются наличие стенокардии ( $p=0,01852$ ) и ожирения (индекс массы тела (ИМТ)  $>30$  кг/м<sup>2</sup>) ( $p=0,02334$ ). Факторы, ассоциированные с прекращением длительной терапии для пациентов данной группы, являются среднее образование ( $p=0,04720$ ) и отсутствие ожирения (ИМТ  $\leq 24,9$  кг/м<sup>2</sup>) ( $p=0,02334$ ). Выявлена статистическая тенденция между наличием в анамнезе перенесенных инсультов у пациентов частных клиник и прекращением терапии ( $p=0,07769$ ).

**Продолжение или прекращение длительного лечения и клинико-демографическая характеристика пациентов**

Характеристики пациентов	Частные клиники (n=38)		Поликлиники (n=52)	
	Продолжили терапию	Прекратили терапию	Продолжили терапию	Прекратили терапию
<b>Возраст</b>				
Не достигшие пенсионного возраста	8(50%)	8(50%)	14(70%)	6(30%)
Достигшие пенсионного возраста	12(54,5%)	10(45,5%)	32(100%)*	0
<b>Пол</b>				
Мужской	6(50%)	6(50%)	8(33,3%)	16(66,7%)
Женский	14(53,9%)	12(46,1%)	26(92,9%)*	2(7,1%)
<b>Образование</b>				
Среднее	0	4(100%)*	10(55,6%)	8(44,4%)
Специальное	4(66,7%)	2(33,3%)	16(66,7%)	8(33,3%)
Высшее	14(58,3%)	10(41,7%)	6(60%)	4(40%)
<b>Профессия</b>				
Умственного труда	18(47,5%)	20(52,6%)	14(58,3%)	10(41,7%)
Физического труда	-	-	24(85,7%)*	4(14,3%)
<b>Заработок (по мнению самих пациентов)</b>				
Ниже среднего	2(100%)	0	18(69,3%)*	8(30,7%)
Средний	16(57,1%)	12(42,9%)	10(45,5%)	12(54,5%)
Выше среднего	2(33,3%)	4(66,7%)	4(100%)*	0
<b>Клиническая характеристика по сердечно-сосудистой патологии и факторам риска</b>				
Артериальная гипертония	14(43,7%)	18(56,3%)	38(76%)*	12(24%)
Гипертонические кризы	8(44,4%)	10(55,6%)	27(71,1%)*	11(28,9%)
Инфаркт миокарда	4(66,7%)	2(33,3%)	0	2(100%)*
Инсульты	0	2(100%)**	4(100%)*	0
Стенокардия	12(75%)*	4(25%)	22(73,3%)*	8(26,7%)
ХСН	10(71,4%)**	4(28,6%)	30(75%)*	10(25%)
Сахарный диабет	2(100%)	0(100%)	6(100%)*	0
ИМТ <24.9 кг/м <sup>2</sup>	2(20%)	8(80%)*	4(33%)	8(66,7%)
ИМТ >25.0<29.9 кг/м <sup>2</sup>	6(50%)	6(50%)	12(54,5%)	10(45,5%)
ИМТ >30 кг/м <sup>2</sup>	12(75%)*	4(25%)	16(88,9%)*	2(11,1%)

Примечания: \* - p < 0,05

\*\* - 0,05 < p < 0,1

Факторами, оказывающими положительное влияние на длительность терапии у пациентов поликлиник, являются пенсионный возраст (p=0,00099), женский пол (p=0,00235), профессия физического труда (p=0,02648), заработок как ниже, так и выше среднего (p=0,03207), наличие в анамнезе АГ (p=0,04684), ГК (p=0,02016), стенокардии (p=0,04120), ХСН (p=0,00027),

инсультов ( $p=0,04313$ ), СД ( $p=0,03950$ ) и ожирения (ИМТ  $>30$  кг/м<sup>2</sup>) ( $p=0,00617$ ). Перенесенный ИМ влияет на отказ от терапии у пациентов данной группы ( $p=0,04684$ ).

### **5.3. Различия во взглядах на здоровье и болезнь и приверженность к длительной терапии**

#### *Отношение к здоровью*

Абсолютное большинство опрошенных считает, что здоровье – это их собственная забота. Так ответили 38(73,1%) пациентов государственных поликлиник и 30(80%) пациентов частной клиники ( $p=0,0157$ ). Небольшая часть респондентов (15,4% (n=8) пациентов государственных поликлиник) считают свое здоровье заботой врачей, либо выбирают комбинацию «здоровье – забота врачей, моя и родственников» (этот вариант выбрали 4(10,5%) пациента в частных клиниках и 6(11,5%) в государственных поликлиниках). Только 4(10,5%) пациента частных клиник воздержались от ответа. На продолжение длительной терапии данные ответы не влияли ни у пациентов частных клиник ( $p=0,70267$ ), ни у пациентов поликлиник ( $p=0,71320$ ).

#### *Отношение к болезни*

Болезнь – это «катастрофа» – так ответили 6(15,8%) пациентов частной клиники и 8(15,4%) государственных поликлиник. Болезнь – это «судьба», так считают 4(10,5%) пациентов частных клиник и 2(3,8%) - государственных поликлиник. Для 12(23,1%) пациентов государственных поликлиник болезнь – это «образ жизни». Среди пациентов частных клиник этот вариант не выбрал никто. Воздержались от ответа на данный вопрос 6(15,8%) пациентов частных клиник ( $p=0,0364$ ). На продолжение лекарственной терапии ответ пациентов на данный вопрос влияния не оказал ( $p=0,19569$  в частных клиниках,  $p=0,17183$  в государственных поликлиниках).

Значимо большее число пациентов в государственных поликлиниках считают свое заболевание достаточно опасным для жизни [22(57,9%) против 16(30,8%) в частных клиниках;  $p=0,0106$ ], и данный параметр оказывает положительное влияние на продолжение терапии этими пациентами (18(100%) ( $p=,01220$ )). Крайне опасным для жизни свое заболевание считают 6(15,8%) пациентов частных клиник и 18(34,6%) пациентов государственных поликлиник. Заболевание вредит здоровью, но жить с ним не опасно – так ответили 8(21,1%) и 12(23,1%) пациентов соответственно. Для 6(11,5%) пациентов государственных поликлиник заболевание только иногда может приносить нарушение самочувствия. Воздержались от ответа на данный вопрос 2(5,3%) пациента частных клиник.

Большинство пациентов поликлиник (43(82,7%)) и частных клиник (15(78,9%)) считают, что если лечить их заболевание, то возможно существенное улучшение самочувствия и увеличение продолжительности жизни. Самочувствие может быть улучшено, но жизнь не продлить – так считают 4(10,5%) пациента в частных клиниках и 9(17,3%) в поликлиниках. 4(10,5%) пациента в частных клиниках – не ответили. Продолжают терапию 34(79,1%) пациентов государственных поликлиник, если уверены в эффективности терапии, т.е. если лечить, возможно существенное улучшение самочувствия и увеличение продолжительности жизни ( $p=0,03321$ ).

Единственным различием во взглядах на болезнь между пациентами с сердечно-сосудистой патологией, наблюдающихся в частных клиниках и государственных поликлиниках, является, то, что последние считают болезнь «образом жизни», а первые – достаточно опасным для жизни состоянием. Т. о., можно сказать, что пациенты государственных поликлиник находятся в фазе компенсаторных механизмов приспособления к жизни [28, 52, 59, 101], они более «больные» и увлеченные своей болезнью, для них она является образом жизни и мотивом к лечению для них является болезнь и плохое самочувствие. Пациенты же частных клиник в основном работоспособные люди и факт обращения к врачу для них это возможность получить эту

самую работоспособность и как следствие полноценную жизнь. Таким образом, они «не ушли в болезнь», и в настоящее время, скорее всего, переживают предмедицинскую фазу [28, 52, 59, 101].

#### 5.4. Получение информации о заболевании и приверженность к лечению

Отношение к информации у пациентов частных клиник и государственных поликлиник в большинстве случаев схожее (табл. 25), но последние значимо чаще не интересуются у врача как лечить свое заболевание.

Таблица 25

#### Отношение пациентов к информации о своем заболевании, n (%)

	Частные клиники (n=38)	Государственные поликлиники (n=52)	p-level
<b>Знания пациентов о болезни</b>			
«Знают ВСЕ»	8 (21,1)	22 (42,3)	p=0,1712
«Какие таблетки принять, куда обратиться»	10 (26,3)	18 (34,6)	
«Знают кое-что, но недостаточно»	10 (26,4)	10 (19,2)	
«Не знают ничего»	4 (10,5)	2 (3,8)	
Не ответили	6 (15,8)	0	
<b>Источник получения информации</b>			
Врач	30 (78,9)	42 (75)	p=0,1881
Газеты и журналы	4 (7,1)	0 (0)	
Теле- и радиопередачи	7 (12,5)	0 (0)	
Интернет	2 (5,3)	2 (3,6)	
Не ответили	6 (15,8)	2 (3,6)	
<b>Желание знать всю правду о своей болезни</b>			
Да, без исключений	26 (68,4)	32 (61,5)	p=0,2772
Только не диагноз неизлечимой болезни	2 (5,3)	8 (15,4)	
Нет, врач знает, что надо сказать	6 (15,8)	12 (23,1)	
Не ответили	4 (10,5)	0	
<b>Интересуются ли пациенты у своего врача о своем заболевании?</b>			
<b>От чего возникает?</b> Да	24 (63,2)	26 (50)	p=0,4862
Нет	12 (31,6)	18 (34,6)	
Не ответили	2 (5,3)	8 (15,4)	
<b>Как лучше лечить?</b> Да	30 (78,9)	32 (61,5)	p=0,0486
Нет	6 (15,8)	18 (34,6)	
Не ответили	2 (5,3)	2 (3,8)	
<b>Возможны ли опасные осложнения?</b> Да	18 (47,4)	26 (50)	p=0,8399
Нет	10 (26,3)	16 (30,8)	
Не ответили	10 (26,3)	10 (19,2)	

<b>Может ли привести к смерти? Да</b>	18 (47,4)	28 (53,8)	p=0,5154
Нет	14 (36,8)	16 (30,8)	
Не ответили	6 (15,8)	8 (15,4)	
<b>Какие есть еще возможности лечения в Саратове? Да</b>	20 (52,6)	26 (50)	p=0,5094
Нет	10 (26,3)	18 (34,6)	
Не ответили	10 (26,3)	8 (15,4)	
<b>Какие есть еще возможности лечения в других городах, в других странах? Да</b>	16 (42,1)	24 (46,2)	p=0,7204
Нет	10 (26,3)	18 (34,6)	
Не ответили	12 (31,6)	10 (19,2)	

С продолжением терапии из всего перечисленного была выявлена статистическая тенденция только со следующими вариантами ответов респондентов государственных поликлиник: 18(81,8%) ответивших, что знают «Все» о своем заболевании ( $p=0,06143$ ), 28(66,7%) опрошенных ( $p=0,05429$ ), для которых основным источником информации является врач, 27(84,4%) респондентов, желающих знать всю правду о своем заболевании ( $p=,05560$ ). Достоверных взаимосвязей между продолжением длительного лечения пациентами частных клиник и отношением к информации о заболевании не выявлено.

## **5.5. Взаимоотношения с врачом, участие в принятии медицинского решения и приверженность к лечению**

### *Взаимоотношения с врачом*

Различий во взглядах пациентов на взаимоотношения с лечащим врачом выявлено не было ( $p=0,5464$ ). Большинство участвующих пациентов оценивают свои взаимоотношения с врачом как сотрудничество: 22(57,9%) пациента в частных клиник и 34(65,4%) пациентов в государственных поликлиниках. Остальные пациенты оценили свои взаимоотношения как дружеские [6(15,8%) и 6(11,5%), соответственно] и официальные [4(10,5%) и 4(7,7%), соответственно]. Только 2(3,8%) пациента государственных поликлиник считают, что их взаимоотношения с врачом – это равнодушие и «халтура» со стороны врача. Не ответили 4(10,5%) пациента частных клиник и 4(7,7%) пациента государственных поликлиник. По 4(10,5%) пациента из

каждой изучаемой группы оценивают свои взаимоотношения с врачом и как сотрудничество и как дружеские. Оценка пациентами своего взаимоотношения с врачом в данном опросе не повлияла на выполнение рекомендаций пациентами государственных поликлиник и частных клиник.

#### *Принятие медицинского решения*

Хотят участвовать в принятии медицинского решения о лечении совместно с врачом большинство пациентов и частных клиник [68,4% (n=26)], и государственных поликлиник [65,4% (n=34)]. При этом значимо большее число пациентов государственных поликлиник предпочитают, чтобы решение за них принимал врач: 18(34,6%) человек против 4(10,5%) в частных клиниках ( $p=0,0009$ ). Выявлена статистическая тенденция, что респонденты поликлиник продолжают терапию, если хотят, чтобы врач советовался с ними при принятии медицинского решения (22(64,7%) человек,  $p=0,06143$ ).

Все пациенты утверждают, что здоровье – это их собственная забота, лишь малая доля участников перекладывает эту заботу на врачей и родственников. При этом из их же ответов следует, что активность в процессе своего лечения они не проявляют. С одной стороны, они хотят знать правду о своем заболевании без исключений, и чтобы врач советовался с ними при принятии медицинского решения. С другой стороны, основную информацию о своем заболевании пациенты, как в частных клиниках, так и в поликлиниках получают от врача, и целенаправленно задают вопросы в лучшем случае только половина пациентов, при этом пациенты государственных поликлиник значимо чаще не интересуются о лечении своего заболевания. Здесь возникает целый ряд вопросов: честны ли в своих ответах пациенты, что именно они вкладывают в понятия ответственность за здоровье, сотрудничество с врачом, принятие медицинского решения, осознают ли они, что их ответы трудно сопоставимы между собой? Так, например, абсолютное большинство пациентов расценивают свои взаимоотношения с врачом как сотрудничество. Но сотрудничество



предполагает взаимодействие сторон, а со стороны опрошенных нами пациентов получается, что связь в большей мере односторонняя: ответственность за все несет врач, владение информацией у пациентов минимальное, и, хотя они утверждают, что хотят принимать участие в медицинских решениях, по факту, они не проявляют никакой активности в этом направлении. Пациенты абсолютно доверяют своему врачу, и на этом их активное участие в лечении заканчивается.

### **5.6. Взаимосвязь между выбором места лечения и приверженностью к длительной терапии**

Предпочтение лечиться именно там, где они лечатся, т.е. в частных клиниках отметили 16(42,1%) пациентов этих учреждений. Из пациентов государственных поликлиник 50% (n=26) отдают свое предпочтение стационарам и только 16(30,8%) желают проходить лечение в поликлинике (т.е. там, где они его уже непосредственно проходят) (p=0,0001). Предпочтение пациентов государственных поликлиник лечиться в стационарах оказывает положительное влияние на длительность терапии (17(70,8%), n= 24, p=0,04447).

Факторы, влияющие на выбор лечебного учреждения, предложенные в качестве ответа на вопрос о выборе места лечения продемонстрированы в табл. 26.

При ответе на данный вопрос пациенты могли выбрать от одного до 3 утверждений из представленных 8. Можно отметить, что и в государственных поликлиниках и частных лечебных учреждениях, большинство пациентов волнуют в первую очередь доверие [«Я больше доверяю врачам в этом учреждении» так ответили 18(42,9%) пациентов в частных клиниках и 24(57,1%) в государственных поликлиниках] и профессионализм врача [«В нем работают профессионалы более высокого уровня» (18(50%) и 18(50%) соответственно)]. Интересно, что пациентам, выбравшим поликлинику в качестве места своего лечения это «удобнее,

быстрее и проще» (26(50%) респондентов против 8(23,5%),  $p=0,02340$ ). Остальные ответы были выбраны опрошенными приблизительно в равном соотношении: «В этом учреждении отношение со стороны персонала к пациентам лучше» выбрали 14(53,8%) пациентов частных клиник и 12(46,2%) поликлиник, «В учреждении комфортные условия» 6(42,9%) и 8(57,2%), «Учреждение лучше оснащено» 8(50%) и 8(50%), «Получение льготных услуг». Такой ответ как «Получение льготных услуг» выбрало только 2(100%) респондента в поликлинике. Такой фактор выбора как «Необходимость официального больничного листа» не был выбран ни одним из опрошенных пациентов. 6(15,8%) пациентов частных клиник не ответили на данный вопрос

Пациенты поликлинической службы отмечают удобство и простоту в лечении их сердечно-сосудистой патологии, что и повлияло на выбор ими лечебного учреждения. Это вызывает некоторое недоумение, поскольку чаще всего пациенты более критично относятся к поликлинической службе [10, 18, 22]. Почему пациенты в нашем опросе так считают, объяснить достаточно сложно. Возможно, ответ кроется в понимании того, что «удобнее» в данном случае для пациентов: записаться на прием к врачу, отстоять в очереди, получить талоны на обследования, но традиционным образом обратиться в обычную поликлинику, и ни о чем больше не думать. Или же им «проще» не принимать решений: не выбирать врача, клинику, и тем более не отдавать деньги за возможность этого выбора? Стоит отметить, что факт получения льготных услуг и необходимость официального больничного листа не влияют на выбор пациентами места своего лечения, что также вызывает много вопросов. Именно пациенты частных клиник с сердечно-сосудистой патологией делают акцент на доверие к врачу и его профессионализме, а также достаточное количество времени на беседу и осмотр. Это вполне закономерно: если человек платит за оказание медицинской помощи, то он и заинтересован в ее качестве и в индивидуальном подходе.

Выявлена взаимосвязь между продолжением терапии пациентами поликлиник и «профессионализмом» врачей, в то же время отношение со стороны медицинского персонала поликлиники ассоциировано с прекращением терапии (табл. 26).

**Таблица 26**

**Факторы, влияющие на выбор лечебного учреждения и приверженность к лечению**

Факторы	Частные клиники (n=38)		Поликлиники (n=52)	
	Продолжают терапию	Прекращают терапию	Продолжают терапию	Прекращают терапию
«Я больше доверяю врачам в этом учреждении»	8(44,4%)	10(55,6%)	14(58,3%)	10(41,7%)
«В нем работают профессионалы более высокого уровня»	12(66,7%)	6(33,3%)	14(77,8%)*	4(22,2%)
«Это удобнее, быстрее, проще»	4(50%)	4(50%)	14(53,8%)	12(46,2%)
«В этом учреждении отношение со стороны персонала к пациентам лучше»	8(57,1%)	6(42,9%)	4(33,3%)	8(66,7%)*
«В учреждении комфортные условия»	4(66,7%)	14(53,9%)	4(50%)	4(50%)
«Учреждение лучше оснащено»	4(50%)	4(50%)	4(50%)	4(50%)
«Получение льготных услуг»	0	0	0	2(100%)
«Необходимость больничного листа»	0	0	0	0

Примечание: \* -  $p < 0,05$

**5.7. Факторы, значимые при принятии решения о длительной постоянной терапии (по мнению пациентов)**

Респондентам были предложены 11 факторов, которые могли бы по их собственному мнению повлиять на принятие ими решения о длительной, постоянной терапии (табл. 27). Пациентам можно было выбрать от одного до трёх, из числа предложенных вариантов ответов.

Для пациентов частных клиник наиболее значимыми факторами для принятия решения о длительной постоянной терапии являются доверие к врачу ( $p=0,00110$ ), достаточное количество времени на беседу и осмотр ( $p=0,00130$ ), профессионализм врача ( $p=0,00001$ ). Для пациентов поликлиник достоверно значимым фактором является увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов ( $p=0,00653$ ).

Однако на реальную приверженность влияют не все перечисленные факторы.

**Таблица 27**

**Факторы, влияющие на принятие решения о постоянной длительной терапии и приверженность к лечению пациентов амбулаторного звена**

Факторы	Частные клиники (n=38)		Поликлиники (n=52)	
	Продолжают терапию	Прекращают терапию	Продолжают терапию	Прекращают терапию
Доверие к врачу	14(58,3%)	10(41,7%)	10(55,6%)	8(44,4%)
Постоянное наблюдение, контроль	6(75%)**	2(25%)	4(40%)	6(60%)
Уважительное отношение	8(66,7%)**	4(33,3%)	6(60%)	4(40%)
Достаточное количество времени на беседу и осмотр	6(50%)	6(50%)	2(50%)	2(50%)
Хорошее взаимоотношение с врачом	4(50%)	4(50%)	6(75%)	2(25%)
Профессионализм врача	14(58,3%)	10(41,7%)	8(100%)*	0
Улучшение самочувствия во время терапии	4(40%)	6(60%)	16(72,7%)	6(27,3%)
Ухудшение самочувствия без лечения	0	2(100%)**	2(50%)	2(50%)
Наличие угрожающего жизни заболевания	0	0	2(100%)	0
Увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов	0	0	10(100%)*	0
Наличие материальной возможности для лечения	2(50%)	2(50%)	4(100%)*	0

Примечание: \* -  $p < 0,05$

Взаимосвязи между мнением пациента о факторах, влияющих на принятие решение о постоянной длительной терапии и реальной приверженностью этих пациентов представлена в табл. 27.

Принятие решения о постоянной длительной терапии и продолжение терапии у пациентов государственных поликлиник ассоциируется с профессионализмом врача ( $p=0,01506$ ), увеличением продолжительности жизни на фоне приема препаратов ( $p=0,01863$ ), наличие материальной возможности для лечения ( $p=0,4313$ ). Имеется статистическая тенденция, что постоянное наблюдение ( $p=0,06630$ ) и уважительное отношение со стороны медицинского персонала ( $p=0,08865$ ) являются факторами, обуславливающими постоянство терапии для пациентов частных клиник.

#### **5.8. Моделирование ситуации, позволяющей полностью следовать врачебным назначениям**

Основываясь на результатах уже упомянутого нами фокусированного интервью пациентов, были описаны 2 возможные модели общения пациента с лечащим врачом, которые по мнению пациентов ФГ должны способствовать высокой приверженности пациентов к лечению. Первая – «Вы абсолютно доверяете своему врачу (он профессионал), он постоянно Вас наблюдает, лечит, приглашает на осмотры, у Вас с ним комфортные для Вас взаимоотношения», и вторая – «Вы доверяете своему врачу, но Вы с ним всё обсуждаете и все решения о Вашем лечении Вы принимаете вместе, Вы осознанно следуете его рекомендациям, посещаете лишь по необходимости». Пациентам предлагалось выбрать, ту модель общения, которая уже, по их мнению, будет ассоциироваться с высокой степенью выполнения врачебных рекомендаций.

Первую модель общения выбрали 10(26,3%) пациентов частных клиник и 22(42,3%) пациента поликлиник, вторую 12(31,6%) пациентов частных клиник и 26(50%) поликлиник. Несмотря на то, что данный вопрос предполагал выбрать одну из представленных моделей, обе модели общения

с врачом выбрали 5(13,1%) пациентов в частных лечебных учреждениях и 1(1,9%) в поликлиниках. 3(7,8%) частных клиник не ответили. Таким образом, среди ответивших, и в поликлиниках, и в частных клиниках, пациенты разделились приблизительно поровну. Можно отметить, что большее число пациентов частных клиник затруднились с ответом или выбрали оба варианта.

Большинство пациентов устраивает именно условная «модель общения №1», когда пациент абсолютно доверяет своему врачу, и на этом его активное участие в лечении заканчивается. Влияния на продолжение терапии предложенные модели общения не оказали.

#### **5.9. Мотивация к лечению пациентов в частных клиниках и поликлиниках**

Вопрос мотивации к лечению в опроснике стоял завершающим и подытоживал рассуждения респондентов. Он был открытым, пациенты могли сами сформулировать и написать свой вариант. Интересно, что, несмотря на это, пациенты частных клиник указали практически идентичные ответы, такие как, «Жить и работать» – 8(16,7%) респондентов, «Семья» – 4(10,5%), а пациенты поликлиник «Болезнь» – 12(23,1%) больных, «Улучшение самочувствия на фоне терапии» – 12(23,1%), «Увеличение продолжительности жизни на фоне терапии» – 2(3,8%), «Нужда» – 2(3,8%). Приблизительно в одинаковом проценте случаев пациентами обеих групп были отмечены «Плохое самочувствие» (4(10,5%) для пациентов частных клиник и 4(7,7%) для пациентов поликлиник), «Ухудшение самочувствия без лечения» (4(10,5%) и 6(11,5%) соответственно), «Быть здоровым» (4(10,5%) и 4(7,7%). 14(36,8%) респондентов в частных клиниках и 10(19,2%) в поликлиниках не ответили на данный вопрос.

При проведении одномерного непараметрического анализа выявлено, что значимой мотивацией к лечению пациентов частных клиник является работоспособность ( $p=0,00094$ ), для пациентов поликлиник болезнь

( $p=0,00541$ ) и улучшение самочувствия на фоне терапии ( $p=0,00541$ ). При этом выявлена взаимосвязь между сформулированной пациентами поликлиники мотивацией к лечению «улучшение самочувствия на фоне терапии» и приверженностью длительной терапии ( $p=0,04309$ ).

## **Резюме**

Имеются существенные отличия между пациентами поликлиник и частных клиник. Пациенты частных лечебных учреждений более активны, молоды, нацелены на продолжение жизни, чаще имеют высшее образование, 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.

Пациенты частных клиник с ССЗ делают акцент на доверие к врачу, и его профессионализме, а также достаточное количество времени на беседу и осмотр. Для пациентов поликлиник достоверно значимым фактором является увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов.

Недостаточное взаимопонимание со стороны медицинского персонала поликлиники ассоциировано с прекращением терапии.

Для всех пациентов характерна патерналистическая модель общения с врачом и важен его профессионализм. Большинство опрошенных считает здоровье собственной заботой, они хотят знать правду о своем заболевании и участвовать в принятии медицинского решения. Однако, чаще всего они не интересуются лечением, абсолютно доверяя врачу, и на этом их активное участие заканчивается. Особенно ярко это проявляется среди пациентов государственных поликлиник.

Большая часть обследуемых в поликлинике считает, что принимать назначенные препараты нужно постоянно. Остальная часть считает, что лечиться можно курсами и по потребности.

89,3% пациентов, считающих, что препараты необходимо принимать постоянно, на самом деле принимают их постоянно и, наоборот 94,1%, считающих правильной курсовую терапию и терапию по потребности, на самом деле так и лечатся.

Пациенты обоих учреждений, принимающие препараты «когда совсем прижмет» и курсами достоверно чаще прекращали назначенную терапию. Можно предположить, что пациенты достаточно честно отвечали на поставленные вопросы.

Предпочтение лечиться именно там, где они лечатся, т.е. в частных клиниках отметили 42,1% пациентов этих учреждений. Из пациентов государственных поликлиник 50% отдают свое предпочтение стационарам и только 30,8% желают проходить лечение в поликлинике (т.е. там, где они его проходят). Предпочтение пациентов государственных поликлиник лечиться в стационарах ассоциировано с длительностью терапии.



## ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ИХ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ НА СТЕПЕНЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ РЕКОМЕНДАЦИЙ И РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Целью данного этапа работы было комплексное изучение влияния клинических, психоэмоциональных, социальных характеристик пациента и социальных, психоэмоциональных характеристик их лечащих врачей на приверженность пациента к длительному приему медикаментов после выписки из кардиологического стационара.

В опросе приняло участие 70 пациентов, медиана возраста составила 67 лет и 21 врач. Через 6 месяцев после выписки из стационара удалось связаться по телефону с 52(74,3%) пациентами, через 12 месяцев с 48(68,5%). В ходе телефонного опроса через 6 месяцев 10(19%) опрошенных заявили, что прекратили прием всех препаратов, рекомендованных при выписке, через 12 месяцев – 7(14%), продолжили терапию в полном объеме через 6 месяцев 28(54%) пациентов и 24(50%) через 12 месяцев (рис. 4). Остальные пациенты с различной частотой прекращали прием одного или нескольких лекарственных препаратов. Через 6 месяцев принимали препараты регулярно 30((52,7%), n=52) пациентов, через 12 – 32((66,6%, n=48)).

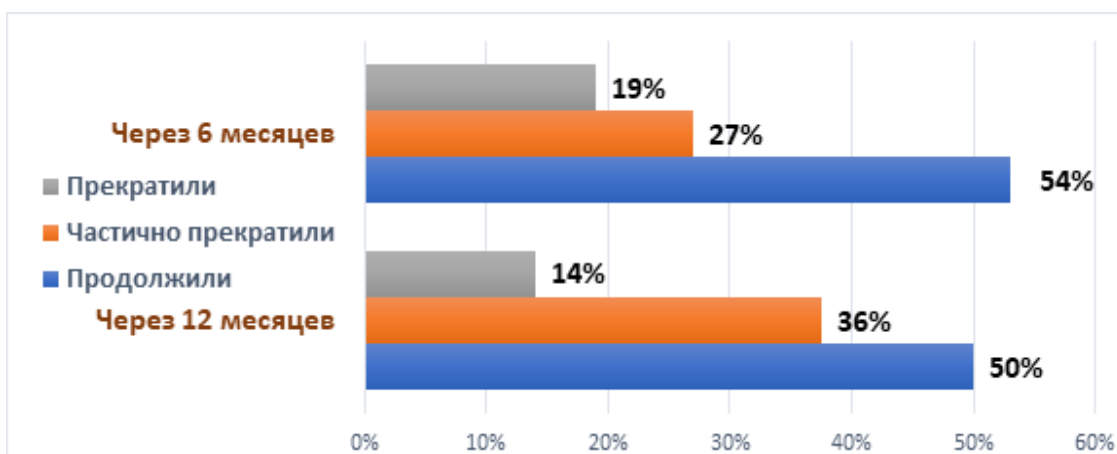


Рис. 4. Продолжение терапии после выписки из стационара

Сопоставление назначенной терапии и принимаемой через 6 и 12 месяцев представлено в табл. 28.

**Таблица 28**

**Назначения, сделанные пациентам при выписке из стационара, и продолжение терапии на амбулаторном этапе**

<i>При выписке назначены препараты</i>		<b>Принимают</b>	
		<b>Через 6 месяцев</b>	<b>Через 12 месяцев</b>
<b>n=70</b>		<b>n=52</b>	<b>n=48</b>
Дезагреганты	62 (88,6%)*	42 (66,7%) †	42 (67,7%) †
Статины	60 (85,7%)*	30 (50,0%) †	26 (43,3%) †
БАБ	54 (77,1%)*	34 (62,9%) †	40 (74,1%) †
ИАПФ/АРАП	66 (94,2%)*	38 (57,6%) †	11 (16,7%) †
Нитраты	22 (31,4%)*	16 (72,8%) †	10 (45,5%) †
БМКК	34 (48,6%)*	22 (64,7%) †	16 (47,1%) †
Антикоагулянты	4 (5,7%)*	4 (100%) †	4 (100%) †
Антиаритмики	8 (11,4%)*	2 (25%) †	10 (125%) †
Сердечные гликозиды	10 (14,3%)*	8 (80%) †	6 (60%) †
Диуретики	34 (48,6%)*	24 (70,6%) †	20 (58,8%) †

Примечание: \* - указаны число пациентов, которым был рекомендован данный класс препарата при выписке и их доля среди больных этой группы;

† - указаны число пациентов, принимающих данный класс препарата после выписки из стационара, и их доля среди больных, кому был рекомендован данный класс.

**6.1. Влияние клинических и социально-демографических характеристик пациентов на приверженность к лечению**

**6.1.1. Приверженность на момент опроса в стационаре**

На момент опроса в стационаре считали, что нужно принимать препараты постоянно – 46(65,7%) пациентов, курсами – 8(11,4%), по потребности – 6(8,6%), не ответили – 10(14,3%). Принимали на самом деле назначенные препараты постоянно 42(60%) пациента, курсами – 6(8,6%), иногда, когда «прижмет» – 8(11,4%), 2(2,8%) – ничего не назначали, 12(17,1%) пациентов не ответили. 40(57,1%) пациентов прекращали ранее назначенное лечение.

Мужчины (20(90,9%), n=22) чаще принимали назначенные препараты постоянно (p=0,01375), женщины (6(100%)) предпочитали курсовую терапию (p=0,04315). Пациенты, имеющие избыток массы тела (6(100%)), ранее не прекращали терапию (p=0,00310). Пациенты, поступившие в экстренном

порядке, считали, что нужно принимать препараты постоянно (46(92%), n=50, (p=0,00001), и с их слов так их и принимали (42(84%), n=50, (p=0,00001). Поступившие в плановом порядке – прекращали терапию на амбулаторном этапе (8(100%)) (p=0,00925).

Основные причины прекращения лекарственной терапии до госпитализации в кардиологический стационар в табл. 29.

**Таблица 29**

**Причины прекращения терапии пациентами до госпитализации**

<b>Причина прекращения терапии до госпитализации</b>	<b>Количество пациентов, n (%)</b>
Хорошо и без препарата	10 (14,3%)
Побочные эффекты	8 (11,4%)
Сложный и неудобный режим приема	2 (2,9%)
Материальное положение	2 (2,9%)
Более серьезные проблемы, чем болезнь	2 (2,9%)
Опасение нежелательных последствий лечения	2 (2,9%)
Препараты не улучшают самочувствия	8 (11,4%)
Не удобно посещать врача	2 (2,9%)
Препараты ухудшают самочувствие	8 (11,4%)

Пациенты с АГ (46(82,1%), n=56, (p=0,00484)) и ГК в анамнезе (44(84,6%), n=52 (p=,00332)) считали необходимым постоянный прием лекарственных препаратов. Пациенты с перенесенным ИМ (20(90,9%), n=22, (p=0,01375)) и СД в анамнезе (12(100%) (p=0,02319) с их слов принимали препараты постоянно. Терапию по потребности предпочитали 8(100%) пациентов, имеющих ХСН (p=0,04468). Пациенты с ФП (14(87,5%), n=16) ранее прекращали лечение (p=0,00521).

Пациенты с материальным доходом ниже среднего (30(93,7%), n=32) считали, что принимать лекарственные препараты необходимо постоянно (p=0,01989) и с их слов принимают их постоянно (28(87,5%), n=32) (p=0,02507)). Пациенты, тратящие на лечение 1,5-3 тысячи рублей в месяц (18(100%) и 3-5 тысячи рублей (12(100%) считают, что лечиться нужно на постоянной основе (p=0,00103) и с их слов так лечатся (p=0,00003), тратящие меньше 1,5 тысяч рублей – считают, что лечиться можно по потребности

98(100%) ( $p=0,01906$ ) и принимают препараты когда «прижмет» (8(100%) ( $p=0,01906$ ) и курсами 6(100%) ( $p=0,02350$ ) и в большинстве случаев (82,3%) прекращали ранее назначенное лечение ( $p=0,00020$ ).

Не приходилось использовать денежные средства при обследовании 50(71,4%) пациентам, приходилось использовать, но очень редко – 2(2,9%) пациентам, приходилось, но иногда – 8(11,4%) пациентам. 8(11,4%) пациентов не ответили на данный вопрос, 2(2,9%) – затруднились ответить.

Пациенты, являющиеся инвалидами по стоянию здоровья, считали, что принимать препараты нужно постоянно (12(100%)) ( $p=0,02319$ ) и с их слов принимали их постоянно (12(100%)) ( $p=0,03192$ ). Пациенты со средним образованием (16(80%),  $n=20$ ) и с двумя высшими (4(100%)) достоверно чаще прекращали терапию ( $p=0,04114$ ).

Пациенты, не знающие иностранных языков (40(86,9%),  $n=46$ ), чаще считали, что лечиться нужно постоянно ( $p=0,00379$ ) и так и лечились с их слов (38(82,6%,  $n=46$ )  $p=0,00009$ ). Пациенты, бывающие за границей пару раз, чаще с их слов принимали терапию постоянно (16(88,9%),  $n=18$ ) ( $p=0,00017$ ).

### ***6.1.2. Приверженность через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара***

Во время телефонного опроса пациентов были выявлены: основные причины продолжения/прекращения терапии, наличие пропусков в приеме лекарственных препаратов и их частота, частые побочные эффекты терапии.

*Причины продолжения терапии:* «поддержание здоровья» указали 32(61,5%) пациентов через 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара и 26(54,1%) через 12 месяцев, «уменьшение проявлений симптомов заболевания» отметили 10(19,2%) и 6(12,5%) соответственно.

*Причины прекращения терапии,* которые указали пациенты: «Препараты не помогают» – 4(7,6%) респондента через 6 месяцев и

10(20,8%) через 12 месяцев, «Хорошее самочувствие» – 4(7,6%) и 6(12,5%), «Препараты вредны для ЖКТ» – 2(3,8%) и 2(4,2%).

*Регулярность терапии:* 18(34,6%) опрошенных через 6 месяцев и 16(33,3%) через 12 месяцев сообщили, что пропускали прием тех или иных лекарственных препаратов. Наиболее частыми причинами пропуска в приеме препаратов явились забывчивость для 14 пациентов через 6 (26,9% респондентов), так и 12 (29,1%) месяцев соответственно, отдых от приема для 4(7,6%) пациентов через 6 и 2(4,7%) – через 12 месяцев.

*Побочные эффекты* выявлены у 8(15,3%) пациентов через 6 месяцев и у 2(4,7%) через 12 месяцев после выписки из стационара. Основные побочные, описанные пациентами, это синдром диспепсии на фоне приема антиагрегантов и статинов и развитие брадикардии на фоне приема сердечных гликозидов.

Влияние клинико-демографических характеристик пациентов на длительное продолжение терапии после выписки из кардиологического стационара представлено в табл. 30.

**Таблица 30**

**Влияние клинико-демографических характеристик пациентов на приверженность после выписки из стационара**

Параметр	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Продолжили	Прекратили	Продолжили	Прекратили
<i>Пол</i>				
Мужчины	14(58,3%)	10(41,7%)	14(63,6%)*	8(36,4%)
Женщины	14(50%)	14(50%)	10(38,5%)	16(61,5%)
<i>Возраст</i>				
Мужчины <60 лет, женщины <55 лет	4(66,7%)	2(33,3%)	2(33,3%)	4(66,7%)
Мужчины ≥ 60 лет, женщины ≥ 55 лет	24(52,1%)	22(47,9%)	22(52,4%)	20(47,6%)
<i>Порядок поступления</i>				
В экстренном порядке	28(60,9%)	18(39,1%)	22(52,4%)	20(47,6%)
В плановом порядке	0	6(100%)*	2(33,3%)	4(66,7%)
<i>Количество госпитализаций в текущем году</i>				
Впервые	18(52,9%)	16(47,1%)	14(43,7%)	18(56,3%)
Повторно	10(55,6%)	8(44,4%)	10(62,5%)	6(37,5%)
<i>Заболевания и факторы риска</i>				
АГ	13(54,1%)	11(45,9%)	11(50%)	11(50%)

ГК	24(54,5%)	20(44,5%)	20(50%)	20(50%)
Стенокардия напряжения I-III ФК	20(50%)	20(50%)	22(61,1%)*	14(38,9%)
НС	16(57,1%)	12(42,9%)	18(75%)*	6(25%)
ИМ	14(77,8%)*	4(22,2%)	14(77,8%)*	4(22,2%)
ХСН (I-III ФК NYHA)	22(55%)	18(45%)	20(55,6%)	16(44,4%)
Нарушения ритма	18(75%)*	6(25%)	16 (72,7%)*	6(27,3%)
ФП	12(85,7%)*	2(14,3%)	10(83,3%)*	2(16,7%)
Инсульт	2(20%)	8(80%)*	4(40%)	6(60%)
СД	6(75%)	2(25%)	4(50%)	4(50%)
Предожирение	8(66,7%)	4(33,3%)	4(100%)*	0
Курение	8(66,7%)	4(33,3%)	8(80%)*	2(20%)
<i>Лабораторно-инструментальные данные</i>				
ОХС > 4 ммоль/л	18(50%)	18(50%)	18(52,9%)	16(47,1%)
ЛПНП > = 1,5 ммоль/л	12(37,5%)	20(62,5%)	14(46,7%)	16(53,3%)
ЛПВП (мужчины <1, женщины <1,2 ммоль/л)	18(47,5%)	20(52,6%)	16(47,1%)	18(52,9%)
ТГ > =1,7 ммоль/л	4(22,2%)	14(77,8%)*	4(22,2%)	14(77,8%)*
Глюкоза натощак <6,1 ммоль/л	22(55%)	20(45%)	20(55,6%)	16(44,4%)
Глюкоза натощак 6,1-7,0 ммоль/л	6(75%)*	2(25%)	4(50%)	4(50%)
Глюкоза натощак > 7,0 ммоль/л	0	4(100%)*	0	4(100%)
ХБП 3 стадии (СКФ <60 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> )	9(69,3%)	4(30,7%)	6(50%)	6(50%)
ГЛЖ (ИММЛЖ ≥125 г/м <sup>2</sup> для мужчин и ≥110 г/м <sup>2</sup> для женщин)	6(33,3%)	12(66,7%)	4(22,2%)	14(77,8%)*
ФВ низкая (<40%)	4(66,7%)	2(33,3%)	4(66,7%)	2(33,3%)
ФВ промежуточная (40- 49%)	4(50%)	4(50%)	6(75%)	2(2%)
ФВ сохранная (50 и >%)	20(52,6%)	18(47,4%)	14(41,1%)	20(58,9%)

Примечание \* -  $p < 0.05$

Перенесенный ИМ, нарушения ритма, ФП на момент проведения опроса – факторы, ассоциированные с продолжением терапии как через 6, так и через 12 месяцев ( $p < 0,05$ ). На продолжение терапии через 6 месяцев после выписки повлияли нарушенная толерантность к углеводам на момент проведения опроса ( $p = 0,04669$ ), через 12 месяцев – мужской пол ( $p = 0,08220$ ), избыток массы тела ( $p = 0,03672$ ) поступление в стационар по поводу НС ( $p = 0,00053$ ) и анамнез курения ( $p = 0,03297$ ).

Наличие гипергликемии натощак  $> 7$  ммоль/л ( $p = 0,07660$ ), гипертриглицеридемия ( $p = 0,00287$ ), выявленная ГЛЖ ( $p = 0,00323$ ),

перенесенный инсульт ассоциировались с прекращением терапии (p=0,00287).

Влияние социальных характеристик пациентов на длительное продолжение терапии представлено в табл. 31

**Таблица 31**

**Влияние социальных характеристик пациентов**

Параметр	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Продолжили	Прекратили	Продолжили	Прекратили
<i>Образование</i>				
Среднее	8(50%)	8(50%)	4(33,3%)	8(66,7%)
Специальное	8(100%)*	0	4(50%)	4(50%)
Высшее	10(45,4%)	12(54,6%)	14(63,6%)	8(36,4%)
2 высших	0	2(100%)	0	2(100%)
<i>Профессия</i>				
Умственного труда	14(58,3%)	10(41,7%)	18(75%)*	6(25%)
Физического труда	10(53,6%)	8(44,4%)	6(42,9%)	8(57,1%)
<i>Социальная категория</i>				
работающий	2(50%)	2(50%)	0	4(100%)*
работающий пенсионер	2(100%)	0	2(100%)	0
пенсионер	24(54,5%)	20(45,5%)	22(55%)	18(45%)
инвалид	8(80%)*	2(20%)	8(80%)*	2(20%)
<i>Материальный доход (по мнению самого пациента)</i>				
Ниже среднего	10(45,4%)	12(55,6%)	12(50%)	12(50%)
Средний	18(69,2%)	8(30,8%)	12(54,6%)	10(45,4%)
<i>Материальное положение / месячный доход на одного члена семьи</i>				
ниже 10 тысяч рублей	14(58,3%)	10(41,7%)	10(50%)	10(50%)
от 10 до 25 тысяч рублей	14(53,8%)	12(46,2%)	14(53,8%)	12(46,2%)
<i>Ежемесячная трата на лекарственные препараты</i>				
меньше 1,5 тыс.руб.	8(33,3%)	16(66,7%)*	8(33,3%)	16(66,7%)*
1,5-3 тыс.руб.	10(71,4%)*	4(28,6%)	10(83,3%)*	2(16,7%)
3-5 тыс.руб.	10(100%)*	0	6(75%)*	2(25%)
5-10 тыс.руб.	0	2(100%)*	0	2(100%)*
<i>Знание иностранных языков</i>				
Не знают	24(66,7%)	12(33,3%)	20(62,5%)	12(37,5%)
Знают один	12(33,3%)	4(66,7%)	2(33,3%)	4(66,7%)
Знают несколько языков	0	4(100%)*	2(50%)	2(50%)
<i>Доводилось бывать за границей</i>				
Нет	12(50%)	12(50%)	10(41,7%)	14(58,3%)
Да, пару раз	16(80%)*	4(20%)	12(66,7%)	6(33,3%)
5-10 раз	0	2(100%)	2(100%)	0

Примечание \* - p < 0.05

Социальные факторы, повлиявшие на продолжение терапии через 6 месяцев – среднее специальное образование (p=0,01929), поездки за границу

( $p=0,02843$ ); через 12 месяцев – профессия умственного труда ( $p=0,04755$ ). Такие факторы, как инвалидность и трата на лекарственные препараты 1,5-5 тысяч рублей – повлияли на длительность терапии и через 6, и через 12 месяцев ( $p<0,05$ ).

Факторы, ассоциирующие с прекращением терапии на протяжении всего периода наблюдения – трата на лечение  $<1,5-3$  и  $>5-10$  тысяч рублей в месяц ( $p<0,05$ ). Не знающие иностранного языка пациенты чаще прекращали лечение через 6 месяцев, работающие пациенты – через 12 месяцев.

Достоверных взаимосвязей с фактом использования личных денежных средств при обследовании пациентов и продолжением/прекращением терапии не выявлено ( $p>0,05$ ).

## 6.2. Влияние социально-демографических характеристик врача на приверженность к лечению после выписки из стационара

Пациенты врача, имеющего материальный доход ниже среднего, продолжали терапию через 6 месяцев на амбулаторном этапе, и наоборот, при высоком материальном положении врача, пациенты прекращали терапию ( $p=0,05034$ ) (рис. 5).

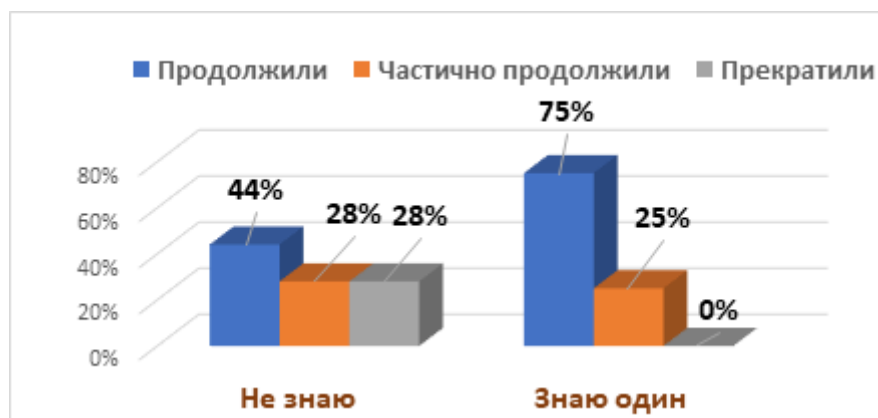


Рис. 5. Материальный доход врача и приверженность пациентов

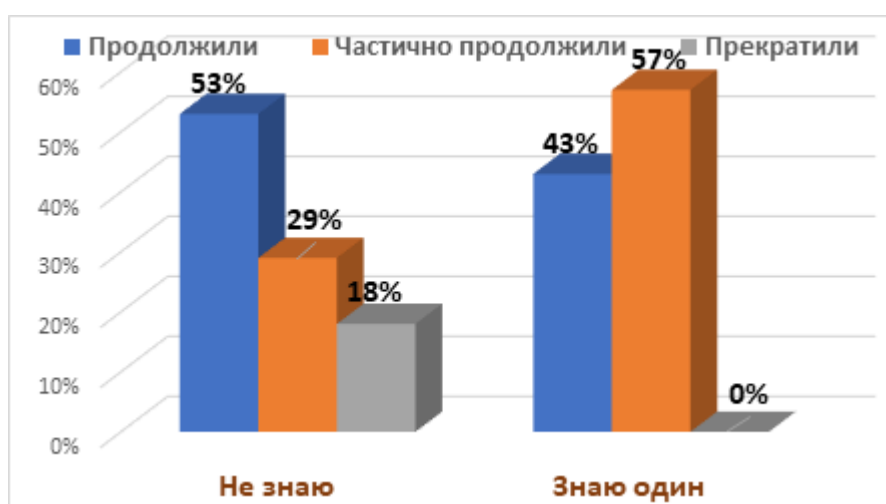


Знание врачом иностранных языков повлияло на продолжение терапии пациентов через 6 ( $p=0,05442$ ) и 12 месяцев после выписки из кардиологического стационара ( $p=0,09509$ ) (рис. 6, рис. 7).

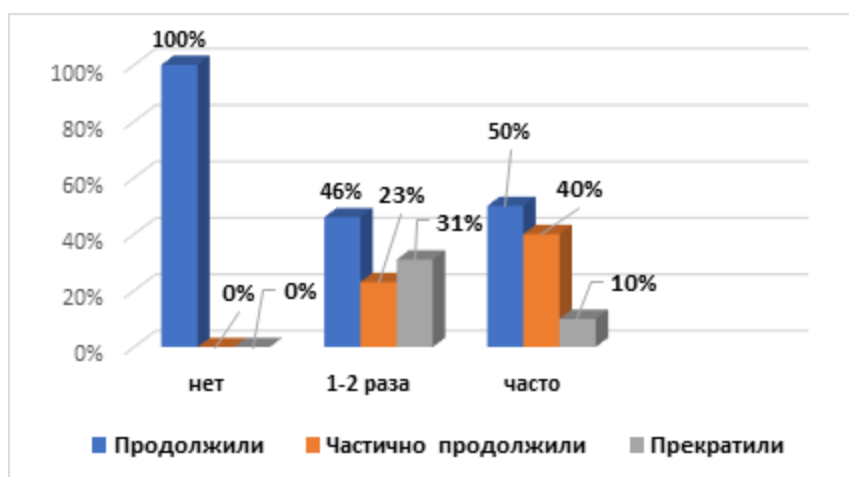
Пациенты достоверно чаще продолжили терапию через 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара, если их лечащий врач ни разу не бывал за границей ( $p=0,04808$ ) (рис. 8).



**Рис. 6. Знание врачом иностранных языков и продолжение терапии пациентом через 6 месяцев**



**Рис. 7. Знание врачом иностранных языков и продолжение терапии пациентом через 12 месяцев**



**Рис. 8. Поездки врача за границу и приверженность к лечению через 6 месяцев**

Других достоверно значимых взаимосвязей между социально-демографическими показателями лечащего врача и приверженностью пациентов не выявлено.

### **6.3. Влияние психологических характеристик пациента и его лечащего врача на приверженность лечению**

#### *Когнитивные нарушения*

У 36(51,4%) пациентов не выявлено когнитивных нарушений. Легкие и умеренные когнитивные нарушения (преддементные) выявлены у 26(37,1%) пациентов, деменция легкой степени выраженности выявлена у 4(5,7%), деменция умеренной степени выраженности выявлена у 2(2,9%). 2(2,9%) пациентов отказались заполнять опросник.

Практически у половины обследуемых выявлено нарушение когнитивных функций легкой и умеренной степени. Пациенты с когнитивными расстройствами принимают препараты нерегулярно.

Пациенты с преддементными расстройствами (6(75%)) на момент проведения опроса считали, что препараты нужно принимать по потребности, пациенты с легкой деменцией (2(100%)) считали, что препараты нужно принимать курсами ( $p=0,00008$ ) (рис. 9). Пациенты (4(100%)) с легкой деменцией прекращали ранее назначенное лечение

( $p=0,03955$ ). Основные причины прекращения терапии для пациентов с умеренной деменцией - «хорошо и без препарата» ( $p=0,01505$ ), «препараты ухудшают самочувствие» ( $p=,00490$ ). Других взаимосвязей не выявлено.



**Рис. 9. Когнитивные нарушения и приверженность**

#### *Мотивация достижения*

В мотивации достижения у 2(2,9%) обследуемых пациентов доминирует стремление к успеху, у 54(77,1%) доминирует стремление избегать неудачи. У 2(2,9%) никакого определенного вывода о доминировании друг над другом мотивации достижения успехов или избегания неудач сделать нельзя. 12(17,1%) пациентов не ответили на тест (рис. 10).



**Рис. 10. Мотивация достижения пациентов**

При доминировании стремления избегать неудачи 12(100%) считали, что препараты нужно принимать по потребности или курсами ( $p=0,02319$ ) и 16(100%) пациентов достоверно чаще принимали препараты непостоянно ( $p=0,03192$ ). Основные причины прекращения терапии для пациентов,

стремящихся избежать неудачу – ухудшение самочувствия на фоне лечения ( $p=0,00868$ ), для пациентов, у пациентов, стремящихся к успеху – побочные эффекты ( $p=0,00056$ ).

Стремление избежать неудачу у 20(52,6%) пациентов влияет на полное продолжение терапии, стремление к успеху у 2(100%) пациентов - на частичное продолжение через 6 месяцев после выписки из стационара ( $p=0,01899$ ) (рис. 11).

Все исследуемые врачи стремятся избежать неудачу. Взаимосвязей между мотивацией достижения врача и приверженностью пациентов к лечению не выявлено.



**Рис. 11. Мотивация достижения пациентов и продолжение терапии через 6 месяцев после выписки из стационара**

У большинства пациентов с сердечно-сосудистой патологией доминирует стремление избежать неудачи, что свидетельствует о потребности в преодолении препятствий. Стремление избежать неудачу - достоверно значимый фактор, влияющий на продолжение терапии.

#### *Уровень агрессии и враждебности*

Индекс агрессии (ИА), соответствующий норме, выявлен у 14(20%) пациентов и 5(23,8%) врачей, меньше нормы у 48(68,6%) пациентов и 15(71,4%) врачей, больше нормы у 2(2,9%) пациентов и 1(4,8%) врачей (рис. 12, рис. 13).



**Рис. 12. Уровень агрессии пациента**



**Рис. 13. Уровень агрессии врача**

Нормальный индекс враждебности (ИВ) выявлен у 54(77,1%) пациентов и 17(81%) врачей, больше нормы у 10(14,3%) пациентов и 4(19%) врачей. Не заполнили опросник 6(8,6%) пациентов (рис. 14, рис. 15).

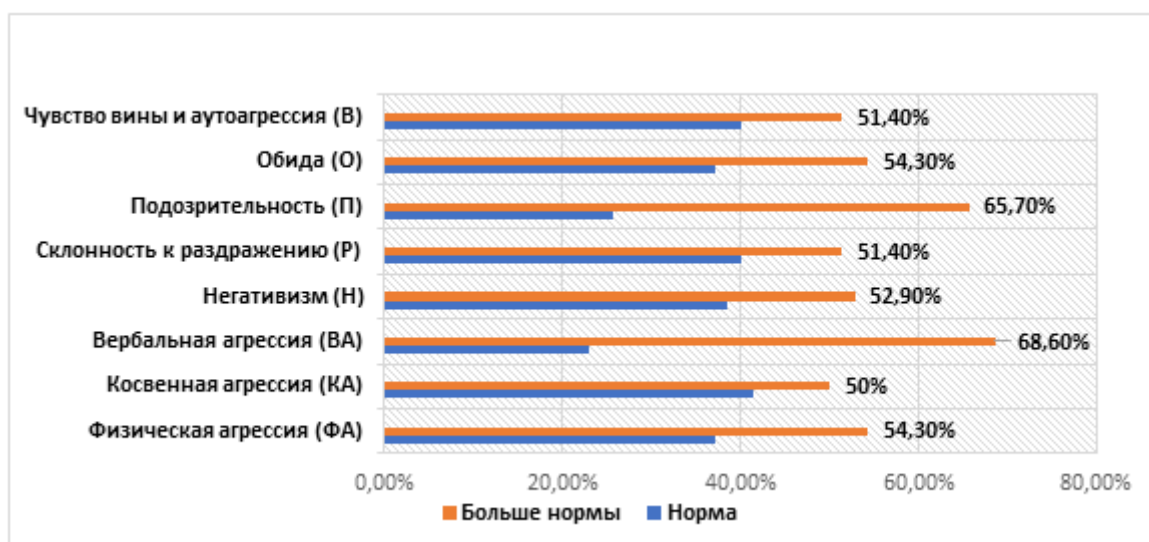


**Рис. 14. Уровень враждебности пациента**

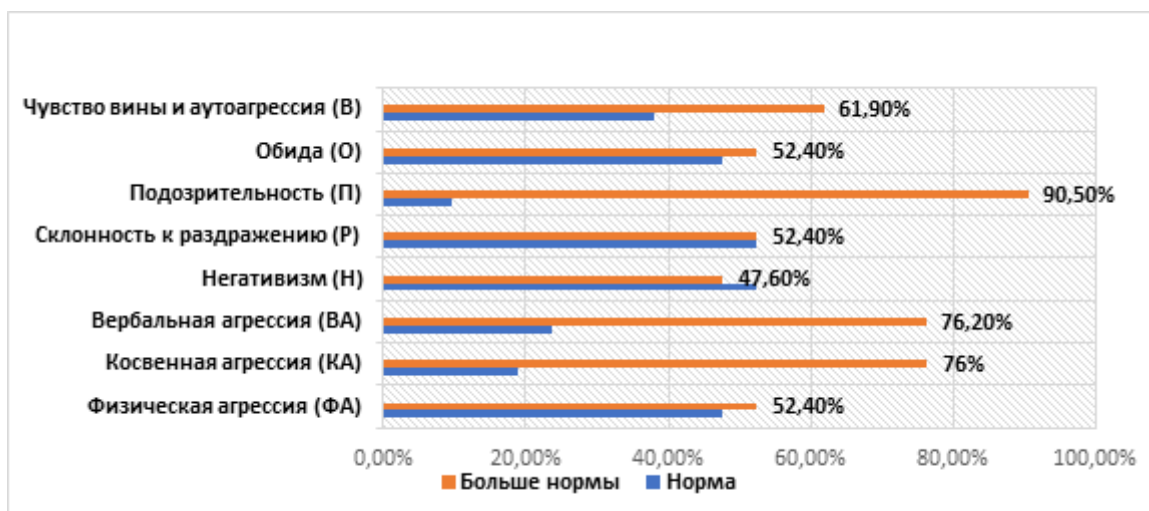


**Рис. 15. Уровень враждебности врача**

Проявления агрессивности и враждебности по отдельным типам реакций у пациентов и врачей представлены на рис. 16 и рис.17 соответственно.



**Рис. 16. Отдельные формы агрессивных и враждебных реакций пациентов**



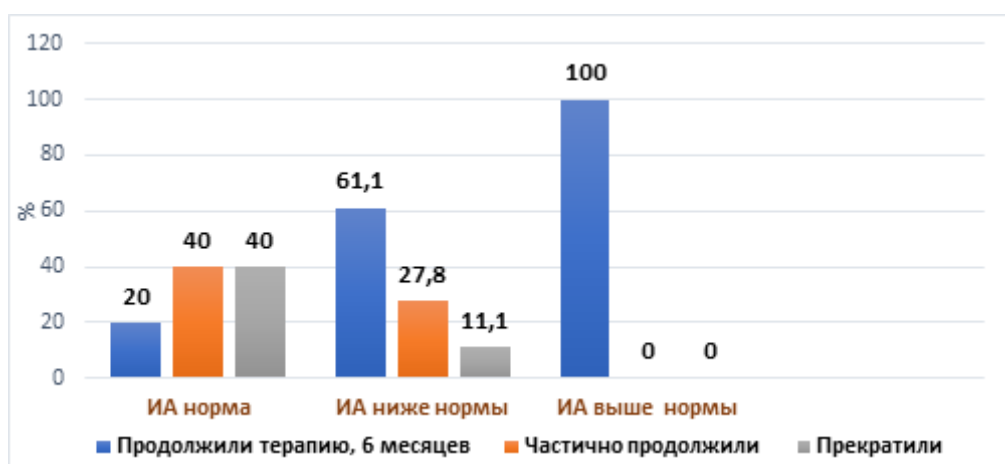
**Рис. 17. Отдельные формы агрессивных и враждебных реакций врачей**

Хотя суммарные индексы враждебности и агрессивности для большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их врачей соответствуют норме, больше, чем у половины опрошенных выявлены проявления агрессивности по отдельным типам реакций, что, несомненно, может сказываться на не только на взаимоотношениях в системе врач-пациент, но и на терапии в целом.

Пациенты с нормальным значением индекса агрессии с их слов чаще принимали препараты по потребности (6(75%)), с индексом агрессии меньше

нормы – постоянно (38(82,6%)) ( $p=0,00267$ ). Чаще прекращали лечение пациенты с нормальным индексом враждебности (38(95%)) ( $p=0,00251$ ). Пациенты, у которых косвенная агрессия, раздражительность (10(83,3%)) ( $p=0,01388$ ), обида (10(83,3%)) ( $p=0,05097$ ) больше нормы, принимали препараты непостоянно (по потребности и курсами).

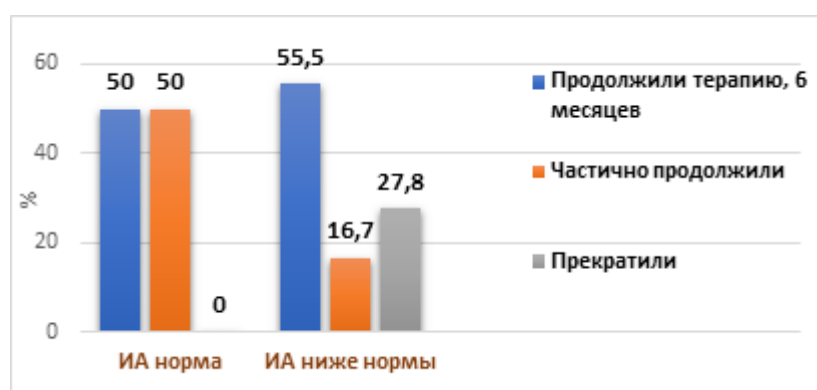
Имеется статистическая тенденция к продолжению терапии через 6 месяцев, если пациенты имеют высокую агрессивность ( $p=0,07407$ ) (рис. 18).



**Рис. 18. Уровень агрессивности пациента и продолжение терапии**

Пациенты врачей с нормальной агрессивностью продолжают терапию на амбулаторном этапе через 6 месяцев и прекращают ее при низком уровне агрессивности лечащего врача ( $p=0,01068$ ) (рис. 19).

Взаимосвязей между уровнем враждебности пациентов, врачей и приверженностью к терапии через 6 и 12 месяцев не выявлено.

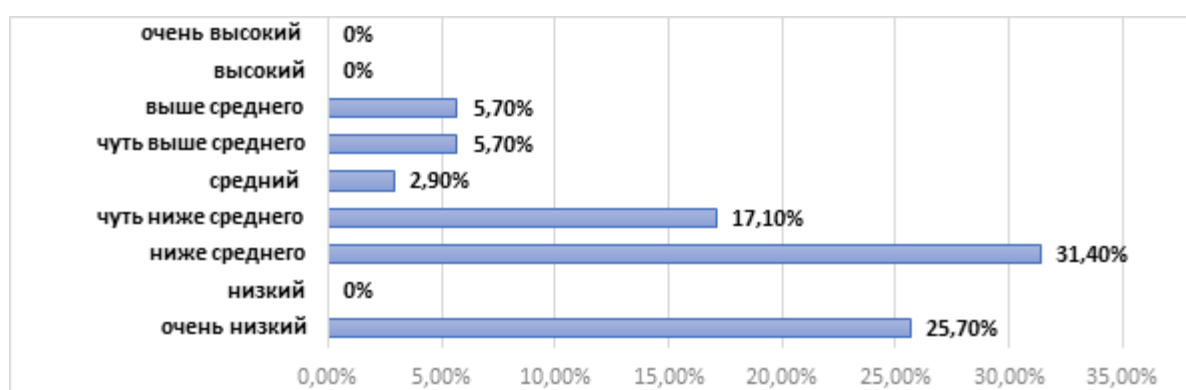


### Рис. 19. Уровень агрессии врача и приверженность пациента к лечению

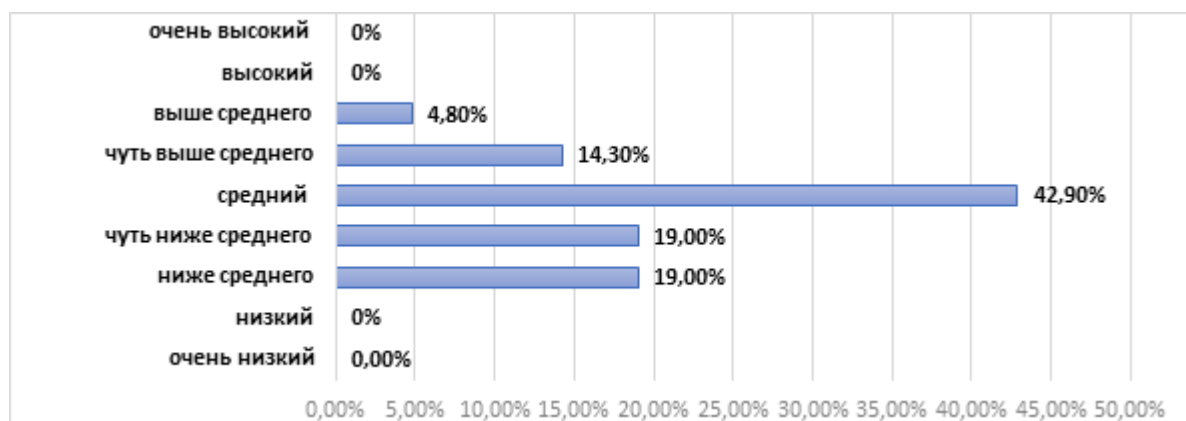
При проведении корреляционного анализа с использованием коэффициента Kendall tau взаимосвязей между продолжением терапии через 6 и 12 месяцев и отдельными формами агрессивных и враждебных реакцией пациента и врача не выявлено.

#### *Способность к саморазвитию*

По результатам тестирования мы определили уровни способностей к саморазвитию и самообразованию для пациента (рис. 20) и его врача (рис. 21)



**Рис. 20. Способность к саморазвитию у пациентов**



**Рис. 21. Способность к саморазвитию у врачей**

Максимальный процент пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показали по уровню 3 – ниже среднего, врачи по уровню 5 – средний, минимальный процент для пациентов по уровню 5 – средний, для врачей по уровню 3 – чуть выше среднего.

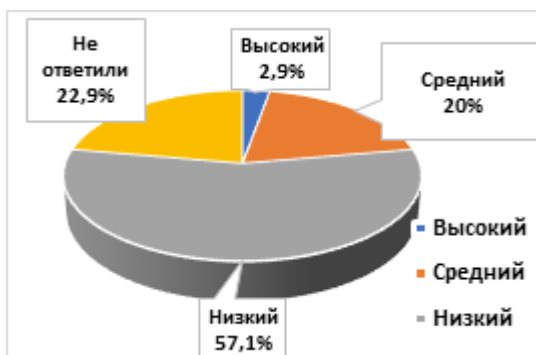


Очень низкий уровень способности к саморазвитию и самообразованию и уровень выше среднего у пациентов ассоциируется с прекращением терапии через 6 месяцев после выписки ( $p=0,01917$ ). Уровень саморазвития ниже среднего взаимосвязан с продолжением терапии через 12 месяцев ( $p=0,00070$ ).

В целом, можно отметить, что способность к саморазвитию и самообразованию у пациентов ниже среднего, что свидетельствует о нежелании развиваться и впитывать новую информацию, говорит о низкой целеустремленности и настойчивости и влияет на приверженность к терапии сердечно-сосудистых заболеваний: очень низкий уровень саморазвития и уровень выше среднего влияют на прекращении терапии пациентами.

#### *Уровень эмоционального интеллекта*

Интегративный уровень эмоционального интеллекта является низким для 40(57,1%) пациентов и 13(61,9%) врачей, средним – для 14(20%) и 7(33,3%), высоким для 2(2,9%) и 1(4,8%) соответственно (рис. 22, рис. 23). Не заполнили опросник 16(22,9%) пациентов.



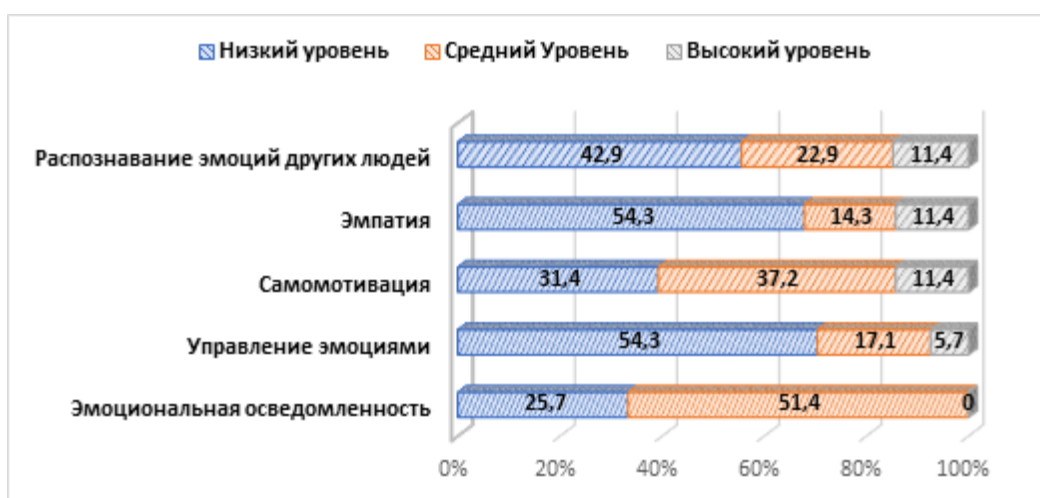
**Рис. 22. Интегративный уровень эмоционального интеллекта пациента**



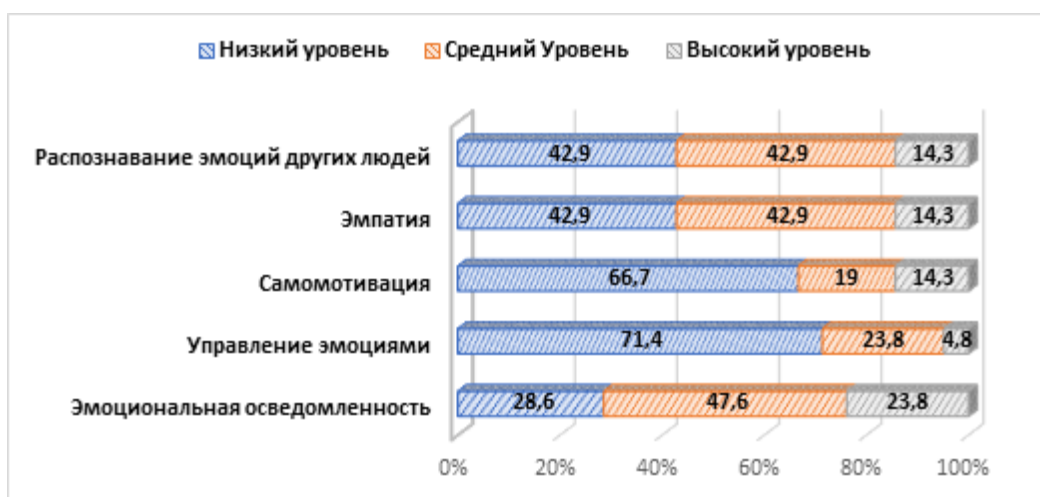
**Рис. 23. Интегративный уровень эмоционального интеллекта врача**

Парциальный уровень эмоционального интеллекта пациентов и врачей представлен на рис. 24 и рис. 25.

Для пациентов наиболее выраженными явились следующие эмоциональные проявления: управление своими эмоциями, эмпатия и распознавание эмоций других людей, для врачей – управление своими эмоциями и самомотивация. Более чем у половины опрошенных, интегративный уровень эмоционального интеллекта является низким, то есть пациенты и врачи не способны понимать, как свои эмоции, так внимание и чувства других, что, несомненно, может сказываться не только на взаимоотношениях друг с другом, но и на терапии в целом.



**Рис. 24. Уровни парциального интеллекта пациентов**



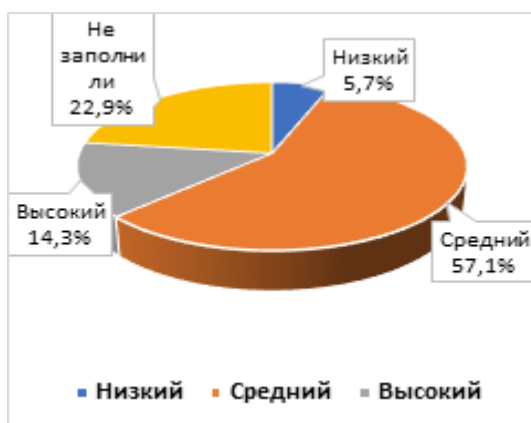
**Рис. 25. Уровни парциального интеллекта врачей**

Пациенты со средней эмоциональной осведомленностью (18(64,3%),  $p=0,01753$ ), средней самомотивацией (12(60%),  $p=0,02762$ ), средней 8(80%)

и высокой эмпатией (4(66,7%),  $p=0,02924$ )), а также высоким интегративным уровнем эмоционального интеллекта (8(100%),  $p=0,01313$ )) продолжили терапию через 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара. Пациенты с низкой способностью к управлению своими эмоциями (14(70%), ( $p=0,07237$ )), средней самомотивацией (14(70%),  $p=0,00097$ )) продолжили терапию через 12 месяцев после выписки. Пациенты с низкой эмпатией 14(63,4%) прекратили терапию через 12 месяцев после выписки ( $p=0,05465$ ). Пациенты продолжили лечение через 6 месяцев ( $p=0,01888$ ) и 12 месяцев ( $p=0,04326$ ), если их лечащий врач имел среднюю эмоциональную осведомленность и прекратили терапию через 6 месяцев, если врач имел высокую самомотивацию ( $p=0,09174$ ) и средний (не низкий) уровень эмпатии ( $p=0,04662$ ).

При проведении корреляционного анализа с использованием коэффициента Kendall tau выявлена взаимосвязь между продолжением терапии и суммарным баллом по шкале Управление эмоциями ( $r=-0,305443$ ) у пациента через 6 месяцев после выписки из стационара. Других взаимосвязей между продолжением терапии интегративным и парциальным уровням эмоционального интеллекта врача и пациента не выявлено.

#### *Индивидуальная саморегуляция*

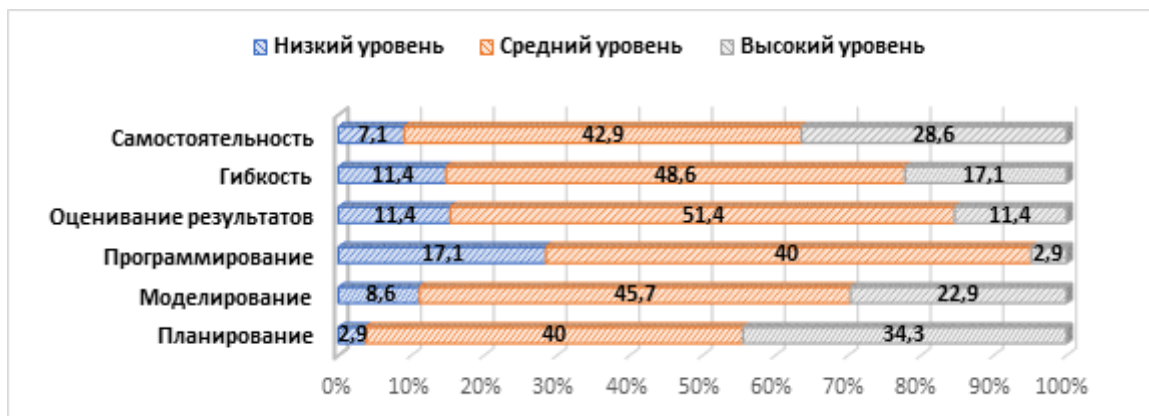


**Рис. 26. Общий уровень саморегуляции пациента**

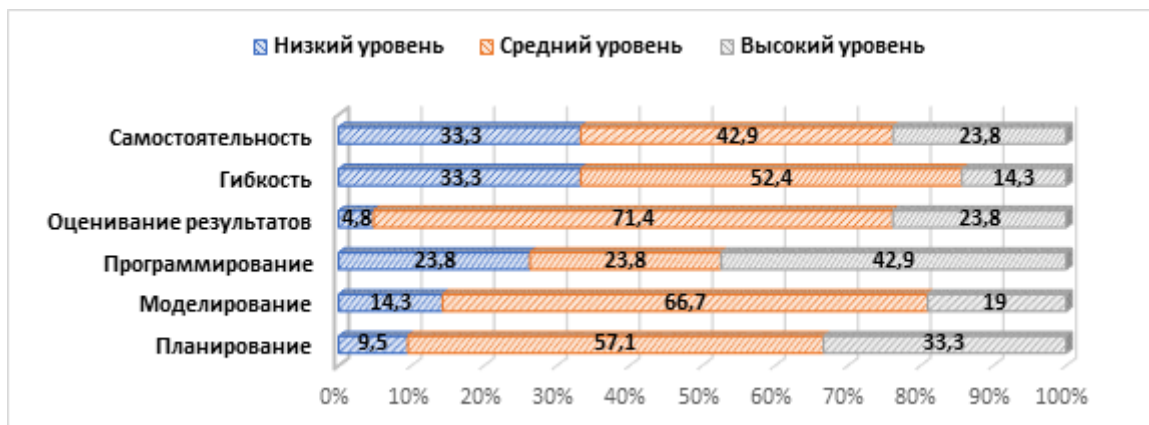


**Рис. 27. Общий уровень саморегуляции врача**

Высокие показатели общего уровня саморегуляции соответствуют 10(14,3%) пациентам, низкие - 4(5,7%), средние - 40(57,1%). Не заполнили опросник ССПМ 16(22,9%) пациентов. У 21(100%) врачей определен низкий общий уровень саморегуляции (рис. 26, рис. 27). Показатели по отдельным шкалам представлены на рис. 28 и рис. 29.



**Рис. 28. Саморегуляция пациентов**



**Рис. 29. Саморегуляция врачей**

У трети пациентов с сердечно-сосудистой патологией выявлен высокий уровень по таким регуляторным процессам как планирование и самостоятельность, у четверти – как моделирование, что указывает на сформированность потребности в осознанном планировании деятельности, способности выделять значимые условия достижения целей и автономности

в организации деятельности. Четверти опрошенных пациентов свойственен низкий уровень по процессу программирования, что свидетельствует о неумении и нежелании продумывать последовательность своих действий.

Высокий уровень саморегуляции врачей выявлен по регуляторным процессам программирования и планирования, что свидетельствует об умении планирования и продумывания последовательности своих действий, низкий по самостоятельности и гибкости, что свидетельствует о том, что врачи не всегда могут перестраивать, вносить коррекции в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий и зависимы от мнений и оценок окружающих.

При проведении непараметрического корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между умением программировать ( $r=0,30$ ,  $p<0,05$ ) и моделировать свои действия ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ) пациентом и продолжением терапии на амбулаторном этапе (табл. 32).

**Таблица 32**

**Взаимосвязь уровня саморегуляции пациента с продолжением терапии через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара (коэффициент Kendall tau,  $p < 0,05$ )**

<i>Уровень саморегуляции</i>	<i>Пациенты</i>	
	<i>Продолжение терапии через 6 месяцев</i>	<i>Продолжение терапии через 12 месяцев</i>
Планирование	-0,09	0,06
<b>Моделирование</b>	0,24*	0,14
<b>Программирование</b>	0,14	0,30*
Оценивание результатов	0,20	-0,12
Гибкость	-0,04	-0,03
Самостоятельность	0,18	0,07
Общий уровень	0,35	0,18

Примечание \* -  $p < 0.05$

Пациенты продолжали лечение через 6 месяцев после выписки из стационара, если у лечащего врача отмечался высокий уровень программирования своих действий и прекращали лечение при низком уровне

( $p=0,03192$ ), а также при низком уровне оценивания результатов деятельности лечащим врачом ( $p=0,01888$ ).

#### Оценка «вредного питьевого поведения» (AUDIT – тест)

Только у 2(2,9%) пациентов суммарный бал составил 8 и соответствовал вредному питьевому поведению. У 4(5,7%) суммарный бал был равен 6, у 2(2,9%) – 2, у 6(8,6%) - 1, у 50(71,4%) – 0, 6(8,5%) не ответили (рис. 30).



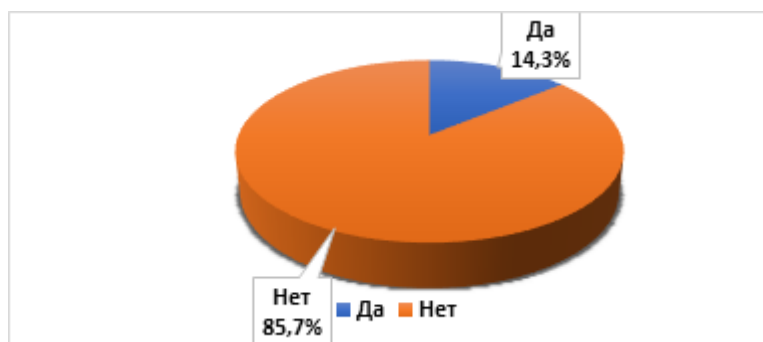
**Рис. 30. «Вредное питьевое поведение» пациентов**

Стоит отметить, что при подсчете результатов было выявлено, что не все пациенты правильно заполнили данный тест-опросник. Первый вопрос «Как часто вы употребляете алкоголь?» при ответе предполагал несколько вариантов ответов: «никогда», «ежемесячно или меньше», «2 – 4 раза в месяц», «2 – 3 раза в неделю», «4 и более раза в неделю». При этом, если пациент выбирал «никогда», он должен был перейти к последним двум вопросам, оценивающим нанесение физического урона в результате употребления алкоголя и обеспокоенность родственников по этому поводу. Вопросы 2-8 оценивали дозу принимаемого алкоголя и питьевое поведение. Было выявлено, что ответили правильно 30(42,9%) пациентов, ответили неправильно – 34(48,6%). Из ответивших неправильно, было выявлено, что 4(5,7%) пациента отвечали «никогда» на первый вопрос, но в дальнейшем отмечали дозу алкоголя, 2(2,9%) вообще не ответили на первый вопрос, но отвечали на вопросы относительно своего питьевого поведения, 2(2,9%) также не ответили, но указали, что их родственники обеспокоены по поводу

употребления ими алкоголя, 2(2,9%) ответили, что «бросили выпивать», 24(34,2%) ответили «никогда», но не перешли к последним двум вопросам и отвечали на все вопросы теста, но все ответы соответствовали тому, что эти пациенты не склонны к злоупотреблению. С учетом всего выше сказанного, было выявлено, что употребляют алкоголь 16(22,9%) пациентов, не употребляют 48(68,6%). При проведении одномерного непараметрического анализа выявлено, что пациенты, которые ответили, что не злоупотребляют, отвечали на вопросы неправильно 30(88,2%), и наоборот, ответившие правильно – употребляют (12(75%) ( $p=0,00000$ ), что вызывает сомнение относительно честности опрошенных.

Пациенты, указавшие, что употребляют алкоголь (14(87,5%), чаще прекращали назначенное лечение ( $p=0,03026$ ). Ухудшение самочувствия на фоне лечения – основная причина прекращения терапии для пациентов, принимающих алкоголь ( $p=0,00490$ ).

Суммарное превышение 8 баллов выявлено у 3(14,3%) врачей (рис. 31).



**Рис. 31. «Вредное питьевое поведение» врачей**

Выявлена положительная связь между вредным питьевым поведением врача и продолжением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара ( $p=0,05165$ ). Взаимосвязь с приверженностью и вредным питьевым поведением пациента не выявлена. Связей через 12 месяцев после выписки из стационара не выявлено.

#### 6.4. Нежелательные явления, произошедшие в жизни пациента и приверженность к терапии

*Изменения в личной жизни* как положительные, так и отрицательные происходили у 28(53,8%) опрошенных через 6 месяцев и у 33(70,2%) через 12 месяцев. Имеется взаимосвязь между отрицательными изменениями в личной жизни и прекращением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара (18(69,2%),  $n=26$ ,  $p=0,02606$ ). Среди пациентов, принимающих препараты регулярно и нерегулярно, изменения в личной жизни произошли в приблизительно равном проценте случаев.

*Изменения в состоянии здоровья* пациентов (в виде гипертонических кризов, эпизодов ОКС, декомпенсации ХСН, пароксизмальных нарушений ритма, обострения других хронических заболеваний, вызовов скорой помощи, повторных госпитализаций) за прошедшие 6 и 12 месяцев представлены в табл. 33.

Таблица 33

#### Изменения в состоянии здоровья пациентов, произошедшие в течение всего периода наблюдения

Изменения в состоянии здоровья †	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
<b>Всего</b>	30(57,7%)	40(76,9%)
<b>Не приведшие к госпитализации †</b>	20(38,4%)	13(27%)
Гипертонические кризы †	8(15,3%)	4(8,3%)
Нестабильная стенокардия †	4(7,7%)	4(8,3%)
Обострения хронических заболеваний †	8(15,3%)	6(12,5%)
<b>Приведшие к госпитализации †</b>	10(19,2%)	26(54,1%)
Нестабильная стенокардия †	4(7,7%)	10(20,8%)
Гипертонический криз †	4(7,7%)	14(29,1%)
Пароксизмальные нарушения ритма †	2(3,8%)	0
Инсульт †	0	2(4,2%)

† - Примечание - указаны число пациентов, доступных для опроса и их доля среди больных этой группы.

Отмечается значимо большее количество вызовов скорой медицинской помощи, для пациентов, принимающих лекарственные препараты нерегулярно через 6 месяцев наблюдения ( $p=0,03520$ ) и прекративших терапию через 12 месяцев ( $p=0,08220$ ).



Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев составила 10(19,2%), через 12 месяцев 26(54,1%) случаев. Взаимосвязей между прекращением терапии и фактом госпитализации, а также регулярностью приема лекарственных препаратов через 6 и 12 месяцев соответственно не выявлено ( $p < 0,05$ ).

При проведении корреляции между возникновением «конечных точек» и продолжением и регулярностью терапии выявлено, что у пациентов, продолжающих постоянный прием медикаментозной терапии, не происходили изменения в личной жизни, не отмечались побочные эффекты, они не госпитализировались, у них улучшилось физическое и эмоциональное самочувствие, они удовлетворены лечением.

**Таблица 34**

**Взаимосвязь выявления «конечных точек» с продолжением и регулярностью терапии через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара (коэффициент 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 пациента (ГК, эпизоды ОКС, нарушения ритма, не повлекшие госпитализацию)	-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
Улучшилось самочувствие	0,06	-0,06	0,04	0,34
Удовлетворенность от лечения в настоящее время	0,50*	0,06	-0,04	-0,03

Примечание \* -  $p < 0,05$

В ходе телефонного разговора с пациентами выявлено, что пациенты самостоятельно проводили коррекцию доз лекарственных препаратов и

данный факт взаимосвязан как с выявленными изменениями в состоянии здоровья, так и со случаями госпитализации по поводу очередного сердечно-сосудистого события через 6 и 12 месяцев наблюдения (табл. 34).

Самостоятельная коррекция доз пациентами приводила к повторным госпитализациям через 6 ( $p=0,00007$ ) и 12 месяцев ( $p=0,00111$ ) после выписки из кардиологического стационара, к изменениям в состоянии здоровья ( $p=0,00010$ ) и изменениям в личной жизни ( $p=0,00383$ ), через 12 месяцев. Пациенты, которые не проводили корректировку лечения отметили улучшение физического и эмоционального самочувствия ( $p=0,01008$ ) (табл. 35).

**Таблица 35**

**Взаимосвязь выявления «конечных точек» с самостоятельной коррекцией доз лекарственных препаратов через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара**

«Конечные точки»	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Проводили коррекцию	Не проводили коррекцию	Проводили коррекцию	Не проводили коррекцию
Происходили изменения в личной жизни	10(41,7%)	14(58,3%)	23(74,2%)*	8(25,8%)
Повторные госпитализации	8(80%)*	2(20%)	20(83,3%)*	4(16,7%)
Неблагоприятные изменения в состоянии пациента (гипертонические кризы, эпизоды нестабильной стенокардии, нарушения ритма, не повлекшие за собой госпитализацию пациента)	14(50%)	14(50%)	28(73,7%)*	10(26,3%)
Отмечали побочные эффекты	0	4(100%)	0	2(100%)
Улучшилось физическое состояние	4(40%)	6(60%)	2(20%)	8(80%)*
Улучшилось эмоциональное состояние	4(36,4%)	7(63,6%)	2(20%)	8(80%)*
Улучшилось самочувствие	4(18,2%)	18(81,8%)	16(57,1%)	12(42,9%)
Удовлетворенность от лечения в настоящее время	11(26,9%)	30(73,1%)	28(63,3%)	26(61,9%)

Примечание \* -  $p < 0.05$

При проведении корреляционного анализа было отмечено, что постоянный прием именно БАБ ассоциирован с меньшим числом госпитализаций ( $r=-0,61$ ) и развития обострений ССЗ ( $r=-0,88$ ).

Для уточнения взаимосвязи мнения пациентов на момент госпитализации о необходимости постоянного приема лекарственных препаратов и реальной приверженностью через 6 и 12 месяцев и произошедшими «конечными точками» был проведен однофакторный непараметрический анализ. Выявленные связи представлены в табл. 36. Установлено, что пациенты, считавшие необходимым постоянный прием препаратов, так их и принимали через 6 месяцев ( $p=0,00019$ ), с ними не происходили нежелательные явления ( $p=0,00486$ ) и не случались госпитализации ( $p=0,00055$ ) через 12 месяцев.

**Таблица 36**

**Мнение пациентов о необходимости постоянной терапии на момент госпитализации и реальная приверженность через 6 и 12 месяцев**

«Конечные точки»	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Считали, что нужно принимать постоянно	Считали, что можно принимать не постоянно	Считали, что нужно принимать постоянно	Считали, что можно принимать не постоянно
Принимали постоянно	24(100%)*	0	18(81,8%)	4(18,2%)
Принимали непостоянно	12(54,5%)	10(45,5%)	14(70%)	6(30%)
Произошли нежелательные явления	20(71,4%)	8(28,6%)	24(70,6%)	10(29,4%)
Не произошли нежелательные явления	16(88,9%)	2(11,1%)	8(100%)*	0
Произошли госпитализации	6(75%)	2(25%)	12(54,5%)	10(45,5%)
Не произошли госпитализации	28(77,8%)	8(22,2%)	20(100%)*	0

Примечание \* -  $p < 0.05$

Для уточнения силы выявленных связей между отдельными клиническими демографическими, психологическими факторами пациента, социально-демографическими, психологическими характеристиками его врача и постоянным приемом лекарственных препаратов был проведен анализ с помощью логистической регрессии (табл. 37 и табл. 38).

Из таблиц видно, что сочетание таких факторов как перенесенный ИМ, специальное образование, не низкий уровень агрессивности пациента ассоциируется с более частым продолжением терапии через 6 месяцев, а сочетание таких факторов как перенесенный ИМ, участие пациента в принятии медицинского решения, не низкий уровень враждебности пациента ассоциируется с более частым продолжением терапии через 12 месяцев.

**Таблица 37**

**Взаимосвязь продолжения терапии через 6 месяцев с перенесенным инфарктом миокарда, уровнем образования пациента, уровнем агрессивности пациента (p=0,00002)**

Признак	Оценка параметра	Стандартная ошибка	Хи-квадрат Вальда	p-level	ОШ	+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

**Таблица 38**

**Взаимосвязь продолжения терапии через 12 месяцев с перенесенным инфарктом миокарда, участием пациента 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

Также анализ с помощью логистической регрессии был проведен для уточнения связи между продолжением терапии, отдельными клиническими, социально-демографическими, психологическими факторами пациента и развитием всех нежелательных явлений, в том числе госпитализаций (табл. 39).

**Взаимосвязь развития нежелательных явлений, прекращения терапии, пола, низкого материальным доходом и гипертриглицеридемии (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	0,006	0,01	0,3244	0,0004
Прекращение терапии	-5,959832	2,467417	5,8342	0,001	0,00	0,3777	0,0000
Гипертриглицеридемия	-5,575696	1,992512	7,8306	0,005	0,00	0,2125	0,0000
Низкий материальный доход	-3,494594	1,433919	5,9394	0,001	0,03	0,5507	0,0016

### Резюме

Среди множества клинических, социальных и психологических характеристик пациента, взаимосвязанных с приверженностью к лечению, именно перенесенный ИМ 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 патерналистическую модель общения в системе врач-пациент.

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 ХСН, ГК. Также с этими факторами ассоциировался высокий уровень ТГ, который можно рассматривать как независимый индикатор плохого выполнения врачебных рекомендаций.

Пациенты, осознающие необходимость постоянного приема препаратов, действительно принимают их постоянно. Постоянный прием медикаментозной терапии ассоциирован с отсутствием отрицательных изменений в личной жизни, побочных эффектов от принимаемых препаратов, госпитализаций, и наличием улучшений физического, эмоционального самочувствия и удовлетворенностью лечением.

## ГЛАВА 7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЧАСТОТА ИХ ЛЕЧЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА

Цель данного этапа исследования - провести интернет-опрос среди пользователей социальных сетей, выяснить распространенность АГ, ее осложнений среди них и частоту ее лечения лекарственными препаратами, а также отношение респондентов к лечению.

### 7.1. Клинико-демографическая характеристика участников интернет-опроса

В опросе приняло участие 488 респондентов социальных сетей, 347 женщин, медиана возраста 34 года. Основные клинико-демографические характеристики опрошенных представлены в табл. 40.

**Таблица 40**

**Клинико-демографическая характеристика респондентов**

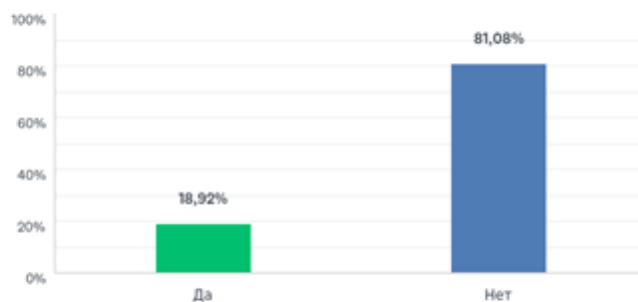
Характеристика		n=488	Наблюдаются у врача	
			Да	Нет
Пол	Мужской	140 (28,7%)	44(32,1%)	93(67,8%)
	Женский	347 (71,3%)	100(28,9%)	245(71%)
Возраст	Молодой (18-44 лет)	394 (80,7%)	106(27,1%)	286(72,9%)*
	Средний (45-59 лет)	63 (12,9%)	27(44,3%)	34(55,7%)
	Пожилкой (60-74 лет)	30(6,1%)	12(40%)	18(60%)
	Не ответили	1	-	-
Образование	Высшее	390 (80,7%)	120(30,8%)	269(69,2%)
	Среднее специальное	65 (13,5%)	19(29,3%)	46(70,7%)
	Среднее	28 (5,8%)	5(19,3%)	21(80,7%)
	Не ответили	5	1	-
АГ	Да	91 (18,9%)	33(37,1%)	56(62,9%)
	Нет	390 (81,1%)	111(28,5%)	278(71,5%)
	Не ответили	7	-	-
СД	Да	18 (3,7%)	10(58,8%)	7(41,2%)
	Нет	464 (96,3%)	134(29%)	328(71%)*
	Не ответили	6	1	-
Перенесенные ИМ или инсульт	Да	10 (2,1%)	7(70%)*	3(30%)
	Нет	473 (97,9%)	137(29,1%)	333(70,9%)
	Не ответили	5	1	-
Другие ССЗ	Да	57 (11,9%)	24(42,1%)	33(57,9%)
	Нет	288 (60,1%)	88(30,7%)	198(69,3%)*
	Не знаю	134 (27,9%)	31(23,3%)	102(76,7%)
	Не ответили	9	2	-

Примечание: \*- p <0,05

Среди участников о наличии у них АГ знают 91(18,9%) опрошенных (рис. 32).

#### Q5: Есть ли у Вас артериальная гипертензия?

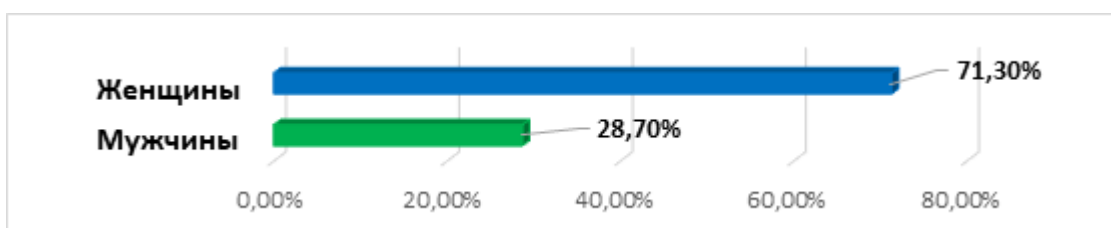
Ответили: 481 Пропустили: 7



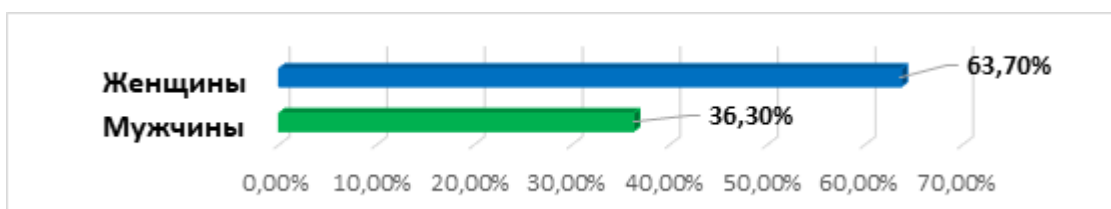
Powered by SurveyMonkey

**Рис. 32. Наличие артериальной гипертензии у участников исследования**

Как среди всех участников опроса (71,3%), так и среди страдающих АГ (58(63,7%)), преобладают лица женского пола ( $p=0,06428$ ) (рис. 33, рис. 34).

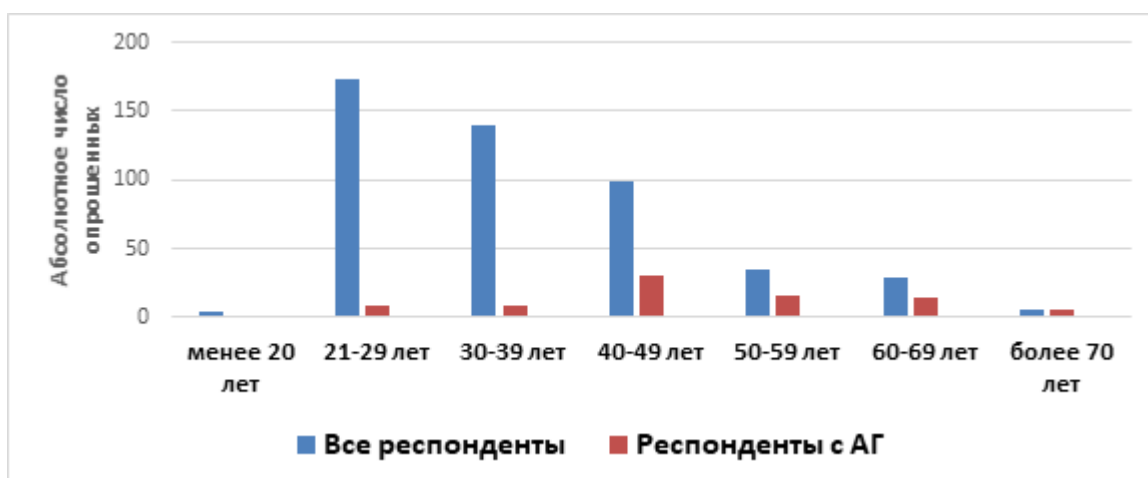


**Рис. 33. Половой состав всех участников опроса**

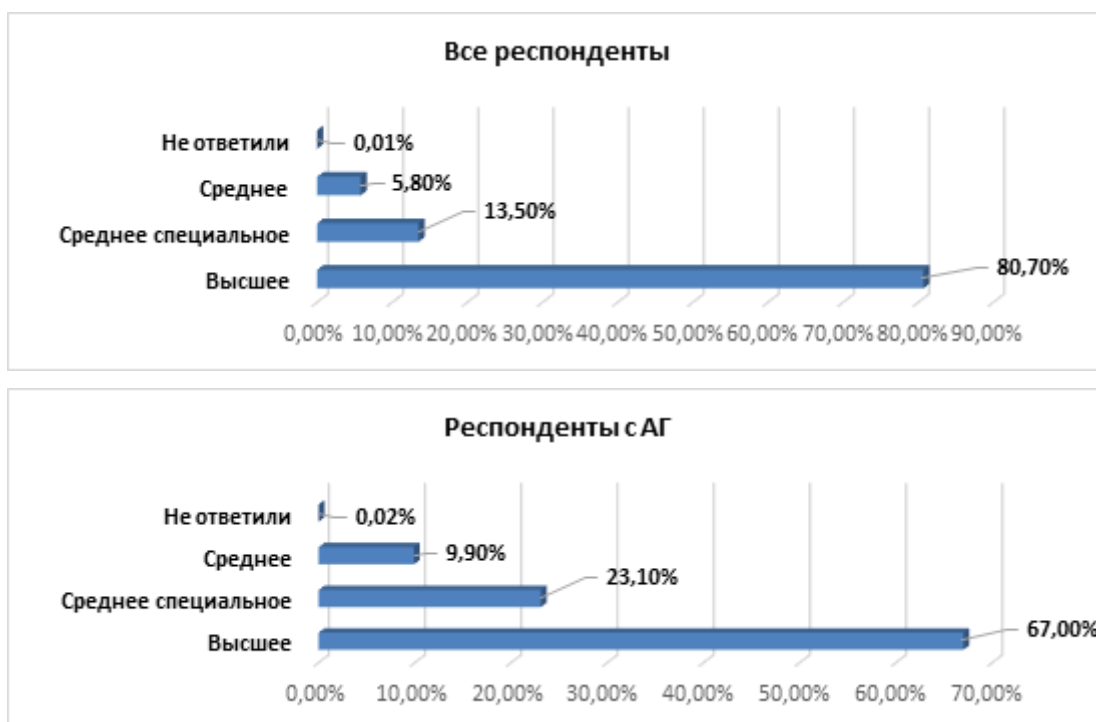


**Рис. 34. Половой состав всех участников опроса с артериальной гипертензией**

Большая часть респондентов молодые люди (рис. 35), имеющие высшее образование (рис. 36) ( $p=0,00001$ ).



**Рис. 35. Возраст участников и артериальная гипертензия**



**Рис. 36. Образование респондентов**

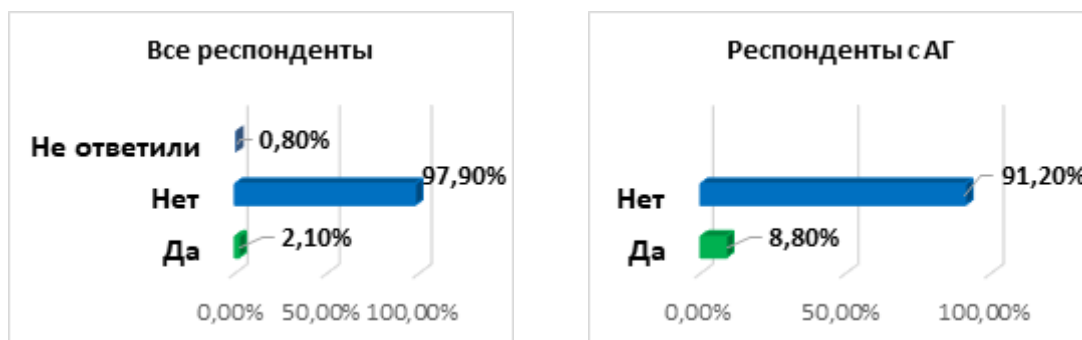
Необходимо заметить, что с возрастом среди опрошенных увеличивается число страдающих АГ и среди лиц 60-ти лет гипертензией страдает половина, а среди 70-ти летних все опрошенные имели высокое



давление (рис. 35). То есть все эти люди в группе риска сердечно-сосудистых осложнений.

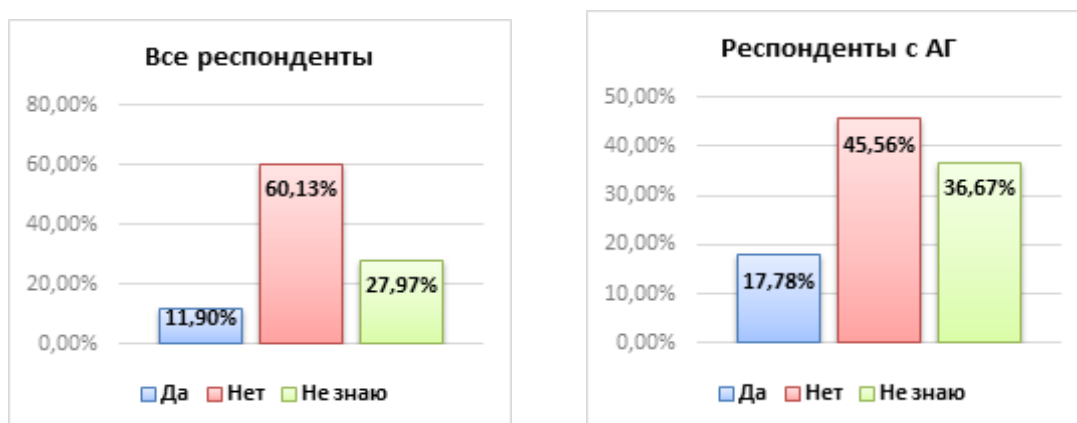
У 18(3,7%) опрошенных был диагностирован СД, при этом большая часть респондентов с СД также среднего возраста 14(77,8%) ( $p=0,00001$ ).

8,8% пациентов с АГ перенесли в анамнезе сердечно-сосудистую катастрофу (ИМ, инсульт) (рис. 37).



**Рис. 37. Q6. Переносили ли Вы сердечно-сосудистую катастрофу?**

57(11,9%) респондентов имеют другие ССЗ, из пациентов, страдающих АГ – 16(17,8%;  $n=90$ ) (рис. 38).



**Рис. 38. Q7. Есть ли у Вас сердечно-сосудистые заболевания?**

Имеющиеся ССЗ у опрошенной аудитории представлены в табл. 41.

## Другие выявленные ССЗ среди аудитории социальных путей

Заболевания	n=57 (%)
Ишемическая болезнь сердца	10 (66%)
Вегетососудистая дистония	12 (21%)
Недифференцированные дисплазии соединительной ткани	11 (19,2%)
Нарушения ритма	15 (26,3%)
Варикозная болезнь нижних конечностей	9 (15,8%)

## 7.2. Регулярное наблюдение у врача и регулярный прием лекарственных препаратов

### *Регулярное наблюдение у врача*

145(29,9%) человек по разным причинам регулярно наблюдаются у врача, из пациентов, страдающих АГ 33(37,1%, n=89) (рис. 39).



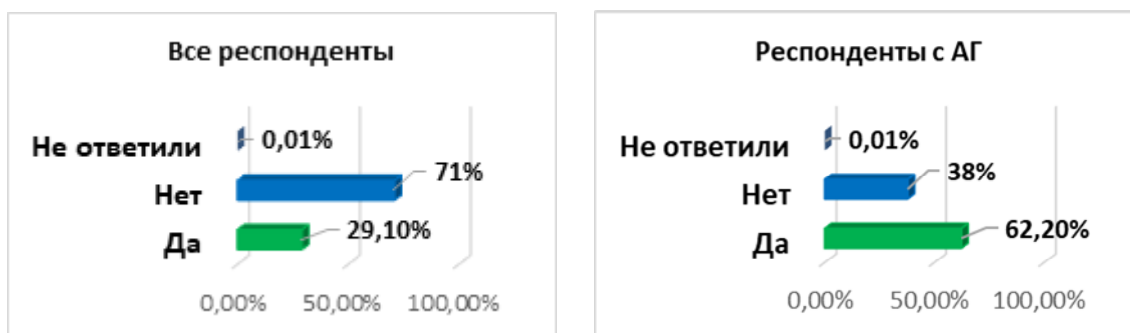
**Рис. 39. Q6. Наблюдаетесь ли Вы регулярно у врача?**

Посещают врача регулярно только 33(37,1%) опрошенных с АГ (n=89) (p=0,11300) (рис. 39) и 7(70%) с перенесенной сердечно-сосудистой катастрофой (n=10) p=0,00528).

Достоверно чаще регулярному наблюдению у врача среди опрошенной аудитории способствуют наличие в анамнезе СД (10(58,8%, n=17, p=0,00846) и перенесенной сердечно-сосудистой катастрофы (16(88,9%, n=18, p=0,00000).

### *Регулярный прием лекарственных препаратов*

140(29,1%) человек принимают какие-либо препараты регулярно (ежедневно) по поводу имеющихся заболеваний (рис. 40).



**Рис. 40. Q6. Принимаете ли регулярно (ежедневно) лекарственные препараты по поводу имеющихся заболеваний?**

Регулярно принимают препараты 102(72,9%) респондентов с высшим образованием, со средним специальным 28(20%), со средним 10(7,1%) ( $p=0,01050$ ).

Регулярность терапии взаимосвязана с наличием в анамнезе СД у 16(88,9%) опрошенных ( $p=0,00001$ ) и перенесенных сердечно-сосудистых катастроф у 8(80%) респондентов ( $p=0,00038$ ).

Но 34(37,8%) человек с АГ лекарственные препараты не принимают (рис. 40), и тем самым не уменьшают свой высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

#### *Причины нерегулярного приема лекарственных препаратов*

Стоит отметить, что данный вопрос был открытым и в описании приводятся ответы самих опрошенных. На открытый вопрос ответили только 52 человека. Остальная часть опрошенных ответила «Не знаю», либо не ответила на данный вопрос, причина их нерегулярного лечения осталась не известна. В табл. 42 представлены наиболее распространенные ответы респондентов.

**Таблица 42**

**Ответы респондентов социальных сетей на вопрос: «Принимаете ли Вы препараты регулярно (ежедневно)? Если нет, то почему?»**

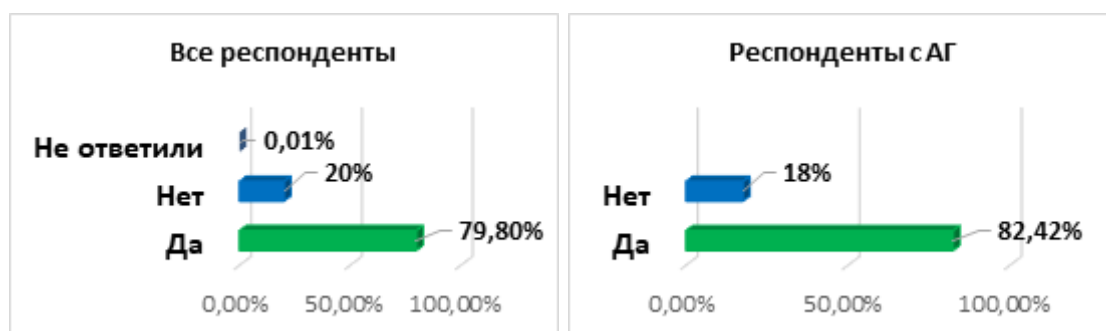
Причина нерегулярного приема лекарственных препаратов (открытый вопрос)	Ответы респондентов (n, абсолютное значение)
«Прием по потребности»	9

«Забывчивость»	7
«Несерьезно отношусь своему здоровью»	6
«Нет времени»	4
«Не верю врачам»	4
«Хорошее самочувствие»	4
«Не вижу смысла»	3
«Нельзя травить организм химией»	3
«Нет ежедневных симптомов»	2
«Отсутствие эффекта»	2
«Лучше перетерпеть»	2
«Большое количество таблеток»	2
«Лень»	2
«Наличие побочных эффектов»	2

*Вера пациентов в увеличение продолжения жизни на фоне длительного приема лекарственных препаратов*

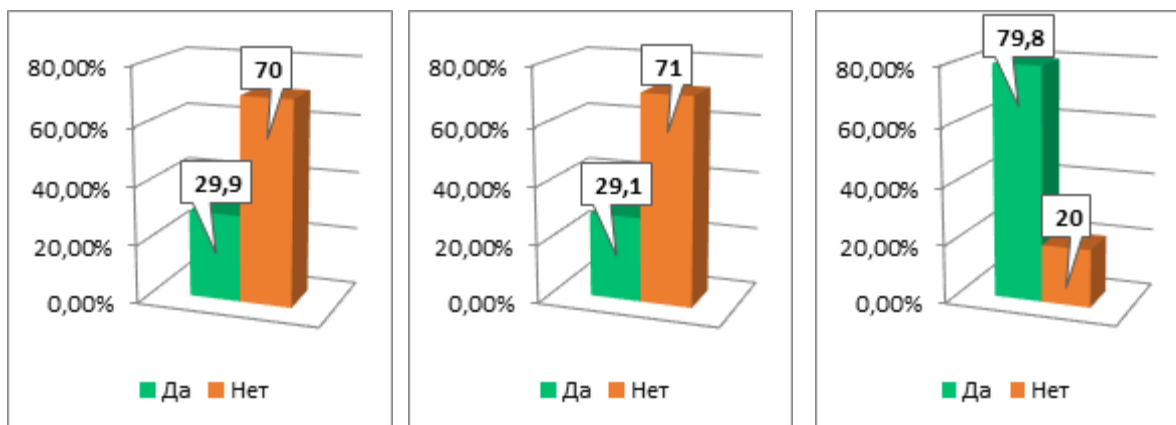
Большинство опрошенных 388(79,8%) верят в способность лекарственных препаратов влиять на продолжительность жизни (рис. 41).

Доля пациентов с АГ и верящих в это, составляет 75(82,4%) из n=91.



**Рис. 41. Q12. Верите ли Вы, что регулярный прием лекарственных препаратов от сердечно-сосудистых заболеваний может повлиять на продолжительность Вашей жизни?**

На рис. 42 и рис. 43 наглядно представлено мнение всех респондентов и респондентов с АГ в отношении их регулярного приема лекарственных препаратов и мнение в отношении приема лекарственных препаратов от ССЗ и влияния их на продолжительность жизни.

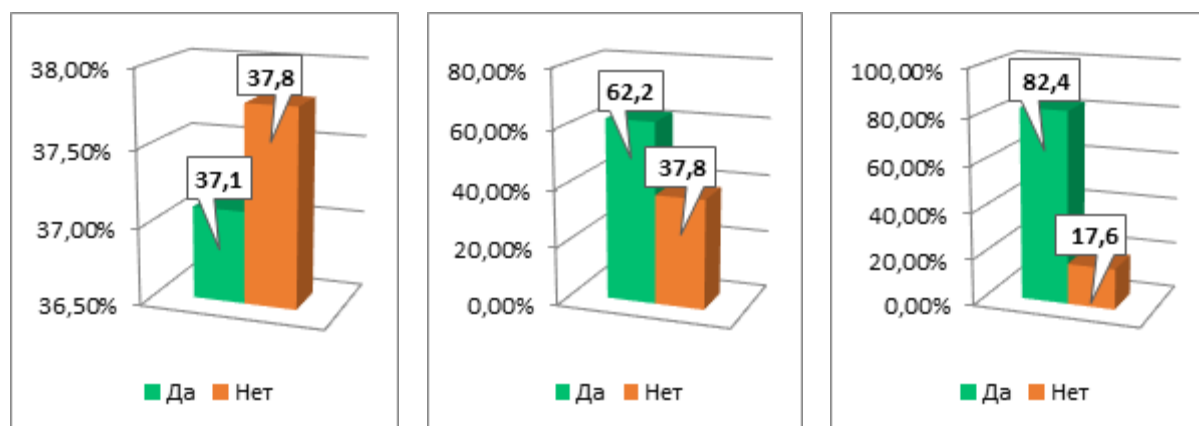


Q8. «Наблюдаетесь ли Вы регулярно у врача?»

Q6. «Принимаете ли регулярно (ежедневно) лекарственные препараты по поводу имеющихся заболеваний?»

Q12. «Верите ли Вы, что регулярный прием лекарственных препаратов от сердечно-сосудистых заболеваний может повлиять на продолжительность Вашей жизни?»

Рис. 42. Ответы всех респондентов



Q8. «Наблюдаетесь ли Вы регулярно у врача?»

Q6. «Принимаете ли регулярно (ежедневно) лекарственные препараты по поводу имеющихся заболеваний?»

Q12. «Верите ли Вы, что регулярный прием лекарственных препаратов от сердечно-сосудистых заболеваний может повлиять на продолжительность Вашей жизни?»

Рис. 43. Ответы респондентов пациентов с артериальной гипертензией

Вера респондентов в продление жизни на фоне регулярного приема препаратов в лечении ССЗ на реальную регулярность лекарственной терапии ни среди всей аудитории опрошенных респондентов, ни у респондентов с АГ не влияет ( $p < 0,05$ ).

Таблица 43

**Взаимосвязь регулярного наблюдения у врача с возрастом, образованием, перенесенной сердечно-сосудистой катастрофой и наличием других сердечно-сосудистых заболеваний пациента (кроме артериальной гипертонии) (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

Для уточнения силы выявленных связей между отдельными клиническими факторами (в том числе и демографическими) и регулярным наблюдением у врача и регулярным приемом лекарственных препаратов был проведен анализ с помощью логистической регрессии. Результаты представлены в табл. 43 и 44.

Таблица 44

**Взаимосвязь регулярного приема препарата с возрастом, сахарным диабетом и артериальной гипертонией (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

При использовании метода пошаговой логистической регрессии выявлена независимая связь между регулярным наблюдением врача возрастом пациента, перенесенной в анамнезе сердечно-сосудистой катастрофы и наличием у пациента других сердечно-сосудистых заболеваний (p=0,0034). Что касается регулярного приема лекарственных препаратов для

лечения ССЗ, то независимыми предикторами являются возраст, наличие СД и АГ ( $p=0,0000$ ).

### **Резюме**

Из респондентов социальных сетей, страдающих АГ, только 37,1%, регулярно наблюдаются у врача и только 62,2% принимают лекарственные препараты регулярно, чем существенно повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Из пациентов, перенесших сердечно-сосудистую катастрофу (ИМ или инсульт) только 70% регулярно наблюдается у врача и 80% лечатся регулярно.

Остальные респонденты не наблюдаются у врача и лечатся нерегулярно, и каковы причины такого поведения не известно.

При этом 79,8% всех респондентов и 82,4% с АГ верят, что лечение ССЗ может продлить их жизнь.

С возрастом встречаемость АГ, СД и перенесенных сердечно-сосудистых катастроф увеличивается.

Независимыми факторами, влияющими на регулярное наблюдение у врача, являются возраст пациента, высшее образование, перенесенная сердечно-сосудистая катастрофа (ИМ или инсульт) и наличие других ССЗ, кроме АГ.

На регулярный прием лекарственных препаратов в лечении ССЗ у опрошенных респондентов влияют возраст, АГ и имеющийся СД.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящая работа посвящена изучению комплекса клинических, лабораторных, психологических, социально-демографических факторов в системе врач-пациент, влияющих на приверженность к длительному лечению ССЗ, при различных видах оказания медицинской помощи. В работе определялись факторы, влияющие на степень выполнения врачебных рекомендаций у различных категорий пациентов с заболеваниями ССС, а также влияние данных факторов на развитие сердечно-сосудистых событий. В качестве предпосылок для исследования служили данные о высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, одной из наиболее важных причин которых и является проблема несоблюдения медицинских рекомендаций [32, 183]. Низкая приверженность является причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [13,35, 36, 54, 98, 119]. ВОЗ еще в 2003 году выделила пять, взаимодействующих между собой, групп факторов, влияющих на приверженность длительной терапии, а именно: социально-экономические факторы; факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; факторы, связанные с проводимой терапией; факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент, однако ни один из них по-прежнему не является ведущим [280]. Важным фактором, определяющим эффективность лечения следует рассматривать взаимоотношения между врачом и больным [1, 11, 15, 1, 20, 23, 24, 101, 121, 134, 161, 251, 263]. Современные методы изучения комплаенса (опросы, анкетирования, интервью) не всегда позволяют выявить ведущие причины поведения и пациентов и их врачей [70, 193, 206, 219, 226, 227, 228, 236, 278]. Поэтому, высокая эффективность применения в самых разнообразных отраслях науки и практики такого метода как ФГ предполагает его эффективность и для изучения приверженности к лечению ССЗ [9, 175, 222, 271]. Также лишь в



небольшом числе работ, посвященных комплаенсу, акцент делается на влияние приверженности на такие конечные точки как, повторные госпитализации, ухудшение течения основного заболевания, сердечно-сосудистая смертность [45, 54, 55, 69, 85, 90, 93, 108, 110, 112, 117, 123, 130, 140, 171, 196]. Стоит отметить, что новые взаимоотношения врача и пациента формируются при возможности выбора у пациента между государственной и частной медицинской помощью [10, 18, 36, 57, 77, 86, 154, 214]. Различные клинические факторы, социально-демографические, психологические характеристики пациента и психологические черты врача часто изучались в плане их влияния на приверженность по отдельности, но учитывая, что система врач-пациент – многомерная структура, компоненты которой, несомненно, как на сознательном, так и не на осознанном уровне могут влиять на приверженность к лечению, возникла необходимость комплексного анализа максимального количества факторов одновременно.

Проведенная работа состояла из нескольких частей. На первом этапе проводилось фокусированное интервью пациентов стационара с ССЗ и врачей, и по его результатам выделены факторы, возможно влияющие на приверженность. На втором этапе выявленные факторы далее изучались в проспективных исследованиях на категориях пациентов с ССЗ различных структур здравоохранения, а также широкой аудитории социальных сетей. В проспективных наблюдениях проводилась оценка конечных точек: ухудшение течения основного заболевания (включая ГК, ОКС, пароксизмальные нарушения ритма, декомпенсация ХСН), госпитализации по поводу декомпенсации ССЗ, изменения в личной жизни, физическое, эмоциональное состояние, самочувствие, продолжение и регулярность терапии, смена терапии. При анализе рекомендованной терапии учитывалось лечение дезагрегантами, нитратами, ингибиторами АПФ/АРАII, статинами, диуретиками, БМКК, БАБ, которые были назначены при выписке из стационара. В работе использовалось деление комплаенса на осознанный

(продолжение/прекращение терапии) и неосознанный (регулярность терапии) [62, 136, 207, 210, 249, 250].

В исследовании с фокусированным интервью были проведены собеседования с двумя различными категориями пациентов. Первая категория – пациенты (n=26), участвующие в различных КИ по ССЗ, проводимых в различных центрах г. Саратова, тщательно соблюдающие все рекомендации врача (ФГ №1 или «участники КИ»). Вторая категория – пациенты (n=21) с неоднократным опытом госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого события, госпитализированные вновь в связи с очередным сердечно-сосудистым событием, и не соблюдающие рекомендации на амбулаторном этапе лечения (ФГ №2 или пациенты стационара, не принимающие рекомендованные лекарственные препараты на амбулаторном этапе). Только одна беседа была проведена с врачами-кардиологами (n=6), работающими в указанном стационаре, и в ряде случаев, являвшихся врачами-исследователями в некоторых КИ нашего центра. Это снижает достоверность полученной от исследуемых врачей информации, однако, на фоне отсутствия аналогичных исследований, невозможности увеличить число проведенных бесед, и характера самого метода, не требующего, в отличие от опроса, большого числа участников, полученные данные мы считаем достаточными для обсуждения в рамках пилотного исследования. Все беседы проходили под руководством модератора с соблюдением классических требований и стандартов данной методики [9, 222]. Задаваемые в открытой форме вопросы касались отношения опрошенных пациентов и врачей к здоровью, болезни, процессу лечения, их взаимоотношению друг с другом, причинам выполнения/невыполнения врачебных рекомендаций. Учитывались клиничко-демографические и лабораторно-инструментальные характеристики пациентов и социально-демографические характеристики врачей.

Выявлено, что опрошенные пациенты, участвующие в КИ, отличались от пациентов стационара более высокими коммуникативными

способностями, «принятием» своей болезни, отсутствием негатива и агрессивности. Отмечено, что улучшение самочувствия являлось важным фактором, и заставляло участников КИ следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию. Такой патернализм с одной стороны повышает ответственность врача за своего пациента, а с другой – расширяет возможности для его влияния на поведение больных. У всех исследуемых пациентов была выражена патерналистическая модель общения врач-пациент. Пациентов, участвующих в КИ, это приводило к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов стационара, прекращающих лечение на амбулаторном этапе, неполучение адекватной помощи в поликлинике являлось существенным негативным эмоциональным фактором и даже «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем.

Выделение врачами менее и более им «симпатичных» пациентов с одной стороны могло быть связано с личностными особенностями пациента, которые в свою очередь могли ассоциироваться с невыполнением врачебных рекомендаций, а с другой - влиять на негативное поведение пациентов и невыполнение ими рекомендаций в дальнейшем.

В проспективном исследовании пациентов ФГ №1 отмечена высокая приверженность к лечению ССЗ. В 100% случаев они продолжили участие в том КИ, в котором участвовали, либо начали участвовать в новом по выходу из протокола в связи с его завершением, 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 отмечалась при наличии перенесенного ИМ и нарушениях ритма. Прекращение терапии ассоциировалась с большей частотой встречаемости ГЛЖ, снижения СКФ и высокими значениями уровня ТГ. Постоянный прием медикаментозной терапии ассоциировался с исходно целевым уровнем ОХЛ, ЛПВП, регулярный прием - с отсутствием в анамнезе СД, сохранной ФВ и достижением целевых значений ЛПНП. Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев составила 38,1%, через 12 месяцев - 64,7%. Продолжение терапии ассоциировалось с меньшей частотой изменений в личной жизни и повторных госпитализаций как через 6, так и через 12 месяцев после выписки из кардиологического стационара.

В последующем было проведено анкетирование пациентов (n = 90) с ССЗ в 2 поликлиниках и 3 частных клиниках г. Саратова. Участие в опросе было анонимным и добровольным. Опрос осуществлялся до приема врачей среди всех пациентов, ожидающих своей очереди и согласившихся на участие, но при этом, посещающих данное лечебное учреждение как минимум второй раз. Часть вопросов была взята из стандартных опросников, на основании которых на протяжении многих лет на базе Клинической больницы изучалась приверженность к лечению пациентов с ССЗ [47, 62, 101]. Часть вопросов (и вариантов ответов на них) была составлена по результатам проведенных нами качественных исследований: серий ФГ. Также выяснялся характер взаимоотношений с лечащим врачом, уровень доверия к нему, мотивы выбора стационара, удовлетворенность процессом лечения, причины прекращения длительной лекарственной терапии. По завершению опроса предполагалось проспективное исследование, однако учитывая лишь небольшой процент пациентов, оставивших свои контакты, оно не проводилось.

Пациенты поликлиник более тяжелые по наличию в анамнезе ГК и ХСН, хотя среди пациентов частных клиник чаще встречается перенесенный ИМ. Пациенты частных лечебных учреждений более активны, молоды и нацелены на продолжение жизни, чаще имеют высшее образование,

профессию умственного труда, и умеренный материальный достаток. Пациенты государственных поликлиник менее активны, чаще имеют низкий материальный доход, они увлечены своей болезнью, для них она - «образ жизни».

Большая часть обследуемых в поликлинике считает, что принимать назначенные препараты нужно постоянно. Остальная часть считает, что лечиться можно курсами и по потребности и на самом деле так и лечатся. Большинство опрошенных считает здоровье собственной заботой, они хотят знать правду о своем заболевании и участвовать в принятии медицинского решения. Однако, чаще всего они не интересуются лечением, абсолютно доверяя врачу, и на этом их активное участие заканчивается. Особенно ярко это проявляется среди пациентов государственных поликлиник.

Пациенты частных клиник с ССЗ делают акцент на доверие к врачу и его профессионализме, а также достаточное количество времени на беседу и осмотр. Для пациентов поликлиник достоверно значимым фактором является увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов.

Мотивацией к лечению у большинства пациентов с ССЗ поликлинической службы является болезнь и плохое самочувствие, в отличие от пациентов частных клиник, основной мотивацией которых является работоспособность и полноценная жизнь. Таким образом, имеются существенные отличия между пациентами с ССЗ поликлиник и частных клиник.

Таким образом, вне зависимости от лечебного учреждения, участия в клинических исследованиях, продолжения и прекращения терапии у всех исследуемых нами пациентов кардиологического профиля прослеживается выраженный патернализм и значение их абсолютного доверия врачу.

Для выяснения комплексного влияния 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 следующее проведенное нами исследование, включались все пациенты, госпитализированные в связи с ССЗ, и согласившиеся принять участие в опросе, а также их лечащие врачи. Анкетирование проводилось после стабилизации состояния больных, применялась вышеописанная анкета. Учитывались клиничко-демографические лабораторно-инструментальные и социальные факторы пациента и социально-демографические факторы врача. Для определения взаимосвязи психологических факторов и приверженности к лечению ССЗ использовались психодиагностические тесты, предложенные как пациентам, так и их лечащим врачам: краткая шкала оценки психического статуса MMSE [180], модификация теста-опросника А. Мехрабиана, предложенная М.Ш. Магомед-Эминовым [221] с целью определения мотивации достижения, опросник Басса-Дарки [115, 144] – для диагностики уровня враждебно-агрессивных реакций. Для определения способности к саморазвитию и самообразованию использовалась методика «Оценка способностей к саморазвитию и самообразованию» [8]. Уровень эмоционального интеллекта определялся с помощью методики Н.Холла [33, 117]. Диагностика индивидуальной саморегуляции проводилась с помощью многошкальной опросной методики В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» [60]. В качестве скринингового теста на определение вредного питьевого поведения применялся тест-опросник ВОЗ «AUDIT-test» [266]. Контрольные звонки (по специальным формам-опросникам) осуществляли через 6 и 12 месяцев после выписки пациента из стационара. Пациентов спрашивали о продолжении терапии, назначенной им в стационаре, о регулярности приема препаратов, о частоте пропусков, о побочных эффектах со стороны принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, а также изменениях их физического и эмоционального самочувствия. Также изучалась субъективная оценка пациентом своего самочувствия.

Через 6 месяцев после выписки из стационара 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.

Из клинических факторов с продолжением терапии ассоциировались перенесенный ИМ, нарушения ритма, ФП, поступление в стационар по поводу НС, избыток массы тела и нарушенная толерантность к углеводам на момент проведения опроса. Гипергликемия натощак  $> 7$ ммоль/л, гипертриглицеридемия, выявленная ГЛЖ, перенесенный инсульт ( $p=0,016$ ) ассоциировались с прекращением терапии.

Из социальных характеристик пациентов отмечается взаимосвязь между продолжением терапии и профессией умственного труда, средним специальным образованием, поездками за границу, инвалидностью и тратой на лекарственные препараты 1,5-5 тыс.руб. в месяц. Факторы, ассоциирующие с прекращением терапии на протяжении всего периода наблюдения – трата на лечение  $<1,5-3$  и  $>5-10$  тыс.руб. в месяц. Не знающие иностранного языка пациенты чаще прекращали лечение через 6 месяцев, работающие пациенты – через 12 месяцев.

Пациенты врача, имеющего материальный доход ниже среднего, продолжали терапию через 6 месяцев, и наоборот, при высоком материальном положении врача, прекращали. Знание врачом иностранных языков повлияло на продолжение терапии как через 6, так и 12 месяцев. Пациенты достоверно чаще продолжили терапию после выписки, если их лечащий врач ни разу не бывал за границей.

Взаимосвязь с продолжением терапии среди изучаемых психологических характеристик пациентов продемонстрировали мотивация избегать неудачу, высокая агрессивность, уровень саморазвития ниже среднего, средняя эмоциональная осведомленность, средняя самомотивация, средняя и высокая эмпатия, низкая способность к управлению своими

эмоциями, высокий интегративный уровень эмоционального интеллекта, умение программировать и моделировать свои действия.

Такие психологические характеристики пациента, как легкая деменция, очень низкий уровень способности к саморазвитию и самообразованию, низкая эмпатия взаимосвязаны с прекращением терапии.

Нормальная агрессивность врача, его средняя эмоциональная осведомленность, высокий уровень программирования действий, признание своего вредного питьевого поведения ассоциировались с продолжением терапии пациентами. Если у врача встречались такие характеристики, как низкий уровень агрессивности, высокая самомотивация, средний (не низкий) уровень эмпатии, низкий уровень оценивания результатов своей деятельности, их пациенты прекращали лечение.

Изменения в личной жизни как положительные, так и отрицательные происходили у 53,8% опрошенных через 6, и у 70,2% через 12 месяцев. Имеется взаимосвязь между отрицательными изменениями в личной жизни и прекращением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара. Частота повторных госпитализаций через 6 месяцев составила 19,2%, через 12 месяцев – 54,1%.

Отмечается значимо большее количество вызовов скорой медицинской помощи для пациентов, принимающих лекарственные препараты нерегулярно, и прекративших терапию. Самостоятельная коррекция доз пациентами приводила к повторным госпитализациям через 6 и 12 месяцев после выписки из кардиологического стационара, к изменениям в состоянии здоровья и изменениям в личной жизни. Пациенты, которые не проводили корректировку лечения, отметили улучшение физического и эмоционального самочувствия. При проведении корреляции между возникновением «конечных точек» и продолжением и регулярностью терапии обнаружено, что у пациентов, продолжающих постоянный прием медикаментозной терапии, не происходили изменения в личной жизни, не отмечались



побочные эффекты, они не госпитализировались, у них улучшилось физическое и эмоциональное самочувствие, они удовлетворены лечением.

С помощью логистической регрессии обнаружено, что сочетание таких факторов как перенесенный ИМ, специальное образование, не низкий уровень агрессивности пациента ассоциируется с более частым продолжением терапии через 6 месяцев, таких факторов как перенесенный ИМ, участие пациента в принятии медицинского решения, не низкий уровень враждебности пациента – через 12 месяцев. Такие характеристики как женский пол, прекращение лечения, низкий материальный доход пациента и высокий уровень ТГ связаны с большей частотой сердечно-сосудистых событий.

Среди множества изученных характеристик лечащих врачей, ассоциированных с приверженностью, ни одна не оказалась существенно значимой для поведения пациентов, несмотря на патерналистическую модель общения в системе врач-пациент.

В различных под-исследованиях на различных категориях пациентов было отмечено, что гипертриглицеридемия ассоциировалась с низкой приверженностью и скорее всего объясняется несоблюдением пациентом не только рекомендаций по медикаментозной терапии, но и рекомендаций по соблюдению образа жизни и режима питания, поэтому высокий уровень ТГ у пациента с ССЗ может рассматриваться как независимый предиктор недостаточной приверженности к длительному лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

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 в себя 12 вопросов, посвященных полу, возрасту, образованию

исследуемых, наличие у пользователей ССЗ (в т.ч. АГ и перенесенных ИМ), СД, наблюдению у врача по поводу имеющихся заболеваний, регулярном приеме лекарственных препаратов, их эффективности и о причинах пропусков в их приеме. В опросе приняло участие 488 респондентов, медиана возраста 34 года. Среди участников о наличии у них АГ знают 91(18,9%) опрошенных. Отмечено, что среди преимущественно молодой и активной аудитории социальных сетей только 37,1% респондентов страдающих АГ обращаются к врачу и только 62,2% из них утверждают, что принимают препараты регулярно, хотя 82,4% утверждают, что верят в продолжение жизни на фоне регулярного лечения. Достоверно чаще регулярному наблюдению у врача среди опрошенной аудитории способствуют наличие в анамнезе СД и перенесенной сердечно-сосудистой катастрофы. При использовании метода пошаговой логистической регрессии выявлена независимая связь между регулярным наблюдением врача возрастом пациента, перенесенной в анамнезе сердечно-сосудистой катастрофы и наличием у пациента других ССЗ. Таким, образом отмечено, что только небольшой процент больных с АГ обращается к врачу, принимает препараты регулярно, и является доступным для изучения, а специализированные и широкодоступные интернет-ресурсы, посвященные лечению сердечно-сосудистых заболеваний мало эффективны в отношении улучшения выполнения врачебных рекомендаций [6, 38, 42,58, 73].

## ВЫВОДЫ

1. У кардиологических больных отчетливо выражена патерналистическая модель общения врач-пациент. Пациентов, участвующих в КИ, 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 КИ следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию.

2. Приверженность пациентов с ССЗ, не участвующих в КИ, имеет положительную взаимосвязь с перенесенным ИМ, наличием нарушений ритма, и отрицательную взаимосвязь с уже имеющимся исходно поражением органов мишеней в виде ГЛЖ, снижения СКФ и высоким уровнем ТГ. Высокая приверженность к лечению пациентов, выполняющих назначение врача и участвующих в КИ, 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 имеют высшее образование, 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 патерналистическая модель общения с врачом и важен его профессионализм.

4. Среди множества клинических, социальных и психологических характеристик пациента, взаимосвязанных с приверженностью к лечению,

именно перенесенный ИМ 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 патерналистическую 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 ХСН, гипертонический криз. Также с этими факторами ассоциировался высокий уровень ТГ, который можно рассматривать как независимый индикатор плохого выполнения врачебных рекомендаций.

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

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении пациентов с ССЗ 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 ССЗ, 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 ИМ существенно влияет на поведение пациента с ССЗ и осознанное продолжение им терапии.

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

5. Необходимо понимать, что пациенты с ССЗ, 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 ТГ у пациентов с ССЗ, 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.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аведисова, А. С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии-мотивация к лечению // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – № 48. – С.64-69.
2. Агеев, Ф. Т., Смирнова, М. Д., Фофанова, Т. В. Повышение приверженности к терапии: «Дело техники?» // Сердечная недостаточность. – 2011. – Т.12. – № 4. – С. 238-243.
3. Агеев, Ф. Т., Смирнова, М. Д., Фофанова, Т. В. Методы технического воздействия как фактор повышения приверженности терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторной практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – Т. 11. – № 4. – С. 36-41.
4. Альберт, М. А., Сабитов, И. А., Шутов, А. М. Роль личностных особенностей больных хронической сердечной недостаточностью в формировании приверженности к терапии // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 31-38.
5. Анализ регулярности приема антигипертензивной терапии как компонента приверженности к лечению у амбулаторных пациентов специализированного кардиологического учреждения / А. В. Концевая, Т. С. Романенко, В. А. Выгодин, С. Б. Фитилев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т.11. – № 3. – С.238-246.
6. Анализ факторов, определяющих приверженность антигипертензивной терапии на амбулаторном этапе / В. Ю. Маслова, О. Н. Красноруцкая, Д. Ю. Бугримов, Г.М. Кучерук // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. – 2016. – № 66. – С. – 59-63.
7. Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих ее повышению / Н. В. Лиходей, М. Ф. Калашникова, Е. М. Лиходей, В. В. Фадеев // Сахарный диабет. – 2018. – Т. 21. – №1. – С. 5-14.

8. Андреев, В. И. Проверь себя. Десять тестов оценки интеллигентности, конкурентоспособности и творческого потенциала личности. М.: Журн. «Народное образование», 1994. 63 с.
9. Белановский, С. А. Метод фокус-групп. М.: Издательство Магистр, 1996. – 272 с.
10. Бикбулатова, Е. А., Константинов, В. И., Осипенко, М. Ф. Факторы приверженности лечению больных в городских поликлиниках // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2011. – № 2-3. – С. М9-М9а.
11. Биккинина, Г. М., Исхаков, Э. Р. Взаимоотношение врач-пациент при выработке совместного решения о дальнейшем лечении соматической патологии // Успехи современного естествознания. – 2017. – №1. – С. 52.
12. Болотова, Е. В., Концевая, А. В., Ковригина, И. В. Особенности приверженности к медикаментозной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в территориальной поликлинике г. Краснодара // Кардиология Терапия. – 2017. – № 10 (139). – С. 32-36.
13. Вишневский, А., Андреев, Е., Тимонин, С. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3. – № 1. – С. 6-34.
14. Влияние информированности пациентов с острым инфарктом миокарда о своем заболевании на формирование приверженности к лечению после выписки из стационара / В. А. Суроедов, Р. А. Гридасова, Е.Г. Спиглазова [и др.] // Сборник статей V конгресса врачей первичного звена здравоохранения Юга России, XI конференции врачей общей практики (семейных врачей) Юга России. Ростов-на-Дону. – 2016. – С. 257-261.
15. Влияние медико-социальных факторов на приверженность к лечению пациентов с артериальной гипертензией / Е. И. Гришина, Е. В. Дмитриева, Е. Ю. Лясковец, Н. С. Недорезова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – №11. – С. 56.
16. Влияние пола и уровня образования на приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2 типа / Н. А. Яркова, Н. Н. Боровков,



О. В. Занозина [и др.] // Достижения персонализированной медицины сегодня – результат практического здравоохранения: сборник тезисов VII Всероссийского конгресса эндокринологов. ФГБУ "Эндокринологический научный центр" Минздрава России. М.: УП Принт, 2016. – С. 104.

17. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования / М. В. Яковлева, Е. И. Лубинская, Е. А. Демченко // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. Т. 8, № 2. – С. – 59-70.

18. Волнухин, А. В. Анализ приверженности пациентов сети негосударственных поликлиник врачебных назначений // Научный журнал. – 2017. – №1(14). – С. 77-880.

19. Вольская, Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2013. – № 3. – С. 6-15.

20. Врач лечит, а больной – лечится? Современные представления о приверженности к терапии пациентов с ишемической болезнью сердца / О. Ю. Шайдюк, М. А. Кудинова, Е. О. Таратухин, О. В. Ромашенко // Российский кардиологический журнал. – 2017. – №9(149). – С. 104-108.

21. Гаджимурадова, З. Г., Агаларова, Л. С. Исследование факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни городского населения // Уральский медицинский журнал. – 2014. – №6(120). – С.79-84.

22. Государственная поликлиника или самолечение - наш ответ болезням». Опрос ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2183. URL: <http://www.wciom.ru> дата обращения (22.08.2018)

23. Гришечкина, Н. В., Фахрудинова, Э. Р. Модель взаимодействия врача и пациента как фактор формирования комплаентности // Социология медицины – реформе здравоохранения: научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2013. – С. 183-188.

24. Данилов, Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4-12.
25. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА / Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, [и др.] // Кардиология. – 2007. – Т. 47, № 10. – С. 24-30.
26. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – Т.4., №5. – С. 83.
27. Домбровский, В., Омеляновский, В. Вопросы изучения приверженности лечению: критерии оценки и терминология // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2015. – №2. – С. – 16-23.
28. Дубинина, Е. А. Клинико-психологические аспекты приверженности лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы V Международной научно-практической конференции. – 2015. – С. – 327-331.
29. Ермолаева, А. С., Дралова, О. В., Максимов, М. Л. Безопасная гипотензивная терапия: снижение АД или контроль? // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 293-298.
30. Ефремова, Е. В., Шутов, А. М. Приверженность к антиагрегантной терапии больных с высокой коморбидностью // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2014. – Т.13. – №78(4). – С. 199-205.
31. Жичкина, А. Е. Теория, практика и методология опросов в Интернет. М., 2004. – 205 с.
32. Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник / Росстат. М., 2017. – 170 с.
33. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001, 2007. – 752 с.

34. Использование модели оценки приверженности к лечению пожилых пациентов с артериальной гипертензией / В. Э. Олейников, И. В. Елисеева, Н. А. Борисова, С. С. Фадеева // Робототехника и системный анализ: создание и исследование информационных моделей: сборник статей. Пенза.: Пензенский государственный технологический университет. – 2016. С. 87-93.

35. История амбулаторно-поликлинических, диспансерных и популяционных исследований: от первичной профилактики до замещающих стационаров технологий / Ф. Т. Агеев, И. Ф. Патрушева, А. Е. Кузмина [и др.] // Кардиологический вестник. – 2010. – Т.5. № 1 (XVII). – С. 38-45.

36. Каграманян, И. Н. Значение комплаенса в повышении качества медицинской помощи // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2015. – № 5. – С. 25-29.

37. Кадыров, Р. В. Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

38. Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению? / Л. Б. Лазебник, Д. В. Подкопаев, И. А. Комиссаренко, О. М. Михеева // Артериальная гипертензия. – 2011. – Т. 17. – № 3. – С. 239-245.

39. Кардиоваскулярная профилактика, 2017. Национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № S36. – С. 7-122.

40. Каримов, Р. Н. Статистика для врачей, биологов и не только... Часть 2. Как изучать связи / Р. Н. Каримов, Ю. Г. Шварц. Издательство Саратовского медицинского университета, 2009. – 188 с.

41. Каримов, Р. Н. Статистика для врачей, биологов, и не только... часть 1 Сбор, представление и предварительный анализ данных / Р. Н. Каримов, Ю. Г. Шварц. Саратов: Изд-во СГМУ, 2007. – 200 с.

42. Кед, А. П., Агаева, П. М. Интернет - опрос как метод социологического исследования // Проблемы современной экономики (Новосибирск). – 2015.– №27. – С. 112-116.

43. Клиническая инертность как фактор, препятствующий эффективному лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Э. В. Минаков, Р. А. Хохлов, Г. И. Фурменко, Н. М. Ахмеджанов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – № 2. – С. 39-48.

44. Козловский, В. И., Симанович, А. В. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные // Вестник ВГМУ. – 2014. – № 12(2). – С. 6–16.

45. Комаров, А. Л., Шахматова, О. О., Илющенко, Т. А. Факторы, определяющие прогноз у больных со стабильной формой ишемической болезни сердца (по результатам пятилетнего проспективного наблюдения) // Кардиология. – 2012. – Т. 1. – С. 4-14.

46. Комбинированная терапия ингибиторами АПФ и диуретиками в лечении артериальной гипертензии: приверженность лечению в амбулаторных условиях / Ф. Т. Агеев, Т. В. Фофанова, А. Г. Плисюк [и др.] // Фарматека. – 2008. – №15. – С.86-92.

47. Конобеева, Е. В. Приверженность к терапии и возможности повышения мотивации к лечению у пациентов с различными клиническими вариантами ишемической болезни сердца: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.01.05, Саратов, 2015. – 24 с.

48. Конради, А. О. Повышение приверженности терапии - путь к успеху в лечении кардиологических больных // Справочник поликлинического врача. – 2010. – № 7. – С. 20-24.

49. Котельникова, А. В., Кукшина А. А. Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. – № 3. – С. 4-9.

50. Кремлева, О. В. Проблемы нонкомплайентности в соматической клинике: тактика преодоления // Медицинская психология в России: электрон. научн. журн. – 2013. – № 4(21). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 22.08.2018).

51. Кувшинова, Н. Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – № 5-3. – С. 1014-1020.

52. Кужелева, Е. А., Борель К. Н., Гарганеева А. А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12. – № 3. – С. 291-295.

53. Лукина, Ю. В., Марцевич, С. Ю., Кутищенко, Н. П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. – 12. № 1. – С. 63-65.

54. Лукина, Ю. В., Кутищенко, Н. П., Марцевич С. Ю. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Т. – 13. – № 4. – С. 519-524.

55. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии / С. А. Бойцов, С. Ю. Марцевич, М. Л. Гинзбург [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – Т. 9. – № 2. – С. – 114-122.

56. Магомед-Эминов, М. Ш. Тест-опросник для измерения мотивации аффиляции. Модификация теста-опросника А. Мехрабиана // Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы / под ред. А. А. Бодалева, И. М. Карлинской, С. Р. Панталева, В. В. Столина. М., 1988.

57. Мартынов, А. А., Спиридонова, Е. В., Бутарева, М. М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – Т.1. – С. 21-27.
58. Мачильская, О. В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – № 9(3). – С. 55-65.
59. Медведев, В. Э. Личность пациента как фактор заболеваемости ишемической болезни сердца // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2010. – № 5. – С. 18-23.
60. Моросанова, В. И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ): Руководство. М., – 2004.
61. Мотивы отказов больных шизофрений от длительной антипсихотической терапии / А. С. Аведисова, Д. В. Ястребов, В.И. Бородин, Г.К. Дашкина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Т. 11. – № 2. – С. 6-13.
62. Наумова, Е. А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.06 - кардиология Саратов, 2007. – 236 с.
63. Наумова, Е. А. Тарасенко, Е. В., Шварц, Ю. Г. Приверженность к длительному лечению и хорошее самочувствие пациента // Современные наукоёмкие технологии. – 2007. – № 9. – С.53-54.
64. Наумова, Е. А., Шварц, Ю. Г., Тарасенко, Е. В. Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов терапевтического профиля в клиниках Саратова и Массачусетса // Современные проблемы науки и образования. – 2007.– №1. – С. 107-112.
65. Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) / В. Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Г.П.

Арутюнов [и др.] // Сердечная Недостаточность. – 2013. – Т.14. – №7(81). – С. 379-472.

66. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике / Р. Г. Оганов, С. А. Бойцов, Ф. Т. Агеев [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т.10. – № 6. – Приложение 2. – С. 528.

67. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов, по количественной оценке, приверженности к лечению. М., 2017. – 24 с.

68. Небиеридзе, Д. В., Сарычева, А. Ф., Камышова, Т. В. Актуальные вопросы контроля артериальной гипертензии и нарушения липидного обмена: фокус на приверженность. Профилактическая медицина. – 2015. – Т.10. – №6. – С. 87-90.

69. Нежелательные явления лекарственной терапии (первые результаты исследования по данным амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ) / Ю. В. Лукина, Н. А. Дмитриева, А. В. Захарова [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12. – № 3. – С. 306-313.

70. Николаев, Н. А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация // Качественная клиническая практика. – 2016. – №1. – С. – 50-59.

71. Николаев, Н. А. Руководство по клиническим исследованиям внутренних болезней: научная монография / Н.А.Николаев. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015. – 74 с.

72. Николаев, Н. А., Скирденко Ю. П. Российский опросник количественной оценки приверженности к лечению КОП-25 // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – Т. 27. – № 1. – С. 74-78.

73. Обзор и сравнительный анализ функциональных возможностей интернет-ресурсов поддержки проведения социологических опросов в режиме онлайн / А. Г. Подвесовский, А. Н. Бабурин, В. А. Попырко, А. Ф. Степанищев // Актуальные проблемы социально-гуманитарных исследований

в экономике и управлении: Материалы II Международной научно-практической конференции профессорско - преподавательского состава, магистров и студентов факультета экономики и управления. – 2015. – С. 247-257.

74. Обучение и самообразование пациента – важный шаг на пути повышения приверженности пациента к лечению / И. Е. Чазова, Т. В. Фофанова, Н. М. Чихладзе [и др.] // Системные гипертензии. – 2014. – Т.11. – № 3. – С. 7-10.

75. Ответственное самолечение – основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения / С. Н. Толпыгина, С. Ю. Марцевич, А. В. Концевая, О. М. Драпкина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 1. – С. 101-110.

76. Оценка приверженности к лечению и факторов, влияющих на нее, у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при назначении никорандила / С. Ю. Марцевич, Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2017. – Т. 13. – № 6. – С. 776-786.

77. Оценка приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений и ее влияния на качество терапии до развития острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3 / С. Ю. Марцевич, Ю. В. Семенова, Н. П. Кутишенко [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 6. – № 134. – С. 55–60.

78. Перспективы более раннего выявления заболеваний по результатам опроса пользователей интернет об их отношении к профилактике / В. И. Стародубов, А. С. Дворников, А. Г. Шевченко, К. В. Лопаков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 19. – № 3. – С. 2.

79. Погосова, Г. В., Колтунов, И. Е., Рославцева, А. Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической



болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиология. – 2007. – Т. 7. – № 3. – С. 79-84.

80. Пограничные психические расстройства в практике психиатров и неврологов (результаты фокусированного группового интервью) / А. С. Аведисова, К. В. Захарова, Д. В. Ястребов [и др.] // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14. – №3 (118). – С. 31-37.

81. Приверженность больных артериальной гипертонией к лечению по данным анкетирования посетителей поликлиники / Ф. К. Смаилова, Д. С. Полимбетов, Д. А. Ахментаева [и др.] // Вестник АГИУВ. – 2012. – № 2. – С. 23-24.

82. Приверженность больных хронической ишемической болезнью сердца к врачебным рекомендациям ПРОФИЛЬ / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутищенко, Н. А. Дмитриева, С. Ю. Марцевич // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 3 (143). – С. 14-19.

83. Приверженность к гиполипидемической терапии в течении 3х лет после ОКС / М. В. Зыков, С. А. Бернс, В. В. Кашталап, О. Л. Барбараш // Атеросклероз и дислипидемии. – 2017. – №2. – С. 58-67.

84. Приверженность к лечению больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от функционального состояния почек / Е. В. Ефремова, А. М. Шутов, И. А. Сабитов, С. С. Багаев, М. Ю. Зубарева // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. – № 1(41). – С. 34-37.

85. Приверженность к медикаментозной терапии больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию / С. А. Помешкина, И. В. Боровик, Е. В. Крупянко [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – Т. 28. – № 4. – С. 71–76.

86. Приверженность к терапии амбулаторных условий: возможность выявления и оценка эффективности терапии / Т. В. Фофанова, Т. В. Агеев, М. Д. Смирнова, А. Д. Деев // Кардиология. – 2017. – Т. 57. – № 2. – С. 35-42.

87. Приверженность к терапии пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от уровня когнитивного статуса / О. В. Малеева, О. А. Трубникова, Т. В. Куприянова, И. Н. Кухарева, О. Л. Барбараш // Лечащий врач. – 2017. – №10. – С.53.

88. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом / Ю. В. Лукина, М. Л. Гинзбург, В. П. Смирнов, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич // Клиницист. – 2012. – № 2. – С. 41-49.

89. Приверженность пациентов к антигипертензивной терапии и препятствия к ее улучшению: Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2. / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская, Е. Г. Старостина [и др.] // Терапевтический архив. – 2008. – Т. 80. – №. 3. – С. 76-82.

90. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации / Н. Ф. Пучиньян, Я. П. Довгалевский, П. В. Долотовская [и др] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7. – №5. – С. 567-573.

91. Проблемы приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации / А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // Доктор.Ру. – 2017. – № 11(140). – С. 19-26.

92. Результаты Российской научно-исследовательской программы по диагностике и лечению больных семейной гиперхолестеринемией. Высокая распространенность, низкая информированность, плохая приверженность / М.В. Ежов [и др.] // Атеросклероз и дислипидемии. – 2017. – №2 (27). – С. 5-15.

93. Сафроненко, В. А., Чесникова, А. И., Хрипун, А. В. Особенности течения ишемической болезни сердца у пациентов с 5-летним анамнезом инфаркта миокарда в зависимости от приверженности к терапии // Медицинский вестник Юга России. – 2013. – № 1. – С. 60-63.

94. Светличная, Т. Г., Смирнова, Е. А. Факторы формирования комплаенса больных при оказании психиатрической помощи (в оценках врачей и пациентов) // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2014. – Т. 19. – № 4. – С. 5-8.

95. Связь приверженности терапии с показателями психологического статуса пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию / В. А. Беззубова, С. А. Помешкина, А. В. Солодухин, О. Л. Барбараш // Cardiosоматика. – 2017. – Т. 8. – № 1. – С.12-13.

96. Семенова, Ю. В., Кутишенко, Н. П., Марцевич, С. Ю. Анализ проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации по данным опубликованных исследований // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2015. – Т. 11. – № 6. – С. 618-625.

97. Смирнова, М. Д., Агеев, Ф. Т. Статины – старые мифы и новые факты // Российский медицинский журнал. – 2017. – № 20. – С. 1421-1428.

98. Соболева, М. С. Оценка фармацевтическими специалистами приверженности пациентов к применению сердечно-сосудистых лекарственных препаратов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – №3. – С. 83-85

99. Способ повышения приверженности к гиполипидемической терапии: пат. 2470579 Рос. Федерация. № 2011141538 / Ф. Т. Агеев, Т. В. Фофанова, М. Д. Смирнова, А. Ш. Тхостов, А. С. Нелюбина, А. К. Мясников; заявл. 27.12.12; опубл.

100. Стребков, Д. О. Социологические опросы в Интернете: возможности и ограничения. URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/16216573/> (дата обращения 22.08.2018).

101. Строкова, Е. В. Многофакторный анализ приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук. Саратов, 2012. – 25 с.

102. Строкова, Е. В., Наумова, Е. А., Шварц, Ю. Г. Динамика аффективных расстройств на фоне длительного приема аторвастатина, отношение к болезни и приверженность к лечению статином пациентов с высоким риском развития ИБС // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. – С.18-18.

103. Строкова, Е. В., Наумова, Е. А., Шварц, Ю. Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – №1. – С.1169-1190.

104. Сумин, А. Н., Райх, О. И. Влияние типа личности Д на приверженность к лечению у кардиологических больных // Кардиология. – 2016. – Т. 56. – № 7. – С. 78-83.

105. Таранник, М. А., Копаница, Г. Д. Система оценки приверженности пациента // Информационные технологии. – 2017. – №2. – С. 46-54.

106. Тарасенко, Е. В., Наумова, Е. А., Шварц, Ю. Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 9. – С. 57-58.

107. Терещенко, С. Н. Когда насос теряет силу / С. Н. Терещенко // Медицинский вестник. – 2016. – Т. 4. – С. 725.

108. Толпыгина, С. Н. Изучение факторов, влияющих на отдаленный прогноз жизни больных с различными формами ишемической болезни сердца: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.05 – кардиология М., 2016. – 331 с.

109. Толпыгина, С. Н., Марцевич, С. Ю. Изучение динамики частоты приема основных классов лекарственных препаратов, показанных при лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, с 2004 по 2014 г. Данные регистра ПРОГНОЗ ИБС. Клиницист. – 2016. – Т. 10. – № 1. – С. 29-35

110. Факторы, влияющие на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события / А. В. Нелидова, Е. В. Усачева, О. В. Замахина, Е. В. Супрун // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 364.

111. Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., Мануйлов, Г. М. Диагностика «эмоционального интеллекта» (Н. Холл) Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С.57-59.

112. Фофанова, Т. В. Приверженность к терапии и методы ее повышения у больных артериальной гипертонией и ишемической болезни сердца: автореф. дисс. ... док. мед. наук: 14.01.05 кардиология Москва, 2015. – 48 с.

113. Фофанова, Т. В., Агеев, Ф. Т. Приверженность к лечению в медицинской практике и возможные методы в ее повышении // Кардиологический вестник. – 2011. – Т. 4. – № 2(XVIII). – С. 46-53.

114. Фофанова, Т. В., Агеев, Ф. Т., Смирнова, М. Д. Отечественный опросник приверженности к терапии: апробация и применение в амбулаторной практике // Системные гипертензии. – 2014. – № 2. – С. 13-16.

115. Хван, А. А., Зайцев, Ю. А., Кузнецова, Ю. А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки // Психологическая диагностика. – 2008. – № 1. – С. 35-58.

116. Штегман, О. А., Поликарпов, Л. С., Новиков, О. М. Приверженность к лечению амбулаторных больных хронической сердечной недостаточности // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – Т. 28. – № 2. – С. 78-82.

117. Эрлих, А. Д. Важность приверженности к двойной антитромбоцитарной терапии с тикагрелолом после острого коронарного синдрома // Лечебное дело. – 2017. – №1. – С. 44-50.

118. Эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов и анализ приверженности лечению / В. Э. Олейников, И. В.

Елисеева, Ю. А. Томашевская [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10. – № 4. – С. 391-396.

119. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011 // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т.7. – № 5 – Приложение. – С. 73.

120. Яковлева, М. В., Щелкова, О. Ю. Отношение к болезни и лечению больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2014. – Т. 2. – С. 349-355.

121. Ястребов, В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии // Психиатрия. – 2012. – Т. 4. – № 56. – С. 7-13.

122. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project / J. M. Castellano, G. Sanz, J. L. Penalvo, et al. // J Am Coll Cardiol. – 2014. – Vol. 64. – P. 2071-2082.

123. A single-item selfreport medication adherence question predicts hospitalisation and death in patients with heart failure / J. R. Wu, et al. // J Clin Nurs. – 2014. – Vol. 23(17–18). – P. 2554-2564.

124. A systematic literature review of psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a report of the ISPOR medication adherence & persistence special interest group. / J. E. Zeber, E. Manias, A. F. Williams, et al. // Value Health. – 2013. – Vol. 16(5). – P. 891-900. doi: 10.1016/j.jval.2013.04.014.

125. Adherence to secondary prevention medications and four-year outcomes in outpatients with atherosclerosis / D. J. Kumbhani, P. G. Steg, C. P. Cannon et al. // Am. J. Med. – 2013. – Vol. 126. – P. 693-700.

126. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences / R. Chowdhury, H. Khan, E. Heydon et al. // Eur Heart J. – 2013. – Vol. 34(38). – P. 2940-2948. doi: 10.1093/eurheartj/eh295.

127. Alcohol and Marijuana Use and Treatment Nonadherence Among Medically Vulnerable Youth. *Pediatrics* / E. R. Weitzman, R. E. Ziemnik, Q. Huang, S. Levy // *Pediatrics*. – 2015. – Vol. 136(3). – P.450-457.

128. Apgar, T., Nunlist, M. M. Practical Ways to Improve Medication Adherence // *Fam Pract Manag*. – 2016. – Vol. 23(5). – P. 52.

129. Assessing adherence to statin therapy using patient report, pill count, and an electronic monitoring device / C. W. Cheng, K. Woo, J. C. Chan, et al. // *Am J Health-Syst Pharm*. – 2005. – Vol. 62. – P. 411-415.

130. Association between non-adherence to statin and hospitalization for cardiovascular disease and all-cause mortality in a national cohort / S. Shin, S. Jang, T. J. Lee, H. Kim // *J Clin Pharmacol Ther*. – 2014. Vol. 52(11). P. 948-956. doi: 10.5414/CP202132.

131. Association of race consciousness with the patient-physician relationship, medication adherence, and blood pressure in urban primary care patients / L. C. Brewer, K. A. Carson, D. R. Williams, et al. // *Am J Hypertens*. – 2013. – Vol. 26(11). – P. 1346-1352. doi: 10.1093/ajh/hpt116.

132. Association of socioeconomic and practical unmet needs with self-reported nonadherence to cancer treatment appointments in low-income Latino and Black cancer patients / R. Costas-Muniz, J. Leng, A. Aragonés, J. Ramirez, N. Roberts, M. Mujawar, et al. // *Ethn Health*. – 2016. – Vol. 21(2). – P. 118-128.

133. Association of type D personality with unhealthy lifestyle, and estimated risk of coronary events in the general Icelandic population / E. Svansdottir, J. Denollet, B. Thorsson, et al. // *Eur J Prev Cardiol*. – 2013. – Vol. 20(2). – P. 322-330.

134. Associations between patients' adherence and GPs' attitudes towards risk, statin therapy and management of non-adherence-a survey and register-based study / B. L. Barfoed, M. S. Paulsen, P. M. Christensen, et al. // *Fam Pract*. – 2016. – Vol. 33(2). – P. 140-147. doi: 10.1093/fampra/cmw005.

135. Bakar, Z. A. Patient satisfaction and medication adherence assessment amongst patients at the diabetes medication therapy adherence clinic / M. L.

Fahrni, T. M. Khan // *Diabetes and Metabolic Syndrome Clinical Research and Reviews*. 2016. doi: 10.1016/j.dsx.2016.03.015.

136. Barber, N. Should we consider non-compliance a medical error? // *Qual Saf Health Care*. – 2002. – Vol. 11. – P.81-84.

137. Baroletti, S., Dell'Orfano, H. Medication adherence in cardiovascular disease // *Circulation*. – 2010. – Vol. 121. – P. 1455-1458.

138. Bosworth, H. Medication Adherence. In: Bosworth H., ed. *Improving Patient Treatment Adherence: A Clinician's Guide* // New York: Springer. – 2010. – P. 68-94.

139. Bushman, B., Cooper, H., Lemke, K. Meta-analysis of factor analyses: an illustration using the Buss-Durkee Hostility Inventory // *PSPB*. – 1991. – Vol. 17. – P. 344-349.

140. Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995* / London: Stationery Office, 2001. – 270 p.

141. Britten, N. What's a good doctor and how do you make one? // *BMJ*. – 2002. – Vol. 325. – P.711.

142. Brown, M. T., Bussell J. K. Medication adherence: WHO cares? // *Mayo Clin Proc*. – 2011. – Vol. 86(4). – P. 304-314. doi: 10.4065/mcp.2010.0575.

143. Brummel, A., Carlson, A. M. Comprehensive medication management and medication adherence for chronic conditions // *Journal of managed care pharmacy*. – 2016. – Vol. 22(1). – P. 22-30. doi:10.18553/jmcp.2016.22.1.22.

144. Buss, A. H., Durkee, A. An inventory for assessing different kinds of hostility // *Journal of Consulting Psychology*. – 1957. – Vol. 21. – P. 343-348.

145. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update / Nichols M., Townsend N., Scarborough P., et al. // *Eur Heart J*. – 2014. – Vol. 35 (42). – P. 2950-2959. doi: 10.1093/eurheartj/ehu299

146. Carter, S., Taylor, D., Levenson, R. A question of choice – compliance in medicine taking, a preliminary review // London: University of



London School of pharmacy, 2001. URL: [www.medicinespartnership.org](http://www.medicinespartnership.org) (дата обращения 22.08.2018)

147. Clinical inertia / L. S. Phillips, W. T. Jr. Branch, C. B. Cook, et al. // *Ann Intern Med.* – 2001. – Vol. 135. – P. 825-834.

148. Closing the quality gap: revisiting the state of the science (vol. 4: medication adherence interventions: comparative effectiveness) / M. Viswanathan, C. E. Golin, C. D. Jones, et al. // *Evidence Report/technology Assessment 2012.* – Vol. 208.4. – P. 1-685. URL: <http://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/gapmedadtp.html> (дата обращения 22.08.2018).

149. 'Compliance' is futile but is 'concordance' between rheumatology patients and health professionals attainable? / G. J. Treharne, A. C. Lyons, E. D. Hale et al. // *Rheumatology (Oxford).* – 2006. – Vol. 45(1). – P. 1–5.

150. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. / M. H. van der Wal, et al. // *Eur Heart J.* – 2010. – Vol. 31. – P. 1486-1493. doi: 10.1093/eurheartj/ehq091.

151. Conn, V. S., Ruppert, T. M. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis // *Prev Med.* – 2017. – Vol. 99. – P. 269-276. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.03.008.

152. Coomber, R. Using the Internet for Survey Research / *Sociological Research Online.* – 1997. – 2(2). URL: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/2/2.html> (дата обращения 22.08.2018).

153. Cornelia, B., Robert, B., Gretchen, B. Chapman Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness Behavioral and Brain Sciences // *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences.* – 2015. – Vol. 2(1). – P. 61-73. doi:10.1177/2372732215600716

154. Correlates of Medication Knowledge and adherence: Findings from the Residency Research Network of South Texas / S. Burge, D. White, E. Bajorek, O. Bazaldua, J. Trevino // *Family Medicine.* – 2005. – Vol. 37(10). – P. 712-718.

155. Cultural relevance in medication adherence interventions with underrepresented adults: systematic review and meta-analysis of outcomes / V. S. Conn, M. Enriquez, T. M. Ruppap, K. C. Chan // *Prev Med.* – 2014. – Vol. 69. – P. 239-247. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.10.021.
156. Current and remitted depression and anxiety disorders as risk factors for medication nonadherence / P. M. Bet, B. W. Penninx, S. D. van Laer, W. J. Hoogendijk, J. G. Hugtenburg // *J Clin Psychiatry.* – 2015. – Vol. 76(9). – P. 1114-1121. doi: 10.4088/JCP.14m09001.
157. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century / London: DoH, 2001. –120 p.
158. Depression, substanceuse, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive blackmen / M. T. Kim, H. R. Han, M. N. Hill, et al. // *Ann Behav Med.* – 2003. – Vol. 26(1). – P. 24-31.
159. Desai, N. R., Choudhry N. K. Impediments to adherence to post myocardial infarction medications // *Curr. Cardiol. Rep.* – 2013. – Vol. 15(1). – P. 322. doi: 10.1007/ s11886-012-0322-6.
160. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases / E. A. Bayliss et al. // *Ann. fam. med.* – 2003. – Vol. 1(1). – P. 15-21.
161. DiMatteo, M. R. Variations in patient’s adherence to medical recommendations – a quantitative review of 50 years of research // *Med. Care.* 2004. – Vol. 42(3). – P. 200-209.
162. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease / C. I. Coleman, B. Limone, D. M. Sobieraj, et al. // *J Manag Care Pharm.* – 2012. –Vol. 18(7). – P. 527-539.
163. Effect of drug reminder packaging on medication adherence: a systematic review revealingresearch gaps / F. Boeni, E. Spinatsch, K. Suter, K. E. Hersberger, I. Arnet // *Syst Rev.*– 2014. doi: 10.1186/2046-4053-3-29
164. Effects of and satisfaction with short message service reminders for patient medication adherence: a randomized controlled study / H. L. Huang, Y. C.

Li, Y. C. Chou, et al. // BMC Med Inform Decis Mak. – 2013. doi: 10.1186/1472-6947-13-127

165. Electronic monitoring and counseling to improve medication adherence / M. Rosen, M. Rigsby, J. Salahi, C. Ryan // Behav Res Ther. – 2004. – Vol. 4. – P. 409-422.

166. Estimated Annual Pharmaceutical Revenue Loss Due to Medication Nonadherence // HealthPrize. 2016. URL: [https://www.capgemini.com/wp-content/uploads/2017/07/Estimated\\_Annual\\_Pharmaceutical\\_Revenue\\_Loss\\_Due\\_to\\_Medications\\_Non-Adherence.pdf](https://www.capgemini.com/wp-content/uploads/2017/07/Estimated_Annual_Pharmaceutical_Revenue_Loss_Due_to_Medications_Non-Adherence.pdf) (дата обращения 22.08.2018)

167. Evidence-based pharmacotherapy after myocardial infarction in France: Adherence-associated factors and relationship with 30-month mortality and rehospitalization / P. Tuppin, et al. // Archives of Cardiovascular Diseases. – 2010. – Vol. 103(6). – P.363-375.

168. Expenditures and complications of multiple chronic conditions in elderly / J. L. Wolf, et al. // Arch. intern. med. – 2002. – Vol. 162(20). – P. 2269-2276.

169. Experiences of a community pharmacy service to support adherence and self-management in chronic heart failure / R. Lowrie, L. Johansson, P. Forsyth, et al. // Int J Clin Pharm. – 2014. – Vol. 36(1). –P. 154-162. doi: 10.1007/s11096-013-9889-2.

170. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000 / E. S. Ford, U. A. Ajani, J. B. Croft, et al. // N. Engl. J. Med. –2007. – Vol. 356(23). – P. 2388-2398. doi.org/10.1111/j.1365-2710.

171. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin, G. E. Sklar, et al. // Ther Clin Risk Manag. – 2008. – Vol. 4(1). – P. 269-286.

172. Factors associated with adherence in HIV patients / A. A. Velasco, M. L. Suberviola, E. M. Esteban, et al. // Farm Hosp. – 2009. – Vol. 33(1). – P. 4-11.

173. Factors affecting medication adherence: patient perspectives from five veterans affairs facilities / C. Hsu, J. M. Lemon, E. S. Wong, et al. // BMC Health Serv Res. – 2014. – Vol. 13(14). – P. 533. doi: 10.1186/s12913-014-0533-1.

174. Farmer, K.C. Medication adherence in health care: are we utilizing what we have learned? // Clin Ther. – 2011. – Vol. 33(8). – P. 1081-1083.

175. Features of effective medical knowledge resources to support point of care learning: a focus group study / D. A. Cook, K. J. Sorensen, W. Hersh, et al. // PLoS One. – 2013. – Vol. 8(11). doi: 10.1371/journal.pone.0080318.

176. Ferguson, M., Liu, M. Communication needs of patients with altered hearing ability: Informing pharmacists' patient care services through focus groups. J Am Pharm Assoc (2003). – 2015. – Vol. 55(2). – P. 153-160. doi: 10.1331/JAPhA.2015.14147.

177. Florczak, E., Tokarczyk, B., Warchoń-Celińska, E. Assessment of adherence to treatment in patients with resistant hypertension using toxicological serum analysis. A subgroup evaluation of the RESIST-POL study // Pol Arch Med Wewn. – 2015. – Vol. 125. – № 1–2. – P. 65-72.

178. Flores-Mateo, G. Analyzing the coronary heart disease mortality decline in a Mediterranean population: Spain 1988–2005 / G. Flores-Mateo, M. Grau, M. O'Flaherty, et al. // Rev. Esp. Cardiol. – 2011. – Vol. 64. – № 11. – P. 988-996.

179. Follow-up of Patients with New Cardiovascular Implantable Electronic Devices: Is Adherence to the Experts' Recommendations Associated with Improved Outcomes? / P. L. Hess, X. Mi, L. H. Curtis, et al. // Heart Rhythm. – 2013. – Vol. 10 (8). – P. 112-1133.

180. Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J Psychiatr Res. – 1975. – Vol. 12(3). – P. 189-198.

181. Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: A cross-sectional study. / M.

A. Ali // Indian Heart J. – 2017. – Vol. 69(4). – P. 469-473. doi: 10.1016/j.ihj.2017.05.017.

182. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking / The Royal pharmaceutical society of Great Britain. Working Party report. 1998. URL: [www.medicinespartnership.org](http://www.medicinespartnership.org) (дата обращения 22.08.2018).

183. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization, 2018. URL: <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/haberler/2018%20istatistikleri.pdf> (дата обращения 22.08.2018).

184. Gupta, A. K., Arshad, S., Poulter, N. R. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis // Hypertension. – 2010. – Vol. 55(2). –P. 399-407.

185. Hamman, R. The application of ethnographic methodology in the study of cybersex // Cybersociology Magazine. – 1997. – Vol. 1. URL: <http://www.socio.demon.co.uk/magazine/plummer.html> (дата обращения 22.08.2018).

186. Hansson, L. Evaluation of endpoints in hypertension // Blood Pressure. – 1997. – Vol. 6(2). – P. 76-80.

187. Hauptman, P. J. Medication adherence in heart failure // Heart Fail Rev. – 2008. – Vol. 13. – P. 99-106.

188. Haynes, R., Donald, H., Garg, A, Montague, P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2003. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub1.

189. Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A. Interventions for enhancing medication adherence // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2005. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub2.

190. Ho, P. M, Bryson, C. L, Rumsfeld J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. // Circulation. – 2009. – Vol. 119. – P. 3028-3035.

191. Hornsey, M. J., Harris, E. A., Fielding, K. S. The Psychological Roots of Anti-Vaccination Attitudes: A 24-Nation Investigation // *Health Psychol.* – 2018. doi: 10.1037/hea0000586.
192. Hotchkiss, J. W. Explaining trends in Scottish coronary heart disease mortality between 2000 and 2010 using IMPACTSEC model: retrospective analysis using routine data / J. W. Hotchkiss, C. A. Davies, R. Dundas, et al. // *BMJ.* – 2014. – Vol. 348. – P. g1088-g1088.
193. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments / B. Pérez-Escamilla, L. Franco-Trigo, J. C. Moullin, et al. // *Patient Prefer Adherence.* – 2015. – Vol. 9. – P. 569-578.
194. Identification of evidencebased interventions for promoting HIV medication adherence: findings from a systematic review of U.S.-based studies, 1996-2011 / M. R. Charania, K. J. Marshall, C. M. Lyles, et al. // *AIDS Behav.* – 2014. – Vol. 18(4). – P. 646-60. doi: 10.1007/s10461-013-0594-x.
195. Identifying patients' beliefs about treatments for chronic low back pain in primary care: a focus group study / A. Dima, G. T. Lewith, P. Little, et al. // *Br J Gen Pract.* – 2013. – Vol. 63(612). doi: 10.3399/bjgp13X669211.
196. Impact of statin adherence on cardiovascular disease and mortality outcomes: a systematic review / M. A. De Vera, V. Bhole, L. C. Burns, D. Lacaille // *Br J Clin Pharmacol.* – 2014. – 78(4). – P. 684-698.
197. Improving medication adherence and Health care outcomes in a commercial population through a community paharmacy/ E. O. Akinbosoye, S. M. Taitel, J. Grana, J. Hill, et al // *Population health management.* – 2016. doi: 10.1089/pop.2015.0176
198. Intervention for enhancing medication adherence (Review) / R. Nieuwlaat, N. Wilczynski, T. Navarro, et al // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2014. doi: 10.1002/14651858.CD00011.pub4.

199. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature / E. Costa, A. Giardini, M. Savin, et al. // *Patient Prefer Adherence*. – 2015. – Vol. 9. – P. 1303-1314.
200. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings / C.M. Renders, G.D. Valk, S. Griffin, et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2000. doi: 10.1002/14651858.CD001481.
201. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study / G. J. Fodor, M. Kotrec, K. Bacskai, et al. // *J Hypertens*. – 2005. – Vol. 23. – P. 1261-1266.
202. Kilbourne, A. M. Good, C. G, Sereika, M. S. Algorithm for assessing patient's adherence to oral hypoglycemic medication // *Am J Health-Syst Pharm*. – 2005. – Vol. 62. – P.198-204.
203. Kim, Y., Kong, K. A. Do Hypertensive Individuals Who Are Aware of Their Disease Follow Lifestyle Recommendations Better than Those Who Are Not Aware? // *PLoS One*. – 2015. – Vol. – 10(8). doi: 10.1371/journal.pone.0136858.
204. Kronish, I. M. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions // *Prog Cardiovasc Dis*. – 2013. – Vol. 55(6). – P. 590-600. doi: 10.1016/j.pcad.2013.02.001.
205. Lam, W. Y., Fresco, P. Medication adherence measures: An overview // *BioMed research international*, Hindawi Publishing Corporation. – 2015. doi: 10.1155/2015/217047
206. Laufs, U., Rettig-Ewen, V., Böhm, M. Strategies to improve drug adherence // *Eur Heart J*. – 2011. – Vol. 32(3). – P. 264-268. doi: 10.1093/eurheartj/ehq297.
207. Lehane, E., McCarty, G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper // *Int Nurs Stud*. – 2007. – Vol. 44. – P. 1468-1477.

208. Lewis, D., Robinson, J., Wilkinson, E. Factors involved in deciding to start preventive treatment: qualitative study of clinicians' and lay people attitudes // *BMJ*. – 2003. – Vol. 327. – P. 841.
209. Loghman-Adham, M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation // *Am. J. Manag Care*. – 2003. – Vol. 9(2). – P. 155-71.
210. Lowry, K., Dudley, T., Oddone, E. International and uninternational non-adherence to antihypertensive medication // *Ann Pharmacother*. – 2005. – Vol. 39. – P. 1198-1203.
211. Man, A. J., Veld, T. Surrogate end points in clinical trials / *Blood Pressure*. – 1997. – Vol. 6(2). – P. 120-123.
212. McKay, C. D., Verhagen e. “Compliance” versus “adherence” in sport injury prevention: why definition matters // *British Journal of sports Medicine*. – 2016. – Vol. 50(7). – P. 382-U1. doi 10.1136/bjsports-2015-095192
213. McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes // *BMJ*. – 2000. – Vol. 867. – P.871.
214. Medication Adherence in a Cardiac Ambulatory Setting Online / J. Rosenberger, E. Bernhofer, S. McCrudden, R. Johnson // *J Issues Nurs*. – 2017. – Vol. 22(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol22No03PPT51 [R].
215. Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2015. doi: 10.1177/1474515115571213
216. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure / J. R. Wu, T. A. Lennie, M. L. Chung, et al. // *Heart Lung*. – 2012. – Vol. 41(2). – P. 107-114.
217. Medication adherence in HIV-positive patients with diabetes or hypertension: a focus group study / A. K. Monroe, T. L. Rowe, R. D. Moore, G. Chander // *BMC Health Serv Res*. – 2013. – Vol. 13(488). doi: 10.1186/1472-6963-13-488.



218. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: the effect of patient education, health literacy, and musculoskeletal ultrasound / S. Joplin, R. van der Zwan, F. Joshua, P. K. Wong // *Biomed Res Int.* – 2015. doi: 10.1155/2015/150658.

219. Medication Adherence: Truth and Consequences / M. T. Brown, J. Bussell, S. Dutta, et al. // *Am J Med Sci.* – 2016. – Vol. 351(4). – P. 387-399. doi: 10.1016/j.amjms.2016.01.01

220. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor / T. Simon-Tuval, et al. // *J. MedGenMed.* – 2007. – Vol. 9(3). – P. 58.

221. Mehrabian, A. Measures of achieving tendency // *Educational and psychological measurement.* – 1969. – Vol. 29. – P. 445-451.

222. Merton, R., Fiske, M., Candall, P. The focused interview. Glen-coe, 1956.

223. Meta-analyses of Theory Use in Medication Adherence Intervention Research / V. S. Conn, M. Enriquez, T. M. Ruppar, K. C. Chan // *Am J Health Behav.* – 2016. – Vol. 40(2). – P.155-171. doi: 10.5993/AJHB.40.2.1.

224. Monnette, A., Zhang, Y., Hui, Shao Concordance of Adherence Measurement Using Self-Reported Adherence Questionnaires and Medication Monitoring Devices: An Updated Review // *PharmacoEconomics.* – 2018. – Vol. 36(1). – P. 17-27.

225. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood M. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *J Clin Hypertens.* 2008. Vol. 10(5). P. 348-354.

226. Morisky, D. E., Green, L. W., Levine, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med Care.* – 1986. – Vol. 24(1). – P. 67-74.

227. Morris, L., Schulz, R. Patient compliance: an overview. // *J. Clin. Pharm. Ther.* – 1992. – Vol. 17(5). – P. 283-295.

228. Müller, S., Kohlmann, T., Wilke, T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire - an instrument for identifying potential risk factors

associated with medication-related non-adherence // BMC Health Serv Res. – 2015. – Vol. 15. – P. 153. doi: 10.1186/s12913-015-0809-0.

229. Mutasingwa, D. R., Ge, H., Upshur, R. E. How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? // Can Fam Physician. – 2011. – Vol. 57(7). – P. 253-262.

230. Naderi, S. H, Bestwick, J. P, Wald, D. S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: metaanalysis on 376,162 patients // Am J Med. – 2012. – Vol. 125. – P. 882-887.

231. Náfrádi, L., Nakamoto, K., Schulz, P.J. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence // PLoS One. – 2017. – Vol.12(10). doi: 10.1371/journal.pone.0186458.

232. National Institutes of Health. Morbidity & mortality: 2012 chart book on cardiovascular, lung, and blood diseases. URL: [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/research/2012\\_ChartBook\\_508.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/research/2012_ChartBook_508.pdf) (дата обращения 22.08.2018)

233. Neutel, J. M., Smith, D. H. G. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. // J. Clin. Hypertens. – 2003. – Vol. 5(2). – P. 127-132.

234. Non-adherence to antihypertensive medication: the role of mental and physical comorbidity / A. Calderón-Larrañaga, E. Diaz, B. Poblador-Plou, et al. // Int J Cardiol. – 2016. – Vol. 207. – P. 310-316.

235. Non-adherence to cardiovascular medication / K. Kolandaivelu, B. B. Leiden, P. T. O'Gara, D. L. Bhatt // Eur Heart J. – 2014. – Vol. 35(46). – P. 3267-3276. doi: 10.1093/eurheartj/ehu364.

236. Osterberg, L., Blaschke, T. Adherence to medication // NEMJ. – 2005. – Vol. 353. – P. 487-497.

237. Patient adherence and medical treatment outcomes – a meta-analysis / M. R. DiMatteo, P. J. Giordani, H. S. Lepper, T. W. Croghan // Med. Care. – 2002. – Vol. 40(9). – P. 794-811.

238. Patient adherence to medical treatment: a meta review / E. Sluijs, S. van Dulmen, L. van Dijk, et al // BMC Health Services Research. – 2007. – Vol. 7(55). – P. 1-142.

239. Patient and Partner Feedback Reports to Improve Statin Medication Adherence: A Randomized Control Trial / A. Reddy, T. L. Huseman, A. Canamucio et al. // J Gen Intern Med. – 2016. doi: 10.1007/s11606-016-3858-0.

240. Patient-centered outcomes of medication adherence interventions: systematic review and meta-analysis / V. S. Conn, T. M. Rupper, R. M. Enriquez, P. S. Cooper // Value Health. – 2016. – Vol. – 19(2). – P. 227-285. doi: 10.1016/j.val.2015.12.001.

241. Phillips, L. S., Branch, W. T. Jr., Cook, C. B. Clinical inertia // Ann Intern Med. – 2001. – Vol. 135. – P. 825-834.

242. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation / N. Kerse, S. Buetow, A. mainous, G. Young // Annals of Family Medicine. – 2004. – №2. – P.455-461.

243. Poor Adherence to Statin and Antihypertensive Therapies as Risk Factors for Fatal Stroke / K. Herttua, P. Martikainen, G. D. Batty, M. Kivimaki // Journal of the American College of Cardiology. – 2016. – Vol. 67(13). – P.1507-1515.

244. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy / R. H. Chapman, J. S. Benner, A. A. Petrilla, et al. // Arch Intern Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1147-1152.

245. Predictors of medication nonadherence differ among black and white patients with heart failure / V. V. Dickson, G. J. Knafl, B. Riegel // Res Nurs Health. – 2015. doi: 10.1002/nur.21663

246. Predictors of medication adherence postdischarge: the impact of patient age, insurance status, and prior adherence / M. J. Cohen, S. Shaykevich, C. Cawthon, S. Kripalani, et al. // J Hosp Med. – 2012. – Vol. 7(6). – P. 470-475. doi: 10.1002/jhm.1940.

247. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions / M.A. Fischer, M.R. Stedman, J. Lii, et al. // *J Gen Intern Med.* – 2010. – Vol. 25(4). – P. 284-290.
248. Primary medication non-adherence after discharge from a general internal medicine service. / B. A. Fallis, et al. // *PLoS One.* – 2013. – Vol. 8(5). – doi: 10.1371/journal.pone.0061735.
249. Reason, J. T. Human error: models and management // *BMJ.* – 2000. – Vol. 320. – P. 768-770.
250. Reasons for adherence with antihypertensive medication / S. Svensson, K. I. Kjellgren, J. Ahlner, et al. // *Int J Cardiol.* – 2000. – Vol. – 76(2-3). – P. 157-163.
251. Regan, S., Ferris, T. G., Campbell, E. G. Physician attitudes toward personal relationships with patients. // *Med Care.* – 2010. – Vol. – 48(6). – P. 547-552. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181d559d0.
252. Relationship Between Medication Adherence and Health-Related Quality of Life in Subjects With COPD: A Systematic Review / T. Ágh, P. Dömötör, Z. Bártfai, et al. // *Respir Care.* – 2015. – Vol. 60(2). – P. 297-303. doi: 10.4187/respcare.03123.
253. Simon, C., Critchley, J., Unal, B. IMPACT, a validated, comprehensive coronary heart disease model. Model overview & technical appendices // Univ. Liverpool UK. –2007. – P. 136.
254. Sabate, E. WHO Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. (2001). Adherence to long-term therapies: policy for action: meeting report, 4-5 June 2001. Geneva: World Health Organization. URL: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66984> (дата обращения 22.08.2018)
255. Scarlett, W., Young, S. Medical Noncompliance: The Most Ignored National Epidemic // *J Am Osteopath Assoc.* – 2016. – Vol. 116(8). – P. 554-555. doi: 10.7556/jaoa.2016.111.

256. Schectman, G. Hiatt, J., Hartz, A. Telephone contacts do not improve adherence to niacin or bile acid sequestrant therapy // *The annals of pharmacotherapy*. – 1994. – Vol. 1. – P.29-35.
257. Seidman, I. *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*, 3rd edn. New York: Teachers College Press, 2006.
258. Shu, A. D. Adherence to osteoporosis medication after patient and physician brief education: post hoc analysis of a randomized controlled trial// *Am J Manag Care*. – 2009. – Vol. 15(7). – P. 7-24.
259. Sidney, C. Smith. Adherence to Medical Therapy and the Global Burden of Cardiovascular Disease // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2016. – Vol. 67(13). doi: 10.1016/j.jacc.2016.02.016
260. Similarities and differences between asthma health care professional and patient views regarding medication adherence / S. Peláez, S. L. Bacon, M. W. Aulls, et. al. // *Can Respir J*. – 2014. – Vol 21(4). – P. 221-226.
261. Simpson, R., Mendys, P. The effects of adherence and persistence on clinical outcomes in patients treated with statins: a systematic review // *J. Clin. Lipidol*. – 2010. – Vol. 4(6). – P. 462-471.
262. Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S.R. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality // *BMJ*. – 2006. –Vol. 333. – P.15.
263. Smith, R. C. *The Patient's Story: Integrating the Patient- and Physician-centered Approaches to Interviewing* // *Ann Intern Med*. –1991. – Vol. 115(6). – P. 470. doi: 10.7326/0003-4819-115-6-470
264. Stalmeijer, R. E., Mcnaughton, N., Van Mook, W. N. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. // *Med Teach*. – 2014. – Vol. 36(11). – P. 923-939. doi: 10.3109/0142159X.2014.917165.
265. Temple, R. J. A regulatory authority's opinion about surrogate endpoints. In: Ed. W. S. Nimmo, G. T. Tucker *Clinical measurements in drug evaluation*. N.Y., J. Wiley, 1995.

266. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, AUDIT, second edition» / Geneva: WHO. 2001. P.31. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO\\_MS\\_D\\_MSB\\_01.6a.pdf;sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MS_D_MSB_01.6a.pdf;sequence=1) (дата обращения: 22.08.2018).

267. The association between adherence to cardiovascular medications and healthcare utilization / T. Simon-Tuval, et al. // Eur J Health Econ. – 2016. – Vol. 17(5). – P. 603-610. doi: 10.1007/s10198-015-0703-z.

268. The effectiveness of medication adherence intervention among patients with coronary artery disease: a meta-analysis / J. D. Chase, J. L. Bogener, T. M. Ruppert, V. S. Conn // The journal of cardiovascular nursing. – 2015. doi: 10.1097/JCN.0000000000000259.

269. The role of mHealth for improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review / Y. Gandapur, S. Kianoush, H. M. Kelli, et al. // European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes. – 2016. – Vol. 2. – P. 237-244. doi:10.1093/ehjqcco/qcw018.

270. Toelle, B. G., Ram, F. F. Written individualized management plans for asthma in children and adults //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2004. doi: 10.1002/14651858.CD002171.pub2.

271. Traynor, M. Focus group research // Nurs Stand. – 2015. – Vol. 29(37). – P. 44-48. doi: 10.7748/ns.29.37.44. e8822.

272. Treatment Compliance among patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus in a coastal population of Southern India / C. R. Rao, K. G. Veena, A. Shetty, A. Kamath // Int J Prev Med. – 2014. – Vol. 5(8). – P. 992–998.

273. Unni, E., Shiyambola, O. O., Farris, K. B. Change in Medication Adherence and Beliefs in Medicines Over Time in Older Adults // Glob J Health Sci. – 2015. – Vol. 8(5). – P. 39-47. doi: 10.5539/gjhs.v8n5p39.

274. Unni, E.J., Farris, K.B. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults // Patient Educ Couns. – 2011. – Vol. 83. – P. 265-268.

275. Untangling the relationship between medication adherence and post-myocardial infarction outcomes / N. K. Choudhry, R. J. Glynn, J. Avorn, et al. // *Am Heart J.* – 2014. – Vol. – 167. –P. 51-58. doi: 10.1016/j.ahj.2013.09.014.

276. Urquhart, J. Pharmacoeconomic consequences of variable patient compliance with prescribed drug regimens // *Pharmacoeconomics.* – 1999. – Vol. 15. – P. 217-228.

277. Van Camp, G. Cardiovascular disease prevention // *Acta Clin Belg.* – 2014. – Vol. 69(6). – P. 407-411. doi: 10.1179/2295333714Y.0000000069.

278. What are validated self-report adherence scales really measuring? a systematic review / T.-M. Nguyen, A. L. Caze, N. Cottrell // *British Journal of Clinical Pharmacology.* – 2014. – Vol. 77. – P.427-445.

279. Willenheimer, R., Dahlof, B., Gordon, A. Clinical trials in cardiovascular medicine: are we looking for statistical significance or clinical relevance // *Heart.* – 2000. – Vol. 8. – P. 129-133.

280. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action / Geneva: WHO, 2003. – 230 p.

«Форма – опросник» для пациентов

Дата \_\_\_\_\_

Уважаемый пациент!

В клиниках города проводится исследование, направленное на изучение причин, влияющих на поведение больных и на эффективность лечения. Мы приглашаем Вас принять в этом участие. Ваше участие будет заключаться в ответах на вопросы. Ваши ответы на вопросы будут использованы только для научного анализа, и не будут передаваться никому. Очень важно, чтобы Вы ответили на поставленные вопросы как можно искренне. Вы имеете полное право отказаться от участия в данном исследовании сейчас или после того, как ознакомитесь с вопросами.

Инструкция по работе с опросником

Для каждого вопроса приведено несколько вариантов ответов. Пожалуйста, поставьте крестик в квадрате около того варианта, который вы считаете правильным, отражающим Ваше мнение, Ваш опыт, или Ваши действия. В том случае, если Ваше мнение не отражено предложенными вариантами ответов, напишите его в строке, оставленной для этого.

1. Ваш возраст: \_\_\_\_\_ Пол М  Ж
2. Ваш вес: \_\_\_\_\_ кг 3. Ваш рост: \_\_\_\_\_ см
4. Образование: среднее  специальное  высшее
5. Профессия умственного труда  физического труда
6. Ваш материальный доход Вы оцениваете как:  
 Ниже среднего  выше среднего  
 средний  высокий
7. По поводу какого заболевания Вы обратились за медицинской помощью?

---

8. У Вас имеется артериальная гипертония (гипертоническая болезнь)? Да  Нет
9. У Вас бывают гипертонические кризы? Да  Нет
10. У Вас ранее были инфаркты: да  Нет
11. У Вас ранее были инсульты: да  Нет
12. У Вас имеется стенокардия: да  Нет
13. У Вас есть сердечная недостаточность? Да  Нет
14. У Вас есть Сахарный диабет: да  Нет
15. У Вас есть другие сопутствующие заболевания: да  Нет  Если Да, укажите какие \_\_\_\_\_

---

16. Как Вы считаете: при Вашем заболевании принимать лекарства необходимо:  
 постоянно (регулярно)  только по  
 курсами  потребности  
 другое \_\_\_\_\_
17. Как Вы считаете, Здоровье-это в большей мере:  
 забота врачей  затрудняюсь ответить  
 родственников  другое \_\_\_\_\_  
 моя
18. Вы принимаете предписанные вам препараты:  
 постоянно (регулярно)  почти никогда  
 курсами  мне ничего не назначали  
 иногда, когда совсем «прижмет»  другое \_\_\_\_\_
19. Что такое для Вас болезнь?  
 Ограничение физического, психического, социального благополучия  
 Результат предыдущей жизнедеятельности  
 Катастрофа  
 Судьба  
 Образ жизни
20. Что Вы знаете о Вашей болезни?  
 Знаю все - от чего она возникает, как развивается, ее клинику, лечение и прогноз  
 Знаю какие таблетки и когда принимать, куда обращаться, и этого достаточно  
 Знаю только кое-что, но недостаточно  
 Не знаю ничего



21. Хотели бы Вы знать о возможности лечения вашей болезни:
- Хочу знать все возможности, какие только есть в стране
  - Хочу знать только о том, что можно получить тут, в Саратове
  - Хочу знать только о том лечении, что назначил врач
  - Не хочу знать ничего, кроме того, что знаю; врач отвечает, за лечение, которое назначил
  - Другое \_\_\_\_\_
22. Из каких источников вы получаете информацию о своем заболевании:
- от врача
  - из популярных газет и журналов
  - при общении с другими больными
  - из теле- и радиопередач
  - другое \_\_\_\_\_
23. Вы спрашивали специально у Вашего врача о Вашей болезни (*обведите ДА или НЕТ*):
- от чего она возникает да  Нет
- как ее лучше лечить да  Нет
- вылечивается ли она да  Нет
- возможны ли опасные осложнения да  Нет
- может ли она привести к смерти да  Нет
- какие еще есть возможности лечения в Саратове Да  Нет
- какие еще есть возможности лечения других городах и странах? Да  Нет
24. Считаете ли Вы, что Ваше заболевание
- Крайне опасно для здоровья и жизни
  - Достаточно опасно для здоровья и жизни
  - Вредит здоровью, но жить с ним не опасно
  - Только иногда может приносить некоторые нарушения самочувствия
  - Это то, из чего врачи в своих интересах делают проблему
  - Это то, что не заслуживает серьезного внимания
  - Затрудняюсь ответить
25. Хотели бы Вы знать всю правду о своей болезни?
- Да, без всяких исключений, даже если это смертельная болезнь
  - Да, но только не диагноз неизлечимой болезни
  - Нет, врач знает, что мне надо сказать
26. Вы думаете, что если лечить Ваше заболевание, то:
- возможно существенное улучшение самочувствие и увеличение продолжительности жизни
  - может быть улучшено самочувствие, но жизнь не продлить
  - это почти безразлично для организма человека
  - это приносит только хлопоты, но никакой пользы
  - это приносит больше вреда для организма
  - не думаю по этому поводу
  - другое \_\_\_\_\_
27. Если вы **прекращали** лечение, назначенное Вам в стационаре или поликлинике, то потому что:
- чувствуете себя хорошо и без приема препарата
    - предписанные препараты имели ПЭ
    - режим приема препаратов был сложным и неудобным
    - ваше материальное положение не соответствует стоимости лечения
    - вас занимают более серьезные, чем болезнь, проблемы
    - опасаетесь возможных нежелательных последствий лечения
    - предписанные препараты не улучшают вашего состояния
    - вам неудобно по времени и расстоянию посещать врача
    - не сложились отношения с лечащим врачом
    - препараты, прописанные врачом, ухудшают ваше состояние
    - другое \_\_\_\_\_
28. Ваши отношения с врачом Вы оцениваете как:
- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> сотрудничество | <input type="checkbox"/> официальные  |
| <input type="checkbox"/> дружеские      | <input type="checkbox"/> диктаторские |

- равнодушие и «халтура» со стороны врача
- другое \_\_\_\_\_
29. Вы удовлетворены процессом своего лечения?
- Да
- Частично
- Нет
- Затрудняюсь ответить
30. Хотели бы Вы, чтобы врач советовался с Вами по поводу того, какое лечение применить в случае, если есть выбор:
- Да
- Не уверен
- Нет, выбирать должен врач
31. Вы предпочитаете лечиться:
- В стационаре
- В поликлинике
- В частной клинике
- Самостоятельно
32. Чем обусловлен Ваш выбор места лечения (*выберите 1, максимум 2 утверждения*):
- Я больше доверяю врачам в этом учреждении
- В нем работают профессионалы более высокого уровня
- Это удобнее, быстрее, проще
- В этом учреждении отношение со стороны персонала к пациентам лучше
- В этом учреждении более комфортные условия
- Учреждение лучше оснащено оборудованием и т.п.
- Получение льготных услуг (бесплатные препараты и т.п.)
- Необходимость официального больничного листа
- Другое \_\_\_\_\_
33. В какой из перечисленных ситуаций Вы бы точно выполняли все указания вашего врача, и длительно (а то и постоянно) принимали все препараты:
- Вы абсолютно доверяете своему врачу (\*он профессионал!), он постоянно Вас наблюдает, лечит, приглашает на осмотры, у Вас с ним комфортные для Вас взаимоотношения
- Вы доверяете своему врачу, но Вы с ним все обсуждаете и все решения о Вашем лечении Вы принимаете вместе, Вы осознанно следуете его рекомендациям, посещаете его по необходимости
- Другое \_\_\_\_\_
34. Выберите из перечисленных факторов, наиболее значимые для Вас, при принятии решения о длительной постоянной терапии (возможно несколько вариантов ответов 1-3):
- Доверие к врачу
- Постоянное наблюдение, контроль
- Уважительное отношение
- Достаточное количество времени на беседу и осмотр
- Хорошее взаимоотношение с врачом
- Профессионализм врача
- Улучшение самочувствия во время терапии
- Ухудшение самочувствия без лечения
- Наличие угрожающего жизни заболевания
- Увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов
- Наличие материальной возможности для лечения
- Другое \_\_\_\_\_
35. Какова лично для Вас мотивация к лечению?
- \_\_\_\_\_

**Если Вы не против**, то мы через 6 и 12 месяцев Вам позвоним и зададим несколько вопросов по поводу Вашего заболевания и его лечения. Если Вы не возражаете, то, пожалуйста, оставьте нам Ваши контакты (**телефон по которому с Вами можно связаться** и как к Вам обратиться).

***Если Вы не хотите, чтобы Вас беспокоили, то здесь ничего указывать не надо.***

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ И ВАШИ ОТВЕТЫ!

## Приложение 2.

### «Форма – опросник» для пациентов (телефонный звонок)

ФИО \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

1. За прошедшее время происходили ли какие либо существенные изменения в состоянии Вашего здоровья (обострение старых заболеваний, появление каких либо новых заболеваний и симптомов и т.п.) ДА НЕТ Если да, то опишите пожалуйста что именно имело место:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. За прошедшее время происходили ли какие-либо очень важные, значительные изменения в Вашей личной, общественной, социальной жизни. ДА НЕТ
3. Если да, то это были:
  - Негативные происшествия
  - Положительные происшествия
4. Вы продолжаете принимать препараты, назначенные в клинике? Да (ПЕРЕЧИСЛИТЕ!) Нет
5. Почему Вы продолжаете принимать препараты, назначенные в клинике?
  - \_\_\_\_\_
6. Почему Вы не продолжаете принимать препараты, назначенные в клинике?
  - \_\_\_\_\_
7. Вы пропускали прием препаратов, которые были Вам выданы в клинике? ДА часто, ДА иногда, НЕТ
8. Если \_\_\_\_\_ да, \_\_\_\_\_ то \_\_\_\_\_ сколько \_\_\_\_\_ раз
9. Почему Вы пропускали прием этих препаратов?
  - \_\_\_\_\_
10. Эти препараты как- либо влияют на Ваше самочувствие:
  - Не влияют
  - Улучшают
  - Ухудшают
11. Вы отмечали побочные явления со стороны этих препаратов: НЕТ ДА Если Да, то укажите пожалуйста какие именно: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. За прошедшее время Ваше физическое состояние в общем:
  - улучшилось
  - ухудшилось
  - не изменилось
13. За прошедшее время Ваше эмоциональное состояние в общем:
  - улучшилось
  - ухудшилось
  - не изменилось
14. Вы довольны получаемым Вами лечением в целом? ДА Частично ДА НЕТ
15. Вы удовлетворены получаемым Вами лечением в целом? ДА Частично ДА НЕТ