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

На правах рукописи

Булаева Юлия Викторовна

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

14.01.05 – Кардиология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Наумова Елизавета Александровна

Саратов – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ …….. 2
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ ……... 6
ВВЕДЕНИЕ …… 7
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 16
1.1. Актуальные эпидемиологические данные по заболеваниям системы кровообращения …… 16
1.2. Причины невыполнения врачебных рекомендаций……. 21
1.3. Приверженность терапии в малых и крупных городах, сельской местности…… …….. 22
1.4. Показатели метаболического синдрома и приверженность к терапии……. 26
1.5. Способы оценки приверженности к лечению…… …… 29
1.6. Способы повышения приверженности к лечению…… …… 31
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ …… 34
2.1. Проспективное исследование приверженности длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города и клинической больницы областного центра …… 35
2.2. Проспективное исследование приверженности к лечению пациентов с перенесенным инфарктом миокарда: влияние наличия или отсутствия сахарного диабета 2 типа на приверженность терапии …….. 39
2.3. Рандомизированное открытое клиническое исследование влияния информационного видеоролика про лечение атеросклероза на приверженность к терапии……. 43

ГЛАВА 3. ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МАЛОГО ГОРОДА И БОЛЬНИЦЫ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТР…… 47

3.1. Клинико-демографическая характеристика исследованных групп пациентов ……. 47

3.2. Приверженность терапии через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара …….. 49

3.3. Клинические факторы и продолжение терапии через 6 и 12 месяцев после выписки ……. 52

3.4. Лабораторно-инструментальные показатели и продолжение терапии через 6 и 2 месяцев ……..... 53

3.5. Социально-демографические факторы и продолжение терапии 54

ГЛАВА 4. ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ВЗАИМООТНОШЕНИЕМ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ЧЕРЕЗ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРОВ МАЛОГО ГОРОДА И ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ……..... 57

4.1. Мнение пациентов о теоретически правильном режиме терапии и приверженность через 6 и 12 месяцев…… 57

4.2. Причины прерывания терапии пациентами малого города и областного центра…… …….. 58

4.3. Приверженность к длительному лечению по данным анкеты, заполняемой пациентами в стационаре ……..…… 61

ГЛАВА 5. МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА И

ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРОВ МАЛОГО ГОРОДА И ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА…… 73
5.1. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 6 месяцев после выписки из стационара……. 73
5.2. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 12 месяцев после выписки из стационара…… 77
5.3. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 6 месяцев после выписки из стационара (коэффициент Kruskal-Wallis)…… …… 80
5.4. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 12 месяцев после выписки из стационара (коэффициент Kruskal-Wallis)…….. 82
5.5. Изученные показатели, ассоциированные с приверженностью лекарственной терапии через 6 и 12 месяцев после выписки пациентов обоих стационаров (трехпольные таблицы)……. 83
5.6. Пошаговая логистическая регрессия и приверженность к терапии пациентов районной больницы малого города и клинической больницы медицинского университета через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара ……..... 85
ГЛАВА 6. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА: ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ …….. 88
6.1. Клинико-демографическая характеристика исследуемых групп пациентов……..…… 88
6.2. Лабораторные характеристики исследуемых групп пациентов 90

6.3. Приверженность к терапии через 6 после выписки из стационара ……..... 92
6.4. Изучаемые характеристики и «конечные точки» ……. 93
6.5. Взаимосвязи между полученными показателями через 6 месяцев после выписки и «конечными точкам…… 94
6.6. Приверженность к терапии (многофакторный анализ)…… 95
ГЛАВА 7 РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ОТКРЫТОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ВИДЕОРОЛИКА ПРО ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ……... 97
7.1. Клинико-демографическая характеристика участников…….. 97
7.2. Приверженность к терапии изученных пациентов……... 98
7.3. Динамика липидограммы изученных пациентов……..... 99
7.4. Ассоциации между выполненным вмешательством и «конечными точками»…… 100
7.5. Влияние лечащего интуиции врача на приверженность к терапии……. 101
7.6. Влияние вмешательства на «конечные точки»……. 103
ЗАКЛЮЧЕНИЕ …… 105
ВЫВОДЫ ……. 115
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ……... 116
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ……. 117
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК …… 118
ПРИЛОЖЕНИЯ …… 142

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

БАБ – бета-адреноблокаторы

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

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

МС – метаболический синдром

НС – нестабильная стенокардия

ОКС – острый коронарный синдром

ОТ – окружность талии

ОХЛ – общий холестерин

СД – сахарный диабет 2 типа

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СМП – скорая медицинская помощь

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССС – сердечно-сосудистая система

ТГ – триглицериды

ФВ – фракция выброса левого желудочка

ХБП – хроническая болезнь почек

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности в России, всего в 2018 году от заболевания системы кровообращения умерли 1 817 710 граждан России, в частности ишемическая болезнь сердца привела к 442 635 смертям [31]. Согласно опубликованным данным Федеральной службы Государственной статистики в 2018г. в структуре общей смертности ССЗ составляют 47,1%. В структура сердечно-сосудистой смертности на первом месте находится ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 53,2% [31]. Важной причиной высокой сердечно-сосудистой смертности является проблема несоблюдения врачебных рекомендаций пациентами на амбулаторном этапе [1, 3, 11, 13, 17, 36, 46, 64, 80, 85, 90, 96, 94, 108, 124, 128, 129, 138-141, 195, 199]. Невысокая приверженность длительной терапии ассоциирована с выраженным снижением терапевтического эффекта, повышением вероятности возникновения осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и значительно увеличивает финансовые затраты на лечение [11, 31, 35, 46, 65, 69, 85, 96, 122, 128, 151, 138-141, 173, 181, 196, 199]. Степень выполнения рекомендаций остается невысокой: около 50% пациентов прерывают терапию в течение первых 6 месяцев, и только 15% продолжает лечение до 1 года [1-3, 8, 14, 17, 18, 21, 27, 62, 63, 71, 78, 101, 108, 114, 126, 139, 141, 147, 155, 174, 185, 196, 199].

Учитывая, высокую загруженность врача и ограниченность во времени продолжительности поликлинического приема [74] и факт наиболее частого самостоятельного завершения приема статинов пациентами [1, 2, 5, 7, 13, 20, 18, 42, 57, 66, 67, 71, 86, 97, 101, 103, 111, 126-129, 131, 161, 164, 168, 171, 174, 169, 175, 179, 183-188, 193, 196, 199] необходимо проводить поиск и апробацию нового доступного и простого способа повышения приверженности к терапии в целом и приему статинов в частности.

.

Степень разработанности темы исследования

В 2003 Всемирной организацией здравоохранения было выделено пять групп характеристик, которые взаимодействуют между собой, оказывая влияние на приверженность длительной лекарственной терапии [199], а именно: социально-экономические факторы; факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; факторы, связанные с проводимой терапией; факторы, связанные с личностью пациента; факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент. Однако, согласно литературным данным, ни один их перечисленных факторов не является главенствующим в определении поведения пациента. Резюмируя, можно предположить, что в целом все указанные группы характеристик сводятся к сложному взаимодействию в системе врач-пациент, также играют определяющую роль ряд социально-экономических параметров.

Взаимодействия между врачом и пациентом являются одним из ведущих факторов, определяющих эффективность лечения [2, 4, 8, 1, 16, 18, 22, 45, 55, 63, 64, 76, 78, 80, 86, 94, 126, 153-158, 164, 173, 185, 179, 171, 193]. Глубокое изучение данных взаимоотношений в отношении амбулаторной приверженности терапии пациентов представляет особый интерес.

Имеется большое количество работ, посвященных изучению приверженности к терапии, но лишь в незначительном их числе, выполнен акцент на оценке эффективности терапии, т.е. говорится о влиянии комплаентоности на такие конечные точки как, повторные госпитализации, вызовы скорой медицинской помощи (СМП), ухудшение течения основного заболевания [1, 17, 21, 35, 44, 62, 84, 86, 90, 94, 101, 124, 126, 128, 138-141,195, 199].

Многочисленные исследования, посвящённые изучению приверженности к длительной терапии включали пациентов крупных населённых пунктов, внимание больным малого города в них от уделялось [1, 2, 8, 10, 16, 17, 35, 40, 43, 45, 55, 63, 64, 68, 78, 92, 94, 101, 108, 185, 179, 171, 164, 193, 199]. Ранее не выполнялся сравнительный анализ факторов, влияющих на приверженность пациентов

малого города, не проводилось сравнение уровня выполнения врачебных рекомендаций пациентов малого города в сравнении с показателями компаентности пациентов областного центра.

Фоновое течение сахарного диабета (СД) 2 типа представляет особый интерес, так как многочисленные исследования, выполненные среди пациентов с ССЗ и наличием СД, отражали противоположные результаты в отношении приверженности длительной кардиоваскулярной терапии. [1, 5, 7, 40, 44, 56, 59, 80, 85, 93, 102, 108-110, 113, 116, 117, 121, 123, 130-133, 137, 140, 143, 146-149, 152, 155, 156-159, 163, 173-176, 183-187, 192-196]. Представляется целесообразным пристальное изучение приверженности к длительной терапии пациентов с доказанной ишемической болезнью сердца (ИБС) и наличием сахарного диабета 2 типа.

Проблема невыполнения врачебных рекомендаций освящается в отечественной и зарубежной литературе. Долгосрочная приверженность пациентов после выписки из стационара, независимо от их заболевания, невысокая и не превышает 50%, а наиболее часто из числа кардиоваскулярных препаратов пациенты самостоятельно прерываю прием статинов [1, 2, 8, 10, 16, 17, 35, 40, 43, 45, 55, 57, 63, 64, 78, 92, 156-159, 174, 185, 171, 179, 164, 193, 199]. Таким образом, представляется особенно актуальным разработка и апробация доступного и простого способа повышения выполнения врачебных рекомендаций на амбулаторном этапе.

Цель исследования

Провести анализ клинико-лабораторных факторов, а также социально-демографических и личностных характеристик, определяющих приверженность к длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний, а также разработать и апробировать способ повышения степени выполнения врачебных рекомендаций.

Задачи исследования:

1. Провести проспективное исследование приверженности длительному лечению на амбулаторном этапе среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями стационаров малого города и областного центра и выявить

клинико-лабораторные и социально-демографические факторы, определяющие высокую и низкую комплаентность пациентов.

2. Изучить влияние ряда личностных характеристик пациентов, с сердечно-сосудистыми заболеваниями, связанных со взаимоотношением врача и пациента, на приверженность лечению после выписки из стационаров малого города и областного центра.

3. Выполнить многофакторный анализ приверженности к терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями после выписки из стационаров малого города и областного центра и выявить характеристики, и их комбинации, определяющие выполнение врачебных рекомендаций.

4. Провести проспективное исследование пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и наличием или отсутствием сахарного диабета 2 типа и изучить факторы, влияющие на их приверженность к длительной терапии сердечно-сосудистой патологии.

5. Провести рандомизированное исследование влияния созданного исследователями обучающего видеоролика о развитии атеросклероза и влиянии терапии статинами на атеросклеротическую бляшку, на приверженность к длительной терапии пациентов с различными формами ишемической болезни сердца или высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Научная новизна:

- Продемонстрировано, что уровень выполнения врачебных рекомендаций среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города ниже, чем пациентов областного центра, при этом существенных различий в факторах, определяющих приверженность в этих группах не выявлено, а наиболее значимым параметром из всех изученных характеристик является перенесенный инфаркта миокарда.
- Зафиксирован выраженный патернализм пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и малого города и областного центра, и выявлена его прямая взаимосвязь с приверженностью терапии на амбулаторном этапе.

- Выявлено, что лечащие врачи имеют способность интуитивно предсказывать амбулаторную приверженность пациентов к длительной терапии.
- В открытом рандомизированном исследовании продемонстрирована эффективность демонстрации обучающего видеоролика о действии статинов и развитии атеросклероза у пациентов с различными формами ИБС или высоким сердечно-сосудистым риском: отмечено повышение приверженность терапии, снижение уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности, уменьшение частоты вызовов скорой медицинской помощи и частоты повторных госпитализаций.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученные данные расширяют представления о комплексе факторов, определяющих поведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе после выписки из стационаров малого города и областного центра. Выявлены только незначительные отличия в их поведении: в малом городе выполнение рекомендаций ассоциировано с мужским полом пациентов.

И среди пациентов малого города и областного центра выявлен высокий уровень патернализма: важно что именно знание пациента из всего возможного объема информации о заболевании лишь о том, какую таблетку ему необходимо принять и с кем связаться по телефону при возникновения ухудшения самочувствия, является достоверным фактором, повышающим приверженность к длительному лечению.

Выявлено, что у пациентов с перенесенным ИМ наличие сахарного диабета 2 типа улучшает приверженность к длительной кардиоваскулярной терапии.

Установлена взаимосвязь между наличием у пациентов исходно гипертрофии левого желудочка, гипергликемии натощак и гипертриглицеридемии и их дальнейшей низкой приверженностью длительной терапии.

Продемонстрировано, что положительная эмоциональная оценка пациентом различных аспектов процесса терапии, удовлетворенность лечением ассоциирована с высокой приверженностью к длительной терапии.

Показано, что демонстрация мотивирующего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза улучшает приверженность пациентов лекарственной терапии в целом и приему статинов в частности.

Методология и методы исследования

Проведенная работа состояла из нескольких этапов. Первый этап – изучение показателей приверженности лечению пациентов районной больницы малого города и клинической больницы областного центра с дальнейшим анализом различных факторов, оказывающих влияние на приверженность к лечению. Во второй части – изучение влияние показателей приверженности длительной терапии у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда с СД и без СД. В третьей части выполнена разработка и апробация способа повышения степени выполнения врачебных рекомендаций с помощью демонстрации обучающего видео о развитии атеросклероза и влиянии на это приема статинов с изучением приверженности терапией после выписки из стационара и возможностью предсказать амбулаторную приверженность пациентов лечащими врачами.

Положения, выносимые на защиту:

1. Основные факторы, определяющие приверженность длительному лечению пациентов малого города и областного центра, идентичны. Среди них, важным фактором, позволяющим прогнозировать продолжение длительной терапии, является перенесенный инфаркт миокарда. Наличие у пациента гипертрофии левого желудочка, высоких показателей гликемии натощак и гипертриглицеридемия ассоциированы с постоянной низкой приверженностью к лечению.

2. Как в малом городе, так и в областном центре преобладает патерналистическая модель общения врача и пациента: пациенты декларируют потребность в информации и участии в лечении, но всю ответственность переносят на врача, но именно это ассоциируется с более высокой приверженностью терапии.

3. Среди пациентов с перенесенным инфарктом миокарда наличие сахарного диабета 2 типа ассоциировано с высокой приверженностью лечению. Из других факторов только положительная эмоциональная оценка пациентом своего лечения связана с выполнением рекомендаций, причем не зависимо от наличия сахарного диабета.

4. Демонстрация обучающего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза является простым и доступным способом повышения приверженности пациентов к лекарственной терапии.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

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

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, региональных, всероссийских и международных научно-практических конференциях «Молодые ученые здравоохранению» (Саратов, 2014, 2015, 2017), 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 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 50 Межрегиональной научно-практической конференция РНМОТ (Саратов, 2019), на заседании регионального отделения Российского общества кардиологов (Саратов 2016, 2018, 2019), на научно-практических конференциях с международным участием: конференция молодых учёных и студентов ВолгГМУ с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 2018), Европейский конгресс по профилактической кардиологии EuroPrevent (Португалия, 2019).

По материалам исследования опубликовано 25 печатных работ, из них 4 статьи в журналах, входящих в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России для публикации основных научных результатов диссертационного исследования; 19

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 для больных с острым инфарктом миокарда и терапии ФТК Клинической больницы имени С.Р. Миротворцева СГМУ, ГУЗ «Саратовская городская поликлиника № 19», используются в преподавании внутренних болезней студентам ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России на кафедре факультетской терапии лечебного факультета, в практике научной работы ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Связь темы диссертации с планом основных научно-исследовательских работ университета

Диссертационная работа соответствует инициативному плану, комплексной теме кафедры факультетской терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России «Клиническое, патогенетическое и прогностическое значение экстракардиальных факторов в течение сердечно-сосудистых заболеваний» (Регистрационный номер АААА-А18-118101590033-8).

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Указаны перспективы дальнейшей разработки темы, список литературы, включающего 123 отечественных и 78 зарубежных источников.

Текст диссертации изложен на 147 страницах, содержит 40 таблицы, 3 рисунка.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1.1. Актуальные эпидемиологические данные по заболеваниям системы кровообращения.

ССЗ являются в настоящее время основной причиной смертности в Российской Федерации, всего в 2018 году от заболевания системы кровообращения умерли 1 817 710 граждан России, в частности ишемическая болезнь сердца привела к 442 635 смертям [31]. Важной причиной высокой сердечно-сосудистой смертности является проблема несоблюдения врачебных рекомендаций [1, 3, 11, 18, 31, 36, 46, 64, 80, 85, 90, 92, 96, 94, 108, 124, 129, 138-141, 195, 199].

Несмотря на отмечающуюся тенденцию постепенного снижения показателя смертности от ССЗ среди пациентов Европы, в России показать смертности сохраняется высоким [2, 11, 18, 31, 80, 92, 96, 183]. По данным Федеральной службы Государственной статистики в 2018г в структуре общей смертности ССЗ составляют 47,1%. В структура сердечно-сосудистой смертности на первом месте ИБС – 53,2%. Исходя из приведенных данных возникает понимание актуальности проблемы, с которой сталкиваются как пациенты, так и система здравоохранения в целом.

Около 50% всех назначений не выполняются пациентами так, как это рекомендовано врачом [1, 2, 3, 5, 8, 10, 16, 17, 35, 40, 43, 45, 55, 63, 64, 78, 92, 185, 179, 171, 164, 191-196] и 15% продолжают терапию до 1 года [199]. Лишь 50% пациентов после перенесенного ИМ через принимает статины, бета-адреноблокатор и антигипертензивную терапию [1, 18, 37, 65, 88, 89, 94, 97, 104, 108, 114, 139, 146, 171, 174, 196, 199].

Мета-анализ Naderi S.H. [171] охватывал порядка 20 наблюдательных клинических исследований, около 376 тысяч пациентов, по его результатам невысокая приверженность длительной терапии по множественным классам лекарств составила 43%, согласно результатам аптечного пополнения.

Многократно показано, что высокая приверженность в отношении постоянного приема гиполипидемических препаратов класса статинов у пациентов с ИБС, высоким кардиоваскулярным риском СС осложнений, играет важную роль в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений [7, 18, 26, 39, 62, 63, 92, 96, 97, 99-102, 129, 134, 155, 168, 175, 177, 180-184, 196, 199]. И наоборот, недостаточная приверженность в отношении 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) [1, 2, 8, 10, 16, 17, 35, 40, 43, 45, 55, 57, 63, 64, 78, 92, 156-159, 174, 185, 171, 179, 164, 193, 199].

Недостаточная приверженность кардиоваскулярной терапии лиц высокого риска и больных ССЗ к лечению ассоциирована с частым возникновением обострений, повторным госпитализациям, вызовам скорой медицинской помощи, что значительно увеличивает финансовую нагрузку на систему здравоохранения в целом, а в отдаленной перспективе приводит к дополнительным материальным затратам самого пациента [1, 2, 7, 11, 22, 18, 14, 17, 31, 50, 66, 92, 96, 98, 113, 122, 128, 141, 149, 152, 158, 162, 165].

Успехи по лечению артериальной АГ до сих пор довольно скромны — по мировым оценкам, более 1 миллиарда пациентов с АГ в настоящее время живет на нашей планете [2, 5, 23, 26, 27, 30, 56, 67, 85, 90, 94, 123, 125, 133, 135, 138, 141, 150, 161,199]. Причинами считаются частое бессимптомное течение и недостаточная приверженность к лечению [2, 5, 67, 29, 123, 125, 165, 169, 173, 178]. Отдельно стоит проблема невыполнения немедикаментозных рекомендации [15, 16, 87, 108]

Суммарный экономический ущерб от гиперхолестеринемии в 2016 году в Российской Федерации составил 1 триллион 295 миллион рублей. [122] Ежегодные потери бюджета России из-за недостаточной приверженности пациентов рекомендованной терапии оцениваются в 13 млрд. рублей, и ассоциировано с возникновением 50-70% обострений заболевания в течение первого года после выписки из стационара [2, 7, 11, 18, 14, 17, 92, 66, 122].

Таким образом, очень актуальным направлением современной кардиологии следует считать изучение факторов, оказывающих влияние на комплаентность длительной кардиоваскулярной терапии, разработка доступных способов оптимизации выполнения врачебных рекомендаций.

1.2. Причины невыполнения врачебных рекомендаций

В 2003 ВОЗ было выделено пять групп характеристик, асоциированных с приверженностью (табл. 1).

Таблица 1

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

1. Социально-экономические факторы • Социально-экономический статус пациента (материальное положение, уровень образования, социальная поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и др.) • Раса • Военные действия на территории страны • Возраст
2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения. • Степень развития медицинской системы в целом • Степень развития системы распределения медицинских услуг • Образование медицинского персонала (и, в частности, его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии) • Система образования пациентов и их длительного наблюдения • Время, отводимое на консультацию пациента
3. Факторы, связанные с проводимой терапией • Сложный режим приема препаратов, их количество • Длительность лечения • Частота смены терапии • Скорость достижения эффекта • Побочные эффекты препарата
4. Факторы, связанные с пациентом • Знания пациента о заболевании • Мотивация к лечению • Его ожидания от лечения • Забывчивость • Непонимание инструкций врача • Страх побочных эффектов, привыкания к терапии • Предыдущий опыт лечения
5. Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент • Выраженность симптомов заболевания • Скорость прогрессирования заболевания • Физическое, психическое, социальное состояние пациента • Наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания) • Наличие эффективных методов лечения

Данные группировки характеристик взаимодействуют между собой, оказывая влияние на приверженность длительной лекарственной терапии [185] Однако, согласно литературным данным, ни один их перечисленных группировок факторов не является главенствующей в определении поведения пациента [1, 2, 7, 11, 22, 18, 14, 17, 31,42, 50, 66, 68, 92, 96, 98, 113, 122, 128, 141, 149, 152, 158, 162, 165, 185, 197, 199].

Клинические и социально-демографические факторы

В большом числе работ обсуждаются гендерные различия в отношении приверженности к лечению. Абсолютное большинство имеющихся данных отражает более высокие показатели комплаентности женского пола [1, 2, 7, 17, 18, 14, 17, 31, 43, 46, 50, 66, 92, 96, 98, 99, 104, 113, 122, 128, 141, 149, 152, 158, 162, 165, 199]. Однако, имеется публикации, отражающие хорошие показатели лекарственной приверженности мужчин, но при условии пребывания их в браке или проживания с кем-то из родственников, которые могут обеспечить необходимый уровень контроля за приемом препаратов [19, 44, 87].

В отношении взаимосвязи возраста пациентка и показателей приверженности известно, что пациенты, достигшие пожилого возраста, часто характеризуются недостаточной комплаентностью [1, 2, 16, 18, 14, 17, 31, 43, 44, 46, 92, 96, 98, 99, 104, 113, 122, 128, 141, 149, 152, 158, 162, 165]. Пациенты, не достигшие пенсионного возраста, напротив чаще принимают рекомендованные препараты постоянно [44, 104].

Ряд авторов указывает, что наиболее ответственны и дисциплинированы в выполнении врачебных рекомендаций пациенты, имеющие высшее образование и высокий уровень материального достатка [1, 2, 7, 14, 17, 18, , 31, 43, 46, 50, 66, 92, 94, 98, 99, 113, 122, 128, 141, 149, 152, 158, 162, 165, 172, 180]. Показатели материального дохода также показывали противоположные результаты в отношении приверженности длительной терапии [1, 17, 18, 17, 31, 43, 46, 50, 65, 92, 94, 98, 99, 113, 122, 128, 162, 165, 172, 180].

Самочувствие пациента на фоне лечения

Положительная субъективная оценка пациентом своего самочувствия на фоне проводимой терапии, является противоречивым фактором, ассоциированным с приверженностью. Известно, что благосклонное физическое и эмоциональное самочувствие пациентов после выписки из стационара может оказывать влияние как положительное, так отрицательное влияние на приверженность терапии [8, 16, 22, 46, 65, 66, 75, 92].

Удовлетворенность пациентом проводимой терапией

Удовлетворенность терапией также может характеризоваться разнонаправленными влияниями с уровнем выполнения врачебных рекомендаций [8, 46, 65, 66, 75, 92, 101, 114]. Пациенты, удовлетворенные лечением в стационаре нередко характеризуются невыполнением врачебных рекомендаций [65, 67], в то время как, пациенты, удовлетворенные лечением на амбулаторном этапе характеризуются продолжением терапии [65, 67].

Личностные характеристики пациента

Поведение пациента, его личные предубеждения в отношении лечения нередко являются определяющими в дальнейшей амбулаторной приверженности. Даже самые эффективные методы лечения станут бесполезны, если пациент по каким-либо личным предубеждениям, не станет принимать лекарственные препараты [8, 46, 50, 92, 101, 171].

Многие пациенты несмотря на достаточное осознание и серьезную оценку тяжести своего заболевания, принимают лекарственные препараты нерегулярно [1, 2, 5, 8, 10, 16, 17, 35, 40, 43, 45, 55, 57, 61, 63, 64, 78, 92, 156-159, 174, 185, 171, 179, 164, 193, 199]. Если пациент недостаточно верно оценивает опасность и тяжесть своего заболевания, это ассоциируется с поздним обращением за медицинской помощью [92, 101]. По результатам исследований, оценивающих догоспитальную приверженность длительной лекарственной терапии, было показано, что более 50% пациентов, госпитализированных по поводу ОКС, ранее практически не обращались к врачам и не наблюдались в медицинских учреждениях [86].

Чаще широкая осведомлённость пациентов о своей болезни ассоциирована с хорошим комплаенсом [14, 57, 74, 154, 176].

Информированность пациента об особенностях течения своего заболевании и его готовность следовать назначениям врача считаются важными факторами высокой амбулаторной приверженности. При проведении опроса 666 поликлинических пациентов, для изучения информированности населения об АГ, факторах кардиоваскулярного риска и методах борьбы с ними, было показано, что около половины респондентов (47,1%) не знают ничего о данном заболевании [3].

Ряд работ показывают, что невысокая приверженность к лекарственной терапии нередко ассоциирована с низким уровнем когнитивного статуса пациентов [78, 80, 89, 92, 109].

Взаимоотношение пациента с врачом

Согласно опубликованным данным в отношении приверженности пациентов лечению изучались возраст, стаж профессиональной деятельности, уровень квалификации лечащего врача и его эмоциональное отношение к пациенту, выраженность клинической инертности [3, 43, 92, 101, 104, 174, 179].

Способность врача к эмпатии, умение выстраивать с пациентов дипломатические отношения, базирующиеся на совместном обсуждения проводимой терапии с разъяснением пациенту целей и эффектом назначаемых препаратов ассоциированы с улучшением показателей приверженности к лечению [92, 101-104, 124, 181].

В то же время не во всех работах была выявлена зависимость приверженности к лечению от модели общения в системе врач-пациент [3, 4, 16, 17, 18, 23, 50, 80, 92, 121, 124].

Многократно показано влияние психоэмоционального состояния пациента на приверженность, а именно наличие депрессии ассоциировано с неудовлетворительным выполнением врачебных рекомендаций [3, 4, 16, 17, 18, 23, 50, 80, 92].

Многочисленные опросы по приверженности нередко показывают абсолютное разное представление врача и пациента о причинах неудовлетворительной приверженности [92, 101, 103].

Факторы, обусловленные особенностями проводимой терапии

Невысокая приверженность пациентов к терапии нередко ассоциирована со сложным и неудобным режимом приема препаратов [69, 80, 94, 162, 199], в то же фиксированная комбинированная терапия ассоциирована с повышением приверженности к лечению [2, 5, 29, 36, 37, 44, 45, 46, 53, 64 68, 69, 86, 89, 109, 114, 119, 125, 129, 171]

В литературных источниках зафиксировано влияние различных клинико-лабораторных, социально-демографических, когнитивных и психологических характеристик пациентов и психологических, социально-демографических характеристик лечащих врачей в отношении дальнейшего влияния данной группы факторов на приверженность к длительному медикаментозному и немедикаментозному лечению [1, 2, 5, 7, 18, 29, 36, 37, 44, 45, 46, 53, 64 68, 69, 86, 89, 109, 114, 119, 125, 129, 171], но полученных результатов недостаточно, так система врач-пациент очень многомерная структура.

По данным изученной литературы одномоментное многофакторное изучение различных характеристик пациентов, которые могли оказать влияния на приверженность к длительному лечению проводится редко [11, 82, 101-103, 131, 154, 161].

1.3. Приверженность терапии в малых и крупных городах, сельской местности

Многочисленные исследование, которые проводились по изучению длительной приверженности среди больных с ССЗ включали лишь пациентов крупных населенные городов (областных и административных центов), внимание населению малых городов в них не уделялось [1-3, 8, 14, 17, 18, 21, 27, 62, 63, 71, 78, 101, 108, 114, 126, 139, 141, 147, 155, 174, 185, 196, 199]. Известно, что малые города — это самая многочисленная группа городских поселений во всем мире, в том числе в России [9, 10, 54]. Это устойчивая категория,

необходимый элемент «городского каркаса» нашей страны, численность населения малого города не более 50 тысяч человек [9, 10, 54]. Специфика такого города кроется даже в самом названии категории – «малый город». Приведенное определение подразумевает, во-первых, небольшую численность жителей города, во-вторых, незначительную площадь, которую он занимает [9, 10, 54]. В настоящее время проблема благосостояния малых городов является крайне актуальной. Особенности проживания населения в малых городах изучается учеными, занимающими экологическими проблемами, изучающими политическое и административное управление и особенности обучения в учебных заведениях малых город и сельской местности [9, 10, 54, 62, 75, 81, 83, 90, 106, 118-120]. Отдельной проблемой является рассмотрение особенностей оказания медицинской помощи пациентам, проживающим в малых городах [13, 14, 19, 20, 32, 35, 54, 62, 75, 81, 83, 90, 106, 107, 118-120]. Пациенты крупных городов могут выбирать лечебно-профилактическое учреждения для получения необходимой медицинской помощи, однако, у пациентов малого города нередко наличие альтернативы отсутствует, для получения медицинской помощи в малых городах имеется только районная больница, которая нередко является единственным лечебно-профилактическим учреждением [13, 14, 19, 20, 32, 35, 54, 62, 75, 81, 83, 107]. Следует отметить, что у пациентов больших городов, мегаполисов, имеется широкий спектр возможностей для выбора места получения медицинской помощи, в их распоряжении, как государственные, так и частные лечебно-профилактические учреждения, а у пациентов малого города выбор вновь отсутствует. [14, 19, 20, 32, 35,48, 52, 62, 54, 62, 75, 77, 81, 83, 107] Однако, согласно данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ, 2012) более половины россиян (55%) по-прежнему обращаются для получения медицинской помощи именно в государственную поликлинику. [22]. Нельзя забывать и об имеющихся транспортных сложностях у пациентов малого города, в виде практически отсутствия общественного транспорта, недостаточного развития таксопарка и иногда неудовлетворительным качеством дорожного покрытия [9, 48, 52, 62, 73, 75, 77].

Еще одним отличительным фактором пациентов является небольшое число врачей в лечебно-профилактических учреждениях малого города, что очень ограничивает пациентов в выборе лечащего врача, также нередко отмечается кадровый дефицит, что также менее актуально в стационарах крупных городов [9, 48, 52, 62, 75, 77, 83, 90 ,129]. Зафиксировано более длительное время ожидание приезда кареты СМП к пациентам малого города, наличие синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников скорой медицинской службы в виду высокой часовой нагрузки и имеющегося кадрового дефицита [90, 95, 99]. Еще одной особенностью в лечении пациентов малого города является небольшое количество аптек, что нередко приносит дополнительные трудности в связи с невозможностью приобрести необходимых препарат и оказывает в свою очередь влияние на приверженность к длительной терапии [43, 90, 95, 99, 105, 107].

Согласно имеющимся данным пациенты, которые обращаются за помощью государственные или частные лечебно-профилактические учреждения несколько отличаются по исходным клиническим и социально-демографическим характеристикам. В частных лечебно-профилактических учреждений наблюдается более молодые и социально активные пациенты, имеющие высшее образование, профессию преимущественно умственного труда и достаточный уровень материального достатка. В государственной поликлинике наблюдается пациенты, которые старше и оценивающие свой материальный доход как невысокий. Если между пациентом и медицинским персоналом поликлиники возникало недопонимание, это было ассоциировано с прекращением приема препаратов пациентом на амбулаторном этапе. Для пациентов и частной и государственной поликлиники сочетание патерналистической модели общения с лечащим врачом с высоким уровнем профессионализма врача по мнению пациента ассоциировано с дальнейшим продолжением терапии [94, 123, 124].

Абсолютное большинство имеющихся исследований по изучению приверженности в различных лечебно-профилактических учреждениях, выполнено на территории одного города, с изучением показателей выполнения

врачебных рекомендациях по одной нозологии [1, 3, 5, 10, 12, 18, 21, 36, 54, 57, 69, 77, 81, 82, 88, 91, 96, 112, 114, 116, 214]. Сравнительного исследования показателей приверженности к длительной терапии пациентов с ССЗ малого города и областного центра ранее никем не производилось. Не проводилась оценка влияния места лечения в разных медицинских учреждениях, не изучалось влияние исходных клинико-демографических и клинических на приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистой патологии. Не отслеживались взаимовлияния между изменениями в жизни пациента, степени удовлетворенности подобранной терапии в течение года после выписки из стационаров различных городов.

Литературные данные отражают недостаточную удовлетворенность получаемой медицинской помощью пациентов малого города [9, 10, 14, 43, 48, 52, 62, 75, 77, 83, 90, 95, 107].

Показано, что достоверно большее число опрошенных беременных женщин с различными хроническим заболеваниями, в том числе с заболеваниями системы кровообращения, удовлетворены результатом оказания медицинской помощи в женских консультациях в крупных городах, чем в малых городах [21, 73, 99]. Худшее качество амбулаторной помощи отмечено в малых городских и сельских поселениях сопровождаются увеличением потребности в стационарном лечении, увеличении длительности стационарного этапа лечения, влекущее дальнейший закономерный рост прямых медицинских (в 2,36 раза) и немедицинских прямых и непрямых затрат [20, 48].

В обзоре Singh GK и Siahpush M. представлены литературные данные о распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей сельской местности по сравнению с горожанами с позиции объяснения градиентов смерности, существующих между жителями города и села во многих странах мира [188]. Результаты проведенного обзора показывают, что градиенты распространенности факторов риска среди жителей малого города и жителей крупных городов в разных странах разнонаправлены и могут меняться со временем. В России в целом профиль факторов риска среди жителей села менее

благоприятный по сравнению с горожанами, что частично может обуславливать градиент смертности [188].

Таким образом представляется очень важным проведение проспективного исследования приверженности длительной терапии пациентов малого города в сравнении с приверженностью терапии пациентов областного центра с изучением комплекса клинических, социально-демографических и личностных характеристик пациентов, которые могут быть ассоциированы с комплаентностью, с проведением анализа взаимосвязи показателей приверженности с конечными точками.

1.4. Показатели метаболического синдрома и приверженность к терапии

В настоящее время фиксируются противоречивые результаты взаимовлияния коморбидности и приверженности длительной терапии [1, 5, 7, 25, 26, 29, 30, 41, 44, 56, 59, 80, 85, 93, 102, 108-110, 113, 116, 117, 121, 123, 130-133, 137, 140, 143, 146-149, 152, 155, 156-159, 163, 173-176, 183-187, 192-196]. Отмечено снижение приверженности у коморбидных больных [30, 84, 160, 168, 209, 229, 234, 272], и наоборот имеются данные, отражающие положительное влияние коморбидности (сахарный диабет 2 типа (СД), ожирение, дислипидемия) на длительность терапии [25, 30, 41, 44, 56, 59102, 108-110, 113, 155, 156-159, 163, 173-176, 183-187, 192-196].Сочетание нескольких хронических заболеваний у одного пациента [1, 5, 7, 25, 26, 29, 30, 41, 44, 56, 59, 163, 173-176, 183-187, 192-196] и негативные изменения в состоянии здоровья, такие как дестабилизация АД, возникновение ГК, нестабильная стенокардия (НС), декомпенсация ХСН [1, 5, 7, 41, 44, 56, 59, 68, 80, 85, 93, 102, 113, 116, 117, 121, 123, 140, 143, 155, 156-159, 163, 173-176, 183-187, 192-196] оказывают значимое влияние на продолжение терапии.

Под метаболическим синдромом (МС) понимают совокупность взаимосвязанных факторов риска возникновения и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом [1, 5, 25, 41, 45, 59, 93, 123, 160, 175, 177, 181, 183, 187, 194]. К ним относят, повышенное артериальное

давление (АД), дислипидемию (повышение уровня триглицеридов и снижение холестерина липопротеидов высокой плотности в крови), резистентность к инсулину, клинически проявляющуюся нарушением толерантности к глюкозе, гипергликемией натощак и сахарным диабетом 2 типа, а также протромботические и провоспалительные изменения системы гемостаза. Кроме того, описаны другие метаболические и эндокринные нарушения [1, 82, 84, 91, 92, 93, 115-117, 123, 160, 178]. Пересматривается допустимая окружность талии, которую называют основным клиническим критерием абдоминального типа ожирения, в настоящее время данный показатель должен согласно современным представлениям должен соответствовать этнической принадлежности и стране проживания индивида [25, 45, 59, 117, 160]. Согласно клиническим рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом МЗ регламентированы следующие показатели окружности талии, характеризующие наличие у пациента МС – у мужчин окружность талии более 94 см, у женщин – более 86 см [25, 45, 59].

Учитывая высокую распространённость МС среди пациентов с ССЗ [1, 5, 25, 33, 34, 41, 45, 59, 115-117, 123, 160, 175, 177, 181, 183, 187, 191-194], результаты проведенных клинических исследований демонстрирующие неблагоприятное влияние МС на течение и прогноз пациентов с ССЗ [25, 33, 45, 59, 123,160, 175, 177, 178, 181, 183, 187, 194], в частности с ОКС [1, 25, 45, 59, 175, 194], целесообразно прицельное изучение влияния показателей метаболического синдрома на приверженность длительной.

Больные МС имеют высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, причем у женщин риск выше, чем у мужчин [25, 33, 45, 59, 123, 159, 160, 163, 175, 177, 181, 183, 187, 194]. МС называют фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и повышения летальности больных, перенесших острый ИМ с подъемом сегмента ST [123, 142, 160, 164]. Показано, что увеличение количества компонентов МС ассоциировано с увеличением риск развития ССО. Многочисленные взаимосвязанные метаболические и эндокринные нарушения, свойственные МС, способствуют расстройствам, предрасполагающим

повышение риска возникновению угрожающих желудочковых аритмий [93, 123, 140, 142, 191, 192, 193]. Одним из факторов риска внезапной сердечной смерти при наличии МС является неравномерная реполяризации желудочков [123, 142, 191].

Многочисленные работы изучали взаимосвязи течения артериальной гипертонии с метаболическим синдромом [1, 5, 25, 41, 45, 59, 115-117, 123, 160, 175, 177, 181, 183, 187, 192, 194], меньшее число работ было посвящено изучению взаимосвязи течения различных формы ИБС с метаболическим синдромом, а комплексной оценки течения МС с различными ССЗ ранее не проводилось.

Отдельному изучению подверглось содружественное течение сахарного диабета 2 типа и атерогенной дислипидемии на печень. Неалкогольная жировая болезнь печени – патологическое состояние, обусловленное нарушением липидного метаболизма и возникновением липидного дистресс-синдрома. [84, 93] Липидный дистресс-синдром - термин введен академиком Савельевым в 1988г. для обозначения совокупности заболеваний, вызванных изменением природного механизма липидного (холестеринового) гомеостаза. Возникновение неалкогольной жировой болезни печени нарушает баланс качественного и количественного состава микроорганизмов, колонизирующих желудочно-конечный тракт, оказывая значительное влияние на ключевые этапы синтеза эндогенного холестерина в частности и на течение атеросклероза в целом [84, 93, 107, 115-117, 192, 221]. Течение МС тесно взаимосвязано с ухудшением состояния сосудистого эндотелия. [33, 84, 93, 107, 115-117, 192, 221] Известно, об умеренном повышение концентрации оксида азота у лиц с избытком массы тела, что подтверждает адаптационную реакцию организма. [82, 84, 93, 115]. В начале формирования инсулинорецистентности оксид азота несколько повышается сдерживающее влияние на дальнейшую пролиферецию гладкомышеных клеток и адгезию [33, 34, 82]. Острое воспаление вызывает характерные изменения, направленные на ухудшение катаболизма холестерина [82, 192].

Сосудистые катастрофы такие, как перенесенный ИМ, нарушение коронарного кровотока, потребовавшее стентирования коронарных артерий, аортокоронарного шунтирования, ассоциировано с улучшением выполнения врачебных рекомендаций [15, 16, 87, 108]. Однако, наиболее часто из всех рекомендованных кардиоваскулярных препаратов на амбулаторный этап, пациенты, перенесшие сердечно-сосудистые катастрофы, в том числе характеризующиеся наличием метаболического синдрома прекращают прием гиполипидемических препаратов класса статины. [1, 2, 8, 10, 16, 17, 35, 40, 43, 45, 55, 57, 63, 64, 78, 92, 156-159, 174, 185, 171, 179, 164, 193, 199].

1.5. Способы оценки приверженности к лечению

В настоящее время выделяют две группы способов оценки приверженности к лечению: прямой способ заключен в биохимической оценке, т.е. исследование концентраций лекарственного вещества или его метаболитов в биологических жидкостях и непрямой способ - подсчет количества принятых пациентом таблеток. Непрямой способ реализуется с помощью заполнения опросников, анкет, проверки дневников приема препаратов пациентом [1, 3, 27, 37, 47, 48, 53, 67, 70-72, 74, 75, 76, 77, 62, 86, 92, 94, 99, 101, 105, 112-114, 119, 143, 146, 168, 174, 177, 179, 199]

Простым и доступным способом оценки приверженности является сопоставление терапии, назначенной пациенту лечащим врачом при выписке из стационара с той терапией, которую пациент называет при расспросе. [1,3 5, 41, 46, 47, 65, 94, 101, 105, 114]

Наиболее известным опросником для оценки приверженности терапии является опросник Мориски-Грина [53, 170]. Он включает в себя вопросы, посвящённые пропускам приему по забывчивости, в связи с улучшением или ухудшением самочувствия, невнимательности к часам приема препаратов. Если пациент набирает 4 балла – этот результат расценивается, как хорошая комплаентность пациента [53, 170].

Имеющиеся способы оценки лекарственной приверженности ориентированы лишь на оценку медикаментозной терапии, имеющийся опросник «Уровень комплаентности» включает рассмотрению комплекс социально-психологических и поведенческих факторов для оценки суммарной приверженности [71].

КОП-25 (2008г) - отечественный опросник количественной оценки комплаентности у больных АГ, с дальнейшей модернизизациией и адаптацией для повсеместного применения [72]. КОП-25 включен в основу созданных Национальных рекомендаций Российского научного медицинского общества терапевтов, по количественной оценке, приверженности к лечению [72]. Заполнение опросника КОП-25 выполняется либо самостоятельно пациентом, либо с участием интервьюера. Всего в опроснике 25 вопросов с вариантами ответов.

Имеющиеся рекомендации Российского кардиологического научно-производственного комплекса, рекомендую выполнять анкетирование пациентов не только однократное анкетирование при первом обращении в поликлинику, но и динамическое отслеживание через каждые 6 месяцев [71, 114].

Значительными недостатками указанных выше опросников является измерение комплаентности лишь на момент опроса, что не позволяет отследить долговременную терапию, также в них отсутствует оценка поведенческих особенностей пациентов. Целесообразно отметить, что эти опросники не оценивают прицельно продолжение или прекращение лекарственной терапии. Выполнение оценки приверженности лечению с помощью опроса также ограничено в связи с невозможностью отслеживания искренности пациентов, при заполнении опросника. [132, 170, 174, 199],

Несмотря на наличие ряда нюансов при оценке приверженности с помощью различных опросников и анкет, данный способ имеет широкое применение в виду простоты в использовании и невысокой стоимости проведения. [1-3, 5, 7, 27, 37, 53, 62, 67, 70-72, 114, 199].

Говоря об способах оценки эффективности терапии необходимо отметить важность изучения эффективности и безопасности проводимой терапии в совокупности с конечными точками ССЗ. [161, 199]. В зависимости от продолжительности и объема выборки необходимо стремиться к оценке не только «суррогатных» конечных точек, но и «жестких» конечных точек.

1.6. Способы повышения приверженности к лечению

Наиболее простым и доступным способом коррекции невысокой приверженности являются мероприятия, которые должны нивелировать забывчивость пациентов: это может быть как использование таблетниц, дневников приема препаратов и календарей приема, так и электронные способы напоминания о необходимости приема препарата, к примеру, – это звонки, сообщения, электронные письма и приложения. Эффективным методом улучшение приверженности, корректирующим невнимательность и забывчивость пациента, является упаковка препарата в блистеры с указанием дней недели. Простым способом нивелирования забывчивости – это посоветовать больному связать прием назначенных препаратов с любым привычным действием. [1, 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, 196-199].

Однако, указанные выше способы лишь корректирую забывчивость приема, не оказывая влияния на изменения мотивации пациента, увеличение степени его информированности, что может поспособствовать коррекции глубинных мотивов невыполнения врачебных рекомендаций, т.е. может оказать влияние как на осознанные, так и на неосознанные причины приема или неприема рекомендованных препаратов.

Экономический ущерб от невысокой приверженности неоспорим, в 2016 экономический ущерб от гиперхолестеринемии году в составил 1 триллион 295 миллионов рублей [122], поэтому ценным является поиск способов улучшение приверженности гиполипидемической терапии. Для оценки рисков ССЗ используется стандартная шкала SCORE, которая непрерывно

совершенствуется учеными во времени, но, модернизируется и инструментальные методы диагностики, так ультразвуковое исследование артерий по ускоренному алгоритму показал сопоставимость полученных результатов обследований в отношении исключения клинически значимого стеноза сонных артерий в скрининговых целях в сравнении со стандартным алгоритмом [98], что ускоряет скрининг атеросклеротического поражения артерий [98]. В настоящее время наиболее активно развивается способы коррекции невысокой приверженности, направленные на визуальное сопровождение, отражающее особенности анатомии, разъясняющее суть протекающих процессов в организме человека, создаются специальные приложения к смартфонам, планшетам, разрабатываются иллюстрированные брошюры и листовки, наглядно иллюстрирующие рекомендованные и не рекомендованные продукты питания, отображающие наиболее безопасные рецепты приготовления блюд, рекомендации по необходимому уровню физической активности [35, 52, 61, 99, 107]. Снимаются видео, направленные на первичную и вторичную профилактику ССЗ, отражающие негативное отношение к корригируемым факторам риска и способы их коррекции, с социально значимой санитарно-просветительской ориентацией. [35]. На первый план выходит IT-подход, используемый для коррекции поведенческих реакций пациентов, выполнения клинических обследований. [35, 52, 61, 99, 107] Активно информационные технологии используются и в сфере диагностики, так искусственный интеллект, видит больше, чем опытный глаз, квалифицированного кардиолога на 10-секундрой записи 12-канальной ЭКГ и чаще выявляет наличие фибрилляции предсердий [35, 52, 61, 99, 107]. Давно известно, что визуальное подтверждение (сопровождение), проговариваемой информации улучшает её восприятие и в целом более благосклонно воспринимается людьми [13, 14, 15, 65, 92, 101, 196]. По данным на 2018 год, взрослые в США тратят порядка 6 часов в день на просмотр видео [15]. Это включает просмотр на ТВ, мобильных устройствах, социальных сетях и в интернете, и интерес к видео постоянно растет [35, 52, 61, 99, 107, 196].

Исследование 2017 года video marketing platform Twenty Three показало, что 80 % опрошенных выбирали к просмотру видео продолжительностью менее чем 5 минут [15, 35]. В рандомизированном исследовании VIPVIZA было показано, что визуализация бессимптомного течения атеросклероза оптимизирует первичную сердечно-сосудистую профилактику, улучшает приверженность и модифицирует образ жизни. [196]. В работе указано, что визуализация для больного течения атеросклеротического процесса оказывает влияние на личность пациента, что считается одним из важнейший факторов неприверженности к лечению. [196].

Бурно развивающиеся информационно-коммуникационные технологии, которые успешно применяются в различных областях медицины, заняли свое место в Рекомендациях. Отныне цифровое дистанционное наблюдение рекомендуется в качестве инструмента длительного наблюдения и контроля приверженности к терапии. [35, 52, 61, 99, 107, 196]. Успехи по лечению артериальной АГ до сих пор довольно скромны — по мировым оценкам, более 1 миллиарда пациентов с АГ в настоящее время живет на нашей планете [35, 85]. Причинами считаются частое бессимптомное течение и недостаточная приверженность к лечению [35, 85]. Специалисты составляющие рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества специалистов по АГ (ESC/ESH) учитывая имеющиеся невысокие результаты в отношении лечения АГ внесли в обновленные клинические рекомендации относительно использования амбулаторных способов измерения АД и интеграции телемедицинских технологий в практику. [35, 36, 85, 94, 101, 147].

Резюмируя следует отметить, что одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения, является невысокая приверженность к длительному лечению.

Актуально изучение комплекса клинических, лабораторных, социально-демографических характеристик, влияющих на приверженность к длительному лечению, разработка и апробация доступных способов повышения приверженности к терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все процедуры исследования выполнялись пациентам после подписания информированного согласия. Проводимые обследования выполнены на добровольной основе в соответствии с международными этическими требованиями, предъявляемыми к медицинским исследованиям с участием человека (Хельсинкская Декларация 1975г, последний пересмотр 64 th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, 2013) [200, 201].

Выполнение данного диссертационного исследования одобрено Локальным комитетом по этике ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Структура диссертационного исследования

Работа состояла из трех частей.

В первой – изучение показателей приверженности лечению пациентов отделения терапии районной больницы малого города и отделения кардиологии клинической больницы областного центра с дальнейшим анализом различных факторов, оказывающих влияние на приверженность к лечению, как среди пациентов малого города, так среди пациентов областного центра, связанные с клинико-лабораторными и психологическими характеристиками как самих пациентов, так и их лечащих врачей, взаимодействия в системе «врач – пациент».

Во второй части – изучение влияние показателей метаболического синдрома на приверженность длительной терапии у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

В третьей части выполнена разработка и апробация способа повышения степени выполнения врачебных рекомендаций с помощью демонстрации обучающего видео о развитии атеросклероза и влиянии на это приема статинов с изучением приверженности терапией после выписки из стационара. (табл.2)

Таблица 2

Структура диссертационного исследования

Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями					
	Проспективное исследование приверженности длительной лекарственной терапии пациентов районной больницы малого города и больницы областного центра		Проспективное исследование приверженности терапии пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и метаболическим синдромом	Рандомизированное открытое клиническое исследование влияния информационного видеоролика про лечение атеросклероза на приверженность лечению	
	Малый город	Областной центр	Областной центр	Вмешательство	Контроль
Количество участников	108	70	80	60	60
Изучаемые факторы	Клинические, лабораторные социально-демографические характеристики пациентов, взаимоотношения «врач-пациент», «конечные точки»				
	Приверженность пациентов к лечению, ухудшение течения основного заболевания, госпитализации по поводу декомпенсации ССЗ, изменения в личной жизни, физическое, эмоциональное состояние, субъективная оценка самочувствия				
Длительность	6 месяцев, 12 месяцев		6 месяцев	1 месяц, 3 месяца	

2.1. Проспективное исследование приверженности длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города и клинической больницы областного центра

Работа выполнена на базе терапевтического отделения районной больницы малого города Саратовской области и на базе отделения кардиологии для больных с острым инфарктом миокарда клинической больницы медицинского университета областного центра. Население малого города насчитывало на момент проведения исследования около 13 тысяч человек, удаление от областного центра составило около 250 км. В малом городе для оказания медицинской помощи пациентам развернута районная больница, включающая в себя отделение лабораторной диагностики, хирургическое, терапевтическое, педиатрическое, инфекционное и гинекологическое отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии

и паллиативной помощи (сестринского ухода). Амбулаторную помощь оказывает поликлиника. На базе районной больницы пациенты могут получить необходимое инструментальное обследование в виде рентгенологического исследования, ультразвукового исследования (УЗИ), электрокардиографии (ЭКГ), мониторирования ЭКГ по Холтеру, фиброгастродуоеноскопии (ФГДС). На момент проведения работы отделение терапии было развернуто на 30 коек, кардиологические койки занимали порядка 40%. Стационар осуществляет, как экстренную, так и плановую госпитализацию пациентов, закрепленного района.

Пациенты областного центра находились на госпитализации в отделении кардиологии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России. Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева является многопрофильным стационаром, оказывающим медицинскую помощь по экстренным показаниям жителям Саратова и в плановом порядке жителям других регионов, оснащена всем необходимым спектром лабораторно-инструментального обследований пациентов.

В исследовании было предложено принять участие всем пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находившимся в период исследования на госпитализации в отделении терапии районной больницы малого города Саратовской области и пациентов отделения кардиологии клинической больницы областного центра. Набор респондентов малого города проводился длительный период времени, по причине небольшого числа кардиологических коек в структуре терапевтического отделения и нежелания пациентов принимать участие. В малом городе соответствовали критериям включения и были приглашена к участию 184 пациента. Подавляющее большинство отказывались подписывать информированное согласие, заполнять опросник, оставлять контактные телефоны по причине отсутствия подобного опыта, опасения разглашения какой-либо личной информации, и как следствие, ухудшения взаимоотношений с врачами и

персоналом. Пациенты малого города говорили о бесполезности подобных анкетирований, незначимости их для медицины в частности и для общества в целом. Люди называли себя «ненужными» и отчасти безнадежными, одним из наиболее частых аргументов в отказе от участия в исследовании являлась обреченность по мнению пациентов не прожить полгода и тем самым подвести исследователя. В итоге свое согласие на участие дали 127 (69% от приглашенных) пациентов, из них - 19(10%) заполнили только паспортную часть, 108(59%) пациентов ответили практически на все вопросы анкеты. В отделении терапии малого города были госпитализированы пациенты, обратившиеся за помощью по поводу декомпенсации сердечной недостаточности, гипертонических кризов, нестабильной стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда, нарушений ритма.

В областном центре было приглашено 210 пациентов университетской клиники, дали свое согласие 129 областного центра (61% от числа приглашенных), однако ответили на все вопросы опросника лишь 70 респондентов областного центра (33% от числа приглашенных). В областном центре пациенты охотнее соглашали принять участие, однако, зачастую оставляли в опроснике заполненной лишь вводную часть, объясняя в последствии собственной ленью, нежеланием тратить личное время.

Критерии включения – пациенты кардиологического профиля терапевтического отделения районной больницы малого города, отделения кардиологии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, подписавшие информированное согласие, не имеющие критериев исключения. Возраст старше 18 лет.

Критериями исключения в обеих группах являлись: тяжелая сердечная недостаточность New York Heart Association (NYHA IV), не корригируемая артериальная гипертония, стенокардия напряжения IV ФК, неконтролируемая бронхиальная астма, обострение хронической

обструктивной болезни легких, почечная недостаточность 3б стадии и выше (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее 45 мл\мин), злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами, тяжелая энцефалопатия любого генеза, любые другие серьезные заболевания, неспособность заполнить опросник.

Анкетирование проводилось после стабилизации состояния больных, за 3-4 дня до выписки из стационара. Большая часть вопросов, включенных в данную анкету (приложение 1), уже не раз использовалась в исследованиях по приверженности к лечению среди пациентов города Саратова [65, 92, 101]. Вопросы анкеты выясняли отношение респондентов к состоянию своего здоровья, желание получать информацию о заболевании, уточняли уровень информированности пациента о проводимой терапии, степень его участия в процессе назначения терапии, его удовлетворенность лечением. Также выяснялся характер взаимоотношений с лечащим врачом, уровень доверия к нему, мотивы выбора стационара, 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. До проведения данного исследования нами была проведена серия фокусированных интервью пациентов в клиниках города Саратова для выявления причин приверженности к длительному лечению и возможных причин отказа от постоянной терапии.

Полученные результаты (т.е. выводы, сформулированные самими пациентами) использовались при составлении вопросов и вариантов ответов используемой анкеты (приложение 1) для количественной оценки тех пациентов, кто согласен с полученными утверждениями, т.е. полученные качественные данные проверялись количественно и на большем, по сравнению с фокусированным интервью, числе участников опроса. По результатам фокус-группы были сформированы варианты ответов на

вопросы, выясняющие мнение пациентов о понятиях «Болезнь» и «Здоровье», источники информации о заболевании, информированность возможностями терапии, состоянием здоровья и степенью опасности диагноза, сложившиеся взаимоотношения с врачом, желаемая степень участия в назначении лекарственной терапии и удовлетворенность назначенным лечением.

Контрольные звонки выполнялись спустя 6 и 12 месяцев (приложение 2) после выписки из стационара. Пациентам задавались вопросы о продолжении терапии, назначенной в стационаре, степени регулярности приема рекомендованных препаратов, о присутствии побочных эффектов принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, об изменении физического и эмоционального состояния и самочувствия в целом за прошедшее время, выяснялись аргументы продолжения и прекращения приема препаратов и степень удовлетворенности получаемым лечением на амбулаторном этапе.

2.2. Проспективное исследование приверженности к лечению пациентов с перенесенным инфарктом миокарда: влияние наличия или отсутствия сахарного диабета 2 типа на приверженность терапии

Данный этап работы проведен среди пациентов, находившихся на госпитализации в отделении кардиологии для больных с острым инфарктом миокарда и отделении терапии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России.

Критерии включения – пациенты с перенесенным инфарктом миокарда с выявленным сахарным диабетом и без диагностированного сахарного диабета отделения кардиологии и терапии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского

Минздрава России, подписавшие информированное согласие, не имеющие критериев исключения. Возраст старше 18 лет.

Критериями исключения в обеих группах являлись: тяжелая сердечная недостаточность New York Heart Association (NYHA IV), не корригируемая артериальная гипертония, стенокардия напряжения IV ФК, неконтролируемая бронхиальная астма, обострение хронической обструктивной болезни легких, почечная недостаточность 3б стадии и выше (СКФ менее 45 мл\мин), злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами, тяжелая энцефалопатия любого генеза, любые другие серьезные заболевания, неспособность заполнить опросник, когнитивные нарушение выше легкой степени манифестная патология ЩЖ.

У всех включенных пациентов был диагностирован метаболический синдром. Согласно имеющимся клиническим рекомендациям [59, 60, 91] по диагностике и лечению метаболического синдрома, опубликованным в 2013 году, МС характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обменов и артериальной гипертонии.

Для выявления МС используются общеизвестные критерии:

- Основной критерий – *это абдоминальное ожирение (АО) т.е.* показатель окружности талии (ОТ), при котором ОТ > 80 см у женщин и > 94 см у мужчин.

- Дополнительные критерии:

• АГ - АД > 140/90 мм рт.ст.

• повышение уровня ТГ > 1,7 ммоль/л

• снижение концентрации ХС ЛВП <1,0 ммоль/л у мужчин; <1,2 ммоль/л у женщин

• повышение содержания ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л

• гипергликемия натощак — глюкоза в плазме крови натощак > 6,1 ммоль/л

• НТГ — глюкоза в плазме крови через 2 часа после ТТГ в пределах >7,8 и <11,1 ммоль/л.

Наличие у пациента АО и 2 из дополнительных критериев служит основанием для диагностики МС.

В исследование включены 40 пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, без сахарного диабета и 40 пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, с сахарным диабетом.

Включение пациентов происходило после стабилизации состояния больных, подписания информированного согласия, за 3-4 дня до выписки из стационара.

Выполнялся: стандартный сбор анамнеза, полный физикальный осмотр, в том числе измерение обязательное окружности талии (ОТ)

- инструментальная диагностика (из истории болезни пациента копировались результаты УЗИ печени, щитовидной железы, ЭКГ, ДЭХО-КГ)

- лабораторные методы исследования включали в себя общеклинический анализ крови, биохимический анализ крови с исследованием липидограммы, протеинограммы, трансаминаз, ЩФ, ЛДГ, мочевой кислоты, мочевины, креатина, уровня глюкозы, электролитов, СРБ, также всем пациентам дополнительно проводилось исследование тиреотропного гормона (ТТГ), инсулина и гликированного гемоглобина HbA1c)

Выполнялись расчёты метаболических индексов у включенных респондетов: индекса висцерального ожирения (ИВО (VAI)) а и индекса инсулинорезистентности (HOMA IR).

ИВО — показатель «функции висцеральной жировой ткани» и чувствительности к инсулину, его увеличение в значительной степени связано с повышением кардиоваскулярного риска.

Формула для подсчета индекса инсулинорезистентности

HOMA IR = инсулин * глюкоза/22,5 (Норма: <2,52)

Формулы для подсчета индекса висцерального ожирения (в зависимости от пола)

ИВО Мужчины: ИВО(VAI) = ОТ / (39,68 + (1,88 × ИМТ)) × (ТГ/1.03) × (1,31/ЛПВП)

ИВО Женщины: ИВО(VAI) = ОТ/(36.58 + (1,89 × ИМТ)) × (ТГ/0,81) × (1,52/ЛПВП)

Повозрастные показатели ИВО, при превышении которых сердечно-сосудистый риск резко возрастает: <30 лет — 2,52; 30–42 лет — 2,23; 42–52 года — 1,92; 52–66 лет — 1,93; > 66 лет — 2,00.

По истечению 6 месяцев после выписки из стационара выполнялись контрольные телефонные звонки для выяснения приверженности пациентов рекомендованной терапии. Продолжение пациентом терапии определялось двумя способами: на основании ответа пациента на прямые вопросы о продолжении приема препаратов, на основании сопоставления терапии, назначенной в клинике при выписке, и таблеток, принимаемых в настоящее время. Нас интересовал в первую очередь факт прекращения, или продолжения пациентом приема рекомендованных препаратов. Регулярность терапии (то есть пропуски в приеме препаратов) оценивали на основании

ответов пациента на вопросы о регулярности приема препаратов и о пропуске очередных доз медикаментов [67]. Еще раз подчеркнем, что продолжение и регулярность терапии анализировались отдельно, как два различных параметра приверженности пациента терапии [67].

2.3. Рандомизированное открытое клиническое исследование влияния информационного видеоролика про лечение атеросклероза на приверженность к терапии.

Исследование выполнено на базе отделения кардиологии для больных с острым инфарктом миокарда клинической больницы областного центра.

Критерии включения: пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящиеся на стационарном лечении, которые дали свое согласие на участие и не имели критериев исключения. Учитывая, что большинство включенных пациентов поступало в стационар в экстренном порядке, в связи с возникновением декомпенсации ССЗ, включение выполнялось после стабилизации их состояния, чаще за 1-2 дня до планируемой выписки на амбулаторный этап. Критерии исключения: ХСН IV ФК NYHA, некоррегируемая АГ, тяжелая энцефалопатия любого генеза, онкология, злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами, любые другие серьезные заболевания (тяжелые бронхиальная астма и ХОБЛ), СКФ<45 мл\мин, непереносимость статинов в анамнезе.

После стабилизации состояния госпитализированных пациентов, за несколько дней до выписки проводилось их включение. Пациентам при выписке из стационара рекомендовался прием статинов в дозах согласно имеющимся рекомендациям [24]. Методом случайных чисел проводилась процедура рандомизации пациентов [38, 39, 76] в группу вмешательства, которой помимо стандартной брошюры по немедикаментозному лечению, демонстрировался видеоролик, и группу сравнения, которой выдавалась только стандартная брошюра по модификации образа жизни и диеты. Данная брошюра (листовка) находится а свободном доступе для пациентов,

разработана центром медицинской профилактики Кировского медицинского информационно-аналитического центра (Кировский «МИАЦ») национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России в январе 2015 года. 2015 год был назван годом борьбы с ССЗ, брошюра была разработана, как обучающая профилактическая листовка по борьбе с атеросклерозом в рамках месяца здорового питания. В брошюре кратко и в понятной пациенту терминологии дается разъяснение что такое «атеросклероз», «холестерин», даются рекомендации по коррекции питания с целью профилактики прогрессирования атеросклероза, с указанием конкретных продуктов питания, рекомендуется снизить количество поваренной соли и отказаться от курения, уменьшить количество употребляемого алкоголя.

Мотивирующий видеоролик был смонтирован врачами-исследователями согласно известным рекомендациям по построению видео [35, 52, 61, 99, 107], разработанным организациями, занимающимися рекламной и просветительской деятельностью, отражал поражение ССС атеросклеротическим процессом и влияние на это постоянного приема статинов. Монтаж выполнен с использование бесплатной, общедоступной программы «Movavi Video Editor 14» с иллюстрированием изображениями находящимися в свободном доступе сети интернет сайта изображений shutterstock.com. В начале видео пациенту демонстрировалась внутри артерии атеросклеротическая бляшка, которая увеличиваясь в размерах перекрывает просвет и приводит к ухудшению самочувствия, возможному развитию острого коронарного события, появлением в кадре машины СМП и больничного коридора. Далее в кадре появляется коробка с надписью «статин», демонстрации ни номенклатурного, ни коммерческого названия никакого конкретного статина не происходило. Далее видеоряд отображал обратное развитие и стабилизацию атеросклеротической бляшки. В завершении видео говорится о том, что постоянный прием статинов снижает риск возникновения сосудистых катастроф, увеличивает продолжительность

жизни. Учитывая, что максимальное усвоение материала человеком, доступно при продолжительности видео около 1,5 минут [35, 52, 61, 99, 107], общая продолжительность данного мотивирующего видео составила 1 минуту 22 секунды. На видеоряд наложен голос, озвучивающий согласованный исследователями текст, об атеросклерозе и влиянии на этот процесс статинов, который облегчает понимание демонстрируемых иллюстраций.

Учитывая имеющие публикации, в которых отражены различные линии поведения врача в отношении пациентов, стремление врачей поделить пациентов на более и менее симпатичных [65-67, 94], принято решение учитывать предсказательное мнение лечащего врача о амбулаторной приверженности их пациентов терапии, т.е. лечащим врачам задался прямой вопрос: «Будет ли пациент принимать препараты после выписки из стационара».

Через 1 и 3 месяца после выписки из стационара выполнялись телефонные звонки, после которых пациенты должны были посетить центр для объективного осмотра врачом-исследователем и контроля лабораторных показателей. На контрольных визитах 1 и 2, через 1 и 3 месяца после выписки, помимо объективного осмотра, выполнялся опрос пациентов, в котором задавались вопросы о изменении в жизни респондентов, обострении хронических заболеваний и ухудшениях самочувствия, степени удовлетворенности назначенным лечением. Самое пристальное внимание уделялось продолжению терапии в целом и приёму статинов в частности, её регулярности, наличию декомпенсации ССЗ, госпитализаций, вызовов СМП за период наблюдения и изменению показателей липидограммы, оценка достижения целевых показателей ЛПНП. Внимательно отслеживалось наличие побочных эффектов, как со слов пациентов, так и согласно полученным лабораторным показателям.

Методы статистического анализа

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

В проведенных проспективных исследованиях применялись метод кросс-табуляции (построение таблиц абсолютных частот парных наблюдений) с применением критерия χ^2, методы вариационной статистики с использованием непараметрического корреляционного анализа (коэффициенты Kendall, Gamma), тест Kruskal-Wallis, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Применялся метод пошаговой логистической регрессии.

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

ГЛАВА 3. ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МАЛОГО ГОРОДА И БОЛЬНИЦЫ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Цель работы - провести анализ клинико-лабораторных факторов, социально-демографических и личностных характеристик, определяющих приверженность к длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний пациентов малого города и областного центра.

Участие было предложено всем пациентам с сердечно-сосудистой патологией, находившимся в период исследования на госпитализации в отделении терапии районной больницы малого города Саратовской области и в отделении кардиологии клинической больницы медицинского университета г.Саратова. Оба стационара осуществляют, как экстренную, так и плановую госпитализацию пациентов.

3.1. Клинико-демографическая характеристика исследованных групп

Как видно из таблицы №3, в которой отражены демографические показатели, а именно пол и возраст, социальные – уровень образования, преимущественно физический или интеллектуальный уклон профессиональной деятельности, показатели финансового благополучия по личной оценке пациента (уровень дохода), показатель индекса массы тела и клинические характеристики пациентов (наличие артериальной гипертензии, ГК в анамнезе, стенокардии напряжения, перенесенного ИМ в анамнезе, перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета 2 типа).

Таблица 3.

Клинико-демографическая характеристика респондентов исследуемых групп

	Данные пациентов	*Областной центр (n = 70)*	*Малый город (n = 108)*
Возраст	Достигшие пенсионного возраста	58(83%)	66(61%)
Медиана возраста		67 лет	60 лет*
Пол	Мужской	40 (57%)	46 (43%)
Образование	Среднее	30 (42%)	52 (48%)
	Среднее специальное	10 (14%)	36 (34%)*
	Высшее	24 (34%)	20 (18%)*
Профессия	Умственного труда	32 (46%)	46 (43%)
Клинические, лабораторные, инструментальные характеристики по сердечно-сосудистой патологии и факторам риска	Артериальная гипертензия	62 (89%)	98 (91%)
	Ожирение ×	64 (90%)	56 (53%)*
	Гипертонические кризы	54 (77%)	76 (70%)
	Стенокардия напряжения	54 (77%)	94 (87%)
	Инфаркт миокарда в анамнезе	24 (34%)	10 (8%) *
	ОНМК # в анамнезе	12 (17%)	6 (6%)
	ХСН (I-III ФК$^{\mu}$, NYHA)	52 (74%)	60 (65%)
	Сахарный диабет 2 типа	12 (17%)	20 (18%)
	Общий холестерин > 4 ммоль/л	48 (68%)	60 (56%)
	Глюкоза натощак > 7,0 ммоль/л	12 (17%)	20 (19%)
	ХБП £ 3-й стадии (СКФ ¥ <60 мл/мин/1,73м^2)	16 (23%)	14 (13%)
	Гипертрофия левого желудочка	26 (37%)	33 (31%)
	ФВ сохранная (≥ 50%)	50 (71%)	6 (6%)

Примечание: * – $p < 0,05$; здесь и далее × – ИМТ ≥ 30 кг/м^2; # – ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, μ - ФК – функциональный класс; £ – ХБП – хроническая болезнь почек; ¥ – СКФ – скорость клубочковой фильтрации

При статистическом анализе в аспектах демографических характеристик было выявлено: медиана возраста пациентов малого города достоверно меньше медианы возраста пациентов областного центра у респондентов терапевтического отделения малого города ниже уровень образования, чем у респондентов отделения кардиологии областного центра. Достоверных гендерных различий в исследуемых стационарах выявлено не было. Среди пациентов (n=108), которые согласились принять участие в исследовании в малом городе – 26 (24%) опрошенных являлись одиноко проживающими, из которых мужчины – 8 (7%), и 18 (16%) - женщины.

Среди опрошенных мужчин высшее образование имели – 16(15%), среднее специальное – 18 (16%) и среднее образование – 12 (11%) пациентов.

Среди опрошенных женщин высшее образование имели 4 (5%) респондентов, среднее специальное – 34 (32%) и среднее – 24 (22%). В областном центре (n=70) 8 (10%) – одиноко проживающих пациентов, из которых 4 (%) – женщины и 4 (5%) – мужчины.

Среди клинических характеристик выявлено, что у пациентов малого города показатели ИМТ чаще находились в предела нормы, иными словами реже отмечалось ожирение, реже были верифицированы ХСН и перенесенный инфаркта миокарда в анамнезе.

3.2. Приверженность терапии через 6 и 12 месяцев после выписки

Через 6 месяцев после выписки из стационара удалось связаться по телефону с 52 (74% от включенных) пациентами областного центра и 86 (80% от включенных) малого города. Через 12 месяцев доступны контакту 48 (68% от включенных) областного центра и 74 (69% от включенных) малого города.

В ходе телефонного опроса через 6 месяцев продолжили терапию в полном объеме 28(54%) пациентов областного центра и 44(53%) малого города (p>0.09) и через 12 месяцев – 24(51%) областного центра и 27(36%) респондентов стационара малого города (p<0.05) (рис. 1).

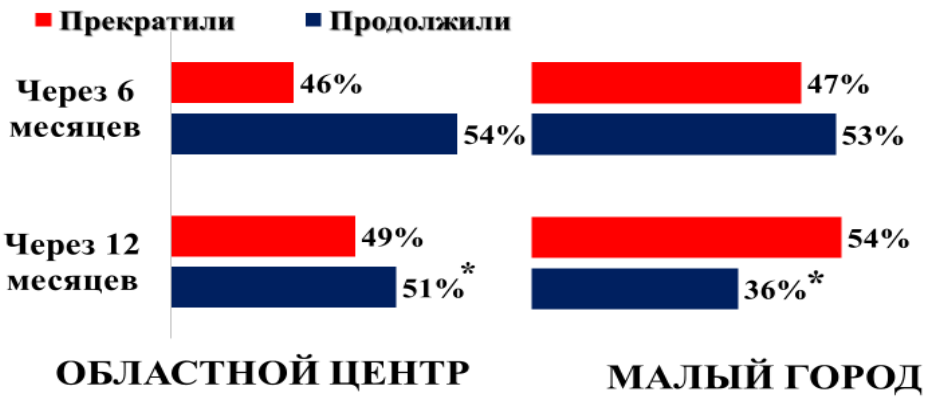

Рис.1. Продолжение терапии после выписки (* - p<0.05)

3.2.1. Продолжение лечение через 12 месяцев, в зависимости от его продолжения\завершения терапии через 6 месяцев после выписки.

Если пациенты продолжают лечение через 6 месяцев, то 49(66%) респондентов малого города и 39(82 %) областного центра продолжают следовать амбулаторно данным врачебным рекомендациям при выписке из стационара и через 12 месяцев ($p<0.05$) и наоборот, если через 6 месяцев лечение прекращалось, то начинают следовать врачебным рекомендациям лишь 12(16%) пациентов малого города и 10(20%) областного центра. ($p<0.05$) (рис.№2)

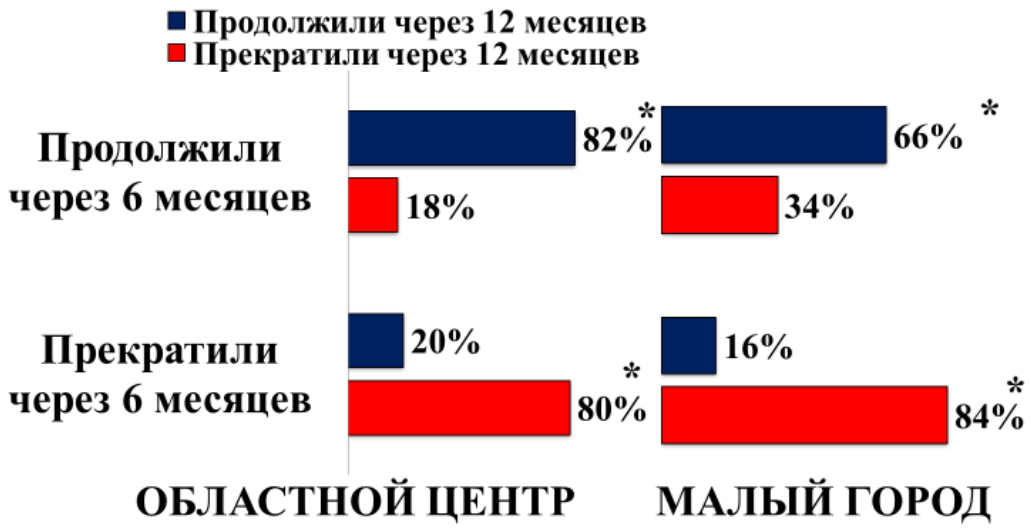

Рис.2. Продолжение терапии через 12 месяцев в зависимости от ее продолжения или прекращения через 6 месяцев (* - $p<0.05$)

3.2.2 Причины завершения приема препаратов через 6 и 12 месяцев

При выполнении контрольных телефонных звонков пациентов спрашивали о причинах, приведших их к завершению лечения. Как видно из таблицы №4 пациенты приводили множество аргументов, особенно респонденты малого города, однако, статистически подтвержденного взаимовлияния на продолжение терапии выявлено не было, что возможно

объяснимо невысокой статистической мощностью. Пациенты малого города наиболее часто говорили, что прекратили принимать препараты по причинам, что чувствуют себя хорошо и без приема рекомендованного лечения, дают отдых организму. Также в малом городе были пациенты, которые признавались, что принципиально не принимают таблетки вообще, 14% – через 6 месяцев и 12% пациентов через – 12 месяцев указали, что лечение было отменено врачом. В областном центре со слов пациентов причиной для завершения терапии стало отсутствие ожидаемого эффекта от назначенной терапии и хорошее самочувствие без приема препаратов.

Обращает на себя внимание выявление у респондентов областного центра лишь 6% (через 6 месяцев) и 8%(через 12 месяцев) случаев отказа от приема препаратов в связи с возникновением побочных явлений, данные явления отсутствовали у пациентов малого города. При выяснении класса препарата и варианта побочного действия, выяснилось, что это в равных частых головная боль на фоне приема нитратов и приступообразный сухой кашель на фоне приема иАПФ, никаких серьёзных ПЭ не выявлялось.

Таблица 4.

Причины завершения приема препаратов через 6 и 12 месяцев

	Областной центр		Малый город	
	6 месяцев	12 месяцев	6 месяцев	12 месяцев
Эти препараты не помогают	33%	50%	14%	12%
«Даю отдых организму»	-	8%	22%	40%
Не пью таблетки ВООБЩЕ	-	-	14%	6%
Хорошо и без их приёма	33%	26 %	14%	18%
Отменил врач	-	-	14%	12%
Не хочу	-	-	14%	-
Побочные эффекты	6%	8%	-	-
Препараты «вредны» для ЖКТ	17%	8%	-	-

3.2.3 «конечные точки» через 6 и 12 месяцев после выписки

В таблице №5 указаны события, произошедшие с пациентами, за период наблюдения, однако, статистически подтвержденных взаимовлияний с приверженностью терапии, как через 6, так через 12 месяцев выявлено не было. Наиболее часто у пациентов малого города отмечались дестабилизация значений АД и нарастание признаков недостаточности кровообращения, в областном центре – гипертонические кризы и нестабильная стенокардия через 6 месяцев. Частота повторных госпитализаций у пациентов обоих стационаров очень схожа, как через 6, так и через 12месяцев после выписки.

Таблица 5.

«Конечные точки» в течение 6 и 12 месяцев после выписки»

ОБОСТРЕНИЯ ССЗ (ухудшения состояния)	Областной центр		Малый город	
	6 месяцев	12 месяцев	6 месяцев	12 месяцев
Дестабилизация АД	10%	10%	44%	32%
Гипертонические кризы	40%	45%	14%	18%
Декомпенсация ХСН	-	-	20%	24%
Пароксизмы ФП	6%	9%	5%	6%
Нестабильная стенокардия	18%	8%	4%	4%
ИМ	-	-	-	-
ОНМК	6%	5%	-	-
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	20%	23%	13%	16%

3.3 Клинические факторы и продолжение терапии через 6 и 12 месяцев после выписки

Из числа клинических факторов с продолжением лечения среди пациентов обеих групп достоверно взаимосвязано наличие сосудистых катастроф, а именно перенесенного инфаркта миокарда и ОНМК. 14(78%) пациентов клинической больницы медицинского университета, перенесшие ИМ, продолжили терапию как через 6, так и через 12 месяцев - ($p<0,05$)) и 6 (70%) респондентов через 6 месяцев ($p<0,05$)) и 6(60%) – через 12 месяцев пациентов районной больницы следовали рекомендациям ($p<0.09$)). Пациенты с перенесенным ОНМК - продолжили лечение 14(62%) через 6 месяцев (($p<0,05$)) и 10 (53%) через 12 месяцев пациентов клинической больницы медицинского университета (($p<0,09$)) и 6 (75%) (($p<0,09$)) через 6 месяцев и 5(75%) через 12 месяцев пациентов районной больницы ($p<0,05$)).

Выявлялись статистические ассоциации между приверженностью и наличием стенокардии напряжения I-IIIФК (продолжили принимать

препараты через 12 месяцев 22(61%) пациентов Саратова (p<0,05)). Статистические тенденции: 26 (56%) пациентов малого города, имеющие в анамнезе частые гипертонические кризы чаще следовали врачебным рекомендациям через 6 месяцев после выписки (p<0.09)). Ассоциировано с дальнейшим продолжением лечения в малом городе наличие сахарного диабета: продолжили 17 (68%) пациентов через 6 месяцев (p<0,09)) и 15 (67%) через 12 месяцев (p<0,05). Ожирение и приверженность в малом городе: 67% пациентов через 6 месяцев и 61% через 12 месяцев продолжили лечение (p<0,05). Влияния других клинических факторов на приверженность терапии среди пациентов обеих групп выявлено не было.

3.4. Лабораторно-инструментальные показатели и продолжение терапии через 6 и 12 месяцев после выписки.

Таблица 6.

Лабораторно-инструментальные данные и продолжение терапии

	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
Параметр	Малый город	Областной центр	Малый город	Областной центр
ОХС > 4 ммоль/л	40(58%)	18(50%)	23(38%)	18(53%)
ЛПНП ≥ 1,5 ммоль/л	-	12(38%)	-	14(47%)
ЛПВП (♂ < 1 ммоль\л, ♀<1,2 ммоль/л)	-	18(48%)	-	16(47%)
ТГ ≥ 1,7 ммоль/л	-	4(22%)*	-	4(22%)*
Глюкоза < 6,1 ммоль/л	16(55%)	22(55%)	10(55%)	20(55,6%)
Глюкоза 6,1-7,0 ммоль/л	12(75%)*	6(75%)*	4(50%)	4(50%)
Глюкоза > 7,0 ммоль/л	12(84%)*	0**	9(60%)*	0
ХБП 3 стадии	10(55%)	9(69%)	5(45%)	6(50%)
ГЛЖ	28(58%)	6(33%)*	6(33%)*	4(22%)*
ФВ сохранная (50 и >%)	4(66%)	20(53%)	2(50%)	14(41%)

В виду некоторой ограниченности лабораторно-инструментального обследования у пациентов малого города сравнительному анализу доступно меньшее число показателей.

Как видно из таблицы №6 среди пациентов малого города с продолжением лечения как через 6, так и через 12 месяцев после выписки взаимосвязано выявление гипергликемии натощак >7ммоль/л: через 6 месяцев следуют рекомендациям (12(84%) (р <0.05)), через 12 месяцев – (9(60%) (р <0.09)); при диагностировании уровня глюкозы натощак 6,1-7,0 ммоль/л во время госпитализации, это ассоциировано с выполнением врачебных рекомендаций через 6месяцев 12(75%) следуют рекомендациям (р <0.05)). Выявленная гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ (при подсчете индекса Соколова-Лайона (sv1 (мм) + rv5 (мм) или rv6 (мм). Норма: до 38 мм у лиц старше 40 лет). ГЛЖ через 12 месяцев ассоциирована с более частым завершением приема рекомендованных препаратов (прекратили лечение 11(67%) (р <0.05)), что отмечалось и ранее в литературе [3, 18, 94].

Наличие у пациентов отделения кардиологии областного центра гипергликемии натощак >7ммоль/л через 6 месяцев (4(100%) (р <0.09)), гипертриглицеридемия как через 6, так и через 12 месяцев после выписки (14(78%) (р <0.05)), выявленная ГЛЖ по данным ДЭХО-КГ (ИММЛЖ ≥125 г/м^2 для мужчин и ≥110 г/м^2 для женщин) через 12 месяцев (14(78%) (р <0.05)) ассоциированы с более частым завершением приема рекомендованных препаратов, что можно рассматривать, как исходную недостаточную приверженность, имеет подтверждение в литературе [3, 18, 94]. С продолжением лечения через 6 месяцев ассоциирован уровень глюкозы натощак 6,1-7,0 ммоль/л, 6(75%) следуют рекомендациям.(р <0.05)

3.5. Социо-демографические факторы и продолжение терапии

Были выявлены гендерные различия у пациентов малого города: через 6 месяцев продолжили прием рекомендованных препаратов 22 (64%) мужчин и 24 (46%) женщин (р<0,09), а через 12 месяцев – 14(50%) мужчин и 12 (27%) женщин (р<0,05). В областном центре через 6 месяцев после выписки из стационара: мужчины (20(91%)) принимали назначенные препараты постоянно (р<0,05), а женщины (6(100%)) считали наиболее подходящей курсовую терапию (р<0,05).

Из числа классических социально-демографических факторов с продолжением лечения среди пациентов обеих групп взаимосвязано наличие высшего образования (продолжили терапию 10(58%) пациентов клинической больницы медицинского университета (p<0,05) и 12(67%) пациентов районной больницы (p<0,09), наличие дохода ниже среднего (по оценке самих пациентов) (продолжили через 6 месяцев после выписки 18(70%) пациентов Саратова (p<0,05), и 22(58%) пациентов малого города (p<0.09)), и профессия умственного труда (продолжили 18(75%) пациентов областного центра (p<0,05).

Резюме

При выполнении контрольных телефонных звонков был получен невысокий отклик, через 6 месяцев удалось связаться с ~70% пациентов из числа включенных областного центра и с ~80% пациентов малого города, через 12 месяцев доступных контакту с ~70% пациентов обоих стационаров.

Приверженность пациентов малого города через 12 месяцев после выписки из стационара равна 36%, оно достоверно ниже, чем комплаеность респондентов областного центра (показатель продолжения выполнения врачебных рекомендаций и через 6, и через 12 месяцев около 50%).

Продолжают терапии через 12 месяцев те пациенты, что следовали рекомендациям через 6 месяцев.

Факторы, ассоциированные в приверженностью респондентов терапии обоих стационаров схожи. В процессе анализа клинических, лабораторно-инструментальных и социо-демографических показателей никаких неожиданных факторов нами выявлено не было: перенесенные сосудистые катастрофы: перенесенные ИМ и ОНМК- традиционно повышают приверженность всех пациентов к постоянной терапии [1, 3, 5, 11, 15, 18, 46, 65-67, 92, 128]. Осознание проблемы болезни и необходимости лечения напрямую связано с вероятностью последующей длительной терапии [46, 65-67, 92, 128].

Среди пациентов районной больницы малого города с продолжением терапии ассоциированы: мужской пол, наличие сахарного диабета 2 типа, ожирение, показатель гипергликемии натощак 6,1-7ммоль/л (через 6 месяцев) и гипергликемия натощак >7ммоль/л. (как через 6, так через 12 месяцев)

Среди пациентов областного центра с продолжением терапии ассоциированы: наличие стенокардии напряжения, профессии умственного труда. С прекращением терапии на амбулаторном этапе выявлены взаимосвязи с наличием ГЛЖ, исходной гипергликемии натощак >7ммоль/л, гипертриглицеридемия, что наводит на мысль на исходную невысокую приверженность пациентов.

Глава 4. ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ВЗАИМООТНОШЕНИЕМ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ЧЕРЕЗ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРОВ МАЛОГО ГОРОДА И ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Личностные характеристики исследовались по результатам анализа заполненных пациентами опросника, разработанного на кафедре для изучения приверженности длительной терапии.

4.1. Мнение пациентов о теоретически правильном режиме терапии и приверженность через 6 и 12 месяцев после выписки.

Респонденты, находившиеся на госпитальном лечении в районной больнице малого города утверждали, что при их заболевании теоретически правильным режимом является: постоянный приём лекарств – 78(72%); по потребности – 24(22%); курсовой режим – 6(6%). При ответе на вопрос о том, как они сами в действительности выполняют рекомендации врача, пациенты отвечали, что принимают лекарственные препараты постоянно 66(61%), «когда совсем прижмет» - 36(33%), курсами – 6(6%).

Респонденты, находившиеся на госпитальном лечении в клинической больнице медицинского университета указывали в опроснике, что при их заболевании теоретически правильным режимом является: постоянный приём лекарств – 48(68%); по потребности – 10(14%); курсовой режим – 2(3%), не ответили – 10(14%). При ответе на вопрос о том, как они сами в действительности выполняют рекомендации врача, пациенты отвечали, что принимают лекарственные препараты постоянно 46(68%), «когда совсем прижмет»–16(23%), курсами - 6(9%).

По истечении 6 месяцев пациенты малого города, которые считали теоретически верным принимать препараты постоянно, в действительности полностью продолжили лечение – 38(62%), среди респондентов, выбравших вариант «по потребности» продолжили терапию только 4(20%) ($p<0,05$). В областном центре продолжили 25 (67%), утверждающих, что правильно

принимать препараты постоянно, 1(11%) – по потребности и 0 – курсами. ($p<0,05$). В областном центре продолжили постоянный прием 25 (67%) пациентов, указывающих, что принимали препараты ранее постоянно, и наоборот – 10 (91%) респондентов, указывающих при заполнении опросника, что лечатся непостоянно и через 6 месяцев полученным врачебным рекомендациям не следуют ($p<0,05$).

Респонденты малого города, которые отвечали, что обычно следуют назначениям врача, т.е. принимают рекомендованную терапию и через 6 месяцев в большем проценте случаев продолжали постоянную терапию – 40(74%), и только 2(7%) пациентов, выбравших во время опроса вариант «пью, когда совсем прижмет», спустя полгода действительно продолжили лечение. Респонденты, отвечающие «принимаю лекарства иногда», прекратили терапию в 2(100%) случаях ($p<0,05$). В областном центра достоверных различий выявлено не было в отношении регламентируемого приема препаратов и дальнейшего амбулаторного продолжения.

По истечении 12 месяцев пациенты малого города, которые считали теоретически верным принимать препараты постоянно, в действительности полностью продолжили лечение – 26 (48%), все респонденты, выбравшие вариант «по потребности», прекратили терапию ($p<0,05$). В областном центре продолжали постоянную терапию 22 (60%), считающих, что верно лечиться постоянно, 5(55%) – по потребности и 1(50%) – курсами($p<0,09$).

Полученные результаты говорят о честности пациентов при заполнении опросника и важности осознания необходимости именно регулярного приема рекомендованных препаратов

4.2. Причины прерывания терапии пациентами малого города и областного центра

Называя причины прекращения терапии в момент госпитализации, респонденты указали следующие варианты. Наиболее часто пациенты областного центра ссылались на вариант, что «Предписанные препараты ухудшали или не улучшали их самочувствие», респонденты малого города

выбирали вариант «Чувствовали себя хорошо и без приёма препаратов» (Табл.7)

Таблица 7

Причины самостоятельного прекращения лечения

Варианты ответов	Областной центр	Малый город
«Предписанные препараты ухудшали самочувствие» (по мнению пациентов)	10 (14%)	0(0%)
«Предписанные препараты не улучшают самочувствие» (по мнению пациентов)	8 (11%)	0 (0%)
«Чувствовали себя хорошо и без приёма препаратов»	2 (3%)	38(35%)
«Предписанные препараты имели побочные эффекты»	2 (3%)	12(11%)
«Не позволяло материальное положение»	2 (3%)	12(11%)
«Занимали более серьёзные проблемы»	2 (3%)	2(2%)
Никогда не бросал приём	8 (11%)	14(13%)
Не ответили	2 (3%)	14(13%)

Такие варианты ответов как: «Режим приёма лекарственного средства был сложным и неудобным», «Опасались возможных нежелательных последствий», «Вам неудобно по времени и расстоянию посещать врача», «Не сложилось отношения с лечащим врачом» не были выбраны ни одним пациентом.

Выявлены взаимовлияния между анамнестическими причинами прерывания терапии пациентами малого города и продолжением лечения через 6 месяцев после выписки. (Таблица № 8). Пациенты, указывающие, что ранее прерывали прием рекомендованных препаратов спустя 6 месяцев в 60% терапию прекратили, и напротив, 75% пациентов, утверждающих, что ранее не прерывали рекомендованную терапии, следуют рекомендациям через 6 месяцев

Таблица 8

Продолжение терапии через 6 месяцев малый город и причины амбулаторного прерывания терапии

Варианты ответов	**Ответили в момент госпитализации**	**Продолжили терапию через 6 месяцев**
«Чувствовали себя хорошо и без приёма препаратов»	38(35%)	12(40%)**
«Предписанные препараты имели побочные эффекты»	12(11%)	4(40%)
«Не позволяло материальное положение»	12(11%)	2(33%)
«Занимали более серьёзные проблемы»	2(2%)	0(0%)*
Никогда не бросал приём	14(13%)	6(75%)*
Не ответили	14(13%)	10(85%)*

*примечение - *p < 0,05., ** p < 0,09.

4.3. Приверженность к длительному лечению по данным анкеты, заполняемой пациентами в стационаре.

4.3.1. Понятие «Здоровье» и приверженность терапии

Из таблицы №9 видно, абсолютное число пациентов указывает при заполнение опросника в момент госпитализации (50(72%) областного центра и 92(87%)малого города), что здоровье в большей мере является их личной заботой, малая часть перекладывает ответственность на врачей – 2(3%) – областного центра и 10(9%) малого города и родственников – по 4 пациента каждой группы.

Таблица 9

Здоровье – это забота..?

	Областной центр	Малый город
Врачей	2(3%)	10(9%)
Моя	50(72%)	92(87%)
Родственников	4(6%)	4(4%)
Затрудняюсь ответить	6(9%)	0
Не ответили	8(10%)	0

Через 6 месяцев достоверных взаимовлияний между отношением к здоровью и продолжением терапии выявлено не было. Через 12 месяцев после выписки рекомендации соблюдали пациенты, которые считали, что ответственность за состояние их собственного здоровья несут врач или

родственники: среди них продолжили лечение суммарно (6(100%) пациентов Саратова (p<0,05), и 12(83%)-малого города (p<0,05).

Продолжили терапию только 24(26%) пациентов малого города и, 16(44%) пациентов областного центра, ответивших, что «Здоровье-это моя забота». (p>0,09). Полученный результат наводит на мысль о имеющемся стремлении пациентов переложить ответственность за собственное здоровье на кого-то другого.

4.3.2 Понятие «Болезнь» и приверженность терапии

Таблица 10

Что такое для вас болезнь-?

	Областной центр	Малый город
Ограничение физического, психического, социального благополучия	9(12%)	16(15%)
Результат предыдущей жизнедеятельности	22 (32%)	58(54%)
Катастрофа	6 (8%)	14(13%)
Судьба	6 (8%)	6(6%)
Образ жизни	14(21%)	14(13%)
Не ответили	13(20%)	0

22 (32%) опрошенных пациентов областного центра и 58(54%) малого города, давая определение болезни, назвали ее результатом предыдущей жизнедеятельности, по 14 пациентов обоих стационаров указали вариант – «Образ жизни», 16(15%) малого города и 9(12%) областного центра – назвали болезнь ограничением физического, психического и социального благополучия, 14(13%) малого города и 6(8%) областного центра выбрали вариант «Болезнь – это катастрофа», по 6 пациентов исследуемых стационаров указали – «Болезнь – это судьба». Достоверных взаимовлияний через 6 месяцев выявлено не было.

Через 12 месяцев после выписки продолжали терапию пациенты, отвечавшие, что «болезнь – это результат предыдущей жизнедеятельности» (продолжили 14(37%) пациентов районной больницы малого города (p<0,05), и 8(67%)- клинической больницы областного центра (p<0.09)), или

«катастрофа»(продолжили 6(50%) пациентов районной больницы (p<0,05) и 3(68%)-Саратова) (p<0.09)

Через 12 месяцев прекратили прием всех препаратов пациенты, выбравшие вариант «Болезнь-это судьба» (6 пациентов областного центра(p<0,05), и 6 пациентов малого города(p<0,05))

Абсолютно не привержены пациенты, выбравшие вариант опросника , что болезнь - это «судьба». Наибольшее число респондентов, выполняющих назначения, давая дефиницию термину «Болезнь», отвечали, что болезнь - это «образ жизни», или это «катастрофа», пациенты свыклись с мыслью присутствия заболевания, патологический процесс течет длительно, и на момент опроса лечение занимает одно из ведущих мест в жизни. Эти пациенты, преодолели последовательно все фазы течения хронической болезни (премедицинская, фаза ломки жизненного стереотипа, адаптации к болезни, фаза «капитуляции»), на данном этапе находятся на завершающей фазе, т.е. происходит формирование механизмов приспособления к жизни с заболеванием [94, 123] Отношение к болезни, как к судьбе, катастрофе отражает бездеятельное отношение пациентов, неверие в возможную модификацию состояния. [94, 123]

4.3.3. Взаимосвязь информации о лечении и приверженности длительной терапии

Как видно из таблицы №11 пациенты указывали, что проявляли достаточно высокую активность при общении с врачом, при этом целенаправленно интересовались этиологией заболевания – 44(63%) пациентов областного центра и 64 (59%) – малого города, как лучше лечить его – 48(69%) областного цента и 58(54%) малого города, вылечивается ли оно –36(52%) – областного центра и 60(56%) малого города. Выявлены различия в группах о возможных осложнениях спрашивали у врача – 38(55%) областного центра и 92 (85%) малого города (p<0,05), о вероятности наступления смерти – 34(49%) областного центра и 84(78%) малого города (p<0,05)

Таблица 11

Отношение к информации о заболевании и его лечении

Вы спрашивали у Вашего врача о Вашей болезни

	Областной центр	**Малый город**
От чего возникает		
Да	44 (63%)	64(59%)
Нет	12 (17%)	50(36%)
Не ответили	14 (20%)	4(4%)
Как лучше ее лечить		
Да	48 (69%)	58(54%)
Нет	12 (17%)	48(44%)
Не ответили	10 (14%)	2(2%)
Вылечивается ли она		
Да	36 (52%)	60(56%)
Нет	12 (17%)	44 (40%)
Не ответили	22 (31%)	4(4%)
Возможны ли опасные осложнения		
Да	38 (55%)	92(85%) *
Нет	8 (11%)	0
Не ответили	24 (34%)	16(15%)
Может ли она привести к смерти		
Да	34(49%)	84(78%)*
Нет	8 (11%)	22 (20%)
Не ответили	26 (31%)	2(2%)
Какие есть еще возможности лечения в других городах, в других странах		
Да	22 (32%)	32(30%)
Нет	22 (32%)	74(68%)
Не ответили	26 (37%)	2(2%)

*p<0,05

Таблица 12

Хотели бы Вы знать возможности лечения вашей болезни

	Областной центр	**Малый город**
Хочу знать все возможности в стране	20(29%)	30(28%)
Хочу знать возможности в Саратове	18 (27%)	32(30%)
Хочу знать, что назначил врач	14(20%)	14(12%)
Не хочу знать, врач отвечает	4 (5%)	22(20%)*
Не ответили	14 (20%)	12 (10%)

*p<0,05

Из таблицы №12 видно, что пациенты малого города регламентировали свою заинтересованность в знаниях о возможностях лечения в стране – 20(29%) областного центра и 30 (28%) малого города, хотят знать

возможности лечения в Саратове 18(26%) областного центра и 32(30%) малого города. Заинтересованы только в лечении, рекомендованном врачом 14(20%) областного центра и 16(15%) малого города. Обращает на себя внимание различие между группами – 4(6%) человек в областном центре и 22(20%) малого города указали, что не хотят знать ничего, так как отвечает врач. ($p<0,05$).

При дальнейшем статистическом анализе не было выявлено наличие взаимосвязи между изучаемыми характеристиками информированности о заболевании и возможностями лечения и дальнейшей приверженностью.

Пациент малого города «Знают, какие лекарственные препараты и когда принимать и этого объёма информации пациентам достаточно» – 52(48%), «знают кое-что и этого объёма информации им недостаточно» – 28(26%), «знают «практически всё» о заболевании, от чего возникает, как развивается, клинику лечение и прогноз» – 20(19%), напротив, «не знают абсолютно ничего» – 8(7%).

Пациент областного цента «Знают, какие лекарственные препараты и когда принимать и этого объёма информации пациентам достаточно» – 22(31%), «знают кое-что и этого объёма информации им недостаточно» – 26(37%), «знают «практически всё» о заболевании, от чего возникает, как развивается, клинику лечение и прогноз» – 12(18%), напротив, «не знают абсолютно ничего» – 3(4%), не ответили 7(10%).

Основным источником информации о заболевании для большинства пациентов малого города является лечащий врач (78(72%)), и только в небольшом проценте случаев - газеты, журналы, телепередачи и интернет - 16(15%), общение с другими больными - 14(13%). В областном центре источниками информации о заболевании пациентами указывался – лечащий врач 56(80%), газеты, журналы, телепередачи и интернет – 12(17%), другие больные – 2(3%).

52(48%) опрошенных «готовы знать всю правду о своем диагнозе и заболевании», 6(6%) – «готовы слышать всё, кроме диагноза неизлечимой

болезни», 50(46%) респондентов перекладывают ответственность на лечащего врача, которому должно быть известно, какую информацию им можно сообщать.

Из таблицы №13 видно, что с продолжением терапии пациентов обеих обоих стационаров через 6 и 12 месяцев после завершения стационарного лечения из всего перечисленного взаимосвязь была выявлена только со следующими вариантами ответов пациентов: через 6 месяцев продолжают терапию 24(67%) респондентов малого города ($p<0,05$) и 18(63%) респондентов областного центра ($p<0,09$), через 12 месяцев – 18(63%) ($p<0,09$), пациентов малого города и 18(57%) областного центра ($p<0,05$), отметивших «частичную» осведомленность о заболевании (т.е. указавших вариант «Знаю, какие таблетки и когда принимать, куда обращаться за помощью при ухудшении самочувствия»;

32(57%) опрошенных малого города и 36(59%) областного центра продолжили лечение через 6 месяцев ($p<0,05$), для которых лечащий врач является основным источником информации о заболевании; через 12 месяцев значимые взаимосвязи были выявлено только среди пациентов областного центра – продолжили лечение через год – 20(56%) респондентов, для которых лечащий врач – основной источник информации о заболевании. ($p<0,09$).

Обращается на себя внимание нежелание пациентов брать на себя ответственность за собственное заболевание – отвечая на вопрос «Хотели бы Вы знать всю правду о своей болезни?» продолжили терапию через 6 месяцев, пациенты указавшие вариант «Нет, врач знает, что мне можно сказать» в малом городе – 24(63%) ($p<0,05$), в областном центре 12 (67%), ($p<0,09$) , через 12 месяцев продолжают – 10(63%) областного центра.($p<0,05$)

Таблица 13

Взаимосвязь информации о лечении и приверженности

	Продолжение терапии через 6 месяцев		Продолжение терапии через 12 месяцев	
	Малый город	Областной центр	Малый город	Областной центр
Хотели бы Вы знать возможности лечения вашей болезни?				
Хочу знать все возможности в стране	10(62%)**	14 (68%)*	8(70%)	12 (60%)*
Хочу знать возможности в Саратове	12(63%)**	6 (27%)	8 (57%)	6 (27%)
Хочу знать только то, что назначил врач	6 (33%)	14(66%)**	4 (29%)	12 (60%)
Что Вы знаете о Вашей болезни?				
Знаю всё	4(40%)	2(20%)	4 (29%)	4 (40%)
Знаю какие таблетки принять, куда обратиться	24(67%)*	24(67%)**	18(63%)**	18(57%)*
Знаю кое-что, но недостаточно	6(21%)	8(40%)	4 (17%)	8 (40%)
Не знаю ничего	0	0	2 (50%)	0
Не ответили	-	-	4(29%)	4 (40%)
Из каких источников Вы получаете информацию о своем заболевании?				
Другие больные	2(10)%)	2(50%)	2(17%)	0
Лечащий врач	32(57%)*	36(59%)*	22(40%)	20(56%)*
Газеты, интернет, журналы	3(27%)	1(33%)	4(33%)	0
Хотели бы Вы знать всю правду о своей болезни?				
Да, но только не диагноз смертельно неизлечимой болезни	0	0	0	0
Нет, врач знает, что мне можно сказать	24(63)*	12(67%)**	20 (59%)	10(63%)*
Да, без исключений	8(44%)	10(50%)	20 (42%)	8(22%)

*****- $p<0.05$ **- $p<0.09$

4.3.4 степень опасности заболевания, возможная эффективность терапии и приверженность

Как видно из таблицы №14, 52(48%) опрошенных малого города и 20(29%) – областного центра считают своё заболевание крайне опасным для

жизни и здоровья, 44(40%) респондентов малого города и 34(49%) – областного центра полагают, что заболевание достаточно опасно для жизни и здоровья, 6(6%) пациентов малого города и 12(17%) – областного центра, выбрали вариант «Заболевание вредит здоровью, но жить с ним не опасно», и 2(2%) пациента малого города считают, что «Болезнь лишь иногда приносит некоторые нарушения самочувствия».

Таблица 14

Считаете ли Вы, что Ваше заболевание…	Областной центр	Малый город
Крайне опасно для жизни и здоровья	20(29%)	52(48%)
Достаточно опасно для здоровья и жизни	34(49%)	44(22%)
Вредит здоровью, но жить с ним не опасно	12 (17%)	6(6%)
Только иногда может приносить нарушение самочувствия	0	2(2%)
Это то, из чего врачи в своих интересах делают проблему	0	0
Это то, что не заслуживает серьезного внимания	0	0
Затрудняюсь ответить	6(8%)	4(4%)
Не ответили	8 (11%)	0

Недооценка опасности сердечно-сосудистой патологии была ассоциирована с более частым прекращением терапии после выписки из стационара. Через 6 месяцев после выписки – респонденты, которые отвечали, что «заболевание лишь иногда приносит некоторые нарушения самочувствия» и «вредит здоровью, но жить с ним не опасно» в 100% случаев (12 человек) прекратили терапию ($p<0,05$); и наоборот, продолжили терапию по данным контрольных телефонных звонков 22(58%) пациентов, отвечавших, что заболевание достаточно опасно для здоровья и жизни, и 20(53%) пациентов, выбравших вариант ответа «мое заболевание крайне опасно для жизни и здоровья» ($p<0,05$).

Взаимосвязи с дальнейшим продолжением лечения респондентов обеих исследуемых групп выявлено не было ($p=0,09891$).

Суммирование ответов на ряд вопросов, посвящённых степени желаемого участия пациентов в терапии, их готовности быть информированными о тяжести и опасности своего заболевания, нюансах возможной терапии и в целом выявление «ответственного за их личное здоровье» наводят на мысли о нежелании принимать решения, быть

соответственным за происходящее, что свидетельствует, о выборе пациентами патерналистической модели взаимоотношений в системе врач-пациент.

4.3.5. *Взаимоотношения с лечащим врачом, участие в назначении терапии и приверженность.*

Таблица 15

Ваши отношения с врачом стационара Вы оцениваете как

	Областной центр	Малый город
Сотрудничество	32(46%)	32(30%)
Дружеские	12(17%)	16(15%)
Официальные	20(29%)	50(46%)
Диктаторские	0	2(2%)
Равнодушие и халтура	1(2%)	8(7%)
Не ответили	5(6%)	0

Свои отношения с лечащим врачом считают официальными 20(29%) пациентов областного центра и 50(46%) анкетируемых малого города, сотрудническими - 32(46%) пациентов областного центра и 32(30%), анкетируемых малого города, дружескими - 12(17%) пациентов областного центра и 16(15%), анкетируемых малого города. В малом городе также - «равнодушием и халтурой» со стороны врача - 8(7%) и диктаторскими - 2(2%).

54(50%) опрошенных считают, что врач должен советоваться с пациентами по поводу назначаемого лечения, 46(43%) - что советоваться не нужно, 8(7%) - не уверены в своём решении.

В процессе контрольных звонков оказалось, что наиболее привержены к лечению, т.е. чаще продолжают длительную терапию после выписки из стационара, пациенты малого города, имеющие с врачом дружеские - 10(83%) (через 6 месяцев после выписки) ($p<0,05$); и сотруднические отношения - 14(58%) (через 12 месяцев после выписки) ($p<0,05$);. Среди пациентов областного центра, у которых сложились официальные взаимоотношения с врачом продолжали через 6 месяцев 63% ($p<0,05$); через 12 месяцев – 83% ($p<0,05$).

Прекратили прием всех препаратов пациенты малого города оценившие свои взаимоотношения с врачом как «равнодушие и халтура со стороны врача»: среди них 6 (75%) (через 6 месяцев)) и 4 (77%) пациента (через 12 месяцев) полностью прекратили лечение ($p<0,05$);. Пациентов, выбравших вариант ответа «диктаторские отношения» было всего двое в малом городе и один в областном центре, но все они (т.е.100%) прервали свое лечение как через 6 , так и через 12 месяцев ($p<0,05$);

Мнение пациентов о целесообразности более активно участвовать в назначении им лекарственной терапии, т.е. наличие желания, чтобы лечащий врач советовался с ними по поводу назначаемого лечения, на приверженность к длительной терапии ни через 6 ни через 12 месяцев никак не повлияло ($p= 0,09842$).

Наибольшее число опрошенных, соблюдающих рекомендации, как в районной больнице, там в клинической больнице медицинского университета, называют взаимоотношении с врачом дружескими и сотрудничеством. Здесь необходимо уточнить, что мы не знаем точно, что пациенты вкладывают в это понятие. Можно предположить, что для них «дружеские» отношения это комбинация таких качеств, как вежливость, культура речи, внимательное обращение, многолетнее знакомство с лечащим врачом, постоянные госпитализации под его наблюдением.

4.3.6 *Удовлетворенность лечением в стационаре и приверженность через 6 и 12 месяцев*

Пациенты малого города отвечали, что полностью удовлетворены процессом лечения в ходе госпитализации 64(59%) пациентов, частично - 26(24%), затруднились ответить - 10(9%), не удовлетворены - 8(7%).

Пациенты областного центра отвечали, что полностью удовлетворены процессом лечения в ходе госпитализации 25(36%) пациентов, частично - 20(29%), затруднились ответить - 19(26%), не удовлетворены - 6(9%).

Таблица 16

Удовлетворённость лечением в стационаре

	Областной центр	Малый город
Удовлетворены	25(36%)	64(59%)
Частично да	20(29%)	26(24%)
Нет	6(9%)	8(7%)
Не ответили	19(26%)	10 (9%)

Полностью продолжают лечение среди респондентов малого города через 12 месяцев после выписки 32(64%) пациентов, удовлетворенных своим лечением в стационаре, 2(10%) пациентов частично удовлетворенных госпитальным лечением, 2(50%) больных, неудовлетворенных лечением в больнице, и 6(60%) пациентов, затруднившихся ответить на данный вопрос ($p<0,05$). В областном центре выявлены достоверные взаимосвязи через 6 месяцев 18(68%) пациентов, удовлетворенных своим лечением в стационаре, 22(80%) пациентов частично удовлетворенных госпитальным лечением, 2(33%) больных, неудовлетворенных лечением в стационаре ($p<0,05$).

Несмотря на пассивность респондентов в системе врач-пациент, для пациентов остается очень важным получать то, что они хотят, и подавляющая часть пациентов, которая была удовлетворена получаемым лечением в момент госпитализации, спустя полгода продолжают лечение. Здесь необходимо подчеркнуть то, что пациенты обозначают как удовлетворенность лечением - это очень комплексное понятие, включающее большое число и личных и медицинских и организационных характеристик [1, 5, 46, 65, 94], и только суммарная удовлетворенность всеми аспектами врачебной деятельности, в сочетании с личностным восприятием всего этого самим пациента может привести к формированию этой удовлетворенности и последующей приверженности к терапии.

4.3.7 Моделирование ситуации, позволяющей полностью следовать назначениям.

Основываясь на результатах уже упомянутого нами фокусированного интервью пациентов, были описаны 2 возможные модели общения пациента с лечащим врачом, которые по мнению пациентов фокус-группы 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 выбрало большинство, из опрошенных пациентов - 66(61%) человек в малом городе и 42(60%), вторую модель - 40 (33%) пациентов малого города и 24 (34%) областного центра, не ответили на данный вопрос - 2(2%) человека малого города и 4(6%). Влияния на продолжение или прекращение терапии через 6 и 12 месяцев данный фактор не оказал среди пациентов обоих стационаров.

Резюме.

Факторы, ассоциированные с приверженностью длительной терапии пациентов, находившихся на стационарном лечении в стационаре малого города и областного центра очень похожи, несмотря не некоторые отличия изученных респондентов по исходным социально-демографическим характеристикам. В отношении клинических характеристик перенесенный ИМ и СД 2 типа были ассоциированы с хорошей приверженностью к длительной терапии [1, 3, 5, 48, 65, 94, 101, 129]. При анализе ответов на опросник пациентов обоих стационаров в момент госпитализации и

дальнейшей приверженности выявлено, что пациенты утверждающие, что постоянный прием таблеток необходим и верен, достоверно чаще не прерывали лечение, можно предположить, что осознание проблемы болезни и необходимости лечения напрямую связано с вероятностью последующей длительной терапии. Иными словами осознанием пациентом важности регулярной лекарственной терапии действительно ассоциировано с дальнейшим выполнением врачебных рекомендаций .

Пациенты малого города указывали множество аргументов прекращения лечения, однако, ни одна из перечисляемых причин не может считаться веской (никем не были указаны побочные эффекты на фоне приема назначенной терапии или ухудшение самочувствия на фоне лечения).

Обращает на себя внимание, что пациенты районной больницы малого города достоверно чаще отвечали, что спрашивали у лечащего врача, о возможных осложнениях их болезни и «может ли она привести к смерти», однако, в дальнейшем с приверженностью ассоциаций выявлено не было.

Интересным также является достоверное различие в ответе пациентов стационара малого города (в сравнении с пациентами стационара университетской клиники) на вопрос «Хотели бы Вы знать возможности лечения вашей болезни» - «Не хочу знать, врач отвечает за всё»

Суммирование ответов на ряд вопросов, посвящённых степени желаемого участия пациентов в терапии, их готовности быть информированными о тяжести и опасности своего заболевания, нюансах возможной терапии и в целом выявление «ответственного за их личное здоровье» наводят на мысли о нежелании принимать решения, быть соответственным за происходящее, что свидетельствует, о выборе пациентами исключительно патерналистической модели взаимоотношений в системе врач-пациент.

ГЛАВА 5. МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРОВ МАЛОГО ГОРОДА И ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Учитывая большое количество исходного материала и значительное количество использованных для обработки характеристик пациентов, статистическая обработка материала методами многофакторного анализа выделена в отдельную главу.При использовании методов многофакторной обработки полученных результатов нами включались все изученные факторы и максимальное количество вариантов комбинаций изучаемых характеристик для выявления ассоциаций с дальнейшим продолжением или прекращением лекарственной терапии на амбулаторном этапе.

Таблица 17

5.1. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 6 месяцев после выписки (коэффициент Gamma, p< 0,5)

	Областной центр	Малый город
Показатели	Продолжение терапии	Продолжение терапии
Женский пол	-0,16667	**-0,412832**
Отсутствие ожирения (ИМТ < 30кг\м^2)	**0,98475**	**-0,304348**
Наличие частых ГК в анамнезе	0,09091	**0,308122**
Перенесенный ИМ	**0,66667**	**0,482571**
Сахарный диабет 2типа	**0,50000**	**0,475000**
ОНМК в анамнезе	**-0,73333**	**0,480519**
Профессия умственного труда	0,05660	**0,318182**
Материальный доход ниже среднего	**0,45946**	0,191617
Высшее образование	**0,44607**	-0,176166
Мнение, что правильно постоянно принимать препараты	**0,90551**	**0,576190**
«Здоровье – моя личная забота»	**-0,98000**	**-0,600000**
«Болезнь – образ жизни»	**0,43590**	-0,063439
Знаю о своем заболевании – «какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»	**0,85430**	**0,435897**

Как видно из таблицы 17 среди пациентов областного центра: отсутствие ожирения (r=0.98475), перенесенный ИМ (r=0,66667), сахарный диабет 2 типа (r=0,50000), невысокий материальный доход (r=0,45946), высшее образование (r=0,44607), постоянный прием препаратов (r=0,90551), мнение, что болезнь – образ жизни (r=0,43590) и информированность о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении (r=0,85430) положительно ассоциируются с продолжением лечения через 6 месяцев. Напротив, между наличием перенесенного ОНМК (r=- 0,73333), выбором пациентом варианта ответа, что « здоровье – это «моя личная забота»» (r= - 0,98000) выявлены отрицательные взаимосвязи с продолжением лечения через 6 месяцев, т.е. эти пациенты самостоятельно прервали лечение.

Среди пациентов малого города: выявлены иные положительные взаимосвязи между приверженностью терапии через 6 месяцев и изучаемыми факторами: мужской пол (r=0,362832), частые ГК в анамнезе(r=0,308122), перенесенный ИМ (r=0,482571), сахарный диабет 2 типа (r=0,475000), перенесенное ОНМК (r=0,480519), постоянный прием препаратов (r=0,0576190) и информированность о заболевании лишь «какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении» (r=0,435897) . Характеристики нормального показателя ИМТ (r=- 0.304348) и здоровье – это «моя забота» (r= - 0,98000) взаимосвязаны с прекращением лечения через 6 месяцев среди пациентов малого города. Также обращает на себя внимание, что женский пол среди пациентов районной больницы ассоциирован с завершением лечения через 6 месяцев после выписки (r= -0,412832).

Выявлены следующие различия:

- сила влияния перечисленных ниже факторов для пациентов областного центра выше, чем для пациентов малого города (характеристики: перенесенный ИМ, постоянный прием препаратов, перекладывание ответственности за собственное здоровье на кого-го стороннего, и

информированность о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении самочувствия).

- Выявлено разнонаправленное влияние на приверженность лекарственной терапии через 6 месяцев после выписки наличия перенесенного ОНМК (в группе пациентов областного центра – уменьшает комплаентность ((r=-0.73333)), в группе пациентов районной больницы малого города наоборот - улучшает приверженность ((r=0.480519)) и влияния показателя ИМТ – отсутствие ожирения (в группе пациентов областного центра – улучшает комплаентность ((r=0,98026)), в группе пациентов малого города, наоборот выявлено отрицательное взаимовлияние ((r= - 0.60000)).

Единственным фактором, с которым была выявленная сильная ассоциативная связь с прерыванием лечения через 6 месяцев среди респондентов обоих стационаров – выбор при заполнении опросника варианта, что «здоровье – это моя личная забота» (в областном центре – ((r= - 0,98475), в районной больницы малого города (r= - 0.60000)).

Единственным фактором, с которым была выявленная сильная ассоциативная связь с продолжением лечения через 6 месяцев среди респондентов обоих стационаров – мнение, что правильным является постоянный прием препаратов (в областном центре ((r= 0,90551), в районной больнице (r=0,0576190).

Также обращается на себя внимание, что в отношении взаимосвязей, выявленных среди пациентов малого города сила взаимовлияний умеренная или слабая, а среди пациентов областного центра ряд факторов характеризовался высокой силой взаимосвязи.

Как видно из представленных выше результатов более комплаентны пациенты областного центра, имеющие высшее образование, чья профессия носила преобладающе интеллектуальный характер, а материальный доход назван «ниже среднего», что может косвенно свидетельствовать о широком и глубинном осознании собственной болезни, грамотном к ней отношении. В

отношении пациентов малого города данные взаимосвязи не подтверждены, что можно объяснить однородностью выборки и, к примеру, нечастой встречаемостью высшего образования среди респондентов районной больницы. Из числа клинических характеристик с хорошей приверженностью пациентов как малого города, так и областного центра ассоциированы перенесенный ИМ и сахарный диабет 2 типа. В отношении личностных характеристик привержены респонденты обоих стационаров, которые считают, что необходимо лечиться постоянно, но хотят знать о своей болезни только «какую таблетку нужно им принять и куда обратиться за помощью при ухудшении самочувствия».

Разнонаправленное влияние на приверженность перенесенного ОНМК (в областном центре ассоциировано с прекращением терапии , в малом городе – с продолжением) объяснить затруднительно, возможно это связано с малым числом перенесенных инсультов, требует дальнейшего анализа.

Прекратили лечение больные и районной больницы и клинической больницы медицинского университета, указавшие, что «здоровье – это моя личная забота», что в сумме с желанием пациентов знать из всей пирамиды информации о собственной болезни лишь «какую таблетку принять и куда обратить за помощь при ухудшении», ярко свидетельствует об имеющемся патернализме.

5.2. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 12 месяцев после выписки из стационара (коэффициент Gamma, p< 0,05)

Как видно из таблицы 18 среди пациентов областного центра: отсутствие ожирения (r=0,57055),перенесенный ИМ (r=0,68000), профессия умственного труда (r=0,50000), знание возможности лечения во всей стране (r=0,56268), оценка сложившихся взаимоотношений, как официальные (0,44737) и информированность о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении (r=0, 0,68421) положительно

ассоциируются с продолжением лечения через 12 месяцев после выписки из стационара. Напротив с женским полом (r=-0,49007), выбором пациента варианта ответа, что « здоровье – это «моя личная забота»» (r-0,77823) выявлены отрицательные взаимосвязи с продолжением лечения через 12 месяцев пациентов клинической больницы медицинского университета.

Таблица 18

Результаты корреляционного анализа (коэффициент Gamma, p< 0,05) взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 12 месяцев после выписки

	Областной центр	Малый город
Показатели	Продолжение терапии	Продолжение терапии
Женский пол	**-0,49007**	**-0,454545**
Отсутствие ожирения (ИМТ<30кг\м^2)	**0,57055**	-0,271523
Перенесенный ИМ	**0,68000**	**0,518072**
ОНМК в анамнезе	-0,10526	**0,736842**
Сахарный диабет 2 типа	0,20253	**0,647059**
Профессия умственного труда	**0,50000**	**0,415929**
Мнение, что правильно постоянно принимать препараты	0,09890	**0,661538**
«Здоровье – моя личная забота»	**-0,77823**	**-0,472500**
Знать возможности лечения во всей стране	**0,56268**	**0,385321**
Врач – основной источник информации о заболевании	-0,16279	**0,346667**
Официальные отношения с врачом стационара	**0,44737**	0,155779
«Знаю о своем заболевании - Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»	**0,68421**	**0,570552**

Среди пациентов малого города: выявлены иные положительные ассоциации между приверженностью терапии через 12 месяцев и изучаемыми факторами: перенесенный ИМ (r=0,518072), сахарный диабет 2 типа (r=0,647059), перенесенное ОНМК (r= 0,736842), профессия умственного труда (r=0,415929), мнение, что правильно постоянно принимать препараты постоянный прием препаратов (r=0,661538), «врач – основной источник информации о заболевании» (r=0,346667) и

информированность о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении (r=0,570552). Женский пол (r-0,454545), мнение, что « здоровье – это личная «моя забота»» (r= -0,472500) ассоциированы с прекращением лечения через 12 месяцев среди пациентов районной больницы.

Обращает на себя внимание, что через год после выписки из стационаров не выявлено разнонаправленного влияния изучаемых факторов на приверженность лечению.

Факторами с которым была выявленная умеренная и выше ассоциативная связь с продолжением лечения через 12 месяцев среди респондентов обоих стационаров – перенесенный ИМ мнение (в областном центре – (r= 0,68000), в районной больнице (r=0,518072)), информированность лишь о том куда обратить за помощью при ухудшении самочувствия, (в областном центре – (r= 0,68421), в районной больнице (r=0,570552)).

Единственным фактором, с которым была выявленная сильная ассоциативная связь с прерыванием лечения, как через 6 месяцев, так через 12 месяцев среди респондентов обоих стационаров – выбор при заполнении опросника варианта, что «здоровье – это моя личная забота» (в областном центре – ((r= -0,77823), в районной больницы малого города (r-0,372500)). Также обращает на себя внимание, что женский пол среди пациентов обоих лечебно-профилактических учреждения через 12 месяцев после выписки ассоциирован с более частым прерыванием терапии.

Через год после выписки из стационара, факторы ассоциированные с продолжением терапии идентичны характеристикам, выявленным через 6 месяцев после выписки: числа клинических характеристик с хорошей приверженностью пациентов как малого города, так и областного центра вновь ассоциирован перенесенный ИМ.

Следует подчеркнуть гендерные различия в приверженности пациентов малого города – через 6 и 12 месяцев более привержены мужчины.

Традиционно считается, что женский пол ассоциируется с высокой приверженностью, но нами получены обратные результаты. Это требует дальнейшего изучения, но можно предположить, что данный результат обусловлен участием в процессе лечения супруг этих пациентов (ретроспективно мы прицельно уточняли этот факт в телефонных контактах и действительно, подтвердили имеющуюся гипотезу – в нашем исследовании практически не было одиноких мужчин, а группа женщин была разнородной по данному параметру), хотя это лишь предположение и оно требует дальнейшего подтверждения. Также необходимо обратить внимание, что зафиксированные позитивные ассоциации между высокой приверженностью и профессией преимущественно умственного труда пациентов областного центра через 6 месяцев после выписки, подтверждены через 12 месяцев, у пациентов обоих стационаров, что лишь вторит множеству опубликованных результатов, отражающих благоприятное сочетание интеллектуального труда и дальнейшего выполнения врачебных рекомендаций.

Подтвердились взаимосвязи между высокой приверженностью и информированностью «какую таблетку нужно им принять и куда обратиться за помощью при ухудшении самочувствия» и низкой приверженностью пациентов, которые указали, что «здоровье – это моя личная забота», что вновь подтверждает значительный патернализм изученных больных

5.3. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженности терапии через 6 месяцев после выписки (коэффициент Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks, $p < 0,05$)

Проводилось изучение взаимовлияния всех изученных характеристик, однако, выявлены статистически значимые взаимосвязи лишь с указанными ниже в таблице факторами.

Таблица 19

Изучаемых характеристики и приверженности терапии коэффициент Kruskal-Wallis ANOVA 6 месяцев

Областной центр	p
Знаю о своем заболевании – «Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»	p =0,001
Здоровье-забота не моя (родственников, врачей)	p =0,008
Болезнь – образ жизни	p =0,025
Мнение, что правильно постоянно принимать препараты	p =0,001
ИМ в анамнезе	p =0,0126
ОНМК в анамнезе	p =0,0180
Отсутствие ожирения	p =0,0543
Малый город	
Знаю о своем заболевании – «Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»	p =0,039
Мнение, что правильно постоянно принимать препараты	p =0,046
ИМ в анамнезе	p =0,044
Мужской пол	p =0,054

Как видно из вышеуказанных таблицы 19 с продолжением терапии среди пациентов областного центра и малого города ассоциировано через 6 месяцев после выписки из стационара взаимосвязаны следующие изучаемые характеристики: знание – «Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении», правильно принимать препараты постоянно , перенесенный ИМ ($p< 0,05$). В областном центре были выявлены взаимосвязи между приверженностью терапии через полгода после выписки и мнением пациента в момент госпитализации, что болезнь – «это образ жизни», мнение респондентов, что их здоровье является заботой их родственников или лечащих врачей, перенесенное ОНМК и отсутствие ожирение ($p< 0,05$). Среди пациентов малого города спустя 6 месяцев после выписки, выявлены гендерные различия, более привержены лекарственной терапии мужчины ($p< 0,05$).

5.4. Взаимосвязь изучаемых характеристик и приверженность терапии через 12 месяцев после выписки (коэффициент Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks, p<0,05)

Проводилось изучение взаимовлияния всех возможных характеристик, однако, выявлены статистически значимые взаимосвязи лишь с указанными ниже в таблице.

Таблица 20

Изучаемых характеристики и приверженности терапии коэффициент Kruskal-Wallis ANOVA 12 месяцев

Областной центр	P
Знаю о своем заболевании – «Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»	p =0,021
Здоровье-забота не моя (родственников, врачей)	p =0,035
Мнение, что правильно постоянно принимать препараты	p =0,043
ИМ в анамнезе	p =0,043
Малый город	
Знаю о своем заболевании – «Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»	p =0,0489
Мнение, что правильно постоянно принимать препараты	p =0,076
ИМ в анамнезе	p =0,054
Мужской пол	p =0,042

Как видно из вышеуказанной таблицы 20 с продолжением терапии среди пациентов областного центра и малого города ассоциировано через год после выписки из стационаре знание– «Какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении», перенесенный ИМ (p< 0,05). В областном центре были выявлены взаимосвязи между приверженностью терапии через 12 месяцев после выписки и мнением пациента в момент госпитализации, что правильно принимать препараты постоянно мнение и ответ пациента, что его здоровье является заботой родственников или лечащих врачей (p< 0,05). Среди пациентов малого города спустя 12 месяцев после выписки, также как и через 6 месяцев после выписки, более привержены были мужчины (p< 0,05).

Результаты с использованием коэффициента Kruskal-Wallis, как через 6 месяцев, так через 12 месяцев после выписки из стационара, лишь вторят полученным результатам обработки материала при проведении

корреляционного анализа с использованием коэффициента Gamma,вновь подтверждены ассоциации высокой приверженности и перенесенного ИМ, важностью осознания правильности постоянной терапии и информированности «какие таблетки принять, куда обратиться за помощью при ухудшении»

5.5. Изученные показатели, которые ассоциированы с приверженностью лекарственной терапии через 6 и 12 месяцев после выписки пациентов обоих стационаров (трехпольные таблицы)

Полученные результаты при подсчете с использованием коэффициента Kruskal-Wallis были обработаны также с применением трехпольных таблиц ($p < 0,05$).

Таблица 21

Изучаемые характеристики и приверженность терапии через 6 месяцев после выписки (трехпольная таблица)

Показатель	Стационар	Продолжили лечение	Прекратили лечение
ИМ в анамнезе	Областной центр	**14 (78%)***	**4 (22%)**
	Малый город	**10 (72%)***	**4 (28%)**
Перенесенное ОНМК	Областной центр	**2 (20%)**	**8 (80%)***
	Малый город	**6 (75%)***	**2 (25%)**
ИМТ >25.0<29.9 кг/м^2	Областной центр	**6 (100%)***	**(0%)**
	Малый город	**14 (70%)***	**6 (30%)**
Мнение, что правильный ПОСТОЯННЫЙ режим терапии	Областной центр	**24 (67%)***	**12 (33%)**
	Малый город	**38 (62%)***	**24 (38%)**
Мнение, что правильно лечиться курсами	Областной центр	**1 (9%)**	**10(90%)***
	Малый город	**8 (33%)**	**16 (67%)***
Знаю о заболевании какие таблетки принять, куда обратиться за помощь при ухудшении	Областной центр	**14 (87%)***	**2(13%)**
	Малый город	**24 (67%)***	**12 (33%)**
Здоровье-моя личная забота	Областной центр	18(45%)	22(55%)
	Малый город	38 (50%)	38 (50%)
Здоровье- НЕ моя забота (родственников, врачей)	Областной центр	**8 (100%)***	**0**
	Малый город	**8(80%)***	**2 (20%)**
Болезнь – это «судьба»	Областной центр	**1 (20%)**	**5 (80%)***
	Малый город	**0**	**3 (100%)***

*- ($p< 0,05$).

Перенесенный ИМ и предожирение, мнение, что необходимо лечиться постоянно, информированность о болезни «какую таблетку нужно принимать и куда обратиться за помощью при ухудшении самочувствия», а их здоровье - это забота родственников или врачей ассоциированы с продолжением лечения респондентами обоих стационаров. Прекращали прием препаратов пациенты, считающие, что нужно пить таблетки непостоянно (курсами), указавшие, что болезнь – их личная забота и давая ей дефиницию назвали болезнь «судьбой».

Таблица 22

Изучаемые характеристики и приверженность терапии через 12 месяцев после выписки (трехпольная таблица)

Показатель	Стационар	Продолжили лечение	Прекратили лечение
ИМ в анамнезе	Областной центр	**14 (78%)***	**4 (22%)**
	Малый город	**6 (60%)***	**4 (40%)**
Сахарный диабет 2 типа	Областной центр	**5 (63%)***	**3 (37%)**
	Малый город	**8 (67%)***	**4(33%)**
Мужской пол	Областной центр	**15(70%)***	**5(30%)**
	Малый город	14(50%)	14(50%)
Женский пол	Областной центр	11(42%)	15 (58%)
	Малый город	**12 (27%)**	**32 (73%)***
Мнение, что правильный ПОСТОЯННЫЙ режим терапии	Областной центр	**19 (60%)***	**13 (40%)**
	Малый город	24 (48%)	28 (52%)
Мнение, что правильный лечиться курсами	Областной центр	6(54%)	5(45%)
	Малый город	**2 (10%)**	**18(90%)***
Знаю о заболевании какие таблетки принять, куда обратиться за помощь при ухудшении	Областной центр	**10(83%)***	**2(17%)**
	Малый город	16(55%)	14(45%)
Здоровье-моя личная забота	Областной центр	18(50%)	18(50%)
	Малый город	22 (44%)	42(56%)
Здоровье – это НЕ моя забота (родственников, врачей)	Областной центр	**7 (100%)***	**0**
	Малый город	**(70%)***	**3(30%)**

*- ($p < 0,05$).

Перенесенный ИМ, сахарный диабет и мужской пол через год после выписки взаимосвязаны с продолжением лечения. Убежденность в правильности постоянного лечения, информированность о болезни лишь «какую таблетку нужно принимать и куда обратиться за помощью при

ухудшении самочувствия», перекладывание ответственности за собственное здоровье на родственников или врачей ассоциированы с продолжением лечения респондентами обоих стационаров.

Используя анализ исследованных показателей в виде построения трехпольных таблиц нами вновь было подтверждено влияние на хорошую приверженность мужского пола, перенесенного инфаркта миокарда, осознания важности , что принимать лекарства для лечения целесообразно постоянно, но при всем при этом из всего возможного объема информации о собственной болезни достаточно знать какую таблетку правильно принять и кому позвонить, когда ухудшится самочувствие, что не противоречит полученным результатам с использованием иным методов статистической обработки и подтверждает гипотезу о преобладающем патернализме в отношении пациента со своим лечащим врачом.

5.6. Пошаговая логистическая регрессия и приверженность терапии пациентов районной больницы малого города и клинической больницы медицинского университета через 6 и 12 месяцев после выписки из стационаре

Логистическую регрессию следует рассматривать, как закономерное завершение многофакторного анализа изучаемых характеристик.

Нами были изучены все характеристики, протестированы все возможные комбинации факторов, но с приверженностью терапии найдены достоверные взаимосвязи лишь при использовании данных группировок факторов.

При проведении пошаговой логистической регрессии выявлено, что значимое независимое влияние на приверженность длительной лекарственной терапии пациентов малого города и областного центра оказали данные характеристики.

Через 6 месяцев: положительное влияние на приверженность оказывает нормальный показатель ИМТ, информированность о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении, позиция

постоянного приема препаратов. Отрицательное влияние: вес пациента, перенесенный ИМ, материальный доход ниже среднего (по оценке пациента).

Через 12 месяцев: положительное влияние на приверженность оказывает предожирение, информированность о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении, перенесённый ИМ и убеждённость в правильности постоянного приема препаратов, а отрицательное – мнение, что болезнь – «это катастрофа».

Обращает на себя внимание обязательное пребывание в группировке факторов как через 6, так и через 12 месяцев фактора информированности о заболевании лишь какую таблетку принять и куда обратиться за помощью при ухудшении, что в очередной раз подчеркивает важность данного параметра и свидетельствует о патернализме общения в системе «врач-пациент». Как только данная характеристика информированности о болезни «какую таблетку нужно принимать и куда обратиться за помощью при ухудшении самочувствия», выводилась из исследуемой группировки при проведении пошаговой логистической регрессии сразу же ухудшалась достоверность всей исследуемой совокупности факторов.

Резюме

Лечение пациента в стационаре малого города или областного центра не оказывает прямого влияния на их дальнейшую приверженность. Характеристики, ассоциированные с высокой и низкой комплаентностью респондентов обоих стационаров схожи.

Используя различные многомерные способы статистической обработки полученных результатов с продолжением длительной терапии среди пациентов обоих стационаров через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара в основном ассоциированы схожие факторы: из числа множества клинических характеристик – перенесенный ИМ, из личностных - мнение о правильности постоянного режима приема препаратов и информированность лишь о том какую таблетку принять и куда обратить за помощью при

ухудшении самочувствия. Интересным стало выявление более хорошей приверженности у мужчин, особенно находившихся на лечении в районной больницу, что является необычным и может стать темой дальнейшего изучения.

Выявленные ассоциации между прекращением терапии и выбором ответа, что болезнь – это «катастрофа», болезнь – это «судьба» также подтверждают полученные ранее результаты при однофакторном анализе и свидетельствуют о продолжающейся психической подсознательной борьбе данных пациентов, их пребывание на старте на пути полного осознания своего заболевания, а не его полное приятие.

Ответ пациентов на вопрос анкеты, что здоровье – «это моя личная забота» ассоциирован с прекращение терапии как через 6, так через 12 месяцев после выписки из отделения обоих стационаров, что выявлялось при всех ранее использованных методах статической обработки и в очередной раз подтверждает патерналистическую модель взаимоотношений в системе «врач-пациент».

Глава 6. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Данный этап работы стал логическим продолжением предыдущих исследований, в которых были подтверждены ранее многократно описанные положительные взаимосвязи между перенесенным инфарктом миокарда и приверженностью пациентов лекарственной терапии на амбулаторном этапе. Нас заинтересовало неоднородность, а порой разнонаправленность влияния на приверженность показателей индекса массы тела, фонового течения сахарного диабета и уровня гликемии натощак на приверженность лечению среди включенных нами респондентов в предыдущих исследованиях.

6.1. Клинико-демографические характеристика исследуемых групп пациентов

При подсчете баллов согласно клиническим рекомендациям по лечению и диагностике метаболического синдрома все включенные в данное исследование пациенты характеризовались наличием метаболического синдрома.

Как видно из таблицы №23, в которой отражены клинические, социо-демографические и лабораторные показатели включенных в исследование пациентов, среди пациентов с сахарным диабетом больше женщин, закономерно чаще отмечается ожирение, абдоминальный тип, несколько более тяжелое течение ХСН, атеросклероз сосудов головного мозга. Однако, пациенты без сахарного диабета чаще признавались в употреблении алкоголя и курении.

Таблица 23

Клинические, лабораторные и социально-демографические параметры пациентов с перенесенным ИМ с наличием или отсутствием СД 2типа, n (%)

Параметры		Пациенты без СД (n = 40)	Пациенты с СД (n = 40)	p-level
Возраст (медиана)		69	69	1,000
Пол: мужской		24 (60)	14 (40)	0,025
Ожирение ×		26 (43)	33 (55)	0,000
Окружность талии	Нет АО АО Высокий риск АО	12 (30) 2 (5) 26 (65)	0 4 (10) 36 (90)	0,007
Артериальная гипертензия		39 (98)	40 (100)	0,136
Стенокардия напряжения		28 (70)	34 (85)	0,108
Стадия ХСН (Василенко-Стражеско)	1 2 А 2 Б	6 (19) 20 (63) 6 (19)	2 (5) 16 (40) 22 (55)	0,004
Атеросклероз периферических артерий		6(15)	10 (25)	0,263
Атеросклероз сосудов головного мозга		10 (25)	18 (45)	0,061
Глюкоза натощак †	< 6,1 ммоль/л # 6,1-7,0 ммоль/л ## > 7,0 ммоль/л ###	26 (68) 4 (11) 8 (21)	10 (25) 10 (25) 20 (50)	0,001
HbA1c †	< 6 % # 6 % - 6,5 % ## > 6,5 % ###	16 (53) 2 (33) 4 (13)	0 6 (15) 34 (85)	0,000
Инсулин, норма		30 (94)	26 (65)	0,004
ТТГ, норма		26 (81)	34 (85)	0,671
ОХС > 4 ммоль/л		16 (42)	20 (50)	0,484
ЛПНП ≥ 1,5 ммоль/л		34 (89)	36 (90)	0,938
ЛПВП (♂ < 1 ммоль\л, ♀ < 1,2 ммоль/л)		28 (74)	38 (95)	0,009
ТГ ≥1,7 ммоль/л		6 (16)	10 (25)	0,313
HOMA IR †	Норма, < 2,52 Повышен, > 2,52	22 (69) 10 (31)	4 (10) 36 (90)	0,000
VAI †	Норма Повышен	20 (53) 18 (47)	8 (20) 2 (80)	0,002

Примечание: * – $p < 0,05$, × – ИМТ > 30 кг/м^2, † – критерии диагностики СД и других видов гипергликемии (ВОЗ, 1999-2013 [12]), # – норма, ## – преддиабет, ### – СД, HOMA IR - индекс инсулинорезистентности, VAI - индекс висцерального ожирения

У пациентов с СД при анализе лабораторных показателей ожидаемо выявлено чаще и статически значимое превышение нормы уровня глюкозы, гликированного гемоглобина, инсулина, липидограммы в частности ЛПВП. Расчётные показатели индексов инсулинорезистености и висцерального ожирения также закономерно подавляюще часто повышены у респондентов с сахарным диабетом.

6.2. Приверженность терапии через 6 месяцев после выписки из стационара

Спустя 6 месяцев после выписки отмечается хороший отклик респондентов, телефонному контакту были доступны 76 пациентов, 38 респондентов группы с выявленным сахарным диабетом и 38 респондентов группы пациентов без сахарного диабета.

Рис. 3. Приверженность лекарственной терапии через 6 месяцев после выписки (p=0,0522)

Как видно из диаграммы рисунка 3 пациенты с сахарным диабетом чаще следуют амбулаторным рекомендация, чем пациенты без выявленного сахарного диабета – продолжили терапию 25 (66%) vs 18 (45%) ($p<0,05$)

При однофакторном анализе (таблицы 24, 25) проведено изучение влияния всех изученных характеристик с приверженностью длительной лекарственной терапии включенных пациентов. Статистически значимые

взаимосвязи с дальнейшей приверженностью выявлены со следующими характеристиками:

- Исходный уровень гликированного гемоглобина 6%-6,5%, который соответствует предиабету, а у пациентов с уже имеющимся СД говорит об исходном хорошем контроле гликемии, и соответственно исходно хорошей приверженностью лечения (продолжили лечение 17 (77%)) пациентов HbA1c=6-6.5% (p<0,05),
- улучшение самочувствия на фоне проводимой терапии (продолжили лечение 16 (67%)) (p<0,05),
- удовлетворенность лекарственной терапией, подобранной в стационаре (продолжают лечение 33(71%)) (p<0,05).

Удовлетворенность лекарственной терапией, подобранной в стационаре и улучшение самочувствия на фоне проводимой терапии положительно взаимосвязаны с дальнейшим лечением, что лишь подчеркивает насколько важна для амбулаторного выполнения врачебных рекомендаций позитивная эмоциональная составляющая, положительный настрой на происходящее пациентов, что также уже выявлялось нами на предыдущем этапе работы.

Таблица 24

Приверженность терапии и клинико-лабораторные характеристики

Показатели	**Продолжили лечение**	**Прекратили лечение**	p-level
Пол: мужской	18 (47%)	20 (53%)	p=,071
HbA1c Менее 6% 6%-6,5% Более 6,5%	 8(47%) 17 (77%) 18(48%)	 9(53%) 5(23%) 19(52%)	**p=0,05**
Инсулин (уровень повышен)	8 (50%)	8(50%)	p=0,55
ТТГ (уровень повышен)	8(58%)	6(42%)	p=0,96
ОХЛ (> 4 ммоль/л)	18(49%)	19 (51%)	p=0,17
ЛПНП (≥ 1,5 ммоль/л)	38 (55%)	31 (45%)	p=0,40
ТГ (≥1,7 ммоль/л)	11 (61%)	7 (39%)	p=0,65
HOMA IR (индекс повышен)	26(56%)	21(44%)	p=0,74
ИВО (индекс повышен)	27(55%)	22(45%)	p=0,72

Таблица 25

Приверженность терапии и изменения в течение 6 месяцев

Показатели	**Продолжили лечение**	**Прекратили лечение**	p-level
Улучшение самочувствия в течение 6 месяцев терапии	28 (66%)	15(34%)	**p=,051**
Улучшение эмоционального состояния в течение 6 месяцев терапии	16 (67%)	8(33%)	p=,074
Улучшение физического состояния в течение 6 месяцев терапии	11 (61%)	7(39%)	p=,0655
Повторные госпитализации	13(46%)	15 (54%)	p=0,01
Вызовы СМП	18(48%)	19 (52%)	p=0,17
Удовлетворённость терапией в стационаре	33 (72%)	13(38%)	**p=,001**

6.3. Изучаемые характеристики и «конечные точки»

Приверженность пациентов и ухудшение течения основного заболевания, результаты корреляционного анализа (коэффициент Kendall tau, p < 0,05)

Таблица 26

Характеристики	Продолжение терапии	Повторные госпитализации	Вызовы скорой медицинской помощи
Сахарный диабет	0,385826*	0,054554	0,289574*
Окружность талии (см)	0,130275	0,293051*	0,129187
ХСН, ФК по NYHA	0,2155075*	0,039673	-0,033894
Максимальный вес тела (кг)	0,101457	0,22983*	0,160338
Уровень глюкозы натощак (ммоль/л)	0,119507	0,035601	0,215607*
НвА1с (%)	0,053797	0,069358	0,256672*
Инсулин (ед/л)	0,038135	0,126318	0,226898*
ТТГ (МЕД/л)	0,022086	-0,111406	0,147337
ОХЛ (ммоль/л)	0,068645	-0,170415*	-0,017391
ЛПНП (ммоль/л)	0,104201	-0,173473*	0,127674
ЛПВП (ммоль/л)	0,014609	-0,015011	-0,124388
VAI	0,172516	-0,160019	-0,068465
HOMA IR	0,053961	0,149909	0,238813*

Примечание: * – p < 0,05

По результатам непараметрического корреляционного анализа с использованием коэффициента Kendall tau выявлено, что наличие СД 2 типа (r = 0,385826) и высокого ФК ХСН по NYHA (r = 0,2155075) у пациентов с

перенесенным ИМ ассоциируется с продолжением терапии через 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара.

Повторные госпитализации ассоциировались с более высокими показателями окружности талии (r = 0,293051) и максимальными значениями массы тела пациентов (r = 0,22983), т.е. имеется ассоциация между лишним весом и частотой повторной госпитализаций, что может свидетельствовать о недостаточном выполнении пациентом, как медикаментозных, так немедикаментозных рекомендаций лечащего врача.

Пациенты с перенесенным ИМ и имеющие СД 2 типа (r = 0,289574), повышение гликемии натощак (r = 0,215607), повышенный уровень HbA1c (r = 0,256672) и высокий индекс HOMA IR (r = 0,238813) чаще вызывали скорую медицинскую помощь. Сочетание вышеперечисленных факторов опять же может свидетельствовать об их исходной низкой приверженности лечению в целом.

Пациенты, имеющие исходно целевые показатели ЛППН (r =-0,173473) и ОХЛ (r = -0,170415) реже повторно госпитализировались, что вероятно может свидетельствовать о том, что данные больные изначально лучше соблюдали врачебные рекомендации, регулярно принимали липидснижающие препараты и поэтому чаще достигали целевых значений ЛПНП, а по ходу наблюдения в дальнейшем также вероятно имели высокую приверженность терапии, и как следствие – меньшую частоту повторных госпитализаций.

6.4. Приверженность пациентов и «конечные точки»

Корреляция между возникновением «конечных точек» и продолжением терапии представлена в таблице 27. При проведении корреляционного анализа с использованием коэффициента Gamma выявлено, что продолжение терапии (r = -0,290248) и улучшение эмоционального самочувствия (r = -0,373134) у пациентов с перенесенным ИМ вне зависимости от наличия или отсутствия СД 2 типа через 6 месяцев после выписки из кардиологического

стационара ассоциировалось с меньшей частой повторных госпитализаций, а пациенты, отмечающие улучшение своего самочувствия (r = -0,461632), физического (r = -0,298345) и эмоционального состояния (r = -0,740420) реже вызывали скорую медицинскую помощь.

Таблица 27

Результаты корреляционного анализа (коэффициент Gamma, p < 0,05)

Показатели	Повторные госпитализации	Вызовы скорой медицинской помощи
Продолжение лечения	-0,290248*	-0,028278
Отсутствие существенных изменений в состоянии здоровья	-0,093834	-0,211514
Улучшение самочувствия	-0,068493	-0,461632*
Улучшение физического состояния	0,126354	-0,298345*
Улучшение эмоционального самочувствия	-0,373134*	-0,740420*
Удовлетворенность терапии	0,000000	-0,125000

Все это еще раз подчеркивает важность субъективных факторов хорошего эмоционального и физического состояния для самого пациента, так как именно эти параметры ассоциируются даже с развитием «конечных точек».

6.5. Факторы, ассоциирующиеся с продолжением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара (результаты дисперсионного анализа)

При обработке полученных результатов с использованием однофакторного дисперсионного анализы выявлено, что чаще продолжали терапию пациенты, имеющие более низкие показатели веса, индексов IVA и HOMA IR, инсулина и ТГ (таблица 28). Таким образом здесь мы видим, что пациенты, имеющие меньшую степень проявлений метаболического синдрома исходно, лучше лечатся при проспективном наблюдении, т.е. возможно это вновь показатели исходно более высокой приверженности врачебным рекомендациям, в том числе немедикаментозным, по изменению

образа жизни, которые и в дальнейшем ассоциируются с хорошей комплаентностью.

Таблица 28

Факторы, ассоциирующиеся с продолжением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара (результаты дисперсионного анализа)

Показатели	Продолжение терапии	Прекращение терапии	p-level
Максимальный вес, которого пациент достигал	88±21	98±16	0,05
ИМТ	29±7,8	32±6,1	0,08
IVA	3,16±1,7	4,44±1,2	0,05
HOMA IR	4,05±2,3	5,79±3,0	0,05
Инсулин	14±9,4	19±10,8	0,08
Триглицериды	1,33±0,48	1,74±0,63	0,05

6.6. Факторы, ассоциирующиеся с продолжением терапии через 6 месяцев после выписки из стационара (результаты многофакторного анализа)

При проведении логистической регрессии были изучены все характеристики, протестированы все возможные комбинации факторов. В таблице 29 представлена комбинация факторов, ассоциирующихся с продолжением терапии у пациентов с перенесенным ИМ вне зависимости от наличия или отсутствия СД 2 типа.

Таблица 29

Взаимосвязь продолжения терапии через 6 месяцев с окружностью талии, удовлетворенностью от лечения и повторными госпитализациями, (p=0,00031)

Показатели	Хи-квадрат Вальда	ОШ[×]	+ 95%CL	- 95%CL	p-level
Окружность талии	4,285	1,037	1,075	1,001	0,038
Удовлетворенность терапией	10,827	6,12	18,385	2,043	0,001
Повторные госпитализации	3, 081	0, 33	1,073	0,010	0,051

Примечание: [×] – ОШ – отношение шансов

Выявлено, что значимое независимое влияние на приверженность длительной терапии пациентов с перенесенным ИМ оказывает следующая группировка факторов: положительно на комплаенс влияли – окружность талии, удовлетворенность пациента терапией, назначенной в стационаре, а отрицательно – повторные госпитализации.

Резюме.

Пациенты с перенесенным ИМ и СД 2 типа более привержены терапии, чем пациенты с перенесенным ИМ, но без СД, тогда как проявления метаболического синдрома имеют обратную связь с комплайнсом пациента. С высокой приверженностью терапии пациентов с перенесенным ИМ вне зависимости от наличия СД ассоциирована комбинация факторов: удовлетворенность пациента назначенной ему терапией, увеличение окружности талии и низкая частота повторных госпитализаций. Важным фактором, ассоциированным с высокой приверженностью, является положительная эмоциональная оценка пациентом различных аспектов процесса терапии.

ГЛАВА 7. РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ОТКРЫТОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ВИДЕОРОЛИКА ПРО ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Цель исследования. Изучить влияние демонстрации смонтированного исследователями мотивирующего видео о развитии атеросклероза на приверженность к длительному лечению в целом и приему статинов в частности, спустя 1 и 3 месяца после выписки из стационара.

7.1 Клинико-демографическая характеристика включенных пациентов

В исследование было приглашено 207 пациентов, дали свое предварительное согласие на участие 167 респондентов, включено – 120. Спустя 1 месяц посетили центр 110 пациентов, через 3 месяца – 98 человек. Пациенты обеих групп были сопоставимы по исходным характеристикам. Клинические, демографические характеристики пациентов обеих групп представлены в таблице №30

Таблица 30

Клинико-демографические характеристики групп

	Вмешательство (n = 60)	*Контроль (n = 60)*
Достигли пенсионного возраста	48 (80)	48 (80)
Мужчины	24 (40)	20 (33)
Поступили первично	52 (86)	48 (80)
Ожирение ×	40 (67)	42 (70)
Курение	6 (10)	6 (10)
ОКС при поступлении	42 (70)	42 (70)
Артериальная гипертензия	60 (100)	60 (100)
Стенокардия напряжения	26 (43)	34 (57)
ХСН I-III ФК по NYHA	34 (57)	44 (73)
Сахарный диабет 2 типа	20 (33)	22 (37)
Инфаркт миокарда в анамнезе	18 (30)	25 (42)

Анализируя догоспитальный прием статинов различий в исследуемых группах не выявлено, ранее самостоятельно прекращали прием статинов 50% респондентов группы вмешательства и 40% группы контроля. (табл. 31)

Таблица 31

Догоспитальный прием статинов

	ВМЕШАТЕЛЬСТВО	КОНТРОЛЬ
Самостоятельно прекращали приём статинов	30 (50%)	24 (40%)
Ранее не назначались статины	20 (33%)	24 (40%)
Целевые показатели ЛПНП при поступлении	2 (3%)	6 (10%)

Лечащие врачи предполагали, что 52 (87%) группы вмешательства и 48 (80%) контроля будут принимать статины после выписки.

7.2. Приверженность к терапии изученных пациентов

Через 1 месяц принимали рекомендованные препараты 52 (96%) респондентов группы вмешательства и 48 (86%) группы контроля ($p < 0,05$). Прием статинов через 1 месяц после выписки продолжили соответственно 38 (70%) и 29 (43%) ($p<0,5$). Через 3 месяц принимали рекомендованные препараты 48 (96%) респондентов группы вмешательства и 38 (79%) группы контроля ($p < 0,05$). Прием статинов продолжили соответственно 40 (80%) и 33 (69%) ($p < 0,09$). (табл. 32)

Таблица 32

Приверженность терапии

Через 1 месяц *		Через 3 месяца *	
вмешательство	контроль	вмешательство	контроль
52 (96%)	48 (86%)	48 (96%)	38 (79%)
Прием статинов			
Через 1 месяц *		Через 3 месяца**	
вмешательство	контроль	вмешательство	контроль
38 (70%)	29 (43%)	40 (80%)	33 (69%)

Примечание - * - $p < 0,5$ ** - $p < 0,09$

7.3. Изменение показателей липидограммы изученных пациентов

С использованием дисперсионного анализа (ANOVA) выполнен динамический анализ изменений показателей липидограммы. (табл.№33)

Таблица 33

Динамика липидограммы через 1 и 3 месяца после выписки

ОХС	Вмешательство	Контроль	p-level
При поступлении	5,35±1,5	5,20±1,3	<0,05
Через 1 месяц	4,86±1,1	4,93±1,2	
3 месяца	4,47±0,9	4,76±1,0	
ЛПНП			
При поступлении	3,00±1,1	2,89±1,1	<0,05
Через 1 месяц	2,57±0,8	2,57±0,9	
3 месяца	2,1±0,7	2,3±0,9	
ЛПВП			
При поступлении	1,0±0,2	1,1±0,4	<0,09
Через 1 месяц	0,9±0,2	1,0±0,2	
3 месяца	1,0±0,3	1,0±0,2	
ТГ			
При поступлении	1,7±0,7	1,9±1,0	<0,09
Через 1 месяц	1,6±0,6	1,8±0,9	
3 месяца	1,5±0,5	1,6±0,8	

У пациентов обеих групп отмечалось снижение значений общего холестерина и ЛПНП, однако, в группе вмешательства отмечается более выраженное снижение этих определяющих показателей липидограммы, несмотря на несколько более высокие исходные показатели ($p < 0,05$). В отношении целевых показателей ЛПВП исходные показатели пациентов находились в приближенных к целевым значениях, у пациентов группы контроля практически в целевых нормативных значениях, однако, через 1 месяц после выписки отмечалось некоторое снижение ЛПНВ респондентов обеих групп, а через 3 месяца показатели стабилизировались и составили около 1 ммоль\л в обеих группах ($p < 0,09$). ТГ крови снижались за период наблюдения, однако, чаще целевые значения менее 1,7 ммоль\л достигнуты в группе вмешательства ($p < 0,09$).

7.4. Ассоциации между выполненным вмешательством и «конечными точками»

Используя корреляционный анализ (непараметрический коэффициент Гамма) выявлено положительное влияние демонстрации мотивирующего видео и продолжения лечения в целом и статинотерапии в частности, как через 1 месяц после выписки, так после 3 месяцев и отрицательные взаимосвязи с вызовом СМП через 1 месяц, ухудшением самочувствия и обострением хронических заболеваний – через 3 месяца. (табл.. № 33, 34)

Таблица 34

Вмешательство и приверженность через 1 месяц после выписки (Gamma, p < 0,05)

Признак	Коэффициент Gamma
Продолжили лечение	0,65
Продолжили прием статинов	0,38
Возникновение ухудшения самочувствия, обострения заболеваний	- 0,19
Улучшение физического самочувствия на фоне терапии	0,02
Улучшение эмоционального состояния на фоне терапии	0,09
Удовлетворенность назначенной лекарственной терапией	0,14
Вызовы СМП	- 0,34
Госпитализации	- 0,02

Таблица 35

Вмешательство и приверженность через 3 месяца после выписки (Gamma, p < 0,05)

Признак	Коэффициент Gamma
Продолжили лечение	0,71
Продолжили прием статинов	0,20
Возникновение ухудшения самочувствия, обострения заболеваний	- 0,32
Улучшение эмоционального состояния на фоне терапии	0,05
Отсутствие побочных эффектов терапии	0,05
Вызовы СМП	- 0,07
Достижение целевых значений ЛПНП	0,02
Достижение целевых значений ТГ	0,01

Несмотря на использование множества различных комбинаций, по результатам пошаговой логистической регрессии были выявлены данные комбинации признаков, отражающие взаимосвязи между выполненным

вмешательством и характеристиками (p < 0,05).(табл. 7). Из приведенной таблицы видно, что вмешательство достоверно взаимосвязано с продолжением лечения и приемом статинов, и мнением пациентов, что назначенная терапия улучшает их самочувствие.

Таблица 36

Логистическая регрессия влияния вмешательства на изучаемые характеристики

ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ (вмешательство)				
	+ 95 % CL	- 95 % CL	ОШ	p-level
Принимают препараты	0,035	1,17	0,20	0,06
Принимают статины	0,16	0,97	0,39	0,03
Пропускают приема препаратов по забывчивости	0,21	1,27	0,52	0,10
Мнение пациента, что назначенные препараты улучшают их состояние	0,87	5,46	2,18	0,08
Улучшение эмоционального состояния на фоне терапии	0,98	1,00	0,99	0,3
ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА (вмешательство)				
Принимают препараты	0,80	0,03	0,14	0,02
Принимают статины	1,25	0,10	0,35	0,07
Пропуски приема препаратов по забывчивости	0,80	0,12	0,31	0,01
Мнение пациента, что назначенные препараты улучшают их состояние	9,67	1,05	3,18	0,03

7.5. Влияние интуиции лечащих врачей на приверженность терапии

46 (100%) пациентов группы вмешательства, 42 (95%) – группы контроля, лечащие врачи которых предполагали, что она будут лечиться принимали препараты через 1 месяц после выписки. (p < 0,05)

Зафиксирована статистическая тенденция во взаимосвязи между мнением лечащего врача о положительной амбулаторной приверженности пациента и дальнейшим лечением статинами: 36 (78%) респондентов группы вмешательства и 25 (57%) пациентов контроля принимали статины через 1 месяц после выписки. (p < 0,09). (табл. 37)

44 (100%) пациентов группы вмешательства, 28 (74%) – группы контроля , лечащие врачи которых предполагали, что она будут принимать препараты, действительно были привержены через 3 месяц после выписки. (p < 0,05)

Таблица 37

Мнение лечащего врача о продолжении амбулаторной терапии и приверженность через 1 и 3 месяца после выписки.

Через 1 месяц *				
	Вмешательство		Контроль	
Мнение врача об амбулаторном лечении	Лечатся	Не лечатся	Лечатся	Не лечатся
продолжат	46 (100%)	0 (0%)	42 (95%)	2 (5%)
прекратят	6 (75%)	2 (25%)	6 (50%)	6 (50%)
Через 3 месяца *				
продолжат	44 (100%)	0	28 (74%)	10 (26%)
прекратят	4 (66%)	2 (34%)	10 (100%)	0 (0%)

Примечание - * p < 0,05

Таблица 38

Мнение лечащего врача о продолжении амбулаторной терапии и приверженность приему статинов через 1 и 3 месяца после выписки.

Через 1 месяц *				
	Вмешательство		Контроль	
Мнение врача об амбулаторном лечении	Пьют статины	Не пьют статины	Пьют статины	Не пьют статины
Продолжат	36 (78%)	10 (22%)	25 (56%)	19 (44%)
Прекратят	2 (25%)	6 (75%)	4 (33%)	8 (67%)
Через 3 месяца **				
	Вмешательство		Контроль	
Мнение врача об амбулаторном лечении	Пьют статины	Не пьют статины	Пьют статины	Не пьют статины
Продолжат	38 (86%)	9 (14%)	27 (71%)	11 (29%)
Прекратят	2 (33%)	4 (67%)	6 (60%)	4 (40%)

Примечание - * p < 0,05; **- p < 0,09

Повторяется статистическая тенденция, зафиксированная через 1 месяц после выписки, во взаимосвязи между мнением лечащего врача о положительной приверженности и дальнейшей комплаентностью: 38 (86%) респондентов

группы вмешательства и 27 (71%) пациентов контроля принимали статины через 3 месяц после выписки. (p < 0,05) (табл. 38)

7.6. Влияние вмешательства на «конечные точки»

Взаимосвязь приверженности с частотой вызова СМП и повторной госпитализации через 3 месяца.

41 (90%) пациентам группы вмешательства и 35 (80%) - группы контроля, продолжающим терапию в течение 1 месяца после выписки, не потребовалась госпитализация и наоборот 2 (100%) с вмешательством, 3 (60%) – контроля, не принимающих препараты, были госпитализированы в течение 3 месяцев после выписки. (p < 0,05) (табл.39)

Таблица 39

Взаимосвязь госпитализаций в стационар и приверженности через 3 месяца.

Через 3 месяца *				
	Вмешательство		Контроль	
госпитализации	Лечатся	Не лечатся	Лечатся	Не лечатся
Да	5 (10%)	2 (100%)	8 (20%)	3 (60%)
Нет	41 (90%)	0 (0%)	35 (80%)	2 (40%)

Примечание - * p < 0,05

Таблица 40

Взаимосвязь вызова скорой медицинской помощи и приверженности через 3 месяца

Через 3 месяца *				
	Вмешательство		Контроль	
Вызовы скорой медицинской помощи	Лечатся	Не лечатся	Лечатся	Не лечатся
да	11 (23%)	3 (100%)	10 (23%)	5 (100%)
нет	35 (77%)	0 (0%)	33 (77%)	0 (0%)

Примечание - * p < 0,05

35 (77%) пациентов группы вмешательства и 33 (77%) группы контроля, которые продолжали терапию в течение месяца после выписки

достоверно не вызывали «скорую», 3 (100%) не приверженных респондентов группы контроля и 5 (100%) вмешательства вызывали бригаду скорую медицинской помощи. ($p < 0,05$) (табл. 40)

Резюме.

Демонстрация мотивирующего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза улучшает приверженность пациентов лекарственной терапии в целом и приему статинов в частности. Вмешательство взаимосвязано с уменьшением случаев вызова скорой медицинской помощи, госпитализаций и обострений заболеваний, ухудшений самочувствия. Зафиксировано более выраженное снижение ОХЛ и ЛПНП липидограммы пациентов группы вмешательства.

Лечащие врачи обладают предсказательной способностью (профессиональной интуицией) в отношении прогнозирования приверженности терапии их пациентов после выписки из стационара.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящая работа посвящена проведению анализа клинико-лабораторных факторов, а также социально-демографических и личностных характеристик, определяющих приверженность к длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний, а также разработке и апробации доступного способа повышения приверженности.

Работа состояла из трех частей. В первой части проведено изучение показателей приверженности лечению пациентов районной больницы малого города и клинической больницы областного центра с дальнейшим анализом различных факторов, как среди пациентов малого города, так среди пациентов областного центра, связанные с клинико-лабораторными и психологическими характеристиками как самих пациентов, так и их лечащих врачей, взаимодействия в системе «врач – пациент».

Во второй части – изучение влияние показателей метаболического синдрома на приверженность длительной терапии у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

В третьей части выполнена разработка и апробация способа повышения степени выполнения врачебных рекомендаций с помощью демонстрации обучающего видео о развитии атеросклероза и влиянии на это приема статинов с изучением приверженности терапией после выписки из стационара.

Впервые проведено изучение уровня выполнения врачебных рекомендаций среди пациентов с ССЗ малого города и пациентов областного центра, выполнен сравнительный анализ факторов, оказывающих влияние на приверженность учувствовавших пациентов. Выполнено прицельное изучение взаимосвязи влияния на приверженность длительной терапии у пациентов с перенесенным ИМ фонового течения сахарного диабета 2 типа. Разработан и апробирован способ повышения приверженности длительной терапии.

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 [18, 32, 94, 129, 183]. Важной составляющий частью высокой сердечно-сосудистой смертности общепризнана проблема несоблюдения врачебных рекомендаций пациентами на амбулаторном этапе [1, 3, 11, 13, 17, 36, 46, 64, 80, 85, 90, 96, 94, 108, 124, 128, 129, 138-141, 195, 199]. Невысокая приверженность длительной терапии ассоциирована с выраженным снижением терапевтического эффекта, повышением вероятности возникновения осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и значительно увеличивает финансовые затраты на лечение [11, 31, 35, 46, 65, 69, 85, 96, 122, 128, 151, 138-141, 173, 181, 196, 199].

Учитывая, высокую загруженность врача и ограниченность во времени [74] и факт наиболее частого самостоятельного завершения приема статинов пациентами [1, 2, 5, 7, 13, 20, 18, 42, 57, 66, 67, 71, 86, 97, 101, 103, 111, 126-129, 131, 161, 164, 168, 171, 174, 169, 175, 179, 183-188, 193, 196, 199] необходимо проводить поиск и апробацию нового доступного и простого способа повышения приверженности к терапии в целом и приему статинов в частности.

В исследовании приверженности длительной лекарственной терапии пациентов с ССЗ малого города и областного центра, принимали участие только больные, согласившиеся на проводимое анкетирование, и, соответственно, полученную информацию нельзя экстраполировать на 100% пациентов районной больницы малого города и клинической больницы медицинского университета, но и эти данные представляются нам достаточно ценными, особенно с учетом объективных трудностей при сборе такой информации и отсутствия аналогичных исследований среди пациентов малых городов и центров. Было включено 108 пациентов малого города и 70 пациент областного центра. Через 6 месяцев после выписки из стационара удалось связаться по телефону с 52 (74% от включенных) пациентами

областного центра и 86 (80% от включенных) малого города. Через 12 месяцев доступны контакту 48 (68% от включенных) областного центра и 74 (69% от включенных) малого города. Через 6 месяцев после выписки лечатся около 50% пациентов обоих стационаров, через 12 месяцев - в областном центре около 50%, а малом городе лишь 36%.

Необходимо отметить достаточно высокую искренность ответов наших пациентов при заполнении анкеты: у них, конечно, отмечались некоторые расхождения в собственных мнениях на схожие вопросы, но в большей части ответы оказались достаточно согласованными.

Факторы, ассоциированные с приверженностью длительной терапии пациентов, находившихся на стационарном лечении в стационаре малого города и областного центра очень похожи, несмотря не некоторые отличия изученных респондентов по исходным социально-демографическим характеристикам. В отношении клинических характеристик перенесенный ИМ и СД 2 типа были ассоциированы с хорошей приверженностью к длительной терапии [1, 3, 5, 48, 65, 94, 101, 129]. Интересным является факт ассоциации между мужским полом и высокой комлаентностью среди пациентов малого города, что имеет небольшое число литературных подтверждений [87].

При анализе ответов на предоставленную анкету пациентов обоих стационаров в момент госпитализации и дальнейшей приверженности выявлено, что пациенты утверждающие, что постоянный прием таблеток необходим и верен, достоверно чаще не прерывали лечение, можно предположить, что осознание проблемы болезни и необходимости лечения напрямую связано с вероятностью последующей длительной терапии. Целесообразно подчеркнуть искренность наших пациентов, они тождественно следовали рекомендациям именно, так, как ответили при заполнении предложенной анкеты. Иными словами осознанием пациентом важности регулярной лекарственной терапии действительно ассоциировано с

дальнейшим выполнением врачебных рекомендаций [1, 2, 3, 5, 46, 48, 65, 94, 101, 129].

Основным источником информации о заболевании для пациентов, как малого города, так и областного центра, по-прежнему является лечащий врач, со слов анкетируемых, они весьма активно задают вопросы об этиологии, течении, лечении, и возможных осложнениях заболевания и большая часть склоняются к мнению, что врачу необходимо советоваться по поводу назначаемого лечения. В тоже время пациенты отмечают, что не готовы слышать всю правду о диагнозе, они считают, что врачу следует самостоятельно определять объём информации, который будет воспринят безболезненно, и в вопросе, где описывается картина взаимоотношений, максимально способствующая повышению приверженности, пациенты выбирают вариант, в котором полностью перекладывают всю ответственность за процесс терапии на врача. Несмотря на то, что абсолютное большинство осознают потенциальную опасность заболевания для здоровья и жизни, из всего айсберга возможной информации на приверженность влияет лишь кратность приема препаратов. Получается, что номинально пациенты проявляют стремление быть активными и принимать участие в процессе терапии, но это стремление скорее формальное, в действительности больные пассивны, они стремятся переложить и ответственность, и право выбора исключительно на лечащего врача.

На эту же мысль наводит анализ ответов пациентов о том, что такое болезнь. Абсолютно не привержены пациенты, для которых болезнь - это «судьба». Наибольшее число респондентов, выполняющих назначения, давая дефиницию термину «Болезнь», отвечали, что болезнь - это «образ жизни», или это «катастрофа», пациенты свыклись с мыслью присутствия заболевания, патологический процесс течет длительно, и на момент опроса лечение занимает одно из ведущих мест в жизни. Эти пациенты, преодолели последовательно все фазы течения хронической болезни (премедицинская, фаза ломки жизненного стереотипа, адаптации к болезни, фаза

«капитуляции»), на данном этапе находятся на завершающей фазе, т.е. происходит формирование механизмов приспособления к жизни с заболеванием жизни [16, 22, 50, 94, 123]. Премедицинская фаза длится до начала общения с врачом, пациент стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью. Фаза ломки жизненного стереотипа - пациент изолирован от работы, а часто и от семьи при госпитализации, он полон сомнений, тревог, нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания. Фаза адаптации к болезни - снижается чувство напряженности, больной уже приспособился к факту заболевания. Фаза «капитуляции» - больной примиряется с судьбой, понимает ограниченность медицины в полном излечении, он становится равнодушным и негативно угрюмым. Завершающей является фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни [16, 22, 50, 94, 123].

Подавляющая часть пациентов, которая была удовлетворена получаемым лечением в момент госпитализации, спустя полгода продолжают лечение. Здесь необходимо повторно подчеркнуть то, что пациенты обозначают как удовлетворенность лечением - это очень комплексное понятие, включающее большое число и личных и медицинских и организационных характеристик [16, 22, 65-67, 94, 123, 129], и только суммарная удовлетворенность всеми аспектами врачебной деятельности, в сочетании с личностным восприятием всего этого самим пациента может привести к формированию этой удовлетворенности и последующей приверженности к терапии. Прекратили приём препаратов практически все респонденты, указавшие, что не удовлетворены получаемым лечением. Возможно, дело в нежелании быть до конца честными в данном ответе, пациенты постарались нивелировать негативное отношение к получаемому лечению, возможно из-за неверия в конфиденциальность анкетирования.

Из ответов, данных нашими респондентами, формируется «условный» образ пациента, не готового продолжать длительное лечение дома. Во-первых, это пациенты с фаталистическим настроем (болезнь - это «судьба»),

утверждающие, что хотят знать про свою болезнь больше, но при этом знают недостаточно, и ничего не делают, для того, чтобы узнать больше, не осознавшие всю тяжесть своего заболевания, и считающие его не опасным (т.е. еще не прошедшие все фазы осознания заболевания [16, 123]. Эти пациенты считают, что отношение врача к ним «плохое»: «диктаторское» или «равнодушное». Возможно, здесь мы видим как минимум две разные проблемы: с одной стороны, уже упомянутые психологические стадии осознания себя и болезни, а с другой стороны тип личности самого пациента и его в целом негативное восприятие окружающей действительности. Можно предположить, что с одной стороны - негативизм пациентов влиял на врачей, и они более «строго» относились к своим пациентам, а с другой - само восприятие пациентами врачей в этой ситуации и подталкивало их к использованию таких характеристик, как диктат и равнодушие, т.е. не исключено, что сам по себе негативный настрой на всю окружающую действительность также негативно влияет и на приверженность к терапии.

Респонденты считают здоровье своей личной заботой, стремятся занять активную позицию, задают множество вопросов лечащему врачу об особенностях течения патологического процесса и лечения заболевания, но при первом удобном случае перекладывают всю ответственность за процесс терапии на врача, т.е. довлеет патерналистическая модель взаимоотношений [1, 2, 3, 5, 46, 48, 65, 94, 101, 129]..

Из ответов, данных нашими респондентами, формируется «условный» образ пациента, не готового продолжать длительное лечение дома. Во-первых, это пациенты с фаталистическим настроем (болезнь - это «судьба»), утверждающие, что хотят знать про свою болезнь больше, но при этом знают недостаточно, и ничего не делают, для того, чтобы узнать больше, не осознавшие всю тяжесть своего заболевания, и считающие его не опасным (т.е. еще не прошедшие все фазы осознания заболевания [16, 123]). Эти пациенты считают, что отношение врача к ним «плохое»: «равнодушное». Возможно, здесь мы видим как минимум две разные проблемы: с одной

стороны, уже упомянутые психологические стадии осознания себя и болезни, а с другой стороны тип личности самого пациента и его в целом негативное восприятие окружающей действительности. Можно предположить, что с одной стороны - негативизм пациентов влиял на врачей, и они более «строго» относились к своим пациентам, а с другой - само восприятие пациентами врачей в этой ситуации и подталкивало их к использованию таких характеристик, как диктат и равнодушие, т.е. не исключено, что сам по себе негативный настрой на всю окружающую действительность также негативно влияет и на приверженность к терапии.

На втором этапе в исследование было отобрано 80 пациентов с перенесенным ИМ с документированным СД 2 типа (40 (50%) и без него (40 (50%), находившихся на госпитализации в кардиологическом отделении КБ им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Спустя 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара телефонному контакту были доступны 76 (95%) пациентов: 38 (95%) респондентов группы с выявленным СД 2 типа и 38 (95%) – без СД 2 типа. Пациенты с СД 2 типа чаще следовали амбулаторным рекомендация, чем пациенты без него – продолжили терапию 25 (66%) vs 18 (45%) ($p < 0,05$)

Первое, что хочется отметить, что пациенты с перенесенным ИМ и СД 2 типа более привержены, чем пациенты с перенесенным ИМ, но без СД. Сопутствующая патология часто ассоциируется с тяжестью состояния пациентов, а она в свою очередь повышает степень выполнения врачебных рекомендаций, поэтому это выглядит вполне логично. Второе – результаты нашего исследования еще раз продемонстрировали, что наличие у пациента различных проявлений именно метаболического синдрома (увеличение окружности талии, повышение индекса HOMA IR, гликемия натощак ассоциируется с недостаточной приверженностью пациентов и риском неблагоприятного прогноза. Наоборот, пациенты имеющие низкие показатели веса, индексов IVA и HOMA IR, инсулина и ТГ продолжают

терапию чаще. Конечно, данные факты требуют дальнейшего изучения, но вполне логично предположить, что фиксируемые врачом на осмотре нецелевые показатели гликемии, липидемии, показатели ожирения – это не только клинические проявления декомпенсации таких заболеваний как СД, атеросклероз, но и проявления недостаточного выполнения пациентами врачебных рекомендаций как по лекарственной терапии, так и по немедикаментозному лечению. И достаточно характерно, что именно такие пациенты и не привержены постоянной терапии в дальнейшем и они же чаще имеют декомпенсации своего состояния и повторные госпитализации. Разумеется, необходимо дальнейшее изучение данного вопроса, но возможно, декомпенсации хронических состояний связаны с недостаточной приверженностью терапии чаще и намного сильнее, чем это представляется нам с традиционной точки зрения.

Независимыми факторами, ассоциирующимися с продолжением терапии у пациентов с перенесенным ИМ являются удовлетворенность назначенной ему терапией, незначительное превышение нормы окружности талии (т.е. невысокая вероятность абдоминального характера ожирения) и отсутствие повторных госпитализаций. Необходимо подчеркнуть, что удовлетворенность пациентом проводимым лечением, как и другие показатели именно эмоциональной удовлетворенности пациентов в стационаре четко ассоциирована с хорошей приверженностью, что свидетельствуют о необходимости лечащему врачу искать индивидуальный подход к каждому пациенту. А благосклонный, позитивный, положительный эмоциональный настрой пациентов ассоциирован не только с продолжением лечения, но и более редкими случаями вызовов скорой медицинской помощи и повторными госпитализациями. Эмоциональная составляющая для пациентов оказывается важнее, чем изменение физического самочувствия.

На третьем этапе нашей работы проведено рандомизированное открытое клиническое проспективное исследование влияния информационного видеоролика про лечение атеросклероза на приверженность лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Впервые нами учитывалось мнение врачей об амбулаторной приверженности пациентов.

После стабилизации состояния госпитализированных пациентов, за несколько дней до выписки проводилось их включение. Пациентам при выписке из стационара рекомендовался прием статинов в дозах согласно имеющимся рекомендациям [24]. Методом случайных чисел проводилась процедура рандомизации пациентов [38, 39, 76] в группу вмешательства, которой помимо стандартной брошюры по немедикаментозному лечению, демонстрировался видеоролик, и группу сравнения, которой выдавалась только стандартная брошюра по модификации образа жизни и диеты. Данная брошюра (листовка) находится, а свободном доступе для пациентов, разработана центром медицинской профилактики Кировского медицинского информационно-аналитического центра (Кировский «МИАЦ») национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России. Брошюра создана, как обучающая профилактическая листовка по борьбе с атеросклерозом в рамках месяца здорового питания. В брошюре кратко и в понятной пациенту терминологии дается разъяснение что такое «атеросклероз», «холестерин», даются рекомендации по коррекции питания с целью профилактики прогрессирования атеросклероза, с указанием конкретных продуктов питания, рекомендуется снизить количество поваренной соли и отказаться от курения, уменьшить количество употребляемого алкоголя.

Мотивирующий видеоролик был смонтирован врачами-исследователями согласно известным рекомендациям по построению видео [35, 52, 61, 99, 107], разработанным организациями, занимающимися рекламной и просветительской деятельностью, отражал поражение ССС

атеросклеротическим процессом и влияние на это постоянного приема статинов.

В исследование было приглашено 207 пациентов, включено – 120, по 60 человек в группу вмешательства и группу контроля соответственно. Спустя 1 месяц посетили центр 110 пациентов, через 3 месяца – 98 человек. Пациенты обеих групп были сопоставимы по исходным характеристикам. Через 1 месяц принимали рекомендованные препараты 52 (96%) респондентов группы вмешательства и 48 (86%) группы контроля ($p < 0,05$). Прием статинов через 1 месяц после выписки продолжили соответственно 38 (70%) и 29 (43%) ($p<0,05$). Через 3 месяц принимали рекомендованные препараты 48 (96%) респондентов группы вмешательства и 38 (79%) группы контроля ($p < 0,05$). Прием статинов продолжили соответственно 40 (80%) и 33 (69%) ($p < 0,09$).

46 (100%) пациентов группы вмешательства, 42 (95%) – группы контроля, лечащие врачи которых предполагали, что она будут лечиться принимали препараты через 1 месяц после выписки. ($p < 0,05$)

Лечащие врачи обладают профессиональной интуицией в отношении прогнозирования приверженности терапии их пациентов после выписки из стационара.

Демонстрация мотивирующего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза является простым и доступным способом улучшения приверженности пациентов. Демонстрация мотивирующего видеоролика улучшает приверженность пациентов лекарственной терапии в целом и приему статинов в частности.

Вмешательство взаимосвязано с уменьшением случаев вызова скорой медицинской помощи, госпитализаций и обострений заболеваний, ухудшений самочувствия. Зафиксировано более выраженное снижение ОХЛ и ЛПНП липидограммы пациентов группы вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Приверженность лечению пациентов малого города ниже, чем пациентов стационара областного центра: через полгода после выписки продолжает лекарственную терапию приблизительно каждый второй пациент и областного центра и малого города, а через год - практически каждый второй пациент областного центра и лишь каждый третий пациент малого города.

2. Перенесенный ранее инфаркт миокарда – наиболее весомый фактор ассоциированный с высокой приверженностью терапии и в малом городе и в областном центре. В малом городе с высокой приверженностью также ассоциированы мужской пол, сахарный диабет 2 типа, отсутствие ожирения, гипергликемия натощак, а в областном центре – высшее образование, профессия умственного труда. С прекращением терапии на амбулаторном этапе среди жителей областного центра ассоциированы ГЛЖ, исходные гипергликемия натощак и гипертриглицеридемия, как показатели недостаточной приверженности терапии до начала исследования.

3. Среди всех исследованных пациентов положительная оценка отношений с врачом, получение информации именно от него, осознание пациентом необходимости постоянного лечения, но при этом перенос ответственности за заботу о здоровье на врачей или родственников, и высокая значимость информации о действиях в экстренной ситуации, то есть признаки патерналистической модели общения, взаимосвязаны с продолжением терапии. Низкая приверженность ассоциируется с низкой оценкой пациента своих взаимоотношений с врачом и неудовлетворенностью проводимой терапией.

4. Как в малом городе, так и в областном центре для высокой приверженности терапии важным фактором является выбор пациентом варианта ответа “Знаю какую таблетку принять и куда обратиться при ухудшении состояния”, а также его комбинация с перенесенным

инфарктом миокарда, и убежденностью пациента в правильности постоянного режима приема медикаментов. Утверждение пациента, что здоровье – это его личная забота ассоциировано с прекращением терапии как через 6, так и через 12 месяцев после выписки из отделений обоих стационаров.

5. Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа более привержены терапии, чем пациенты с перенесенным инфарктом миокарда, но без сахарного диабета. С высокой приверженностью терапии пациентов с перенесенным инфарктом миокарда вне зависимости от наличия сахарного диабета ассоциирована комбинация факторов: удовлетворенность пациента назначенной ему терапией, увеличение окружности талии и низкая частота повторных госпитализаций. Увеличение уровня инсулина, гликемия натощак, повышение индекса инсулинорезистентности и висцерального ожирения ассоциированы с низкой приверженностью длительной терапии пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

6. Демонстрация мотивирующего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза улучшает приверженность пациентов лекарственной терапии в целом и приему статинов в частности. Это вмешательство взаимосвязано с уменьшением случаев вызова скорой медицинской помощи, госпитализаций и обострений заболеваний, ухудшений самочувствия. Зафиксировано более выраженное снижение ОХЛ и ЛПНП пациентов группы вмешательствалечению пациентов малого города ниже, чем пациентов стационара областного центра: через полгода после выписки продолжали лекарственную терапию лишь каждый «второй» пациент областного центра и малого города, а через год - каждый «второй» пациент областного центра и лишь каждый «третий» пациент малого города.

7. С высокой приверженностью и в малом городе и в областном центре взаимосвязан перенесенный ранее ИМ. В малом городе с высокой приверженностью ассоциированы мужской пол, сахарный диабет 2 типа,

отсутствие ожирения, гипергликемия натощак, в областном центре – высшее образование, профессия умственного труда. С прекращением терапии на амбулаторном этапе среди жителей областного центра ассоциированы ГЛЖ, исходные гипергликемия натощак и гипертриглицеридемия, как показатели недостаточной приверженности терапии до начала исследования.

8. Среди всех исследованных пациентов положительная оценка отношений с врачом, получением информации именно от него, осознание пациентом необходимости постоянного лечения, но при этом перенос ответственности за заботу о здоровье на врачей или родственников, и высокая значимость информации о действиях в экстренной ситуации, то есть признаки патерналистической модели общения, взаимосвязаны с продолжением терапии. Низкая приверженность ассоциируется с низкой оценкой пациента своих взаимоотношений с врачом и неудовлетворенностью проводимой терапией.

9. Как в малом городе, так и в областном центре для высокой приверженности терапии важным фактором является выбор пациентом варианта ответа “Знаю какую таблетку принять и куда обратиться при ухудшении состояния”, а также его комбинация с перенесенным инфарктом миокарда, и убежденностью пациента в правильности постоянного режима приема медикаментов. Утверждение пациента, что здоровье – это его личная забота ассоциировано с прекращением терапии как через 6, так через 12 месяцев после выписки из отделения обоих стационаров.

10. Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда и сахарным диабетом более привержены терапии, чем пациенты с перенесенным ИМ, но без сахарного диабета. С высокой приверженностью терапии пациентов с перенесенным ИМ вне зависимости от наличия СД ассоциирована комбинация факторов: удовлетворенность пациента назначенной ему терапией, увеличение окружности талии и низкая частота повторных госпитализаций. Важным фактором ассоциированным с высокой

приверженностью является положительная эмоциональная оценка пациентом различных аспектов процесса терапии.

11. Демонстрация мотивирующего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза улучшает приверженность пациентов лекарственной терапии в целом и приему статинов в частности. Вмешательство взаимосвязано с уменьшением случаев вызова скорой медицинской помощи, госпитализаций и обострений заболеваний, ухудшений самочувствия. Зафиксировано более выраженное снижение общего холестерина и липипротеинов низкой плотности пациентов группы вмешательства

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями врачу необходимо учитывать, что приверженность терапии пациентов районной больницы ниже, чем пациентов областного центра. При этом, факторы, определяющие комплаентность преимущественно одинаковые: перенесённый инфаркт миокарда, и важность для пациента информации о его поведении в случае сердечно-сосудистого события, требующего неотложной помощи
2. Лечащим врачам-кардиологам необходимо принимать во внимание факт выраженного патернализма всех пациентов, как стационара малого города, так и областного центра: декларируя потребность в информации о лечении и желание сотрудничать с врачом, все пациенты возлагают ответственность за лечение на врача, а со своей стороны готовы только “принять необходимую таблетку и позвонить врачу”, но именно это ассоциируется с высокой приверженностью длительной терапии.
3. В качестве негативных прогностических факторов врачу-кардиологу целесообразно рассматривать такие исходные характеристики пациента как гипертрофия левого желудочка, высокий уровень глюкозы

натощак, гипертриглицеридемия, так как это может ассоциироваться с дальнейшей недостаточной приверженностью длительной терапии.

4. Лечащим врачам пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо учитывать, что их интуитивная оценка амбулаторной приверженности пациента имеет отчетливую достоверную взаимосвязь с дальнейшей комплаентностью пациентов.

5. В практической деятельности врач-кардиолог может использовать демонстрацию пациентам мотивирующего видео о влиянии статинов на течение атеросклероза, что является простым и доступным способом повышения приверженности пациентов лекарственной терапии в целом и приему статинов в частности. Данное вмешательство может способствовать уменьшению случаев вызова скорой медицинской помощи, госпитализаций, и снижению уровней общего холестерина и липопротеидов низкой плотности.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективным направлением является дальнейшее изучение приверженности терапии среди пациентов малых городов. Целесообразно проведение более крупных проспективных и больших рандомизированных исследований длительной терапии пациентов различных лечебно-профилактических учреждений для изучения «жестких» конечных точек. Необходимо изучение влияния информационного видеоролика про лечение атеросклероза на приверженность длительной лекарственной терапии на больших группах пациента, и поиск других способов улучшения приверженности к лечению.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдельлатиф, А. М., Шишова, Т. А. Метаболический синдром и его влияние на сердечно-сосудистые осложнения у больных, перенесших острый коронарный синдром // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1 – 1.; URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=17911 дата обращения (10.09.2019)

2. 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.

3. 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.

4. Андреев, В. И. Проверь себя. Десять тестов оценки интеллигентности, конкурентоспособности и творческого потенциала личности. М.: Журн. «Народное образование», 1994. 63 с.

5. Артериальная гипертензия и метаболический синдром. Особенности антигипертензивной терапии / Л.И. Абасова, Р.Л. Дашдамиров, А.Б. Бахшалиев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т.10. №4. – С.107 – 109.

6. Барабошина, Н. В., Чуркина, Л.Ю. Провинциальная медицина: мифы и реальность // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 3-4. – С. 103 – 105.

7. Бездетко, П.А., Ильина, Е.Н. Корректоры дислипидемии: статины и фибраты в лечении диабетической ретинопатии больных сахарным диабетом 2 типа //Офтальмология. – 2014. – Т.1. –№.20. – С. 48 – 54.

8. 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.

9. Бондарская, О.В. Малый город как пространственная социально-экономическая система // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. – Т. 9. – № 7. – С. 17 – 22.

10. Бондарская, О.В., Бондарская, Т.А. Место малого города в пространственно-иерархической системе "Центр - Периферия" // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. – Т. 9. – № 8. – С. 11 – 17.

11. 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.

12. Вишнякова, Н.А. Диспансеризация взрослого населения с использованием дистанционной системы ЭКГ на примере ЛПУ малых городов России // Трудный пациент. – 2018. – Т. 16. – № 7. – С. 34 – 39.

13. Вишнякова, Н.А., Ирхина, Е.А., Волков, В.Е. Распространенность фибрилляции предсердий в сельской местности по данным банка централизованного анализа дистанционно переданных ЭКГ // Национальная функциональная диагностика. – 2018. – Т. 14. – №351. – С. 13 – 20.

14. Вишнякова, Н.А., Сахнова, Т.А., Блинова, Е.В. Опыт дистанционного применения электрокардиографических методов в диагностике очагово-рубцовых поражений миокарда на базе районной ЦРБ // Терапевт. – 2015. – № 7. – С. 49 – 61.

15. 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.

16. 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.

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

18. 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.

19. Гендерно-возрастные особенности распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в сельской популяции Краснодарского края / Болотова, Е. В., Самородская, И. В., Комиссарова, И. М. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14. – №1. – С. 47 – 52.

20. Гендерные и этнические особенности распространенности ожирения среди жителей малых городов и сельской местности Кыргызской республики / Джумагулова, А.С., Полупанов, А.Г., Халматов , А.Н., и др.// Кардиологический вестник. – 2019. – Т. 14. – № 2. – С. 61 – 66.

21. Гребенникова, Е.Н., Паршин, А.С. Скорая медицинская помощь в малом городе: врачи и пациенты // Социология города. – 2016. – № 1. – С. 31 – 37.

22. Данилов, Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4 – 12.

23. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – Т.4. – №5. – С. 83.

24. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации. VI пересмотр – М., 2017. – С.44.

25. Диагностика и лечение метаболического синдрома: сборник национальных клинических рекомендаций / Силицея – Полиграф – М., 2009. – С. 106 – 143.

26. Динамика артериального давления, вариабельности ритма сердца и QTc у больных с метаболическим синдромом при лечении селективным бета-блокатором и бигуанидами/ Рябыкина, Г.В., Шишова, Т.А., Лаптев, Д.Н., и соавт. // Системные гипертензии. – 2009. – № 3. – С. 38 – 56.

27. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации/ под ред. С. А. Бойцова и А. Г., Чучалина. – М.: 2014. – С.112.

28. Дисперсия интервалов Q–T и J–T у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическими нарушениями в рамках инсулинорезистентного синдрома/ Сапожникова, И.Е., Тарловская, Е.И., Тарловский, А.К., Соболев, А.А. // Вестник аритмологии. – 2001. – № 24. – С. 22 – 26.

29. Драпкина, О.М., Гегенава, Б.Б. Статины и углеводный обмен //Эффективная фармакотерапия. – 2015. – № 32. – С. 24 – 31.

30. Задионченко, В. С. Артериальная гипертония при метаболическом синдроме: патогенез, основы терапии [Электронный ресурс] / В. С. Задионченко // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, № 9. – С. 29 – 51. Дата обращения (10.09.2019)

31. Здравоохранение в России. 2018: Статистический сборник / – М.: Росстат, 2018. – 170 с.

32. Здравоохранение как ключевой фактор вовлечения в активную социально-экономическую деятельность населения старших возрастных

категорий в малых городах и районных центрах / Шерешева, М.Ю., Оборин, М.С., Костанян, А.А. // Ars Administrandi. Искусство управления. – 2018. – Т. 10. – № 1. – С. 19-37.

33. Инсулинорезистентность и метаболический синдром. – СПб.: ВМедА, 2005. – С 32.

34. Инсулинорезистентность и эндотелиальная дисфункция при метаболическом синдроме / А А Куршаков , Р Г Сайфутдинов, Л И Анчикова, И Х Валеева, Т В Никишова //Казанский медицинский журнал. – 2011 г. – Т 92. № 2.

35. Ионов, М. В., Звартау, Н. Э., Конради, А. О. Телемедицина и амбулаторные способы измерения артериального давления: современная позиция ESC/ESH. Артериальная гипертензия. – 2018 – Т. – 24 – №.6 – С.631–636. doi:10.18705/1607-419X-2018-24-6-631-636

36. 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.

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

38. Каримов, Р. Н. Статистика для врачей, биологов и не только… Ч. 2. Как изучать связи / Р. Н. Каримов, Ю. Г. Шварц. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. – 188 с.

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

40. Кисляк, О.А., Червякова, Ю.Б / Статины в первичной и вторичной профилактике инсульта. // Лечебное дело. – 2018. – № 2. – С. 65 – 73.

41. Кобалава, Ж. Д., Толкачева, В. В. Метаболический синдром: принципы лечения // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. № 7. – С. 451 – 457.

42. Когнитивные функции, эмоциональные нарушения и статины в терапии пациентов старшего возраста/Соболева, Н.И., Кутепов, В.А.// Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – № S2. – С. 67.

43. Кодина, И.Н. Общественно-политическое участие населения малого города: гендерный аспект // Женщина в российском обществе. – 2009. – С. 20 – 28.

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. Коморбидная патология в клинической практике/ Р.Г Оганов, И.Н. Денисов, В.И. Симаненков и др. // Клинические рекомендации. – 2017. – С. 7 – 28

46. Конобеева, Е. В. Приверженность к терапии и возможности повышения мотивации к лечению у пациентов с различными клиническими вариантами ишемической болезни сердца: автореф. дис. ... кан-та мед. наук / Е.В. Конобеева.: Саратов, 2015. – 24 с.

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

48. Концевая, А.В., Мырзаматова, А.О., Каширин, А.К. /Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей сельской местности по данным эпидемиологических исследований: обзор литературы / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т. 15. – № 6. – С. 66 – 71.

49. Коррекция агрегационных свойств основных форменных элементов крови у больных с дислипидемией, получающих

немедикаментозное лечение и статины/ Скорятина, И.А., Медведев, И.Н. // Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – № S2. – С. 133 – 134.

50. 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

51. Кукес, В.Г. и др. Клиническая фармакология: учебник/под ред. В.Г.Кукеса, Д.А.Сычева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015.

52. Леванов, В.М., Перевезенцев, Е.А. Возможности комплексного использования телемедицинских технологий в системе медицинского обеспечения работающего населения на удалённых территориях // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. – №1. – С. 102 – 110.

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

54. Малые города - большие проблемы. Социальная антропология малого города / Уварова, Т.Б., Самарина, Т.Н., Орлов, Ф.О. // Малые города Центральной России в постсоветских урбанистических процессах: социокультурные особенности. – 2014. – С. 291 – 339.

55. Мамедов М. Н. Возможно ли применение метформина у больных с метаболическим синдромом без сахарного диабета? // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. № 13. – С. 936 – 940.

56. Мамедов М.Н. Артериальная гипертония в рамках метаболического синдрома: особенности течения и принципы медикаментозной коррекции// Кардиология. – 2004. – Т. 44. – № 4. – С 95 – 100.

57. Мачильская, О. В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – № 9(3). – С. 55 – 65.

58. Метаболизм миокарда при хронической сердечной недостаточности и современные возможности метаболической терапии / Шляхто, Е.В., Галагудза, М.М., Нифонтов, Е.М. и др. // Сердечная недостаточность. – 2005. – №4. – С.148 – 156.

59. Метаболический сердечно-сосудистый синдром / Алмазов, В.А., Благосклонная, В.А., Шляхто, Е.В. – С.Пб.: Изд-во Санкт-Петербург. гос. мед. ун-та, 1999. – 203с.

60. Метаболический синдром / Под ред. чл.-корр. РАМН Г. Е. Ройтберга. – М.: МЕД-пресс-информ, 2007. – 224 с.

61. Методы технического воздействия как фактор повышения приверженности терапии больных сердечно–сосудистыми заболеваниями в амбулаторной практике / Ф. Т. Агеев, М.Д. Смирнова, Т.В. Фофанова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – Т. 11. – № 4. – С. 36 – 41.

62. Мусин, В.И. Влияние обходных дорог средних и малых городов на аварийность и окружающую среду (на примере республики Татарстан) // Вестник НЦБЖД. – 2009. – №1. – С. 14 – 19.

63. Навроцкий, Б. А., Деларю, В. В. Проблемы биоэтики в социологических исследованиях городской тематики // Биоэтика. – 2014. – № 1(13). – С. 31 – 34.

64. Напалков, Д.А., Соколова, А.А. Приверженность к приему препаратов как основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Медицинский совет. – 2019 – Т5. – С.54 – 59. doi.org/10.21518/2079-701X-2019-5-54-59

65. Наумова, Е. А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: Е.А. Наумова. – Саратов, 2007. – 236 с.

66. 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.

67. 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.

68. Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН / В. Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов и др. // Сердечная Недостаточность. – 2013. – Т.14. – №7(81). – С. 379 – 472.

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

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

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

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. Николаев, Н.Н., Филатов, С.К. Анализ работы службы такси в российском малом городе // Мир транспорта и технологических машин. – 2016. – Т. 2 – №53. – С. 68 – 76.

74. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта: приказ от 19 декабря 2016 г. № 973н. – М.,2016.

75. Образ местной власти малых и средних городов: экспертное мнение / Колесников, А.Н., Топалов, М.Н., Шипилов, А.И. // Власть. – 2015. – № 4. – С. 79 – 84.

76. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. / Под общей редакцией академика РАМН, профессора Р.Г.Оганова. – М.: Силицея-Полиграф – 2010. – 136 с.

77. Особенности оценки качества жизни населения малых городов / Шерешева, М.Ю., Оборин, М.С., Костанян, А.А. // Ars Administrandi. Искусство управления. – 2017. – Т. 9. – № 2. – С. 289 – 311.

78. Особенности приверженности к медикаментозной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в территориальной поликлинике г. Краснодара / Болотова, Е. В., Концевая, А. В., Ковригина, И. В. // Кардиология Терапия. – 2017. – № 10 (139). – С. 32 – 36

79. Остроумова, О.Д. Статины и сахарный диабет: взгляд кардиолога // Consilium Medicum. – 2018. – Т. 20. – № 1. – С. 38 – 45.

80. 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.

81. Павлычева, Т.Н. Малые исторические города и малые индустриальные города: способы репрезентации города в историях горожан // Сборник статей по материалам Всероссийской научной конференции с международным участием. – 2015. – С.299 – 303.

82. Параметры эндотелиальной дисфункции и инсулинорезистентности больных метаболическим синдромом до и после снижения массы тела / А.М. Мкртумян., Е.В. Бирюкова, Н.В. Маркина, и др. // Ожир. метаб. – 2008. – №1. – С. 18 – 22.

83. Пестова, Т.И. Особенности планирования семьи в малом городе России: автореф. дис. ... кан-та мед. наук /Т.И. Пестова. – Челябинск: ЧГМА, 2004.

84. Печень как орган-мишень при метаболическом синдроме и липидном дистресс-синдроме / Д.Ю. Сердюков., А.В. Гордиенко, Р.Ф. Сайфуллин и др. // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2016. – Т.4. – №67. – С. 37 – 44. DOI: 10.18411/hmes. d-2016-152

85. Повышение качества диагностики и лечения артериальной гипертензии и дислипидемий с целью снижения риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний / Небиеридзе, Д.В., Михин, В.П., Камышова, Т.В., и др. // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. – 19 №.6 – С. 59 – 65. URL.: https://doi.org/10.17116/profmed201619559-65

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

87. Приверженность к комплексной реабилитации после коронарного шунтирования: проблема пациента или врача? / С.А. Помешкина, В.А. Беззубова, Ю.А. Арганова, О.Л. Барбараш // Медицина в Кузбассе. – 2018 – Т.17. – №4 – С.46 – 50.

88. 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.

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

90. Распространенность артериальной гипертензии среди жителей малых городов и сельской местности Кыргызской республики: этнические особенности (по данным международного исследования “ИНТЕРЭПИД”) /

А.Г. Полупанов, А.В. Концевая, А.Н. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – Т. 12. – № 6. – С.4 – 8.

91. Ройтберг, Г.Е. Метаболический синдром. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 223 с.

92. Российский статистический ежегодник/ Стат.сб. Росстат. – М.,2009 – С. 795.

93. Семендяева М.Е. Неалкогольная жировая болезнь печени как медицинская и социальная проблема/ Сергеев, А.И., Голиков, А.В., Педь, В.И., Белянская, Е.В. // Клиническая практика. – 2012. – № 2. – С. 71 – 80.

94. Семенова, О.Н. Приверженность к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: определяющие факторы и способы улучшения при различных видах оказания медицинской помощи: автореф. дис. … кан-та мед. наук / О.Н. Семенова. – Саратов, 2018. – 25 с.

95. Синдром эмоционального выгорания у врачей скорой медицинской помощи / Ткаченко, Е. Н., Аджиенко, В. Л., Попов, А. С. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – Т. 1. –№ 41. – С. 41 – 43.

96. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России / Вишневский, А., Андреев, Е., Тимонин, С // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3. – № 1. – С. 6 – 34.

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

98. Сокращенный протокол ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий в оценке доклинического атеросклероза с целью уточнения сердечно-сосудистого риска/ Т. В. Балахонова, О.А. Погорелова, М.И. Трипотень и др. //Российский кардиологический журнал. – 2019. – Т. – 24. – №5. – С. 62 – 68.; URL:http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2019-5-62-68 дата обращения (10.09.2019).

99. Сравнительный анализ удовлетворенности женского населения качеством оказания акушерско-гинекологической помощи в крупных и

малых городах юга России / М. В. Андреева, Л. В. Ткаченко, М. С. Селихова и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – Т. 10. – № 4. – С. 440 – 442.

100. Статины в профилактике послеоперационных когнитивных нарушений у пациентов после кардиохирургических вмешательств/ Малева, О.В., Трубникова, О.А., Барбараш, О.Л.// Фундаментальная и клиническая медицина. – 2019. – Т.4. – № 2. – С. 95 – 106.

101. Статины в реальной клинической практике: современные рекомендации, возможности новых схем их применения/Саргсян, В.Д., Камышова, Т.В., Сафарян, А.С., Ахмеджанов, Н.М., Небиеридзе, Д.В., Поддубская, Е.А. // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22. – № 3. –С. 86 – 91.

102. Статины: мифы и реальность. Управление рисками// Эффективная фармакотерапия. – 2019. – Т. 1. – № 5. – С. 34 – 43. http://umedp.ru/articles/statiny_mify_i_realnost_upravlenie_riskami_rossiyskiy_natsionalnyy_kongress_kardiologov_novye_tekhno.html дата обращения: (10.09.2019)

103. Статины: фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ терапии госпитализированных больных с ИБС/ Бездетко Н.В., Чинуш И.В., Бондарчук И.С. и др. //Фармакоэкономика: теория и практика. – 2014. – Т. 2. – № 1. – С. 40.

104. Строкова, Е. В. Многофакторный анализ приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... кан-та мед. наук/ Е.В. Строкова. – Саратов, 2012. – 25 с.

105. Тальникова, А.А. Малые города россии: проблемы устойчивого развития (на примере города Талица свердловской области) // Современная наука: проблемы, идеи, тенденции. Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции /ред. А.И. Вострецов. – 2019. – С.93 – 98.

106. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине / Н. Н. Седова, Б. А. Навроцкий, М. Е. Волчанский, и

др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – Т. 10. – № 3 DOI: 10.14300/mnnc.2015.10078

107. Типичная практика ведения пациентов с сахарным диабетом 2-го типа на амбулаторном этапе в крупном городе, малых городских и сельских поселениях / И.Е. Сапожникова, Е.И. Тарловская, М.В. Авксентьева // Терапевтический архив. – 2016. –Т. 88. – № 1. – С. 75 – 81.

108. Толпыгина, С. Н. Изучение факторов, влияющих на отдаленный прогноз жизни больных с различными формами ишемической болезни сердца: дис. … д-ра мед. наук / С.Н. Толпыгина. – М., 2016. – 331 с.

109. Тупицын, В.В. Клинико-диагностическое и прогностическое значение нарушения вегетативного тонуса у больных с различными вариантами метаболического синдрома: автореф. дис. …канд. мед. наук/ В.В.Тупицын. – СПб, 2010. – 22 с

110. Уразгильдеева, С.А. Статины в лечении больных сахарным диабетом: место аторвастатина /Медицинский совет. – 2018. – № 4. – С. 54 – 59.

111. Уровень комплаентности: опросник / Кадыров, Р. В. Асриян, О. Б., Ковальчук, С. А. и др. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

112. 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.

113. Фармакоэпидемиологические аспекты мониторинга здоровья пациентов с сахарным диабетом 2 типа: результаты Российского наблюдательного многоцентрового эпидемиологического исследования ФОРСАЙТ-СД 2/ И.И Дедов, М.Ф. Калашникова, Д.Ю. Белоусови др. //Сахарный диабет. – 2016. – Т. 19. – №6. – С. 443 – 456. DOI: 10.14341/DM8146

114. Фофанова, Т. В. Приверженность к терапии и методы ее повышения у больных артериальной гипертонией и ишемической болезни сердца: автореф. дис. … д-ра мед. наук /Т.В. Фофанова. – М., 2015. – 48 с.

115. Холестероз желчного пузыря / Савельев, В.С., Петухов, А.В., Болдин,Б.В. – М.: ВЕДИ, 2002. – С. 175

116. Чазова, И.Е., Мычка, В.Б. Метаболический синдром. – М.: Media Medica, 2004. – С. 47 – 49.

117. Чазова, И.Е., Мычка, И.Е. Метаболический синдром // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – Т.2 – №3. – С. 32 – 37.

118. Чирикова, А.Е. Власть в России в неформальной проекции: регионы и малые города // Вестник Тамбовского университета.: Сер. Общественные науки. – 2015. – № 1. – С. 5 – 25.

119. Чирикова, А.Е., Ледяев, В.Г. Власть в малом российском городе // Монография. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва. – 2017.

120. Шатаева, А.С. Личность, диалектика и потребление: от мира к малому городу // Роль науки в развитии общества. Сборник статей Международной научно-практической конференции. – 2014. – С.124 – 128.

121. Шилов, А.М. Место препаратов с метаболической направленностью в условиях первичного звена здравоохранения при профилактике и лечении ишемических синдромов // Медицинский совет. – 2015. – №12. – С.60 – 65.

122. Экономический ущерб от гиперхолестеринемии на популяционном уровне в российской федерации/ А.В. Концевая, Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева., и др. //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018;14(3):393 – 401.

123. Яковлев, В.М., Ягода, А.В. Метаболический синдром и сосудистый эндотелий. — Ставрополь, 2008. — 208 с.

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

125. 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.

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/eht295.

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

128. Adherence to Statin Therapy Among US Adults Between 2007 and 2014. / L.D. Colantonio, R.S. Rosenson, L. et al. // J Am Heart Assoc. – 2019 – Vol. 8(8). – P. 1. doi: 10.1161 / JAHA.118.01037

129. Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers/ R. Khatib, K. Marshall, J. Silcock, S. Levy // Open Heart. – 2019. – Vol. 6. e000997. doi:10.1136/ openhrt-2018-000997

130. An Assessment by the Statin Liver Safety Task Force: 2014 Update/ Bays H, Cohen D.E, Chalasani N, Harrison S.A. // J Clin Lipidology. – 2014. – Vol. 8. – P. 47-57. 52. Apgar, T., Nunlist, M. M. Practical Ways to Improve Medication Adherence // Fam Pract Manag. – 2016. – Vol. 23(5). – P. 52.

131. Anderson TJ, Saman DM, Lipsky MS, et al. A cross-sectional study on health differences between rural and non-rural U.S. counties using the County Health Rankings. BMC Health Serv Res. – 2015; 15: 441.

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

133. 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

134. 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. Aragones, J. Ramirez, N. Roberts, M. Mujawar, et al. // Ethn Health. – 2016. – Vol. 21(2). – P. 118 – 128.

135. Baer B., Bhushan A., Taleb H.A., Vasquez J., Thomas R. The Right to Health of Older People / /Gerontologist. – 2016. – Vol. 56 (2). – P. 206 – 217. – DOI:10.1093/geront/gnw039

136. Bacar, Z.A. Patient satisfaction and medication anherence 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.

137. Barriers to diabetes medication adherence in North West Ethiopia/ Abebe SM, Berhane Y, Worku A. //Springerplus. – 2014. – Vol.3. – P.195. DOI: 10.1186/2193-1801-3-195

138. Bonney A, Mayne DJ, Jones BD, et al. Area-Level Socioeconomic Gradients in Overweight and Obesity in a Community-Derived Cohort of Health Service Users -A Cross-Sectional Study. PLoS One. – 2015; 10(8): http://www10.1371/journal.pone.0137261 дата обращения (10.09.2019)

139. 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.

140. Burns P. Urban Colloquay: Clarence N. Stone's Regime Politics // Urban Affairs Review. – 2015. – Vol. 51. – № 1. – P. 99 – 100.

141. 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

142. Chronic treatment with trimetazidine after discharge reduces the incidence of restenosis in patients who received coronary stent implantation a 1-year prospective follow-up study/ J. Chen, S. Zhou, J. Jin ed al. // Int J Cardiol. – 2014. – Vol. 174 (3) – P. 634 – 9.

143. Clustering of metabolic factors and coronary heart disease / Wilson P.W., Kannell W.B., Silbershatz H., D'Agostino R.B.//Arch Intern Med. – 1999. – Vol.159. – P.1104 – 9.

144. Contrasting Cholesterol Management Guidelines for Adults with CKD. / L.D. Colantonio, U. Baber, M. Banach // J Am Soc Nephrol – 2015. – Vol.26(5). – P. 1173 – 1180 doi: 10.1681 / ASN.2014040400

145. 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

146. Corrected Qt interval in patients with metabolic syndrome/ Paksoy F., Ula T., Bes C. et al. // Dicle Med J. – 2011. – Vol.38. – P. 274 – 277.

147. 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.

148. Dohi , T. et al. Impact of Metabolic Syndrome on 10-Year Clinical Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndrome // Circ J. – 2009. – Vol. 73. – P. 1454 – 1458.

149. Effect of adherence to oral anticoagulants on risk of stroke and major bleeding among patients with atrial fibrillation / Yao X, Abraham N, Alexander C.// J Am Heart Assoc. – 2016 DOI:10.1161/JAHA.115.003074.

150. 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

151. 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.

152. Enhancing primary care for complex patients: demonstration project using multidisciplinary teams / K. B. Farris [et al.] // Can. Fam. Physician. – 2004. –Vol. 50. – P. 998 – 1003.

153. Estel C., Conti C.R. Global Burden of Cardiovascular Innovations and Applications. – 2016. – 1 (4). – C.396 – 77

154. 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.

155. Factors Affecting Compliance of Diabetic Patients toward Therapeutic Management/ Taha NM, Azeaz MA, Razik BGA//Med J Cairo Univ. – 2011. – Vol.79(1). – P. 211 – 218.

156. 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.

157. 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.

158. 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.

159. Guidelines on diabetes, pre–diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) / Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for the Study of Diabetes (EASD) // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28, № 1. – P. 88 – 136.

160. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation task force on epidemiology and prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity/ Alberti ,K.G.M.M., Eckel, R.H., Grundy , S.M. et al. //Circulation. 2009. – Vol.–120. – P.1640 – 1645.

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

162. 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

163. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials/ Antoine SL, Pieper D, Mathes T, Eikermann M. //BMC Endocr Disord. – 2014. – Vol.14. – P.53 DOI: 10.1186/1472-6823-14-53

164. Kaur J.A. Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. Cardiology Research and Practice. – 2014. doi.org/10.1155/2014/943162.

165. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic mana gement of coronary patients from 24 European countries. – 2016. – Vol. 23. – № 6. – P. 636 – 648. DOI: 10.1177 / 2047487316667784

166. Lown, B., Verrier, R.L. Neural activity and ventricular fibrillation // N Engl J Med. – 1976. – Vol. 294. – P. 1165 – 1170.

167. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients. Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // JAMA. – 2002. – Vol. 288 – P. 2981 – 97.

168. 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

169. 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

170. 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.

171. 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.

172. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis / T.M. Abegaz, A. Shehab, E.A. Gebreyohannes, et al. // Medicine (Baltimore). – 2017 – Vol. 96(4) – P.5641/ doi:10.1097/MD.0000000000005641

173. 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.

174. Osterberg, L., Blaschke, T. Adherence to medication // NEMJ. – 2005. – Vol. 353. – P. 487 – 497.

175. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the Value randomized trial / Julius S., Kjeldsen S., Weber M. et al.// Lancet. – 2004. – № 363. Dp. 2022D2031.

176. 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.

177. Patients with Metabolic Syndrome Have Prolonged Corrected QT Interval (QTc)/ Li W., Bai Y., Sun K. et al. // Clin Cardiol . – 2009. – Vol . 32.P. E93 – E99.70

178. Pei-Yu Chen., Lingfeng Qin., Michael Simons. Endothelial TGF-β signalling drives vascular inflammation and atherosclerosis // Nature Metabolism. – 2019. ISSN2522-5812 (online) doi.org/10.1038/s42255-019-0100-5

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

180. 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.

181. 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 (10.09.2019)

182. Schwartz, M. A., Vestweber, D. & Simons, M. A. Unifying concept in vascular health and disease // Science360. – 2018. – P.270 – 271.

183. Selcuk, H. et al. Impact of Metabolic Syndrome on Future Cardiovascular Events in Patients with First Acute Myocardial Infarction// Coronary Artery Disease – 2009. – Vol. 20. – P. 370 – 375.

184. 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

185. 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.

186. 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.

187. 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.

188. Singh GK, Siahpush M. Widening rural-urban disparities in all-cause mortality and mortality from major causes of death in the USA, 1969 – 2009. J Urban Health. – 2015; 92(2): 272 – 92.

189. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement/ Kirsten B-D, David CG, Susan JC; et al // JAMA – 2016. – Vol. 316(19). – P.1997 – 2007. URL: https://doi.org/10.1001/jama.2016.15450 дата обращения (10.09.2019)

190. Stone C. Reflections on Regime Politics: From Governing Coalition to Urban Political Order // Urban Affairs Review. – 2015. – Vol. 51. – No. 1. – P. 101 – 137.

191. Survey on treatment of hypertension and implementation of World Health Organization/International Society of Hypertension risk stratification in primary care in Belgium / Fagard R, Van Den Enden M, Leeman M, Warling X. // J Hypertens. – 2002 Jul. – № 20(7). – P. 1297 – 302.

192. Systemic gut microbial modulation of bile acid metabolism in host tissue compartments/ Swann J.R., Want E.J., Geier F.M. et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. – 2011. – Vol .108. – P. 4523 – 32.

193. The effectiveness of medication adherence intervention among patients with coronary artery disease: a meta-analysis / J. D. Chase, J. L. Bogener, T. M. Ruppar, V. S. Conn // The journal of cardiovascular nursing. – 2015. doi: 10.1097/JCN.0000000000000259.

194. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men/ Lakka H.M., Laaksonen D.E., Lakka T.A. et al. // JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 2709 – 16.

195. The metabolic syndrome in women / Schneider J.G., Tompkins C., Blumenthal R.S., Mora S. // Cardiol Rev. – 2006. – Vol. – 14(6). – P. 286 – 91.77.

Wolf S.M. Conflict between Doctor and Patient // Law Med Health Care. – 2016. – Vol. 16 (3 – 4). P.197 – 203 doi:10.1111/j.1748 – 720X.1988.tb1946.x

196. Visualization of asymptomatic atherosclerotic disease for optimum cardiovascular prevention (VIPVIZA): a pragmatic, open-label, randomised controlled trial / Näslund U., Nawi N., Lundgren A. et al // Lancet. – 2018. – Vol. 393(10167). – P. 133 – 142. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32818-6

197. 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.

198. 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.

199. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action / Geneva: WHO, 2003. – 230 p.

200. World health statistics 2018: monitoring healthfor the for SDGs, sustainable development goals / World Health Organization // Geneva. – 2018. – P. 1 – 100

201. World Medical Association Declaration of Hesinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects /64 th General Assembly. Fortaleza, Brazil // JAMA. – 2013. – 310 (20). P. 1 – 38

Приложение 1.

«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 потребности
    ☐курсами ☐ 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:
☐ сотрудничество
☐ дружеские
☐ официальные
☐ 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