Исследование приверженности к лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области и кардиологического отделения университетской клиники г. Саратова

Юлия Викторовна Булаева*, Елизавета Александровна Наумова, Ольга Николаевна Семенова

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Россия, 410012, Саратов, ул. Б. Казачья, 112

Цель. Изучить связь различных факторов и приверженности длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области и пациентов клинической больницы медицинского университета г. Саратова.

Материал и методы. В проспективное исследование приверженности пациентов после выписки включались пациенты, находившиеся на госпитализации в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Выполнено анкетирование пациентов с определением отношения респондентов к своему здоровью, желания получать информацию о заболевании, уровня информированности пациента о проводимой терапии, степени его участия в процессе лечения, характера взаимоотношений с лечащим врачом. Через год после выписки пациенты были повторно опрошены по телефону с целью узнать, продолжает ли пациент лечение, назначенное год назад в больнице. Проведен анализ результатов приверженности пациентов обоих стационаров.

Результаты. 108 пациентов районной больницы (58% от числа приглашенных) и 70 (33%) пациентов стационара Саратова ответили практически на все вопросы анкеты во время госпитализации. Спустя 12 мес после выписки из стационара удалось дозвониться до 74 пациентов малого города и до 40 пациентов областного центра. Продолжали терапию 28 (38%) и 24 (50%) пациента, соответственно. Пациенты, продолжившие лечение, статистически значимо отличались от прекративших терапию наличием в анамнезе инфаркта миокарда [14 (78%) пациентов больницы университета и 6 (60%) пациентов районной больницы; p<0,01], острого нарушения мозгового кровообращения [6 (78%)) пациентов больницы университета и 4 (75%) пациентов районной больницы; p<0,05] и стенокардии напряжения I-III ФК [22 (61%) пациентов Саратова и 28 (44%)) пациентов малого города; p<0,01]. Через год рекомендации соблюдали пациенты, считающие, что ответственность за их здоровье несут врач или родственники (6 пациентов Саратова и 12 – малого города; p<0,05), а также полагающими, что лечащий врач определяет объем предоставляемой пациенту информации [20 (60%) пациентов области и 11 (63%) – областного центра; p<0,05 для университетской клиники].

Заключение. Приверженность к длительному лечению после выписки оставалась невысокой и среди пациентов обеих групп не превышала 50%. Продолжает преобладать патерналистическая модель взаимоотношений «врач-пациент».

Ключевые слова: приверженность к терапии, малый город, комплаенс.

Для цитирования: Булаева Ю.В., Наумова Е.А., Семенова О.Н. Исследование приверженности к лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области и кардиологического отделения университетской клиники г. Саратова. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2018;14(3):337-343. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-3-337-343

Study of Adherence to Drug Therapy of Patients with Cardiovascular Diseases in District Hospital of Small Town in Saratov Region and in Cardiology Department of University Clinic in Saratov

Yulia V. Bulaeva*, Elizaveta A. Naumova, Olga N. Semenova

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky. Bolshaya Kazachia ul. 112, Saratov, 410012 Russia

Aim. To study the relation of various factors with adherence to long-term drug therapy in patients with cardiovascular diseases in district hospital of small town in Saratov Region and patients from clinical hospital of Saratov medical university.

Material and methods. The hospitalized patients with cardiovascular diseases were included into the prospective study of long-term adherence to treatment. Questioning of patients with the determination of the attitude of respondents to their health, the desire to receive information about the disease, the level of awareness of the therapy, the degree of participation in the treatment process, the nature of the relationship with the attending physician was performed. A year after discharge, control calls were made to patients to learn whether the patient was continuing treatment prescribed a year ago in the hospital. The data on patient adherence in both hospitals were analyzed.

Results. 108 patients in the district hospital (58% of selected patients) and 70 in the Saratov hospital (33% of selected patients) responded to all questions in the questionnaire during hospitalization. Successful reaching by phone 12 months after discharge from the hospital took place in 74 patients of the small town and 40 patients of the regional center. The continuation of treatment was found in 28 (38%) and 24 (50%) patients, respectively. Patients who continued treatment significantly differed from those, who stopped therapy, by presence of myocardial infarction in anamnesis [14 (78%) patients in the university hospital and 6 (60%) patients in the district hospital; p<0.01] as well as acute cerebrovascular accident [6 (78%) patients in the university hospital and 4 (75%) patients in the district hospital; p<0.05] and stable angina class I-III [22 (61%) patients in Saratov and 28 (44%) patients in the small town; p<0.01]. Adherence to recommendations after 12 months was found in patients who considered that doctor or relatives were responsible for their health (6 patients in Saratov and 12 – in the small town; p<0.05) and believed that attending physician determines the portion of information provided to the patient [20 (60%) patients of the district hospital and 11 (63%) patients in the university clinic; p<0.05 for university clinic].

Conclusion. The adherence to long-term treatment after discharge remained low and did not exceed 50% among patients in both groups. The paternalistic model continued to dominate in the doctor-patient interconnection system.

Keywords: adherence to therapy, small town, compliance.

For citation: Bulaeva Y.V., Naumova E.A., Semenova O.N. Study of Adherence to Drug Therapy of Patients with Cardiovascular Diseases in District Hospital of Small Town in Saratov Region and in Cardiology Department of University Clinic in Saratov. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(3):337-343. (In Russ). DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-3-337-343

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): 19vita@mail.ru

Received / Поступила: 27.01.2018 Accepted / Принята в печать: 28.04.2018

Проблема приверженности пациентов к лекарственной терапии существует столько же, сколько медицина. Согласно опубликованным материалам как отечественных, так и зарубежных авторов, комплаентность пациентов после выписки из стационара, независимо от их заболевания или национальности, невысокая, и не превышает 50% [1-7]. Около 50% пациентов прерывают терапию в течение первых 6 мес от ее начала, и лишь 15% продолжают выполнять врачебные рекомендации до 1 года [3,4]. Негативные последствия невыполнений врачебных рекомендаций, как клинические, так и экономические, ни у кого сомнений не вызывают. В США низкие показатели комплаентности к лечению оцениваются в \$100 млрд в год только на дополнительные визиты к лечащему врачу и госпитализации, которые составляют 19% от числа всех обращений в стационар [4,5]. Помимо этого, в мета-анализе Simpson S.H. продемонстрировано, что низкая приверженность статистически значимо отрицательно влияет на выживаемость пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. [5].

Многочисленные исследования данной проблемы чаще включали жителей крупных населенных пунктов, внимание пациентам малых городов в них уделялось недостаточно [1-7], показатели выполнения врачебных рекомендаций пациентов малого города в сравнении с пациентами областного центра сравнительному анализу ранее не подвергались. Согласно количественному подходу традиционно малым считается «устойчивый тип поселений численностью до 50 тыс человек» [8]. По данным переписи населения России за 2010 г. стало известно, что наиболее распространенными являются малые города с численностью жителей до 50 тыс человек. Число таких городов несколько увеличилось с 768 в 2002 г. до 781 в 2010 г., составляя более 70% всех городов России, однако в них проживает лишь каждый шестой городской житель [8,9]. Пациенты, проживающие в малых городах, обращаются к врачам районной больницы в запущенных клинических случаях в связи с территориальной удаленностью лечебного учреждения и недостаточной транспортной доступностью [9,10].

Цель данного исследования – изучение связи различных клинико-демографических и социальных факторов, а также индивидуальных характеристик с

приверженностью длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области и пациентов клинической больницы медицинского университета г. Саратов.

Материал и методы

В исследование отбирались все пациенты, находившиеся на госпитализации в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в терапевтическом отделении районной больницы малого города Саратовской области и отделении кардиологии клинической больницы медицинского университета г. Саратов. Оба стационара осуществляют как экстренную, так и плановую госпитализацию пациентов.

Поводом для обращения послужили: декомпенсация сердечной недостаточности, возникновение гипертонических кризов, нестабильной стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда. Критерии исключения: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IV функционального класса (ФК NYHA) и стенокардия напряжения IV ФК, не корригируемая артериальная гипертония, неконтролируемая бронхиальная астма, обострение хронической обструктивной болезни легких, хроническая болезнь почек 3-5 стадии (скорость клубочковой фильтрации СКD-ЕРІ<60 мл/мин), злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами, тяжелая энцефалопатия любого генеза, любые другие серьезные заболевания, неспособность заполнить опросник. Включение в исследование выполнялось после стабилизации состояния респондентов.

Наибольшие трудности отмечались при наборе пациентов районной больницы, так как пациенты не имели подобного опыта, опасались разглашения полученной информации лечащим врачом или медицинским персоналом.

Все пациенты подписали добровольное информированное согласие. Выполнен сбор анамнеза, физикальный осмотр, анализ лабораторных и инструментальных исследований, анкетирование пациентов. Большая часть вопросов, включенных в использованный опросник, неоднократно применялась в подобных исследованиях по выяснению приверженности к длительному лечению среди пациентов г. Саратова [1,2]. Многие вопросы были сформированы на

базе ответов, полученных при проведении фокусгрупп [2]. Вопросы анкеты позволяли выяснить отношение респондентов к состоянию своего здоровья, их желание получать информацию о заболевании, уточнять уровень информированности пациента о проводимой терапии, степень его участия в процессе назначения терапии, характер взаимоотношений с лечащим врачом.

Спустя год после выписки выполнялись контрольные звонки пациентам. Задавались вопросы о продолжении, частичном прекращении или полном прекращении терапии, назначенной врачом при выписке, о возникновении побочных эффектов от назначенных 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, о степени удовлетворенности лечением на амбулаторном этапе.

Для обработки полученных результатов использовался пакет прикладных программ Statistica 8.0 (Stat-Soft Inc., США). С помощью метода кросс-табуляции (построение таблиц абсолютных частот парных наблюдений) с применением критерия χ^2 выполнялось

определение возможной связи между продолжением пациентами лечения после выписки из стационара и изучаемыми клиническими, социально-демографическими и психологическими характеристиками пациента. Статистически значимыми различия считались при p<0,05.

Результаты

В общей сложности принять участие в исследовании были приглашены 187 пациентов районной больницы и 210 пациентов университетской клиники Саратова. Дали согласие на заполнение опросника только 127 пациентов стационара малого города (68% от числа приглашенных) и 129 областного центра (61% от числа приглашенных). В итоге лишь 108 (58% от числа приглашенных) пациентов районной больницы и 70 (33%) пациентов стационара Саратова приняли участие в нашем исследовании и ответили практически на все вопросы анкеты. Их клинико-демографические характеристики представлены в табл. 1.

Пациенты малого города были моложе, у них реже отмечалось ожирение, наличие ХСН и инфаркта миокарда в анамнезе, уровень образования был ниже, чем у пациентов областного центра.

Table 1. Clinical and demographic characteristics of participants Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика участников

Критерий	Данные пациентов	Саратов (n=70)	Малый город (n=108)
Возраст, n (%)	Не достигшие пенсионного возраста	12 (17)	42 (39)**
·	Достигшие пенсионного возраста	58 (83)	66 (61)
Возраст, лет (медиана)		67	60**
Пол, n (%)	Мужской	40 (57)	46 (43)
	Женский	30 (43)	62 (57)
Образование, п (%)	Среднее	30 (42)	52 (48)
	Среднее специальное	10 (14)	36 (34)**
	Высшее	24 (34)	20 (18)**
Профессия, n (%)	Умственного труда	32 (46)	52 (48)
	Физического труда	26 (37)	46 (44)
	Не ответили	12 (17)	10 (8)
Материальный доход (по оценке самих пациентов), n (%)	Ниже среднего	34 (49)	52 (48)
·	Средний	26 (37)	46 (43)
	Выше среднего	2 (3)	4 (4)
	Высокий	0	2 (2)
	Не ответили	8 (11)	4 (4)
ИМТ, n (%)	<24,9	0	22 (20)
	>25,0<29,9	6 (9)	28 (27)**
	Ожирение 1 степени	42 (60)	31 (28)**
	Ожирение 2 степени	18 (26)	19 (17)
	Ожирение 3 степени	4 (6)	6 (6)
Клиническая характеристика по сердечно-сосудистой	АГ	62 (89)	98 (91)
патологии и факторам риска, n (%)	Гипертонический криз	54 (77)	76 (70)
natoriorum m quartopuim pricia, ir (70)	Стенокардия напряжения	54 (77)	94 (87)*
	Инфаркт миокарда	24 (34)	10 (8)**
	OHMK	12 (17)	6 (6)
	XCH	52 (74)	60 (56)*
	Сахарный диабет	12 (17)	20 (18)

Table 2. Clinical and demographic, social characteristics and adherence prolonged therapy (after 12 months)
Таблица 2. Клинико-демографические, социальные характеристики и приверженность терапии (через 12 мес)

Ожирение 2,3 степени, n (%) Артериальная гипертония, n (%)	Продолжили лечение 16 (54) 12 (27) 0	Прекратили лечение 14 (46)* 32 (63)	Продолжили лечение 14 (64)	Прекратили лечение 8 (36)
Женщины, n (%) Ожирение 2,3 степени, n (%) Артериальная гипертония, n (%)	12 (27)	(- /	· · · /	8 (36)
Женщины, n (%) Ожирение 2,3 степени, n (%) Артериальная гипертония, n (%) Гипертонический криз, n (%)		32 (63)	10 (00)	
Артериальная гипертония, n (%)	0		10 (39)	16 (61)
		6 (100)	16 (33)	32 (67)*
Гипертонический криз, n (%)	25 (38)	41 (62)	23 (50)	23 (50)
	21 (40)	31 (60)	20 (50)	20 (50)
Стенокардия напряжения, n (%)	28 (44)	36 (56)	22 (61)	14 (39)**
Инфаркт миокарда, n (%)	6 (60)	4 (40)	14 (78)	4 (22)**
OHMK, n (%)	4 (75)	2 (25)	6 (78)	2 (22)*
XCH, n (%)	16 (44)	20 (56)	20 (45)	24 (55)
Сахарный диабет, n (%)	7 (60)	4 (40)	4 (50)	4 (50)
	Доход (суб	ъективная оценка пациента)		
	22 (58)	18 (42)	18 (70)	10 (30)*
Средний, n (%)	18 (52)	16 (48)	12 (50)	12 (50)
Выше среднего, n (%)	0	2 (100)	0	4 (100)
		Образование		
Среднее, n (%)	14 (39)	22 (61)	4 (33)	8 (67)
Среднее специальное, n (%)	11 (42)	14 (58)	4 (50)	4 (50)
Высшее, n (%)	8 (83)	3 (17)	14 (64)	8 (36)*
		Профессия		
Умственного труда, n (%)	17 (63)	9 (27)	18 (75)	6 (25)*
Физического труда, n (%)	10 (30)	23 (70)	6 (42)	8 (58)

Следует отметить низкий отклик пациентов спустя 12 мес после выписки из стационара. Удалось дозвониться до 74 человек малого города и до 48 – областного центра. Продолжали назначенную терапию в полном объеме 28 (38%) и 24 (50%) пациента, участвовавших в исследовании, соответственно. При сравнительном анализе приверженности данных групп пациентов статистически значимых различий между получением лечения в малом городе и областном центре, и дальнейшим продолжением терапии не выявлено (p=0,15613).

Как видно из табл. 2, из числа клинических факторов между продолжившими и прекратившими лечение отмечено статистически значимое различие по наличию в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, стенокардии напряжения I-III ФК и ожирения. Среди продолживших лечение в группе малого города обращает на себя внимание статистически значимо большая доля мужчин. Из числа социальных характеристик среди пациентов областного центра статистически значимое различие отмечено по низкому уровню дохода, высшему образованию и умственному характеру профессии.

Понятия «здоровье» и «болезнь» по мнению пациентов

Несмотря на то, что абсолютное большинство респондентов обеих групп говорили, что здоровье является их личной заботой, через год рекомендации соблюдали лишь те пациенты, которые переложили ответственность на врача или родственников (табл. 3). Продолжили терапию только 24 (26%) пациентов малого города и 16 (44%) пациентов Саратова, ответившие, что «здоровье – это моя забота» (р<0,05). Прекратили прием всех препаратов пациенты, выбравшие варианты «Болезнь – результат предыдущей жизнедеятельности», «Болезнь – это судьба», «Болезнь – образ жизни» (р<0,05).

Утверждения пациентов о своей высокой активности в отношении получения информации о своем здоровье и заболевании практически не связаны с реальным выполнением врачебных рекомендаций (табл. 4). С приверженностью терапии через 12 мес ассоциировано желание пациента получать информацию о возможностях лечения данного заболевания по всей стране, указание лечащего врача как основного источника информации о заболевании, при неполной осведомленности о лечении своего заболевания

Table 3. The concepts of "health" and "disease" in the opinion of patients and adherence to treatment Таблица 3. Понятия «здоровье» и «болезнь» по мнению пациентов и приверженность

Вопрос	Малый город		Саратов	
	Продолжили лечение	Прекратили лечение	Продолжили лечение	Прекратили лечение
Определение термина «болезнь»				
Ограничение физического, психического, социального благополучия, n (%)	4 (40)	6 (60)	4 (50)	4 (50)
Результат предыдущей жизнедеятельности, n (%)	14 (37)	24 (63)	8 (67)	4 (33)**
Катастрофа, n (%)	6 (50)	6 (50)	2 (50)	2 (50)
Судьба, n (%)	0	6 (100)*	0	6 (100)*
Образ жизни, п (%)	4 (33)	10 (67)	2 (14)	12 (86)*
Здоровье в бо́льшей степени забота				
Моя личная, n (%)	24 (26)	36 (74)	16 (44)	20 (56)
Врачей, родственников, близких, n (%)	12 (87)	2 (13)	6 (100)	0*
*p<0,05, **p<0,01 – по сравнению с продолжившими лечение в той же группе.				
Относительное значение рассчитывалось, исходя из численности подгруппы с данным пара	аметром			

Table 4. Relation of information on treatment and adherence to long-term therapy Таблица 4. Взаимосвязь информации о лечении и приверженности длительной терапии

Вопрос	Малый город		Саратов	
	Продолжили лечение	Прекратили лечение	Продолжили лечение	Прекратили лечение
Хотели бы Вы знать возможности лечения вашей болезни?				
Хочу знать все возможности в стране, n (%)	12 (60)	8 (40)	8 (80)**	2 (20)
Хочу знать возможности в Саратове, n (%)	6 (27)	16 (73)	8 (57)	6 (43)*
Хочу знать только то, что назначил врач, n (%)	2 (17)	6 (83)	6 (29)	12 (71)
Не ответили, n (%)	4 (29)	10 (71)	2 (33)	4 (67)
Что Вы знаете о Вашей болезни?				
Внаю все, n (%)	4 (29)	14(71)	4 (40)	6 (60)
Внаю, какие таблетки принять, куда обратиться, n (%)	18 (57)	32 (43)	10 (83)**	2 (17)
Знаю кое-что, но недостаточно, n (%)	4 (17)	23 (73)	8 (40)	12 (60)*
Не знаю ничего, n (%)	2 (50)	2(50)	0	4 (100)
Из каких источников Вы получаете информацию о своем заболевании?				
Другие больные, n (%)	2 (17)	10 (83)	2 (33)	6 (67)
Печащий врач, n (%)	38 (56)	44 (44)	20 (56)*	16 (44)
	4 (33)	10 (67)	0	0
Хотели бы Вы знать всю правду о своей болезни?				
Да, но только не диагноз неизлечимой болезни, n (%)	0	4 (100)	0	3 (100)
Нет, врач знает, что мне можно сказать, n (%)	20 (59)	14 (41)	11 (63)**	6 (37)
Qa, без исключений, n (%)	8 (22)	28 (78)	8 (44)	10 (56)
	0	0	3 (50)	3 (50)

(«Знаю, какие таблетки и когда принимать, куда обращаться за помощью» (p < 0.05 для больных университетской клиники).

Обсуждение

Несмотря на то, что пациенты районной больницы малого города и клинической больницы медицинского университета имеют некоторые различия, факторы, которые оказывают влияние на дальнейшее

продолжение или прекращение ими лекарственной терапии, одинаковые. В данном исследовании (как и в большинстве опросов пациентов) принимали участие только пациенты, согласившиеся на проводимое анкетирование, и, соответственно, полученную информацию нельзя экстраполировать на 100% пациентов районной больницы, но и эти данные представляются нам достаточно ценными, особенно, с учетом объективных трудностей при сборе такой ин-

формации и отсутствия аналогичных исследований среди пациентов малых городов и центров.

В процессе анализа наших данных, как и по данным литературы [1-7], отмечено, что стенокардия напряжения I-III ФК, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в анамнезе традиционно повышают приверженность пациентов к постоянной терапии. Осознание проблемы болезни и необходимости лечения напрямую связаны с вероятностью последующей длительной терапии. Абсолютно не привержены к лечению пациенты, для которых болезнь – это «судьба». Наибольшее число респондентов, выполняющих назначения, давая дефиницию термину «болезнь», отвечали, что болезнь - это «ограничение физического, психического и социального благополучия», или это «катастрофа». Эти пациенты последовательно преодолели все фазы течения хронической болезни: премедицинскую фазу (решение обратиться за медицинской помощью), фазу ломки жизненного стереотипа (неуверенность во всем и непонимание происходящего), фазу адаптации к болезни (больной начинает приспосабливаться жить со своим заболеванием), и фазу «капитуляции» (больной примиряется с судьбой), и на данном этапе находятся на завершающей фазе, т.е. происходит формирование механизмов приспособления к жизни с заболеванием [11]. Отношение к болезни как к судьбе отражает бездеятельность пациентов, неверие в возможную модификацию состояния.

Основным источником информации о заболевании по-прежнему является лечащий врач. Со слов анкетируемых, они весьма активно задают вопросы о своем заболевании, его лечении и возможных осложнениях, и большая часть склоняется к мнению, что врачу необходимо обсуждать с пациентом назначаемое лечение. В то же время пациенты отмечают, что не готовы слышать всю правду о диагнозе, они считают, что врачу следует самостоятельно определять объем информации, который будет воспринят больным безболезненно. Несмотря на понимание большинством пациентов потенциальной опасности заболевания, на приверженность влияла только 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 метода лечения исключительно на лечащего врача. Иными словами, среди респондентов все еще доминирует патерналистическая модель взаимоотношений с лечащим врачом, и хотя сами респонденты декларируют важность активной позиции, занимать ее они не желают.

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 неопасным (т.е., еще не прошедшие все фазы осознания заболевания [11]). Эти пациенты считают, что отношение врача к ним равнодушное. Возможно, здесь мы видим как минимум, две разные проблемы: уже упомянутые психологические стадии осознания себя и болезни, и 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. Таким образом, не исключено, что сам по себе негативный настрой на всю окружающую действительность также негативно влияет и на приверженность к терапии.

Заключение

Через год после выписки лекарственную терапию продолжает лишь каждый второй пациент областного центра и каждый третий пациент малого города. Наиболее привержены респонденты с сопутствующей патологией (стенокардия напряжения I-III ФК, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда), имеющие высшее образование, невысокий материальный доход и профессию умственного труда. Отмечается нежелание пациентов брать на себя ответственность за процесс терапии и за состояние собственного здоровья (как среди продолжающих, так и среди прекративших лечение). Хорошие отношения с врачом в сочетании с возможностью врача взять на себя ответственность приводят к продолжению терапии, а плохие взаимоотношения в сочетании с негативным настроем пациента - к прекращению терапии. Несмотря на стремление респондентов занять активную позицию в заботе о своем здоровье, при первом удобном случае они перекладывают всю ответственность за процесс терапии на врача, т.е. довлеет патерналистическая модель взаимоотношений.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Disclosures. All authors have not disclosed potential conflicts of interest regarding the content of this paper.

Study of Adherence to Drug Therapy Исследование приверженности к лекарственной терапии

References / Литература

- 1. Naumova E.A., Semenova O.N. Modern view on the problem of patient adherence to long-term treatment. Kardiologiya: Novosti, Mnenie, Obuchenie. 2016;(2):30-9. (In Russ.) (Наумова Е.А., Семенова О.Н. Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению. Кардиология: Новости, Мнение, Обучение. 2016;(2):30-9].
- Semenova O.N., Naumova E.A., Shvartz Y.G. Adherence to long-term treatment of cardiovascular disease and non-compliance with medical recommendations: the opinion of patients and physicians by the results of focused interview. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2014;10(1):55-61. (In Russ) [Семенова О.Н., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2014;10(1):55-611. doi: 0.20996/1819-6446-2014-10-1-55-61.
- 3. Stegmann O.A. Polikarpov L.S., Novikov O.M. Adherence to treatment of ambulatory patients with chronic heart failure. Sibirskiy Meditsinskiy Zhurnal. 2013;28(2):78-82. (In Russ.) [Штегман О.А., Поликарпов Л.С., Новиков О.М. Приверженность к лечению амбулаторных больных хронической сердечной недостаточностью. Сибирский Медицинский Журнал. 2013;28(2):78-82].
- World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 2006;333:15. doi: 10.1136/bmj.38875.675486.55.
- Bolotova E.V., Trailer A.V., Kovrigina I.V. Features of commitment to medicamentous therapy of patients with cardiovascular diseases in territorial policlinic of Krasnodar. Doctor.Ru. 2017;10(139);32-6. (In Russ.) [Болотова Е.В. Концевая А.В., Ковригина И.В. Особенности приверженности к медикаментозной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в территориальной поликлинике г. Краснодара. Доктор.Ру. 2017;10(139):32-6].

About the Authors:

Yulia V. Bulaeva – MD, Postgraduate Student, Chair of Faculty Therapy, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky **Elizaveta A. Naumova** – MD, PhD, Professor, Chair of Faculty Therapy, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky **Olga N. Semenova** – MD, Postgraduate Student, Chair of Faculty Therapy, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky

- 7. Martsevich S.Yu., Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., et al., on behalf of the working group of the research "GRANAT-2"). Transfer studying of parameters pave also commitment to therapy at patients with a chronic obstructive pulmonary disease and an arterial hypertension against the background of lecheaniya the fixed combination of a ramipril and an amlodipin (by results of the observation research "GRANAT-2"). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2017;13(2):229-37. (In Russ.) [Mapueвич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., и др., от имени рабочей группы исследования «ГРАНАТ-2»). Изучение параметров переноси-мости и приверженности к терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертонией на фоне лече- ния фиксированной комбинацией рамиприла и амлодипина (по результатам наблюдательного исследования «ГРАНАТ-2»). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2017;13(2):229-371. doi: 10.20996/1819-6446-2017-13-2-229-237.
- Town-planning code of 07.05.98 № 73-FZ. Collection of legislation of the Russian Federation 1998.
 № 19, Art.2069. (In Russ.) [Градостроительный кодекс от 07.05.98 № 73-ФЗ. Собрание законодательства РФ 1998. № 19, ст.2069].
- Dianov M.A., Antonova O.I., eds. Socio-demographic profile of Russia according to the results of the census of 2010. Moscow: Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki; 2012. (In Russ.) [Дианов М.А., Антонова О.И., ред. Социально-демографический портрет России по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года. Москва: Федеральная служба государственной статистики; 2012].
- Larionov M.V., Larionov N.V. The influence of the degree of environmental pollution on the health
 of the population of Saratov region. Vestnik OSU. 2009;(4):122-6. (In Russ.) [Ларионов М.В., Ларионов Н.В. Влияние степени загрязнения окружающей среды на здоровье населения Саратовской области. Вестник ОГУ. 2009;(4):122-6].
- 11. Sidorov P.I., Parnyakov A.V. Clinical psychology: the textbook for higher education institutions. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (In Russ.) [Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008].

Сведения об авторах:

Булаева Юлия Викторовна — аспирант, кафедра факультетской терапии, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского **Наумова Елизавета Александровна** — д.м.н, профессор,

наумова елизавета Александровна— д.м.н, профессі кафедра факультетской терапии, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Семенова Ольга Николаевна – аспирант, кафедра факультетской терапии, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского