

СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ПОСЕЩЕНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ПРОГРАММ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПО ДАННЫМ ОПУБЛИКОВАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ю.В. Семенова*, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
101990, Москва, Петроверигский пер., 10

Целью данного обзора было изучение проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на основании анализа данных литературы. Источниками данных явились статьи и абстракты на тему низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации, вошедшие в единую базу данных сайтов PubMed и Cyberlenica за 1966-2015 гг. Рассматривались публикации на тему распространенности низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений, вызывающих ее причин, ее влияния на исходы заболеваний и поиска возможных способов ее коррекции. Проблема низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и курсов кардиореабилитации является актуальной в разных странах и зависит от множества факторов. Наиболее изучена эта проблема в контексте причин, ее вызывающих. Основную роль играют факторы, связанные с самим пациентом, но и влияние факторов, связанных с медицинским учреждением и врачом, также вносят существенный вклад. Предложены разные способы повышения приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений. Причины низкой приверженности, на которые может воздействовать либо сам пациент, либо врач в ходе общения с пациентом: забывчивость, недостаточная информированность и мотивация. Небольшое количество работ проведено на тему изучения влияния низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на их приверженность к медикаментозной терапии и исходы заболеваний.

Низкая приверженность больных к посещению лечебных учреждений – проблема распространенная и актуальная во всем мире. Она может оказывать влияние на приверженность к медикаментозной терапии, что особенно значимо в отношении длительной регулярной первичной и вторичной медикаментозной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Изучение вопроса низкой приверженности пациентов к посещению лечебных учреждений является актуальной научной и практической проблемой.

Ключевые слова: низкая приверженность к посещению лечебных учреждений, пропуски посещений, врачи общей практики, поликлиники, кардиореабилитация.
Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015;11(6):618-625

Analysis of the problem of low adherence of patients to attendance at outpatient clinics and cardiorehabilitation programs according to the data from published studies

Yu. V. Semenova*, N.P. Kutishenko, S.Yu. Martsevich

State Research Centre for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

The aim of this review was to study a problem of outpatient non-attendance by the analysis of relevant literature data.

Pubmed and Cyberlenica articles and abstracts, published in 1966-2015, concerning the problem of non-attendance at outpatient clinics and cardiac rehabilitation programs, were used as data sources. The search included articles that reviewed the prevalence of outpatient non-attendance, reasons for it, its effect on disease outcomes and search for possible ways of its correction. The problem of patients' non-attendance at outpatient clinics and cardiac rehabilitation programs is urgent in many countries and depends on various factors. This problem is best studied from a perspective of its causes. Factors related to the patient himself play the major role, although the influence of factors related to hospital and doctor's characteristics also significantly contribute to the problem. Various methods to improve attendance were suggested. Causes that can be effected by the patient himself or by the doctor at visits: forgetfulness, lack of awareness and motivation. There are few studies that evaluate the effect of non-attendance on medication adherence and outcomes of diseases.

Non-attendance at healthcare clinics is a common and urgent issue all over the world. It can affect medication adherence, which is crucial for a long-term regular primary and secondary preventive therapy of cardiovascular diseases. Study of non-attendance at healthcare clinics is an important scientific and clinical problem.

Keywords: non-attendance at healthcare clinics, missed appointments, general practitioner, outpatient clinics, cardiac rehabilitation.

Ration Pharmacother Cardiol 2015;11(6):618-625

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): YSemenova@gnicpm.ru

Введение

В последнее время в качестве одного из важнейших компонентов эффективности получаемого больными лечением рассматривается фактор приверженности больных к назначениям врача. На приверженность пациентов к лечению влияют несколько разных факторов, среди которых нельзя не упомянуть регулярность

посещения пациентами врачей лечебно-профилактических учреждений.

Проблема низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений является актуальной уже долгое время. Еще в 1960-х гг. S. Carne, H.N. Levitt, A.E. Mallett, J.S.K. Stevenson в своих работах анализировали частоту и причины пропусков пациентами заранее назначенных визитов к врачу [1,2]. Само понятие non-attendance, под которым подразумевается низкая приверженность пациентов к посещению врачей лечебных учреждений по самым разным причинам, впервые стало использоваться в литературе в конце 1970-х [3].

Несмотря на очевидную значимость проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбула-

Сведения об авторах:

Семенова Юлия Викторовна – аспирант ГНИЦПМ
Кутишенко Наталья Петровна – д.м.н., зав. лабораторией
фармакоэпидемиологических исследований отдела
профилактической фармакотерапии ГНИЦПМ

Марцевич Сергей Юрьевич – д.м.н., профессор, руководитель
отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦПМ

торных учреждений, ее до последнего времени редко подвергали объективной оценке.

Целью данного обзора было изучение проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на основании анализа литературных данных.

Были проанализированы статьи и абстракты на тему низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации, вошедшие в единую базу данных сайтов PubMed и Cyberlenica за 1966-2015 гг. В анализ включались публикации на тему распространенности низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений, вызывающих ее причин, ее влияния на исходы заболеваний и поиска возможных способов ее коррекции.

Критерии выбора

Рассматривались публикации, затрагивающие тему низкой приверженности пациентов к посещению специалистов амбулаторного звена (поликлиники, частные и семейные клиники), а также курсов кардиореабилитации после выписки из стационара. Ключевыми словами для поиска были выбраны: «низкая приверженность к посещению лечебных учреждений», «пропуски посещений», «врачи общей практики», «поликлиники», «кардиореабилитация».

Анализ посещаемости амбулаторных учреждений

В исследованиях, описанных в рассмотренных публикациях, приверженность к посещению амбулаторных учреждений оценивалась путем подсчета количества состоявшихся посещений из заранее назначенных визитов к врачам амбулаторных учреждений. Для этого либо анализировались базы данных амбулаторных учреждений, либо в рамках исследования пациентам высылали приглашения на прием, в дальнейшем подсчитывая количество состоявшихся визитов. Проблема низкой приверженности к посещению амбулаторных учреждений случайного потока больных ввиду нежелания, отсутствия жалоб или по иным причинам, в исследованиях освещена не была.

Важно отметить, что экономическая составляющая играет немаловажную роль в оценке проблемы посещаемости амбулаторных учреждений. Системы здравоохранения разных стран предлагают своим гражданам разные виды медицинской помощи. Не во всех странах предлагается оказание медицинской помощи за счет средств государственного бюджета. Результаты сравнения частоты посещений врачей платных частных клиник и бесплатных поликлиник отличаются. Неожиданной была более низкая приверженность к посещению амбулаторных учреждений среди пациентов, по-

стоянно наблюдавшихся в поликлиниках, по сравнению с пациентами, наблюдавшимися у врачей семейных клиник. Например, по данным Sharp D.J., пропущенные визиты к врачам поликлиник в Великобритании составляют от 5% до 34% среди разных регионов, в среднем – 12%. Пропуски визитов к врачам общей практики анализировались реже, но предоставлены данные о 3-6,5% [4]. Похожие результаты демонстрируют Oppenheim G.L. и соавт.: в поликлиниках пропуски заранее назначенных приемов к врачу составляют 19-28%, а в платных семейных клиниках – 5-11% [5].

В данном анализе посещаемость амбулаторных учреждений преимущественно оценивалась на примере работы частных и семейных клиник, получивших широкое распространение на Западе. В рассмотренных публикациях сравнения проводились по разным параметрам: пол и возраст пациентов, их социально-экономический статус и платежеспособность, время ожидания приема, специальность врача, отзывы о враче, стаж и квалификация специалиста и др.

Распространенность низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений

Проводились исследования для оценки распространенности пропусков заранее назначенных лечебных приемов в амбулаторных учреждениях.

В ходе исследований пациентов приглашали на прием, в дальнейшем оценивая количество пропущенных визитов. По результатам данных, полученных на 2002 г., процент пропущенных визитов к врачам амбулаторных учреждений в США варьировал от 5 до 55%, в Саудовской Аравии и Израиле данные более точные – 29,5 и 36%, соответственно, а в Великобритании – 2,9-11,7% [6].

По результатам когортного исследования, проведенного Hamilton W. и соавт., из 1972 пациентов, которым было выслано приглашение на визит к врачу общей практики, 106 пациентов (5,4%) не явились на прием [7].

Более значимый процент неявок на прием к врачам амбулаторных учреждений был продемонстрирован в исследовании, проведенном Giunta D. в итальянском госпитале Буэнос-Айреса, где из 113716 приемов, назначенных путем высылки приглашений, было пропущено 25687 (22,7%) визитов [8]. Похожие данные были предоставлены в другом исследовании, где из 1181 пациентов 213 человек (18%) не явились на назначенный прием к врачу по разным причинам [9].

Факторы, влияющие на низкую приверженность пациентов к посещению амбулаторных учреждений

Hamilton W. и соавт. подразделили причины низкой приверженности пациентов к посещению амбулатор-

ных учреждений на факторы, связанные с пациентом, с медицинским учреждением и со специалистом [7].

Большинство исследований, анализирующих посещаемость пациентами амбулаторных учреждений, задавались целью именно выявить причины низкой приверженности пациентов к посещению врачей.

Факторы, связанные с пациентом

Считается, что факторы, связанные с пациентом, оказывают наиболее значимое влияние на частоту посещений амбулаторных учреждений [10].

Самыми распространенными факторами со стороны пациента, отрицательно влияющими на приверженность к посещению врачей амбулаторных учреждений, стали: молодой возраст пациентов (17-40 лет) [4,6-9,11-20] и низкий социально-экономический статус (в частности, проживание в районах с низким уровнем социально-экономического развития) [4-7,11-13,17]. Прослеживалась четкая связь финансового состояния пациента с регулярностью посещения лечебного учреждения: пациенты без страховки, сами оплачивавшие свое лечение, систематически пропускали приемы врачей [6,13,15,21].

Также важную роль сыграли трудности, связанные с пропуском работы ради посещения врача [4,7], транспортные проблемы (особенно среди женщин) [7,22,23], расстояние от дома до клиники [13]. Пациенты, не посещавшие амбулаторные учреждения, чаще всего не имели машину, являлись безработными или занимали низкооплачиваемую должность [4].

Семейный статус и семейные проблемы тоже оказывали влияние на снижение посещаемости амбулаторных учреждений [5,17,20,21,24]. Трудности с выбором времени для визита к врачу стали проблемой для молодых родителей из-за сложностей организации присмотра за ребенком [4].

В ряде исследований было показано, что пол может рассматриваться в качестве фактора, влияющего на приверженность к посещению амбулаторных учреждений [4,7,12,16,19], в то время как в других исследованиях гендерного различия между пациентами, посещающими и пропускающими прием врача, не отмечалось [5,8,18,20]. По данным некоторых исследований расовые различия сказывались на посещаемости [9,13,21] и выражались в том, что азиаты и европейцы более привержены к посещению [13]. А Gruzd D.C. и соавт. отметил, что языковой барьер служил более весомой причиной низкой приверженности к посещению амбулаторных учреждений, чем раса сама по себе [21].

Среди пациентов с хроническими заболеваниями отмечалась более высокая приверженность к посещению амбулаторных учреждений [6,14,21,25]. По данным Hermoni D. и соавт. 76% состоявшихся визитов были на-

несены пациентами с хроническими заболеваниями, нуждающимися в контрольном визите к врачу. Особенно высока посещаемость среди детей с хроническими заболеваниями (92%). Напротив, посещаемость пожилых пациентов с острыми проблемами составила всего 16%. Большинство пожилых больных, пропустивших прием, высказалось, что им тяжело добраться до врача по причине тяжести состояния [25]. Также хорошей посещаемостью отличались те, кто считал свое состояние требующим неотложной помощи. Проводилось сравнение между пациентами, прибегнувшими к экстренному обращению в лечебное учреждение и пациентами, записывающимися на прием за 10 дней. Среди экстренных пациентов чаще встречались одинокие женщины, чаще с детьми, разведенные люди и пациенты с социальными проблемами [6]. Также пациенты, пропускавшие посещения, считали свои проблемы не столь urgentными и серьезными, в отличие от тех, кто не пропускал [6,26].

Анализ посещаемости пациентами врачей поликлиник и врачей общей практики, проведенный Sharp D.J. и соавт., не связал пропуски визитов к врачу с тяжестью состояния пациентов, за исключением случаев психологических проблем или психических заболеваний [4,6,9], когда низкая приверженность к посещению амбулаторных учреждений могла быть маркером тяжести заболевания [27].

В ряде исследований в качестве вероятного предиктора низкой приверженности к посещению амбулаторных учреждений были названы частые пропуски назначенных приемов врачей в анамнезе [6,8,9,11,17,24], что, однако, не подтвердилось в других исследованиях [6,18].

Также в качестве причин пропусков назначенных приемов пациенты называли: забывчивость, нечеткое указание даты и времени визита сотрудниками амбулаторного учреждения во время записи, регресс симптомов или, наоборот, называли себя «слишком больными» для выхода из дома для посещения врача [22-24,26,28].

Факторы, связанные с медицинскими учреждениями

Самым распространенным фактором, связанным с медицинскими учреждениями, стало большое время ожидания приема [4-8,13,14,16,18,26,29]. Например, в исследовании Beckler C.B. 19% всех пропущенных визитов к врачу пришлось на приемы, назначенные за 1-2 нед до назначенного дня [18]. Было отмечено, что процент непосещений больше связан с длительностью времени ожидания, чем со специальностью доктора [7]. В этом случае у пациентов могут поменяться планы или они могут просто забыть о визите.

Часто пациенты пропускали повторные визиты врача, получив достаточный, по их мнению, объем ин-

формации за время первого визита [6,8,18], а также приемы, назначенные не лечащим врачом, а другими сотрудниками (медсестры, практиканты) [6,15].

Худшей посещаемостью характеризовались приемы, назначенные на праздничные мес (июнь, июль, декабрь) [8,25], которые также совпадают со временем максимальных/минимальных температур воздуха за год. В течение недели посещаемость наиболее высокая по понедельникам, и снижается к концу нед [6,18,22]. Наименее удобными для посещения показали себя приемы, назначенные на середину дня [22].

Факторы, связанные с врачом

Главным фактором, связанным с врачом, влияющим на низкую посещаемость амбулаторных учреждений, стала высокая обращаемость к специалисту, характеризующаяся большим количеством назначенных приемов в сутки [7]. Вероятнее всего, пациенты этих врачей пропускают свои посещения, считая свое обращение ненужным, не желая отстаивать очередь или по причине улучшения самочувствия. Не отмечалось значимых различий среди врачей различных специальностей.

Gruzd D.C. и соавт. в качестве фактора, влияющего на низкую приверженность к посещению амбулаторных учреждений, также отметили нежелание женщин соблюдать у врачей-мужчин и наоборот [21].

Способы повышения приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений

В 2001 г. на базе диабетической клиники в Прескотте (графство Мерсисайд) Hardy K.J. и соавт. было выполнено проспективное нерандомизированное контролируемое исследование, в котором была предложена новая развернутая система оповещения пациентов перед посещением клиники. За 3-4 мес до дня посещения пациентам высылались приглашения на плановое посещение врача клиники, за 2 нед больные получали развернутые письма с подробной информацией о клинике, специалисте, планах обследования и дальнейшего наблюдения в клинике, а за нед до посещения пациенты получали напоминание по телефону. Из 325 больных 147 (45%) получили письмо и звонок, а 178 (55%) – только письмо. По результатам исследования на прием не явилось 4,6% пациентов, проинформированных посредством информационного письма или звонка (из неявившихся больных 1,4% получили как письмо, так и звонок, а 7,3% – что-то одно), в сравнении с 15% больных, не получивших оповещение. Таким образом, количество пропущенных визитов к врачу было снижено с 15-19% до 7% за счет полного предоставления информации пациентам [30].

В свою очередь, Wilkinson и соавт. доказали, что напоминание пациентам о необходимости заблаговре-

менно отменять назначенный прием к врачу при невозможности явки повышало процент посещений амбулаторных учреждений [6]. Самыми удобными для посещения и наименее затратными были названы напоминания посредством телефонного звонка и электронных писем [5].

Среди других эффективных методов повышения приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений рассмотрены такие способы, как повышение эффективности общения врача с пациентом, мотивации к регулярной посещаемости, совершенствование систем записи на прием [17]. По данным Lloyd M. и соавт., пациенты, которые не могли доверительно обсудить свои проблемы с врачом, чаще пропускали приемы [31].

Влияние низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на приверженность к медикаментозной терапии

Влияние низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на приверженность к медикаментозной терапии было рассмотрено в проспективном когортном исследовании, проанализировавшем приверженность к медикаментозной терапии пациентов после выписки из стационара, проведенном в многопрофильной больнице Бейлинсон (в составе Медицинского центра им. И. Рабина, Израиль) [32]. Сниженная приверженность отмечалась среди пациентов, которым было прописано 7 и более препаратов в день, и была связана с низкой приверженностью больных к посещению врачей общей практики после выписки из стационара. Анализ также показал, что основными факторами, влияющими на изменения режима терапии, стали наблюдения у врачей общей практики и наличие хронических заболеваний. Таким образом, частая смена терапии, проводимая врачами общей практики, снижает приверженность пациентов к соблюдению рекомендаций по их приему, особенно среди больных с хроническими заболеваниями, потому что, как известно, быстрый подбор эффективной терапии положительно влияет на медикаментозную приверженность. Меньшее число смен препаратов оказывает позитивный психологический эффект на больного и способствует его комплаентности [33,34].

Анализ приверженности пациентов к посещению программ кардиореабилитации

Широкую распространенность на Западе получили курсы кардиореабилитации для прохождения пациентов после выписки из стационара, где им проводилось медикаментозное или оперативное [чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)]/аорто-коронарное шун-

тирование (АКШ)] лечение. Курс кардиореабилитации состоит из 3 этапов оказания помощи: консультации специалистов, образовательные программы, и непосредственно комплексы занятий лечебной физкультурой (ЛФК). На практике процент пациентов, посещающих и не прерывающих курс кардиореабилитации, невысок. Посещение курсов кардиореабилитаций рекомендуется пациентам, выписанным из стационара, где им проводилось медикаментозное или оперативное лечение. Посещаемость курсов кардиореабилитаций оценивалась по количеству полученных откликов.

Результаты исследования European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey (2010 г.)

European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey проанализировало вопросы, касающиеся программ кардиореабилитации в европейских странах [35]. Были получены данные из 28 стран, из которых 61% имели национальные ассоциации кардиореабилитации, 57% – национальные руководства по кардиореабилитации. Первый этап программы кардиореабилитации (госпитальный) был распространен в большинстве стран (86%), но с разным уровнем доступности. Только 29% стран предлагали доступные услуги более 80% пациентов. Второй этап программы также был широко распространен, но 15 стран предлагали доступные услуги менее 30% больных. В 46% стран программа кардиореабилитации поддерживается национальным законодательством. В 75% стран программа спонсируется государством. Третий этап программы оказался наименее финансово поддерживаемым, однако также является доступным в большинстве стран. 11 стран не могут предоставить условия всем участникам программ. 13 стран сообщили, что все расходы покрываются самими пациентами.

Распространенность посещения курсов кардиореабилитации

В исследовании, проведенном в 1996-1997 гг., из 1245 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), ЧКВ/АКШ курс посетило только 28,4% [36].

Современные исследования, анализирующие частоту посещений курсов кардиореабилитации, не отмечают изменений к лучшему. По данным Worcester и соавт. из 573 пациентов после ИМ или планового ЧКВ/АКШ 272 человека (47,5%) не посетили курс кардиореабилитации после выписки из стационара [37].

В исследовании, сравнивающем посещаемость курсов кардиореабилитации среди пациентов из регионов с высоким и низким уровнем социально-экономического развития, результаты были еще ниже: только 4,2% пациентов с ИБС прошли весь курс без прерывания программы [38].

В другом исследовании из 416 больных 151 человек (36,2%) посетило курс, причем из них только 111 пациентов (73,4%) продержалось в программе более 6 нед [39].

Факторы, влияющие на низкую приверженность пациентов к посещению курсов кардиореабилитации

В анализе посещений программ кардиореабилитации после выписки из стационара среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), в т.ч. после острого коронарного синдрома (ОКС), получавших в стационаре медикаментозное или хирургическое (ЧКВ/АКШ) лечение, зависимости посещаемости от пола пациента не отмечалось [36,39,40]. Индекс массы тела (ИМТ), характер поражения коронарных артерий, тяжесть заболевания до госпитализации, осложнения после выписки из стационара также не показали существенного влияния [25,36].

Возраст старше 70 лет как для мужчин, так и для женщин в некоторых исследованиях показал себя фактором риска низкой приверженности пациентов к посещению курсов кардиореабилитации [36,37], в других – не оказал на результат существенного влияния [39].

По данным опроса пациентов через год после выписки из стационара, где они были пролечены по поводу ОКС консервативно или путем ЧКВ/АКШ, семейный статус также повлиял на результаты: пациенты, живущие одни, продемонстрировали низкую приверженность к прохождению кардиореабилитационных программ [40,41].

Значимыми предикторами низкой приверженности пациентов к прохождению курсов кардиореабилитации стали: перенесенное ЧКВ [37], хроническая обструктивная болезнь легких или бронхиальная астма, а также неврологические и когнитивные нарушения в анамнезе [36], психологические проблемы и депрессии [42], транспортные проблемы [37,41], большое расстояние от дома до клиники [40], неудобное расписание занятий курсов [41]. Было отмечено, что пациенты, не посещавшие курсы кардиореабилитации, имели низкий социально-экономический статус и были, как правило, менее образованы [41]. Также причиной непосещения могли послужить ненастойчивые рекомендации врача и, как следствие, непонимание необходимости посещения курсов со стороны пациента и недостаточная мотивация для посещения [43].

Большая вероятность посещения программ кардиореабилитации прослеживалась среди пациентов, не имевших языкового барьера, городских жителей, курящих пациентов [36], а также среди мужчин с сидячим образом жизни и ожирением и неодиноких женщин [44]. Значимая связь отмечалась между посещением курсов кардиореабилитации и доступностью

программы, обеспеченностью пациента стабильной работой, перенесенным АКШ, наличием сахарного диабета, артериальной гипертензии и доступным для выполнения базовым уровнем предлагаемых на курсе кардиореабилитации упражнений [39].

Прерывание программ реабилитации чаще всего было связано с уровнем физической нагрузки, и происходило на последней стадии реабилитационного курса, включающего в себя комплекс занятий ЛФК [39]. Среди наиболее частых причин прерывания курса пациентами молодого возраста было названо отсутствие времени на занятия в связи с занятостью на работе, а пациентами пожилого возраста – неадекватные физические программы с учетом индивидуальной физической подготовки. Часть опрошенных пациентов старше 75 лет высказалась, что считают реабилитационную программу бесполезной для себя [40].

Прерывание курса реабилитации отмечалось среди следующих категорий мужчин: курящие, пациенты с сахарным диабетом, безработные. Среди женщин прерывали курс физически неактивные пациентки [37]. Пациенты из районов с низким уровнем социально-экономического развития реже посещали и чаще прерывали курс кардиореабилитации по сравнению с пациентами из районов с высоким уровнем социально-экономического развития [38].

Способы повышения приверженности к посещению курсов кардиореабилитации

В рассмотренных публикациях тема повышения приверженности к посещению курсов кардиореабилитации подробно не рассматривалась. Mikkelsen T. и соавт. в ходе своего исследования отметили возможность повышения приверженности пациентов после перенесенного ОКС к посещению курсов кардиореабилитации после выписки из стационара, связываясь с ними напрямую [40].

Влияние посещаемости курсов кардиореабилитации на исходы

По данным Taylor R.S. и соавт., проанализировавших 48 исследований (n=8940), посещение курсов кардиореабилитации связано со снижением общей и сердечно-сосудистой смертности, уменьшением уровня общего холестерина и триглицеридов, снижением систолического АД, а также способствовало отказу от курения. Не отмечалось значимого влияния посещения курсов кардиореабилитации на частоту нефатальных ИМ, реваскуляризации, уровень липопротеинов высокой и низкой плотности, диастолического АД. Влияние посещения курсов кардиореабилитации на снижение общей смертности не зависело от диагноза, типа программы кардиореабилитации и уровня физической нагрузки [45].

Clark A.M. и соавт. по результатам 63 рандомизированных исследований (21295 пациентов с коронарной патологией) сделали вывод, что эффект программ кардиореабилитации, включавших в себя все 3 этапа, не отличался от эффекта программ, состоявших только из 2 этапов, и не включавших в себя занятия ЛФК. Большинство программ кардиореабилитации значительно улучшили качество жизни пациентов [46].

Российские данные Анализ приверженности к посещению амбулаторных учреждений

Оценка посещаемости пациентами амбулаторных учреждений до госпитализации по поводу ОКС была проведена в рамках регистра ЛИС. По данным исследования из 272 пациентов только половина наблюдалась у врачей амбулаторных учреждений на догоспитальном этапе, причем 88,7% посещали поликлинику по месту жительства. 40,1% пациентов посещали лечащего врача 1 раз в полгода, 11,2% – 1 раз в 6-12 мес, 8,6% – реже 1 раза в год, 40,1% – наблюдались нерегулярно или не посещали вообще. В качестве причин низкой приверженности к посещению амбулаторных учреждений 53,7% больных назвали отсутствие жалоб, 17,1% сослались на недостатки организации медицинской помощи и сложности записи врачу, 26,8% сказали, что боятся узнать правду о своем здоровье. По результатам валидированного теста Мориски-Грина 44,1% пациентов были привержены к лечению, а 51,8% – не привержены. В качестве мер для повышения приверженности к посещению амбулаторных учреждений пациентами были названы получение подробной информации о своем заболевании и методах терапии от лечащего врача (46%), снижение цен на лекарственные препараты (11,8%). Была выявлена связь между приверженностью к рекомендованной медикаментозной терапии и регулярным наблюдением у врача по поводу хронических заболеваний, подробным информированием врачом по поводу заболевания, местом наблюдения (наиболее популярным местом для регулярного наблюдения у врача стали районные поликлиники). По данным анализа большую приверженность к лечению продемонстрировали молодые пациенты. Связи между полом пациента, уровнем образования, семейным положением, наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и приверженностью к посещению амбулаторных учреждений выявлено не было [47].

Результаты анализа российской части европейского регистра по кардиореабилитации (European Cardiac Rehabilitation Database-EuroCaReD) с участием 13 стран

Единый европейский регистр по кардиореабилитации – European Cardiac Rehabilitation Database (Euro-

CaReD) – это совместный проект Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике и реабилитации. В регистре приняло участие 44 центра из 13 стран Европы, в том числе и 3 центра из России, включившие за 2010-2012 гг. в общей сложности 151 пациента.

По результатам полученных данных можно отметить, что, как и в других европейских странах, в нашей стране на реабилитацию в основном направляются мужчины. Но, в отличие от других стран Европы, в России пожилые пациенты направляются в 3 раза реже, и пациентам с хронической сердечной недостаточностью и стабильной стенокардией посещение программ кардиореабилитации не предлагается. Как и в Европе, российские пациенты перед началом реабилитации имели в среднем 3 фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, однако в нашей стране имели место некоторые различия с европейскими странами по распространенности и выраженности отдельных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [48].

Влияние низкой приверженности к посещению амбулаторных учреждений на исходы заболеваний

В рамках регистра ПРОФИЛЬ было проанализировано влияние посещаемости кардиолога на приверженность к терапии статинами и показатели липидного обмена. По результатам исследования приверженность к терапии статинами среди пациентов, впервые обратившихся на консультацию в центр, была равна 25,6%, среди пациентов, наблюдавшихся в центре в течение последних 2 лет – 70,7%, а среди тех, кто регулярно наблюдался более 2 лет назад и не обратился к кардиологу центра за последние 2 года ни разу – 52%. Также отмечалась значительная разница между уровнем общего холестерина пациентов, ранее не обращавшихся на консультацию врача центра, и пациентов, посещавших кардиолога центра – 5,3 ммоль/л и 4,8 ммоль/л, соответственно, и уровнем липопротеидов низкой плотности – 3,4 ммоль/л и 2,9 ммоль/л, соответственно [49].

Обсуждение

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ведущее место в структуре общей смертности. Профилактика направлена на минимизацию факторов риска и на улучшение прогноза заболеваний и проводится на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. Амбулаторное звено функционирует для профилактики заболеваний на популяционном уровне. В большинстве стран Западной Европы и Северной Америки амбулаторное звено особенно развито и включает в себя поликлиники, частные и семейные клиники и программы реабилитации, состоящие из 3 эта-

пов оказания помощи: консультации специалистов, образовательные программы и непосредственно комплексы занятий ЛФК.

Проблема низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и курсов кардиореабилитации является актуальной в разных странах и зависит от множества факторов. Наиболее изучена эта проблема в контексте причин, ее вызывающих. Основную роль играют факторы, связанные с самим пациентом, но и влияние факторов, связанных с медицинским учреждением и врачом, также вносят существенный вклад. Предложены разные способы повышения приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений, влияющие на причины, на которые может воздействовать либо сам пациент, либо врач в ходе общения с пациентом: забывчивость, недостаточная информированность и мотивация. Небольшое количество работ проведено на тему изучения влияния низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на их приверженность к медикаментозной терапии и исходы заболеваний.

Несмотря на недостаточную изученность, проблема низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений является камнем преткновения эффективной пропаганды первичной и вторичной профилактики хронических заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых заболеваний. Она ассоциирована со снижением борьбы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, своевременного распознавания заболеваний, определения прогноза и назначения терапии, эффективного контроля динамики течения заболевания и качества проводимой медикаментозной терапии. Низкая приверженность пациентов к посещению амбулаторных учреждений – проблема систем здравоохранения разных стран, пациентов разных возрастов, социально-экономических слоев населения, наблюдающихся у разных специалистов узкого или широкого профиля. Вопрос о пропусках заранее запланированных приемов врача отражается не только на прогнозе конкретного пациента (повышение риска заболеваемости, смертности, увеличение частоты госпитализаций), но также является важной социально-экономической проблемой, снижающей эффективность работы амбулаторных учреждений, увеличивая время ожидания приема другими пациентами и дезорганизуя работу специалистов.

Знание причин, влияющих на снижение приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений, позволит улучшить работу амбулаторного звена, направляя силы здравоохранения в нужное русло, организуя должным образом работу поликлиник, проводя обучение населения для повышения эффективности сотрудничества врач-пациент, что также может улучшить результаты профилактики.

Заключение

Таким образом, низкая приверженность больных к посещению лечебных учреждений является достаточно распространенным явлением во всем мире. Очевидно, что она может оказывать существенное влияние на качество медикаментозной терапии, получаемой больными, иными словами – на приверженность к терапии. На сегодняшний день отсутствуют данные о том, как посещаемость сказывается на исходах заболеваний. Этот вопрос особенно

актуален в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, часто требующих длительной регулярной медикаментозной профилактики (как первичной, так и вторичной). Соответственно, изучение этого вопроса является актуальной научной и практической проблемой.

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

Литература

- Stevenson JS. Appointment systems in general practice. Do patients like them, and how do they affect work load? *BMJ* 1966;2(5512):515-8.
- Stevenson JS. Appointment systems in general practice. How patients use them. *BMJ* 1967;2(5555):827-9.
- Cooper NA, Lynch MA. Lost to follow up: a study of nonattendance at a general paediatric outpatient clinic. *Arch Dis Child* 1979;54(10):765-9.
- Sharp DJ, Hamilton W. Non-attendance at general practices and outpatient clinics. *BMJ* 2001;323(7321):1081-2.
- Oppenheim GL, Bergman JJ, English EC. Failed appointments: a review. *J Fam Pract* 1979;8(4):789-96.
- George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract* 2003;20(2):178-84.
- Hamilton W, Round A, Sharp D. Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: A cohort study. *Br J Gen Pract* 2002;52(477):317-9.
- Briatore A, Giunta D, Baum A, et al. Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:1163.
- Goldman L, Freidin R, Cook EF, et al. A multivariate approach to the prediction of no-show behavior in a primary care center. *Arch Intern Med* 1982;142(3):563-7.
- Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O, et al. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. *Br J Gen Pract* 2004;54(499):108-13.
- Waller J, Hodgkin P. Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? *Fam Pract* 2000;17(3):252-3.
- Neal RD, Lawlor DA, Allgar V, et al. Missed appointments in general practice: retrospective data analysis from four practices. *Br J Gen Pract* 2001;51(471):830-2.
- Smith CM, Yawn BP. Factors associated with appointment keeping in a family practice residency clinic. *J Fam Pract* 1994;38(1):25-9.
- Vikander T, Parnicky K, Demers R, et al. New-patient no-shows in an urban family practice center: analysis and intervention. *J Fam Pract* 1986;22(3):263-8.
- Weingarten N, Meyer DL, Schneid JA. Failed appointments in residency practices: who misses them and what providers are most affected? *J Am Board Fam Pract* 10(6):407-11.
- Bean AG, Talaga J. Predicting appointment breaking. *J Health Care Mark* 1995;15(1):29-34.
- Barron WM. Failed appointments. Who misses them, why they are missed, and what can be done. *Prim Care* 1980;7(4):563-74.
- Bickler CB. Defaulted appointments in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1985;35(270):19-22.
- Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract* 2010;11:79.
- Dyer PH, Lloyd CE, Lancashire RJ, et al. Factors associated with clinic non-attendance in adults with type 1 diabetes mellitus. *Diabet Med* 1998;15(4):339-43.
- Gruzd DC, Shear CL, Rodney WM. Determinants of no-show appointment behavior: the utility of multivariate analysis. *Fam Med* 18(4):217-20.
- al-Shammari SA. Failures to keep primary care appointments in Saudi Arabia. *Fam Pract Res J* 1992;12(2):171-6.
- Pal B, Taberner DA, Readman LP, Jones P. Why do outpatients fail to keep their clinic appointments? Results from a survey and recommended remedial actions. *Int J Clin Pract* 1998;52(6):436-7.
- Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, et al. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract* 2005;6:47.
- Hermoni D, Mankuta D, Reis S. Failure to keep appointments at a community health centre. Analysis of causes. *Scand J Prim Health Care* 1990;8(3):151-5.
- Herrick J, Gilhooly ML, Geddes DA. Non-attendance at periodontal clinics: forgetting and administrative failure. *J Dent* 1994;22(5):307-9.
- Killaspay H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry* 2000;176:160-5.
- Cosgrove MP. Defaulters in general practice: reasons for default and patterns of attendance. *Br J Gen Pract* 1990;40(331):50-2.
- Leung GM, Castan-Cameo S, McGhee SM, et al. Waiting time, doctor shopping, and nonattendance at specialist outpatient clinics: case-control study of 6495 individuals in Hong Kong. *Med Care* 2003;41(11):1293-300.
- Hardy KJ, O'Brien S V, Furlong NJ. Information given to patients before appointments and its effect on non-attendance rate. *BMJ* 2001;323(7324):1298-300.
- Lloyd M, Bradford C, Webb S. Non-attendance at outpatient clinics: is it related to the referral process? *Fam Pract* 1993;10(2):111-7.
- Mansur N, Weiss A, Hoffman A, et al. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging* 2008;25(10):861-70.
- Jokisalo E, Enlund H, Halonen P, et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 2003;12(1):49-55.
- Ageev FT, Smirnova MD, Fofanova TV. Improving adherence to therapy, "trick"? *Serdechnaya Nedostatochnost'* 2011; 12(4):238-43. In Russian (Ареев ФТ, Смирнова МД, Фофанова ТВ. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? Сердечная Недостаточность 2011;12(4):238-43).
- Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler A-D, et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(4):410-8.
- King KM, Humen DP, Teo KK. Cardiac rehabilitation: the forgotten intervention. *Can J Cardiol* 1999;15(9):979-85.
- Worcester MUC, Murphy BM, Mee VK, et al. Cardiac rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11(4):328-35.
- Lemstra ME, Alsabbagh W, Rajakumar RJ, et al. Neighbourhood income and cardiac rehabilitation access as determinants of nonattendance and noncompletion. *Can J Cardiol* 2013;29(12):1599-603.
- Ali M, Qadir F, Javed S, et al. Factors affecting outpatient cardiac rehabilitation attendance after acute myocardial infarction and coronary revascularization-a local experience. *J Pak Med Assoc* 2012;62(4):347-51.
- Mikkelsen T, Korsgaard Thomsen K, Tchijevitch O. Non-attendance and drop-out in cardiac rehabilitation among patients with ischaemic heart disease. *Dan Med J* 2014;61(10):A4919.
- Ramm C, Robinson S, Sharpe N. Factors determining non-attendance at a cardiac rehabilitation programme following myocardial infarction. *N Z Med J* 2001;114(1132):227-9.
- Swardfager W, Herrmann N, Marzolini S, et al. Major depressive disorder predicts completion, adherence, and outcomes in cardiac rehabilitation: a prospective cohort study of 195 patients with coronary artery disease. *J Clin Psychiatry* 2011;72(9):1181-8.
- Daly J, Sindone AP, Thompson DR, et al. Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs: a critical literature review. *Prog Cardiovasc Nurs* 2002;17(1):8-17.
- Farley RL, Wade TD, Birchmore L. Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2(3):205-12.
- Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116(10):682-92.
- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med*. 2005;143(9):659-72.
- Lukina AV, Ginzburg ML, Smirnov VP et al. Study of factors that shape the attitude of the patient to treatment, preceded hospitalization for acute coronary syndrome (survey data within the register LIS). *Ration Pharmacother Cardiol* 2013; 9 (5): 472-81. In Russian (Лукина ЮВ, Гинзбург МЛ, Смирнов ВП, и др. Изучение факторов, формирующих отношение пациента к лечению, предшествовавшему госпитализации по поводу острого коронарного синдрома (данные анкетирования в рамках регистра ЛИС). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2013;9(5):472-81).
- Poghosova NV, Sokolova O Yu, Yufereva YM, et al. The first results of the analysis of the Russian part of a European register for cardio-rehabilitation (European Cardiac Rehabilitation Database - EuroCaReD) with the participation of 13 countries. *Kardiologia* 2015; 55 (2): 12-7. In Russian (Пороцова НВ, Соколова ОЮ, Юферева ЮМ, и др. Первые результаты анализа российской части европейского регистра по кардиореабилитации (European Cardiac Rehabilitation Database – EuroCaReD) с участием 13 стран. Кардиология 2015;55(2):12-7).
- Martsevich SYu, Gaisенок OB, Tripkosh SG, et al. The real practice of prescribing statins and its dependence on the observation in a specialized medical center for patients with high risk of cardiovascular events (according to the register PROFILE). *Ration Pharmacother Cardiol* 2013; 9 (4): 362-7. In Russian (Марцевич СЮ, Гайсенек ОБ, Трипкош СГ, и др. Реальная практика назначения статинов и ее зависимость от наблюдения в специализированном медицинском центре у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (по данным регистра ПРОФИЛЬ). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2013;9(4):362-7).

Поступила: 26.11.2015

Принята в печать: 10.12.2015