

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022

Голощапов-Аксенов Р.С.¹, Шабуров Р.И.², Рукодайный О.В.¹, Стариков В.О.²

Приверженность пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями оптимальной медикаментозной терапии

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, Москва, Россия;

²ЧУЗ «Центральная клиническая больница "РЖД-Медицина"», 125367, Москва, Россия

Введение. Важным принципом совершенствования сердечно-сосудистой помощи является повышение приверженности пациентов оптимальной медикаментозной терапии.

Цель. Выявить приверженность у пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы. Проведено прямое сплошное анкетирование 1018 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Сравнивали степень приверженности пациентов выполнению рекомендаций врачей на этапе первичного интервью и через 6 и 24 мес.

Результаты. На этапе первой консультации выявлена низкая приверженность пациентов гипотензивной терапии (23,8%); высокая приверженность двойной антиагрегантной терапии установлена у пациентов после стентирования артерий (99%), антикоагулянтной терапии — у пациентов с фибрилляцией предсердий (86%), сахароснижающей терапии — у пациентов с сахарным диабетом (98%). Через 6 мес наблюдения, в том числе после оказания рентгенэндоваскулярной и хирургической помощи, приверженность оптимальной медикаментозной терапии у пациентов всех групп увеличилась до 99,9% ($p < 0,05$). Через 24 мес степень приверженности гипотензивной и антикоагулянтной терапии незначительно снизилась до 93,8 и 97,5% соответственно ($p > 0,05$).

Ограничения исследования: для оценки приверженности выполнению рекомендаций врачей были проанализированы результаты амбулаторного наблюдения 1018 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями за 2 года, что представляет достаточную референтную выборку.

Заключение. По сравнению с первичным консультированием приверженность пациентов оптимальной медикаментозной терапии повышалась в течение 12 мес наблюдения. Клинический менеджмент в лечебно-профилактическом процессе оптимизирует контроль эффективности выполнения врачебных назначений, включая самоконтроль пациентами гемодинамических и других показателей. Формирование доверительных отношений в системе «врач–пациент» является наиболее важным принципом непрерывности клинического управления процессом совершенствования медицинской помощи.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; приверженность; оптимальная медикаментозная терапия; клинический менеджмент

Соблюдение этических стандартов. Проведение научного исследования одобрено Комитетом по Этике Медицинского института Российского университета дружбы народов (РУДН), протокол № 9 от 09.06.2022. Перед началом исследования пациенты дали письменное информированное добровольное согласие.

Для цитирования: Голощапов-Аксенов Р.С., Шабуров Р.И., Рукодайный О.В., Стариков В.О. Приверженность пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями оптимальной медикаментозной терапии. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022; 66(4): 313–319. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-4-313-319> <https://elibrary.ru/nllpcz>

Для корреспонденции: Голощапов-Аксенов Роман Сергеевич, доктор мед. наук, доцент каф. кардиологии, рентгенэндоваскулярных и гибридных методов диагностики и лечения ФНМО Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, Москва. E-mail: mzmo-endovascular@mail.ru

Участие авторов: Голощапов-Аксенов Р.С. — концепция и дизайн исследования, сбор, анализ и статистическая обработка материала редакция текста, формирование задач и выводов; Шабуров Р.И. — концепция и дизайн исследования, формирование задач, редактирование; Рукодайный О.В. — концепция и дизайн исследования, формирование задач, редактирование, формирование выводов; Стариков В.О. — сбор и обработка материала, написание текста, составление списка литературы. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила 01.03.2021

Принята в печать 24.03.2021

Опубликована 30.08.2022

PREVENTION OF NONINFECTIOUS DISEASES

© AUTHORS, 2022

Roman S. Goloshchapov-Aksenov¹, Raphik I. Shaburov², Oleg V. Rukodaynyy¹, Vyacheslav O. Starikov²

Compliance of patients with cardiovascular diseases to optimal drug therapy

¹Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, 117198, Russian Federation;

²Central Clinical Hospital "Russian Railways Medicine", Moscow, 125367, Russian Federation

Introduction. An important principle of improving cardiovascular care is to increase the compliance of patients to optimal drug therapy.

Purpose. To identify compliance in patients with cardiovascular diseases to optimal drug therapy.

Materials and methods. Direct continuous questioning of patients with cardiovascular diseases ($n = 1,018$) was carried out using a modified Morisky D. questionnaire (1986). The survey was carried out by cardiovascular surgeons ($n = 3$) of the Central Clinical Hospital "Russian Railways Medicine". The degree of adherence of patients to the implementation of the recommendations of doctors at the stage of the initial interview and in 6 and 24 months was compared ($p < 0.05$).

Results. At the stage of the first consultation low compliance of patients to antihypertensive therapy (23.8%); high compliance to dual antiplatelet therapy was established in patients after endovascular arterials stenting (99%), anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation (86%) and hypoglycemic therapy in patients with diabetes (98%). After follow-up for six months, including the provision of endovascular and surgical care, compliance to optimal drug therapy in patients of all groups increased up to 99.9% ($p < 0.05$). After follow-up for 24 months, the compliance degree to antihypertensive and anticoagulant therapy slightly decreased to 93.8 and 97.5%, respectively ($p > 0.05$).

Limitations. To assess compliance to the recommendations of doctors, the results of outpatient follow-up of one thousand eighteen patients with cardiovascular diseases over two years were analyzed, which is a sufficient reference sample.

Conclusion. Compared with the initial consultation of patients, their compliance to optimal drug therapy increased during the 12 months of follow-up. Clinical management in the treatment-and-prophylactic process optimizes control over the effectiveness of the implementation of medical prescriptions, including self-control by patients of hemodynamic and other indicators. The formation of trusting relationships in the "doctor-patient" system is the most important principle of the continuity compliance of clinical management of the process of improving public health.

Keywords: cardiovascular diseases; adherence; optimal medication; clinical management

Compliance with ethical standards. The conduct of the scientific study was approved by the Ethics Committee of the Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia (PFUR), Protocol No. 9 dated June 9, 2022. Before the start of the study, patients gave written informed consent.

For citation: Goloshchapov-Aksenov R.S., Shaburov R.I., Rukodaynyy O.V., Starikov V.O. Compliance of patients with cardiovascular diseases to optimal drug therapy. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2022; 66(4): 313–319. (in Russian). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-4-313-319> <https://elibrary.ru/nllpcz>

For correspondence: Roman S. Goloshchapov-Aksenov, MD, PhD, DSci., Associate Professor of the Department of cardiology, endovascular and hybrid methods of diagnosis and treatment of the Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, 117198, Russian Federation. E-mail: mzmo-endovascular@mail.ru

Information about the authors:

Goloshchapov-Aksenov R.S., <https://orcid.org/0000-0003-3085-7729>

Shaburov R.I., <https://orcid.org/0000-0001-9741-0150>

Rukodaynyy O.V., <https://orcid.org/0000-0001-9134-7189>

Starikov V.O., <https://orcid.org/0000-0002-2648-2242>

Contribution of the authors: Goloshchapov-Aksenov R.S. — the concept and design of the study, the analysis and statistical processing of the material, the correction of the text, the formation of tasks and conclusions. Shaburov R.I. — the concept and design of the study, the formation of tasks, editing. Rukodaynyy O.V. — the concept and design of the study, the formation of tasks, editing, the formation of conclusions. Starikov V.O. — collection and processing of material, writing a text, compiling a list of references. All authors are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: March 01, 2021

Accepted: March 24, 2021

Published: August 30, 2022

Введение

Гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца и облитерирующий атеросклероз артерий, кровоснабжающих головной мозг и нижние конечности, являются хроническими заболеваниями, которые значительно распространены среди населения и приводят к смерти более половины людей на Земле ежегодно. В 30–40% случаев перечисленные выше заболевания диагностируют у одного человека, а ГБ может достигать 100% распространённости среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [1–3].

Управление лечебно-профилактическим процессом при хронических ССЗ — важный стратегический аспект, он включает клинические и организационные, надзорные и образовательные мероприятия, проводимые специалистами в области здравоохранения на этапе первичной медико-санитарной и стационарной помощи. Повышение качества оказания медицинской помощи при сахарном диабете, ГБ и атеросклерозе сосудов, обучение пациентов пониманию своего состояния, потребности комфортно и длительно жить с хроническим заболеванием, осуществлять самоконтроль артериального давления и частоты сердечных сокращений, уровня гликемии и массы тела являются главными задачами клинического менеджмента. Управление процессами стабилизации хронических заболеваний эквивалентно лечению болезней и направлено на формирование внутренней мотивации пациентов к продолжению лечения между стационарными этапами и модификации факторов риска.

Широкое применение рентгенэндоваскулярной технологии для лечения ССЗ за последние 20 лет способствовало снижению летальности от острого инфаркта миокарда, тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии и ишемического инсульта, но в то же время привело к увеличению количества людей с имплантированными металлическими устройствами в сосуды, которые являются факторами риска тромботических сердечно-сосудистых осложнений, с динамикой роста более 1 млн человек в год [4].

В экономически развитых странах, по сравнению с развивающимися, высокий уровень профилактики и лечения коррелирует с более низкой смертностью от ССЗ и увеличением средней продолжительности жизни людей на 12–15 лет [5].

Достижения в области диагностики, лечения и профилактики ССЗ, повышение качества и продолжительности жизни зависят от соблюдения пациентами и врачами определённых правил на основе доказательной медицины, включающих модификацию известных факторов риска прогрессирования и осложнённого течения заболеваний сердца и сосудов и высокую приверженность непрерывной оптимальной медикаментозной терапии [6].

В странах Европы около 9% случаев осложнений ССЗ связаны с нарушением непрерывного режима оптимальной медикаментозной терапии. Эти результаты были получены на основании анализа 44 проспективных исследований, включающих 1 978 919 пациентов с 135 627 случаями ССЗ и 94 126 случаями смерти от любой причины [7].

Нарушение принципа непрерывности медикаментозной терапии при лечении ССЗ связывают с увеличением на рынке количества и аналогов лекарственных препаратов (ЛП), полипрагмазии, необходимостью длительно принимать таблетки и снижением доверия больных к эффективности ЛП вследствие дефицита информации

об их безопасности. В США в 2001–2010 гг. число пациентов с ГБ, получающих гипотензивную терапию, возросло с 63 до 77%, а частота полипрагмазии увеличилась до 11% [8]. В Великобритании доля взрослых пациентов в возрасте 65–84 лет, которым были назначены 3 или более ЛП при хронических заболеваниях, повысилась на 50,5%, для лиц старше 85 лет — на 21,6% [9].

Исследование приверженности сельского населения оптимальной медикаментозной терапии при ССЗ, проведённое в Индии в 2015 г., показало, что при лечении ГБ и ишемической болезни сердца она составляет 20,83 и 32% соответственно в течение 12 мес наблюдения за пациентами [10].

Медикаментозная коррекция артериальной гипертензии, гипергликемии, нарушений ритма сердца, а также гиполлипидемическая, антиагрегантная и антикоагулянтная терапия являются важными мероприятиями при лечении ССЗ, необходимость выполнения которых рекомендована международными клиническими протоколами с высоким уровнем и классом доказательности [4]. Непрерывное клиническое управление ССЗ на этапе первичной медико-санитарной амбулаторно-поликлинической помощи на основе предварительного планирования графика встреч пациентов и врачей/парамедиков и контроля эффективности оптимальной медикаментозной терапии способствует снижению частоты повторных госпитализаций, обусловленных обострением заболеваний [2, 11].

Обзор опубликованных в базах данных MEDLINE, Embase, CINAHL и PsycINFO систематических обзоров, представленный в 2018 г., показал, что низкая приверженность медикаментозной терапии пациентов с ССЗ обусловлена развитием неблагоприятных клинических (инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии, смерть) и социально-экономических (негативные тренды смертности и инвалидизации населения трудоспособного возраста) конечных событий [12].

Цель исследования — выявить приверженность пациентов с ССЗ оптимальной медикаментозной терапии и оценить значимость клинического управления непрерывной медикаментозной терапией.

Материал и методы

Исследование проведено в 2017–2020 гг. на базе отделения сосудистой хирургии и клинко-диагностического центра Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина» и кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Проведено прямое сплошное анкетирование 1018 пациентов с ССЗ (806 мужчин и 212 женщин) с использованием модифицированной анкеты D. Morisky [13]. Средний возраст пациентов составил $67,0 \pm 5,4$ года. Все пациенты подписывали информированное согласие. Медико-демографическая характеристика пациентов, составивших выборку в исследовании, представлена в **табл. 1**.

Первичную специализированную медико-санитарную и стационарную помощь пациентам оказывали врачи отделения сосудистой хирургии Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина». На этапе стационарного лечения проводили хирургическое лечение ишемической болезни сердца, стенозирующего атеросклероза артерий нижних конечностей и брахиоцефальных артерий с применением рентгенэндоваскулярной техники и

Таблица 1. Медико-демографическая характеристика пациентов**Table 1.** Medical and demographic characteristics of patients

Медико-демографические показатели Medical and demographic indicators	Мужчины Males n = 806	Женщины Females n = 212
Средний возраст пациентов, лет / Average age of patients, years	68 ± 7,4	66 ± 7,7
Пациенты, перенёвшие в течение года до первой консультации ангиопластику и стентирование артерий различной локализации или хирургическую операцию на артериях Patients who underwent angioplasty and stenting of arteries of different location or surgery before the first consultation	217 (26,9%)	24 (11,3%)
Заболевания, диагностированные у отобранных для исследования пациентов: Diseases diagnosed in selected patients:		
хроническая ишемическая болезнь сердца / chronic ischemic heart disease	59 (7,3%)	12 (5,66%)
атеросклероз артерий нижних конечностей (3–4 стадия по Фонтейну–Покровскому) chronic critical ischemia of the lower extremities (3–4 stage according to Fontaine–Pokrovsky)	276 (34,2%)	202 (95,2%)
атеросклероз артерий нижних конечностей (2А–2Б стадия по Фонтейну–Покровскому, не требующая хирургической реваскуляризации) chronic ischemia of the lower extremities (2A–2B stage according to Fontaine–Pokrovsky, which does not require surgical revascularization)	339 (42,06%)	6 (4,2%)
аневризма инфраренального отдела аорты более 5,5 см в диаметре infrarenal aortic aneurysm more than 5.5 cm in diameter	3 (0,37%)	–
«симптомный» стеноз брахицефальных артерий более 50% или асимптомный стеноз более 70% "symptomatic" stenosis of the brachycephalic arteries over 50% or asymptomatic stenosis over 70%	111 (13,8%)	6 (2,8%)
негемодинамически значимый стенозирующий атеросклероз брахицефальных артерий hemodynamically insignificant the atherosclerotic stenosis of the brachiocephalic arteries	405 (50,2%)	212 (100%)
Сопутствующие заболевания и факторы риска: / Comorbidities and risk factors:		
сахарный диабет 2-го типа / diabetes mellitus type 2	194 (25,1%)	79 (37,3%)
фибрилляция предсердий / atrial fibrillation	166 (20,6%)	80 (37,7%)
избыточная масса тела / overweight	72 (9%)	25 (12%)
ГБ / hypertensive disease	806 (100%)	212 (100%)
дислипидемия / dyslipidemia	773 (96%)	210 (99%)
курение / smoking	782 (97%)	31 (14,6%)
гиподинамия / hypodynamia	74 (9,1%)	21 (9,9%)
инфаркт миокарда в анамнезе / previous myocardial infarction	159 (23,6%)	71 (20,6%)
острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе / previous stroke	96 (11,9%)	3 (1,5%)

эндопротезирование аневризмы брюшного отдела аорты. Выполняли коррекцию оптимальной медикаментозной терапии, назначенной на этапе первичной медико-санитарной амбулаторно-поликлинической помощи, и определение стратегии непрерывного управления лечебно-профилактическими процессами сохранения здоровья пациентов путём составления графика периодических амбулаторных осмотров, индивидуальных протоколов контроля хирургического и медикаментозного лечения и самоконтроля показателей гемодинамики, гликемии и дислипидемии.

Для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи применяли методику свободного и контролируемого консультирования пациентов. Методику свободного консультирования использовали при первичном приёме-знакомстве с пациентом, в случае развития осложнения хирургической помощи и при симптомном прогрессировании или рецидиве заболевания. Во время первичной консультации у пациентов выявляли приверженность оптимальной медикаментозной терапии путём прямого анкетирования по модифицированной нами анкете D. Morisky и соавт. для выявления приверженности пациентов непрерывной лекарственной терапии [13]. В анкету добавили пятый вопрос, на наш взгляд, важный для оценки и развития мотивации пациентов к регулярному самоконтролю артериального давления, частоты пульса и гликемии как важных критериев регулирования опти-

мальной медикаментозной терапии и повышения приверженности пациентов её соблюдению.

Разработанная для исследования анкета включала 5 вопросов:

1. Забывали ли Вы принимать назначенные Вам врачом ЛПТ?
2. Принимали ли Вы ЛПТ, не соблюдая регламент (время от времени, со значительными перерывами)?
3. Прекращали ли Вы приём ЛПТ без объяснений, без предварительной консультации с врачом?
4. Прекращали ли Вы оптимальную медикаментозную терапию, т.к. чувствовали себя лучше, здоровым человеком?
5. Проводили ли Вы для контроля эффективности оптимальной медикаментозной терапии самостоятельно исследование артериального давления, частоты пульса, уровня гликемии, показателей липидного профиля?

Пациенты считались приверженными оптимальной медикаментозной терапии, если отрицательно отвечали на первые 4 вопроса и положительно — на 5-й.

В исследовании оценивали приверженность пациентов с ГБ гипотензивной терапии, пациентов после стентирования артерий — двойной антиагрегантной терапии, пациентов с фибрилляцией предсердий — антикоагулянтной терапии, пациентов с сахарным диабетом — сахароснижающей терапией.

Таблица 2. Приверженность пациентов оптимальной медикаментозной терапии, %

Table 2. Patients' compliance to optimal drug therapy, %

Вопрос Question	Срок оценки Evaluation time	ГБ Hypertensive disease n = 1018	После стентирования артерий After angioplasty n = 241/719/719	Фибрилляция предсердий Atrial fibrillation n = 246	Сахарный диабет Diabetes n = 273
1 Забывали ли Вы принимать назначенные Вам врачом ЛПП? Have you forgot to take the medications prescribed by your doctor?	Первичная консультация Initial consultation	58	99	86	98
	Через 6 мес After 6 months	99,9	99,9	99,9	99,9
	Через 12 мес After 24 months	100	100	100	100
2 Принимали ли Вы ЛПП, не соблюдая регламент (время от времени, с значительными перерывами)? Have you taken medications without following the schedule (from time to time, with significant interruptions)?	Первичная консультация Initial consultation	34	99	86	98
	Через 6 мес After 6 months	100	100	100	100
	Через 12 мес After 24 months	100	100	100	100
3 Прекращали ли Вы приём ЛПП без объяснений, без предварительной консультации с врачом? Have you stopped taking medications without explanation, without first consulting your doctor?	Первичная консультация Initial consultation	11	99	86	98
	Через 6 мес After 6 months	100	100	100	100
	Через 12 мес After 24 months	91	100	99	100
4 Прекращали ли Вы оптимальную медикаментозную терапию, т.к. чувствовали себя лучше, здоровым человеком? Did you stop optimal medication because you felt better, healthier?	Первичная консультация Initial consultation	9	99	86	98
	Через 6 мес After 6 months	100	100	100	100
	Через 12 мес After 24 months	91	100	91	100
5 Проводили ли Вы для контроля эффективности оптимальной медикаментозной терапии самостоятельно исследование артериального давления, частоты пульса (1), уровня гликемии при сахарном диабете (2)? Have you self-monitored the effectiveness of optimal drug therapy, have you independently conducted a study of blood pressure, pulse rate (1), glycemic level in diabetes mellitus (2)?	Первичная консультация Initial consultation		(1) 7 (2) 98		
	Через 6 мес After 6 months		(1) 99,9 (2) 100		
	Через 12 мес After 24 months		(1) 87 (2) 100		
Приверженность, % Compliance,%	Первичная консультация Initial consultation	23,8	99	86	98
	Через 6 мес After 6 months	99,96	100	100	100
	Через 12 мес After 24 months	93,8	100	97,5	100

Методику контролируемого консультирования использовали для плановой диспансеризации пациентов по установленному графику после оказания стационарной хирургической помощи в течение первых 6 мес ежемесячно с последующим очным или заочным консультированием, в том числе с использованием телемедицинской связи, не реже 1 раза каждые 3 мес. Оценку приверженности оптимальной медикаментозной терапии осуществляли во время каждого интервью. Сравнивали результаты анкетирования пациентов, полученные при первичном консультировании и через 6 и 24 мес наблюдения.

Для оценки достоверности применяли критерий Т-Уайта. Статистическую обработку материала осуществляли на основе пакета Statistica 6.0 с вычислением адекватных статистических показателей и их достоверности при $p < 0,05$.

Результаты

Получены результаты оценки приверженности пациентов с ССЗ оптимальной медикаментозной терапии на этапе первичной консультации на основании данных анамнеза заболевания и через 6 и 24 мес после назначения ЛПП (табл. 2).

На этапе первой консультации, в результате исследования анамнеза ССЗ и фоновых заболеваний и назначенной медикаментозной терапии, врачами отделения сосудистой хирургии ЦКБ «РЖД-Медицина» установлена низкая приверженность пациентов с ГБ гипотензивной терапии, которая в среднем составила 23,8%.

Приверженность двойной антиагрегантной терапии после стентирования артерий была высокой — 99%, антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий — 86% и сахароснижающей терапии при сахарном диабете — 98%. Через 6 мес наблюдения, в том числе после оказания рентгенэндоваскулярной и хирургической помощи, приверженность оптимальной медикаментозной терапии у пациентов увеличилась до 99,9% ($p < 0,05$), в том числе при фоновых заболеваниях ($p < 0,05$). Исследование через 24 мес результатов непрерывного наблюдения за пациентами показали достоверное снижение приверженности пациентов гипотензивной терапии при ГБ (93,8%) и антикоагулянтной терапии при мерцательной аритмии (97,5%) ($p > 0,05$).

Во все сроки исследования степень приверженности медикаментозной терапии в мужской и женской группах достоверно не различалась ($p > 0,05$).

Обсуждение

В процессе клинико-организационного непрерывного управления лечебно-профилактическими процессами сохранения здоровья пациентов с ССЗ применён психологический подход повышения ответственности человека за своё здоровье, восприятия рисков хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы как жизненно опасных, убеждение и подробное разъяснение врачом пациентам необходимости и важности соблюдения медикаментозного режима с профилактической целью, его безопасности и эффективности только при долгосрочном применении, проведение самоконтроля гемодинамических и лабораторных показателей, а также массы тела, количества пройденных шагов и потраченных калорий за сутки. Ярким примером является повышение приверженности гипотензивной терапии на основе логических заключений, выполняемых врачом в разговоре с пациентами: «ГБ является фактором риска развития острых жизненно опасных сердечно-сосудистых событий, таких как острый инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения артериального тромбоза, кровотечений, поэтому для снижения риска смерти артериальное давление необходимо поддерживать на уровне нормальных значений, для чего постоянно принимать гипотензивную терапию и не прерывать ее самостоятельно; ГБ является хроническим заболеванием, поэтому гипотензивная терапия будет длительной; артериальная гипертензия — процесс динамический, поэтому необходимо ежедневно выполнять самоконтроль артериального давления и пульса утром и вечером в состоянии покоя и вести дневник показателей; ГБ — процесс динамический, поэтому гипотензивная терапия в течение жизни может меняться в части ЛП и их дозировок; изменять качественный состав гипотензивной терапии и дозировки гипотензивных ЛП должен врач на основании исследования дневника самоконтроля давления и пульса пациента».

Для каждого пациента, вошедшего в исследование, врач стал партнёром-наставником, всегда открытым для очного и дистанционного диалога и обсуждения вопросов здоровья и жизни, включая применение непрерывной медикаментозной терапии, что способствовало обеспе-

чению качества медицинской помощи и выживаемости исследуемых пациентов в течение 2 лет наблюдения [2].

Следует подчеркнуть, что важный вопрос организации процесса экономической доступности ЛП для повышения приверженности лечения ССЗ в России решён законодательно на основании Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и ч. 2 ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При оказании гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования осуществляется обеспечение пациентов ЛП, включёнными в перечень жизненно необходимых и важнейших.

В представленном исследовании на этапе первичной консультации выявлена низкая приверженность комплексной медикаментозной терапии в группе пациентов с распространённым облитерирующим атеросклерозом артерий и гипотензивной терапии в группе пациентов с ГБ. Низкую степень соответствия поведения пациентов с болезнями системы кровообращения назначениям врача лекарственных средств, выполнению рекомендаций по диете и изменению образа жизни регистрируют в научных исследованиях и другие учёные [7].

Применение модифицированной анкеты D. Morisky позволило установить по субъективным признакам степень приверженности медикаментозной терапии пациентов с ССЗ и оценить эффективность клинического менеджмента сердечно-сосудистой команды. Клинический менеджмент в системе «врач–пациент» способствовал достижению высокой степени приверженности пациентов медикаментозной терапии при ССЗ.

Ограничения исследования: для оценки приверженности рекомендаций врачей были проанализированы результаты амбулаторного наблюдения 1018 пациентов с ССЗ за 2 года, что представляет достаточную референтную выборку.

Заключение

В исследовании установлено, что приверженность пациентов оптимальной медикаментозной терапии повышалась в течение 12 мес наблюдения по сравнению с первичным консультированием. Клинический менеджмент в лечебно-профилактическом процессе оптимизирует контроль эффективности выполнения врачебных назначений, включая самоконтроль пациентами гемодинамических и других показателей. Приверженность пациентов выполнению рекомендаций и назначений врачей является важным индикатором качества медицинской помощи и эффективности диалога врача с пациентом, наличия доверительных отношений между ними при выборе стратегии назначения нескольких ЛП для длительного, пожизненного приёма некоторых из них, а также регулярного контроля эффективности их действия. Эффективность клинического управления при оказании сердечно-сосудистой помощи коррелирует с повышением приверженности пациентов оптимальной медикаментозной терапии.

Полученные в исследовании результаты позволяют утверждать, что дальнейшее повышение эффективности медицинской помощи основано на формировании приверженности пациентов активному участию в лечебно-профилактическом процессе и повышению их ответственности за своё здоровье.

ЛИТЕРАТУРА
(п.п. 4–13 см. References)

1. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. *Эндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2016 год*. М.; 2017.
2. Абрамов А.Ю., Голощапов-Аксёнов Р.С., Кича Д.И., Рукодайный О.В. Организационно-технологический алгоритм первичной специализированной медико-санитарной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Казанский медицинский журнал*. 2020; 101(3): 394–402. <https://doi.org/10.17816/kmj2020-394>
3. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. Доступно: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(CVDs\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(CVDs))
4. Bokeriya L.A., Alekyan B.G. *Endovascular Diagnosis and Treatment of Heart and Vascular Diseases in the Russian Federation – 2016 [Endovaskulyarnaya diagnostika i lechenie zabolevaniy serdtsa i sosudov v Rossiyskoy Federatsii – 2016 god]*. Moscow; 2017. (in Russian)
5. Abramov A.Yu., Goloshchapov-Aksenov R.S., Kicha D.I., Rukodaynyy O.V. Organizational and technological algorithm of primary specialized health care at cardiovascular diseases. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2020; 101(3): 394–402. <https://doi.org/10.17816/kmj2020-394> (in Russian)
6. WHO. Cardiovascular Diseases (CVDs). Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(CVDs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(CVDs))
7. Neumann F.J., Sousa-Uva M., Ahlsson A., Alfonso F., Banning A.P., Benedetto U., et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur. Heart J.* 2019; 40(2): 87–165. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>
8. Mozaffarian D., Benjamin E., Go A., Arnett D., Blaha M., Cushman M., et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133(4): e38–360. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000350>
9. World Heart Federation. *Cardiovascular Disease Risk Factors*. Geneva; 2014.
10. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., Fahimi S., Moore C., et al. Adherence to cardiovascular therapy: A meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur. Heart J.* 2013; 34(38): 2940–8. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz295>
11. Gu Q., Burt V.L., Dillon C.F., Yoon S. Trends in antihypertensive medication use and blood pressure control among united states adults with hypertension. *Circulation*. 2012; 126(17): 2105–14. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.112.096156>
12. Melzer D., Tavakoly B., Winder R.E., Masoli J.A., Henley W.E., Ble A., et al. Much more medicine for the oldest old: trends in UK electronic clinical records. *Age Ageing*. 2015; 44(1): 46–53. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu113>
13. Santra G. Assessment of adherence to cardiovascular medicines in rural population: an observational study in patients attending a tertiary care hospital. *Indian J. Pharmacol.* 2015; 47(6): 600–4. <https://doi.org/10.4103/0253-7613.169573>
14. Weinberger M., Oddone E.Z., Henderson W.G. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans affairs cooperative study group on primary care and hospital readmission. *N. Engl. J. Med.* 1996; 334(22): 1441–7. <https://doi.org/10.1056/nejm199605303342206>
15. Leslie K.H., McCowan C., Pell J.P. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *J. Public Health (Oxf.)*. 2019; 41(1): e84–94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fty088>
16. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1): 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

REFERENCES