



Особенности приверженности к медикаментозной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в территориальной поликлинике г. Краснодара

Е. В. Болотова^{1, 2}, А. В. Концевая³, И. В. Ковригина²

¹ Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

² Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского, г. Краснодар

³ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва

Цель исследования: изучение гендерно-возрастных особенностей приверженности к медикаментозной терапии как одной из мер медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи в территориальной поликлинике г. Краснодара в 2016 г.

Дизайн: сравнительное проспективное исследование.

Материалы и методы. Изучены гендерно-возрастные особенности приверженности к медикаментозной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) IIIA группы здоровья, присвоенной в ходе диспансеризации 2015 г. Обследованы 178 больных (средний возраст — 62,5 ± 11,6 года), в том числе 44 (24,7%) мужчины и 134 (75,3%) женщины. Для оценки приверженности использован тест Мориски — Грина.

Результаты. Более половины опрошенных (53,9%) не были привержены к медикаментозному лечению, 25,9% продемонстрировали приверженность к терапии, 20,2% — недостаточную приверженность. Статистически значимая связь между количеством принимаемых лекарственных средств (ЛС) и комплаенсом не выявлена. Средний балл по тесту Мориски — Грина составил 2,4. Статистически значимые гендерные различия в ответах на вопросы анкеты по оценке приверженности к медикаментозной терапии не обнаружены. Около половины опрошенных (48,9%) забывают принимать ЛС, 36,5% пропускают их прием при хорошем самочувствии, 47,2% невнимательно относятся ко времени приема препаратов. Пациенты в возрасте 18–38 лет статистически значимо чаще забывали принимать ЛС ($t = -2,039$; $p = 0,043$). На вопрос о выполнении рекомендаций по коррекции факторов риска (ФР) ССЗ утвердительно ответили 73% больных, из которых 28,5% придерживались рекомендаций по рациональному питанию, 3,9% отказались от курения, 43,9% увеличили физическую активность, 23,7% выполняли рекомендации, не относящиеся к коррекции ФР, не имея полного понимания термина «ФР ССЗ».

Заключение. Результаты нашего исследования указывают на недостаточную приверженность пациентов с ССЗ IIIA группы здоровья к медикаментозной терапии, выполнению рекомендаций по коррекции ФР ССЗ. Наиболее низкая приверженность к приему ЛС среди пациентов в возрасте 18–38 лет косвенно свидетельствует о менее интенсивной профилактической работе в этой группе больных.

Ключевые слова: приверженность, медикаментозная терапия, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания.



Medication Adherence in Patients with Cardiovascular Disease: Data from a Krasnodar Territorial Outpatient Clinic

E. V. Bolotova^{1, 2}, A. V. Kontsevaya³, I. V. Kovrigina²

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar

² Research Institute, Professor S. V. Ochapovsky Territorial Clinical Hospital No. 1, Krasnodar

³ National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow

Study Objective: To study gender- and age-related aspects of adherence to medication therapy given as a method of medical rehabilitation for patients receiving primary health care in a Krasnodar territorial outpatient clinic in 2016.

Study Design: This was a comparative prospective study.

Materials and Methods: The authors studied gender- and age-related medication adherence in patients with cardiovascular disease (CVD). These patients had been evaluated as being in health group III, based on routine examination and observation in 2015. One hundred and seventy-eight patients (mean age 62.5 ± 11.6) were examined in the study, including 44 (24.7%) men and 134 (75.3%) women. Compliance was assessed by the Morisky-Green test.

Study Results: More than half of the respondents (53.9%) were non-adherent to their drug regimens, 25.9% were adherent, and 20.2% were insufficiently adherent. No statistically significant correlation was observed between adherence and the number of medications taken. The mean Morisky-Green test score was 2.4. There were no statistically significant gender differences for any answers on this medication compliance questionnaire. About half the patients (48.9%) forget to take their medications, 36.5% do not take their medications regularly when they feel well, and 47.2% are careless about when they take their medications. Patients aged 18 to 38 forgot significantly more often to take their medications ($t = -2.039$; $p = 0.043$). Seventy-three percent of the patients answered in the affirmative to the question about modifying risk factors (RF) for CVD: 28.5% of them followed dietary recommendations, 3.9% stopped smoking, 43.9% increased physical activity, and 23.7% followed recommendations not explicitly given for RF modification and lacked a full understanding of the term “cardiovascular RF”.

Conclusion: Our study showed that health group III patients with CVD are insufficiently adherent to their medical regimens and recommendations for modifying cardiovascular RF. The fact that patients aged 18 to 38 had the lowest medical adherence is indirect evidence of less active work with this group of patients on prevention.

Keywords: adherence, medication therapy, risk factors, cardiovascular disease.

Болотова Елена Валентиновна — д. м. н., профессор кафедры терапии № 1, профессор кафедры пульмонологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; врач-пульмонолог пульмонологического отделения ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского». 350065, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4. E-mail: bolotowa_e@mail.ru
Ковригина Ирина Валерьевна — заведующая амбулаторно-поликлиническим отделением для прикрепленного населения г. Краснодара ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского». 360086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, д. 167. E-mail: kovriginairina2010@mail.ru
Концевая Анна Васильевна — д. м. н., заместитель директора по научной и аналитической работе ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России. 101990 г. Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3. E-mail: koncanna@yandex.ru

Согласно определению ВОЗ, комплаенс — степень соответствия поведения пациента назначениям врача в отношении приема лекарственных средств (ЛС), выполнения рекомендаций по питанию и/или изменению образа жизни [1]. Качество лечения зависит как от уровня выявления пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и соответствия действий врачей современным клиническим рекомендациям, так и от приверженности больных к назначенному лечению [2].

Низкий комплаенс, в том числе к медикаментозной терапии, серьезно осложняет деятельность работников здравоохранения, приводя к уменьшению эффективности лечения и удовлетворенности пациента медицинской помощью, увеличению числа госпитализаций и повторных посещений врача, а также к необоснованному назначению дополнительных ЛС [3]. Многие исследования доказали влияние приверженности пациентов к приему препаратов на течение и исходы ССЗ [4, 5]. Помимо снижения медицинских показателей (ухудшения здоровья и исходов заболеваний), существуют и экономические последствия низкой приверженности: неэффективное использование ресурсов здравоохранения, повышение расходов на лечение осложнений [6].

Одним из наиболее распространенных методов оценки комплаенса служит анкетирование. В настоящее время чаще всего используют тест Мориски — Грина [7]. При изучении влияния на исходы ССЗ приверженности пациентов к лекарственной терапии и посещению лечебно-профилактических учреждений многие авторы отметили, что посещение курсов кардиореабилитации связано со снижением общей и сердечно-сосудистой смертности, содержания общего холестерина, триглицеридов и систолического АД. Вместе с тем приверженность к терапии на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений исследована недостаточно [8].

Цель исследования: изучение гендерно-возрастных особенностей приверженности к медикаментозной терапии как одной из мер медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи в территориальной поликлинике г. Краснодара в 2016 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены гендерно-возрастные особенности приверженности к медикаментозной терапии больных ССЗ IIIA группы здоровья, присвоенной в ходе диспансеризации 2015 г. Использованы результаты анкетирования, данные форм первичной медицинской документации (формы № 025/У-04).

Первая часть анкеты представлена стандартными вопросами в соответствии с тестом Мориски — Грина для скрининга приверженности пациентов к приему ЛС [9]. Приверженными считали участников, набравших 4 балла, недостаточно приверженными — 3 балла, не приверженными — не более 2 баллов. Анкету дополнили вопросами, позволяющими оценить работу профилактической направленности врачей по коррекции ФР ССЗ. Пациентам дополнительно предлагали ответить на нижеследующие вопросы.

- Какие ФР развития ССЗ Вы знаете?
- Проводил ли с Вами врач/иной медицинский работник когда-либо беседы о профилактике хронических заболеваний?
- Проводил ли с Вами врач/иной медицинский работник когда-либо беседы о ФР развития ССЗ?
- Выполняете ли Вы рекомендации врача по коррекции ФР?

Кроме того, пациентов просили перечислить принимаемые ЛС с указанием доз и кратности приема, а также немедикаментозные способы лечения, применяемые ими.

Согласно результатам первого этапа диспансеризации 2015 г., в IIIA группе состояния здоровья зарегистрированы 474 пациента с ССЗ, 178 из них (средний возраст — 62,5 ± 11,6 года, 24,7% мужчин и 75,3% женщин) заполнили анкеты оценки комплаенса. Большинство (80,3%) наблюдались у участкового терапевта, треть больных (32,0%) параллельно наблюдал врач-кардиолог, 7,9% — только кардиолог, 11,8% не обращались в лечебное учреждение более года.

Проанализированы особенности приверженности к медикаментозной терапии в трех возрастных группах (1-я группа — 18–38 лет, 2-я группа — 39–60 лет, 3-я группа — 61 год и старше) в соответствии с Приказом Минздрава РФ № 87н от 06.03.2015 г. [10].

Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ SPSS 18.0. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Статистическую значимость различий в результатах исследования оценивали с помощью параметрических критериев Стьюдента (t), Фишера (F) и непараметрического критерия χ^2 . Критическим уровнем статистической значимости считали $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ответы пациентов на вопросы теста Мориски — Грина представлены в *таблице 1*.

Статистически значимые гендерные различия в ответах на вопросы теста Мориски — Грина не выявлены.

Таблица 1

Ответы пациентов на вопросы теста Мориски — Грина и их гендерные особенности, n (%)

Вопросы	Ответы	Мужчины (n = 44)	Женщины (n = 134)	Всего (n = 178)	χ^2 (p) (пол vs признак)
Забывали ли Вы когда-нибудь принять препарат?	Да	22 (50,0)	65 (48,5)	87 (48,9)	0,030 (0,864)
	Нет	22 (50,0)	69 (51,5)	91 (51,1)	
Относитесь ли Вы невнимательно к часам приема лекарств?	Да	17 (38,6)	67 (50,0)	84 (47,2)	1,72 (0,190)
	Нет	27 (61,4)	67 (50,0)	94 (52,8)	
Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	Да	20 (45,5)	45 (33,6)	65 (36,5)	2,01 (0,156)
	Нет	24 (54,5)	89 (66,4)	113 (63,5)	
Если Вы чувствуете себя плохо после приема препарата, пропускаете ли Вы следующий прием?	Да	12 (27,3)	45 (33,6)	57 (32,0)	0,606 (0,436)
	Нет	32 (72,7)	89 (66,4)	121 (68,0)	

По данным валидированного теста Мориски — Грина, более половины опрошенных (53,9%) не были привержены к медикаментозной терапии. В 20,2% случаев зафиксирована недостаточная приверженность, и только 25,9% продемонстрировали приверженность к лечению. Средний балл по опроснику составил 2,4. Итоговые результаты тестирования с учетом гендерных особенностей представлены в *таблице 2*.

Треть пациентов мужского пола (31,8%) были привержены к лечению, а среди женщин — только 23,9%.

Распределение ответов на вопросы теста в зависимости от возраста представлено в *таблице 3*.

Так, в возрасте 18–38 лет ЛС забывают принимать большинство опрошенных (62,5%), в группе 39–60 лет — 51,6%, старше 61 года — 46,2%. Пациенты более молодого возраста статистически значимо чаще забывали принимать ЛС ($t = -2,039$; $p = 0,043$), что согласуется с данными других исследований [11].

Проанализированы ответы пациентов на дополнительные вопросы, позволяющие оценить профилактическую работу (коррекцию ФР ССЗ) врачей первичного звена (*табл. 4*). Так, 81,8% мужчин и 69,4% женщин в возрасте $63,26 \pm 10,34$ года отметили работу по профилактике хронических заболеваний, проведенную с ними в поликлиническом учреждении. Возраст пациентов, утвердительно ответивших на этот вопрос, был статистически значимо выше ($t = 2,667$; $p = 0,01$). Из всех опрошенных 79,5% мужчин и 73,1% женщин сообщили о проведенной беседе на тему профилактики ФР ССЗ, из них 60,2% пациентов в возрасте ≥ 61 года, 37,6% — 39–60 лет и только 2,2% —

18–38 лет, что позволяет сделать косвенное заключение о менее интенсивной профилактической работе с молодыми людьми.

На момент анкетирования 73% пациентов (их средний возраст — $62,55 \pm 11,31$ года) ответили утвердительно на вопрос о выполнении врачебных рекомендаций по коррекции ФР ССЗ, из них 28,5% придерживались рекомендаций по рациональному питанию, 3,9% отказались от курения, 43,9% увеличили физическую активность (к сожалению, интерпретировать термины «зарядка», «ходьба» и «физическая культура» как адекватную физическую активность не представляется возможным). Некоторые больные, утвердительно ответившие на данный вопрос (23,7%), выполняли рекомендации, не относящиеся к коррекции ФР, причисляя к ним фитотерапию (6,9%), массаж (1,6%), полноценный сон (1,6%), избегание гиперинсоляции (2,3%), или затруднились перечислить немедикаментозные методы, что свидетельствует о неполном понимании ими значения термина «ФР ССЗ» и путей их коррекции.

Согласно данным анкетирования, из 70,8% пациентов, принимавших одновременно 1–4 ЛС, 23,8% были привержены, 54,8% — не были привержены, 21,4% — недостаточно привержены к терапии. Среди больных, принимавших 5 и более ЛС в день (14,6%), только 34,6% продемонстрировали приверженность, 23,1% были недостаточно привержены, а 42,3% вовсе не были привержены к лечению. На момент анкетирования 14,6% участников не принимали ЛС или не помнили их наименование/количество. В нашем исследовании не выявлена статистически значимая связь между количеством принимаемых ЛС и комплаенсом.

Вместе с тем в 62% случаев приема 5 и более ЛС только 3 из них были направлены на коррекцию ФР ССЗ и/или влияли на прогноз и течение ССЗ, остальные относились к антиоксидантам, ноотропным препаратам, седативным и иным группам ЛС для лечения сопутствующей соматической патологии, или пациенты принимали их в рамках самолечения (фитотерапия, поливитамины).

Участники, получавшие β -адреноблокаторы, были наиболее привержены к терапии (31,9%), что, вероятно, объясняется необходимостью более строгого соблюдения временного интервала при приеме ЛС. Кроме того, при назначении этих препаратов врач уделяет больше времени объяснению этих препаратов, чем при назначении других групп ЛС.

Таблица 2

Гендерные особенности результатов теста Мориски — Грина ($\chi^2 = 3,95$ при $p = 0,412$), n (%)

Результаты тестирования в баллах	Мужчины (n = 44)	Женщины (n = 134)	Всего (n = 178)
0	3 (6,8)	13 (9,7)	16 (9,0)
1	10 (22,7)	23 (17,2)	33 (18,5)
2	12 (27,3)	35 (26,1)	47 (26,4)
3	5 (11,4)	31 (23,1)	36 (20,2)
4	14 (31,8)	32 (23,9)	46 (25,9)

Таблица 3

Распределение ответов пациентов на вопросы теста Мориски — Грина в зависимости от возраста, n (%)

Вопросы	Ответы	18–38 лет (n = 8)	39–60 лет (n = 64)	≥ 61 года (n = 106)	Всего (n = 178)	Средний возраст (M \pm SD)	t-критерий Стьюдента (p)
Забывали ли Вы когда-нибудь принять препарат?	Да	5 (62,5)	33 (51,6)	49 (46,2)	87 (48,9)	$60,2 \pm 11,4$	-2,039 (0,043)
	Нет	3 (37,5)	31 (48,4)	57 (53,8)	91 (51,1)	$63,8 \pm 11,7$	
Относитесь ли Вы невнимательно к часам приема лекарств?	Да	4 (50,0)	29 (45,3)	51 (48,1)	84 (47,2)	$62,2 \pm 12,0$	0,189 (0,850)
	Нет	4 (50,0)	35 (54,7)	55 (51,9)	94 (52,8)	$61,9 \pm 11,4$	
Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	Да	4 (50,0)	21 (32,8)	40 (37,7)	65 (36,5)	$62,7 \pm 12,1$	0,555 (0,580)
	Нет	4 (50,0)	43 (67,2)	66 (62,3)	113 (63,5)	$61,7 \pm 11,5$	
Если Вы чувствуете себя плохо после приема препарата, пропускаете ли Вы следующий прием?	Да	3 (37,5)	20 (31,2)	34 (32,1)	57 (32,0)	$62,7 \pm 12,3$	0,510 (0,611)
	Нет	5 (62,5)	44 (68,8)	72 (67,9)	121 (68,0)	$61,7 \pm 11,4$	

Гендерно-возрастные особенности ответов пациентов на дополнительные вопросы, n (%)

Вопросы	Ответы	18–38 лет (n = 8)		39–60 лет (n = 64)		≥ 61 года (n = 106)		Итого (n = 178)		Всего (n = 178)
		муж- чины (n = 3)	жен- щины (n = 5)	муж- чины (n = 19)	жен- щины (n = 45)	муж- чины (n = 22)	жен- щины (n = 84)	муж- чины (n = 44)	жен- щины (n = 134)	
Проводил ли с Вами врач/иной медицинский работник когда-либо беседы о профилактике хронических заболеваний?	Да	0	2 (40,0)	16 (84,2)	31 (68,9)	20 (91,0)	60 (71,4)	36 (81,8)	93 (69,4)	129 (72,4)
	Нет	3 (100,0)	3 (60,0)	3 (15,8)	14 (31,1)	1 (4,5)	19 (22,6)	7 (15,9)	36 (26,9)	43 (24,2)
	Нет ответа	0	0	0	0	1 (4,5)	5 (6,0)	1 (2,3)	5 (3,7)	6 (3,4)
	χ^2 (p) (вопрос vs пол)	1,6 (0,206)		1,6 (0,205)		3,9 (0,050)		2,3 (0,127)		–
Проводил ли с Вами врач/иной медицинский работник когда-либо беседы о факторах риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы?	Да	0	3 (60,0)	17 (89,5)	33 (73,3)	18 (81,8)	62 (73,8)	35 (79,5)	98 (73,1)	133 (74,7)
	Нет	3 (100,0)	2 (40,0)	2 (10,5)	12 (26,7)	3 (13,7)	21 (25,0)	8 (18,2)	35 (26,1)	43 (24,2)
	Нет ответа	0	0	0	0	1 (4,5)	1 (1,2)	1 (2,3)	1 (0,8)	2 (1,1)
	χ^2 (p) (вопрос vs пол)	2,9 (0,090)		2,0 (0,154)		1,1 (0,284)		1,0 (0,306)		–
Выполняете ли Вы рекомендованные врачом мероприятия по коррекции факторов риска?	Да	1 (33,3)	4 (80,0)	16 (84,2)	31 (68,9)	14 (63,7)	64 (76,2)	31 (70,5)	99 (73,9)	130 (73,0)
	Нет	1 (33,3)	1 (20,0)	3 (15,8)	9 (20,0)	1 (4,5)	11 (13,1)	5 (11,3)	21 (15,7)	26 (14,6)
	Нет ответа	1 (33,3)	0	0	5 (11,1)	7 (31,8)	9 (10,7)	8 (18,2)	14 (10,4)	22 (12,4)
	χ^2 (p) (вопрос vs возраст)	0,630 (0,427)		0,358 (0,550)		0,692 (0,405)		0,260 (0,610)		–

ОБСУЖДЕНИЕ

Низкий комплаенс, выявленный нами, зарегистрирован и в других отечественных работах. Так, по шкале комплаентности Мориски — Грина большинство пациентов с фибрилляцией предсердий (81%) оказались не приверженными к терапии (забывали принять ЛС, невнимательно относились к часам приема, пропускали прием препаратов, если чувствовали себя хорошо) [12]. У пациентов с АГ и гиперхолестеринемией в зависимости от вида профилактического вмешательства (профилактическое консультирование, визуально демонстрирующее позитивную динамику риска в случае достижения целевых уровней АД, общего холестерина и отказа от курения) приверженность к приему антигипертензивных препаратов составляла 65,7–50,0%, гиполипидемических препаратов — 60,0–17,1% [12]. Средний балл по опроснику Мориски — Грина в нашем исследовании — 2,4, что сопоставимо со средним баллом приверженности к медикаментозному лечению в проспективном исследовании с участием 140 пациентов с АГ и гиперхолестеринемией [13].

Аналогичные результаты, свидетельствующие о нерегулярном приеме ЛС и низком комплаенсе, получены в других работах, проведенных в РФ [14]. Тем не менее, по данным наблюдательного исследования с участием когорты москвичей (n = 2029), обследованных дважды в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, за последние 20 лет отмечается снижение доли больных, не принимающих антигипертензивные препараты. Подобная тенденция зафиксирована как среди мужчин (38,1% против 28,1%; p < 0,0001), так и среди женщин (31,2% против 16,2%; p < 0,0001), причем доля мужчин,

не принимающих ЛС, снизилась значимо сильнее, чем женщин (p < 0,001) [11].

Статистически значимая корреляция между количеством принимаемых ЛС и приверженностью к терапии в нашем исследовании не выявлена. Сходные данные об отсутствии статистически значимой корреляции указанных признаков получены и в других отечественных работах [11, 15]. Возможно, это объясняется большей долей пожилых (≥ 61 года) пациентов, принимающих 5 и более ЛС: в нашем наблюдении их доля составляла 69%.

Как правило, у больных этой возрастной группы ССЗ протекают с выраженными клиническими проявлениями, что служит дополнительным стимулом для приема ЛС [16]. Информированность о болезни и пользе регулярного приема ЛС также повышает комплаенс [17]. Тем не менее уменьшение кратности и количества принимаемых ЛС в 7 из 9 исследований сопровождалось повышением приверженности к медикаментозной терапии; в 16 рандомизированных исследованиях продемонстрировано, что 10 из 24 мотивационных вмешательств (напоминания о визитах и приеме препаратов, специальные упаковки препаратов, социальная поддержка, поддержка членов семьи, консультирование по телефону и др.) привели к увеличению приверженности на 23% [6].

ЛС не принимали 12,4% участников нашего исследования, страдавших ССЗ. Вместе с тем общеизвестно, что низкая приверженность к терапии и отказ от приема ЛС препятствуют эффективной коррекции ФР ССЗ. Так, в Западной Европе 9–37% пациентов, не отвечающих на антигипертензивную терапию, в действительности не принимали ЛС и не выполняли рекомендации врача [18]. Обычно низкий комплаенс обусловлен осознанным решением больных, вызванным недостаточной информированностью, боязнью побочных эффектов, недоверием

к врачу [19], нездоровым образом жизни, индивидуальными социальными и культурными причинами, недостаточным осознанием опасности рисков и осложнений ССЗ [20].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования указывают на недостаточную приверженность пациентов с сердечно-сосудистыми

заболеваниями (ССЗ) IIIA группы здоровья к медикаментозной терапии, выполнению рекомендаций по коррекции факторов риска ССЗ. Наиболее низкая приверженность к приему лекарственных средств среди пациентов в возрасте 18–38 лет категорно свидетельствует о менее интенсивной профилактической работе в этой группе больных.

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf (дата обращения — 23.10.2017).
- Марцевич С. Ю., Кутищенко Н. П., Толпыгина С. Н., Лукина Ю. В. Национальные рекомендации по эффективности и безопасности лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 7(5): 1–72. [Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Tolpygina S. N., Lukina Yu. V. Natsional'nye rekomendatsii po effektivnosti i bezopasnosti lekarstvennoy terapii pri pervichnoy i vtorichnoy profilaktike serdечно-sosudistykh zabolevaniy. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2011; 7(5): 1–72. (in Russian)]
- Калашникова М. Ф., Бондарева И. Б., Луходей Н. В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения. Лечащий врач. 2015; 3: 27–33. [Kalashnikova M. F., Bondareva I. B., Likhodei N. V. Priverzhennost' lecheniyu pri sakharom diabete 2-go tipa: opredelenie ponyatiya, sovremennyye metody otsenki patsientami provodimogo lecheniya. *Lechashchii vrach*. 2015; 3: 27–33. (in Russian)]
- Bramley T. J., Gerbino P. P., Nightengale B. S., Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence to antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J. Manag. Care Pharm.* 2006; 12(3): 239–45.
- Gehi A. K., Ali S., Na B., Whooley M. A. Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167(16): 1798–803.
- Кобалава Ж. Д., Виллевалде С. В., Искова Х. В. Эффективность структурированных образовательных программ и рационального применения ингибитора АПФ Престариума в отношении повышения приверженности и мотивации к антигипертензивной терапии. Результаты исследования ПРИЗМА. *Клин. фармакология и терапия*. 2011; 20(4): 15–21. [Kobalava Zh. D., Villeval'de S. V., Isikova Kh. V. Effektivnost' strukturirovannykh obrazovatel'nykh programm i ratsional'nogo primeneniya ingibitora APF Prestariuma v otnoshenii povysheniya priverzhennosti i motivatsii k antigipertenzivnoy terapii. *Rezultaty issledovaniya PRIZMA. Klin. farmakologiya i terapiya*. 2011; 20(4): 15–21. (in Russian)]
- Лукина Ю. В., Марцевич С. Ю., Кутищенко Н. П. Шкала Мориски — Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. *Рационал. фармакотерапия в кардиологии*. 2016; 12(1): 63–5. [Lukina Yu. V., Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P. Shkala Moriski — Grina: plyusy i minusy universal'nogo testa, rabota nad oshibkami. *Ratsion. farmakoterapiya v kardiologii*. 2016; 12(1): 63–5. (in Russian)]
- Семёнова Ю. В., Кутищенко Н. П., Марцевич С. Ю. Анализ проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации по данным опубликованных исследований. *Рационал. фармакотерапия в кардиологии*. 2015; 11(6): 618–25. [Semenova Yu. V., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu. Analiz problemy nizkoj priverzhennosti patsientov k poseshcheniyu ambulatornykh uchrezhdenii i programm kardioreabilitatsii po dannym opublikovannykh issledovaniy. *Ratsion. farmakoterapiya v kardiologii*. 2015; 11(6): 618–25. (in Russian)]
- 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.
- Приказ Минздрава России от 06.03.2015 N 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядка по их заполнению». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201504090010> (дата обращения — 20.09.2017). [Prikaz Minzdrava Rossii ot 06.03.2015 N 87n "Ob unifikirovannoi forme meditsinskoi dokumentatsii i forme statisticheskoi otchetnosti, ispol'zuemykh pri provedenii dispanserizatsii opredelennykh grupp vzroslogo naseleniya i profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov, poryadkakh po ikh zapolneniyu". <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201504090010> (data obrashcheniya — 20.09.2017). (in Russian)]
- Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Деев А. Д., Константинов В. В., Капустина А. В. Динамика артериальной гипертензии и ее влияние на смертность в российской популяции. *Системные гипертензии*. 2014; 11(4): 17–21. [Balanova Yu. A., Shal'nova S. A., Deev A. D., Konstantinov V. V., Kapustina A. V. Dinamika arterial'noi gipertonii i ee vliyaniya na smertnost' v rossiiskoi populyatsii. *Sistemnyye gipertenzii*. 2014; 11(4): 17–21. (in Russian)]
- Елисеева А. А., Гарина К. И. Отношение к заболеванию и комплаентность больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от возраста и гендерного фактора. *Бюл. медицинских интернет-конференций*. 2014; 4(5): 510–1. [Eliseeva A. A., Garina K. I. Otnoshenie k zabolevaniyu i komplaentnost' bol'nykh s fibrillyatsiyey predserdii v zavisimosti ot vozrasta i gendernogo faktora. *Byul. meditsinskikh internet-konferentsii*. 2014; 4(5): 510–1.]
- Небиридзе Д. В., Сарычева А. Ф., Камышова Т. В. Актуальные вопросы контроля артериальной гипертензии и нарушения липидного обмена: фокус на приверженность. *Профилактическая медицина*. 2015; 18(6): 87–90. [Nebiridze D. V., Sarycheva A. F., Kamysheva T. V. Aktual'nye voprosy kontrolya arterial'noi gipertenzii i narusheniya lipidnogo obmena: fokus na priverzhennost'. *Profilakticheskaya meditsina*. 2015; 18(6): 87–90. (in Russian)]
- Марцевич С. Ю., Семёнова Ю. В., Кутищенко Н. П., Загребельный А. В., Гинзбург М. Л. Оценка приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений и ее влияния на качество терапии до развития острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3. *Рос. кардиол. журн.* 2016; 6(134): 55–60. [Martsevich S. Yu., Semenova Yu. V., Kutishenko N. P., Zagrebelynyi A. V., Ginzburg M. L. Otsenka priverzhennosti patsientov k poseshcheniyu lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenii i ee vliyaniya na kachestvo terapii do razvitiya ostrogo koronarnogo sindroma v ramkakh registra LIS-3. *Ros. kardiolog. zhurn.* 2016; 6(134): 55–60. (in Russian)]
- Бойцов С. А., Марцевич С. Ю., Гинзбург М. Л., Кутищенко Н. П., Дроздова Л. Ю., Акимова А. В. и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговую инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. *Рационал. фармакотерапия в кардиологии*. 2013; 9(2): 114–22. [Boitsov S. A., Martsevich S. Yu., Ginzburg M. L., Kutishenko N. P., Drozdova L. Yu., Akimova A. V. i dr. Lyubereckoe issledovanie smertnosti bol'nykh, perenessikh mozgovoii insult ili tranzitornuyu ishemicheskuyu ataku (LIS-2). Dizain i otsenka lekarstvennoy terapii. *Ratsion. farmakoterapiya v kardiologii*. 2013; 9(2): 114–22. (in Russian)]
- Моисеев С. В. Как улучшить приверженность к двойной антиромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. *Клин. фармакология и терапия*. 2011; 20(4): 34–40. [Moiseev S. V. Kak uluchshit' priverzhennost' k dvoinoi antitrombotsitarnoi terapii posle ostrogo koronarnogo sindroma. *Klin. farmakologiya i terapiya*. 2011; 20(4): 34–40. (in Russian)]
- Лукина Ю. В., Гинзбург М. Л., Смирнов В. П., Кутищенко Н. П., Марцевич С. Ю. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. *Клиницист*. 2012; 2: 41–9. [Lukina Yu. V., Ginzburg M. L., Smirnov V. P., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu. Priverzhennost' lecheniyu, predshestvuyushchemu gosпитализatsii, u patsientov s ostrym koronarnym sindromom. *Klinitsist*. 2012; 2: 41–9. (in Russian)]
- Wetzels G., Nolemans P., Schouten J., Prins M. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J. Hypertens.* 2004; 22(10): 1849–55.
- Шальнова С., Кукушкин С., Манюшкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии. *Врач*. 2009; 12: 39–42. [Shal'nova S., Kukushkin S., Manosheva E., Timofeeva T. Arterial'naya gipertenziya i priverzhennost' terapii. *Vrach*. 2009; 12: 39–42. (in Russian)]
- Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *Am. J. Hypertens.* 2006; 19(11): 1190–6. [D]

Библиографическая ссылка:

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). С. 32–36.

Citation format for this article:

Bolotova E. V., Kontsevaya A. V., Kovrigina I. V. Medication Adherence in Patients with Cardiovascular Disease: Data from a Krasnodar Territorial Outpatient Clinic. *Doctor.Ru*. 2017. 10(139): 32–36.