



Приверженность к рекомендациям по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Е. В. Болотова¹, И. М. Комиссарова^{1, 2}

¹ Кубанский государственный медицинский университет

² Северская центральная районная больница, ст. Северская

Цель исследования: оценка приверженности к выполнению рекомендаций по коррекции модифицируемых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) сельского населения Краснодарского края в зависимости от метода профилактики.

Дизайн: открытое рандомизированное эпидемиологическое исследование.

Материалы и методы. Обследована популяционная выборка сельского населения Краснодарского края, сформированная по методу L. Kish (2189 человек, из которых женщин было 54,0%, мужчин — 46,0%; средний возраст — 47,7 ± 16,6 года). Модифицируемые ФР ССЗ определяли опросным методом на основании унифицированного вопросника, включенного в основную анкету диспансеризации и профилактического осмотра. Оценивали приверженность к выполнению профилактических рекомендаций по коррекции модифицируемых ФР ССЗ и приверженность к медикаментозному лечению (опросник Мориски — Грина).

Результаты. В сельской популяции Краснодарского края через 3 года после профилактического консультирования выявлена положительная динамика модифицируемых ФР ССЗ; доля пациентов, приверженных к выполнению рекомендаций, увеличилась на 23,9%, недостаточно приверженных — на 7,6%, а количество неприверженных уменьшилось на 31,5%. Среди приверженных к выполнению рекомендаций статистически значимо преобладали женщины (58,5% vs 38,0%; $p = 0,000$); среди недостаточно приверженных и неприверженных — мужчины (33,6% vs 23,1% и 28,3% vs 18,4% соответственно, в обоих случаях $p = 0,000$). Приверженность к выполнению профилактических рекомендаций была максимальной у лиц 56–65 лет (35,6%), минимальной — у пациентов 18–25 лет (2,2%). Более привержены к выполнению рекомендаций лица со средне-специальным (54,9%) и высшим (53,6%) образованием.

Заключение. Зарегистрирована недостаточная приверженность к выполнению рекомендаций по коррекции ФР ССЗ и медикаментозной терапии АГ в сельской популяции Краснодарского края, однако отмечена положительная тенденция к ее повышению. Наиболее привержены к выполнению рекомендаций получившие и углубленные индивидуальные, и групповые профилактические консультации.

Ключевые слова: приверженность, профилактическое консультирование, сельская популяция.

Compliance with Recommendations for Management of Cardiovascular Risk

E. V. Bolotova¹, I. M. Komissarova^{1, 2}

¹ Kuban State Medical University

² Severskaya Central District Hospital, Severskaya

Study Objective: To assess compliance with recommendations for management of modifiable cardiovascular risk factors (RF) in the rural population of Krasnodar Territory, in relationship to the prevention strategy employed.

Study Design: This was an open-label, randomized epidemiological study.

Materials and Methods: A sample was created from the rural population of Krasnodar Territory using the Kish method (2,189 people, of whom 54.0% were female and 46.0% male; mean age 47.7 ± 16.6) and examined during the study. Modified cardiovascular RF were evaluated using a unified questionnaire, which was part of the main questionnaire developed as a tool for routine and preventive check-ups. Compliance with preventive recommendations for management of modifiable cardiovascular RF and with medication therapy was assessed using the Morisky-Green questionnaire.

Study Results: Three years after preventive counselling, positive changes were observed in modifiable cardiovascular RF in this population of rural residents of Krasnodar Territory; percentage of patients compliant and insufficiently compliant with the recommendations increased by 23.9 and 7.6 points, respectively, while the number of non-compliant patients decreased by 31.5%. Among the compliant patients, the percentage of women was statistically significantly greater (58.5% vs. 38.0%; $p = 0.000$); in the groups of insufficiently compliant and non-compliant patients there were more men than women (33.6% vs. 23.1% and 28.3% vs. 18.4% respectively, $p = 0.000$ for both comparisons), which again was a statistically significant difference. The highest (35.6%) and lowest (2.2%) rates of compliance with preventive recommendations were seen among patients aged 56 to 65 and 18 to 25, respectively. Graduates of vocational secondary schools and universities were more compliant (54.9% and 53.6%, respectively).

Conclusion: The study showed that rural residents of Krasnodar Territory are insufficiently compliant with recommendations for managing cardiovascular RF and with medication therapy for hypertension. However, a positive trend towards improved compliance was observed. The highest compliance was achieved by those who received both thorough individual counselling and preventive group counselling.

Keywords: compliance, preventive counselling, rural population.

На протяжении многих лет сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смерти среди населения [1]. По данным ВОЗ, 80% летальных исходов ССЗ можно предотвратить коррекцией поведенческих факторов риска (ФР) [2]. Реализация Федеральной программы по диспансеризации взрослого населения увеличила выяв-

ление ФР ССЗ в первичном звене здравоохранения в 3,5 раза по сравнению с самообращением [3]. Профилактическое консультирование является наименее экономически затратным и одним из наиболее эффективных методов профилактической стратегии [4]. Вместе с тем приверженность пациентов к выполнению профилактических рекомендаций

Болотова Елена Валентиновна — д. м. н., доцент, профессор кафедры терапии № 1 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. 350063, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4. E-mail: bolotowa_e@mail.ru
Комиссарова Ирина Михайловна — участковый терапевт терапевтического отделения поликлиники МБУЗ МО СР «Северская ЦРБ»; аспирант кафедры терапии № 1 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. 353240, ст. Северская, ул. Базарная, д. 15. E-mail: klimenteva_08@mail.ru



в настоящее время остается низкой. Согласно данным ВОЗ, повышение приверженности к коррекции модифицируемых ФР ССЗ может более существенно влиять на здоровье населения, чем совершенствование методов лечения [2]. По сей день остается неизученным вопрос о приверженности жителей сельской местности к выполнению профилактических рекомендаций после профилактического консультирования.

Цель работы: оценка приверженности к выполнению рекомендаций по коррекции модифицируемых ФР ССЗ сельского населения Краснодарского края в зависимости от метода профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследована популяционная выборка (2189 человек) взрослого населения сельской местности Краснодарского края (54,0% женщин и 46,0% мужчин), средний возраст составил $47,7 \pm 16,6$ года (мужчины — $46,3 \pm 15,8$ года, женщины — $48,9 \pm 17,2$ года; $p < 0,0001$). Выборка была сформирована случайным образом по территориальному принципу на базе лечебно-профилактических учреждений по методу L. Kish [5] в три этапа: отбор лечебно-профилактических учреждений, врачебных участков и домовладений с марта по август 2013 г. На первом этапе из 8 поликлиник сельского района случайным образом отобраны 4 поликлиники (средняя численность населения, которое обслуживает одна поликлиника, — 25 000 человек); на втором этапе таким же образом отобрано по 6 врачебных участков (средняя численность участка — 2500 человек). На третьем этапе с каждого участка выбраны по 100 домохозяйств (с шагом 20), из которых брали одного человека старше 18 лет с более ранней датой рождения.

4 поликлиники \times 6 врачебных участков \times 100 домохозяйств = 2400 человек.

Случайный отбор проводили в программе Excel с помощью функции «случайное число». В итоге объем выборки составил 2189 человек, процентная доля потерь — 8,8%.

Измерены рост участников эксперимента, масса тела, окружность талии и бедер, АД; рассчитан ИМТ. В сыворотке крови пациентов определяли уровень общего холестерина (ОХ); в плазме крови — концентрацию глюкозы. Согласно классификации ВОЗ (1997, 2003), при ИМТ $\geq 18,5 < 25,0$ кг/м² массу тела считали нормальной; при ИМТ $\geq 25,0 \leq 29,9$ кг/м² — избыточной, при ИМТ $\geq 30,0$ кг/м² устанавливали диагноз ожирения [7]. Абдоминальное ожирение определяли при объеме талии у мужчин ≥ 94 см, у женщин ≥ 80 см [6]. АД фиксировали при АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. или в случае приема пациентом антигипертензивных средств [7]. Повышенными считали уровни ОХ $\geq 5,0$ ммоль/л и глюкозы $> 6,1$ ммоль/л [8]. К употребляющим табак относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету в сутки. Физическую активность оценивали как низкую при ходьбе в умеренном или быстром темпе (включая путь до места работы и обратно) менее 30 минут в день.

Критерии нерационального питания:

- избыточное употребление сахара, меда и других сладостей в день (6 кусков/чайных ложек и более);
- отсутствие контроля жирности пищевых продуктов, когда пациент не обращал внимания на содержание жира и холестерина в продуктах при покупке и приготовлении пищи;
- недостаточное употребление овощей и фруктов: реже одного раза в день или менее 400 г (не считая картофеля).

Употребление алкоголя расценивали как чрезмерное, если доза алкоголя в пересчете на чистый этанол превышала 30 мл в сутки для мужчин и 20 мл для женщин [8].

Модифицируемые ФР ССЗ оценивали опросным методом на основании унифицированного вопросника, включенного в основную анкету диспансеризации и профилактического осмотра [8]. В исследовании характеризовали приверженность к выполнению профилактических рекомендаций по коррекции ФР ССЗ, поэтому в анкету включили нижеследующие необходимые вопросы.

- Какие факторы риска развития ССЗ Вы знаете?
- Проводил ли с Вами врач/иной работник когда-либо беседы о профилактике ССЗ?
- Выполняете ли Вы рекомендованные врачом мероприятия по коррекции ФР ССЗ?

В зависимости от степени приверженности к выполнению профилактических рекомендаций выделены три группы пациентов:

- 1) приверженные — выполнявшие все рекомендации врача;
- 2) недостаточно приверженные — выполнявшие данные рекомендации частично;
- 3) неприверженные — не выполнявшие рекомендации.

Приверженность к медикаментозному лечению оценивали с помощью специализированного опросника Мориски — Грина [9]. Приверженными считали пациентов, набравших 4 балла, недостаточно приверженными — 3 балла, не приверженными к лечению — не более 2 баллов. Приверженность к выполнению профилактических рекомендаций определяли до профилактического консультирования и спустя 3 года после него.

В группу динамического наблюдения включили данные больных с ФР ССЗ с откликом 80,1% ($n = 1005$, из них 43,2% мужчин и 56,8% женщин, средний возраст — $58,47 \pm 13,7$ года), которые были повторно обследованы через 3 года (с марта по август 2016 г.). Пациентов вызывали, позвонив им по телефону и с помощью дворовых обходов.

Между первым и вторым обследованием участники эксперимента могли обращаться в лечебные учреждения по мере необходимости. В отделении медицинской профилактики специально обученный медицинский персонал проводил углубленное индивидуальное и групповое (Школа пациента) профилактическое консультирование по коррекции ФР ССЗ и давал рекомендации по фармакотерапии. По возрасту обследованные были разделены на шесть групп: 18–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65 лет, старше 65 лет.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом, все больные подписали информированное согласие на участие.

Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Статистическую значимость различий оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента (t) и непараметрических критериев χ^2 , Колмогорова — Смирнова, F-критерия Фишера, Мак-Немара. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние значения исследуемых ФР ССЗ до профилактического консультирования и спустя 3 года представлены в *таблице 1* (при сравнении для всех ФР $p = 0,000$). В зависимости от метода профилактического консультирования выделены две группы пациентов:

- I группа — 69,9% (39,3% мужчин и 60,7% женщин; $\chi^2 = 15,62$; $p = 0,000$), получившие только углубленное индивидуальное профилактическое консультирование;

• II группа — 30,1% (52,5% мужчин и 47,5% женщин; $\chi^2 = 15,26$; $p = 0,000$), получившие индивидуальное и групповое профилактическое консультирование в «Школе пациента».

Через 3 года после профилактического консультирования доля лиц с нормальным ИМТ увеличилась на 5,1% ($\chi^2 = 118,40$; $p = 0,000$), а с ожирением — уменьшилась на 10,6% ($\chi^2 = 56,462$; $p = 0,000$). Эти 10,6% после снижения веса перешли в группу с избыточной массой тела (табл. 2). Количество участников с абдоминальным ожирением снизилось на 8,9% ($\chi^2 = 87,011$; $p = 0,000$); с гиперхолестеринемией — на 17,8% ($\chi^2 = 175,05$; $p = 0,000$); с низкой физической активностью — на 10,9% ($\chi^2 = 107,009$; $p = 0,000$); с нерациональным питанием — на 14,0% ($\chi^2 = 139,007$; $p = 0,000$), с гипергликемией — на 4,9% ($\chi^2 = 45,176$; $p = 0,000$).

Доля пациентов, чрезмерно употреблявших алкоголь, сократилась на 1,1% ($\chi^2 = 0,2$; $p = 0,001$), с систолическим АД ≥ 140 мм рт. ст. — на 17,4% ($\chi^2 = 173,006$; $p = 0,000$),

с диастолическим АД ≥ 90 мм рт. ст. — на 5,4% ($\chi^2 = 52,019$; $p = 0,000$), бросили курить 3,3% ($\chi^2 = 31,03$; $p = 0,000$).

Доля пациентов, приверженных к выполнению рекомендаций, увеличилась на 23,9%, недостаточно приверженных — на 7,6%, а число неприверженных уменьшилось на 31,5% (для всех случаев $p = 0,000$) (рис.). Среди приверженных к выполнению рекомендаций статистически значимо преобладали женщины (58,5% против 38,0%; $\chi^2 = 41,353$; $p = 0,000$); среди недостаточно приверженных и неприверженных, напротив, — мужчины (33,6% против 23,1% женщин; $\chi^2 = 13,646$; $p = 0,000$ и 28,3% против 18,4%; $\chi^2 = 13,924$; $p = 0,000$ соответственно). Наиболее приверженными к выполнению рекомендаций оказались пациенты после профилактического консультирования обоими методами: углубленным индивидуальным и групповым (табл. 3).

В таблице 4 представлен анализ гендерных различий приверженности участников к выполнению профилактических рекомендаций в зависимости от вида профилакти-

Таблица 1

Средние значения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний до профилактического консультирования и через 3 года после него

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	До консультирования	Через 3 года
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	141,3 ± 19,4	134,9 ± 12,9
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	81,0 ± 10,7	80,0 ± 10,0
Индекс массы тела, кг/м ²	31,4 ± 5,9	29,6 ± 6,8
Окружность талии, см	98,2 ± 13,4	97,8 ± 13,8
Окружность бедер, см	109,7 ± 11,5	108,9 ± 10,8
Концентрация общего холестерина, ммоль/л	5,6 ± 1,1	5,3 ± 1,0
Концентрация глюкозы, ммоль/л	5,5 ± 1,5	5,3 ± 1,2

Таблица 2

Доля пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний до профилактического консультирования и после него в зависимости от метода консультации, %

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Всего (n = 1005)		P	Углубленное индивидуальное профилактическое консультирование (n = 702)		P	Углубленное индивидуальное и групповое профилактическое консультирование (n = 303)		P
	до	после		до	после		до	после	
Систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст.	61,6	44,2	0,000	58,9	43,1	0,000	68,0	46,9	0,000
Диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст.	35,7	30,3	0,000	34,4	29,4	0,000	38,6	32,3	0,000
Индекс массы тела 25,0–29,9 кг/м ²	34,4	29,3	0,000	34,5	29,5	0,000	34,3	28,7	0,047
Индекс массы тела $\geq 30,0$ кг/м ²	56,8	46,2	0,000	56,4	48,3	0,000	57,8	41,3	0,000
Абдоминальное ожирение	82,1	73,2	0,000	81,1	74,2	0,000	84,5	71,0	0,000
Концентрация общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л	66,6	48,8	0,000	63,1	50,4	0,000	74,6	44,9	0,000
Концентрация глюкозы $> 6,1$ ммоль/л	21,4	16,5	0,000	19,4	14,7	0,000	26,1	20,8	0,000
Низкая физическая активность	47,4	36,5	0,000	47,3	36,0	0,000	47,5	37,6	0,000
Нерациональное питание	77,8	63,8	0,000	75,9	61,0	0,000	82,2	70,3	0,000
Курение	19,6	16,3	0,000	18,8	15,0	0,000	21,5	19,5	0,031
Чрезмерное употребление алкоголя	14,4	13,3	0,001	15,4	14,8	0,125	12,2	9,9	0,016

ческого консультирования. Статистически значимо более приверженными к выполнению профилактических рекомендаций оказались женщины, прошедшие углубленное индивидуальное и групповое профилактическое консультирование. Вместе с тем среди недостаточно приверженных и неприверженных мужчин статистически значимо преобладали получившие углубленное индивидуальное профилактическое консультирование.

С возрастом количество не приверженных к выполнению профилактических рекомендаций увеличивалось ($\chi^2 = 10,227$; $p = 0,069$) и было максимальным у больных старше 65 лет — 29,4% (49,3% мужчин и 50,7% женщин; $\chi^2 = 3,448$; $p = 0,063$). Число недостаточно приверженных также увеличивалось с возрастом и было наибольшим среди лиц старше 65 лет — 36,7% (48,0% мужчин и 52,0% женщин; $\chi^2 = 0,796$; $p = 0,372$). Доля приверженных к выполнению профилактических рекомендаций была максимальной в возрасте 56–65 лет — 35,7% (20,1% мужчин и 79,9% женщин; $\chi^2 = 0,574$; $p = 0,449$), минимальной — в 18–25 лет — 2,2% (9,1% мужчин и 90,9% женщин; $\chi^2 = 1,238$; $p = 0,266$).

Наименее приверженными к выполнению профилактических рекомендаций были лица со средним образованием — 45,6% (29,5% мужчин и 70,5% женщин; $\chi^2 = 7,835$; $p = 0,005$);

Рис. Показатели приверженности к выполнению профилактических рекомендаций до профилактического консультирования и через 3 года после него.

* Различия между показателями до и после профилактического консультирования статистически значимы ($p = 0,000$).

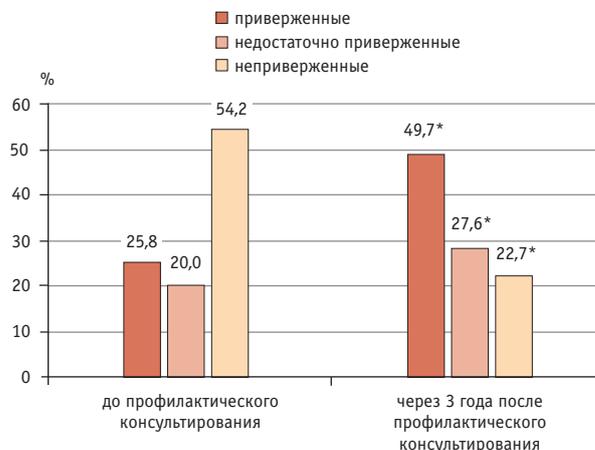


Таблица 3

Показатели приверженности к выполнению профилактических рекомендаций по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от профилактического консультирования, %

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Приверженные		P	Недостаточно приверженные		P	Неприверженные		P
	I гр. (n = 327)	II гр. (n = 172)		I гр. (n = 202)	II гр. (n = 76)		I гр. (n = 173)	II гр. (n = 55)	
Систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст.	64,9	44,6	0,000	73,5	54,0	0,000	53,9	35,2	0,000
Диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст.	35,3	28,8	0,000	39,4	33,6	0,000	31,6	28,5	0,031
Индекс массы тела 25,0–29,9 кг/м ²	46,4	54,0	0,000	34,3	24,1	0,000	19,3	21,9	0,009
Индекс массы тела $\geq 30,0$ кг/м ²	43,7	51,2	0,000	28,9	26,4	0,000	27,4	22,4	0,000
Абдоминальное ожирение	44,5	56,7	0,000	30,3	22,8	0,000	25,2	20,5	0,000
Концентрация общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л	40,4	50,8	0,000	29,4	23,5	0,000	30,2	25,7	0,000
Концентрация глюкозы $> 6,1$ ммоль/л	50,5	54,0	0,067	30,1	23,8	0,027	19,4	22,2	0,391
Низкая физическая активность	45,4	54,4	0,000	27,3	28,1	0,000	27,3	17,5	0,000
Нерациональное питание	44,4	57,7	0,000	30,6	24,9	0,000	25,0	17,4	0,000
Курение	41,0	52,6	0,201	28,6	28,8	0,080	30,4	18,6	0,002
Чрезмерное употребление алкоголя	37,5	66,6	0,019	29,8	16,7	0,000	32,7	16,7	0,000

Примечание: I группа — пациенты, получившие углубленное индивидуальное профилактическое консультирование; II группа — пациенты, получившие углубленное индивидуальное и групповое профилактическое консультирование (Школа пациента).

Таблица 4

Гендерные различия приверженности к выполнению профилактических рекомендаций в группе динамического наблюдения в зависимости от вида профилактического консультирования, n (%)

Вид профилактического консультирования	Приверженные			P	Недостаточно приверженные			P	Неприверженные			P
	всего	мужчины	женщины		всего	мужчины	женщины		всего	мужчины	женщины	
I группа — углубленное индивидуальное консультирование (n = 702)	327 (46,6)	95 (34,5)	232 (54,3)	0,000	202 (28,8)	96 (34,9)	106 (24,8)	0,000	173 (24,6)	84 (30,5)	89 (20,8)	0,004
II группа (n = 303) — углубленное индивидуальное и групповое консультирование (Школа пациента)	172 (56,8)	70 (44,0)	102 (70,8)	0,000	76 (25,1)	50 (31,4)	26 (18,1)	0,007	55 (18,2)	39 (24,5)	16 (11,1)	0,002
Всего (n = 1005)	499 (49,7)	165 (38,0)	334 (58,5)	0,005	278 (27,7)	146 (33,6)	132 (23,1)	0,000	228 (22,7)	123 (28,3)	105 (18,4)	0,000

среди приверженных к выполнению рекомендаций доля лиц с высшим образованием составила 53,6% (43,2% мужчин и 56,8% женщин; $\chi^2 = 1,009$; $p = 0,315$), со средне-специальным — 54,9% (34,3% и 65,7% соответственно; $\chi^2 = 5,082$; $p = 0,024$).

По результатам анализа приверженности к медикаментозной терапии пациентов с АГ (n = 786), через 3 года после профилактического консультирования количество приверженных выросло на 23,9% (49,6% против 25,7%; $\chi^2 = 182,130$; $p = 0,000$), недостаточно приверженных — на 10,0% (29,5% против 19,5%; $\chi^2 = 25,245$; $p = 0,000$), а доля неприверженных снизилась на 33,9% (54,8% против 20,9%; $\chi^2 = 261,092$; $p = 0,000$). Статистически значимо более приверженными к лечению были женщины (38,2% мужчин против 59,9% женщин; $\chi^2 = 37,015$; $p = 0,000$), а недостаточно приверженными и неприверженными — мужчины (34,9% мужчин против 24,6% женщин; $\chi^2 = 10,008$; $p = 0,002$ и 26,9% мужчин против 15,5% женщин соответственно; $\chi^2 = 15,484$; $p = 0,000$). Средний балл приверженности к лечению среди пациентов с АГ (табл. 5) был статистически значимо выше у получивших профилактические консультации обоих видов ($p = 0,000$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования выявили статистически более значимую положительную динамику модифицируемых ФР ССЗ

в группе обследованных, получивших профилактические консультации обоих видов. Аналогичные данные получены в исследовании А. В. Петрищевой и соавт., показавших положительное влияние обучения жителей города Перми в Школе здоровья на ФР ССЗ [10]. Наши данные согласуются с результатами исследования J. Jip и соавт., согласно которым возраст старше 65 лет и моложе 35 лет снижает приверженность к выполнению врачебных рекомендаций [11]. Более высокий уровень приверженности к выполнению рекомендаций и лечению среди женщин также отмечен в исследовании Т. С. Алексеевой [12]. Наименее приверженными к выполнению профилактических рекомендаций в нашем исследовании были лица со средним образованием — 45,6%, что согласуется с литературными данными [13].

По результатам многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III (2008), в реальной клинической практике приверженность к лечению пациентов с АГ в 2008 г. увеличилась по сравнению с 2002 г. и составила 79,0% против 62,1% [14]. В нашем исследовании доля участников эксперимента, приверженных к антигипертензивной терапии, через 3 года также статистически значимо увеличилась и составила 49,6% против 25,7% в 2013 г. ($p < 0,0001$). Средний балл приверженности к медикаментозному лечению больных АГ в нашем исследовании сопоставим с аналогичным показателем в ФГБУ «Клиническая больница № 1» г. Москвы [15].

Таблица 5

Средний балл приверженности к медикаментозному лечению в зависимости от вида профилактического консультирования среди пациентов с артериальной гипертензией

Вид профилактического консультирования	Средний балл приверженности к медикаментозному лечению			P (мужчины-женщины)
	всего (n = 786)	мужчины (n = 372)	женщины (n = 414)	
I группа (n = 523) — индивидуальное консультирование	3,30 ± 0,8	3,17 ± 0,8	3,41 ± 0,8	0,005
II группа (n = 263) — индивидуальное и групповое консультирование	3,38 ± 0,9	3,24 ± 0,8	3,55 ± 0,8	0,002

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зарегистрирована недостаточная приверженность к выполнению рекомендаций по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и медикаментозной терапии АГ в сельской популяции Краснодарского края,

однако отмечена положительная тенденция к ее повышению. Наиболее привержены к выполнению рекомендаций получившие профилактические консультации обоих видов: углубленные индивидуальные и групповые.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С. А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний. *Терапевт. архив.* 2016; 88(1): 4–10. [Boitsov S. A. Aktual'nye napravleniya i novye dannye v epidemiologii i profilaktike neinfektsionnykh zabolevanii. *Terapevt. arkhiv.* 2016; 88(1): 4–10. (in Russian)]
2. Всемирная организация здравоохранения. Проект комплексной глобальной системы мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева; 2012. A_NCD_INF1-ru.pdf [Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Proekt kompleksnoi global'noi sistemy monitoringa, vkluchaya pokazateli i kompleks dobrovol'nykh global'nykh tselei po profilaktike neinfektsionnykh zabolevanii i bor'be s nimi. Zheneva; 2012. A_NCD_INF1-ru.pdf (in Russian)]
3. Калинина А. М., Ипатов П. В., Каминская А. К., Кушунина Д. В. Выявление болезней системы кровообращения и риска их развития при диспансеризации взрослого населения: методологические аспекты. *Терапевт. архив.* 2015; 1(87): 31–7. [Kalinina A. M., Ipatov P. V., Kaminskaya A. K., Kushunina D. V. Vyavlenie boleznei sistemy krovoobrashcheniya i riska ikh razvitiya pri dispanserizatsii vzroslogo naseleniya: metodologicheskie aspekty. *Terapevt. arkhiv.* 2015; 1(87): 31–7. (in Russian)]
4. Бойцов С. А., Чучалин А. Г., Арутюнов Г. П., Биличенко Т. Н., Бубнова М. Г., Ипатов П. В. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Российские рекомендации. *Кардиоваск. терапия и профилактика.* 2013; 4: 7–91 (приложение 1). [Boitsov S. A., Chuchalin A. G., Arutyunov G. P., Bilichenko T. N., Bubnova M. G., Ipatov P. V. i dr. Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii. Rossiiskie rekomendatsii. *Kardiovask. terapiya i profilaktika.* 2013; 4: 7–91 (prilozhenie 1). (in Russian)]
5. Kish L. *Survey Sampling.* New York: John Wiley and Sons; 1965. P. 35–47, 49–53.
6. Еганын Р. А., Измайлова О. В., Карамнова Н. С., Калинина А. М. Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела. Методические рекомендации. М.; 2012. [http://gnicpm.ru ...Оказание...снижению избыточной...тела.pdf](http://gnicpm.ru...Оказание...снижению избыточной...тела.pdf) [Eganyan R. A., Izmailova O. V., Karamnova N. S., Kalinina A. M. Okazanie meditsinskoj pomoshchi vzrosloму naseleniyu po snizheniyu izbytochnoi massy tela. *Metodicheskie rekomendatsii.* M.; 2012. [http://gnicpm.ru ...Оказание...снижению избыточной...тела.pdf](http://gnicpm.ru...Оказание...снижению избыточной...тела.pdf) (in Russian)]
7. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (4-й пересмотр). Системные гипертензии. 2010; 3: 5–26. [Diagnostika i lechenie arterial'noi gipertenzii. Rossiiskie rekomendatsii (4-i peresmotr). *Sistemnye gipertenzii.* 2010; 3: 5–26. (in Russian)]
8. Бойцов С. А., Вылегжанин С. В., Гамбарян М. Г., Гулин А. Н., Еганын Р. А., Зубкова И. И. и др. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации (Приложение 8).

- М.; 2013. <http://profmed.rosminzdrav.ru/downloads/c2m1i2/Метод%20реком%20диспансеризация.pdf> [Boitsov S. A., Vylegzhanin S. V., Gambaryan M. G., Gulin A. N., Eganyan R. A., Zubkova I. I. i dr. Organizatsiya provedeniya dispanserizatsii i profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov vzroslogo naseleniya. *Metodicheskie rekomendatsii (Prilozhenie 8).* M.; 2013. <http://profmed.rosminzdrav.ru/downloads/c2m1i2/Метод%20реком%20диспансеризация.pdf> (in Russian)]
9. 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.
10. Петрищева А. В., Рямзина И. Н. Влияние обучения в Школе здоровья на факторы кардиоваскулярного риска. *Профилакт. медицина.* 2011; 6: 26–9. [Petrishcheva A. V., Ryamzina I. N. Vliyaniye obucheniya v Shkole zdorov'ya na faktory kardiovaskulyarnogo riska. *Profilakt. meditsina.* 2011; 6: 26–9. (in Russian)]
11. Jin J., Sklar G. E., Min Sen Oh V., Li S. C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther. Clin. Risk Manag.* 2008; 4(1): 269–86.
12. Алексеева Т. С., Огарков М. Ю., Скрипченко А. Е., Янкин М. Ю. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. *Системные гипертензии.* 2013; 2(10): 19–22. [http://www.gipertonik.rufiles/journals/SG2\(2013\).pdf](http://www.gipertonik.rufiles/journals/SG2(2013).pdf) [Alekseeva T. S., Ogarkov M. Yu., Skripchenko A. E., Yankin M. Yu. Faktory, vliyayushchie na priverzhennost' k modifikatsii obraza zhizni v organizovannoi populyatsii. *Sistemnye gipertenzii.* 2013; 2(10): 19–22. [http://www.gipertonik.rufiles/journals/SG2\(2013\).pdf](http://www.gipertonik.rufiles/journals/SG2(2013).pdf) (in Russian)]
13. Нелидова А. В., Усачева Е. В., Замахина О. В., Супрун Е. В. Факторы, влияющие на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события. *Соврем. пробл. науки и образования.* 2015; 4: 364. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20994> [Nelidova A. V., Usacheva E. V., Zamakhina O. V., Suprun E. V. Faktory, vliyayushchie na priverzhennost' k lecheniyu u patsientov s koronarnym aterosklerozom v otдаленном periode sosudistogo sobytiya. *Sovrem. probl. nauki i obrazovaniya.* 2015; 4: 364. (in Russian)]
14. Леонова М. В., Белоусов Ю. Б., Штейнберг Л. Л., Галицкий А. А., Белоусов Д. Ю. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в России (по результатам фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III). *Рос. кардиол. журн.* 2011; 88(2): 9–16. [Leonova M. V., Belousov Yu. B., Shteinberg L. L., Galitskii A. A., Belousov D. Yu. Farmakoepidemiologiya arterial'noi gipertonii v Rossii (po rezul'tatam farmakoepidemiologicheskogo issledovaniya PIFAGOR III). *Ros. kardiolog. zhurn.* 2011; 88(2): 9–16. (in Russian)]
15. Небуеридзе Д. В., Сарычева А. Ф., Камышова Т. В. Актуальные вопросы контроля артериальной гипертензии и нарушения липидного обмена: фокус на приверженность. *Профилакт. медицина.* 2015; 18(6): 87–90. [Nebueridze D. V., Sarycheva A. F., Kamyshova T. V. Aktual'nye voprosy kontrolya arterial'noi gipertenzii i narusheniya lipidnogo obmena: fokus na priverzhennost'. *Profilakt. meditsina.* 2015; 18(6): 87–90. (in Russian)] **D**

Библиографическая ссылка:

Болотова Е. В., Комиссарова И. М. Приверженность к рекомендациям по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // Доктор.Ру. 2017. № 5 (134). С. 25–30.

Citation format for this article:

Bolotova E. V., Komissarova I. M. Compliance with Recommendations for Management of Cardiovascular Risk. *Doctor.Ru.* 2017; 5(134): 25–30.