

## ИЗМЕНЕНИЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СМЕНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Концевая А. В.<sup>1</sup>, Романенко Т. С.<sup>1</sup>, Выгодин В. А.<sup>1</sup>, Фитилев С. Б.<sup>2</sup>

Соблюдение рекомендованной схемы лечения является значимым компонентом приверженности к антигипертензивной терапии (АГТ), который ассоциирован с эффективностью лечения и целесообразностью расходования ограниченных ресурсов здравоохранения.

**Цель.** Изучение изменений схемы медикаментозной терапии пациентов с артериальной гипертензией (АГ), впервые обратившихся в специализированное кардиологическое учреждение, в течение 6 месяцев с момента обращения с определением факторов, ассоциированных с изменением схемы лечения.

**Материал и методы.** Исследование включало два этапа. На первом этапе, на базе одного из окружных кардиодиспансеров г. Москвы (КД) из числа пациентов с АГ, впервые обратившихся за консультацией (с января по декабрь) к врачу-кардиологу была сформирована первичная выборка участников исследования с последующим заполнением экспертных карт по данным первичной медицинской документации (n=1766). Второй этап представлял собой телефонный опрос через 6 месяцев после первичного приема (n=1419).

**Результаты.** Анализ приверженности к АГТ показал, что пациенты специализированного кардиологического учреждения характеризуются низким уровнем соблюдения врачебных рекомендаций по схеме лечения, через 6 месяцев только 25,1% принимали рекомендованные кардиологом препараты. Более половины пациентов (52,4%), изменивших схему лечения, сделали это самостоятельно, без рекомендаций врача, а среди причин изменения схемы лечения основной оказалось недоверие рекомендованной врачом схеме лечения (48,6%). Вероятность изменения рекомендованной кардиологом схемы АГТ достоверно ассоциировалась с такими факторами как возможность получения препаратов в рамках дополнительного льготного обеспечения (ОШ 2,4), наличие ишемической болезни сердца (ОШ 2,0), стаж АГ более 5 лет (ОШ 1,5), гипертонические кризы (ОШ 1,9), прием трех и более сердечно-сосудистых препаратов (ОШ 2,4), а также отсутствие в схеме АГТ фиксированных комбинаций (ОШ 1,4).

**Заключение.** Пациенты специализированного кардиологического учреждения характеризуются низким уровнем соблюдения врачебных рекомендаций

по схеме лечения в течение 6 месяцев, коррекцию схемы лечения более половины пациентов проводят самостоятельно, а основной мотивацией для принятия решения об изменении схемы лечения оказалось недоверие лечащему врачу.

**Российский кардиологический журнал 2015, 4 (120): 100–106**  
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-04-100-106>

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, приверженность к лечению, изменение схемы лечения.

<sup>1</sup>ХНИЗ ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава РФ, Москва; <sup>2</sup>ГОУ ВПО РУДН, Москва, Россия.

Концевая А. В. — д.м.н., руководитель лаборатории экономического анализа эпидемиологических исследований и профилактических технологий отдела эпидемиологии, Романенко Т. С.\* — соискатель отдела эпидемиологии, Выгодин В. А. — с.н.с. лаборатории биостатистики отдела эпидемиологии, Фитилев С. Б. — д.м.н., профессор кафедры общей и клинической фармакологии.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
 RomanenkoTD@yandex.ru

АГП — антигипертензивные препараты, АГТ — антигипертензивная терапия, АГ — артериальная гипертензия, КД — окружной кардиологический диспансер г. Москвы, АД — артериальное давление, ДЛО — дополнительное льготное обеспечение, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ОШ — отношение шансов, ДИ — доверительный интервал.

Рукопись получена 26.02.2015

Рецензия получена 05.03.2015

Принята к публикации 11.03.2015

## CHANGE OF HYPERTENSION TREATMENT SCHEME IN OUTPATIENT CARE AT SPECIALIZED CARDIOLOGIC INSTITUTION, AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE CHANGE OF ANTIHYPERTENSION THERAPY

Kontsevaya A. V.<sup>1</sup>, Romanenko T. S.<sup>1</sup>, Vygodin V. A.<sup>1</sup>, Fitilev S. B.<sup>2</sup>

Compliance to the recommended treatment strategy is a significant component of adherence to antihypertension therapy (AT) that is associated with treatment efficacy and economical benefits.

**Aim.** To study the scheme of drug therapy in patients with arterial hypertension (AH), first time requested cardiological assessment, during 6 month since the moment of the admittance with the assessment of factors associated with the treatment scheme.

**Material and methods.** The study done in 2 stages. First stage was focused on the selection of patients who first time presented at one of the district cardiodispensaries in Moscow (CD) among those with AH, from January to December. The expert charts were completed according to the source documents (n=1766). Second stage was focused on the phone survey in 6 months after primary admittance (n=1419).

**Results.** Analysis of AT compliance showed that the patients in specialized cardiological institution have low level of adherence to physicians' recommendations on the treatment scheme; in 6 months only 25,1% continued taking recommended drugs. More than a half (52,4%) of those who changed treatment scheme, done in on their own, without physician assessment. One of the reasons was distrust to

physician's recommendations (48,6%). Probability of the change of cardiologist-recommended AT was significantly related to the factors as an opportunity to get the drugs by discount rate (as incentives) (OR 2,4), coronary heart disease (OR 2,0), hypertension for less than 5 years (OR 1,5), hypertensive crises (OR 1,9), intake of three and more cardiovascular drugs (OR 2,4) and the absence of drug combinations in the scheme (OR 1,4).

**Conclusion.** Patients of the specialized cardiological institution have low level of physician recommendations adherence by the 6-month scheme of treatment, they correct their treatment themselves, and the motivation for the scheme change their name distrust to the treating physician.

**Russ J Cardiol 2015, 4 (120): 100–106**

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-04-100-106>

**Key words:** arterial hypertension, treatment adherence, change of treatment.

<sup>1</sup>FSBI SSRC PM of the Healthcare Ministry, Moscow; <sup>2</sup>SEI HPE PFUR, Moscow, Russia.

Современную ситуацию по несоблюдению врачебных рекомендаций пациентами можно охарактеризовать как “пандемию низкой приверженности к лечению” [1]. Последствиями низкой приверженности являются повышение частоты развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и смерти [2]. В последнем крупном метаанализе, включающем около двух млн. участников показано, что приблизительно 9% в Европе всех сердечно-сосудистых событий может быть следствием низкой приверженности к сердечно-сосудистой терапии, включая антигипертензивные препараты (АГП) [3].

Приверженность к лечению ассоциирована с расходом ресурсов системы здравоохранения и экономической эффективностью антигипертензивной терапии (АГТ) [4].

Приверженность к лечению — это сложное понятие, для которого существуют разные определения и которое состоит из разных компонентов. Условно можно выделить приверженность к назначенной терапии как степень регулярности приема препаратов, и именно этот компонент часто измеряют традиционные опросники и шкалы оценки приверженности [5]. Другим компонентом приверженности является соблюдение схемы рекомендованной терапии; и в этом случае низкой приверженностью будет отказ от назначенной терапии (полный или частичный) или замена препаратов в схеме лечения (как правило, самостоятельно, без рекомендаций врача). Изменение схемы лечения изучается реже, чем традиционная приверженность, под которой понимают регулярность приема препаратов. Однако в ряде исследований анализируется именно этот компонент приверженности, а также факторы, ассоциированные с высокой вероятностью изменения схемы лечения. Так, например, в итальянском исследовании показано, что среди пациентов с впервые диагностированной АГ в течение года 33% прекращают лечение, а еще 29% меняют схему лечения, добавляя или заменяя препараты [6].

В сходном британском исследовании 20,2% пациентов прекратили лечение в течение 6 месяцев после назначения терапии [7], а в крупном китайском исследовании в течение аналогичного периода времени после назначения АГТ только 3,9% пациентов изменили схему лечения (все варианты, включая полный отказ от терапии) [8].

Таким образом, изменение схемы лечения — это важный параметр приверженности к терапии, заслуживающий изучения различных категорий пациентов с АГ.

Целью исследования являлось изучение изменений схемы медикаментозной терапии пациентов с АГ, впервые обратившихся в специализированное кардиологическое учреждение, в течение 6 месяцев с момента обращения с определением факторов, ассоциированных с изменением схемы лечения.

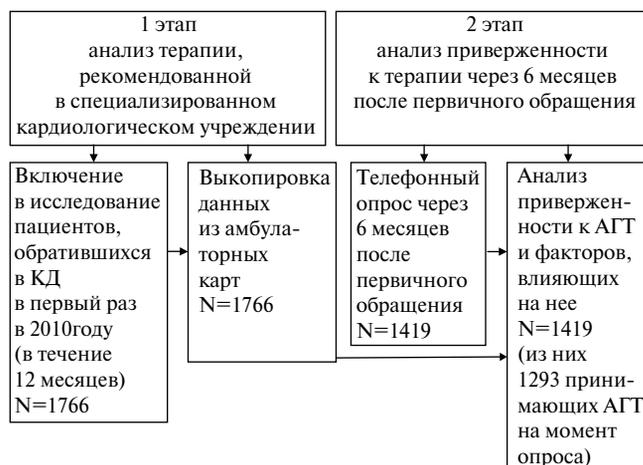


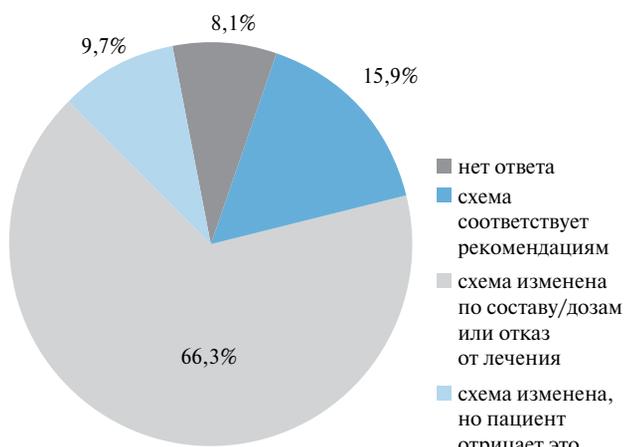
Рис. 1. Дизайн исследования.

### Материал и методы

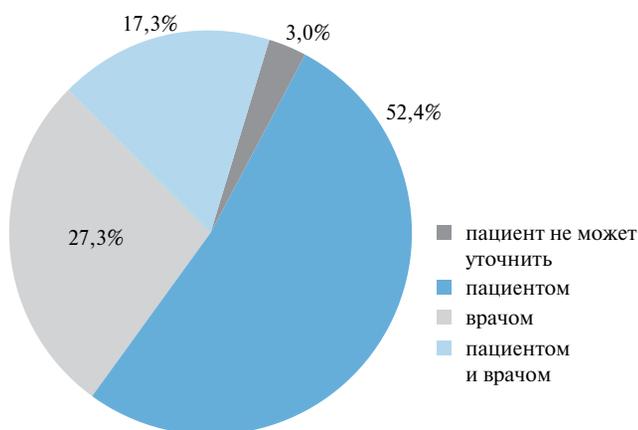
Исследование включало два этапа (рис. 1). **Первый этап** проводился на базе одного из окружных кардиологических диспансеров г. Москвы (КД). Из числа пациентов с АГ, впервые обратившихся в 2010г (с января по декабрь) к врачу-кардиологу КД была сформирована первичная выборка участников исследования. Пациенты могли ранее наблюдаться по поводу АГ в территориальных поликлиниках г. Москвы. На каждого пациента на основе данных амбулаторной карты заполнялась экспертная карта. Выкопировка данных из амбулаторных карт производилась в определенные дни недели (1-2 дня) в период с июля 2010г по апрель 2011г. В исследование включались все пациенты, впервые обратившиеся с АГ в КД, первичная медицинская документация которых была доступна в регистратуре данного лечебного учреждения. В экспертную карту вносили паспортные данные, клинический диагноз, сведения о факторах риска, длительности АГ и о ранее проводимой медикаментозной коррекции артериального давления (АД), результаты лабораторно-инструментальных обследований, а также информацию о рекомендованной кардиологом терапии АГ. Всего в исследование включено 1766 пациентов.

**Второй этап** проводился через 6 месяцев после первичного приема кардиолога КД методом телефонного опроса. Анкета содержала вопросы о проводимой терапии по коррекции АГ и эффективности АГТ. Общее число опрошенных составило 1419 человек (отклик 80,4% от первоначальной выборки).

Оценку изменений схемы лечения и соблюдения пациентами полученных рекомендаций кардиолога проводили двумя методами: анализировали ответы участников исследования на соответствующие вопросы при опросе через 6 месяцев и сравнивали врачебные назначения, указанные в амбулаторной карте со схемой лечения, которую респондент описывал в ходе телефонного опроса. Выделены следующие



**Рис. 2.** Структура изменений схемы лечения сердечно-сосудистых заболеваний (включая АГ), рекомендованной в КД в течение 6 месяцев после первичной консультации.



**Рис. 3.** Структура источников изменений схемы лечения сердечно-сосудистых заболеваний (включая АГ), рекомендованной в КД.

группы пациентов: 1. с сохранением через 6 месяцев назначенной схемы лечения; 2. с измененной схемой лечения по составу/дозам (включая полный отказ от терапии); 3. с расхождением ответа пациента и записей в амбулаторной карте и тех, кто не смог сообщить необходимую информацию.

В анализ факторов, ассоциированных с вероятностью изменения схемы лечения включили: пол, возраст, регулярность самоконтроля АД, возможность получения препаратов в рамках дополнительного льготного обеспечения (ДЛО), наличие ишемической болезни сердца (ИБС), стаж АГ, наличие гипертонического(-их) криза(-ов) за последние 6 месяцев, количество препаратов в схеме лечения всех сердечно-сосудистых заболеваний (включая АГТ) на момент опроса, прием фиксированных комбинаций на момент опроса, переносимость сердечно-сосудистых препаратов (включая АГТ).

Статистическая обработка результатов выполнялась на основе стандартных алгоритмов вариационной статистики с использованием пакета прикладных

**Таблица 1**

**Социально-демографическая и клиническая характеристика участников исследования**

Параметры	Исходно n=1766	Через 6 месяцев n=1419
Мужчины	554 (31,4%)	435 (30,7%)
Женщины	1212 (68,6%)	984 (69,3%)
Средний возраст, лет	62,21±0,24	61,94±0,26
Средний стаж АГ, лет	11,56±0,26	11,63±0,27
Среднее исходное привычное АД: САД/ДАД, мм рт.ст.	133,31±0,38/ 82,15±0,22	132,89±0,42/ 82,04±0,24
Риск развития сердечно-сосудистых осложнений АГ, %	Высокий	484 (27,4%)
	Очень высокий	1178 (66,7%)
ИБС	911 (51,6%)	722 (50,9%)

программ статистического анализа SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США). В частности, при анализе относительного риска для ассоциации различных факторов с изменением схемы лечения рассчитывали соответствующее отношение шансов (ОШ) с вычислением 95%-го доверительного интервала (ДИ).

**Результаты и обсуждение**

Социально-демографическая и клиническая характеристика участников исследования представлена в таблице 1.

Большинство участников исследования были женского пола (68,6%). Возраст пациентов варьировал от 30 до 90 лет, свыше 60% входили в возрастную группу 60 лет и старше. Средняя длительность АГ составила 11,56±0,26 лет. По результатам обследования установлено, что в абсолютном большинстве случаев у пациентов наблюдался высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений АГ. Пациенты КД характеризовались значительным количеством сопутствующих заболеваний, прежде всего — сердечно-сосудистых.

При оценке сердечно-сосудистой терапии через 6 месяцев после посещения КД установлено, что большинство пациентов изменили схему лечения в той или иной степени (66,3%) (рис. 2). Только 15,9% пациентов через 6 месяцев придерживались рекомендаций, полученных при первичной консультации в КД. Следует отметить, что около 10% опрошенных указали на соблюдение врачебных рекомендаций, полученных в КД, но при сопоставлении результатов опроса и записей амбулаторных карт этот факт не был подтвержден.

На рисунке 3 представлена структура источников изменений схемы лечения пациентами КД в течение 6 месяцев после первичной консультации.

Среди пациентов, указавших на изменение схемы сердечно-сосудистой терапии, более половины (52,4%) сообщили, что они сами произвели коррекцию лечения, около трети (27,3%) — что это сделал врач, а примерно 1/5 (17,3%) — что изменение было произведено частично самим пациентом, частично специалистами (рис. 3).

Таким образом, большая часть пациентов, самостоятельно меняет назначенную им схему лечения, что может быть связано с низкой степенью доверия врачам, даже кардиологам специализированных учреждений, и низким уровнем общего развития и образования, т.е. обывательским кругозором пациентов, которые не понимают целей лечения и важности соблюдения рекомендаций. Кроме того, это может быть косвенным признаком низкой ответственности в работе специализированных учреждений и первичного звена здравоохранения. Данное предположение подтверждают результаты тайваньского исследования, продемонстрировавшие то, что изменение клиники, где наблюдались пациенты, стало самым значимым фактором, ассоциированным с изменением АГТ [9]. Также высокая частота самостоятельной смены препаратов пациентами КД может свидетельствовать о недостаточных усилиях врачей в отношении повышения приверженности пациентов.

По данным опроса пациентов, лидирующей причиной изменения схемы лечения сердечно-сосудистых заболеваний (включая АГТ) или полного отказа от терапии, рекомендованной в специализированном кардиологическом учреждении, оказалось недоверие к назначенной врачом схеме лечения (48,6% — рис. 4). Данный факт свидетельствует о наличии серьезной проблемы восприятия пациентами врачей и их рекомендаций — это преодолимый барьер, требующий системных усилий по повышению доверия пациентов к врачам, системе здравоохранения в целом и их медицинской грамотности. Отсутствие возможности получения необходимого(-ых) препарата(-ов) в рамках ДЛО явилось другим значимым фактором несоблюдения полученных от кардиолога рекомендаций по медикаментозной терапии (23,4%), но повлиять на данную причину на уровне взаимодействия “врач-пациент” не представляется возможным. Высокая стоимость препаратов оказалась препятствием для соблюдения врачебных назначений для 18,4% пациентов, что относительно немного, но в совокупности с отсутствием препаратов в ДЛО экономические причины определяют значимый вклад в отказ от рекомендованной схемы. Плохая переносимость терапии оказалась причиной изменения схемы лечения в 19,9% случаев, а низкая эффективность терапии — в 13,2%.

Таким образом, основными причинами отказа от рекомендованной кардиологом схемы лечения



Рис. 4. Причины изменения схемы лечения/отказа от терапии сердечно-сосудистых заболеваний (включая АГТ), рекомендованной в КД в течение 6 месяцев.



Рис. 5. Факт изменения схемы/отказа от АГТ, рекомендованной в КД по данным сопоставления назначений кардиолога и указанного пациентами на момент опроса лечения.

были низкая “продвинутость” пациентов в области медицины, отсутствие “союза врача и пациента”, а отсюда — и недоверие врачам, что является управляемыми факторами, и экономические причины, которые на уровне системы нашего здравоохранения малоуправляемы.

При сравнении указанной пациентами в ходе телефонного опроса текущей схеме АГТ и исходных назначений кардиолога выявлено, что только у ¼ респондентов схема не была изменена, в то время как у ¾ была выявлена ее коррекция по составу препаратов и/или дозам или отказ от АГТ вообще (рис. 5).

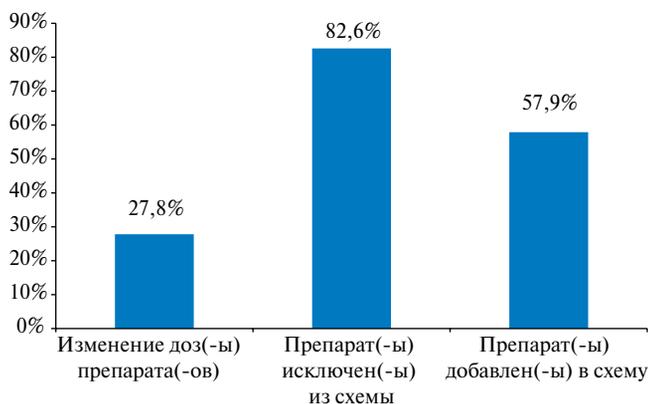
Частота изменений схемы лечения, рекомендованной врачом, варьирует в различных исследованиях, и, если в европейских странах это показатель достаточно высок (например, в Италии через полгода после назначения лечения кумулятивная частота прекращения и замены препаратов составляют 33% и 15%, соответственно [6]), то среди китайских пациентов с АГ изменение АГТ не превышает 5% в течение 6 месяцев [8]. Высокая частота изменений схемы лечения приводит не только к снижению эффективности терапии, но и к нерациональному использованию ограниченных ресурсов системы здравоохранения [10].

Таблица 2

**Ассоциация изменения схемы АГТ, рекомендованной в КД и достижением целевого АД через 6 месяцев после первичной консультации кардиолога**

Факт изменения схемы АГТ	Средние привычные цифры систолического АД (по опросу)	Достижение целевого АД на момент опроса %
Схема АГТ не изменена	134,76±0,80	43,1
Схема АГТ изменена/Отказ от АГТ	140,45±0,52*	24,1*

Примечание: \* — p<0,001.



**Рис. 6.** Содержание изменения схемы лечения АГ, рекомендованной в КД в течение 6 месяцев после первичной консультации.

Детальный анализ произведенных изменений схемы АГТ показал, что чаще всего рекомендованный кардиологом препарат исключался из схемы лечения (82,6%), а 27,8% пациентов изменили дозу препарата (рис. 6).

Нами была проанализирована ассоциация изменения схемы лечения с эффективностью контроля АГ (табл. 2).

У пациентов, изменивших схему лечения или отказавшихся от АГТ, оказались достоверно более высокие цифры привычного систолического АД и более низкая частота достижения целевого АД по сравнению с теми, кто схему лечения не менял. Это может свидетельствовать о том, что несоблюдение рекомендаций и частые изменения схемы лечения могут ассоциироваться со снижением эффективности лечения АГ. Ассоциация приверженности к АГТ и эффективности контроля заболевания подтверждена в популяционном исследовании, проведенном в г. Минске [11], а также в клиническом исследовании при оценке показателей суточного мониторирования АД [12].

В таблице 3 представлены результаты анализа ассоциации различных факторов с вероятностью изменения схемы АГТ.

Ни один из анализируемых факторов, связанных с пациентом, не был ассоциирован с увеличением шансов изменения схемы лечения в течение 6 месяцев: ни пол, ни возраст, ни самоконтроль АД. В то же время в исследовании Degli Esposti E., отсутствие изменений терапии пациентов с АГ ассоциировалось

с возрастом (пропорционально увеличению лет жизни) и полом (сохранение терапии чаще у мужчин) [13], противоположные ассоциации с возрастом и гендерным фактором продемонстрированы в китайском исследовании [8].

Возможность использования ДЛО достоверно ассоциировалась с вероятностью изменения схемы лечения в течение 6 месяцев (ОШ 2,358, 95% ДИ от 1,832 до 3,034, p<0,001). Наличие ДЛО способствует изменению схемы лечения за счет того, что пациенты вынуждены принимать те лекарственные средства, которые доступны на данный момент в конкретной аптеке.

Еще одним фактором, ассоциированным с изменением схемы рекомендованной АГТ, оказалось наличие ИБС (ОШ 1,971, 95% ДИ от 1,54 до 2,522, p<0,001). У этих пациентов, как правило, сложная многокомпонентная схема лечения, что повышает вероятность отказа от отдельных препаратов, особенно если пациент не понимает цели их применения и того, какого эффекта следует от них ожидать. Ассоциация наличия коморбидных заболеваний с увеличением вероятности изменения схемы лечения показана в ранее проведенных исследованиях [8].

При длительном стаже АГ также наблюдалось увеличение шансов изменения схемы лечения в течение 6 месяцев (ОШ 1,466, 95% ДИ от 1,132 до 1,897, p<0,01).

Наличие гипертонических кризов в течение 6 месяцев ассоциировано с увеличением шансов несоблюдения рекомендаций кардиолога по схеме лечения (ОШ 1,869, 95% ДИ от 1,425 до 2,45, p<0,001). Возможно, нестабильное течение АГ приводит к необходимости коррекции терапии, а, может быть, изменение схемы лечения ассоциируется с увеличением риска гипертонических кризов.

Среди факторов, связанных с самой терапией, наиболее значимым оказалось количество принимаемых препаратов. Так, при применении трех и более препаратов шанс изменения схемы лечения существенно возрастал (ОШ 2,403, 95% ДИ от 1,858 до 3,109, p<0,001). Это может быть обусловлено как более тяжелым течением заболевания и необходимостью менять схему лечения, так и большей вероятностью отказа пациента от одного и более препарата в схеме лечения при их большом количестве вследствие непонимания необходимости приема всех медикаментов.

Таблица 3

**Ассоциация социально-демографических, клинических факторов и характеристик сердечно-сосудистой терапии с изменением схемы АГТ в течение 6 месяцев**

Показатели		Изменение схемы АГТ, %	ОШ	95%-ый ДИ	p
Факторы, связанные с пациентом					
Пол	Мужчины	75,6	1,057	0,814-1,373	нд
	Женщины	74,6	1,000		
Возраст	До 60 лет	72,3	1,000	0,982-1,597	нд
	60 лет и старше	76,6	1,252		
Регулярность контроля АД	Не измеряет АД/измеряет при ухудшении самочувствия	73,3	1,000	0,82-1,497	нд
	Периодически измеряет АД/регулярно измеряет АД	75,3	1,108		
Факторы, связанные с организацией системы здравоохранения					
Возможность использования ДЛО	Да	82,9	2,358	1,832-3,034	<0,001
	Нет	67,3	1,000		
Факторы, связанные с заболеванием					
Наличие ИБС	Есть	81,2	1,971	1,54-2,522	<0,001
	Нет	68,6	1,000		
Стаж АГ	До 5 лет (включит.)	68,9	1,000	1,132-1,897	<0,01
	Более 5 лет	76,5	1,466		
Наличие гипертонического(-их) криза(-ов) за последние 6 месяцев	Нет	70,3	1,000	1,425-2,45	<0,001
	Да	81,5	1,869		
Факторы, связанные с терапией					
Кол-во препаратов в схеме лечения всех сердечно-сосудистых заболеваний (включая АГТ) на момент опроса	1-2 препарата	61,8	1,000	1,858-3,109	<0,001
	3 препарата и более	79,6	2,403		
Прием фиксированных комбинаций на момент опроса	Нет	76,6	1,363	1,049-1,771	<0,05
	Да	70,5	1,000		
Переносимость лечения сердечно-сосудистыми препаратами (включая АГТ)	Плохо/удовлетворительно	77,0	1,328	0,984-1,793	нд
	Хорошо	71,6	1,000		

Отсутствие фиксированных комбинаций в схеме АГП ассоциировалось с увеличением вероятности изменения схемы лечения (ОШ 1,363, 95% ДИ от 1,049 до 1,771,  $p < 0,05$ ). Ассоциация приема фиксированных комбинаций с приверженностью к рекомендованному лечению была продемонстрирована ранее [14].

Переносимость АГТ не ассоциировалась с вероятностью изменения схемы лечения.

### Заключение

Анализ схемы АГТ пациентов специализированного кардиологического учреждения показал, что пациенты, впервые получившие консультацию кардиолога, в целом характеризуются низким уровнем соблюдения врачебных рекомендаций по схеме лечения, только 25,1% пациентов через 6 месяцев принимали то, что им назначил кардиолог. Причем более половины пациентов самостоятельно провели коррекцию схемы лечения без рекомендаций врача (например, поликлиники) и основной мотивацией

для принятия решения об изменении схемы лечения оказалось недоверие лечащему врачу. Таким образом, даже пациенты специализированного кардиологического учреждения с длительным стажем заболевания характеризуются низкой медицинской грамотностью и недоверием к назначениям врача, причем в данном случае специалиста-кардиолога.

Факторы, ассоциированные с вероятностью изменения рекомендованной схемы лечения можно условно разделить на неуправляемые и управляемые.

Неуправляемые факторы — такие, как наличие сопутствующих заболеваний, длительный стаж АГ изменить нельзя, но их наличие необходимо учитывать при работе с пациентом и уделять особое внимание повышению приверженности пациентов к рекомендованной схеме лечения [15].

К управляемым факторам можно отнести количество гипертонических кризов, количество препаратов в схеме лечения и наличие фиксированных комбинаций. Назначение фиксированных комбинаций с целью уменьшения количества препаратов и повы-

шения эффективности контроля АД может способствовать повышению вероятности соблюдения рекомендованной схемы лечения в долгосрочном периоде.

Кроме того, в условиях, когда кардиолог зачастую является лишь консультантом, а пациент возвраща-

ется в первичное звено здравоохранения к терапевту, очень важна преемственность оказания медицинской помощи, в том числе в отношении повышения приверженности к назначаемой терапии. Частые изменения схемы лечения врачами также способствуют снижению доверия со стороны пациентов.

### Литература

1. Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT, et al. Non-adherence to cardiovascular medications. *European Heart Journal* 2014; 35: 3267-76.
2. Nelson MR, Reid CM, Ryan P, et al. Self-reported adherence with medication and cardiovascular disease outcomes in the Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2). *Med J Aust.* 2006; 185: 487-8.
3. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J.* 2013; 34(38): 2940-8.
4. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care.* 2005; 43(6): 521-30.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24(1): 67-74.
6. Corrao G, Zambon A, Parodi A, et al. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens.* 2008; 26(4): 819-24.
7. Burke TA, Sturkenboom MC, Lu SE, et al. Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice. *J Hypertens.* 2006; 24(6): 1193-200.
8. Wong MC, Tam WW, Cheung CS, et al. Initial antihypertensive prescription and switching: a 5 year cohort study from 250,851 patients. *PLoS One.* 2013; 8(1): e53625.
9. Chou CC, Lee MS, Ke CH, et al. Factors influencing the switch in the use of antihypertensive medications. *Int J Clin Pract.* 2005; 59(1): 85-91.
10. Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, et al. Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care. *J Hypertens.* 2005; 23(11): 2093-100.
11. Lihachev SA, Lushhik AV. Arterial hypertension and adherence to antihypertensive therapy according to population research. *Bulleten' medicinskih internet-konferencij (ISSN 2224-6150)* 2014; 4(2): 103. Russian (Лихачев С. А., Лушчик А. В. Артериальная гипертензия и приверженность антигипертензивной терапии по данным популяционного исследования. *Бюллетень медицинских Интернет конференций (ISSN 2224 6150)* 2014; Том 4, № 2:103).
12. Olejnikov VJe, Eliseeva IV, Tomashevskaja JuA, et al. Efficiency of antihypertensive therapy at elderly patients and the analysis of adherence to treatment. *Racional'naja Farmakoterapija v Kardiologii* 2014; 10(4): 391-6. Russian (Олейников В. Э., Елисеева И. В., Томашевская Ю. А. и др. Эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов и анализ приверженности лечению. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2014; 10(4): 391-6).
13. Degli Esposti E, Surani A, DiMartino M, et al. Long term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum Hypertens.* 2002; 16: 439-44.
14. Patel BV, Remigio-Baker RA, Thiebaud P, et al. Improved persistence and adherence to diuretic fixed-dose combination therapy compared to diuretic monotherapy. *BMC Family Practice.* 2008; 9: 61.
15. Konobeeva EV, Shvarc JuG, Korsunova EN, et al. Possibilities of increase the conscious motivation of patients cardiac profile. Using standard visual recommendations. *Fundamental'nye issledovanija* 2013; 9, part 1: 58-61. Russian (Конобеева Е. В., Шварц Ю. Г., Корсунова Е. Н. и др. Возможности повышения осознанной мотивации пациентов кардиологического профиля. Использование стандартных наглядных рекомендаций. *Фундаментальные исследования* 2013; 9, часть 1: 58-61).