ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ПОСЕЩЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ ДО РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РАМКАХ РЕГИСТРА ЛИС-3

Марцевич С. Ю.¹, Семенова Ю. В.¹, Кутишенко Н. П.¹, Загребельный А. В.¹, Гинзбург М. Л.²

Цель. Изучить приверженность пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) на примере регистра больных с острым коронарным синдромом (ОКС) ЛИС-3 перед развитием ОКС, оценить качество догоспитальной терапии среди пациентов с разным уровнем приверженности к посещению ЛПУ.

Материалы и методы. Больные (n=320), госпитализированные с диагнозом ОКС, разделены на 3 группы в зависимости от посещаемости ЛПУ до развития ОКС: группа А – приверженные к посещению ЛПУ (n=139); группа Б – частично приверженные к посещению ЛПУ (n=103); группа В – не приверженные к посещению ЛПУ (n=78).

Качество догоспитальной терапии оценивалось с помощью разработанной балльной шкалы путем сравнения терапии, получаемой больными, и терапии, обозначенной в Клинических Рекомендациях (КР) с учетом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в анамнезе.

Результаты. К посещению ЛПУ более приверженными оказались женщины, пожилые люди, пациенты с наличием в анамнезе ССЗ (особенно сочетание 2 и более ССЗ) (p<0,0001), мозгового инсульта, сахарного диабета. К посещению ЛПУ менее привержены были работающие, курящие пациенты.

Из 320 пациентов антиагреганты принимали 23,4%, бета-адреноблокаторы – 25,3% больных, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II – 38,4%, статины – 5,6%. Частота приема отдельных групп препаратов для первичной и вторичной профилактики ОКС снижалась со снижением приверженности пациентов к посещению ЛПУ. Качество догоспитальной терапии с учетом ССЗ в анамнезе улучшалось по мере роста приверженности пациентов к посещению ЛПУ.

Заключение. Приверженность к посещению ЛПУ до развития ОКС выше среди женщин, пожилых, малоактивных людей, пациентов с ССЗ в анамнезе (особенно при сочетании 2 и более ССЗ), больных после перенесенного инсульта, пациентов с сахарным диабетом. Качество терапии пациентов до развития ОКС в целом низкое, даже при наличии диагностированных на догоспитальном этапе ССЗ. Качество терапии улучшается с ростом приверженности больных к посещению ЛПУ, однако полностью не соответствует КР.

Российский кардиологический журнал 2016, 6 (134): 55–60

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-6-55-60>

Ключевые слова: приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений, качество терапии, острый коронарный синдром.

¹ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва; ²Люберецкая районная больница №2, Люберцы, Россия.

Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, Семенова Ю. В.* — аспирант, Кутишенко Н. П. — д.м.н., зав. лабораторией фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, Загребельный А. В. — к.м.н., с.н.с. отдела профилактической фармакотерапии, Гинзбург М. Л. — к.м.н., зав. кардиологическим отделением.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

YSemenova@gnicpm.ru

АГ — артериальная гипертензия, АРА II — антагонисты рецепторов ангиотензина II, β-АБ — бета-адреноблокаторы, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, КР — клинические рекомендации, ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, ОКС — острый коронарный синдром, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

Рукопись получена 21.04.2016

Рецензия получена 05.05.2016

Принята к публикации 11.05.2016

ASSESSMENT OF PATIENTS COMPLIANCE FOR AMBULATORY INSTITUTIONS VISITS AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF TREATMENT BEFORE DEVELOPMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME, BY THE LIS-3 REGISTRY

Martsevich S. Yu.¹, Semenova Yu. V.¹, Kutishenko N. P.¹, Zagebelniy A. A.¹, Ginzburg M. L.²

Aim. To study the compliance of patients to visits in outpatient institutions (OI) with the data from acute coronary syndrome registry (ACS) LIS-3, prior to ACS development, and evaluate the quality of pre-hospital therapy among patients with different compliance.

Material and methods. Patients (n=320), hospitalized to Lubertsy District Hospital №2 with ACS, were selected to 3 groups depending on OI visiting before ACS: group A — compliant (n=139); group B — partially compliant; group C — non-compliant to OI (n=78). A score invented for the assessment of pre-hospital quality of management, made up via comparison of real life therapy with the recommended in Clinical Guidelines (CG) taken anamnesis of cardiovascular pathology.

Results. Compliance for OI visiting was associated with female gender, older age, CVD anamnesis (especially 2 and more CVD comorbidity) (p<0,0001), acute brain circulation disorder (ABCD), diabetes (DM). Compliance is lower in working patients and in smokers. Educational level, as marital status and obesity did not influence OI visiting compliance.

There was low prescription rate for any medication, even among those with CVD in anamnesis. There is a decrease traced of prescription deficit for some drug groups

for primary and secondary prevention of ACS together with the patients compliance decrease. Better compliance is associated with better quality of pre-hospital therapy (p<0,0001).

Conclusion. Compliance for OI visiting before ACS onset is higher among women, older and sedentary people, CVD patients, after ABCD and having DM. Management quality before ACS onset is generally poor, even in presence of CVD diagnosed during pre-hospital stages. Patients compliance for OI visiting generally improves quality of therapy, but not completely matches with the guidelines.

Russ J Cardiol 2016, 6 (134): 55–60

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-6-55-60>

Key words: compliance for outpatient institutions visiting, therapy quality, acute coronary syndrome.

¹National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health, Moscow; ²Lubertsy District Hospital №2, Moscow, Russia.

Острый коронарный синдром (ОКС), является одним из наиболее опасных проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), причем часто является ее первым проявлением у пациентов, ранее считавших себя абсолютно здоровыми.

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику Клинических Рекомендаций (КР), ряд российских и зарубежных исследований демонстрируют невысокое качество терапии, получаемой пациентами до развития у них ОКС (то есть догоспитальной терапии).

Приверженность пациентов к медикаментозному лечению — тема широко изучаемая. Существует множество исследований, анализирующих ее распространенность, причины, исходы и способы ее коррекции [1, 2].

Тема низкой приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) изучена значительно хуже, особенно у больных, имеющих сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в анамнезе. В проведенных ранее исследованиях рассматривались в основном факторы, влияющие на приверженность больных к посещению ЛПУ. Исследований, анализирующих влияние низкой приверженности пациентов к посещению ЛПУ по поводу сердечно-сосудистых заболеваний на качество догоспитальной терапии и исходы ОКС, в доступных литературных источниках найдено не было [3].

Целью данного исследования является изучение приверженности пациентов к посещению ЛПУ на примере госпитального регистра больных с ОКС ЛИС-3 перед возникновением референсного события (развитием ОКС), а также оценка качества догоспитальной терапии в зависимости от течения болезни среди пациентов с разным уровнем приверженности к посещению ЛПУ.

Материал и методы

Регистр ЛИС-3 проводится на базе Люберецкой районной больницы №2 (г. Люберцы) с ноября

Рис. 1. Дизайн исследования.

Сокращения: ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, ОКС — острый коронарный синдром, Не Q-ИМ — инфаркт миокарда без формирования зубца Q, Q-ИМ — инфаркт миокарда с формированием зубца Q.

2013 года. В данную часть исследования были включены пациенты, проживающие в Москве и Московской области, которые были госпитализированы в стационар с 01.11.2013 по 31.07.2015 с направительным диагнозом ОКС. Установление окончательного диагноза в стационаре происходило с учетом данных объективного обследования, электрокардиографического, эхокардиографического исследований, уровня кардиоспецифических маркеров острого инфаркта миокарда (ИМ).

Пациенты, у которых диагноз не подтвердился за время госпитализации, были исключены из дальнейшего наблюдения (рис. 1).

Всего из 397 пациентов с подтвержденным в стационаре диагнозом 77 (19,40%) больных умерли за время госпитализации, из них 50 человек — в 1-2 сутки госпитализации. Поскольку, ввиду тяжести их состояния при поступлении в стационар, подробный сбор анамнеза был затруднен, эти пациенты не включались в дальнейший анализ (рис. 1).

Остальные пациенты (n=320) при выписке из стационара ответили на вопросы Карты больного, включенного в регистр по ОКС, разработанной в отделе профилактической фармакотерапии, заполненной врачами со слов пациентов. Вопросы Карты включают данные об анамнезе жизни, заболевания, частоте посещения врачей ЛПУ и сроках последнего визита, получаемой до развития ОКС терапии. По результатам опроса пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от посещаемости ЛПУ до развития ОКС: группа А — пациенты, приверженные к посещению ЛПУ, которые наблюдались у терапевта или кардиолога по поводу ССЗ 1 раз в год и чаще или период неявки к врачу с момента последнего визита до развития ОКС которых не превысил 2 лет при условии ранее регулярного ежегодного посещения врача по поводу ССЗ (n=139); группа Б — частично приверженные к посещению ЛПУ, обращавшиеся по поводу ССЗ реже 1 раза в год, наблюдавшиеся нерегулярно или пациенты, впервые обратившиеся к врачу ЛПУ однократно за последние 2 года (n=103); группа В — не приверженные к посещению врачей ЛПУ, ранее никогда не обращавшиеся по поводу ССЗ к врачу (n=78). Среди пациентов, наблюдавшихся в ЛПУ, 84,6% обращались к врачам поликлиник по месту жительства.

Из данных Карт была получена информация о наличии у пациентов ССЗ в анамнезе, а также сопутствующей патологии (эндокринная патология, заболевания дыхательной, пищеварительной систем, неврологические нарушения) с указанием давности заболевания и получаемой ими на догоспитальном этапе терапии с указанием доз препаратов и регулярности их приема. При наличии в анамнезе артериальной гипертензии (АГ) уточнялись максимальные зафиксированные цифры артериального давления и цифры давле-

Таблица 1

Сравнительные характеристики пациентов в зависимости от группы приверженности к посещению ЛПУ
(одномерный анализ проведен с помощью критерия χ^2 Пирсона)

Факторы	Группа А (n=139)	Группа Б (n=103)	Группа В (n=78)	p
Женщины n (%)	79 (56,8%)	41 (39,8%)	12 (15,4%)	<0,0001
Средний возраст $\pm$ Стандартное отклонение	69,9 $\pm$ 11,6	63,4 $\pm$ 11,4	57,0 $\pm$ 12,6	<0,0001
Сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе*				
Нет диагностированного ССЗ в анамнезе	8 (5,8%)	20 (19,4%)	44 (56,4%)	<0,0001
Изолированная артериальная гипертензия	53 (38,1%)	50 (48,5%)	25 (32,1%)	
1 ССЗ**	10 (7,2%)	7 (6,8%)	3 (3,9%)	
Сочетание 2 ССЗ***	66 (47,5%)	24 (23,3%)	6 (7,7%)	
Сочетание 3 и более ССЗ****	2 (1,4%)	2 (1,9%)	0 (0,0%)	<0,01
Мозговой инсульт	18 (12,9%)	4 (3,9%)	2 (2,6%)	
Сахарный диабет	44 (31,6%)	17 (16,5%)	7 (9,0%)	
Стиль жизни				
Курение	26 (18,7%)	41 (39,8%)	45 (57,7%)	<0,0001
Низкая физическая активность (данные получены и проанализированы для 318 больных из 320)	94 (67,6%)	46 (45,1%)	30 (39,0%)	<0,0001
ИМТ (данные получены и проанализированы для 307 больных из 320)				
<25 кг/м ² (норма)	13 (9,9%)	13 (13,3%)	16 (20,5%)	>0,05
25-29,99 кг/м ² (избыточная масса тела)	66 (50,4%)	44 (44,9%)	38 (48,7%)	
30-34,99 кг/м ² (ожирение 1 степени)	33 (25,2%)	31 (31,6%)	17 (21,8%)	
35-39,99 кг/м ² (ожирение 2 степени)	16 (12,2%)	8 (8,2%)	4 (5,2%)	
$\geq$ 40 кг/м ² (ожирение 3 степени)	3 (2,3%)	2 (2,0%)	3 (3,8%)	
Образование (данные получены и проанализированы для 310 больных из 320)				
Ниже среднего	12 (8,9%)	8 (8,2%)	5 (6,5%)	>0,05
Среднее, Среднее специальное	81 (60,0%)	68 (69,4%)	50 (64,9%)	
Высшее	42 (31,1%)	22 (22,4%)	22 (28,6%)	
Семейное положение (данные получены и проанализированы для 307 больных из 320)				
Холост/Незамужем	7 (5,3%)	4 (4,1%)	4 (5,3%)	>0,05
Женат/Замужем	89 (66,9%)	77 (78,6%)	61 (80,3%)	
Разведен(а)	6 (4,5%)	5 (5,1%)	3 (3,9%)	
Вдовец/вдова	31 (23,3%)	12 (12,2%)	8 (10,5%)	
Социальный статус (данные получены и проанализированы для 314 больных из 320)				
Работающие	28 (20,3%)	43 (43,4%)	44 (57,1%)	<0,0001
Безработные	13 (9,4%)	11 (11,1%)	14 (18,2%)	
Не работающие пенсионеры	97 (70,3%)	45 (45,5%)	19 (24,7%)	

Примечание: * — из всех пациентов (n=320) имели в анамнезе артериальную гипертензию 228 больных; ишемическую болезнь сердца — 112 больных, 51 из них ранее переносили инфаркт миокарда; нарушения ритма сердца — 10 больных, из них 9 — фибрилляцию предсердий; атеросклероз периферических артерий — 2 больных, ** — ишемическая болезнь сердца/нарушения ритма сердца, *** — сочетание ишемической болезни сердца/нарушений ритма сердца/атеросклероза периферических артерий с артериальной гипертензией, **** — сочетание ишемической болезни сердца, нарушений ритма сердца и артериальной гипертензии.

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

ния, регистрируемые на фоне получаемой антигипертензивной терапии (при наличии таковой).

Поскольку нозологическая картина до развития ОКС сильно различалась среди пациентов, единообразно оценить качество их лечения было невозможно. Потребовалось создание шкалы для оценки качества догоспитальной терапии, учитывающей особенности течения болезни у каждого конкретного больного. Оценка качества терапии пациентов до развития у них ОКС проводилась путем сравнения терапии, получаемой больными, и терапии, обозначенной в КР с учетом конкретного ССЗ в анамнезе. Эффек-

тивной терапией считалась терапия, полностью соответствующая КР для конкретной нозологии.

Больные, при поступлении в стационар не сообщившие о наличии у себя диагностированного ССЗ до развития ОКС, не предъявлявшие ранее жалоб по сердечно-сосудистой системе (n=72), в градацию оценки качества терапии включены не были. Пациенты, которые имели диагностированные ССЗ в анамнезе, но не получали никакой терапии, получили 0 баллов. Те, которые лечились нерегулярно — 1 балл. Пациентам, принимавшим 50% и менее от эффективной терапии, прописанной в Клиничес-

Рис. 2. Назначение разных групп препаратов среди 3 разных групп приверженности.

Сокращения: БАБ — бета-адреноблокаторы, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, блCa²⁺ — блокаторы медленных кальцевых каналов, ААП — антиаритмические препараты III класса, К⁺-сбер. диур. — калий-сберегающие диуретики.

ких рекомендациях для конкретной нозологии, начинаясь 2 балла. Пациентам, получавшим более 50% эффективной терапии, в том числе полную, в соответствии с клиническими рекомендациями, терапию — 3 балла. В данной градации учитывалась только терапия, которую пациент реально получал. Препараты, которые были назначены врачом, но не принимались по каким-то причинам пациентом, в данном анализе не рассматривались.

Данные Карт были внесены в базу данных Excel и подвергнуты статистической обработке. Для качественных показателей, представленных в ранговой шкале, определялась частота выявления показателя (%). Для количественных показателей были определены среднее значение, стандартное отклонение. Различия между рассматриваемыми группами оценивались с помощью критерия χ^2 Пирсона. Достоверность различий считалась значимой при $p < 0,05$.

Результаты

Пациенты всех 3 групп, различавшиеся по приверженности к посещению ЛПУ, достоверно различались по полу, возрасту, наличию ССЗ и факторов риска ИБС в анамнезе (табл. 1).

Из таблицы 1 следует, что среди приверженных к посещению ЛПУ пациентов было больше женщин, пожилых людей, больных с наличием в анамнезе ССЗ (особенно сочетание 2 и более ССЗ), мозгового инсульта, сахарного диабета. У большинства пациентов до развития ОКС были диагностированы ССЗ, многие имели более 2 ССЗ в анамнезе, преимущест-

венно, это касалось больных из группы А. Низкий уровень физической активности, тоже отмечался чаще среди приверженных к посещению ЛПУ пациентов ($p < 0,0001$).

Анализ также показал, что среди не приверженных к посещению ЛПУ больных преобладали работающие (по сравнению с безработными людьми и неработающими пенсионерами) ($p < 0,0001$), курящие ($p < 0,0001$) пациенты (табл. 1).

Пациенты разных групп приверженности к посещению ЛПУ достоверно не различались по индексу массы тела, уровню образования, семейному положению ($p > 0,05$) (табл. 1).

Несмотря на то, что у значительного количества пациентов до развития ОКС были диагностированы ССЗ, многие имели более 2 ССЗ в анамнезе, на догоспитальном этапе ОКС среди пациентов 3 групп, различавшихся по приверженности к посещению ЛПУ, отмечена низкая частота приема препаратов всех классов (рис. 2). Из всей выборки ($n=320$) антиагреганты принимали 23,4% ($n=75$) пациентов, бета-адреноблокаторы (β -АБ) — 25,3% ($n=81$), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)/антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) — 38,4% ($n=123$). Особенно редко назначались статины — 5,6% ($n=18$), хотя 35% ($n=112$) пациентов из всей выборки страдали ИБС, а 15,9% ($n=51$) ранее переносили ИМ (табл. 1). Отмечена тенденция к снижению частоты приема отдельных групп препаратов для первичной и вторичной профилактики ОКС по мере снижения приверженности пациентов к посещению врачей ЛПУ.

Таблица 2 демонстрирует достоверное различие в качестве догоспитальной терапии с учетом ССЗ в анамнезе среди пациентов 3 групп приверженности к посещению ЛПУ ($p < 0,0001$). Отмечается улучшение качества терапии по мере увеличения приверженности пациентов к посещению ЛПУ. В процентном отношении (табл. 2) стоит отметить, что даже в группе приверженных к посещению ЛПУ пациентов доля больных, принимающих полную, в соответствии с КР, терапию была невысока, многие пациенты попали в группу тех, кто принимает $\leq 50\%$ от эффективной терапии. В группах частично приверженных и не приверженных к посещению ЛПУ пациентов качество терапии оказалось еще ниже. Особенно плохим оказалось качество лечения в группе не приверженных к посещению ЛПУ, где 56,4% пациентов не принимали терапию по причине незнания о наличии у себя ССЗ, а 28,2% не лечились, несмотря на то, что имели диагностированные ССЗ в анамнезе. А в группе пациентов, частично приверженных к посещению ЛПУ, число больных, сообщивших о том, что принимают препараты нерегулярно (16,5%) выше, чем в группе приверженных (9,4%) и не приверженных (1,3%) к посещению ЛПУ.

Таблица 2

Оценка качества терапии до развития ОКС у пациентов разных групп приверженности к посещению ЛПУ (анализ проведен с помощью критерия χ^2 Пирсона)

Признак	Группа А (n=139)	Группа Б (n=103)	Группа В (n=78)	p
Не лечились, не имели диагностированных ССЗ в анамнезе	8 (5,8%)	20 (19,4%)	44 (56,4%)	<0,0001
Не лечились, имели диагностированные ССЗ в анамнезе	17 (12,2%)	23 (22,3%)	22 (28,2%)	
Лечились нерегулярно	13 (9,4%)	17 (16,5%)	1 (1,3%)	
Получали ≤50% эффективной терапии	60 (43,2%)	31 (30,1%)	8 (10,3%)	
Получали >50% эффективной терапии (в т.ч. полную, в соответствии с КР, терапию*)	41 (29,5%)	12 (11,7%)	3 (3,8%)	

Примечание: * — полную, в соответствии с КР, терапию в группе А получали 15,8% (n=22) пациентов, в группе Б — 7,8% (n=8), в группе В — 2,6% (n=2).

Сокращение: ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, КР — клинические рекомендации, ОКС — острый коронарный синдром, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

Обсуждение

Вопрос первичной и вторичной профилактики ОКС является весьма актуальным, поскольку, несмотря на возможности современной медицины, активное внедрение интервенционных методов лечения, использование реперфузионной терапии, эффективной лекарственной терапии, уровень смертности от ОКС остается высоким.

В ряде крупных рандомизированных клинических исследованиях было показано, что осложнения ИБС, в первую очередь ИМ, у больных высокого сердечно-сосудистого риска можно предупредить с помощью лекарственной терапии, влияя на факторы риска — в первую очередь АГ и гиперлипидемию [4, 5]. У больных, имеющих ИБС и ее осложнения, в первую очередь перенесших ИМ, назначение таких препаратов, как антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы (β-АБ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)/антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) способно существенно изменить прогноз жизни больных и улучшать исходы заболевания [6–8]. Однако, в реальной практике первичная и вторичная профилактика ИБС проводится далеко не всегда так, как это рекомендуют КР.

Ряд российских и зарубежных исследований отражали низкое качество принимаемой пациентами в амбулаторных условиях терапии. Так, например, исследование PURE показало, что в среднем по 17 странам среди пациентов с диагностированной коронарной патологией антиагреганты получали всего 25,3% пациентов, статины — 14,6%, а β-АБ и иАПФ/АРА II — 17,4% и 19,5%, соответственно [9].

Российский госпитальный регистр ЛИС выявил, что непосредственно перед развитием острого ИМ антиагреганты принимали всего 15,7%, статины — 1,9%, иАПФ — 35,3%, β-АБ — 21,4% больных при том, что больше половины пациентов перед возникновением острого ИМ знали о наличии у себя ИБС, а 20% уже переносили ранее ИМ [10].

Исследованный нами регистр ЛИС-3 также показал низкий уровень приема пациентами основных препаратов первичной и вторичной профилактики ОКС. Из всей проанализированной выборки антиагреганты принимали 23,4% пациентов, β-АБ — 25,3%. Как и во многих других исследованиях, наиболее часто среди всех препаратов на догоспитальном этапе пациенты принимали иАПФ/АРА II (38,4%) и наиболее редко — статины (5,6%).

Всегда возникает вопрос, какие факторы в первую очередь определяют невысокое качество первичной и вторичной лекарственной профилактики ИБС. Среди возможных причин называют плохое соблюдение врачами современных КР, низкую приверженность больных назначенному врачами лечению и прочие причины. В последнее время в ряде областей медицины стали обращать внимание на такой фактор как готовность больных посещать лечебные учреждения. Специальный термин “non-attendance” (буквальный перевод “непосещение”) был предложен еще в конце 1970-х [11].

По данным зарубежных авторов, наибольшее влияние на уровень приверженности пациентов к посещению ЛПУ играют факторы, связанные с пациентом. Они превосходят по значимости факторы, связанные с медицинским учреждением и факторы, связанные с врачом [3, 12].

По результатам разных зарубежных исследований, анализировавших факторы, связанные с низкой частотой посещения пациентами с разными, в том числе и не сердечно-сосудистыми, заболеваниями, ЛПУ, наиболее распространенными стали молодой возраст, низкий социально-экономический статус, нехватка времени для посещения врача у работающих пациентов и молодых родителей, семейные проблемы [3, 13]. Пациенты с хроническими заболеваниями отличались хорошей посещаемостью ЛПУ [3, 14].

В нашей работе вместо термина “непосещаемость врачей” мы впервые предложили использо-

вать термин “приверженность больных к посещению лечебно-профилактических учреждений”.

Целью данной работы стало оценить приверженность пациентов к посещению ЛПУ по поводу ССЗ до развития ОКС и ее влияние на качество терапии до референсного события. Впоследствии планируется проведение многомерного анализа факторов, влияющих на приверженность пациентов к посещению ЛПУ, а также будет оценено влияние степени приверженности пациентов к посещению ЛПУ на непосредственные и отдаленные исходы ОКС.

В настоящем исследовании анализ факторов, влияющих на уровень приверженности к посещению ЛПУ, показал, что менее приверженными к посещению ЛПУ оказались мужчины, молодые люди, работающие пациенты, курящие. Пациенты, имеющие в анамнезе сахарный диабет, мозговой инсульт преобладали среди приверженных к посещению ЛПУ, как и больные с наличием диагностированного ССЗ до развития ОКС, особенно сочетания 2 и более ССЗ. Пациенты 3 групп приверженности к посещению ЛПУ достоверно не различались по уровню образования, семейному положению и наличию ожирения.

В целом качество терапии до развития ОКС улучшалось по мере возрастания приверженности пациентов к посещению ЛПУ, однако эта зависимость не имела строгого характера. Даже больные, регулярно посещавшие врача, далеко не всегда получали терапию, соответствовавшую КР. По-видимому, это свидетельствует о недостаточной приверженности врачей к внедрению КР в клиническую практику, а также о низкой приверженности пациентов к рекомендациям врачей.

На примере данного исследования можно проследить определенную закономерность между частотой посещения ЛПУ и причинами низкого качества терапии. Большинство больных из группы не приверженных к посещению ЛПУ не принимали препараты, поскольку не видели необходимости в их приеме, не имея диагностированного ССЗ по причине отсутствия или неполного обследования. Пациенты из группы частично приверженных к посещению ЛПУ чаще, чем пациенты других групп, намеренно пропускали прием назначенных им препаратов (при поступлении в стационар сообщали, что принимают терапию нерегулярно), что демонстрирует их низкую приверженность к лечению на примере низкой приверженности как к посещению врачей ЛПУ, так и к приему терапии. Качество терапии пациентов из группы приверженных к посещению ЛПУ является наиболее эффективным из всех 3 групп, но также не полностью соответствует установленным КР.

Заключение

Таким образом, приверженность к посещению ЛПУ до развития ОКС в целом выше среди женщин, пожилых, малоактивных людей, пациентов с ССЗ в анамнезе (особенно при сочетании 2 и более ССЗ), больных после перенесенного инсульта, пациентов с сахарным диабетом. Приверженность к посещению ЛПУ ниже среди мужчин, молодых людей, курящих, работающих пациентов. Качество терапии пациентов до развития ОКС является в целом низким, даже при наличии диагностированных на догоспитальном этапе ССЗ. Качество терапии в целом улучшается по мере роста приверженности больных к посещению ЛПУ, но далеко не всегда полностью соответствует КР.

Литература

- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug; 353(5): 487-97.
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009; 119(23): 3028-35.
- Semenova YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu. Analysis of the problem of low adherence of patients to attendance at outpatient clinics and cardiorehabilitation programs according to the data from published studies. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2015; 11(6): 618-25 (Семенова ЮВ, Кутишенко НП, Марцевич СЮ. Анализ проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации по данным опубликованных исследований. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2015; 11(6): 618-25).
- Meurin P. The ASCOT trial: clarifying the role of ACE inhibition in the reduction of cardiovascular events in patients with hypertension. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2006; 6(5): 327-34.
- Sever PS, Chang CL, Gupta AK, et al. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: 11-year mortality follow-up of the lipid-lowering arm in the U.K. *Eur Heart J*. 2011; 32(20): 2525-32.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by r. *Int J Behav Med*. 2012; 19(4): 403-88.
- Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012; 33(20): 2569-619.
- Roffi M, Patrono C, Collet J-P, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2015 Aug; 37(3): 267-315.
- Yusuf S, Islam S, Chow CK, et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* (London, England). 2011 Oct; 378(9798): 1231-43.
- Marcevic SY, Ginzburg ML, Kutishenko NP, et al. The LIS study (Lyubertsy study of mortality in patients with acute myocardial infarction). Evaluation of the pharmacotherapy. Part 1. Treatment of patients before myocardial infarction and its influence on hospital mortality rate. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2012; 8(5): 681-4 (Марцевич СЮ, Гинзбург МЛ, Кутишенко НП и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2012; 8(5): 681-4).
- Cooper NA, Lynch MA. Lost to follow up: a study of nonattendance at a general paediatric outpatient clinic. *Arch Dis Child*. 1979; 54(10): 765-9.
- Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O et al. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. *Br J Gen Pract*. 2004; 54(499): 108-13.
- Sharp DJ, Hamilton W. Non-attendance at general practices and outpatient clinics. *BMJ*. 2001; 323(7321): 1081-2.
- George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract*. 2003; 20(2): 178-84.