

# ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК [616.1-085-022.316:615.03]:159.9.072.533»44=6»(470.44) (045)

Оригинальная статья

## ПРОСПЕКТИВНОЕ 6-МЕСЯЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МАЛОГО ГОРОДА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Ю. В. Булаева** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студентка 6 курса лечебного факультета; **Е. А. Наумова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры факультетской терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук; **О. Н. Семенова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры факультетской терапии лечебного факультета.

## A PROSPECTIVE 6-MONTH STUDY OF ADHERENCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES OF REGIONAL HOSPITAL OF THE SARATOV REGION

**Y. V. Bulaeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Medical Faculty, Student; **E. A. Naumova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Therapy of Medical Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **O. N. Semenova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Therapy of Medical Faculty, Post-graduate.

Дата поступления — 7.04.2015 г.

Дата принятия в печать — 4.06.2015 г.

**Булаева Ю. В., Наумова Е. А., Семенова О. Н.** Проспективное 6-месячное исследование приверженности к лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (2): 129–135.

**Цель:** изучение степени влияния комплекса факторов на приверженность к длительной лекарственной терапии. **Материал и методы.** Проведен опрос пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находящихся на госпитальном лечении в терапевтическом отделении районной больницы малого города Саратовской области. Опросник включал социально-демографические показатели, наличие сопутствующей патологии. Через 6 месяцев выполнялись контрольные звонки пациентам. Взаимосвязь между характеристиками исследовалась с помощью однофакторного анализа. **Результаты.** 100 пациентов (54% от числа приглашенных в исследование) заполнили опросник. Через 6 месяцев удалось дозвониться до 86 (80%) пациентов: 44 (51%) после выписки продолжают прием препаратов. Продолжили лекарственную терапию пациенты, считавшие теоретически верным постоянный режим терапии ( $p < 0,01$ ), с гипертоническими кризами в анамнезе ( $p < 0,01$ ), с высшим образованием ( $p < 0,01$ ), преобразованием ( $p < 0,01$ ), удовлетворенные терапией ( $p < 0,01$ ), определяющие болезнь как «образ жизни» ( $p < 0,01$ ), получающие информацию о заболевании от лечащего врача ( $p < 0,01$ ), имеющие «дружеские» взаимоотношения с врачом ( $p < 0,01$ ). **Выводы.** Спустя 6 месяцев после выписки рекомендациям следует половина пациентов. Чаще продолжают терапию пациенты, осознающие важность постоянного лечения, длительно болеющие, ранее не прерывающие лечение. Преобладающая модель отношений «врач — пациент»: патерналистическая.

**Ключевые слова:** приверженность к терапии; малый город.

**Bulaeva YV, Naumova EA, Semenova ON.** A prospective 6-month study of adherence to treatment of patients with cardiovascular diseases of regional hospital of the Saratov region. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (2): 129–135.

**The aim** of the study was to examine the degree of influence of the complex of factors on adherence to long — term drug therapy. **Material and Methods.** The survey of hospitalized patients with diseases of cardiovascular system has been performed in the therapeutic department of the district hospital of the Saratov region. The questionnaire included socio-demographic indicators, the presence of comorbidity. After 6 months follow-up calls to patients were performed. The relationship between the characteristics were analyzed using one-factor analysis. **Results.** 100 patients (54% of those invited to the study) completed the survey. After 6 months 86 (80%) patients has managed to be in contact, 44 (51%) — continue taking drugs after discharge. Continued drug therapy patients, who considered theoretically correct constant mode of therapy ( $p < 0,01$ ), with hypertensive crises in history ( $p < 0,01$ ), with higher education ( $p < 0,01$ ), predomina ( $p < 0,01$ ), satisfied therapy ( $p < 0,01$ ) that define the disease as “lifestyle” ( $p < 0,01$ ) receiving information about the disease from the attending physician ( $p < 0,01$ ) having a “friendly” relationship with the physician ( $p < 0,01$ ). **Conclusions.** 6 months after discharge, the recommendations should be followed by the half of the patients. Those patients who are aware of the importance of continuous treatment, chronically ill, not previously terminating treatment often continue therapy. The predominant model of the relationship doctor-patient is paternalistic.

**Key words:** adherence to therapy; a regional town.

**Введение.** Проблема приверженности пациентов к лекарственной терапии существует столько же, сколько медицина. Согласно большинству мнений, долгосрочная приверженность к лечению, независимо от заболевания, достаточно невысокая и не превышает 50% [1–4]. Многочисленные исследования, которые проводились по данной проблеме, включали жителей больших городов, внимания населению удаленных, малых городов в них не уделялось [1–4]. Согласно количественному подходу, традиционно малым считается «устойчивый тип поселений численностью до 50 тыс. человек» [5]. По данным переписи населения России за 2010 г., наиболее распространенными являются малые города с численностью жителей до 50 тыс. человек. Число таких городов увеличилось с 768 в 2002 г. до 781 в 2010 г. и составляет более 70% всех городов России, однако в них проживает лишь каждый шестой городской житель [6]. Следует отметить наличие ряда особенностей пациентов, проживающих в удаленных, небольших населенных пунктах. Пациенты обращаются к врачам районной больницы в более запущенных клинических случаях в связи с территориальной удаленностью лечебного учреждения и недостаточной транспортной доступностью [7, 8]. Отмечается ряд экологических проблем, что негативно сказывается на состоянии здоровья населения [9]. Ни для кого не секрет, что в районах зачастую есть лишь одного лечебное учреждение, где может быть оказана врачебная помощь [10]. Этим учреждением является центральная районная больница или, как в изучаемом нами населенном пункте, районная больница, испытывающая кадровый голод [10, 11].

**Цель:** изучить степень влияния различных клинических, социально-демографических и личностных факторов на приверженность к длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями районной больницы малого города Саратовской области.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование пациентов терапевтического отделения районной больницы малого города Саратовской области. В исследование включались все пациенты, которые были госпитализированы в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и согласились принять участие в опросе. Это были пациенты, обратившиеся за помощью по поводу декомпенсации сердечной недостаточности, гипертонических кризов, нестабильной стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда. Критериями исключения из исследования являлись: тяжелая сердечная недостаточность (NYHA IV), неконтролируемая артериальная гипертензия, стенокардия напряжения IV ФК, неконтролируемая ХОБЛ, почечная недостаточность (КФ менее 60 мл/мин), злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами, тяжелая энцефалопатия любого генеза, любые другие серьезные заболевания, неспособность заполнить опросник.

Анкетирование проводилось после стабилизации состояния больных. Большая часть вопросов, включенных в данный опросник, уже не раз использовалась в исследованиях по приверженности к лечению среди пациентов города Саратова [8, 9]. Вопросы анкеты выясняли отношение респондентов к состоянию своего здоровья, желанию получить информацию

о заболевании, уточняли уровень информированности пациента о проводимой терапии, степень его участия в процессе назначения терапии, его удовлетворенность лечением. Также выяснялись: характер взаимоотношений с лечащим врачом, уровень доверия к нему, мотивы выбора стационара, причины прекращения длительной лекарственной терапии. Респонденты могли выбирать один или несколько вариантов ответов. Некоторые вопросы анкеты были открытыми, к примеру мотивация к терапии, и пациенты самостоятельно формулировали свои мысли, в дальнейшем данные ответы, близкие по смыслу, были объединены в группы.

До проведения данного исследования нами была проведена серия фокусированных интервью пациентов в клиниках города Саратова для выявления причин приверженности к длительному лечению и возможных причин отказа от постоянной терапии. Фокус-группа — это качественное исследование, особая форма группового интервью, в процессе которого интеллектуальные усилия участников сконцентрированы ведущим (модератором группы) на определенной теме с целью ответа на поставленный вопрос/задачу [2]. Групповая дискуссия способствует активизации ассоциативных связей в сознании участников и проявлению в беседе неосознанных установок, которые становятся осознанными в процессе общения респондентов с модератором и друг с другом [2]. Метод фокус-групп был разработан для выявления скрытых и/или неосознанных самими субъектами исследования мотивов в их поведении в определенных ситуациях на малом числе испытуемых. Полученные результаты (т.е. выводы, сформулированные самими пациентами) использовались при составлении вопросов и вариантов ответов используемой анкеты для количественной оценки тех пациентов, кто согласен с полученными утверждениями, т.е. полученные качественные данные проверялись количественно и на большем, по сравнению с фокусированным интервью, числе участников опроса. По результатам фокус-группы были сформированы варианты ответов на вопросы, выясняющие мнение пациентов о понятиях «болезнь» и «здоровье», определялись источники информации о заболевании, информированность возможностями терапии, состоянием здоровья и степенью опасности диагноза, сложившиеся взаимоотношения с врачом, желаемая степень участия в назначении лекарственной терапии и удовлетворенность назначенным лечением.

Контрольные звонки выполнялись спустя полгода после выписки из стационара. Пациентов спрашивали о продолжении терапии, назначенной в стационаре, о присутствии побочных эффектов принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, об изменении физического и эмоционального состояния и самочувствия в целом за прошедшее время и о степени удовлетворенности получаемым лечением на амбулаторном этапе.

С помощью метода кросс-табуляции (построение таблиц абсолютных частот парных наблюдений) с применением критерия  $\chi^2$  проводилось определение возможной связи между продолжением пациентами лечения после выписки из стационара и изучаемыми клиническими, социально-демографическими и психологическими характеристиками пациента. Как статистически значимые результаты рассматривались данные с достоверностью  $p < 0,05$ .

Таблица 1

## Клинико-демографическая характеристика респондентов

Критерий	Данные пациентов	Абсолютное количество пациентов (% от общего числа)
Пол	Мужчины	46 (43%)
	Женщины	62 (57%)
Возраст	Женщины до 55 лет	40 (38%)
	Мужчины до 60 лет	26 (24%)
	Женщины после 55 лет	22 (20%)
	Мужчины после 60 лет	18 (16%)
ИМТ	Норма	22 (20%)
	Предожирение	28 (26%)
	Ожирение 1 степени	31 (29%)
	Ожирение 2 степени	19 (17%)
	Ожирение 3 степени	6 (6%)
	Не ответили	2 (2%)
Образование	Высшее	20 (19%)
	Среднее специальное	52 (48%)
	Среднее образование	36 (33%)
Профессия	Умственного труда	52 (48%)
	Физического труда	46 (43%)
	Не ответили	10 (9%)
Доход (согласно оценке пациента)	Ниже среднего	53 (48%)
	Средний	46 (43%)
	Выше среднего	5 (5%)
	Не ответили	4 (4%)
Характеристика сердечно-сосудистой патологии и наличие факторов риска	Артериальная гипертония	98 (91%)
	Гипертонические кризы в анамнезе	76 (78%)
	Стенокардия напряжения I–III ФК	94 (87%)
	ХСН I–III ФК по NYHA	60 (56%)
	Инфаркт миокарда в анамнезе	18 (16%)
	ОНМК в анамнезе	12 (11%)
	СД 2 типа	20 (19%)
Сопутствующая патология	Желудочно-кишечного тракта	37 (42%)
	Опорно-двигательного аппарата	32 (36%)
	Органов дыхания	10 (11%)
	Мочеполовой системы	6 (8%)
	Другие органы и системы	5 (6%)

**Результаты.** Исследование началось в январе 2013 г., набор пациентов закончился в сентябре 2013 г. В опросе было предложено принять участие всем больным с сердечно-сосудистой патологией, находившимся в период исследования на госпитализации в отделении терапии районной больницы малого города Саратовской области. Набор респондентов проводился длительно по причине небольшого числа кардиологических коек в структуре терапевтического отделения и нежелания пациентов принимать участие в исследовании. В общей сложности было ознакомлено 184 респондента. Подавляющее большинство отказывалось заполнять анкеты, оставлять контактные телефоны по причине отсутствия подобного опыта, опасения разглашения какой-либо личной информации и, как следствие, ухудшения взаимоотношений с врачами и персоналом. Пациенты говорили о бесполезности подобных опросов, незначимости их для медицины в частности и для общества в целом. Люди называли себя ненужными и отчасти безнадежными, одним из наиболее частых аргументов в отказе от исследования являлась обреченность «не прожить полгода». В итоге свое согласие на участие дали 127 (69%) пациентов, 19 (10%) заполнили только паспортную часть, 108 (59%) ответили практически на все вопросы анкеты, 100 (54%) заполнили опросник и оставили контактный телефон. Клинико-демографическая характеристика опрошенных респондентов представлена в табл. 1.

*Приверженность к лечению по данным опроса и через 6 месяцев.* Через 6 месяцев удалось дозво-

ниться до 86 (80%) пациентов: 44 (51%) из них после выписки продолжают прием назначенной терапии в полном объеме, 18 (23%) человек полностью прекратили прием всех препаратов, 24 (26%) прекратили лечение частично.

Респонденты утверждали, что при их заболевании теоретически правильным режимом является: постоянный прием лекарств — 78 (72%); по потребности — 24 (22%); курсовой режим — 6 (6%). При ответе на вопрос о том, как они сами в действительности выполняют рекомендации врача, пациенты отвечали, что принимают лекарственные препараты постоянно, — 66 (61%), «когда совсем прижмет» — 36 (33%), курсами — 6 (6%). По истечении 6 месяцев пациенты, которые считали теоретически верным принимать препараты постоянно, в действительности полностью продолжили лечение — 38 (62%), среди респондентов, выбравших вариант «по потребности», продолжили терапию только 4 (20%) ( $p=0,00222$ ). Респонденты, которые отвечали, что обычно следуют назначениям врача, и через 6 месяцев в большем проценте случаев продолжали постоянную терапию — 40 (74%), и только 2 (7%) пациентов, выбравших во время опроса вариант «пью, когда совсем прижмет», спустя полгода действительно продолжили лечение. Респонденты, отвечающие «принимаю лекарства иногда», прекратили терапию в 2 (100%) случаях ( $p=0,00000$ ). Таким образом, можно отметить достаточную долю совпадений между ответами пациентов на вопросы анкеты и реальным продолжением ими лекарственной терапии: чаще

Причины самостоятельного прекращения лечения

Варианты ответов	Ответили в момент госпитализации	Продолжили терапию через 6 месяцев
«Предписанные препараты ухудшали самочувствие»	10 (9%)	6 (60%) *
«Предписанные препараты не улучшают самочувствие»	6 (6%)	2 (100%) *
«Чувствовали себя хорошо и без приема препаратов»	38 (35%)	12 (40%) *
«Предписанные препараты имели побочные эффекты»	12 (11%)	4 (40%) *
«Не позволяло материальное положение»	12 (11%)	2 (33%) *
«Занимали более серьезные проблемы»	2 (2%)	0 (0%) *
Никогда не бросал прием	14 (13%)	6 (75%) *
Не ответили	14 (13%)	10 (85%) *

Примечание: \* — различия в вариантах ответов между пациентами продолжившими и прекратившими терапию, считались достоверными при  $p < 0,05$ .

продолжают прием препаратов пациенты, считающие длительную терапию целесообразной.

Называя причины прекращения терапии в момент госпитализации, респонденты указали следующие варианты (табл. 2).

Такие варианты ответов, как: «Режим приема лекарственного средства был сложным и неудобным», «Опасались возможных нежелательных последствий», «Предписанные препараты не улучшают вашего состояния», «Вам неудобно по времени и расстоянию посещать врача», «Не сложилось отношения с лечащим врачом» — не были выбраны ни одним пациентом.

Гендерных различий приверженности к длительной терапии обнаружено не было. Также не повлияли на продолжение терапии уровень дохода и профессия. Среди демографических характеристик была выявлена взаимосвязь продолжения лечения и уровня образования. Люди, имеющие высшее образование, продолжали лечение чаще, чем те, кто получил среднее специальное и среднее образование (12 (67%), 12 (46%) и 20 (48%) соответственно) ( $p=0,00012$ ). Также чаще продолжали терапию пациенты с перенесенным инфарктом миокарда (10 (71%) ( $p=0,02212$ )), с гипертоническими кризами в анамнезе (32 (54%) ( $p=0,02077$ )), с сахарным диабетом (10 (63%) ( $p=0,01442$ )), с предожирением (16 (73%) ( $p=0,00253$ )). Влияния других факторов выявлено не было.

**Отношение к терминам «здоровье» и «болезнь».** Абсолютное число пациентов считают, что здоровье в большей мере является их личной заботой — 94 (86%), малая часть перекладывает ответственность на врачей — 10 (10%) и родственников — 4 (4%). На реальное продолжение терапии через полгода данные ответы никак не влияли ( $p=0,11885$ ). 58 (53%) опрошенных, давая определение болезни, назвали ее результатом предыдущей жизнедеятельности, 16 (15%) назвали болезнь ограничением физического, психического и социального благополучия, 14 (13%) выбрали вариант «Болезнь — это катастрофа», 14 (13%) — «это образ жизни», 6 (6%) — «Болезнь — это судьба». На продолжении лекарственной терапии ответ пациентов на данный вопрос влияния не оказал ( $p=0,05630$ ).

**Отношение к информации о заболевании и его лечению:** «знают, какие лекарственные препараты и когда принимать и этого объема информации па-

циентам достаточно» — 52 (48%); «знают кое-что и этого объема информации им недостаточно» — 28 (26%); «знают «практически все» о заболевании, от чего возникает, как развивается, клинику лечение и прогноз» — 20 (19%); напротив, «не знают абсолютно ничего» — 8 (7%).

Источником информации для большинства пациентов является врач (78 (72%)) и только в небольшом проценте случаев — газеты, журналы, телепередачи и Интернет — 16 (15%), общение с другими больными — 14 (13%). 52 (48%) опрошенных «готовы знать всю правду о своем диагнозе и заболевании», 6 (6%) — «готовы слышать все, кроме диагноза неизлечимой болезни», 50 (46%) респондентов перекладывают ответственность на лечащего врача, которому должно быть известно, какую информацию им можно сообщать.

Со слов пациентов, они проявляли достаточно высокую активность при общении с врачом, при этом целенаправленно интересовались этиологией заболевания — 64 (59%) пациента, как лучше лечить его — 58 (54%), вылечивается ли оно — 60 (56%), о возможных осложнениях — 92 (85%), о вероятности наступления смерти — 82 (78%), о возможностях лечения в областном центре — 72 (67%), о вариантах терапии в других городах и государствах спрашивали 32 (30%) больных.

С продолжением терапии через 6 месяцев из всего перечисленного взаимосвязь была выявлена только со следующими вариантами ответов пациентов: продолжают терапию 24 (67%) респондентов, отметивших «частичную» осведомленность о заболевании (т.е. указавших вариант «знаю, какие таблетки и когда принимать, куда обращаться за помощью» ( $p=0,00315$ )); 32 (57%) опрошенных ( $p=0,00098$ ), для которых лечащий врач является основным источником информации о заболевании; 24 (63%) респондентов, не желающих знать всю правду о своем заболевании ( $p=0,00084$ ); 22 (50%) пациентов специально спрашивающих у лечащего врача: «Как лучше лечить заболевание?» ( $p=0,01895$ ) и 30 (65%) — «Вылечивается ли оно?» ( $p=0,00243$ ).

**Опасность заболевания, возможная эффективность терапии:** 52 (48%) опрошенных считают свое заболевание крайне опасным для жизни и здоровья, 44 (40%) респондентов полагают, что заболевание достаточно опасно для жизни и здоровья, 6 (6%) пациентов выбрали вариант «заболевание вредит

здоровью, но жить с ним не опасно», и 6 (6%) опрошенных считают, что «болезнь лишь иногда приносит некоторые нарушения самочувствия».

Недооценка опасности сердечно-сосудистой патологии была ассоциирована с более частым прекращением терапии после выписки из стационара. Респонденты, которые отвечали, что «заболевание лишь иногда приносит некоторые нарушения самочувствия» и «вредит здоровью, но жить с ним не опасно», в 100% случаев (12 человек) прекратили терапию ( $p=0,00341$ ); и наоборот, продолжили терапию по данным контрольных телефонных звонков 22 (58%) пациентов, отвечавших, что заболевание достаточно опасно для здоровья и жизни, и 20 (53%) пациентов, выбравших вариант ответа «мое заболевание крайне опасно для жизни и здоровья».

**Отношения с лечащим врачом. Участие в назначении терапии.** Свои отношения с лечащим врачом считают официальными 50 (46%) анкетированных, сотрудническими — 32 (30%), дружескими — 16 (15%), «равнодушием и халтурой» со стороны врача — 8 (7%) и диктаторскими — 2 (2%). 54 (50%) опрошенных считают, что врач должен советоваться с пациентами по поводу назначаемого лечения, 46 (43%) — что советоваться не нужно, 8 (7%) — не уверены в своем решении.

В процессе контрольных звонков оказалось, что наиболее привержены к лечению, т.е. чаще продолжают длительную терапию после выписки из стационара, пациенты, имеющие с врачом дружеские — 10 (83%) и сотруднические — 14 (58%) отношения. Среди пациентов, у которых сложились официальные взаимоотношения с врачом, длительный прием препаратов имел место в 18 (45%) случаев. Недостаточная приверженность к лечению отмечалась у пациентов, оценивших свои взаимоотношения с врачом как «равнодушие и халтура»: среди них 75% (6 человек) полностью прекратили лечение. Пациентов, выбравших вариант ответа «диктаторские отношения», было всего двое, но они оба (т.е. 100%) прервали свое лечение ( $p=0,00023$ ).

Желание пациентов более активно участвовать в назначении им лекарственной терапии на приверженность к длительной терапии никак не повлияло ( $p=0,06842$ ).

**Удовлетворенность лечением.** Утверждают, что полностью удовлетворены процессом лечения в ходе госпитализации 64 (59%) пациентов, частично — 26 (24%), затруднились ответить 10 (9%), не удовлетворены 8 (7%).

Полностью продолжают лечение после выписки из стационара 32 (64%) пациентов, удовлетворенных своим лечением в стационаре, 2 (10%) пациентов, частично удовлетворенных госпитальным лечением, 2 (50%) больных, не удовлетворенных лечением в больнице, и 6 (60%) пациентов, затруднившихся ответить на данный вопрос ( $p=0,00014$ ).

**Моделирование ситуации, позволяющей полностью следовать назначениям.** Основываясь на результатах уже упомянутого нами фокусированного интервью пациентов, формулируем две возможные модели общения пациента с лечащим врачом, которые, по мнению пациентов фокус-группы, должны способствовать высокой приверженности пациентов к лечению. Первая — «Вы абсолютно доверяете своему врачу (он профессионал), он постоянно Вас наблюдает, лечит, приглашает на осмотры, у Вас с ним комфортные для Вас взаимоотношения»; вторая — «Вы доверяете своему врачу, но Вы с ним

все обсуждаете и все решения о Вашем лечении Вы принимаете вместе, Вы осознанно следуете его рекомендациям, посещаете лишь по необходимости». Пациентам предлагалось выбрать ту модель общения, которая уже, по их мнению, будет ассоциироваться с высокой степенью выполнения врачебных рекомендаций. Первую модель выбрало большинство из опрошенных пациентов — 66 (61%) человек, вторую модель — 40 (33%) пациентов, не ответили на данный вопрос — 2 (2%) человека. Влияния на продолжение или прекращение терапии через 6 месяцев данный фактор не оказал.

**Принятие решения о длительной, постоянной терапии.** Респондентам были предложены 11 факторов, которые могли бы, по их собственному мнению, повлиять на принятие ими решения о длительной, постоянной терапии. Пациентам можно было выбрать от одного до трех из числа предложенных вариантов ответов. Самым популярным оказался вариант «Улучшение самочувствия на фоне терапии» — его выбрали 78 (70%) опрошенных. 54 (50%) пациентов предпочли «Постоянные наблюдения, контроль», 50 (46%) больных отметили «Доверие к врачу», 38 (35%) респондентов отметили «Профессионализм врача». «Уважительное отношение» оказалось важным для 14 (13%) опрошенных. Наименее популярными ответами были: «Достаточное количество времени на беседу и осмотр», «Наличие материальной возможности для лечения», «Увеличение продолжительности жизни на фоне приема препаратов» — их выбрали 8 (7%), 8 (7%) и 6 (6%) пациентов соответственно. Никем не был отмечен вариант «Наличие угрожающего жизни заболевания». На приверженность к лечению перечисленные ответы никак не повлияли ( $p=0,27567$ ).

**Мотивация к лечению.** Вопрос мотивации к лечению в опроснике стоял завершающим и подытоживал рассуждения респондентов. Он был открытым, пациенты могли сами сформулировать и написать свой вариант. Интересно, что, несмотря на это, пациенты указали практически идентичные ответы: «увеличение продолжительности жизни» — 62 (57%), «улучшение самочувствия» — 20 (19%), «повышение качества жизни» — 14 (13%), «страх осложнений» — 4 (4%). Не ответили 8 (7%) опрошенных. Влияние на приверженность в нашем исследовании мотивация пациентов не оказала ( $p=0,33371$ ).

**Обсуждение.** В данном исследовании (как и в большинстве опросов пациентов) принимали участие только пациенты, согласившиеся на проводимое анкетирование, и, соответственно, полученную информацию нельзя экстраполировать на 100% пациентов районной больницы, но и эти данные представляются нам достаточно ценными, особенно с учетом объективных трудностей при сборе такой информации и отсутствия аналогичных исследований среди пациентов малых городов и центров. Также необходимо отметить достаточно высокую искренность ответов наших пациентов: у них, конечно, отмечались некоторые расхождения в собственных мнениях на схожие вопросы, но в большей части ответы оказались достаточно согласованными.

В процессе анализа клинических и демографических показателей никаких неожиданных факторов нами выявлено не было: инфаркты, кризы, ухудшение самочувствия традиционно повышают приверженность пациентов к постоянной терапии. Интересно, что люди с высшим образованием чаще лечились регулярно, а именно высшее образование направле-

но на формирование у человека потребности в анализе информации. В сочетании с тем, что пациенты, утверждающие, что постоянный прием таблеток не обходимо, достоверно чаще не прерывали лечение, можно предположить, что осознание проблемы болезни и необходимости лечения напрямую связано с вероятностью последующей длительной терапии. На эту же мысль наводит анализ ответов пациентов о том, что такое болезнь. Абсолютно не привержены к лечению пациенты, для которых болезнь — значит «судьба». Наибольшее число респондентов, выполняющих назначения, давая дефиницию термину «болезнь», отвечали, что болезнь — это «образ жизни» или «катастрофа», пациенты свыклись с мыслью присутствия заболевания, патологический процесс течет длительно, и на момент опроса лечение занимает одно из ведущих мест в жизни. Эти пациенты преодолели последовательно все фазы течения хронической болезни (премедицинская, фаза ломки жизненного стереотипа, адаптации к болезни, фаза «капитуляции»), на данном этапе находятся на завершающей фазе, т.е. происходит формирование механизмов приспособления к жизни с заболеванием [12]. Премедицинская фаза длится до начала общения с врачом, пациент стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью. Фаза ломки жизненного стереотипа — пациент изолирован от работы, а часто и от семьи при госпитализации, он полон сомнений, тревог, нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания. Фаза адаптации к болезни — снижается чувство напряженности, больной уже приспособился к факту заболевания. Фаза «капитуляции» — больной примиряется с судьбой, понимает ограниченность медицины в полном излечении, он становится равнодушным и негативно угрюмым. Завершающей является фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни [12].

Стартовое недопонимание важности соблюдения рекомендаций, недооценка опасности заболевания, влечет за собой гораздо более высокую частоту прерывания терапии. Отношение к болезни как к судьбе отражает бездеятельное отношение пациентов, неверие в возможную модификацию состояния.

Основным источником информации о заболевании по-прежнему является лечащий врач, со слов анкетированных, они весьма активно задают вопросы об этиологии, течении, лечении и возможных осложнениях заболевания, и большинство склоняются к мнению, что врачу необходимо советоваться по поводу назначаемого лечения. В то же время пациенты отмечают, что не готовы слышать всю правду о диагнозе, они считают, что врачу следует самостоятельно определять объем информации, который будет воспринят безболезненно, и в вопросе, где описывается картина взаимоотношений, максимально способствующая повышению приверженности, пациенты выбирают вариант, в котором полностью переключаются всю ответственность за процесс терапии на врача. Несмотря на то что абсолютное большинство представляют потенциальную опасность заболевания для здоровья и жизни, из всего айсберга возможной информации на приверженность влияет лишь кратность приема препаратов. Получается, что номинально пациенты проявляют стремление быть активными и принимать участие в процессе терапии, но это стремление скорее формальное, в действительности больные пассивны, они стремятся пере-

ложить и ответственность, и право выбора исключительно на лечащего врача.

Иными словами, среди респондентов все еще доминирует патерналистическая модель взаимоотношений с лечащим врачом, и хотя респонденты декларируют важность активной позиции, но занимать ее не желают. При этом для пациентов важно получать то, что они хотят, и подавляющая часть пациентов, которые были удовлетворены получаемым лечением в момент госпитализации, спустя полгода продолжают лечение. Необходимо подчеркнуть то, что пациенты обозначают удовлетворенность лечением комплексным понятием, включающим большое число и личных, и медицинских, и организационных характеристик [1–4], и только суммарная удовлетворенность всеми аспектами врачебной деятельности в сочетании с личностным восприятием всего этого самим пациентом может привести к формированию этой удовлетворенности и последующей приверженности к терапии. Прекратили прием препаратов практически все респонденты, указавшие, что частично удовлетворены получаемым лечением. Возможно, дело в нежелании быть до конца честными в данном ответе, пациенты постарались нивелировать негативное отношение к получаемому лечению, возможно, из-за неверия в конфиденциальность анкетирования.

Наибольшее число опрошенных, соблюдающих рекомендации, называют взаимоотношения с врачом дружескими. Необходимо уточнить, что мы не знаем точно, что пациенты вкладывают в это понятие. Можно предположить, что для них «дружеские» отношения — это комбинация таких качеств, как вежливость, культура речи, внимательное обращение, многолетнее знакомство с лечащим врачом, постоянные госпитализации под его наблюдением.

Из ответов, данных нашими респондентами, формируется «условный» образ пациента, не готового продолжать длительное лечение дома. Во-первых, это пациенты с фаталистическим настроем (болезнь — это «судьба»), утверждающие, что хотят знать про свою болезнь больше, но при этом знают недостаточно и ничего не делают для того, чтобы узнать больше, не осознавшие всю тяжесть своего заболевания и считающие его не опасным (т.е. еще не прошедшие все фазы осознания заболевания [12]). Эти пациенты считают, что отношение врача к ним «плохое»: «диктаторское» или «равнодушное». Возможно, здесь как минимум две разные проблемы: с одной стороны, уже упомянутые психологические стадии осознания себя и болезни, а с другой стороны, тип личности самого пациента и его в целом негативное восприятие окружающей действительности. Можно предположить, что, с одной стороны, негативизм пациентов влиял на врачей, и они более «строгие» относились к своим пациентам, а с другой — само восприятие пациентами врачей в этой ситуации и подталкивало их к использованию таких характеристик, как диктат и равнодушие, т.е. не исключено, что сам по себе негативный настрой на всю окружающую действительность также негативно влияет и на приверженность к терапии.

**Выводы.** Через полгода после выписки продолжают лекарственную терапию лишь половина пациентов. Пациенты достаточно честны, они искренне отвечали на вопросы анкеты. Респонденты, которые изначально принимают важность постоянной лекарственной терапии, и через полгода выполняют назначения. Наиболее привержены пациенты с высшим

образованием, с сопутствующей патологией (гипертонические кризы, перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабет), осознающие важность постоянно приема лекарств и удовлетворенные лечением в ходе госпитализации. Респонденты считают здоровье своей личной заботой, стремятся занять активную позицию, задают множество вопросов лечащему врачу об особенностях течения патологического процесса и лечения заболевания, но при первом удобном случае перекалывают всю ответственность за процесс терапии на врача, т.е. доверяет патерналистическая модель взаимоотношений.

**Конфликт интересов** отсутствует.

### References (Литература)

1. Naumova EA. The determining factors and methods of improvement of adherence to treatment of patients of cardiovascular diseases: DSc abstract. Saratov, 2007; 236 p. Russian (Наумова Е. А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис.... д-ра мед. наук. Саратов, 2007; 236 с.)
2. Semenova ON, Naumova EA, Shvartz YG. Adherence to long-term treatment of cardiovascular disease and non-compliance with medical recommendations: the opinion of patients and physicians by the results of focused interview. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2014; 10 (1): 55–61. Russian (Семенова О. Н., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2014; 10 (1): 55–61.)
3. The multiple-factor analysis of adherence to treatment of patients of cardiovascular diseases PhD abstract. Saratov, 2012; 25 p. (Строкова Е. В. Многофакторный анализ приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис.... канд. мед. наук. Саратов, 2012; 25 с.)
4. Vlasova AV, Lyamina NP. Quality of life and factors that influence it determine, in patients with chronic heart failure developed after myocardial infarction. *Heart failure* 2002; 3 (5): 226. Russian (Власова А. В., Лямина Н. П. Качество жизни и факторы, его определяющие, у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда. *Сердечная недостаточность* 2002; 3 (5): 226)
5. Town-planning code of 07.05.98 № 73-FZ. In: *Sobranie zakonodatel'stva RF* 1998. № 19. Art. 2069. Градостроительный кодекс от 07.05.98 № 73-ФЗ. В кн.: *Собрание законодательства РФ*. 1998. № 19. Ст. 2069.
6. Dianov MA, Antonova OI, eds. *Socio-demographic profile of Russia according to the results of the census of 2010*. Moscow, 2012; 13 p. Russian (Дианов М. А., Антонова О. И., редакторы. *Социально-демографический портрет России по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года*. Москва, Федеральная служба государственной статистики, 2012; 13 с)
7. The Government of the Saratov region. Official portal. Online conference of the Minister of territorial entities of the region L. Zhukovskaya. URL: [http://saratov.gov.ru/government/structure/terupr/news/detail.php?ID=100067&sphrase\\_id=211418](http://saratov.gov.ru/government/structure/terupr/news/detail.php?ID=100067&sphrase_id=211418). [cited 2014 Mar 28]. Russian (Правительство Саратовской области. Официальный портал. Онлайн-конференция министра по делам территориальных образований области Людмилы Жуковской. URL: [http://saratov.gov.ru/government/structure/terupr/news/detail.php?ID=100067&sphrase\\_id=211418](http://saratov.gov.ru/government/structure/terupr/news/detail.php?ID=100067&sphrase_id=211418) (Дата посещения 1.11.2014)
8. Bondarenko T. Russian planet. Why do You need a bus? How people live there where no roads or public transport. URL: [http://saratov.rusplit.ru/index/Kak\\_zhivut\\_ljudi\\_tam\\_gde\\_net\\_dorog-9909.html](http://saratov.rusplit.ru/index/Kak_zhivut_ljudi_tam_gde_net_dorog-9909.html) [cited 2014 May 16]. Russian (Бондаренко Т. Русская планета. «А зачем Вам автобус? Как живут люди там, где нет ни дорог, ни общественного транспорта» URL: [http://saratov.rusplit.ru/index/Kak\\_zhivut\\_ljudi\\_tam\\_gde\\_net\\_dorog-9909.html](http://saratov.rusplit.ru/index/Kak_zhivut_ljudi_tam_gde_net_dorog-9909.html) (Дата посещения 1.11.2014)
9. Larionov MV, Larionov NV. The influence of the degree of environmental pollution on the health of the population of Saratov region. *Vestnik OSU* 2009; (4): 122–126. Russian (Ларионов М. В., Ларионов Н. В. Влияние степени загрязнения окружающей среды на здоровье населения Саратовской области. *Вестник ОГУ* 2009; (4): 122–126.)
10. Danilov AN. "Faces of Saratov province" Employees. Arkadak. URL: <http://lizagubernii.ru/vopros/25931/arkadak.html>. Russian (Данилов А. Н. «Лица Саратовской губернии» Сотрудники. Аркадак. URL: <http://lizagubernii.ru/vopros/25931/arkadak.html> (Дата обращения 01.11.2014)
11. Official website State Institution of health of the Saratov region «Arcadakaya district hospital». The vacancy. URL: <http://arkadb.medportal.saratov.gov.ru/employees/> [cited 2012 Sep 26]. Russian (Официальный сайт ГУЗ СО «Аркадакская РБ». Вакансии. URL: <http://arkadb.medportal.saratov.gov.ru/employees/> (Дата посещения 01.11.14)
12. Sidorov PI, Parnyakov AV. *Clinical psychology: the textbook for higher education institutions*. Moscow: «GEOTAR-Media», 2008; 880 p. Russian (Сидоров П. И., Парняков А. В. *Клиническая психология: учебник для вузов*. М: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 880 с.)

УДК 616–002.77

Оригинальная статья

## ВЛИЯНИЕ АЦЦП- И РФ-ПОЗИТИВНОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИСХОДОВ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ДЛИТЕЛЬНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

**Ю. А. Ермакова** — ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой», Москва, врач-ревматолог, аспирант; **Д. Е. Каратеев** — ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой», Москва, заместитель директора по науке, руководитель лаборатории ранних артритов, доктор медицинских наук; **Е. Л. Лучихина** — ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой», Москва, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук; **Н. В. Демидова** — ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой», Москва, научный сотрудник, кандидат медицинских наук.

## THE INFLUENCE OF CCPA AND RF ON THE FIVE-YEAR OUTCOMES IN PATIENTS WITH EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

**Yu. A. Ermakova** — Moscow V. A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Post-graduate; **D. E. Karateev** — Moscow V. A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Head of Early Arthritis Department, Doctor of Medical Science; **E. L. Luchikhina** — Moscow V. A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Leading Research Assistant, Candidate of Medical Science; **N. V. Demidova** — Moscow V. A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Research Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 15.04.2015 г.

Дата принятия в печать — 4.06.2015 г.