

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

На правах рукописи

АЛЕСИНСКИЙ МИХАИЛ МИГРАНОВИЧ

**РОЛЬ ПРОВИЗОРА В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ**

14.03.06 Фармакология, клиническая фармакология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата фармацевтических наук

Научный руководитель:
Налётова Елена Николаевна,
доктор медицинских наук, доцент

Научный консультант:
Передерий Евгений Алексеевич,
кандидат фармацевтических наук, доцент

Донецк-2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ. КТО ДОЛЖЕН РЕШАТЬ ПРОБЛЕМУ: ВРАЧ ИЛИ ПРОВИЗОР? (Обзор литературы).....	12
1.1. Гипертоническая болезнь, ее клиническое и социальное значение. Причины неэффективности фармакотерапии.....	12
1.2 Повышение приверженности лечению – важный фактор повышения эффективности антигипертензивной фармакотерапии..	21
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1 Дизайн исследования.....	34
2.2 Подготовительный этап (этап I).....	35
2.2.1 Оценка коммуникативной активности «посетитель аптеки – провизор» и «пациент – врач»	35
2.2.2. Оценка факторов профессиональной деятельности врачей и провизоров, влияющих на формирование приверженности лечению больных ГБ	36
2.3 Основной этап исследования (этап II).....	37
2.3.1 Участие пожилых больных ГБ в программе этапа II А.....	37
2.3.2 Врачебный контроль состояния и терапии пожилых больных ГБ.....	38
2.3.3 Участие пожилых больных ГБ в программе повышения приверженности лечению (этап II Б-1).....	39
2.3.4 Оценка отдаленных результатов участия в программе повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ (этап II Б-2).....	41
2.3.5 Фармакоэкономический анализ антигипертензивной фармакотерапии пожилых больных ГБ, проведенной в рамках программы повышения приверженности пациентов лечению.....	41
2.4 Методы исследования.....	42
2.5 Характеристика обследованного контингента.....	44
2.5.1 Характеристика контингента, принявшего участие в программе этапа II А.....	45
2.5.2 Характеристика контингента, принявшего участие в программе этапа II Б-1.....	46
2.5.3 Характеристика контингента, принявшего участие в программе динамического наблюдения (этап II Б-2).....	50
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНОСТИ ПОСЕТИТЕЛЬ АПТЕКИ – ПРОВИЗОР И ВРАЧ – ПАЦИЕНТ. ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОВИЗОРА И ВРАЧА, ФОРМИРУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	52

3.1 Оценка коммуникативной активности провизор – посетитель аптеки и врач – пациент	52
3.2 Факторы профессиональной деятельности провизора и врача, влияющие на формирование приверженности лечению пожилых больных ГБ.....	55
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ В ХОДЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	60
4.1 Результаты, полученные в ходе этапа ПА.....	60
4.1.1 Динамика уровня приверженности лечению пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА.....	60
4.1.2 Динамика эффективности антигипертензивной терапии пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА.....	62
4.2 Результаты, полученные в ходе этапа П Б-1.....	63
4.2.1 Динамика уровня приверженности лечению пожилых больных ГБ в ходе этапа П Б-1.....	63
4.2.2 Динамика эффективности антигипертензивной терапии у пожилых больных ГБ в ходе этапа П Б-1.....	66
4.2.3 Динамика психологических показателей у пожилых больных ГБ в ходе этапа П Б-1.....	67
4.2.4 Влияние индивидуальных и психологических особенностей пожилых больных ГБ на формирование приверженности лечению в ходе этапа П Б-1.....	70
4.5 Динамика уровня приверженности лечению и эффективности антигипертензивной терапии у пожилых больных ГБ в ходе этапа П Б-2.....	78
4.5.1 Динамика уровня приверженности лечению пожилых больных ГБ в ходе этапа П Б-2.....	79
4.5.2 Динамика эффективности антигипертензивной терапии у пожилых больных ГБ в ходе этапа П Б-2.....	81
4.5.3 Динамика психологических показателей у пожилых больных ГБ на этапе П Б-2.....	83
4.6 Оценка пожилыми больными ГБ своего участия в программе повышения приверженности лечению.....	86
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ПРЯМЫХ ЗАТРАТ НА АГЛС, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ ГБ ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АД	87
ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	100
ВЫВОДЫ.....	110
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	112
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	113
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	114
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	136

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Артериальная гипертензия (АГ) во многом определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности, которая в экономически развитых странах составляет более 50-55% [5, 7, 29, 43, 89]. В большинстве случаев причина АГ не может быть установлена. Тогда АГ определяется как первичная или гипертоническая болезнь (ГБ) [4, 28, 81].

Лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных ГБ, а её эффективность зависит от многих факторов. Важно отметить, что почти 50% пациентов, страдающих АГ, не знают о факте своего заболевания; приблизительно столько же, из тех, кто информирован о своём заболевании, не принимают лечение [2, 33, 37, 49]. Таким образом, лишь четверть больных, страдающих АГ, получают лечение, что и определяет показатели ССЗ и смертности.

К сожалению, эффективность лекарственной терапии у больных, получающих её, как правило, невысока. Чаще причина недостаточного гипотензивного эффекта состоит не только в том, какие антигипертензивные лекарственные средства (АГЛС) принимает больной, а в том, в какой степени пациент следует рекомендациям врача, т.е. приверженности лечению – комплаентности (compliance) [1, 2, 19, 69, 99]. Факторов, определяющих уровень приверженности лечению больных ГБ, много – осознание больным необходимости лечения, стоимость назначенных врачом АГЛС, наличие лекарств аптеке, кратность приёма препаратов в течение суток и т.д.

Особую категорию больных ГБ составляют лица пожилого возраста, это самая многочисленная когорта таких пациентов; их численность превышает 50-60 % в популяции. Существенным моментом, который не позволяет достичь комплаентности у таких больных, является ограниченность в финансах. Нельзя исключать и «возрастную забывчивость» пожилых людей [49, 50, 95, 162].

На Донбассе проживает около 700 тысяч лиц пожилого возраста, это практически 30% населения, которое в настоящее время составляет 2,2 млн. человек. При этом отмечается сложная ситуация с обеспечением региона медицинскими кадрами – дефицит врачей составляет около 6000 человек. Количество посещений врачей в 2018 году, включая профилактические осмотры, составило более 20 млн. [29, 49, 50]. Такая нагрузка на медицинский персонал может пагубно отразиться на возможности проводить необходимые беседы с пациентами, направленные на повышение их приверженности лечению [3, 34, 99].

Важными составляющими формирования приверженности лечению у пациентов являются наличие доступной качественной информации о заболевании, последствиях отсутствия его лечения и/или нерегулярного соблюдения предписаний врача, побочных эффектах лекарств, а также о возможной профилактике или снижении риска развития нежелательных явлений, связанных с проведением лекарственной терапии и т.д. Подробную информацию больной должен получить от врача [22, 32, 87, 94].

На формирование у пациентов приверженности лечению влияет и тот факт, что большинство из них не осознает важности регулярного приема гипотензивных препаратов (соблюдение кратности, временных интервалов и условий их приема), не понимает того, что лечение не может быть эпизодическим. Помощь больным в этом вопросе может оказать не только врач, но и провизор [62].

Приобретая прописанные врачом лекарства в аптеке, пациент может получить недостающую информацию об их правильном приеме. Провизор довольно часто становится основным консультантом больного/посетителя аптеки по вопросам соблюдения режима приема препаратов, назначенных врачом. Важно подчеркнуть, что консультативная помощь провизоров населению по вопросам применения лекарственных средств (ЛС) регламентирована квалификационной характеристикой специалиста-

провизора и, по сути, является его профессиональной обязанностью. В настоящее время практически не раскрыт потенциал участия провизора в формировании приверженности лечению пациентов-посетителей аптек.

Степень научной разработанности проблемы

Несмотря на большое количество зарубежных и отечественных работ, посвященных проблеме повышения приверженности лечению различных категорий больных, практически отсутствует информация о консультативной деятельности провизора по вопросам приема больными ГБ АГЛС, назначенных врачом.

Нет предложений по участию провизора в оценке приверженности лечению и в формировании ее у пожилых больных ГБ.

Фармакоэкономическая оценка лечения больных ГБ, в тех случаях, когда, в силу разных обстоятельств (высокая стоимость лекарства, отсутствие его в аптечной сети), провизор рекомендовал замену оригинального лекарственного средства (ОЛС) генерическим (ГЛС) не проводилась.

Исследования в этом направлении могут существенно улучшить результаты лечения данной категории больных.

Цель исследования

Базируясь на опыте работы центра фармацевтической опеки, обосновать необходимость вовлечения провизора в процесс формирования у пожилых больных ГБ приверженности лекарственной терапии, назначенной врачом, с целью повышения эффективности лечения.

Задачи исследования

1. Оценить коммуникативную активность «посетитель аптеки – провизор» и «пациент – врач», а также выявить факторы профессиональной

деятельности провизоров и врачей, влияющие на формирование у пациентов приверженности лечению.

2. Под руководством провизора организовать в аптеке центр фармацевтической опеки, в рамках работы которого, оценить уровень приверженности лечению пожилых больных ГБ; провести динамическое наблюдение комплаентности и результатов антигипертензивной фармакотерапии.

3. Разработать программу повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ, и оценить её влияние на уровень комплаентности, эффективности фармакотерапии, индивидуальные и психологические особенности, способные оказывать воздействие на формирование комплаентности у неприверженных лечению пожилых больных ГБ.

4. Оценить отдаленные результаты уровня комплаентности, эффективности фармакотерапии и психологического статуса участников программы повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ.

5. Оценить прямые затраты на антигипертензивную лекарственную терапию, обеспечивающую пожилым больным ГБ достижение целевого уровня АД, осуществленную в рамках программы повышения приверженности лечению, руководимой провизором.

Научная новизна

1. Впервые дана оценка коммуникативной активности провизоров и врачей с пожилыми больными ГБ; выявлены факторы их профессиональной деятельности, влияющие на формирование у пациентов приверженности лечению.

2. Впервые определен уровень приверженности лечению и структура причин его низкого уровня у пожилых больных ГБ, проживающих на Донбассе.

3. Впервые разработана программа, руководимая провизором, направленная на повышение приверженности лечению пожилых больных ГБ, назначенного лечащим врачом.

4. Впервые показана взаимосвязь повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ, проживающих на Донбассе, и эффективности антигипертензивной фармакотерапии, а также оценена динамика эмоционального состояния пациентов на разных этапах участия в программе повышения комплаентности.

5. Впервые дана фармакоэкономическая оценка лечения, назначенного лечащим врачом, осуществляемого в рамках программы повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ, под руководством провизора.

Теоретическое и практическое значение полученных результатов.

1. Впервые под руководством провизора в аптеке создан эффективный центр фармацевтической опеки по повышению приверженности лечению пожилых больных ГБ.

2. Материалы исследования позволили дать оценку приверженности лечению пожилых больных ГБ, а также выявить факторы (возраст старше 70 лет и тип личности), способствующие её снижению.

3. Разработанные мероприятия повышения приверженности лечению больных ГБ, могут быть использованы провизорами и врачами различных специальностей с целью повышения соответствия поведения пациента рекомендациям врача (прием ЛП, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни) при различных соматических заболеваниях.

Методология и методы исследования

Теоретической и методологической основой исследования послужили отечественные и международные исследования приверженности лечению

различных категорий больных. Работа проводилась с соблюдением правил научных исследований.

Выполнение научной работы состояло из двух этапов. На первом этапе исследования были разработаны оригинальные опросники, позволяющие выявить факторы профессиональной деятельности врачей и провизоров, оказывающие влияние на формирование приверженности лечению больных ГБ, а также оценить коммуникативную активность «пациент – врач» и «посетитель аптеки – провизор».

Базируясь на результатах первого этапа исследования, разработана программа второго экспериментального этапа, которая предусматривала создание в аптеке, под патронатом провизора, центра повышения приверженности больных ГБ лечению, назначенному врачом. Объектом научного исследования стали пожилые пациенты, страдающие ГБ.

При проведении исследования были применены общенаучные (сравнение, анализ), социологические методы (опрос), а также методы статистики.

Положения, выносимые на защиту

1. Врачи и провизоры, осуществляя свою профессиональную деятельность, по ряду причин, в недостаточной степени уделяют внимание вопросу формирования приверженности лечению больных ГБ.

2. Приверженность лечению пожилых больных ГБ, находится на низком уровне и требует коррекции; при этом основной причиной их низкой комплаентности является «забывчивость».

3. Консультативная помощь посетителям аптеки, оказанная провизором, и предложенные им меры самоконтроля лечения (ведение дневника самоконтроля, сигналы-напоминания в мобильных телефонах) существенно повышают приверженность лечению пожилых больных ГБ.

4. Снижение приверженности лечению и эффективности терапии у пожилых больных ГБ к концу 52-ой недели диктует необходимость регулярного динамического контроля со стороны провизора и/или врача.

5. Использование больными ОЛС и ГЛС обеспечивает адекватную антигипертензивную эффективность; при этом существенно меньшие затраты на лечение отмечаются при использовании ГЛС.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов подтверждается достаточным объемом проанализированного материала по изучаемой теме, использованием методик, адекватных поставленным задачам и применением современных методов анализа. Обоснованность научных выводов и положений подтверждается результатами проведенных исследований и не вызывает сомнений. Выводы объективно и полноценно отражают полученные результаты. С учетом вышеизложенного результаты проведенного исследования следует считать достоверными.

Материалы исследования представлены на I Съезде терапевтов Донецкой Народной Республики (Донецк, ноябрь 2017) и на II Международном форуме «Наука побеждает... болезнь» (Донецк, ноябрь 2018). Апробация работы проведена на совместном заседании кафедры фармакологии и клинической фармакологии имени профессора И.В. Комиссарова и кафедры общей практики, семейной медицины ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, 4 из которых – в российских рецензируемых научных журналах, включенных в перечень изданий, рекомендуемых ВАК или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования для публикаций результатов научных работ.

Структура и объём работы

Материалы диссертации изложены на 145 страницах машинописного текста. Работа состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, их обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы включает 187 источника: 102 отечественных и 85 зарубежных. Работа иллюстрирована 30 таблицами и 21 рисунками.

ГЛАВА 1
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР
ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ.
КТО ДОЛЖЕН РЕШАТЬ ПРОБЛЕМУ: ВРАЧ ИЛИ ПРОВИЗОР?
(Обзор литературы)

1.1. Гипертоническая болезнь, ее клиническое и социальное значение. Причины неэффективности фармакотерапии

По данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ во взрослой популяции развитых странах мира колеблется от 20 до 40% с резким возрастанием по мере старения населения [7, 75, 81, 89, 162]. В Российской Федерации распространенность АГ достигает 40%, что во многом определяет структуру ССЗ и смертности. Осложнения АГ нередко могут быть фатальными. Наиболее частыми из них являются инфаркт миокарда (ИМ) и мозговые инсульты (МИ) [59, 65, 68, 84, 85, 154]. В последние годы смертность от ССЗ в Российской Федерации составила около 50-55% от общего числа летальных исходов. Высокая заболеваемость и смертность от ССЗ обуславливает значительный экономический ущерб, который в Российской Федерации в последние годы превысил 1 трлн. рублей, а в странах Европейского Сообщества ежегодно составляет около 192 миллиардов евро [135, 137, 140, 146].

По определению ВОЗ, АГ – это постоянное повышение систолического (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД), или постоянный приём АГЛС. Согласно классификации Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (2007 г.) АГ – это повышение САД до 140 мм рт. ст. и выше или ДАД до 90 мм рт. ст. и выше.

В большинстве случаев АГ определяется как первичная (эссенциальная, идиопатическая) или ГБ, когда причина АГ не может быть

установлена. При отсутствии установленной причины возникновения ГБ обеспечить этиотропное лечение не представляется возможным. В этой связи чаще лекарственная терапия ГБ осуществляется преимущественно путём эмпирического подбора эффективного ЛС, т.е. носит патогенетический характер. Лечение больных АГ преследует следующие цели [9, 10, 17, 35, 119, 126, 136]:

- нормализация АД, то есть снижение его до целевого уровня;
- предупреждение поражений органов-мишеней (в первую очередь сердца, головного мозга, сосудов и почек) и обеспечение, по возможности, обратного развития возникших изменений;
- увеличение продолжительности и качества жизни больного.

Успех решения двух последних задач зависит, прежде всего, от решения первой. К сожалению, это достаточно непросто. В Российской Федерации только у 27,3% пациентов, страдающих АГ, получаемое лечение оценивается как эффективное [47, 78, 101, 105, 124, 125, 133].

Лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных ГБ, а её эффективность зависит от большого числа факторов. Во многом эффективность проводимой антигипертензивной фармакотерапии определяется тем, в какой степени пациент следует указанным рекомендациям врача, или приверженностью лечению – комплаентностью (compliance). В переводе с английского языка compliance означает согласие, приспособление, разделение взглядов. По определению ВОЗ, комплаентность – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием ЛП, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни [122, 130, 147, 152].

Реальная клиническая практика и результаты многоцентровых исследований показали, что применение монотерапии при лечении АГ редко способствует достижению целевых уровней АД, что увеличивает риск развития нежелательных явлений и снижает приверженность пациентов лечению. Необходимо отметить, что в настоящее время врачи отдают

предпочтение комбинированной фармакотерапии, когда используется два и более АГЛС. Такой подход к лекарственной терапии ГБ позволяет обеспечить фармакологическое влияние на различные звенья патогенеза, снижая их участие в формировании и прогрессировании АГ. В тоже время, различные ЛС могут иметь отличающийся друг от друга режим дозирования (кратность приема), что влияет на исполнительскую дисциплину больного при проведении лечения. Назначение комбинированных препаратов длительного действия позволяет сократить количество приемов ЛС и обеспечить при необходимости их однократный прием [30, 40, 79, 143].

Одним из важных моментов приверженности лечению является его доступность. Большинство больных предпочитают тратить меньше денег на лекарства. Это приводит к тому, что больные стараются приобретать в аптеке более доступные аналоги – ГЛС. Такая ситуация гораздо лучше, нежели полный отказ больного от приёма препаратов из-за их недоступности. Правильной была бы ситуация, когда врач, понимая ограниченные финансовые возможности пациента, сразу назначал бы ему доступные препараты-копии. Однако для этого врач должен ориентироваться в ценах на лекарства, что не всегда возможно. В этой ситуации большая роль отводится провизору, который ориентируется как в ассортименте аналогов, так и в ценах на них. Эти знания провизора могут помочь посетителю аптеки приобрести необходимые и доступные АГЛС в рамках назначенного врачом лечения [13, 16].

Как уже было отмечено, при ГБ фармакотерапия не может быть этиотропной (в виду неясной причины), прежде всего, она является патогенетической, оказывающей влияние на патогенетические механизмы формирования и прогрессирования АГ. В тоже время одним из самых важных моментов для понимания пациента является то, что проводимая фармакотерапия должна быть постоянной (пожизненной), т.к. прекращение приёма АГЛС приведёт к повышению АД. Без постоянного адекватного

контроля АД не может быть и речи о профилактике ИМ, МИ, а также об увеличении продолжительности жизни пациентов. К сожалению, часть больных не до конца понимают серьёзность этого постулата, считая, что достаточно некоторое время принимать АГЛС, чтобы достичь «нормальных» показателей АД. Довольно часто отмечается ситуация, когда самочувствие пациента улучшается, у него возникает желание забыть о болезни и, как следствие, не принимать ЛП. В своей работе Demyttenaere К. с соавт. [175] отметили, что 55% больных прекращает приём ЛП после улучшения своего самочувствия через шесть месяцев от начала лечения. Усугубляет картину недостаточная мотивация, когда люди, страдающие ГБ, не считают нужным постоянно принимать АГЛС. Чаще прекращают лечение пациенты с впервые выявленной АГ, чем длительно болеющие.

Как уже отмечалось, многие факторы влияют на приверженность больного лечению. Одним из наиболее важных является эффективность фармакотерапии, которая иногда проявляется не сразу, так как для развития максимального антигипертензивного действия многих АГЛС необходимо некоторое время. Так, например, антигипертензивная эффективность бета-адреноблокаторов (β -АБ) развивается постепенно, через 5-7, а то и 10-12 дней. Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БАР) чаще проявляют свою способность снижать повышенное АД к концу первой-второй недели. Долгое ожидание эффекта – обстоятельство, которое может вызвать недоверие к лечению, а соответственно, к врачу, его назначившему. В тоже время наличие эффекта «первой дозы» у альфа₁-адреноблокаторов (α_1 -АБ), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) короткого действия, которое проявляется выраженным снижением АД, вплоть до развития коллаптоидных реакций, на ранних этапах приёма ЛС этой группы, – фактор, который может вызвать непринятие рекомендуемого лечения.

Другие моменты, сопровождающие фармакотерапию, также могут влиять на приверженность ей. Это и хорошая переносимость ЛС, которая

зависит от частоты и выраженности побочных эффектов, возникающих в следствие их приема; это и кратность приёма ЛС в течение суток. Самостоятельный отказ пациентов от лечения, связанный с развитием побочных эффектов, отмечается довольно часто. Это было подтверждено исследованием, в котором у 322 (34%) из 948 пациентов наблюдали побочные эффекты в процессе лечения. Лишь 78% из них сообщили об этом своему врачу, тогда как остальные самостоятельно прекратили прием препаратов [164].

Было отмечено, что в ходе терапии побочные эффекты спорадически возникают у 36% пациентов. У 17% больных они сохраняются весь период лечения.

Понимание важности уменьшения кратности приёма ЛС в течение суток до одного раза нашло своё отражение в рекомендациях ВОЗ – при назначении антигипертензивной фармакотерапии отдавать предпочтение ЛС, которые способны обеспечивать контроль уровня АД на протяжении 24 часов. Приверженность к терапии обратно пропорциональна частоте приема препаратов в день. При однократном приеме средний уровень приверженности составляет около 80%, при приеме 4 раза он снижается до 50% [22, 23, 31, 36, 49, 62, 139, 141].

Надо отметить, что большинство современных АГЛС способны контролировать уровень АД в течение суток при однократном приёме: ИАПФ длительного действия (периндоприл и др.), все представители БАР, прямой ингибитор ренина (ПИР) – алискирен, высоко кардиоселективный β_1 -АБ (небиволол) и др. При многих позитивных моментах, эти ЛП обладают одним «негативом» – достаточно высокой стоимостью.

Некоторые АГЛС имеют прекрасное сочетание высокой антигипертензивной эффективности и низкой стоимости, что, в некоторых случаях, является определяющим фактором их выбора. К таким ЛС

относится клонидин, более известный под торговым названием клофелин. Механизм антигипертензивного действия связан с тем, что клонидин активирует пресинаптические альфа₂-адренорецепторы (α_2 -АР) структур, координирующих функциональную активность нейронов сосудодвигательного центра (СДЦ). В результате этой стимуляции уменьшается содержание в синаптической щели медиатора, что снижает возбуждение нейронов СДЦ. За счёт снижения функциональной активности СДЦ уменьшаются вазоконстрикторная импульсация к сосудам, тонус их снижается, что приводит к уменьшению общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) и снижению АД. Понижению АД при использовании клонидина также способствует уменьшение минутного объёма сердца (МОС), что обусловлено снижением частоты сердечных сокращений (ЧСС) [25, 51, 52, 88].

Рассмотрев наиболее значимые эффекты, вызываемые приемом клонидина, необходимо подробно обсудить, что может наблюдаться при отмене клонидина, т.к. неправильная отмена препарата, либо неправильный его прием (внезапная отмена, пропуск очередного приема) могут иметь очень тяжелые последствия для больного. Этот феномен получил название “синдром отмены клонидина” и характеризуется не просто повышением АД. Состояние больных при его внезапной отмене по клиническим признакам напоминает гипертонический криз или приступ феохромоцитомы с очень тяжелым течением. Механизм развития “клонидинового” гипертензивного криза (который, как надо четко себе представлять, является следствием не приема клонидина, а внезапной его отмены) состоит в том, что клонидин, уменьшая высвобождение медиатора норадреналина (НА) из пресинапса нейронов структур, контролирующих уровень активности СДЦ, способствует накоплению НА в этих пресинапсах. Накопление НА отмечается также в терминалях симпатических нервов, иннервирующих сердце, сосуды. Создается такая ситуация: пресинапсы имеют достаточное количество НА,

но высвобождение его пресекается стимуляцией клонидином пресинаптических α_2 -АР. Внезапная отмена (или пропуск очередного приема) препарата создает условие для выброса в синаптическую щель накопленного НА, который взаимодействуя с постсинаптическими альфа₁-адренорецепторами (α_1 -АР) нейронов СДЦ, повышает уровень их активности (увеличение вазоконстрикторной импульсации). В условиях предшествовавшего приема клонидина, чувствительность α_1 -АР к медиатору, как известно, повышается, что усугубляет создавшееся положение [88].

Клинически “клонидиновый” криз проявляется следующим образом. После внезапного прекращения приема клонидина в течение 24 часов (чаще в течение первых 8-12 часов) повышается АД, появляются тахикардия, беспокойство и возбуждение. Больной жалуется на головную боль, боли в животе, тошноту, иногда рвоту. Как правило, это происходит с больными, которые не предупреждены врачом об опасности внезапного прекращения приема клонидина или которые не имеют в запасе должного количества препарата. Принимая во внимание тот факт, что период полувыведения ($T_{1/2}$) клонидина составляет 14,5 часа, то прием его должен быть не реже двух раз в день. После 6 месяцев приема $T_{1/2}$ уменьшается до 6,5 часов, что определяет необходимость при длительном приеме клонидина делить суточную дозу на 4 приема [88].

“Клонидиновый” криз может наблюдаться не только после длительного (в течение нескольких месяцев) приема препарата. Развитие синдрома отмены клонидина отмечается уже у больных, получавших его в дозе 0,0002 в течение недели. Врач очень категорично должен требовать от больного четкого соблюдения 2-4-кратного приема клонидина, предупреждать о недопустимости пропуска приема препарата. Отмена клонидина должна осуществляться постепенно, в течение 1-2 недель. Постепенное снижение дозы клонидина позволяет создать условия для уменьшения избытка НА в нервных окончаниях, понижения чувствительности постсинаптических α_1 -АР,

т.е. восстановления нормального функционирования адренергических синапсов. Отмену приема клонидина, наряду со снижением его дозы, можно сочетать с назначением резерпина, который вызывает истощение запасов НА в пресинапсе, предотвращая выброс избытка НА в синоптическую щель [88].

Столь подробное обсуждение механизма развития “клонидинового” криза связано с тем, что основными его потребителями являются пациенты пожилого возраста, что, как уже отмечалось, является следствием его низкой цены. Это диктует врачам и провизорам необходимость подробно и настойчиво объяснять больным, принимающим клонидин, правила соблюдения режима дозирования. Больные с низкой приверженностью лечению рискуют получить серьёзные осложнения в виде МИ или ИМ.

Одним из существенных факторов, влияющих на уровень приверженности больного лечению, является необходимость использования и других ЛС для лечения сопутствующих заболеваний или состояний. Увеличение количества принимаемых ЛС, как правило, не способствует повышению исполнительской дисциплины. В этой связи следует еще раз подчеркнуть, что во всех случаях, когда это возможно, лучше использовать готовые комбинированные лекарственные формы: они существенно улучшают приверженность пациентов к терапии и увеличивают число пациентов, достигающих целевых значений АД, о чем свидетельствуют результаты многочисленных исследований [36; 74; 79; 149, 157, 174]. Правда, обратной стороной медали будет уменьшение возможности управлять дозами ЛС, т.к. в комбинированных формах они являются фиксированными, а дробить на части комбинированные препараты недопустимо.

Ещё одним из важных моментов приверженности больного лечению является психологические особенности личности. В своих исследованиях этот вопрос не обошли вниманием многие авторы [6, 42, 72, 77, 113, 185]. В своей работе Журавская Н.Ю. (2015) показала высокую корреляционную

зависимость между уровнями депрессии и тревоги у больных ССЗ и приверженности больных лечению. Выявлены статистически значимые обратные корреляции показателя приверженности лечению по данным опросника Мориски-Грина с баллами по шкале HADS, как по тревоге, так и по депрессии ($p=0,001$). Было показано, что статистически значимые корреляции баллов тревоги (оцененные по шкале HADS) с показателями, отображенными в опроснике, : прямая корреляция высоких баллов по тревоге с женским полом ($p<0,001$), с высокими показателями АД ($p=0,0015$), с высокими баллами по депрессии ($p<0,001$), то есть у женщин тревога встречалась чаще. У тревожных пациентов АД было выше, также чаще встречалась коморбидная депрессия [8, 26, 27, 50, 61, 64, 73, 96].

В тоже время нам не удалось найти работ оценивающих взаимосвязь комплаентности больных ГБ с их типом личности, который помогает определить личностный опросник Айзенка. В этой связи также не удалось найти данных о влиянии на приверженность лечению степени нейротизма, определяемого данной методикой. Надо отметить, что личностный опросник Айзенка, который он совершенствовал в период с 1947 по 1963гг, остаётся надёжным методом диагностики психотипа личности и степени нейротизма. Важным моментом, присутствующим в личностном опроснике Айзенка, является наличие шкалы «ложь», позволяющей оценить правдивость ответов тестируемого. [49, 60].

Проводимые исследования приверженности лечению больных АГ учитывали многие факторы: перенесенный ИМ, курение, употребление алкоголя и др. [12, 31, 39, 45]. В тоже время нет работ, посвященных комплаентности больных ГБ в условиях масштабных и локальных конфликтов. С учётом современных политических реалий, когда в мире отмечается большое количество гражданских и военных конфликтов, таких больных, надо полагать, немало.

Важным вопросом является: в чьей компетенции должен находиться контроль комплаентности больных ГБ? Провизоров, семейных врачей, врачей-кардиологов или других специалистов? В первую очередь, это ответственность лечащего врача. Им может быть семейный врач, врач-терапевт, врач-кардиолог. К сожалению, больной, довольно часто, получив назначения врача, длительное время его не посещает. Единственным собеседником и советчиком в вопросах лекарственной терапии, принимаемой больным, может оказаться только провизор ближайшей от дома аптеки. Это не означает, что провизор должен подменять врача, но он может помочь больному советами по рациональному применению лекарственной терапии, назначенной врачом. Можно заключить, что проведение мероприятий по контролю приверженности больного назначенному лечению, есть задача общая, охватывающая как провизоров, так и врачей.

1.2 Повышение приверженности лечению – важный фактор повышения эффективности антигипертензивной фармакотерапии

Как показывают опубликованные к настоящему времени исследования, приверженность пациентов лечению является ключевым фактором успешности антигипертензивной терапии и позволяет существенно снизить риск развития осложнений ГБ независимо от класса принимаемого АГЛС [55, 91, 129, 138, 159]. К сожалению, в условиях реальной медицинской практики, приверженность терапии у пациентов с АГ остается на невысоком уровне [11, 24, 38, 48, 114, 121].

История оценки приверженности пациента рекомендациям врача имеет давние корни. Древнегреческий врач Гиппократ (ок. 460 г. – ок. 377 г. до н. э.) писал: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности». Парацельс (1493 г. – 1541 г.) указывал, что: «Три вещи образуют медицину: болезнь, больной и

врач. Любое врачебное искусство будет напрасным, если больной не будет сотрудничать со своим врачом» [45, 54, 70, 104].

Развитие общества способствовало тому, что модель «врач – пациент» стала иметь значительно больше граней: «болезнь – пациент – врач – терапия – общество – организация системы здравоохранения – государство». Достижения медицины и фармации, разработка новых эффективных методов лечения, появление на фармацевтическом рынке новых ЛП, и, наконец, изменение отношения людей к лечению, делают проблему взаимоотношений между врачом и пациентом многоаспектной. Всё большее значение имеет тезис ВОЗ: «Повышение приверженности к терапии может иметь гораздо большее влияние на здоровье населения, чем усовершенствование методов лечения» [14, 15].

По данным американских медиков ежегодно из-за последствий низкой комплаентности погибают 125 тысяч пациентов с различными заболеваниями. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением назначений лечащего врача [127, 134, 137, 145, 150]. Как уже отмечалось, в Российской Федерации только у 27,3% пациентов, страдающих ГБ, получаемое лечение оценивается как эффективное [151, 153, 156, 160]. Следствием чего это является? Недостаточной эффективности назначаемого лечения или плохой исполнительской дисциплины пациентов?

Проблема приверженности пациентов терапии многоаспектна. В целом, идентифицированы три главные причины низкого уровня контроля АД в повседневной жизни: инертность врачей [32, 46, 92], низкая приверженность больных лечению [22, 55] и проблемы системы здравоохранения в подходах к организации помощи при хронических заболеваниях [17, 41, 100]. Исключительно актуальной проблемой современного здравоохранения остается поиск путей повышения эффективности лечения пациентов с ССЗ [22, 34, 37, 45, 103, 112, 127].

Обязательным условием продуктивного сотрудничества врача и пациента является эмпатический настрой со стороны врача, желание и готовность понять пациента, поддержать его, создать доверительную психологическую обстановку [132, 158, 173]. Зачастую профессиональное выгорание врача, формальный и циничный подход к болезням, а также индивидуальным особенностям пациента, негуманное и бесчувственное отношение оказывают существенное влияние на приверженность больных терапии [56].

Предлагается несколько подходов к уменьшению инертности врачей, а также неосведомленности больных об АГ и их низкой приверженности лечению [22, 33, 39, 49, 148]. Программы обучения врачей заметно уменьшают их терапевтическую инертность. Наличие доступно изложенных медицинских знаний в средствах массовой информации, в кабинете врача, в аптеках, школах и других общественных местах, организация школ здоровья – все это может положительно повлиять на уровень информированности и мотивации пациентов [37, 98, 148]. Большое значение придается взаимодействию «врач-пациент» [49].

Главным аспектом для начала действия по пути повышения приверженности больных лечению – является выявление самого факта несоблюдения комплаентности. Разработаны и используются многие способы выявления низкой комплаентности больных при проведении лекарственной терапии. Оценка приверженности лечению в реальной клинической практике возможна несколькими путями, а именно прямыми и косвенными. К прямым методам относятся [34, 37, 49, 60]:

- непосредственное наблюдение за терапией – наиболее точный способ, но трудно применимый в обычной клинической практике;
- измерение уровня препарата или его метаболита в биологических жидкостях – объективный, но дорогостоящий и не содержит данных о регулярности приема ЛС;

К косвенным методам выявления нарушения больными комплаентности относят:

- опрос пациента во время визита (сбор анамнеза и интервьюирование) – характеризуется относительной простотой, однако, если у больного имеются какие-либо причины скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов, то информация, полученная при опросе, может быть необъективной. Если пациент не хочет обидеть врача невыполнением рекомендаций, то его ответы могут быть не совсем откровенными;
- дневник пациента – обеспечивает проведение своевременной корректировки лечения пациента. В тоже время относится к необъективным методам оценки приверженности лечению, т.к. зависит только от пациента;
- оценка клинического ответа – легкий в исполнении. Однако, другие факторы, кроме комплаентности, могут влиять на клинический ответ;
- использование специальных контейнеров – объективный, легкий в исполнении, недорогой, но не позволяет получать информацию об истинно принятых препаратах и соблюдении режима их приема;
- электронные мониторы – точный, содержит информацию о режиме приема препаратов, позволяет проводить ежедневный мониторинг.

В тоже время является дорогостоящим, технически сложным, не позволяет оценивать истинность приема ЛС.

Первые шаги научно-обоснованного изучения приверженности пациентов лечению были сделаны в 1985 году, когда для оценки приверженности лечению был предложен тест Мориски-Грина (ТМГ). Это клинко-психологическая тестовая методика, предназначенная для предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных в рутинной врачебной практике [49, 60, 149].

ТМГ используется для включения в программу стандартного медицинского обследования людей с хроническими заболеваниями. Она может быть применена для выявления контингента, нуждающегося в дополнительном внимании как недостаточно приверженных лечению. Наконец, она часто используется в научных исследованиях как основной инструмент и как эталон сравнения при разработке новых, более подробных и специализированных шкал [60, 49].

Иногда исследователи дополняют ТМГ вопросом, касающимся приема пациентом препаратов, если он находится вне дома, в поездках, а так же в сочетании его с алкоголем и др. [49, 149]. Существует достаточное количество опросников для оценки комплаентности больных: «Мориски-Грин-Левине», ММАС-8 («Morisky–Green–Levine», MGL), короткий опросник по терапии («Brief Medication Questionnaire»), опросник «Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale»; шкала приверженности к терапии Мориски («Morisky Medication Adherence Scale»); опросник «Приверженности к Терапии для Пациентов с Гипертонией» («Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension» (TAQPH)); и опросник «Martín–Bayarre–Grau». [49, 148].

Все эти опросники имеют аналогичные показатели надежности и достоверности, и, в целом, могут быть рекомендованы в клинической практике. ММАС-8 был разработан Morisky с соавт. на основе опросника MGL (Morisky–Green–Levine), состоящего из 4 вопросов, к которым было добавлено еще 4 вопроса. Авторы [49, 149] еще раз подтверждают, что в настоящее время ни один из 6 опросников не может рассматриваться как «золотой стандарт», однако, полученные данные могут помочь врачу в выборе наиболее подходящего опросника в зависимости от индивидуальных особенностей.

Важным, на наш взгляд, является не только установление приверженности/неприверженности больного лечению, а и выявление

причин, которые обуславливают снижение (отсутствие) у него комплаентности. Если эти причины лежат вне финансовой плоскости, а являются следствием неорганизованности пациента, наличия у него «особого мнения или отношения» касательно лечения, то есть шанс повысить его комплаентность, изменяя отношение больного к лечению, [4, 22, 30, 49].

Наиболее частой причиной низкой комплаентности является «забывчивость» пациентов. Как правило, исполнительская дисциплина зависит от кратности приёма ЛС. Уже было отмечено, что чем выше кратность приёма препарата в сутки, тем ниже комплаентность. Это было установлено благодаря объективным методам оценки комплаенса с использованием микропроцессоров, которые сигнализируют о реальных расходах (число проведенных ингаляций, число открываний коробочек для таблеток), либо потреблении ЛС (уровень ЛС в плазме крови). Проведение подобных исследований позволило установить, что у пациентов, которым был назначен прием препарата 1 раз в день, комплаенс значительно выше, чем у тех, кто принимал лекарства 2 раза в день [37, 49].

Сложную категорию больных составляют пациенты с «особым мнением или отношением» к лечению. Некоторые пациенты 3-4 раза в год устраивают себе «лекарственные каникулы» по различным причинам: устали принимать препарат, не смогли обновить рецепт, уехали в отпуск и т. д. Отдельную группу составляют такие пациенты, у которых «лекарственные каникулы» проходят ежемесячно или даже чаще. Некоторые пациенты вообще не принимают назначенного лечения, но создают впечатление хорошей приверженности терапии. Например, широко известен феномен «приверженности белому халату», когда назначенный препарат обязательно принимается перед посещением врача.

В настоящее время идентифицировано более 250 факторов, влияющих на отношение пациентов к соблюдению режима терапии. Известно, что

важную роль в формировании приверженности соблюдению режима терапии играет личность пациента [44, 49]. Приверженность лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях. Все причины, приводящие к плохой приверженности терапии, можно классифицировать на обусловленные:

- поведенческими особенностями пациента;
- профессиональными особенностями врача;
- социально-экономическими факторами;
- характером медицинского вмешательства.

В своей работе Strelec M.A. и Mion A.M. (2003) выделили факторы, которые обуславливают низкую приверженность пациентов к медицинским программам:

- демографические (возраст, пол, уровень образования, социально-экономический статус, социальная занятость, этническая принадлежность);
- обусловленные медицинским вмешательством (количество препаратов, кратность приема, размер и вкус таблетки, характер упаковки, длительность терапии, стоимость лечения, дизайн терапии, вероятность развития и характер побочных эффектов);
- обусловленные характером заболевания (отсутствие или наличие симптомов, стабильность клинических симптомов);
- обусловленные индивидуальными особенностями пациента (понимание болезни и ее последствий, принятие угрозы здоровью, понимание выгоды терапии, в том числе экономической, мотивация пациента и семьи, участие пациента в решении возникающих проблем);
- обусловленные характером взаимодействия «врач-пациент» (обстоятельства визита, доступность помощи, качество и эффективность диалога, время и кратность визитов, отношение врача к

пациенту и его болезни, адекватность предоставляемой пациенту информации).

В исследовании Jeremy M. и Goodfield D. о приверженности лечению больных псориазом была установлена приверженность лечению различных категорий больных (указано $\% \pm m\%$):

- мужчины ($38,8 \pm 24,0$) – женщины ($77,9 \pm 29,0$);
- одинокие ($44,2 \pm 35,0$) – состоящие в браке ($78,2 \pm 19,0$);
- безработные ($43,9 \pm 25,0$) – работающие ($68,9 \pm 34,0$);
- лечатся впервые ($90,1 \pm 26,4$) – лечатся повторно ($46,9 \pm 26,1$);
- есть побочные эффекты ($45,7 \pm 26,6$) – нет побочных эффектов ($73,3 \pm 26,6$);
- курящие ($45,5 \pm 30,0$) – не курящие ($86,0 \pm 18,0$);
- употребляющие алкоголь ($53,4 \pm 30,0$) – не употребляющие алкоголь ($91,5 \pm 29,0$).

Как уже отмечено, плохая приверженность терапии является одной из основных причин недостаточной эффективности и/или безуспешности лечения. Если у пациента не наблюдается ответа на назначаемую терапию, врачу необходимо определить, является ли пациент действительно резистентным к лечению или он недостаточно комплаентен. К сожалению, достаточно надежного метода, который позволял бы оценивать приверженность лечению в повседневной практике, не существует.

Большое значение наряду с установлением самого факта некомплаентности или низкой комплаентности больных, имеет также выявление причин, которые этому способствовали. Если низкая приверженность лечению ведёт к снижению его эффективности, следовательно, к госпитализациям и летальным исходам, то повышение комплаентности больных – «ключ» к изменению и устранению этих негативных последствий. Использование методов, обеспечивающих повышение приверженности больных лечению, должно оказать влияние на

повышение его эффективности. Обсуждая методы оценки уровня комплаентности, мы увидели, что они одновременно являются и методами, позволяющими обеспечить его повышение. Например, ведение пациентом дневника является с одной стороны методом контроля комплаентности, с другой – способ её повышения [37, 49, 60].

Существуют специальные приемы повышения приверженности лечению пациентов:

- важно четко обозначить цель и задачи терапии (пациенты не могут быть привержены терапии, если они не понимают ее цели).
- при проведении консультирования целесообразно оценить: наличие факторов, которые могут привести к снижению приверженности терапии; психологическую готовность пациента к началу терапии.
- важно обратить внимание на образ жизни пациента: каков его рабочий график; часто ли он путешествует; сможет ли он принимать лекарства на работе так, чтобы это никто не видел; каковы взаимоотношения в семье; кто из близких знает о терапии и может напомнить о приеме лекарств.
- целесообразно привлекать пациента к созданию плана лечения (пациент должен быть уверен в том, что он обеспечен необходимым количеством лекарств с учетом непредвиденных ситуаций).
- информирование пациента (информация стимулирует принятие решения о начале терапии, повышает мотивацию на лечение).

Для того чтобы обеспечить реальное снижение показателей заболеваемости и смертности населения необходимо существенно улучшить отношение к приверженности лечению не только пациентов, но и врачей. Для формирования должной приверженности пациента лечению, врач должен правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении. Учитывать в своей практической деятельности тот факт, что эффективность терапии напрямую зависит от

приверженности ей. Врачу необходимо иметь возможность осуществлять должную кратность визитов пациентов, проводить с ними необходимые беседы с целью повышения приверженности терапии [49, 80].

В настоящее время предложено достаточное количество методик, позволяющих влиять на повышение приверженности больного лечению. Одной из самых простых и действенных является самостоятельное измерение АД. Регулярное измерение АД используется врачом для оценки эффективности фармакотерапии, а также является важным для пациента моментом в плане понимания своего заболевания и контроля эффективности терапии. Пациентам, страдающим ГБ рекомендуется измерять АД в домашних условиях и делать записи в дневнике самоконтроля [49, 60]. Однако, исследователями отмечено, что из 70,6% пациентов, сообщивших о регулярности измерения АД в домашних условиях, только 59,4% знали целевые значения своего САД и ДАД. Таким образом, установлено, что хотя пациенты страдали АГ длительное время (средняя продолжительность антигипертензивной терапии составила $9,8 \pm 7,7$ лет), их знания были неадекватны. Так как пациенты, не зная целевых значений АД, не могут четко определить, насколько успешно контролируется АД проводимой терапией. Высока актуальность осведомленности пациентов об уровне целевого АД для правильной интерпретации результатов, полученных ими при самоконтроле АД, является ли оно повышенным или достигло целевых значений. Полученная информация также подразумевает наличие возможности повышения осведомленности пациентов о сердечно-сосудистых факторах риска и терапевтических показаниях к использованию АГЛС [22, 49, 98].

Одним из возможных путей решения этой проблемы является обучение пациента и формирование мотивации для самообразования. Формирование навыков регулярного лечения, а также контроля своего состояния, может оказывать влияние на приверженность терапии. Школы для больных ГБ,

как доказано, являются эффективным инструментом в плане достижения быстрого терапевтического эффекта. Однако, как работают Школы в отсроченный период наблюдения, например через 1 год, до конца не исследовано. Вопросы, касающиеся возможного обратного развития поражения органов-мишеней при продолжительном лечении, недостаточно освещены в литературе, предлагаемой для обучения больным ГБ. Все вышесказанное определяет актуальность изучения не только ближайших, но и отдаленных результатов обучения больных АГ в «Школе пациента» [37, 49].

В настоящее время разработано и используется достаточное количество методических приемов, рекомендуемых к использованию с целью повышения комплаентности. Наиболее действенными они являются тогда, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» пациента. Можно посоветовать пациенту, связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня, например, приём пищи, бритье, чистка зубов и т. д. В виду того, что мобильная связь, электронная почта имеет практически повсеместное распространение, всё большую актуальность приобретают напоминания по телефону, почте, а также при помощи других электронных средств. В повышении приверженности терапии может быть чрезвычайно полезной и весьма эффективной соответствующая упаковка ЛС (указание дня недели на крышечке, блистеров с указанием дней недели). Такой приём всегда позволяет обратить внимание пациента на пропущенную дозу. Также этому способствуют специальные коробочки для лекарств, которые имеют отсеки разного цвета для разных дней недели и позволяют даже пожилым пациентам принимать несколько препаратов по схеме без существенных отклонений. Входят в клиническую практику и автоматические системы телефонного мониторинга пациентов [37, 49, 148].

Таким образом, очевидной является чрезвычайная актуальность не только самого факта выявления АГ среди населения, осознания больными необходимости посещения врача с целью получения назначений, заинтересованность врача и пациента в результатах лечения, но также стремление больного соблюдать назначения врача. Без понимания больным необходимости быть приверженным лечению, а также реально приверженным назначениям врача, не может быть достигнут позитивный результат.

Чрезвычайно актуальным является то, что на Донбассе проживает около 700 тысяч лиц пожилого возраста, это практически 30% населения, которое в настоящее время составляет 2,2 млн. человек. При этом отмечается сложная ситуация с обеспечением региона врачебными кадрами – дефицит врачей около 6000 человек. Число посещений врачей в 2018 году, включая профилактические осмотры, составило более 20 млн. [29]. Такая нагрузка на медицинский персонал может пагубно отразиться на возможности проводить необходимые беседы с пациентами, направленные на повышение их приверженности лечению [49, 50].

Для выполнения предписаний врача больной должен приобрести лекарства в аптеке, там же он может получить недостающую информацию об их правильном приёме. Провизор довольно часто становится основным консультантом больного/посетителя аптеки по вопросам соблюдения режима приема препаратов, назначенных врачом.

Важно также отметить, что на сегодняшний день провизор практически исключен из процесса работы с больными (посетителями аптеки) в вопросе повышения их комплаентности. В тоже время провизор является специалистом, получившим в высшем учебном заведении (ВУЗ) знания о сущности заболеваний и их лечении. Выпускники фармацевтических факультетов ВУЗов на 4 и 5 курсах изучают такие дисциплины, как «фармакотерапия» и «клиническая фармакология». В ВУЗах Украины уже

длительное время преподается предмет «фармацевтическая опека», в рамках которого будущих провизоров обучают вести диалог с посетителем аптеки, интервьюировать по вопросам жалоб, симптомов заболеваний, а также предлагать ЛС безрецептурной группы при некоторых состояниях (субфебрильная температура, головная боль, насморк, боль в горле, запор и т.д.) [28, 31, 49].

Квалификационная характеристика провизора-выпускника указывает, что он подготовлен к решению многих задач, одной из которых является «оказание консультативной помощи специалистам и населению по вопросам применения лекарственных средств» и, по сути, это является его профессиональной обязанностью.

Данный факт не означает, что провизор подменяет врача. Это означает, что провизор может консультировать посетителей аптеки (по сути, больных) по вопросам правильного приема ЛС, их хранению, возможному сочетанному приему различных, назначенных врачом ЛС, замене отсутствующих в аптеке (или дорогостоящих) ЛС на имеющиеся в наличии (или более доступные) ГЛС [33, 49].

Принимая участие в обсуждении таких вопросов, как применение ЛП, провизор может стать именно тем, кто в доступной форме объяснит посетителю аптеки (больному) важность соблюдения непрерывного лечения при ГБ, контроля АД и т.д. Именно провизор, знающий ассортимент зарегистрированных ЛП и их стоимость, может дать совет замены в цепочке «ОЛС – ГЛС» (в рамках назначенного врачом лечения).

Таким образом, провизор может оказаться незаменимым советчиком для посетителя аптеки (больного) в вопросе формирования ответственного отношения к лечению ГБ, т.е. способствовать повышению комплаентности больных. В настоящее время практически не раскрыт потенциал участия провизора в формировании приверженности лечению больных/посетителей аптек.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Дизайн исследования

Для решения поставленных задач и достижения цели работы была составлена программа исследования, которая включала следующие этапы (рисунок 1).



Рисунок 1. Дизайн исследования

2.2 Подготовительный этап (этап I)

Проведение подготовительного этапа было необходимо для выявления наличия проблемы, связанной с получением больными ГБ важной информации о соблюдении постоянного лекарственного лечения ГБ, режиме приёма АГЛС, осложнениях, вызванных несоблюдением режима приёма лекарств, возможных побочных эффектах принимаемых препаратов, совместимости с другими ЛС, назначенными по поводу сопутствующих заболеваний.

Такую информацию пациенты (посетители аптеки) могут получить от лечащего врача, а также от провизора. Принимая во внимание проблему дефицита врачебных кадров на Донбассе, возникло предположение, что пациенты не получают её в должном объёме.

2.2.1 Оценка коммуникативной активности «посетитель аптеки – провизор» и «пациент – врач»

С целью выяснения объективности данного предположения, нами были разработаны специальные опросники для больных ГБ (приложения 1 и 2). Опросники сходные по структуре, содержат по 4 вопроса и позволяют выявить коммуникации «посетитель аптеки – провизор» и «пациент – врач». Степень выраженности каждого из факторов оценивалась по двухбалльной системе (1 балл – «да», 0 баллов – «нет»).

В аптеке (ООО «Ваша аптека» г.Донецк), с разрешения руководства, посетители аптеки, приобретающие для себя АГЛС, по приглашению провизора, добровольно заполняли оба опросника. Опрос посетителей аптеки проводился анонимно. Заполнив опросник, посетители опускали его в специальную урну. Всего в опросе приняли участие 165 больных ГБ.

2.2.2 Оценка факторов профессиональной деятельности врачей и провизоров, влияющих на формирование приверженности лечению больных ГБ

Для выявления факторов профессиональной деятельности провизоров и врачей, которые могут оказывать влияние на формирование комплаентности больных, были разработаны специальные опросники, имеющие сходную структуру (приложения 3 и 4). Каждый из опросников содержит по 9 вопросов, которые позволяют определить частоту обращений больных ГБ на приёме в поликлинике (или частоту приобретения посетителями аптек АГЛС); выявить профессиональную загруженность врачей и провизоров (наличие времени для детального объяснения больному (посетителю аптеки) режима приёма препаратов, побочных эффектов ЛС, стоимости лечения, возможность взаимозаменяемости ОЛС на ГЛС).

Степень выраженности каждого из факторов оценивалась по трехбалльной системе (1 балл – редко, 2 балла – часто, 3 балла – постоянно).

Опрос врачей проводился на рабочем месте в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) г.Донецка, а также во время конференций (день специалиста) терапевтов, кардиологов и семейных врачей.

Опрос провизоров осуществляли в аптеках г.Донецка (на рабочем месте), а также на кафедре фармакологии и клинической фармакологии ГОО ВПО ДОННМУ имени М.Горького в период прохождения предаттестационных циклов.

Опрос врачей и провизоров проводился анонимно. Заполненные опросники опускались в специальную урну.

В опросе приняли участие 108 провизоров аптек и 94 врача поликлинического приема лечебно-профилактических учреждений г.Донецка.

2.3 Основной этап исследования (этап II)

Результаты, полученные в рамках подготовительного этапа, выявили наличие проблемы в получении пациентами информации о сроках лечения ГБ, об осложнениях, связанных с несоблюдением режима приема АГЛС, о стоимости лечения и т.д.

В связи с этим возникла необходимость оценить влияния дефицита важной информации о лечении на уровень исполнительской дисциплины (приверженности) и результатов (эффективности) фармакотерапии у больных ГБ. Принимая во внимание, что пациенты пожилого возраста самый уязвимый контингент, было принято решение всю дальнейшую работу проводить с лицами данной возрастной группы.

2.3.1 Участие пожилых больных ГБ в программе этапа II А

Набор пожилых больных ГБ осуществлялся в аптеке (ООО «Ваша аптека») г.Донецка, где была организована специальная комната, совмещенная с торговым залом, для общения с посетителями аптеки.

Пожилым посетителям аптеки, которые приобретали АГЛС, предлагалось участие в исследовании. Проводилась также беседа, которая позволяла выявить:

- диагностированную ранее АГ;
- возраст;
- желание самостоятельно контролировать своё лечение;
- готовность к сотрудничеству.

После подписания информированного согласия, определяли уровень приверженности лечению по ТМГ [44, 140], а также осуществлялся опрос с целью выявления основных причин нарушения приверженности лечению.

После беседы, пациентам было предложено посетить врача-кардиолога с целью уточнения диагноза и оценки принимаемой антигипертензивной лекарственной терапии (см. раздел 2.2.2).

Все участники программы динамического наблюдения были консультированы провизором по вопросу приобретения АГЛС, прописанных врачом. Врач-кардиолог назначал препараты, согласно международных названий. Провизор разъяснял возможность взаимозаменяемости АГЛС разных производителей, обсуждал стоимость приобретаемых препаратов.

Визиты больных к провизору в центр осуществлялась на 4-той и 8-мой неделях участия в программе динамического наблюдения. Во время визитов оценивалась эффективность проводимой антигипертензивной терапии (измерение АД) и определяли уровень приверженности лечению по ТМГ.

На третьем визите (8-я неделя), ввиду отсутствия позитивной динамики в результатах терапии, были проведены:

- беседа о собственно АГ и ГБ, важности постоянного лечения и правильности трактовки показателей уровня АД (содержание беседы – приложение 5);
- обучение методике измерения АД;
- обучение ведению дневника самоконтроля (контроль уровня АД и приём АГЛС);
- предложено обращение за консультативной помощью.

2.3.2 Врачебный контроль состояния и терапии пожилых больных ГБ

Врачебный контроль состояния больных ГБ осуществлялся на базе кафедры общей практики, семейной медицины ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО».

Врачом-кардиологом была проанализирована, медицинская документация больных, подтверждающая наличие ГБ, а также получаемая ими антигипертензивная фармакотерапия. В случае необходимости проводилась коррекция медикаментозной терапии в соответствии с клинической ситуацией. Пациентам были даны рекомендации по питанию, питьевому режиму, модификации образа жизни.

Анализ медицинской документации и опрос пациентов, выразивших желание участвовать в исследовании, позволил сделать заключение, антигипертензивная терапия, назначенная пациентам на предыдущих этапах лечения (участковым врачом) соответствовала их клиническому статусу и учитывала патогенетические механизмы прогрессирования АГ.

Все больные получали комбинированную антигипертензивную фармакотерапию, включающую два или три АГЛС из следующих фармакологических групп: ИАПФ, антагонисты Ca^{2+} , β -АБ, мочегонные и БАР.

2.3.3 Участие пожилых больных ГБ в программе повышения приверженности лечению (этап II Б-1)

Оценив результаты программы этапа II А пожилых больных ГБ, было принято решение дополнить её процедурами, которые должны повысить приверженность пациентов лечению, а также выявить индивидуальные и психологические факторы, которые могут препятствовать формированию комплаентности.

Пациенты приглашались в центр, где, под руководством провизора, осуществлялась реализация основного этапа программы повышения приверженности лечению, который был разделён на два подэтапа:

- (этап II Б-1): с 0-ой по 8-ю недели;
- (этап II Б-2): с 9-ой по 52-ю неделю, который не сопровождался контролем приверженности со стороны провизора.

Больные, принявшие участие в этапе II Б-1, были случайным образом распределены в две группы. Для больных 1-ой и 2-ой групп осуществлялись следующие процедуры (неделя 0):

- анкетирование с целью выявления основных причин нарушения приверженности к лечению;

- беседа важности постоянного лечения ГБ и правильности трактовки показателей уровня АД и т.д. (содержание беседы – приложение 5);
- обучение методике измерения АД;
- обучение ведению дневника самоконтроля (контроль уровня АД и приём АГЛС);
- заполнение личностного опросника Айзенка (для определения типа личности и эмоциональной устойчивости – нейротизма);
- оценка эмоционального состояния по опроснику «самочувствие, активность, настроение» (стандартная методика «САН»).

Больные обеих групп на протяжении всего времени участия в программе вели дневник самоконтроля (регистрация уровня САД и ДАД трижды в сутки – утром, днём и вечером с указанием времени измерения, учёт приёма ЛС). Больным 1-й группы дополнительно в их собственных телефонах устанавливались сигналы-напоминания, согласующиеся со временем приёма АГЛС.

Все больные имели возможность связаться по телефону с провизором-исследователем, а в случае необходимости, с врачом-кардиологом, для обсуждения интересующих их вопросов.

Визиты больных осуществлялась на 4-той и 8-мой неделях участия в программе (этап II Б-1, динамический контроль). Во время визитов оценивалась эффективность проводимой антигипертензивной терапии (измерение АД), осуществлялась проверка дневника самоконтроля.

На визитах 4-той и 8-мой недель проводились также: оценка комплаентности по ТМГ, заполнение теста Айзенка и оценка эмоционального состояния по опроснику «САН». На завершающем визите (8-я неделя) проводилось анонимное заполнение анкеты по оценке результатов участия в исследовании и роли провизора в их достижении; оценка осуществлялась по 10-ти балльной шкале.

2.3.4 Оценка отдаленных результатов участия в программе повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ (этап II Б-2)

Отдалённые результаты программы повышения комплаентности к антигипертензивной фармакотерапии у пожилых больных ГБ, принимавших участие в этапе II Б-1, оценивались через 52 недели (этап II Б-2). В телефонном режиме больных приглашали на визит в центр, на котором осуществлялось:

- тестирование по ТМГ;
- оценивались уровни САД и ДАД;
- опрос по тесту Айзенка;
- оценка эмоционального состояния методике «САН».

После визита (52-я неделя) все больные были направлены на консультацию врача-кардиолога, который внес коррективы в лечение, в зависимости от клинической ситуации.

2.3.5 Фармакоэкономический анализ антигипертензивной фармакотерапии пожилых больных ГБ, проведенной в рамках программы повышения приверженности пациентов лечению

Для проведения фармакоэкономического анализа проводимого лечения, был выбран анализ «затраты-эффективность». Данный анализ позволяет рассчитать коэффициент эффективности затрат, т.е. оценить количество денежных средств, затраченных для снижения уровня САД на 1 мм рт. ст.:

$$K_{э.з.} = \frac{\text{затраты на лекарственный компонент}}{\Delta \text{САД}}$$

где:

- Кэ.з. – коэффициент эффективности затрат;
- Δ САД – разница между средними значениями исходного значения САД и САД через 8 недель исследования;

- затраты на лекарственный компонент – это сумма стоимостей лечения препаратами в течение 8 недель исследования.

Стоимость одного дня лечения (в рублях), рассчитывалась путём деления розничной стоимости препарата в аптеке на количество таблеток в упаковке (стоимость одной таблетки) и умножением на кратность приёма препарата в сутки. Стоимость лечения в ходе исследования (8 недель / 56 дней), рассчитывалась путём умножения стоимости одного дня лечения на 56.

Оценку стоимости лечения до достижения целевого АД (< 140 мм рт.ст.) в специально сформированных группах больных, принимавших лечение только оригинальными или только генерическими АГЛС. При этом оценивались данные об уровне АД из дневников пациентов.

2.4 Методы исследования

Измерение уровня АД.

Уровень АД измеряли косвенным аускультативным методом с помощью сфигмоманометра «Green light 300» (фирмы «Accoson», Япония) по методике Н.С. Короткова в положении больного сидя (после пятиминутного отдыха). Измерение проводили трижды с интервалом 2-3 минуты, фиксировали среднее значение трех измерений, определяли САД и ДАД [96].

Тест Мориски-Грина (приложение 6).

Данный метод позволяет оценить исходную приверженность пациентов лечению, а так же динамику этого показателя в ходе исследования. Шкала предназначена для заполнения самим пациентом. Как альтернатива – врач (провизор) может зачитывать вопросы и помечать ответы на них.

В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу "Да-Нет", при этом ответ "Да" оценивается в 0 баллов, а ответ "Нет" – в 1 балл. Шкала состоит из четырёх вопросов, касающихся отношения пациента к приёму препаратов:

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (забывал – 0, не забывал – 1);
2. Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (да – 0, нет – 1);
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (пропускаю – 0, не пропускаю – 1);
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (пропускаю – 0, не пропускаю – 1).

Комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла. Больные, набравшие 2 балла и менее, считаются неприверженными. Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

Личностной опросник Айзенка (приложение 8).

Данная методика – EPI (Eysenck Personality Inventory) опубликована в 1963 г. и содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстраверсии/интроверсии, 24 других – на оценку эмоциональной стабильности/нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов [132].

Методика экспресс-оценки самочувствия, активности, настроения – «САН» (приложение 9). Методика позволяет оценивать эмоциональное и физическое состояние респондента в данный момент и даёт, таким образом, возможность наблюдать динамику этих показателей.

Методы статистики.

Оценка валидности опросников проведена с помощью расчета критерия альфа Кронбаха (Cronbach's alpha test). Хранение и статистическая обработка данных произведены с помощью пакета программы SPSS (v.21, IBM SPSS Statistic, США).

Все остальные результаты исследований (в том числе корреляционный анализ) обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics с применением методов параметрической и непараметрической статистики [50, 98]. Дисперсионный анализ проводился в пакете программ ANalysis Of VAriance (ANOVA). Для представления результатов приводится значение среднего арифметического (\bar{X}) и ошибки среднего (m) показателей. В случае качественных признаков рассчитывалась частота появления (%) и ее стандартная ошибка (m%). Для определения динамики изменения показателей использовался критерий сравнений для связанных выборок: критерий Стьюдента (в случае нормального закона распределения). Различия полученных данных между группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$ и высокозначимыми при $p < 0,001$ (p – уровень статистической значимости различий (вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы об отсутствии различий)). В случае, когда $p > 0,05$ различия полученных данных считаются статистически не значимыми.

Сравнение частотных показателей проводилось с помощью критерия Хи-квадрат с поправками Йейтса и правдоподобия с расчетом точного критерия F Фишера. Сила связи между категориальными переменными устанавливалась с помощью критерия ϕ , коэффициента сопряженности C Пирсона и его нормированного значения.

2.5 Характеристика обследованного контингента

В настоящем разделе будут представлены характеристики больных, участвовавших в этапах I А, II Б-1 и II Б-2 (см. разделы 2.2.1, 2.2.3 и 2.2.4).

2.5.1 Характеристика контингента, принявшего участие в программе этапа II А

В этапе II А принял участие 51 больной (n=51): 25 мужчин (n=25; 49,0%) и 26 женщин (n=26 человек; 51,0%) в возрасте от 62 до 75 лет (средний возраст мужчин составил $67,2 \pm 0,9$ лет; женщин – $67,7 \pm 0,9$ лет).

Исходные показатели ТМГ (до начала динамического наблюдения, неделя 0) представленные в таблице 1, свидетельствуют о низкой приверженности лечению пожилых больных ГБ – среднее значение ТМГ $2,4 \pm 0,1$; статистически значимых различий показателей в группах между мужчинами и женщинами нет ($p > 0,05$).

Максимальные зафиксированные показатели САД у больных, принимавших участие в этапе II Б-1 в начале исследования свидетельствуют о том, что его уровень выше показателя нормы для САД (139 мм рт.ст.) на $22,8 \pm 0,7\%$, а максимальные показатели ДАД выше показателя нормы для ДАД (89 мм рт.ст.) на $17,5 \pm 0,8\%$.

Таблица 1
Показатели ТМГ, САД и ДАД у пожилых больных ГБ (этап II А),

$\bar{X} \pm m$	
Мужчины (n=25)	Женщины (n=26)
Комплаентность (баллы)	
$2,3 \pm 0,1$	$2,5 \pm 0,1$
САД (мм рт.ст.)	
$171,9 \pm 1,9$	$166,0 \pm 2,2$
ДАД (мм рт. ст.)	
$104,7 \pm 2,3$	$105,8 \pm 1,9$

2.5.2 Характеристика контингента, принявшего участие в программе этапа II Б-1

Больные (n=114), принявшие участие в этапе II Б-1, были представлены двумя группами: 1-ая группа (n=58; 50,9%) и 2-ая группа (n=56; 49,1%). Не было выявлено статистически значимых различий распределения больных в двух группах ни по возрасту (p=0,82), ни по полу (p=0,91).

Все больные, принявшие участие в этапе II Б-1, продемонстрировали низкую приверженность лечению по тесту Мориски-Грина (табл.2).

В таблице 2 представлены показатели уровней САД и ДАД у мужчин и женщин 1-ой и 2-ой групп. Максимальные зафиксированные показатели САД у больных, принимавших участие в этапе II Б-1, свидетельствуют о том, что в начале исследования его уровень был выше показателя нормы для САД (139 мм рт.ст.) на $23,0 \pm 0,6\%$, а максимальные показатели ДАД выше показателя нормы для ДАД (89 мм рт.ст.) на $19,6 \pm 0,8\%$.

Таблица 2

Показатели ТМГ пожилых больных ГБ (этап II Б-1) до начала исследования, $\bar{X} \pm m$

1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)	Мужчины (n=27)	Женщины (n=29)
Комплаентность (баллы)			
2,3±0,1	2,5±0,1	2,3±0,1	2,4±0,1
САД (мм рт.ст.)			
170,1±1,8	166,9±1,9	168,5±1,5	171,0±2,1
ДАД (мм рт.ст.)			
106,5±3,4	104,3±2,3	101,0±2,1	105,7±2,2
«нейротизм» (баллы)			
15,3±0,8	14,7±0,8	15,2±1,0	15,1±1,1
«экстраверсия / интроверсия» (баллы)			

11,8±0,9	12,2±0,6	12,1±1,0	12,2±1,1
«ложь» (баллы)			
3,1±0,2	3,2±0,2	3,2±0,2	3,1±0,2
«самочувствие» (баллы)			
3,6±0,1	3,5±0,1	3,7±0,2	3,6±0,2
«активность» (баллы)			
3,9±0,1	3,9±0,1	3,9±0,2	3,8±0,2
«настроение» (баллы)			
3,4±0,1	3,2±0,1	3,4±0,2	3,1±0,1

Результаты, полученные при оценке показателей личностного опросника Айзенка, свидетельствуют о том, что степень «нейротизма» у пациентов обеих групп превышает на $14 \pm 1,1$ показатель $13,0$ что свидетельствует о высоком уровне эмоциональной нестабильности. Соотношение показателя «экстраверсия/интроверсия» находится в диапазоне $11,8 \pm 0,9 - 12,2 \pm 0,6$, что соответствует среднему значению 12 баллов, и не позволяет отнести ни одну из групп больных к конкретному типу личности. Значение показателя «ложь» менее $4,0$ свидетельствует о правдивости респондентов при их ответах на вопросы личностного опросника Айзенка (табл. 2).

Все показатели по шкалам «самочувствие/активность/настроение» в обеих группах пациентов ниже показателя нормы ($4,0$) на $10 \pm 0,9\%$, что свидетельствует о неблагоприятном состоянии больных (табл. 2).

Во время визита (неделя 0), больные принимавшие участие в этапе II Б-1, заполняли анкету по выявлению причин низкой приверженности лечению, специально разработанную для данного исследования.

Результаты ответов больных обеих групп на вопросы анкеты «Причины низкой комплаентности за последний год», разработанной для настоящего исследования, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Распределение ответов на вопросы анкеты «Причины, приводящие к нарушению приверженности лечению за последний год» пожилых больных ГБ (этап II Б-1) абс., (%)

Вопросы анкеты	1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
	Мужчины (n=28) Абс.	Женщины (n=30) Абс.	Мужчины (n=27) Абс.	Женщины (n=29) Абс.
Вопрос 1	13 (46,4%)	15 (50%)	13 (48,2%)	15(51,7%)
Вопрос 2				
Вопрос 2.1	10 (35,7%)	12 (40%)	9 (33,3%)	11(37,9%)
Вопрос 2.2	22 (78,6%)	29 (96,7%)	23 (85,2%)	29(100%)
Вопрос 2.3	15 (53,6%)	17 (56,7%)	17 (63%)	17(58,6%)
Вопрос 3	22 (78,6%)	21 (70%)	24 (88,9%)	22 (75,9%)
Вопрос 4	7 (25%)	5 (16,7%)	7 (25,9%)	4 (13,8%)
Вопрос 5	11 (39,3%)	14 (46,7%)	10 (37%)	13(44,8%)

Анализ причин нарушения комплаентности, свидетельствует о том, что ограниченные финансовые возможности (ответы № 2.3. и 5) являются первопричиной (114 положительных ответов), «боязнь выйти из дома, связанная с напряженной обстановкой» (ответ № 2.2.) находятся на втором месте (103 положительных ответа), «забывчивость» (ответ № 3) занимает третью позицию (89 положительных ответов). В случае отсутствия ответа на какой-либо из вопросов, респондент ставил в этой графе «—».

Нами был проведен анализ опросника на валидность, чувствительность и специфичность:

Анализ надежности опросника

Сводный отчет по наблюдениям

		N	%
Наблюдения	Валидные	114	100,0
	Исключено ^a	0	,0
	Всего	114	100,0

Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Альфа Кронбаха на основе стандартизованных пунктов	N элементов
0,896	0,896	2

Комбинационная таблица factors * contrast3

		contrast3		Всего
		0,00	1,00	
factor 0,00	Количество	72	5	77
	Ожидаемое количество	54,3	22,7	77,0
	% в contrast3	95,6%	13,6%	67,5%
1,00	Количество	6	31	37
	Ожидаемое количество	25,1	11,9	37,0
	% в contrast3	6,9%	83,8%	32,5%
Всего	Количество	76	38	114
	Ожидаемое количество	76,0	38,0	114,0
	% в contrast3	100,0%	100,0%	100,0%

Интерпретация: опросник высоко валиден, т.к. тест Кронбаха более 0,8. Чувствительность его = 95,6%, специфичность = 84,2%, ложно отрицательные значения = 6,9%, ложно положительные значения = 15,5%.

2.5.3 Характеристика контингента, принявшего участие в программе динамического наблюдения (этап II Б-2)

Как уже было отмечено, в этапе II Б-2 принимали участие больные, проходившие программу этапа II Б-1. Не удалось установить телефонную связь с восемью участниками программы этапа II Б-1, таким образом, в оценке отдалённых результатов программы (этап II Б-2) приняли участие 106 пациентов. Необходимо отметить, что все больные ГБ, с которыми не удалось установить контакт, были старше 70 лет.

Для анализа из общего числа больных, принявших участие в этапе II Б-1 (n=114) выделены только те больные, которые прибыли на этап II Б-2.

В этапе II Б-2 приняли участие 106 больных (n=106), из них 52 пациента – мужчины (n=52; 49,1%) и 54 женщины (n=54 человек; 50,9%) в возрасте от 62 до 75 лет (средний возраст $66,9 \pm 0,4$).

Результаты всех исходных (неделя 0) показателей, полученных у участников этапа II Б-2 не имеют статистически значимых различий ($p > 0,05$) от аналогичных показателей участников этапа II Б-1 (табл. 4).

Таблица 4

Анализируемые показатели у пожилых больных ГБ (этап II Б-2) до начала исследования, $\bar{X} \pm m$

1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
ТМГ (баллы)			
$3,2 \pm 0,1$	$3,2 \pm 0,1$	$2,9 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,1$
САД (мм рт.ст.)			
$145,8 \pm 1,0$	$143,4 \pm 1,6$	$147,9 \pm 2,1$	$150,1 \pm 1,8$
ДАД (мм рт.ст.)			
$94,2 \pm 1,7$	$93,6 \pm 1,2$	$95,9 \pm 1,4$	$98,0 \pm 1,7$
«нейротизм» (баллы)			

12,8±0,9	12,2±0,9	12,1±0,8	12,4±0,9
«экстраверсия / интроверсия» (баллы)			
11,5±0,9	12,2±0,7	12,5±1,0	12,4±1,1
«ложь» (баллы)			
3,0±0,2	3,1±0,1	3,4±0,2	3,3±0,2
«самочувствие» (баллы)			
5,5±0,2	5,4±0,2	5,3±0,1	5,4±0,1
«активность» (баллы)			
5,5±0,2	5,6±0,2	5,2±0,2	5,4±0,1
«настроение» (баллы)			
5,6±0,1	4,7±0,2	5,1±0,1	5,0±0,2

Таблица 5

Распределение ответов на вопросы анкеты «Причины, приводящие к нарушению приверженности лечению за последний год» пожилых больных ГБ (этап II Б-2) абс., (%)

Вопросы анкеты	1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
Вопрос 1	11 (42,3%)	13 (48,2%)	12 (46,2%)	12 (44,4%)
Вопрос 2				
Вопрос 2.1	10 (38,5%)	12 (44,4%)	9 (34,6%)	11 (40,7%)
Вопрос 2.2	12 (46,2%)	15 (55,6%)	16 (61,5%)	14 (51,9%)
Вопрос 2.3	14 (53,9%)	16 (59,3%)	15 (57,7%)	17 (63,0%)
Вопрос 3	22 (84,6%)	21 (77,8%)	24 (92,3%)	25 (92,6%)
Вопрос 4	3 (11,5%)	2 (7,4%)	1 (3,9%)	4 (14,8%)
Вопрос 5	9 (34,6%)	12 (44,4%)	8 (30,8%)	11 (40,7%)

Структура ответов опросника, который заполняли участники этапа II Б-2, не отличается от таковой для участников этапа II Б-2 (см. табл. 3).

ГЛАВА 3

ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНОСТИ

ПОСЕТИТЕЛЬ АПТЕКИ – ПРОВИЗОР И ВРАЧ – ПАЦИЕНТ.

ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОВИЗОРА

И ВРАЧА, ФОРМИРУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

3.1 Оценка коммуникативной активности провизор – посетитель аптеки

и врач – пациент

Как уже отмечалось, в анкетировании приняли участие 165 пожилых больных ГБ, проживающих на территории Донбасса. Анализ результатов опроса (табл. 11) свидетельствует о том, что:

- важная для пациента информация о сроках лечения ГБ, осложнениях при нарушении режима приема АГЛС, важности соблюдения режима приема АГЛС, практически в равной степени получена больными от врача и провизора;
- врач практически не уделяет внимание обсуждению стоимости лечения, а основным источником данной информации для больных является провизор.

Такая ситуация может быть следствием недостаточной укомплектованности лечебно-профилактических учреждений кадрами, что приводит к большой профессиональной нагрузке врачей и недостатку времени для обсуждения вопросов, направленных на повышение приверженности больных лечению.

Анализ структуры положительных коммуникаций врач – пациент и провизор – посетитель аптеки демонстрирует, что женщины чаще заинтересованы в получении важной информации о лечении ГБ, чем мужчины (табл. 6).

Таблица 6

Распределение положительных ответов пожилых больных ГБ на вопросы анкет о коммуникациях врач - пациент и провизор – посетитель аптеки, абс., (%)

Вопрос анкеты	Положительные ответы в коммуникации врач – пациент		Положительные ответы в коммуникации провизор – посетитель аптеки	
	Мужчины (n=80)	Женщины (n=85)	Мужчины (n=80)	Женщины (n=85)
Вопрос 1	19 (23,8%)	30 (35,3%)	25 (31,3%)	32 (37,6%)
Вопрос 2	22 (27,5%)	16 (18,9%)	16 (20,0%)	19 (22,4%)
Вопрос 3	2 (2,5%)	6 (7,1%)	18 (22,5%)	27 (31,8%)
Вопрос 4	13 (16,3%)	20 (23,5%)	19 (23,8%)	23 (27,1%)

Нами был проведен анализ опросника на валидность, чувствительность и специфичность:

Статистика для опросника провизор – посетитель аптеки

Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Альфа Кронбаха на основе стандартизованных пунктов	N элементов
0,823	0,824	2

Комбинационная таблица phtopharmacist2 * 1-positibe; 2-negative

	1-positibe; 2-negative		Всего
	0	1	
phtopharmacі 0 _____ Количество	30	13	43

st2		% в 1-positibe; 2-negative	90,9%	16,0%	37,7%
	1	Количество	3	68	71
		% в 1-positibe; 2-negative	9,1%	84,0%	62,3%
Всего		Количество	33	81	114
		% в 1-positibe; 2-negative	100,0%	100,0%	100,0%

Интерпретация: опросник высоко валиден, т.к. тест Кронбаха составляет более 0,8. Чувствительность: 90,9%, специфичность 84,0%: ложно негативные результаты теста – 9,1%, ложно позитивные результаты теста – 16,0%.

Статистика для опросника врач – пациент

Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Альфа Кронбаха на основе стандартизованных пунктов	N элементов
0,943	0,943	2

Комбинационная таблица pharmaciststoph * cjntrast2

		cjntrast2		Всего	
		,00	1,00		
pharmaciststoph	,00	Количество	80	<5	84
		Ожидаемое количество	59,7	24,3	84,0
		% в cjntrast2	98,8%	n<5	73,7%
	1,00	Количество	<5	29	30
		Ожидаемое количество	21,3	8,7	30,0
		% в cjntrast2	n<5	87,9%	26,3%
Всего		Количество	81	33	114
		Ожидаемое количество	81,0	33,0	114,0
		% в cjntrast2	100,0%	100,0%	100,0%

Интерпретация: чувствительность = 98,8%, специфичность = 87,9%, ложно негативные значения = <5; ложно позитивные значения <5.

3.2 Факторы профессиональной деятельности провизора и врача, влияющие на формирование приверженности лечению пожилых больных ГБ

Анализ результатов опроса провизоров и врачей показал, что в своей профессиональной деятельности они постоянно имеют дело с больными ГБ (табл.7 и 8, рис. 2 и 3). Врачи отмечают, что основной причиной недостаточного обсуждения с больными нюансов медикаментозной терапии является лимит времени на приеме. По мнению врачей и провизоров на формирование комплаентности больных оказывает влияние и неполная укомплектованность штатов специалистами как в лечебных учреждениях, так и в аптеках. Было отмечено, что в ходе беседы с пациентом врачи практически не обсуждают стоимость препаратов, а также возможную замену оригинальных препаратов более доступными генериками (табл. 7, рис. 2).

Провизоры же, напротив, отпуская посетителям аптеки АГЛС, в тех случаях, когда это возможно, обращают их внимание на наличие более доступных по стоимости генерических препаратов (табл.8, рис. 3). Они, практически в равной степени с врачами, обсуждают с больными, приобретающими АГЛС, возможные изменения распорядка дня, которые позволят обеспечить правильный прием лекарств. В вопросах обсуждения вероятных побочных эффектов назначенных препаратов провизоры демонстрируют большую активность, чем врачи (табл.7 и 8, рис. 2 и 3).

Таблица 7

Распределение ответов в анкете «Факторы профессиональной деятельности врача, влияющие на формирование приверженности лечению больных ГБ» (n=94), абс., (%)

Баллы Номер вопроса	1	2	3
Вопрос 1	-	-	94 (100%)
Вопрос 2	89 (94,7%)	5 (5,3%)	-
Вопрос 3	75 (79,8%)	15 (16%)	4 (4,3%)
Вопрос 4	60 (63,8%)	25 (26,6%)	9 (9,6%)
Вопрос 5	90 (95,7%)	4 (4,3%)	-
Вопрос 6	3 (3,2%)	10 (10,6%)	81 (86,2%)
Вопрос 7	1 (1,1%)	6 (6,4%)	87 (92,6%)
Вопрос 8	10 (10,6%)	23 (24,5%)	61 (64,9%)
Вопрос 9	5 (5,3%)	32 (34%)	57 (60,6%)

Таблица 8

Распределение ответов в анкете «Факторы профессиональной деятельности провизора, влияющие на формирование приверженности лечению больных ГБ» (n=108), абс., (%)

Баллы Номер вопроса	1	2	3
Вопрос 1	-	-	108 (100%)
Вопрос 2	18 (16,7%)	60 (55,6%)	30 (27,8%)
Вопрос 3	77 (71,3%)	30 (27,8%)	1 (0,9%)
Вопрос 4	13 (12%)	24 (22,2%)	71 (65,7%)
Вопрос 5	-	3 (2,8%)	105 (97,2%)

Вопрос 6	5 (4,6%)	28 (25,9%)	75 (69,4%)
Вопрос 7	14 (13%)	48 (44,4%)	46 (42,6%)
Вопрос 8	18 (16,7%)	45 (41,7%)	45 (41,7%)
Вопрос 9	87 (80,6%)	19 (17,6%)	2 (1,9%)



Рис. 2. Распределение ответов в анкете «Факторы профессиональной деятельности врача, влияющие на формирование приверженности лечению больных ГБ» (n=94), абс., (%)

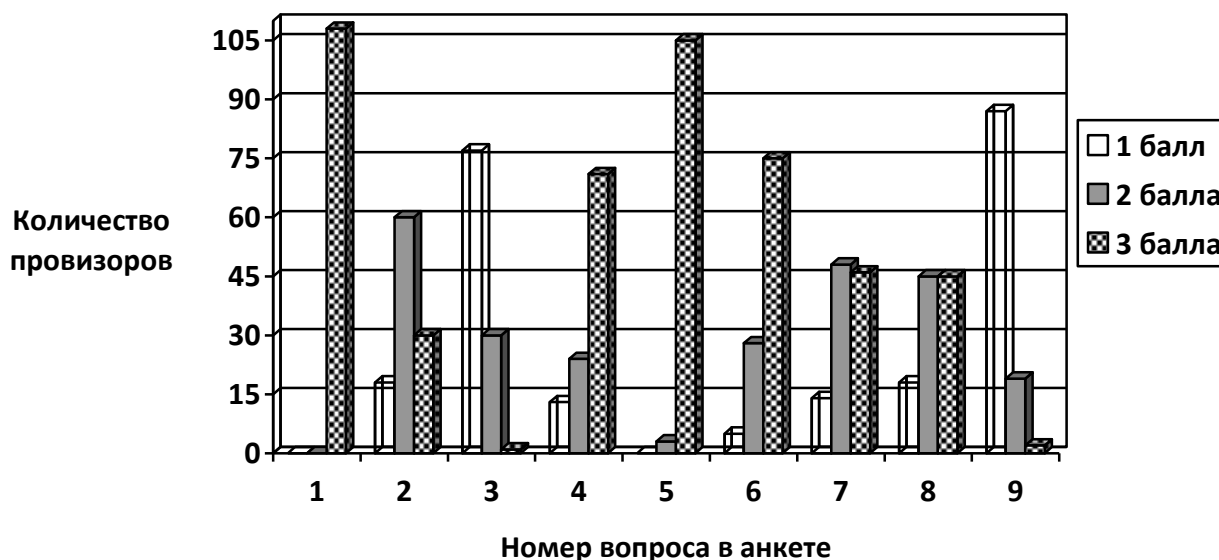


Рис. 3. Распределение ответов в анкете «Факторы профессиональной деятельности провизора, влияющие на формирование приверженности лечению больных ГБ» (n=108), абс., (%)

Оценка валидности опросников проведена с помощью расчета критерия альфа Кронбаха (Cronbach's alpha test). Тест считается высоко валидным при уровне критерия альфа $> 0,8$. Чувствительность, специфичность, отношение правдоподобия для оригинальных опросников рассчитаны с помощью таблиц сопряженности. В качестве контраста использовались точные результаты тестирования пациентов независимым экспертом, полученные слепым методом.

Анализ надежности

Сводный отчет по наблюдениям

		N	%
Наблюдения	Валидные	114	100,0
	Исключено ^a	0	,0
	Всего	114	100,0

Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Альфа Кронбаха на основе стандартизованных пунктов	N элементов
0,877	0,877	2

Комбинационная таблица factors * contrast3

		contrast3		Всего
		0,00	1,00	
factor ,00	Количество	71	6	77
	Ожидаемое количество	51,3	25,7	77,0
	% в contrast3	93,4%	15,8%	67,5%
1,00	Количество	5	32	37
	Ожидаемое количество	24,7	12,3	37,0
	% в contrast3	6,6%	84,2%	32,5%
Всего	Количество	76	38	114
	Ожидаемое количество	76,0	38,0	114,0
	% в contrast3	100,0%	100,0%	100,0%

Интерпретация: опросник высоко валиден, т.к. тест Кронбаха более 0,8. Чувствительность = 93,4%, специфичность = 84,2%, ложно отрицательные значения = 6,6%, ложно положительные значения = 15,8%.

Таким образом, можно отметить, что основными источниками информации, способными оказать влияние на уровень комплаентности больных, являются врач и провизор. Согласно результатам опроса, провизор принимает достаточно активное участие в формировании приверженности лекарственной терапии у больных. Он имеет право и обязан проводить с посетителями аптеки работу, направленную на осуществление назначенного врачом лечения. Реальное повышение комплаентности больных может быть достигнуто только благодаря совместным усилиям, как врачей, так и провизоров.

Коммуникативная активность, как врача, так и провизора, с больными ГБ находится на недостаточном уровне. Такая ситуация не может не отразиться на эффективности лечения больных ГБ. Данный факт обуславливает важность работы среди врачей и провизоров с целью разъяснения необходимости уделять должное внимание вопросам, которые позволят повысить комплаентность больных лечению.

ГЛАВА 4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ В ХОДЕ ЭТАПОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

4.1 Результаты, полученные в ходе этапа ПА

В данном разделе представлены результаты, полученные в ходе этапа ПА, в котором принял участие 51 посетитель аптеки пожилого возраста, страдающий ГБ. Процедуры визитов и длительность этого этапа исследования отражены в главе 2.

4.1.1 Динамика уровня приверженности лечению пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА

Как уже было отмечено, при оценке уровня комплаентности по ТМГ, до начала участия в этапе ПА исходно все больные продемонстрировали низкую приверженность лечению (см. раздел 2.5.1). Данные о динамике показателя уровня приверженности лечению, продемонстрированного пациентами в ходе исследования, представлены в таблице 9.

Таблица 9

Динамика показателей ТМГ у пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА,

$\bar{X} \pm m$

Период наблюдения	Мужчины (n=25)	Женщины (n=26)
0 неделя	2,3+0,1	2,5+0,1
4 неделя	2,5+0,1	2,7+0,1
8 неделя	2,3+0,1	2,5+0,1

На 4-ой неделе исследования мужчины и женщины продемонстрировали некоторое увеличение ($p > 0,05$) показателя ТМГ, в сравнении с исходным уровнем (табл. 9). В тоже время, отсутствие каких-

либо мероприятий, направленных на формирование приверженности лечению у больных, способствовало тому, что к концу 8-ой недели уровень ТМГ вернулся к исходным значениям – $2,4 \pm 0,1$ (табл. 9). Различий между показателями у мужчин и женщин не было ($p > 0,05$). Таким образом, динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение их комплаентности.

Анализ структуры ответов на ТМГ показал, что основной причиной низкой приверженности является забывчивость больных (вопрос 1), а также невнимательное отношение ко времени приёма АГЛС (вопрос 2) (рис. 4).

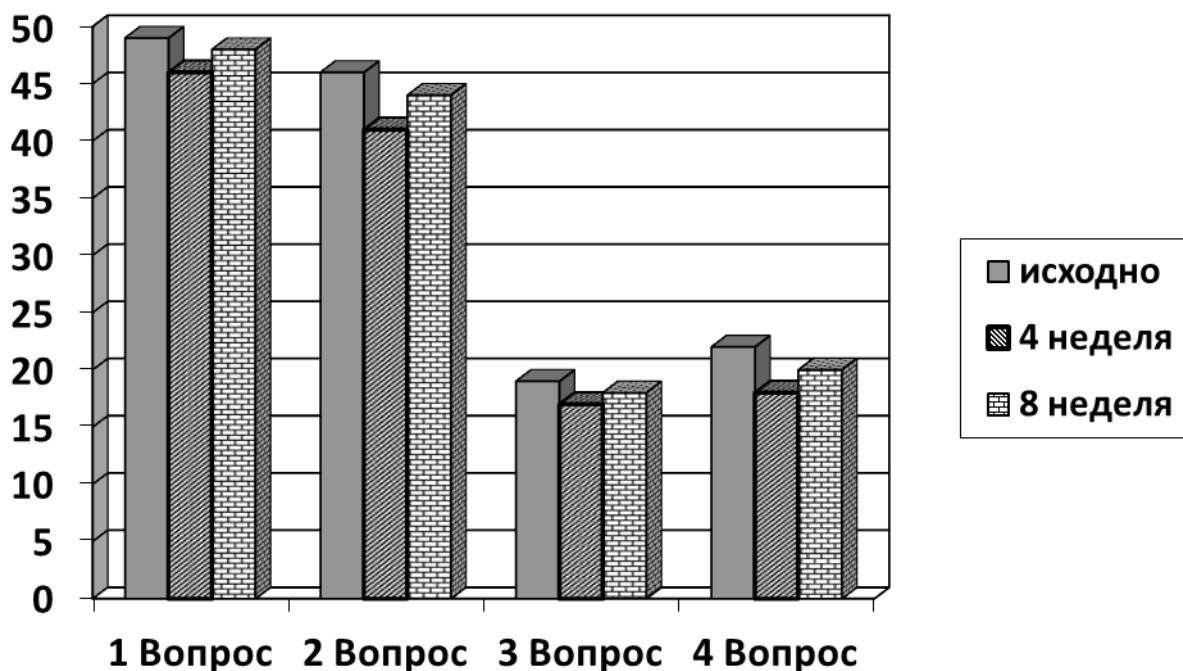


Рисунок 4. Динамика положительных ответов на вопросы ТМГ пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА (n=51), абс.

Важно отметить, что на 4-ой неделе исследования мужчины и женщины продемонстрировали некоторое увеличение ($p > 0,05$) показателя ТМГ, в сравнении с исходным уровнем (табл. 9). В тоже время, отсутствие каких-либо мероприятий, направленных на формирование приверженности лечению у больных, способствовало тому, что к концу 8-ой недели уровень

ТМГ вернулся к исходным значениям (табл. 9). Различий между показателями у мужчин и женщин не было ($p>0,05$).

4.1.2 Динамика эффективности антигипертензивной терапии пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА

В таблице 10 представлены данные о динамике уровней САД и ДАД у пожилых больных ГБ, принявших участие в программе этапа ПА, которые свидетельствуют об отсутствии позитивных изменений уровня АД. Некоторое снижение ($p>0,05$) уровней САД и ДАД у мужчин и женщин к концу 4-ой недели, в сравнении с исходными показателями, было нивелировано повышением его к концу 8-ой недели (средние значения показателей САД – $167,0\pm 1,4$ мм рт.ст. и ДАД – $105,0\pm 1,4$ мм рт.ст.).

Таблица 10

Динамика показателей САД и ДАД у пожилых больных ГБ в ходе этапа ПА, $\bar{X}\pm m$

Показатель, период	Мужчины (n=25)	Женщины (n=26)
САД, 0 неделя	$171,9\pm 1,9$	$166,0\pm 2,2$
ДАД, 0 неделя	$104,7\pm 2,3$	$105,8\pm 1,9$
САД, 4 неделя	$168,0\pm 1,7$	$162,0\pm 2,0$
ДАД, 4 неделя	$104,5\pm 2,1$	$101,8\pm 1,8$
САД, 8 неделя	$169,7\pm 1,7$	$164,4\pm 2,1$
ДАД, 8 неделя	$105,5\pm 2,2$	$104,5\pm 2,0$

Таким образом, по итогам этапа ПА, можно прийти к заключению, что исходно приверженность лечению пожилых больных ГБ находится на низком уровне (ТМГ $2,4\pm 0,1$), следствием чего является недостаточная эффективность антигипертензивной фармакотерапии (САД $168,9\pm 1,5$ мм рт.ст. и ДАД $106,6\pm 1,5$ мм рт.ст.). Динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшения анализируемых показателей, которые через 8

недель остаются на прежнем уровне: ТМГ – $2,4 \pm 0,1$; САД $167,0 \pm 1,4$ мм рт.ст. и ДАД $105,0 \pm 1,4$ мм рт.ст.

4.2 Результаты, полученные в ходе этапа II Б-1

В данном разделе представлены результаты, получены в ходе этапа II Б-1, в котором приняли участие 114 посетителей аптеки пожилого возраста, страдающих ГБ. Данные о составе групп больных ГБ, процедурах визитов и длительность этапа исследования (см. главу 2).

4.2.1 Динамика уровня приверженности лечению пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-1

Как уже было отмечено, при оценке ТМГ до начала участия в программе, все пожилые больные ГБ исходно продемонстрировали низкую приверженность лечению (см. раздел 2.2.3).

Данные о динамике показателя уровня комплаентности, полученные в обеих группах пациентов в ходе исследования, представлены в таблице 11. Важно отметить, что участие в этапе II Б-1 обеспечивало на 4-ой неделе повышение комплаентности, которое сохранялось и на 8-ой неделе (табл. 11).

Эти результаты были достигнуты благодаря повышению исполнительской дисциплины, чему способствовало ведение дневников самоконтроля, в которых пациенты обеих групп фиксировали трижды в день уровень АД и время приёма АГЛС. У больных 1-й группы показатель ТМГ статистически значимо ($p < 0,05$) отличается от показателя 2-й группы, что, на наш взгляд, является результатом дополнительного использования «звонков-напоминаний» в мобильных телефонах пациентов, согласующихся с приёмом АГЛС.

Динамика показателей ТМГ у пожилых больных ГБ

в ходе этапа II Б-1, $\bar{X} \pm m$

Период лечения	1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)
Исходно	2,3±0,1	2,5±0,1	2,3±0,1	2,4±0,1
4 недели	3,1±0,1*	3,2±0,1*	2,9±0,1*	2,9±0,1*
8 недель	3,2±0,1*	3,2±0,1*#	2,9±0,1*	3,0±0,1*#

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

Динамика распределения ответов на ТМГ участников этапа II Б-1 в различные сроки исследования отражена на рис. 5 и 6. Анализ полученных результатов показывает, что на 4-ой неделе, больных, набравших 1 балл, не было ни в одной группе; 2 балла – 5 больных 1-й группы (8,6%) и 13 пациентов 2-й группы (23,2%); 3 балла – 39 пациентов 1-й группы (67,2%) и 36 пациентов 2-й группы (64,3%).

Начиная с 4-й недели больные обеих групп демонстрировали уровень приверженности лечению равный 4 баллам: 14 больных в 1-й группе (24,1%) и 7 больных во 2-й группе (12,5%), эти различия между группами статистически достоверны ($p < 0,001$), число их оставалось неизменным и концу 8-й недели.

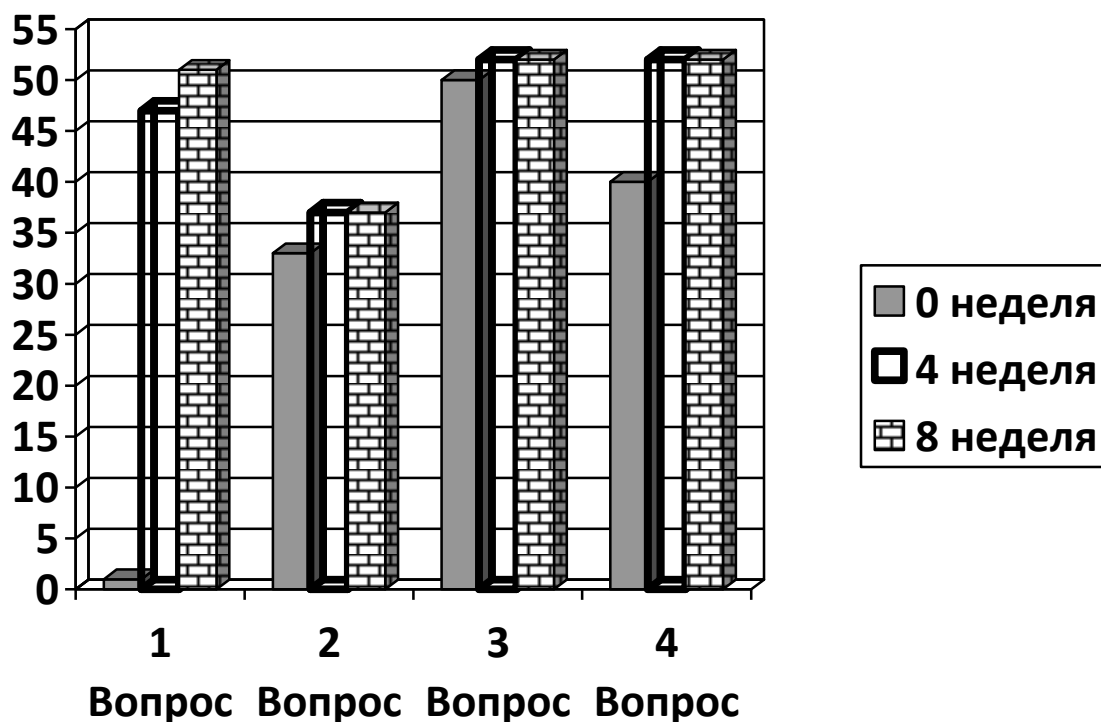


Рисунок 5. Динамика изменения приверженности лечению пожилых больных ГБ (1-я группа) в в ходе этапа II Б-1 , абс.

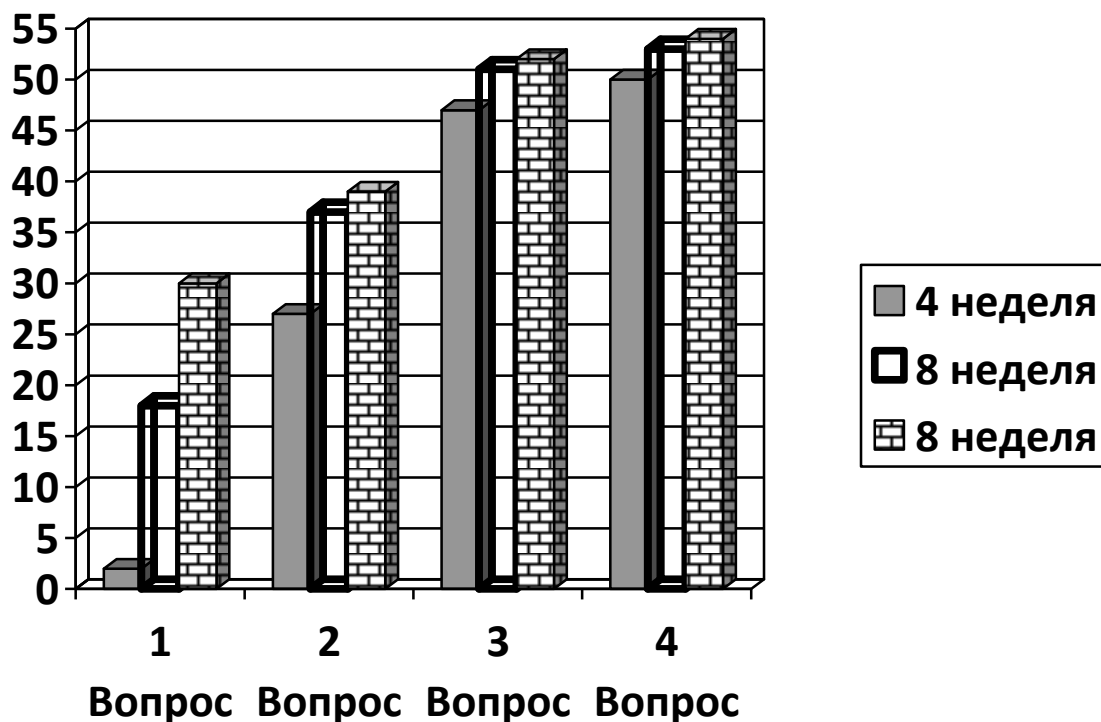


Рисунок 6. Динамика изменения приверженности лечению пожилых больных ГБ (2-я группа) в ходе этапа II Б-1 (динамический контроль), абс.

Таким образом, дополнительное использование сигналов-напоминаний в мобильных телефонах пациентами 1-й группы более эффективно обеспечивает полную приверженность больных к лечению. Это подтверждается тем, что в 1-й группе больных, демонстрирующих полную комплаентность лечению, в 2,3 раза больше, чем во 2-й ($p < 0,001$).

4.2.2 Динамика эффективности антигипертензивной терапии у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-1

До начала исследования было установлено, что статистически значимого различия показателей САД и ДАД в группах больных нет ($p > 0,05$) (см. раздел 2.4.2).

Результаты анализа динамики уровней САД и ДАД показали, что в ходе этапа II Б-1 эти показатели снижались у пациентов обеих групп (табл. 12 и 13). Более выраженные изменения уровней САД и ДАД отмечались к концу 8-ой недели. В тоже время у больных 1-ой группы, продемонстрировавших более высокую комплаентность, чем пациенты 2-ой группы, к концу 8-ой недели эффективнее снижались как показатели САД, так и ДАД (табл. 12 и 13).

Таблица 12

Динамика уровня САД (мм рт.ст.) у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-1 (динамический контроль), $\bar{X} \pm m$

Период лечения	1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)
Исходно	170,1±1,8	166,9±1,9	168,5±1,5	171,0±2,1
4 недели	151,2±1,1*	150,5±1,9*#	155,7±2,1*	158,6±1,4*#
8 недель	146,1±0,9*	144,5±1,5*#	147,5±2,0*	150,6±1,6*#

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

Так, в 1-ой группе у мужчин и женщин снижение показателей АД составило соответственно: 14,1% и 13,4% для САД, 11,3% и 10,3% для ДАД (различие показателей САД и ДАД для мужчин и женщин 1-ой группы является статистически значимым, на уровне значимости $p < 0.005$); во 2-ой группе: 12,5% и 11,3% для САД, 5,1% и 5,4% для ДАД (различие показателей САД и ДАД для мужчин и женщин 2-ой группы является статистически значимым, на уровне значимости $p < 0.005$). Распределение показателей САД и ДАД мужчин и женщин обеих групп не отличается от нормального закона распределения.

Таблица 13

**Динамика уровня ДАД (мм рт.ст.) у пожилых больных ГБ
в ходе этапа II Б-1, $\bar{X} \pm m$**

Период лечения	1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)
Исходно	106,5±3,4	104,3±2,3	101,0±2,1	105,7±2,2
4 недели	98,6±1,9*	97,5±1,2*	99,2±1,5*	104,0±2,1
8 недель	94,5±1,6*	93,5±1,0*#	95,8±1,3*	100,0±2,0*#

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

**4.2.3 Динамика психологических показателей у пожилых больных ГБ в
ходе этапа II Б-1**

Заслуживает внимания динамика показателя степени «нейротизма» в ходе исследования. Во всех группах больных уровень тревожности снизился (табл. 14) уже к концу 4-й недели и оставался стабильным до конца 8-й недели. Важно отметить, что максимальное снижение степени «нейротизма» в обеих группах больных продемонстрировали именно те пациенты, которые

стали полностью комплаентными и к концу 4-й недели имели максимальный балл – 4 (ТМГ).

Отличие средних значений теста Айзенка по шкале «нейротизм» на 0-ой неделе и к концу 4-ой и 8-ой недель являются статистически значимыми в обеих группах независимо от пола ($p < 0,001$); для сравнительного анализа использовался критерий Стьюдента.

Таблица 14

Динамика показателей по шкалам личностного опросника Айзенка у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-1, $\bar{X} \pm m$

Период лечения	1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)	Мужчины (n=27)	Женщины (n=29)
«экстраверсия/интроверсия»				
Исходно	11,8±0,9	12,2±0,6	12,1±1,0	12,2±1,1
4 недели	11,9±0,9	12,1±0,6	12,0±1,0	12,3±1,0
8 недель	11,8±0,9	12,3±0,6	12,3±1,0	12,1±1,0
«нейротизм»				
Исходно	15,3±0,8	14,7±0,8	15,2±1,0	15,1±1,1
4 недели	12,8±0,9*	12,3±0,8*	12,1±0,8*	12,1±0,9*
8 недель	12,6±0,9*	12,1±0,9*	11,9±0,8*	12,0±0,9*
«ЛОЖЬ»				
Исходно	3,1±0,2	3,2±0,2	3,2±0,2	3,1±0,2
4 недели	3,2±0,1	3,3±0,1	3,1±0,2	3,0±0,2
8 недель	3,0±0,2	3,1±0,1	3,3±0,1	3,2±0,1

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

В 1-ой группе наибольшее снижение степени «нейротизма» до 5-6 баллов продемонстрировали больные с высокой степенью экстравертированности (15-17 баллов). Таких больных было 11 (19,0 %).

Во 2-й группе больных, которые вели только дневник самоконтроля, все 6 пациентов (10,7%), продемонстрировавших максимальное снижение степени «нейротизма» (до 6 баллов) и повышение комплаентности (до 4 баллов), имели показатель «экстраверсия/интроверсия» – 4 балла (1 пациент; 1,8%), 5 баллов (3 пациента; 5,4%) и 6 баллов (2 пациента; 3,6%), свидетельствующий о высокой степени их интровертированности. Выраженные экстраверты в этой группе больных не достигли максимальных положительных результатов.

На наш взгляд, заслуживают внимания результаты, которые продемонстрировали пациенты-экстраверты: комплаентность, равную 4 баллам, не продемонстрировал ни один из экстравертов обеих групп, принимавших участие в программе. В 1-й группе из 11 экстравертов (19,0%) все достигли 3 баллов по тесту Мориски-Грина только к концу 8-й недели. Во 2-й группе по результатам теста Айзенка выявлено 17 пациентов-экстравертов (30,4%). Из них 15 (26,8%) пациентов продемонстрировали приверженность лечению по тесту Мориски-Грина, равную 3 балла и 2 (3,6%) пациента – 2 балла. При этом 14 экстравертов демонстрировали высокую степень нейротизма (16-19 баллов).

Как уже было отмечено (разд. 2.5.2), исходно все показатели по шкалам «самочувствие/активность/настроение» во всех группах пациентов были ниже среднего показателя 4,0, что свидетельствует о неблагоприятном психо-эмоциональном состоянии пожилых больных ГБ.

В процессе участия в исследовании, начиная с 4-ой недели, у больных обеих групп показатели по шкалам «самочувствие/активность/настроение» улучшились, изменения достоверны ($p < 0,001$) в сравнении с исходными (табл. 15).

Различия между исходными показателями и показателями на 4-ой и 8-ой неделях по шкалам «самочувствие», «активность», «настроение» в обеих группах являются статистически значимыми. Проводилось сравнение

средних значений двух независимых выборок, которое показало, что все значения отличаются на уровне значимости $p < 0,001$; для сравнения использовался Критерий Стьюдента.

Таблица 15

Динамика показателей опросника «САН» у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-1, $\bar{X} \pm m$

Период лечения	1 группа (n=58)		2 группа (n=56)	
	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)	Мужчины (n=28)	Женщины (n=30)
«самочувствие»				
Исходно	3,6±0,1	3,5±0,1	3,7±0,2	3,6±0,2
4 недели	5,1±0,2*	5,0±0,2*	4,9±0,1*	4,7±0,1*
8 недель	5,5±0,2*	5,4±0,2*	5,3±0,1*	5,4±0,1*
«активность»				
Исходно	3,9±0,1	3,9±0,1	3,9±0,2	3,8±0,2
4 недели	5,1±0,2*	5,0±0,2*	4,9±0,2*	4,9±0,1*
8 недель	5,4±0,2*	5,6±0,2*	5,2±0,2*	5,4±0,1*
«настроение»				
Исходно	3,4±0,1	3,2±0,1	3,4±0,2	3,1±0,1
4 недели	4,9±0,2*	4,4±0,2*	4,3±0,1*	4,5±0,1*
8 недель	5,6±0,2*	4,7±0,2*	5,1±0,1*	5,1±0,2*

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных.

4.2.4 Влияние индивидуальных и психологических особенностей пожилых больных ГБ на формирование приверженности лечению в ходе этапа II Б-1

Принимая во внимание выявленные возрастные особенности формирования приверженности лечению, различия по типу личности,

уровню нейротизма и показателям «САН», проведена оценка влияния индивидуальных (пол, возраст) и психологических особенностей пожилых больных ГБ на формирование приверженности лечению в ходе этапа II Б-1 (динамический контроль).

При проведении корреляционного анализа результатов ТМГ учитывался возрастной фактор (до 70 и старше 70 лет); вторым признаком сравнения было наличие сигналов-напоминаний в мобильном телефоне (для больных 1-й группы) и отсутствие такового (для больных 2-й группы) (рис. б).

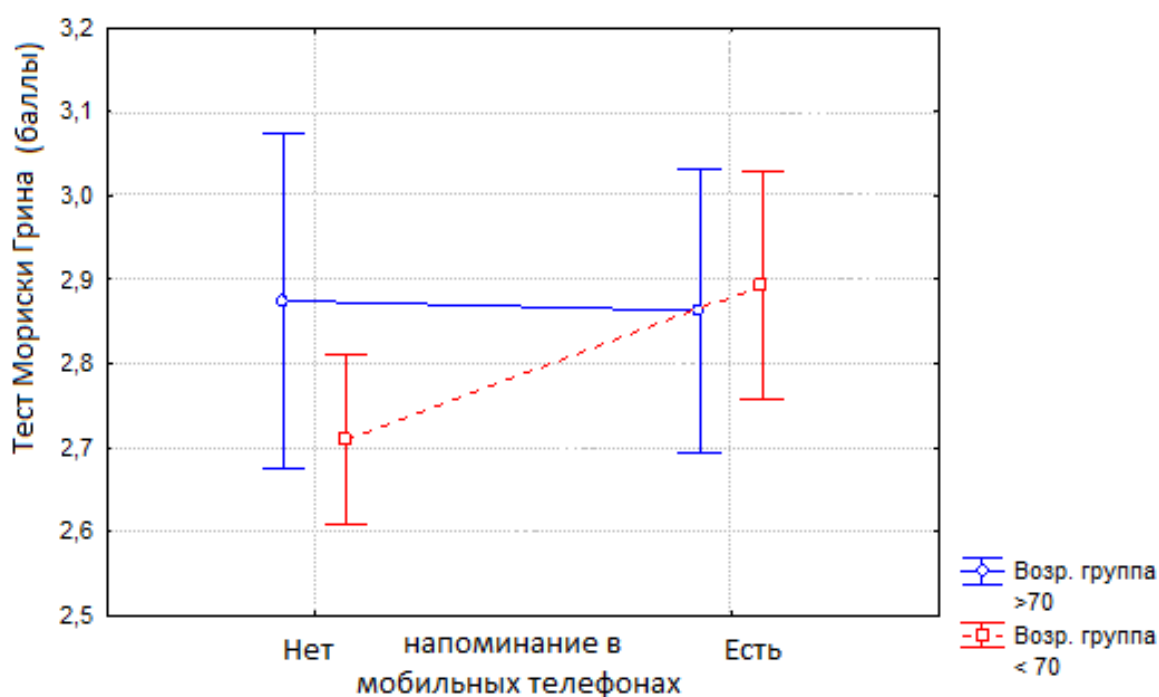


Рисунок 6. Распределение показателя ТМГ у пожилых больных ГБ в возрастных группах >70 и <70 лет на 8 неделе этапа II Б-1 (указано среднее значение и 95% ДИ)

Корреляционный анализ позволил сделать вывод, что в возрастной группе старше 70 лет, результаты значений ТМГ не являются статистически значимыми ($p > 0.05$), а в группе до 70 лет различия статистически значимы, причем в 1-ой группе больных (с сигналами-напоминаниями в мобильных телефонах) результат выше (на уровне значимости $p < 0,00233$). Для сравнения использовался критерий Лямбда-Уилкса, при $F = 3,2786$. Таким образом,

достигнуть лучших показателей комплаентности у больных старше 70 лет сложнее, чем у более молодых пациентов.

При проведении корреляционного анализа уровня САД учитывался возраст (до 70 и старше 70 лет); вторым признаком сравнения было наличие сигналов-напоминаний в мобильном телефоне (для больных 1-ой группы) и отсутствие такового (для больных 2-ой группы) (рис. 7).

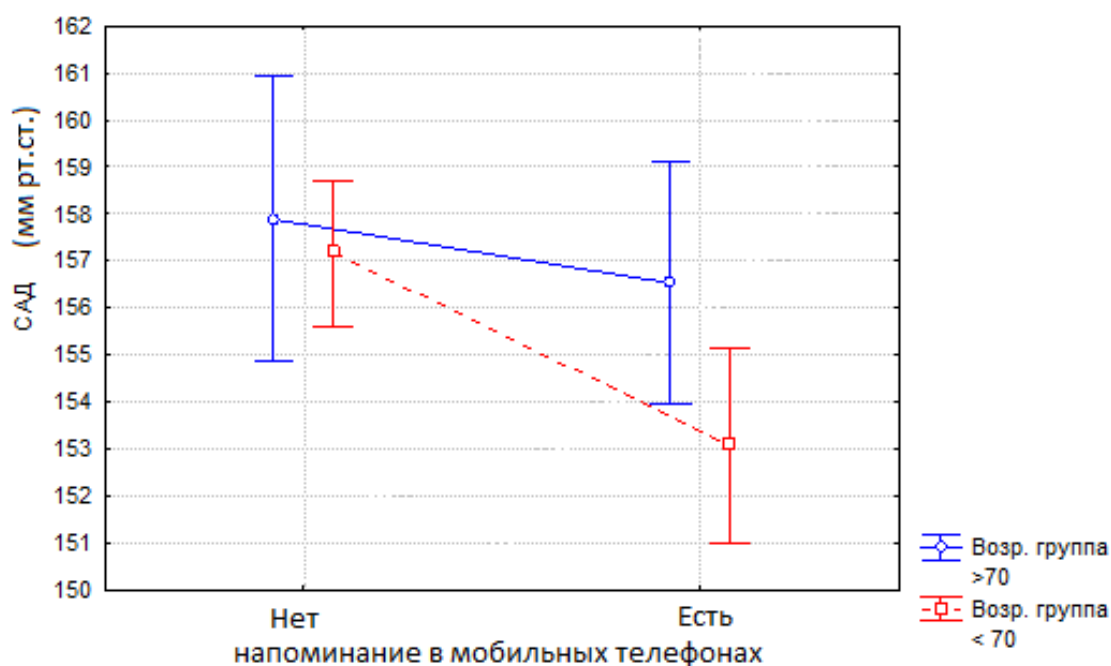


Рисунок 7. Распределение показателя САД (мм рт.ст.) у пожилых больных ГБ в возрастных группах >70 и <70 лет на 8-ой неделе этапа II Б-1 (указано среднее значение и 95% ДИ)

Было установлено, что разница средних значений уровня САД в группе больных старше 70 лет, с напоминанием в мобильном телефоне и без него не является статистически значимой ($p > 0,05$). В тоже время разница средних значений уровня САД в группе больных до 70 лет, с напоминанием в мобильном телефоне и без него является статистически значимой. Использовался критерий Лямбда Уилкса, $F=3, 2786$, на уровне значимости $p=0,00233$. Полученные результаты согласуются с представленными ранее

данными о том, что достичь лучших показателей комплаентности у больных старше 70 лет сложнее, чем у пациентов более молодого возраста (рис. 6).

Проведенный сравнительный анализ (разд. 4.2.3) позволяет прийти к заключению, что экстравертам с высокой степенью нейротизма трудно достичь комплаентности лечения используя только дневники самоконтроля. Надо полагать, что результат, достигнутый в 1-ой группе больных, объясняется наличием дополнительного стимула – напоминающих сигналов в мобильных телефонах пациентов о необходимости приёма ЛП. Для экстравертов «сигналы внешнего мира» имеют большее значение, чем для интровертов.

Таким образом, экстравертам недостаточно только ведения дневников самоконтроля, что подтверждается результатами сравнительного анализа (рис. 8 и 9).

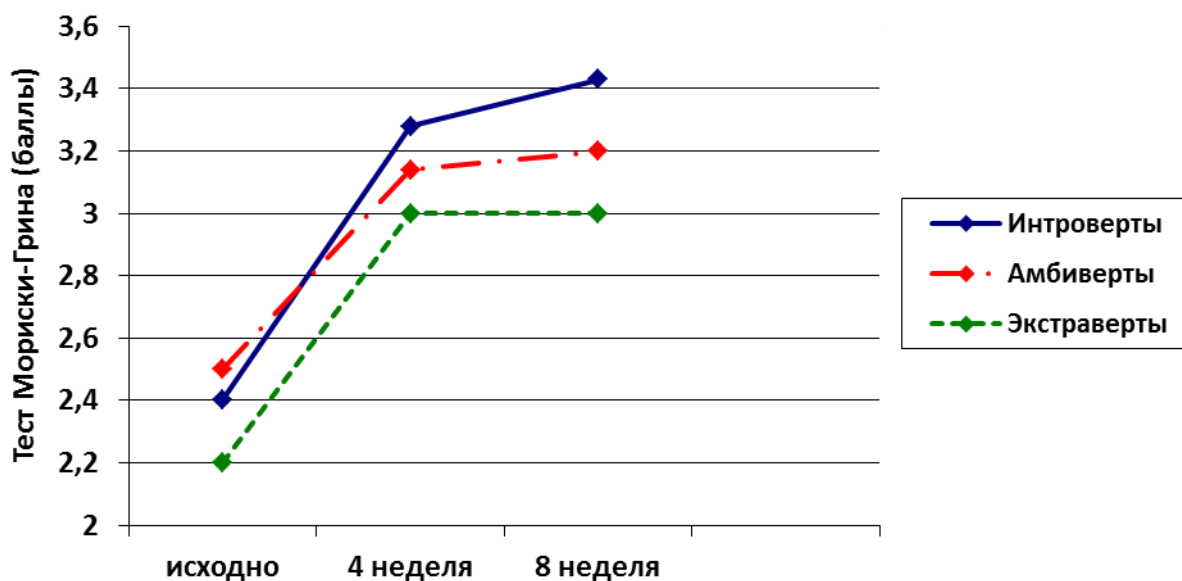


Рисунок 8. Динамика показателя ТМГ (баллы) в зависимости от типа личности у женщин 1-й группы в ходе этапа II Б-1

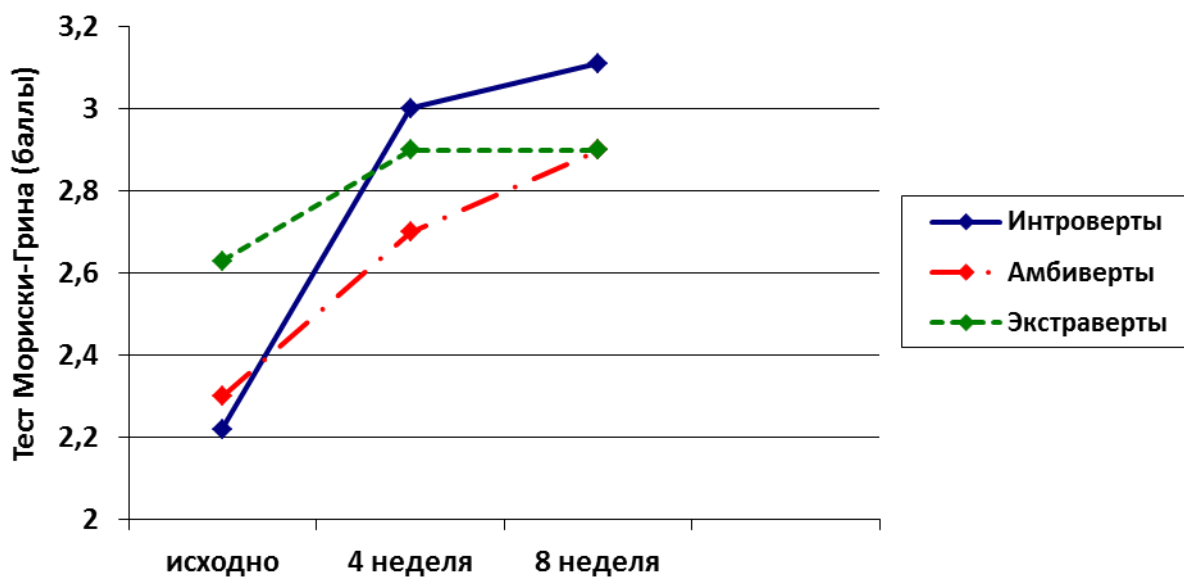


Рисунок 9. Динамика показателя ТМГ (баллы) в зависимости от типа личности у женщин 2-й группы в ходе этапа II Б-1

Сравнительный анализ зависимости показателя ТМГ от типа личности у женщин 1-й и 2-й групп (рис. 8 и 9) показал, что в период до конца 8-й недели уровень комплаентности улучшился у всех участниц программы, но у пациенток-экстравертов 2-й группы (без звонков-напоминаний в мобильном телефоне) в меньшей степени. Эти различия являются статистически значимыми ($p < 0,001$).

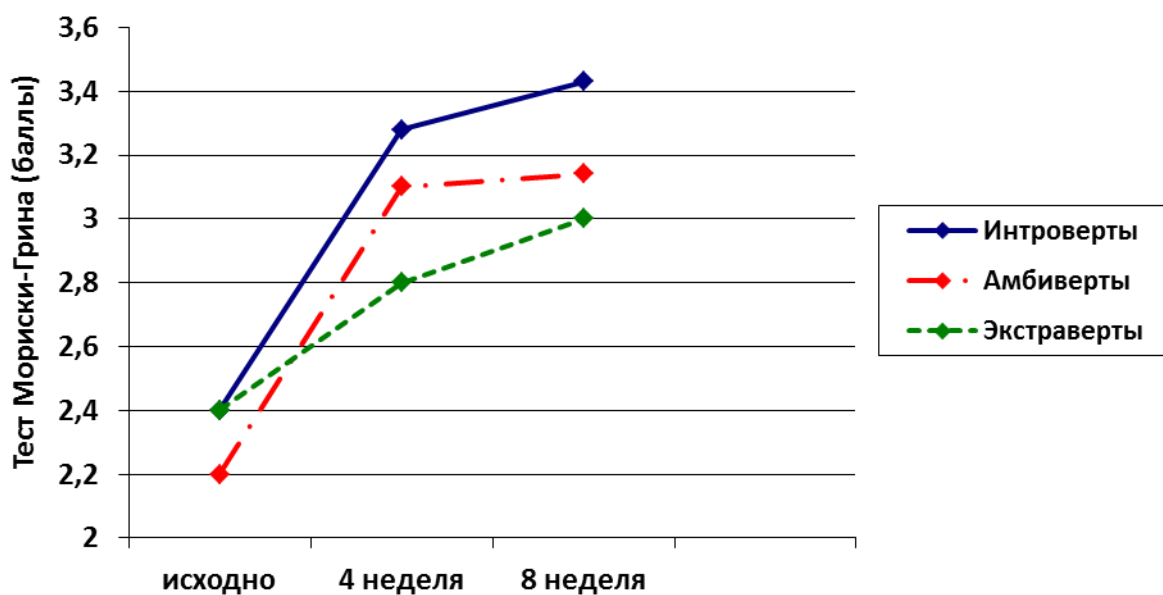


Рисунок 10. Динамика показателя ТМГ (баллы) в зависимости от типа личности у мужчин 1-й группы в ходе этапа II Б-1

Практически сходную картину демонстрирует сравнительный анализ зависимости показателя ТМГ от типа личности у мужчин 1-ой и 2-ой групп (рис. 10 и 11). Было установлено, что к концу 8-ой недели уровень комплаентности улучшается у всех участников этапа II Б-1, но у пациентов-экстравертов и амбивертов 2-ой группы (без звонков-напоминаний в мобильном телефоне) в меньшей степени; эти различия являются статистически значимыми ($p < 0,001$).

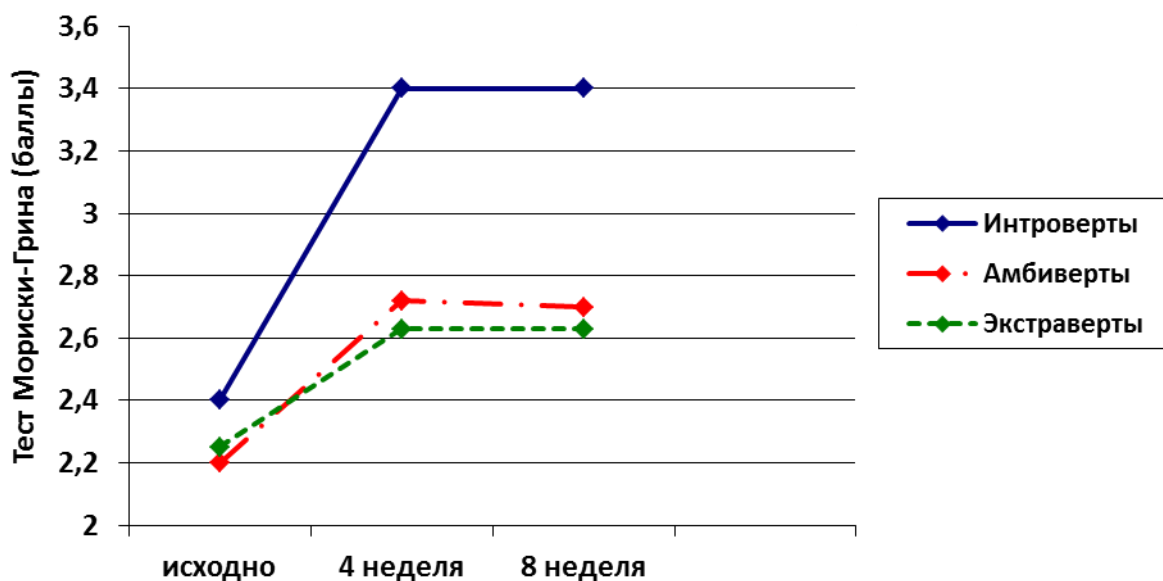


Рисунок 11. Динамика показателя ТМГ (баллы) в зависимости от типа личности у мужчин 2-й группы в ходе этапа II Б-1

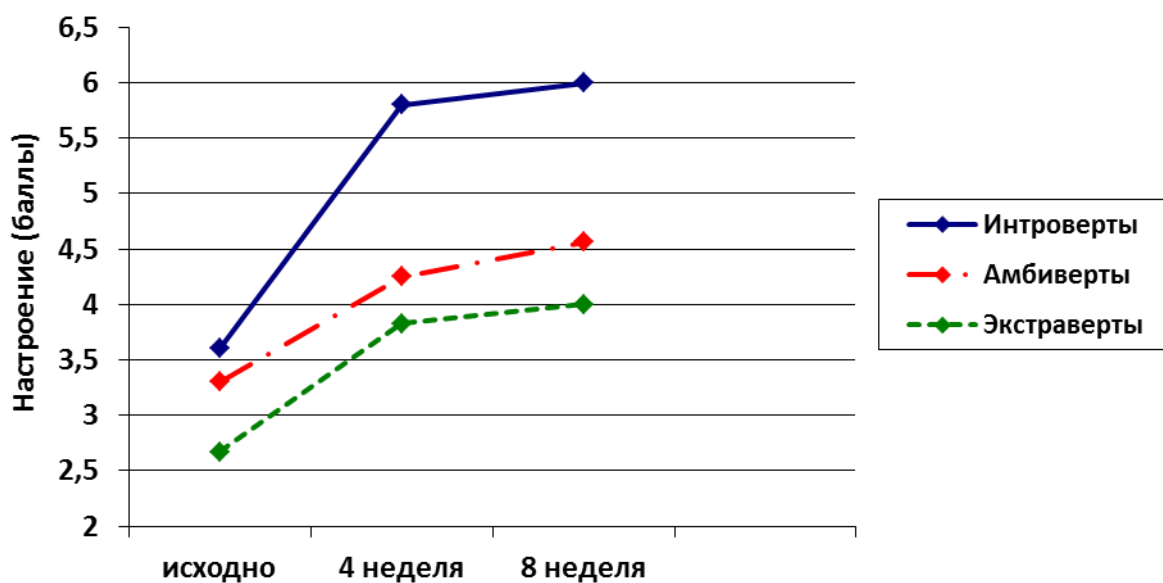


Рисунок 12. Динамика показателя по опроснику «САН» (баллы) в зависимости от типа личности у женщин 1-й группы в ходе этапа II Б-1

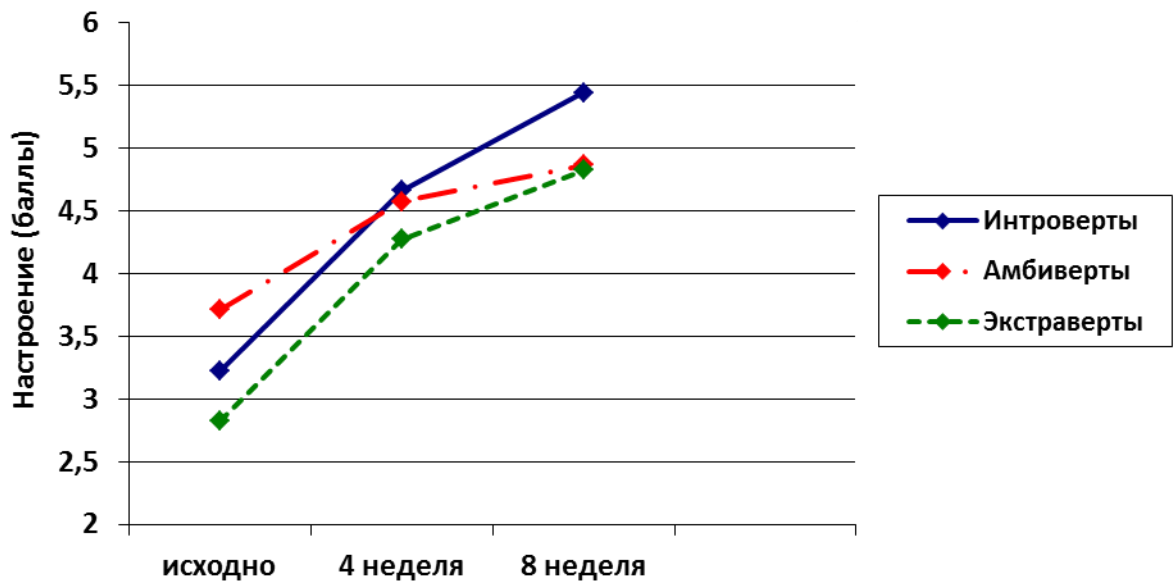


Рисунок 13. Динамика показателя по опроснику «САН» (баллы) в зависимости от типа личности у женщин 2-й группы в ходе этапа II Б-1

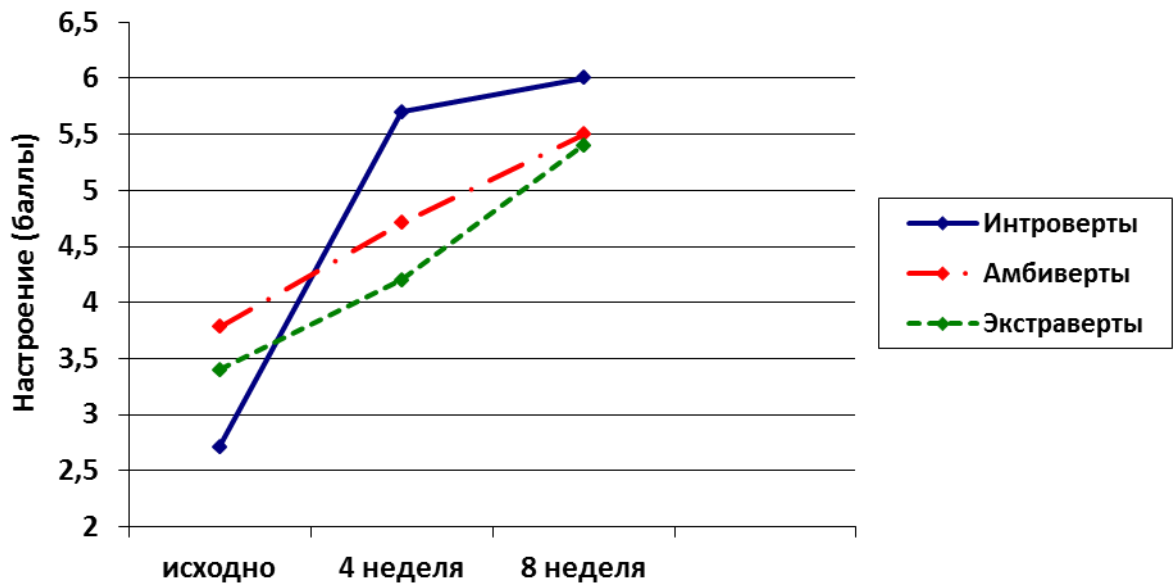


Рисунок 14. Динамика показателя по опроснику «САН» (баллы) в зависимости от типа личности у мужчин 1-й группы в ходе этапа II Б-1

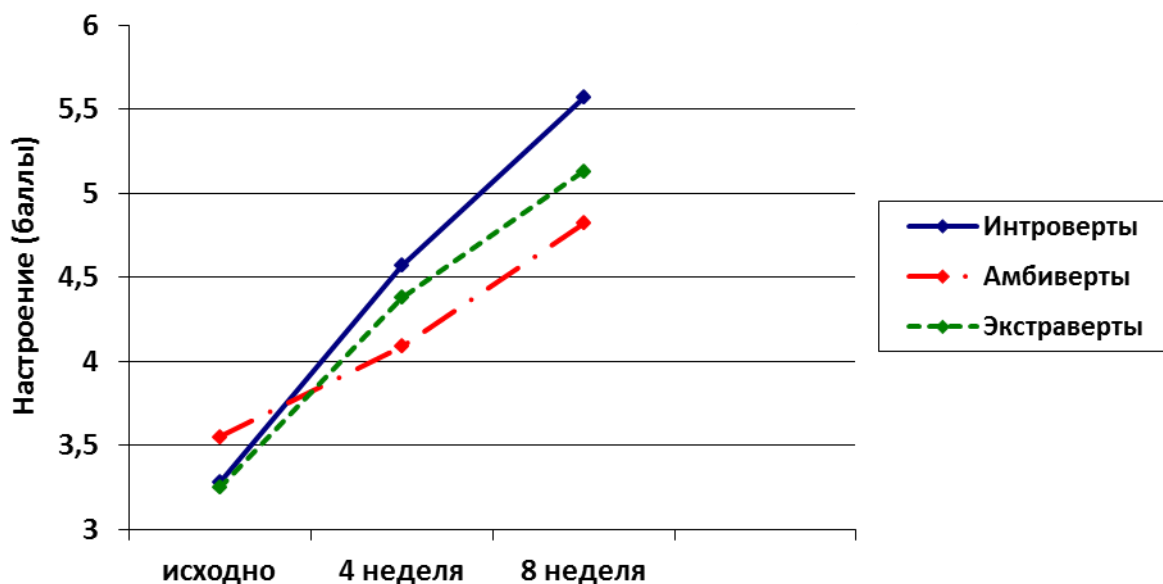


Рисунок 15. Динамика показателя по опроснику «САН» (баллы) в зависимости от типа личности у мужчин 2-й группы в ходе этапа II Б-1

Проведенный сравнительный анализ показал, что улучшение показателя по опроснику «САН» в процессе участия в программе недостоверно только у женщин-экстравертов ($p > 0,05$) в 1-ой группе (с напоминанием в мобильном телефоне) (рис. 12 и 13); у женщин-амбивертов и интровертов повышение значения по опроснику «САН» были статистически значимыми ($p < 0,05$). У мужчин (рис. 14 и 15) улучшение показателя по опроснику «САН» статистически значимо во всех группах ($p < 0,05$).

4.5 Динамика уровня приверженности лечению и эффективности антигипертензивной терапии у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-2

Программа исследования предусматривала оценку уровня приверженности лечению, эффективности терапии и психологического состояния пожилых больных ГБ в отдаленном сроке (через 10 месяцев после окончания этапа II Б-2) на 52-ой неделе от начала исследования. Как уже отмечалось, в этом этапе приняли участие 106 больных (см. раздел 2.5.3).

4.5.1 Динамика уровня приверженности лечению пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-2

Анализ результатов показателей ТМГ в обеих группах через 52-е недели лечения показал, что эти показатели снизились в сравнении с результатами на 8-ой неделе (табл. 16), эти различия статистически значимы ($p < 0,05$). Различия значений ТМГ за период с 8-ой по 52-ю неделю между 1-ой и 2-ой группами статистически не значимы ($p = 0,355$); для сравнения в обоих случаях использовался критерий Стьюдента.

Таким образом, через 52-е недели все пожилые больные ГБ продемонстрировали снижение уровня приверженности лечению в сравнении с показателем на 8-й неделе ($p < 0,05$), что в первую очередь является следствием «забывчивости», о чем свидетельствует анализ ответов на ТМГ (Рис. 16 и 17).

Статистически значимые различия ($p < 0,001$) между распределениями ответов на 8-ой неделе и на 52-ой неделе наблюдаются только в вопросе №1 («Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?»). Различия между распределениями ответов на вопросы 2, 3, 4 на 8-ой неделе и на 52-ой неделе являются статистически не значимыми.

Таблица 16

Динамика показателей ТМГ (баллы) у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-2, $\bar{X} \pm m$

Период лечения	1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
Исходно	2,3±0,1	2,4±0,6	2,3±0,1	2,4±0,1
4 недели	3,1±0,1*	3,2±0,4*	2,9±0,1*	2,9±0,1
8 недель	3,2±0,1*#	3,2±0,1*	2,9±0,1*#	3,0±0,1*
52 недели	2,8±0,1*#\\$	2,9±0,1*\\$	2,5±0,1*#\\$	2,6±0,1*\\$

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

\$ – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 8-ой и 52-ой неделями.

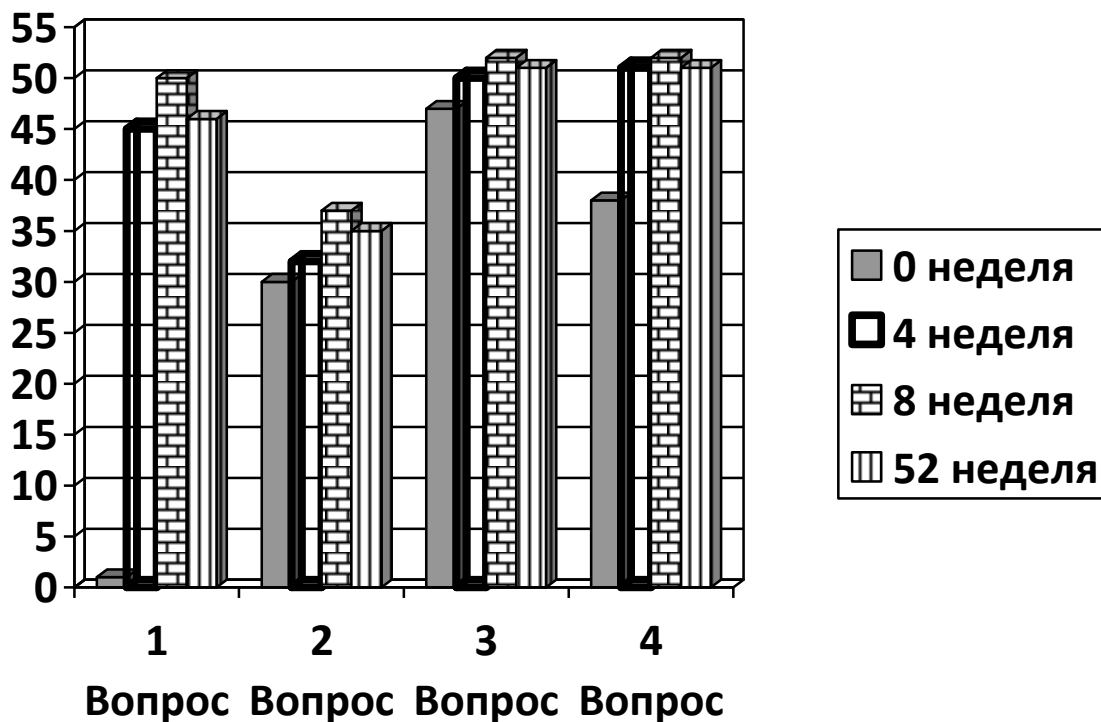


Рисунок 16. Динамика изменения ТМГ пожилых больных ГБ (1-я группа) в в ходе этапа II Б-2, абс.

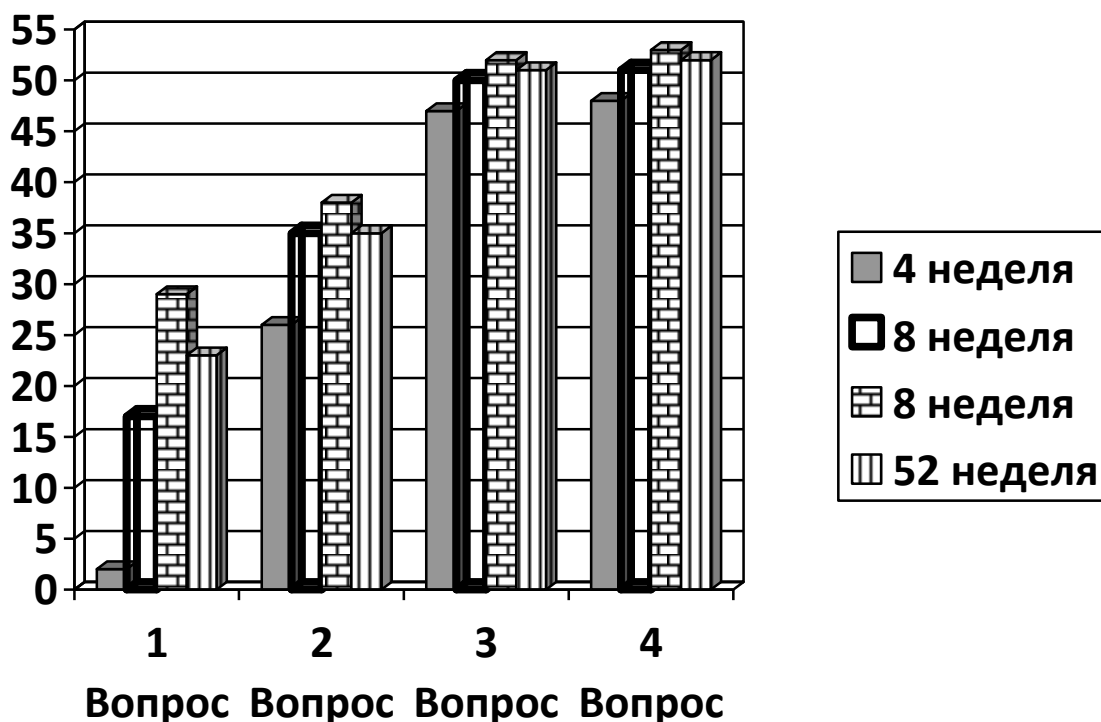


Рисунок 17. Динамика изменения ТМГ пожилых больных ГБ (2-я группа) в ходе этапа II Б-2, абс.

4.5.2 Динамика эффективности антигипертензивной терапии у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-2

Анализ показателей САД и ДАД (табл. 17 и 18) через 52-е недели от начала исследования выявил их увеличение ($p < 0,05$) в сравнении с результатами, достигнутыми к концу 8-ой недели этапа II Б-1. Принимая во внимание снижение показателей приверженности больных лечению по ТМГ, которое отмечено к концу 52-ой недели лечения, можно заключить, что ухудшение показателей САД и ДАД в этот период является следствием снижения комплаентности пациентов.

Таблица 17

**Динамика уровня САД (мм рт.ст.) у пожилых больных ГБ
на этапе II Б-2, $\bar{X} \pm m$**

Период лечения	1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
Исходно	170,6±1,9	165,1±2,1	168,7±1,6	169,4±1,8
4 недели	150,6±1,1*#	152,5±1,6*#	156,2±2,1*#	158,3±1,5*#
8 недель	145,8±1,0*	143,4±1,6*#	147,9±2,1*	150,1±1,8*#
52 недели	152,6±1,0*#\\$	150,3±1,2*#\\$	156,6±1,0*#\\$	157,0±1,2*#\\$

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

\\$ – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 8-ой и 52-ой неделями.

Таблица 18

**Динамика уровня ДАД (мм рт.ст.) у пожилых больных ГБ
на этапе II Б-2, $\bar{X} \pm m$**

Период лечения	1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
Исходно	103,8±2,8	105,0±2,0	103,9±1,8	104,0±1,9
4 недели	98,2±2,0	97,4±1,3*	99,4±1,6	100,6±1,8
8 недель	94,2±1,7*	93,6±1,2*#	95,9±1,4*	98,0±1,7*#
52 недели	98,8±0,9*\\$	97,7±0,8*\\$	97,9±1,0*\\$	101,1±1,1

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

\\$ – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 8-ой и 52-ой неделями.

4.5.3 Динамика психологических показателей у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-2

Анализ показателей личностного опросника Айзенка на 52-ой неделе (этап II Б-2) показал, что снижение степени нейротизма, отмеченное в ходе этапа II Б-1, нивелируется (табл. 19). Это свидетельствует о нарастании тревожных тенденций у пациентов.

Таблица 19

**Динамика показателей по шкалам личностного опросника Айзенка
(баллы) у пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-2, $\bar{X} \pm m$**

Период лечения	1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
«экстраверсия/интроверсия»				
Исходно	11,6±0,9	12,1±0,7	12,4±1,0	12,7±1,1
4 недели	11,6±0,9	12,0±0,7	12,2±1,0	12,7±1,1
8 недель	11,5±0,9	12,2±0,7	12,5±1,0	12,4±1,1
52 недели	11,8±0,8	12,2±0,7	12,4±0,9	12,3±1,0
«нейротизм»				
Исходно	15,5±0,8	14,7±0,8	15,4±1,0	15,6±1,1
4 недели	12,9±0,9*	12,4±0,9	12,3±0,8*	12,6±0,9*
8 недель	12,8±0,9*	12,2±0,9*	12,1±0,8*	12,4±0,9*
52 недели	13,4±0,8	13,0±0,7	14,2±0,6\$	13,1±0,7
«ЛОЖЬ»				
Исходно	3,1±0,2	3,2±0,2	3,3±0,2	3,2±0,2
4 недели	3,2±0,2	3,3±0,1	3,1±0,2	3,0±0,2
8 недель	3,0±0,2	3,1±0,1	3,4±0,2	3,3±0,2
52 недели	3,1±0,2	3,2±0,1	3,2±0,1	3,2±0,1

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных показателей.

§ – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 8-ой и 52-ой неделями.

К концу 52-ой недели, у пациентов обеих групп по всем трём шкалам опросника «САН» отмечено ухудшение показателей в сравнении с достигнутыми к 8-ой неделе уровнями (табл. 20).

Нарастание нейротизма и снижение показателей «САН» указывают на ухудшение эмоционального состояния пожилых больных ГБ, которые на протяжении 10-ти месяцев оставались на самостоятельном контроле своего лечения, т.е. без патронажа провизора.

Таблица 20

**Динамика показателей опросника «САН» (баллы) у пожилых больных
ГБ в ходе этапа II Б-2, $\bar{X} \pm m$**

Период лечения	1 группа (n=53)		2 группа (n=53)	
	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)	Мужчины (n=26)	Женщины (n=27)
«самочувствие»				
Исходно	3,6±0,2	3,4±0,1	3,7±0,2	3,7±0,2
4 недели	5,1±0,2*	5,0±0,2*	4,8±0,1*	4,7±0,1*
8 недель	5,5±0,2*	5,4±0,2*	5,3±0,1*	5,4±0,1*
52 недели	3,9±0,3\$#	4,9±0,2*	4,8±0,1*\$#	4,6±0,2*\$
«активность»				
Исходно	3,9±0,2	3,9±0,1	3,9±0,2	3,9±0,2
4 недели	5,1±0,2*	5,0±0,2*	4,9±0,2*	4,8±0,1*
8 недель	5,5±0,2*	5,6±0,2*	5,2±0,2*	5,4±0,1*
52 недели	4,8±0,2*\$	4,9±0,1*\$	4,9±0,2*	4,8±0,1*\$
«настроение»				
Исходно	3,4±0,1	3,2±0,1	3,4±0,2	3,2±0,2
4 недели	4,9±0,2*#	4,4±0,2*	4,3±0,1*#	4,5±0,1*

8 недель	5,6±0,1*#	4,7±0,2*	5,1±0,1*#	5,0±0,2*
52 недели	4,8±0,1*\$	3,9±0,2*\$	4,5±0,2*\$	3,9±0,2*\$

Примечание. * – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) отличие от исходных.

– Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 1-ой и 2-ой группами.

\$ – Обозначены показатели, для которых выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между 8-ой и 52-ой неделями.

4.6 Оценка пожилыми больными ГБ своего участия в программе повышения приверженности лечению

На финальном визите этапа ПБ-1 (8-я неделя) больные анонимно заполняли анкету, отмечая на шкале балл от 0 до 10, отвечали на вопрос: «В какой степени достигнутые Вами в ходе программы повышения приверженности лечению результаты зависели от усилий провизора-исследователя?» (приложение 10).

Результаты данного анкетирования в баллах (рис. 18) по группам составили ($\bar{X} \pm m$): 8,5±0,17 балла – 1-я группа, (n=58) и 8,8±0,18 балла – 2-я группа, (n=56).

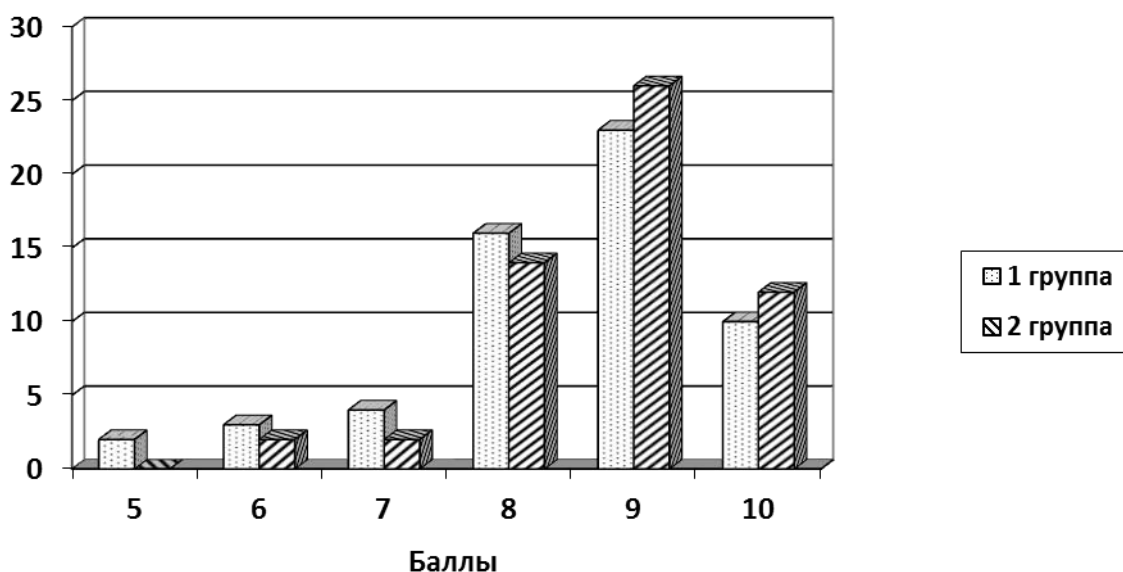


Рисунок 18. Распределение оценки анонимного анкетирования (баллы) пожилых больных ГБ, n=114.

Результаты, полученные при анонимном анкетировании свидетельствуют о том, что пациенты, в целом, высоко оценили работу провизора-исследователя.

В то же время, снижение приверженности лечению в период с конца 8-ой по 52-ую недели, позволяет сделать вывод о необходимости регулярной работы в вопросе ее поддержания. Эта работа может осуществляться в постоянно действующем центре повышения комплаентности в аптеке.

ГЛАВА 5

ОЦЕНКА ПРЯМЫХ ЗАТРАТ НА АГЛС, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ ГБ ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АД

Проанализированное лечение 114 пациентов показало, что все больные получали комбинированную фармакотерапию. 42 человека из них использовали как оригинальные, так и генерические АГЛС. Фармакотерапия таких больных не подвергалась фармакоэкономическому анализу. У остальных 72 пациентов, которые принимали только ГЛС или только ОЛС использовались следующие комбинации фармакологических групп:

- ИАПФ + диуретик;
- β -АБ + БКК;
- БАР + диуретик.

Группа больных, получавших ОЛС, составила 32 человека (1-ая группа); принимавшие лечение ОЛС – 40 человек (2-ая группа).

В таблице 1 представлены международные и торговые названия препаратов, их производители, розничная цена в аптеках г. Донецка (по состоянию на октябрь 2018 года), стоимость одного дня лечения и стоимость лечения на протяжении 56 дней (8 недель) наблюдения. Самым дорогостоящим оказалось лечение больных ГБ ОЛС «Диован», «Небилет» и «Норваск», а наиболее доступным – лечение ГЛС – «Эналаприл», «Метопролол» и «Амлодипин» (табл. 21).

Таблица 21.

Характеристика АГЛС, используемых пожилыми больными ГБ в ходе исследования

Действующее вещество, доза	Название препарата	Производитель, количество таблеток в упаковке	Цена (рублей)	Стоимость одного дня лечения (рублей)	Стоимость лечения 8 недель (56 дней), (рублей)
Эналапри	Эналаприл	Озон-Россия, №20	10,43	0,52	29,12

л,20 мг	Энап	КРКА-Словения, №20	118,04	5,90	330,4
Лизино- прил, 20 мг	Лизиноприл	Пранафарм ООО- Россия, №30	45,31	1,51	84,56
	Диротон	"ГедеонРихтер", Венгрия, №56	716,63	12,80	716,8
Индапа- мид, 2,5 мг	Индапамид	Озон-Россия, N 30	16,14	0,54	30,24
	Арифон	Лабор.Сервье- Франция, N 30	338,3	11,28	631,68
Торасе- мид, 5 мг	Торасемид Канон	КанонфармаПрод акшн ЗАО- Россия, N20	113,56	5,68	318,08
	Бритомар	ФеррерИнтернаци ональ, Испания, N 30	337,43	11,25	630,0
Бисо- пролол, 10 мг	Бисопролол	Озон-Россия, N50	63,25	1,27	71,12
	Конкор	Мерк КГаА- Германия, N 50	462,95	9,26	518,56
Неби- волол, 5 мг	Небиволол	Берёзовский фармацевтически й завод ЗАО, Россия, N 28	187,43	6,69	372,96
	Небилет	Берлин Хеми, Германия, N 28	864,96	30,89	1729,84
Мето- пролол, 50 мг	Метопролол	Озон-Россия, N 30	17,22	0,57	31,92
	Беталок ЗОК	Астра Зенека- Швеция, N 30	257,49	8,58	480,48
Амло- дипин, 10 мг	Амлодипин	Озон-Россия, N 30	18,05	0,60	33,6
	Норваск	ПфайзерМенюфек чурингДойчлендГ мбХ, Германия, N30	870,41	29,01	1624,56
Вал- сартан, 80 мг	Валсартан	Озон-Россия, №30	98,27	3,28	183,68
	Диован	Новартис, Швейцария, №28	1719, 0	61,39	3437,84
Лозар- тан, 50 мг	Лозартан	Озон-Россия, №30	46,36	1,55	86,8
	Лозап	SanesaPharmaceuti cal, №30, Словакия	271,03	9,03	509,04

При анализе используемых комбинаций АГЛС было установлено, что комбинации ИАПФ+диуретик и БАР+диуретик были представлены четырьмя вариантами препаратов, а β -АБ+БКК – тремя; это относилось как к ОЛС, так и к ГЛС (табл. 21).

Как показал анализ коэффициента эффективности затрат [40, 55, 95], лечение с применением ГЛС наименее затратное в сравнении со стоимостью лечения с использованием ОЛС (табл. 22 и 23). Так, наименее затратными были комбинации ГЛС «Эналаприл»+«Индапамид», а максимальная затратность отмечена при использовании ОЛС «Диован»+«Бритомар».

Таблица 22.

Фармакоэкономический анализ затраты-эффективность комбинаций ОЛС

Комбинации групп препаратов	Препараты	Среднее значение САД (неделя 0) мм рт.ст.	Среднее значение САД (неделя 8) мм рт.ст.	Δ САД (САД, неделя 0 – САД, неделя 8), мм рт.ст.	Стоимость лечения за 8 недель (рублей)	Коэффициент эффективности
ИАПФ + диуретик	Энап + арифон	175,4	146,0	29,4	962,1	32,7
	Энап + бритомар	168,0	139,7	28,3	960,4	33,9
	Диротон + арифон	172,5	144,5	28,0	1348,5	48,2
	Диротон + бритомар	176,3	149,0	27,3	1346,8	49,3
β -АБ + БКК	Конкор + норваск	168,7	137,7	31,0	2143,1	69,1
	Небилет + норваск	174,7	144,0	30,7	3354,4	109,3
	Беталок ЗОК + норваск	177,5	152,0	25,5	2105,0	82,5

БАР + диуретик	Диован + арифон	174,8	139,2	35,6	4069,5	114,3
	Диован + бригомар	185,0	152,5	33,0	4067,8	123,3
	Лозап + арифон	164,0	140,0	24,0	1140,7	47,5
	Лозап + бригомар	179,0	154,5	24,5	1139,0	46,5

Таблица 23.

**Фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность»
комбинаций ГЛС**

Комбинации групп препаратов	Препараты	Среднее значение САД (неделя 0), мм рт.ст.	Среднее значение САД (неделя 8) мм рт.ст.	ΔСАД (САД, неделя 0 – САД, неделя 8) мм рт.ст.	Стоимость лечения за 8 недель (рублей)	Коэффициент эффективности
ИАПФ + диуретик	Эналаприл + индапамид	170,0	145,0	25,0	59,4	2,4
	Эналаприл + торасемид Канон	173,7	149,7	24,0	347,2	14,5
	Лизиноприл + индапамид	170,5	146,8	23,7	114,8	4,8
	Лизиноприл + торасемид Канон	168,2	143,8	24,4	402,6	16,5
β-АБ + БКК	Бисопролол + амлодипин	162,0	137,3	24,7	104,7	4,2
	Небиволол + амлодипин	168,4	148,0	20,4	406,6	19,9
	Метопролол + амлодипин	170,7	149,7	21,0	65,5	3,1
БАР + диуретик	Валсартан + индапамид	174,8	153,3	21,5	213,9	9,9
	Валсартан + торасемид Канон	172,0	152,0	20,0	501,8	25,1
	Лозартан + индапамид	168,5	149,5	19,0	117,0	6,2

	Лозартан + торасемид Канон	171,7	153,7	18,0	404,9	22,5
--	----------------------------------	-------	-------	------	-------	------

Для определения зависимости между показателями снижения уровня САД и стоимостью лечения, был выполнен корреляционный анализ, результаты которого представлены на рисунке 19.

Фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность» показал, что с увеличением стоимости ОЛС у пожилых больных ГБ более выражено снижается САД ($R^2 = 0,62$, при $p = 0,004$). В группе пожилых больных ГБ, принимавших ГЛС, связи снижения САД со стоимостью препарата не выявлено ($R^2 = 0,12$, при $p = 0,30$).

Коэффициент эффективности затрат для оригинальных препаратов составляет $68,8 \pm 33,4$ руб./мм рт.ст., а для генериков – $11,7 \pm 8,3$ руб./мм рт. ст. Соотношение коэффициента эффективности лечения к стоимости, между группами статистически незначимо ($p > 0,05$), что говорит о тождественности в эффективности лечения с использованием ОЛС и ГЛС.

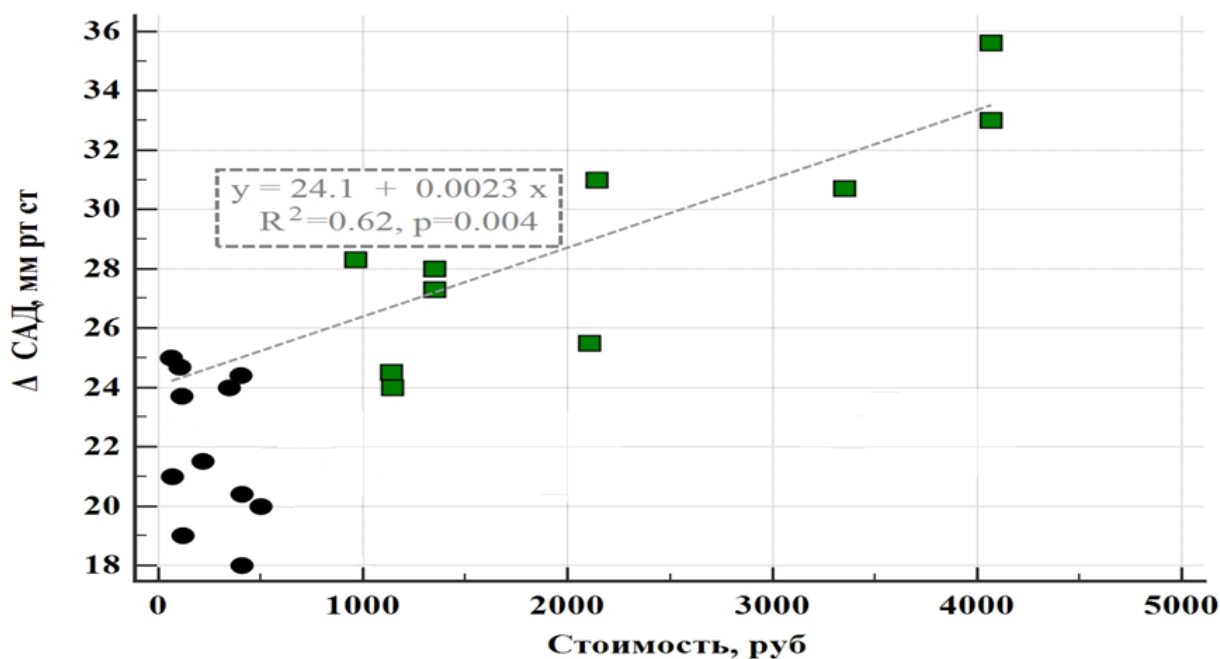


Рисунок 19. Зависимость между стоимостью лечения (в рублях) пожилых больных ГБ при использовании ГЛС (1), ОЛС (2) и ΔСАД (мм рт.ст)

Из анализа данных, представленных в таблице 24, видно, что достижение целевого АД (< 140 / 90 мм рт.ст.) при использовании ОЛС происходит в диапазоне 12-14 дней. Этот временной интервал вполне соответствует рекомендации о необходимости постепенного снижения АД до целевого, особенно у пожилых лиц. Максимальная стоимость одного дня лечения – 72,67 рубля (диован + арифон), при этом целевое АД было достигнуто через 12 дней лечения. В тоже время при использовании комбинации диован + бритомар целевое АД не было достигнуто; стоимость одного дня лечения при этом составляла 72,64 рубля.

Самыми дорогостоящими комбинациями АГЛС, обеспечивающими достижение целевого АД, являются диован + арифон и небилет + норваск, а минимальные затраты были необходимы на комбинацию энап + арифон (табл. 24).

При сравнении стоимости одного дня лечения и стоимости достижения целевого АД, например, сравнимых комбинаций энап + арифон (ОЛС) и эналаприл + индапамид (ГЛС), необходимо отметить, что при использовании ГЛС стоимость одного дня ниже в 16,2 раза, а стоимость достижения целевого – в 12,2 раза, чем при приёме больными ОЛС. При обсуждении данного примера важно подчеркнуть, что при использовании комбинации ОЛС целевое АД было достигнуто через 12 дней лечения, а при приёме ГЛС – через 16 дней (табл. 24 и 25).

Достижение целевого АД при приёме пациентами комбинаций ГЛС осуществлялось в диапазоне 16-18 дней (табл. 25), что не превышает рекомендуемых сроков. Самая затратная при этом была комбинация валсартан + торасемид Канон (табл. 25).

Таблица 24.

**Оценка стоимости комбинаций ОЛС при достижении целевого АД
(<140\90 мм рт ст) пожилыми больными ГБ**

Комбинации препаратов	Количество дней лечения до достижения целевого АД	Стоимость одного дня лечения (рублей)	Стоимость лечения до достижения целевого АД (рублей)
Энап + ариффон	12	17,18	206,16
Энап + бритомар	13	17,15	222,95
Диротон + ариффон	12	24,08	288,96
Диротон + бритомар	13	24,05	312,65
Конкор + норваск	12	38,27	459,24
Небилет + норваск	13	59,90	778,70
Беталок ЗОК + норваск	-	37,59	-
Диован + ариффон	12	72,67	872,04
Диован + бритомар	-	72,64	-
Лозап + ариффон	14	20,31	284,34
Лозап + бритомар	-	20,28	-

Таблица 25.

**Оценка стоимости комбинаций ГЛС при достижении целевого АД
(<140/90 мм рт ст) пожилыми больными ГБ**

Комбинации препаратов	Количество дней лечения до достижения целевого АД	Стоимость одного дня лечения (рублей)	Стоимость лечения до достижения целевого АД (рублей)
Эналаприл + индапамид	16	1,06	16,96
Эналаприл + торасемид Канон	17	6,20	105,4
Лизиноприл + индапамид	18	2,05	36,9
Лизиноприл + торасемид Канон	16	7,19	115,04
Бисопролол + амлодипин	17	1,87	31,79
Небиволол + амлодипин	16	7,29	116,64
Метопролол + амлодипин	17	1,17	19,89
Валсартан + индапамид	-	3,82	-
Валсартан + торасемид Канон	16	8,96	143,36
Лозартан + индапамид	-	2,09	-
Лозартан + торасемид Канон	18	7,23	130,14

Как видно из таблиц 26 и 27, количество пациентов, достигавших целевого АД при приёме комбинаций ОЛС и ГЛС – 13 (40,6%) и 18 (45,0%) соответственно, т.е. в обоих случаях больше половины больных не продемонстрировали ожидаемой цели к концу 8-й недели.

Таблица 26.

**Характеристика комбинаций ОЛС используемых пожилыми больными
ГБ, достигших целевого АД (<140/90 мм рт ст)**

Комбинации и препаратов	Количество больных принимающих комбинацию препаратов	Количество больных, достигших целевого АД	Количество больных, достигших целевого АД 1 группы	Количество больных, достигших целевого АД 2 группы
Энап + арифон	5	2	1	1
Энап + бритомар	3	2	1	1
Диротон + арифон	2	1	1	-
Диротон + бритомар	4	1	1	-
Конкор + норваск	3	2	-	2
Небилет + норваск	3	1	-	1
Беталок ЗОК + норваск	2	-	-	-
Диован + арифон	5	3	1	2
Диован + бритомар	2	-	-	-
Лозап + арифон	1	1	1	-
Лозап + бритомар	2	-	-	-
Всего абс., (%)	32	13 (40,6%)	6 (46,2%)	7 (53,8%)

Таблица 27

**Характеристика комбинаций ГЛС используемых пожилыми больными
ГБ, достигших целевого АД (<140\90 мм рт ст)**

Комбинации препаратов	Количество больных принимающих их комбинацию препаратов	Количество больных, достигших целевого АД	Количество больных, достигших целевого АД 1 группы	Количество больных, достигших целевого АД 2 группы
Эналаприл + индапамид	4	2	1	1
Эналаприл + торасемид Канон	3	1	1	-
Лизиноприл + индапамид	4	3	3	-
Лизиноприл + торасемид Канон	5	3	1	2
Бисопролол + амлодипин	3	3	1	2
Небиволол + амлодипин	5	2	1	1
Метопролол + амлодипин	3	2	1	1
Валсартан + индапамид	4	-	-	-
Валсартан + торасемид Канон	4	1	1	-
Лозартан + индапамид	2	-	-	-
Лозартан + торасемид Канон	3	1	1	-
Всего абс., (%)	40	18 (45%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)

Частота достижения целевого АД (<140/90 мм рт.ст.) при использовании АГЛС представлена в таблице 28. Полученные данные свидетельствуют, что нулевая гипотеза о том, что ОЛС обладают значительно лучшей антигипертензивной эффективностью, чем ГЛС, не нашли своего подтверждения в ходе анализа данных таблиц сопряженности, представленных в таблице 29 (Критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса для малочисленных групп = 0,018; Хи-квадрат с поправкой на правдоподобие = 0,139; критерий F=0,81209; p>0,05). При этом сила связи между антигипертензивным эффектом и производителем антигипертензивных ЛС идентифицирована как несущественная (табл. 30).

Таблица 28

Достижение целевого АД (<140/90 мм рт ст) пожилыми больными ГБ в рамках программы повышения приверженности лечению, абс., %

Результат	ОЛС	ГЛС	Количество больных
целевое АД достигнуто	13 (40,6%)	18 (45,0%)	31 (43,1%)
целевое АД не достигнуто	19 (59,4%)	22 (55,0%)	41 (56,9%)
Всего	32 (100,0%)	40 (100,0%)	72 (100,0%)

Таблица 29

Критерии оценки значимости различий в достижении целевого уровня АД (<140/90 мм рт ст) в зависимости от использования ОЛС или ГЛС

Наименование критерия	Значение критерия	Уровень значимости
Критерий Хи-квадрат	0,139	0,710
Критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса	0,018	0,895
Критерий Хи-квадрат с поправкой на правдоподобие	0,139	0,710

Точный критерий Фишера (двусторонний)	0,81209	p>0,05
------------------------------------------	---------	--------

Примечание: Минимальное значение ожидаемого явления
– 13,78

Таблица 30

**Критерии оценки силы связи между ОЛС, ГЛС и частотой достижения
целевого уровня АД (<140\90 мм рт ст)**

Наименование критерия	Значение критерия	Сила связи
Критерий ϕ	0,044	несущественная
Коэффициент сопряженности Пирсона (C)	0,044	несущественная
Нормированное значение коэффициента Пирсона (C')	0,062	несущественная

На рисунке 20 представлена средневзвешенная стоимость достижения целевого АД при применении пожилыми больными ГБ ОЛС и ГЛС. Анализ полученных данных показал, что средне взвешенная стоимость достижения целевого АД при использовании ГЛС: 79,57 (39,71– 119,4 – 95% ДИ), а ОЛС – 428,1 (212,5 – 643,8 – 95% ДИ). Прямые затраты (рублей) для достижения пожилыми больными ГБ целевого АД, в рамках программы повышения приверженности лечению под руководством провизора, при применении ОЛС составляет $428,1 \pm 107,8$, а ГЛС – $79,6 \pm 19,9$.

Таким образом, в целом по группе пациентов с АГ независимо от тяжести АГ нет убедительных данных о том, что ГЛС лучше снижают АД, чем ОЛС, хотя стоимость достижения целевого уровня АД для ГЛС существенно ниже.

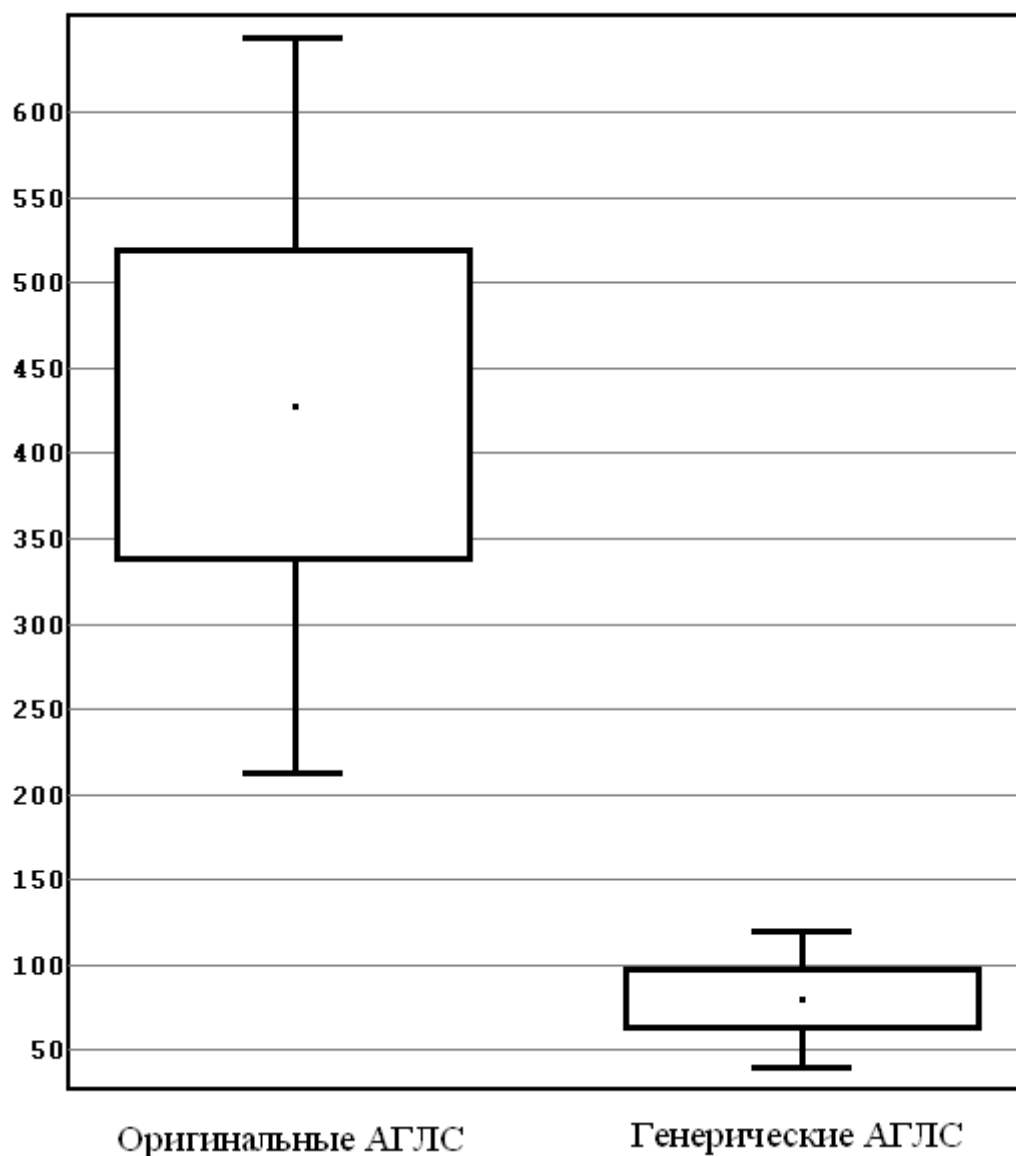


Рисунок 20. Средневзвешенная стоимость (рублей) достижения целевого АД при использовании пожилыми больными ГБ ОЛС и ГЛС

В заключении необходимо отметить, что клиническая эффективность ОЛС и ГЛС является сопоставимой, а стоимость достижения целевого уровня АД значительно ниже у ГЛС. Это создает условия не только для адекватной замены АГЛС с точки зрения экономической целесообразности, но и для планирования расходов системы здравоохранения, а также для обеспечения эффективного лечения ГБ и снижения затрат на реализацию программ предотвращения сердечно-сосудистой смертности.

ГЛАВА 6

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Артериальная гипертензия (АГ) во многом определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности, которая в экономически развитых странах составляет около 50-55% [5, 7, 29, 43, 89]. В большинстве случаев причина АГ не может быть установлена. Тогда АГ определяется как первичная или гипертоническая болезнь (ГБ) [4, 28, 82].

Лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных ГБ, а её эффективность зависит от многих факторов. К сожалению, эффективность лекарственной терапии у больных, которые её получают, как правило, невысока. Важно отметить, что почти 50% людей, у которых есть АГ, об этом не знают; приблизительно столько же, из тех, кто информирован о своём состоянии, не принимает лечение [2, 33, 37, 49]. Таким образом, лечение получает лишь четверть больных, страдающих АГ, что и определяет показатели ССЗ и смертности.

Чаще причина недостаточного гипотензивного эффекта состоит не в том, какие АГЛС) принимает больной, а в том, в какой степени пациент следует рекомендациям врача, т.е. приверженности лечению – комплаентности (compliance) [1, 2, 19, 69, 98]. Факторов, определяющих уровень приверженности лечению больных ГБ, много – осознание больным необходимости лечения, стоимость назначенных врачом АГЛС, наличие лекарств аптеке, кратность приёма препаратов в течение суток и т.д.

Важными составляющими формирования приверженности лечению у пациентов являются наличие информации о заболевании, последствиях отсутствия лечения и/или нерегулярного соблюдения предписаний врача, сведений о побочных эффектах лекарств, а также о возможной их профилактике или снижении риска негативных последствий и т.д.

Подробную информацию о перечисленных обстоятельствах больной должен получить у врача.

Особую категорию больных ГБ составляют лица пожилого возраста, это самая многочисленная когорта таких пациентов; их численность превышает 50-60 % в популяции. Существенным моментом, который не позволяет достичь комплаентности таких больных, является ограниченность в финансах, т.к. пенсии зачастую невысоки. Нельзя исключать и «возрастную забывчивость» пожилых людей [49, 50, 95, 162].

На Донбассе проживает около 700 тысяч лиц пожилого возраста, это практически 30% населения, которое в настоящее время составляет 2,2 млн. человек. При этом отмечается сложная ситуация с обеспечением региона медицинскими кадрами – дефицит врачей около 6000 человек. Число посещений врачей в 2018 году, включая профилактические осмотры, составило более 20 млн. [29, 49, 50]. Такая нагрузка на медицинский персонал может пагубно отразиться на возможности проводить необходимые беседы с пациентами, направленные на повышение их приверженности лечению [3, 34, 98].

Для выполнения предписаний врача больной должен приобрести лекарства в аптеке, где он может получить и недостающую информацию об их правильном приёме. Провизор довольно часто становится основным консультантом больного/посетителя аптеки по вопросам соблюдения режима приема препаратов, назначенных врачом. Важно подчеркнуть, что консультативная помощь провизоров населению по вопросам применения лекарственных средств регламентирована квалификационной характеристикой специалиста-провизора и, по сути, является его профессиональной обязанностью. В настоящее время практически не раскрыт потенциал участия провизора в формировании приверженности лечению больных/посетителей аптек.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач был разработан следующий план исследования. На этапе I, для выявления наличия и существа проблемы посетителям аптеки, приобретающим АГЛС, было предложено заполнить опросники, позволяющие выявить коммуникативную активность врачей и провизоров при общении на врачебном приеме и в аптеке, при покупке АГЛС (приложения 6 и 7). Анализ результатов опроса свидетельствует о том, что:

- важная для пациента информация о сроках лечения ГБ, возможных осложнениях при несоблюдении режима приема АГЛС, важности соблюдения режима приема АГЛС, практически в равной степени получается больными от врача и провизора;
- врач практически не уделяет внимание обсуждению стоимости лечения, а основным источником данной информации для больных является провизор.

Опросник высоко валиден, т.к. тест Кронбаха более 0,8. Чувствительность: 90,9%, специфичность 84,0%: ложно негативные результаты теста – 9,1%, ложно позитивные результаты теста – 16,0%.

В последующем, на том же этапе I исследования, при помощи специально разработанных опросников, была осуществлена оценка факторов профессиональной деятельности врачей и провизоров, которые могут оказывать влияние на формирование комплаентности больных ГБ (приложения 3 и 4).

Анализ опросников для врачей (терапевтов, кардиологов и семейных врачей) и провизоров продемонстрировал, что и те и другие постоянно контактируют с больными ГБ. В силу профессиональной загруженности, провизоры и врачи недостаточно уделяют внимания вопросам соблюдения пациентами основных предписаний лечения; обсуждение вопросов стоимости и взаимозаменяемости ЛП компенсируется советами провизоров при отпуске посетителям лекарств в аптеке.

Разработанные для врачей и провизоров опросники продемонстрировали высокую валидность, т.к. тест Кронбаха более 0,8; чувствительность = 93,4%, специфичность = 84,2%, ложно негативные значения = 6,6%, ложно позитивные значения = 15,8%.

В целом полученные результаты опросов показали, что врачи мало уделяют внимания вопросам стоимости лечения и взаимозаменяемости ЛП, что в определенной степени компенсируется провизорами при отпуске посетителям препаратов в аптеке. Причиной низкой коммуникативной активности врач – пациент и провизор – посетитель аптеки является дефицит кадров, приводящий к загруженности специалистов и, соответственно, недостатку времени для общения с пациентом.

В дальнейшем, из числа посетителей аптеки, осуществлялся набор пожилых больных ГБ, изъявивших желание принять участие в программе динамического наблюдения (этап ПА), целью которого была оценка результатов лекарственной терапии ГБ. В этом этапе участие принял 51 человек: 25 мужчин (n=25; 49,0%) и 26 женщин (n=26 человек; 51,0%) в возрасте от 62 до 75 лет (средний возраст мужчин $67,2 \pm 0,9$; женщин – $67,7 \pm 0,9$).

В ходе этапа ПА не предусматривалось проведения среди посетителей аптеки каких-либо мероприятий по повышению приверженности лечению. Для общения с посетителями в аптеке (ООО «Ваша аптека», г. Донецк) была организована специально оборудованная комната, совмещенная с торговым залом (центр фармацевтической опеки).

Некомплаентные (по результатам ТМГ) пожилые больные ГБ были консультированы врачом-кардиологом. Целью консультации было:

- подтверждение диагноза ГБ (всем больным, включенным в программу, был подтверждён диагноз ГБ II-III стадии);
- врачебная оценка адекватности лекарственной терапии, назначенной ранее, клиническому статусу больного;

- оценка эффективности и коррекция (в случае необходимости) антигипертензивной фармакотерапии, назначенной ранее.

В дальнейшем визиты больных, в организованный в аптеке центр, осуществлялись на 4-ой и 8-ой неделях исследования. Во время визитов оценивалась эффективность проводимой антигипертензивной терапии (измерение АД).

Анализ полученных на этапе ПА результатов показал, что приверженность лечению пожилых больных ГБ, согласно ТМГ, находится на низком уровне (ТМГ $2,4 \pm 0,1$). Основными причинами при этом являются забывчивость больных, невнимательное отношение ко времени приёма АГЛС.

Антигипертензивная фармакотерапия неэффективна (САД $168,9 \pm 1,5$ мм рт.ст. и ДАД $106,6 \pm 1,5$ мм рт.ст.). Динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение показателей АД, которые через 8 недель остаются на прежнем уровне: САД $167,0 \pm 1,4$ мм рт.ст. и ДАД $105,0 \pm 1,4$ мм рт.ст, ТМГ $- 2,4 \pm 0,1$.

Отсутствие значимых результатов послужило причиной проведения ПБ этапа, который, в свою очередь состоял из двух фрагментов (этапов ПБ-1 – с 0-ой по 8-ю недели и ПБ-2 – 52-я неделя, для оценки отдаленных результатов исследования). Больные ($n=114$), принявшие участие в этапе ПБ-1, были распределены в две группы: 1-я группа ($n=58$; 50,9%) и 2-я группа ($n=56$; 49,1%). Не было выявлено статистически значимых различий распределения больных в обеих группах ни по возрасту ($p=0,82$), ни по полу ($p=0,91$).

Больные обеих групп на протяжении всего времени участия в программе вели дневники самоконтроля (регистрация уровня АД трижды в сутки – утром, днём и вечером с указанием времени измерения, учёт приёма ЛС). Больным 1-ой группы дополнительно в их собственных телефонах устанавливались сигналы-напоминания, согласующиеся со временем приёма АГЛС.

Оценка исходных данных показала, что у больных обеих групп:

- низкая приверженность лечению по ТМГ (2,3 – 2,4), которая ниже показателя полной комплаентности (4,0) в 1,7 раза;
- одной из основных причин низкой приверженности лечению является «забывчивость» пациентов;
- показатели САД выше уровня нормы САД (139 мм рт.ст.), а показатели ДАД выше уровня нормы ДАД (89 мм рт.ст.);
- степень «нейротизма» у пациентов обеих групп превышает показатель 13,0, что свидетельствует о высоком уровне эмоциональной неустойчивости пациентов;
- все показатели по шкалам «самочувствие/активность/настроение» ниже показателя нормы 4,0 на $10 \pm 0,9\%$.

В дальнейшем визиты больных, в организованный в аптеке центр, осуществлялись на 4-ой и 8-ой неделях исследования. Во время визитов оценивались эффективность проводимой антигипертензивной терапии (измерение АД); осуществлялась проверка дневника самоконтроля. На визитах также проводились: оценка ТМГ, заполнение теста Айзенка и оценка эмоционального состояния по опроснику «САН».

Больные также получали от провизора советы по вопросам правильного приема ЛП. В случае необходимости (отсутствие ЛС в аптечной сети, высокая стоимость) провизор-исследователь давал рекомендации по замене ОЛС на ГЛС.

У всех больных, включенных в программу этапа II Б-1, были определены причины, обуславливающие их низкую приверженность антигипертензивной фармакотерапии. При проведении опроса (приложение 7), было установлено, что причинами низкой приверженности лечению у данного контингента больных являются факторы социального и гуманитарного характера, одной из главных – забывчивость пациентов. Опросник высоко валиден, т.к. тест Кронбаха более 0,8. Чувствительность =

95,6%, специфичность = 84,2%, ложно негативные значения = 6,9%, ложно позитивные значения = 15,5%.

Мероприятия, проводимые с целью повышения приверженности лечению, способствовали достоверному улучшению всех анализируемых показателей у пациентов обеих групп уже к концу 4-й недели наблюдения, демонстрируя аналогичную закономерность и на 8-й неделе. Практически по всем показателям больные 1-ой группы демонстрировали лучшие результаты, в сравнении со 2-ой. Это дает основание утверждать: самоконтроль больными уровня АД и приема АГЛС (ведение дневника самоконтроля) является эффективным способом повышения приверженности лечению, а фактором, обеспечивающим лучшие показатели комплаентности, является использование сигналов-напоминаний в личных мобильных телефонах пациентов.

Показатели ТМГ у больных 1-ой группы составили $3,1 \pm 0,07$ и $3,2 \pm 0,06$ ($p < 0,001$), а у пациентов 2-ой группы: $2,8 \pm 0,08$ и $2,9 \pm 0,08$ ($p < 0,001$), на 4-ой и 8-ой неделях соответственно. Таким образом, к концу 8-ой недели уровень комплаентности больных 1-ой группы, в сравнении с исходным, повысился на $33,3 \pm 0,02\%$, а 2-ой – на $26,1 \pm 0,1\%$. Различие показателей между 1-ой и 2-ой группами является статистически достоверным ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ динамики комплаентности в возрастных группах >70 и <70 лет в зависимости от наличия/отсутствия сигналов-напоминаний в мобильных телефонах показал, что результаты значений ТМГ не являются статистически значимыми ($p > 0,05$) в возрастной группе >70 , а в группе до 70 лет различия статистически значимы, причем в 1-ой группе больных (с сигналами-напоминаниями в мобильных телефонах) результаты выше (на уровне значимости $p < 0,00233$). Таким образом, достичь лучших показателей комплаентности у больных старше 70 лет сложнее, чем у пациентов более молодого возраста.

Повышение комплаентности больных обеих групп обеспечило оптимизацию уровней САД и ДАД, что проявилось снижением этих показателей ($p < 0,05$) на 4-ой и 8-ой неделях в сравнении с исходными значениями. Так, к концу 8-ой недели наблюдения, у пациентов 1-ой и 2-ой групп показатели САД достигли соответственно $144,6 \pm 1,0$ и $149,0 \pm 1,4$ мм рт.ст., а ДАД – $94,4 \pm 1,0$ и $97,1 \pm 1,2$ мм рт.ст. Таким образом, уровень САД, в сравнении с исходным показателем, снизился ($p < 0,05$) у больных 1-ой и 2-ой групп соответственно на $13,8 \pm 0,2\%$ и $11,9 \pm 0,3\%$, а ДАД на $10,1 \pm 0,1\%$ и $6,7 \pm 0,04\%$.

Худшие результаты комплаентности у больных старше 70 лет отразились на динамике показателей САД, что продемонстрировал корреляционный анализ: разница средних значений уровня САД в группе больных старше 70 лет, с напоминанием в мобильном телефоне и без него не является статистически значимой ($p < 0,00233$).

Сравнительный анализ зависимости показателя ТМГ от типа личности показал (рис. 21), что лучших результатов комплаентности достигают пациенты-интроверты обеих групп, независимо от наличия сигналов напоминаний в мобильных телефонах.

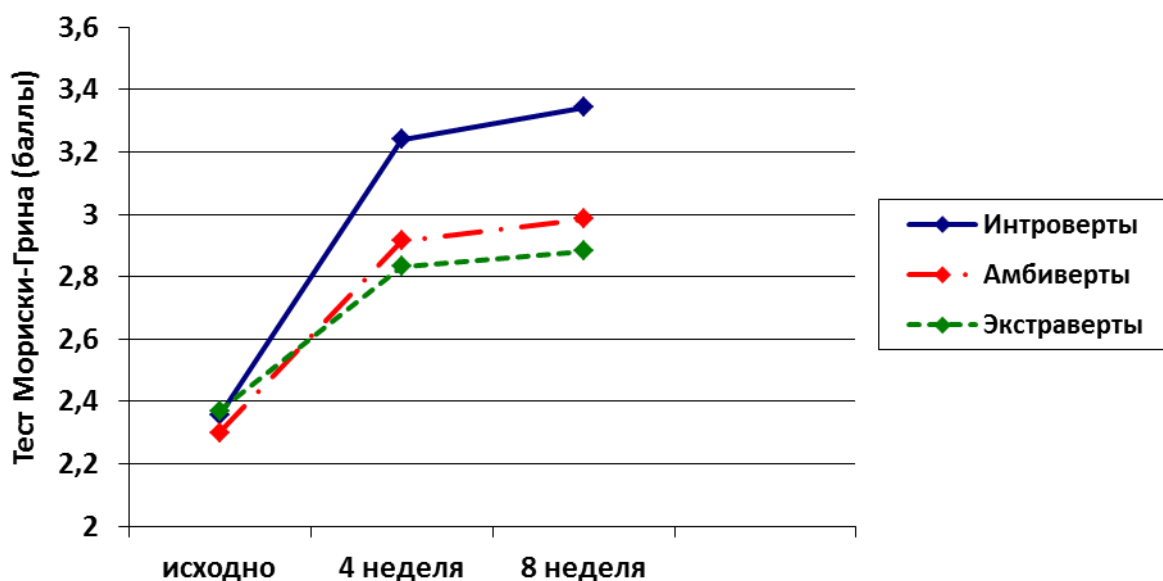


Рисунок 21. Динамика показателя ТМГ (баллы) в зависимости от типа личности пожилых больных ГБ в ходе этапа II Б-1

Участие в программе повышения приверженности лечению пожилых больных ГБ способствовало снижению ($p < 0,001$) у них к концу 8-й недели степени нейротизма (ниже показателя 13,0 по тесту Айзенка) у больных 1-ой и 2-ой групп соответственно на $17,5 \pm 0,3\%$ и $21,5 \pm 0,5\%$, а также повышению $p < 0,001$ показателей эмоционального состояния, что проявилось в повышении среднего показателя по шкалам «САН» на $51,5 \pm 1,1\%$ и $46,6 \pm 0,9\%$ (соответственно для 1-ой и 2-ой групп) и достижением значения выше 4,0.

Анализ отдаленных результатов (52-я неделя, этапа II Б-2) показал ухудшение всех оцениваемых показателей. Значения ТМГ статистически значимо ($p < 0,05$) снизились в сравнении с таковыми к концу 8-ой недели на $9,4 \pm 0,1\%$ и $10,3 \pm 0,2\%$ и составили $2,9 \pm 0,07$ и $2,6 \pm 0,07$ соответственно в 1-ой и 2-ой группах (различия в группах недостоверно, $p > 0,05$). Снижение комплаентности больных привело к повышению ($p < 0,05$) у них уровней САД до $151,9 \pm 0,8$ и $156,8 \pm 0,8$ мм рт.ст., а также ДАД до $98,4 \pm 0,9$ и $99,6 \pm 0,8$ мм рт.ст. в 1-ой и 2-ой группах соответственно.

К концу 52-ой недели отмечено повышение ($p > 0,05$) степени нейротизма на $6,0 \pm 0,2\%$ ($p > 0,05$) и $11,7 \pm 0,4\%$ ($p > 0,05$), а также среднего показателя по опроснику «САН» на $14,5 \pm 0,5\%$ ($p < 0,001$) и $14,3 \pm 0,5\%$ ($p < 0,001$) у больных 1-ой и 2-ой групп соответственно в сравнении с показателями, достигнутыми к концу 8-ой недели.

В конце 52-ой недели основной причиной низкой приверженности лечению у данного контингента больных является забывчивость пациентов.

Фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность» показал, что с увеличением стоимости АГЛС импортного производства у больных ГБ пенсионного возраста более выражено снижается САД ($R^2 = 0,62$, при $p = 0,004$). В группе больных ГБ, принимающих российские генерики, связи снижения САД со стоимостью препарата не выявлено ($R^2 = 0,12$, при $p = 0,30$).

Коэффициент эффективности затрат для ОЛС составляет $68,8 \pm 33,4$ руб./мм рт.ст., а для ГЛС $11,7 \pm 8,3$ руб./мм рт.ст. Соотношение

коэффициента эффективности лечения к стоимости, между группами статистически незначимо ($p > 0,05$), что говорит о тождественности в эффективности лечения, ОЛС и ГЛС. Прямые затраты (рублей) для достижения пожилыми больными ГБ целевого АД, в рамках программы повышения приверженности лечению под руководством провизора, при применении ОЛС составляет $428,1 \pm 107,8$, а ГЛС – $79,6 \pm 19,9$.

Анализ стоимости достижения целевого АД ($< 140/90$ мм рт.ст.), что клиническая эффективность ОЛС и ГЛС является сопоставимой, а стоимость достижения целевого уровня АД значительно ниже у генерических, что создает условия не только для адекватной замены АГЛС с точки зрения экономической целесообразности, но и для планирования расходов системы здравоохранения, а также для обеспечения эффективного лечения ГБ и снижения затрат для реализации программ предотвращения кардиоваскулярной смертности.

Результаты, полученные при анонимном анкетировании, свидетельствуют о том, что пациенты, в целом, высоко оценили работу провизора-исследователя. В то же время, снижение комплаентности в период с конца 2-го месяца (8 неделя) до 52-ой недели, дают основание на вывод о необходимости регулярной работы в вопросе ее поддержания.

ВЫВОДЫ

1. Анализ результатов опроса пожилых больных ГБ, провизоров и врачей показывает, что, в силу профессиональной загруженности, провизоры и врачи недостаточно уделяют внимания вопросам соблюдения пациентами основных предписаний лечения; обсуждение вопросов стоимости и взаимозаменяемости АГЛС компенсируется советами провизоров при отпуске посетителям лекарств в аптеке. Опросники валидны, специфичны и чувствительны.

2. Основными причинами низкой приверженности лечению пожилых больных ГБ, согласно результатов опроса, являются забывчивость (78% респондентов), невнимательное отношение ко времени приёма АГЛС (23% респондентов).

Уровень комплаентности пожилых больных ГБ низкий (ТМГ 2,4±0,1 балла), а антигипертензивная фармакотерапия неэффективна (САД 168,9±1,5 мм рт.ст. и ДАД 106,6±1,5 мм рт.ст.). Для данного контингента больных также характерными являются высокая степень нейротизма (15 баллов) и низкий уровень «САН» (3,5 балла). Динамическое наблюдение пациентов не обеспечивает улучшение показателей, которые через 8-мь недель остаются на прежних уровнях: ТМГ – 2,4±0,1 балла; САД 167,0±1,4 мм рт.ст. и ДАД 105,0±1,4 мм рт.ст.

3. Участие пожилых больных ГБ в программе повышения приверженности лечению, руководимой провизором, через 8-мь недель улучшает показатели:

- уровень комплаентности по ТМГ возрос у больных 1-ой группы (ведение дневника самоконтроля АД и приёма АГЛС + сигналы-напоминания приёма АГЛС в мобильных телефонах) с 2,4±0,1 до 2,9±0,1 ($p<0,05$), а 2-ой группы (ведение дневника самоконтроля АД и приёма АГЛС) – с 2,3±0,1 до 2,6±0,1 ($p<0,05$);

- уровни САД и ДАД снизились соответственно у больных 1-ой группы со $168,5 \pm 1,8$ до $145,3 \pm 1,3$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и со $105,4 \pm 2,0$ до $94,0 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), а во 2-ой – со $169,7 \pm 1,7$ до $149,0 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и со $103,3 \pm 2,1$ до $97,4 \pm 1,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$);
- уровень нейротизма снизился соответственно в 1-ой и во 2-ой группах до $12,3 \pm 0,7$ балла и $11,9 \pm 0,8$ балла ($p < 0,001$);
- показатели по шкале «САН» повысились до $5,6 \pm 0,2$ балла и $5,2 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) соответственно в 1-й и 2-й группах.

У больных старше 70 лет как комплаентность, так и эффективность антигипертензивной терапии менее выражены; комплаентность интровертов выше, чем амби- и экстравертов.

4. Отсутствие динамического контроля провизором приверженности лечению больных в период с 8-ой по 52-ю неделю ухудшает показатели в 1-й и 2-й группах соответственно:

- уровни комплаентности по ТМГ снизились на 9,4% и 10,3% ($p < 0,05$);
- уровни САД и ДАД повысились соответственно у больных 1-ой группы до $151,9 \pm 0,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) и до $98,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), а во 2-ой – до $156,8 \pm 0,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) и $99,6 \pm 0,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).
- нарастание нейротизма (> 13 баллов) и снижение показателей по шкале «САН» (до 4,5 балла) у пациентов 1-й и 2-й групп в этот период указывают на ухудшение эмоционального состояния больных.

5. Коэффициент эффективности затрат пожилыми больными ГБ для ОЛС составляет $68,8 \pm 33,4$ руб./мм рт.ст., а для ГЛС – $11,7 \pm 8,3$ руб./мм рт. ст. Соотношение коэффициента эффективности лечения к стоимости, между группами статистически незначимо ($p > 0,05$), что говорит о тождественности в эффективности применения ОЛС и ГЛС. Прямые затраты (рублей) для достижения целевого АД при применении ОЛС составляет $428,1 \pm 107,8$, а ГЛС – $79,6 \pm 19,9$.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью повышения эффективности антигипертензивной терапии у больных ГБ необходимо оценивать их приверженность лечению на ранних этапах, используя ТМГ, который позволяет оценивать динамику этого показателя на протяжении длительного времени и обеспечит возможность воздействовать на отношение пациента к рекомендациям врача. Врачи, осуществляющие лечение больных ГБ (семейный врач, кардиолог, терапевт), могут привлекать провизоров для выявления некомплаентных больных среди посетителей аптек. С этой целью важно создание в аптеках, при наличии возможности, центра фармацевтической опеки (повышения приверженности лечению).

2. Для обеспечения устойчивой комплаентности больных ГБ, необходимо осуществлять динамический контроль их приверженности лечению. Индивидуальный подход к пациенту необходимо осуществлять с учетом его типа личности; при этом особое внимание необходимо уделять пациентам-амбивертам и экстравертам.

3. Ведение дневника самоконтроля, в котором ежедневно регистрируется уровень АД и прием АГЛС, является надежным способом повышения и поддержания приверженности лечению, что диктует необходимость рекомендовать этот способ для всех больных ГБ. При наличии технической возможности (мобильный телефон), больному необходимо устанавливать сигналы-напоминания, согласующиеся с приемом АГЛС. Пациентам старше 70 лет необходимо уделять дополнительное внимание, ввиду их низкой способности к повышению комплаентности.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АГЛС – антигипертензивный лекарственный препарат

АД – артериальное давление

БАР – блокаторы рецепторов ангиотензина

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГБ – гипертоническая болезнь

ГВИ – гипертонический временной индекс

ДАД – диастолическое артериальное давление

ИАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

ИМ – инфаркт миокарда

ИП – индекс площадей

ЛП – лекарственный препарат

МИ – мозговой инсульт

МОС – минутный объем сердца

НА – норадреналин

ОПСС – общее периферическое сопротивление сосудов

ПИР – прямой ингибитор ренина

САД – систолическое артериальное давление

САН – самочувствие, активность, настроение

СДЦ – сосудодвигательный центр

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТМГ – тест Мориски-Грина

ЧСС – частота сердечных сокращений

T_{1/2} – период полувыведения

\bar{X} - среднее значение

m – ошибка среднего

Абс. – абсолютное значение

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеев Ф. Т. Методы технического воздействия и контроля за приверженностью терапии : метод. рек. / Ф. Т. Агеев, Т. В. Фофанова, М. Д. Смирнова. – 2013. – с. 45-50.
2. Агеев Ф. Т. Низкая приверженность лечению как причина резистентной артериальной гипертензии / Ф. Т. Агеев, Т. В. Фофанова // Рефрактерная артериальная гипертензия / И. Е. Чазова, Н. М. Данилов, А. Ю. Литвин. – М. : Атмосфера, 2014. – с. 28-32.
3. Агеев Ф. Т. Повышение приверженности к терапии: дело «техники»? / Ф. Т. Агеев, М. Д. Смирнова, Т. В. Фофанова // Сердечная недостаточность. – 2011. – Т. 12, № 4(66). – С. 238–244.
4. Аксенов В. А. Нужно ли лечить артериальную гипертензию 1 степени? / В. А. Аксенов, В. В. Власов // Терапия. – 2016. – № 1. – С. 58–66.
5. Алексеева Н.П. Возможности прогнозирования возникновения артериальной гипертензии на основе метода проективной классификации / Н.П. Алексеева, И.А. Горлова, Б.Б. Бондаренко // Артериальная гипертензия. – 2017. – Том. 23, №. 5. – С. 472-480.
6. Алёхин А.Н. Психологические вмешательства при артериальной гипертензии: вопросы обоснованности и эффективности / А.Н. Алёхин, Е.А. Дубинина // Артериальная гипертензия. – 2018. – № 24 (2). – С. 132-144.
7. Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ в 2008 году и ее динамике с 2003 по 2008 год по трем проведенным мониторингам / Т. Н. Тимофеева [и др.] ; Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины». – М., 2009. – 12 с.
8. Антропова О.Н. Реактивность на психоэмоциональный стресс: клинические аспекты при артериальной гипертензии / О.Н. Антропова, И.В. Осипова // Артериальная гипертензия. – 2018. – № 24 (2). – С. 145-150.

9. Артериальная гипертензия : учеб. пособие / Е. Н. Романова [и др.]. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2017. – 111 с.
10. Арттюхова М. Г. Новые подходы к лечению депрессивных расстройств у больных кардиологического стационара / М. Г. Арттюхова // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 11. – С. 822–824.
11. Асомов М. И. Исследование факторов риска гипертонической болезни (ГБ) в возрастном аспекте / М. И. Асомов, Г. Г. Кадирова // Молодой ученый. — 2015. — №21. — С. 247-249.
12. Балицкая О. П. Методика определения оценки качества жизни больных на артериальную гипертензию / О. П. Балицкая, М. А. Артемчук, А. И. Коваль // Национальная Ассоциация Ученых. – 2016. – № 9 (25). – С. 49–51.
13. Баринаова А.С. Влияние коммуникаций врач-родители пациента на уровень родительской комплаентности при лечении детей с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *H. pylori* / А.С. Баринаова, А.В. Налётов, С.В. Налётов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41, № 4. – С. 616 – 624.
14. Баринаова А.С. Влияние родительской комплаентности на эффективность эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* у детей, страдающих язвенной болезнью / А.С. Баринаова, А.В. Налётов и др. // Актуальные вопросы современной медицины: материалы III международной конференции прикаспийских государств. – 2018. – С. 136-137.
15. Баринаова А.С. Оценка эффективности лечения язвенной болезни у детей в зависимости от уровня родительского комплаенса / А.С. Баринаова, А.В. Налётов, О.Г. Горшков // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41, № 3. – С. 464 – 472.
16. Белоусова О. В. Фармакоэкономический анализ как способ оценки терапии больных с артериальной гипертензией в стационарных условиях / О.В. Белоусова, Е. А. Белоусов, Н.С. Гокова, В.А. Логвинова // Молодой ученый. — 2017. — №8. — С. 121-124.

17. Боев С.С. Хронотерапия артериальной гипертонии: современное состояние вопроса/ С.С. Боев, Н.Я. Доценко, И.А. Шехунова, Л.В. Герасименко // Артериальная гипертензия. – 2018. – №6 (62). С. 51-54.
18. Борисов Н. В. Фармакоэкономика лечения артериальной гипертензии / Н. В. Борисов, Е. С. Груздева, С. Т. Тевосян // Молодой ученый. — 2019. — №6. — С. 43-44.
19. Влияние наличия лекарственного препарата в списке дополнительного лекарственного обеспечения на приверженность к его приему амбулаторными больными с артериальной гипертонией / Ф. Т. Агеев [и др.] // Кардиология. – 2011. – № 6. – С. 21–25.
20. Влияние фиксированной комбинации амлодипина и периндоприла (препарат Престанс) на механизмы тепловой адаптации у больных артериальной гипертонией / Ф. Т. Агеев [и др.] // Системные гипертензии. – 2014. – № 3. – С. 16–21.
21. Вьюниченко Ю.С. Влияние родительской комплаентности на показатели качества жизни при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника / Ю.С. Вьюниченко, А.В. Налётов, О.Г. Горшков // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – №4. – С. 28-32.
22. Гаевский И. Н. Эффективность антигипертензивных средств в зависимости от воздействия модифицируемых факторов риска / И.Н. Гаевский, В.А. Семёнова, А.С. Несеймук // Молодой ученый. — 2018. — №16. — С. 19-21.
23. Гарькина С. В. Качество жизни и приверженность к терапии пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью / С. В. Гарькина // Аспирантский вестник Поволжья. – 2009. – № 3-4. – С. 40–43.
24. Гафаров В.В. Гендерные особенности риска развития артериальной гипертензии у населения с депрессией в России / В.В. Гафаров, Е.А. Громова, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова, Д.О. Панов // Артериальная гипертензия. – 2016. – Том 22, № 1. – С. 61-72.

25. Гипертоническая болезнь, сочетанная с расстройством адаптации: клиника, диагностика и лечение / ред. О.С. Налётова; ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. – Донецк: «НОУЛІДЖ». – 2019. – 222 с.
26. Глазырина Т. М. Роль стресса и постстрессовых расстройств в развитии артериальной гипертензии // Молодой ученый. – 2016. – №26. – С. 204-207.
27. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2011. – Т. 51, № 2. – С. 59–66.
28. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: российские рекомендации (четвертый пересмотр) / Р. Г. Оганов [и др.] // Системные гипертензии. – 2010. – Т. 3. – С. 5–26.
29. Долгошапка О.Н. Ежегодный доклад в рамках слушаний ежегодного отчета правительства Донецкой Народной Республики в Народном Совете ДНР [Электронный ресурс]: Министерство здравоохранения ДНР. – 2019.
URL: <http://mzdnr.ru/news/olga-dolgoshapko-vystupila-s-ezhegodnym-dokladom-v-ramkah-slushaniy-ezhegodnogo-otcheta> (дата: 22.02.2019).
30. Изучение факторов, формирующих отношение пациента к лечению, предшествовавшему госпитализации по поводу острого коронарного синдрома (данные анкетирования в рамках регистра ЛИС) / Ю. В. Лукина [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – Т. 9, № 5. – С. 472–481.
31. Кадирова Г.Г. Качество жизни с учетом приверженности к лечению больных с артериальной гипертензией / Г.Г. Кадирова, Б.Т. Абророва, Ш.Х. Умарова, Ш.А. Курбанова // Молодой ученый. — 2018. — №28. — С. 15-18.
32. Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению? / Л. Б. Лазебник [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2011. – Т. 17, № 3. – С. 240–245.

33. Калинина А.М. Артериальная гипертензия в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации / А.М. Калинина, С.А. Бойцов, Д.В. Кушунина, Б.Э. Горный, Л.Ю. Дроздова, В.А. Егоров // Артериальная гипертензия. – 2017. – Том 23, № 1. – С. 6-16.
34. Кобалава Ж. Д. Повышение приверженности и мотивации к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА / Ж. Д. Кобалава, С. В. Виллевалде, Х. В. Исикова // Кардиология. – 2010. – № 11. – С. 17–26.
35. Комбинированная терапия ингибиторами АПФ и диуретиками в лечении артериальной гипертензии: приверженность лечению в амбулаторных условиях / Ф. Т. Агеев [и др.] // Фарматека. – 2008. – № 15 (169). – С. 86–91.
36. Кореннова О.Ю. Сравнительная антигипертензивная эффективность фиксированных комбинаций периндоприла и индапамида у пациентов с артериальной гипертензией и высоким сердечно-сосудистым риском / О.Ю. Кореннова, И.В. Друк, Е.А. Турушева, Е.П. Приходько, С.П. Подольная, М.В. Савченко, С.Н. Старинская // Артериальная гипертензия. – 2017. – Том 23, №3. – С. 253-259.
37. Коршун Ю. И. Актуальность школ артериальной гипертензии / Ю.И. Коршун, В.А. Вазап, А.Д. Сидореня, А.С. Кавецкий, О.С. Петрашевская, Т.Н. Наумовец // Молодой ученый. — 2018. — №14. — С. 124-125.
38. Коршун Ю. И. Артериальная гипертензия с осложненным течением и её влияние на адаптационные способности и качество жизни пациентов / Ю.И. Коршун, А.Д. Сидореня, Т.Н. Наумовец, В.А. Вазап, И.М. Кошман, А. А. Карпилович // Молодой ученый. — 2018. — №15. — С. 162-166.
39. Котельникова А. В. Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации / А. В. Котельникова, А. А.

Кукшина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93, № 3. – С. 4–9.

40. Котовская Ю.В. Новые возможности улучшения контроля систолического артериального давления у пациентов пожилого возраста: в фокусе фиксированная комбинация индапамида-ретард и амлодипина / Ю.В. Котовская, Е.Н. Дудинская, О.Н. Ткачева // Артериальная гипертензия. – 2018. – №24 (1). – С. 120-126.

41. Кушхова Р.Р. Резистентная артериальная гипертензия: осведомленность врачей и эффективность комбинированной терапии / Р. Р. Кушхова, А. Г. Автандилов, А. А. Пухаева // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 176–179.

42. Левин О.С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов / О. С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – № 4. – С. 39–44.

43. Лешкевич И.А. Структура смертности от заболеваний, вызванных атеросклерозом и артериальной гипертензией [Текст] // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы IV Международной научной конференции. – 2017. – Москва. – С. 46-48.

44. Маммаев С.Н. Половые особенности регуляции артериального давления и лечения артериальной гипертензии / С. Н. Маммаев, Х. И. Ибрагимова, Д. А. Омарова // Артериальная гипертензия. – 2018. – № 24 (3). – С. 303-308.

45. Мартынов А.А. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность / А. А. Мартынов, Е. В. Спиридонова, М. М Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 21–27.

46. Методы технического воздействия как фактор повышения приверженности терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в

амбулаторной практике. Итоги годичного наблюдения / Ф. Т. Агеев [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 11 (4). – С. 36–41.

47. Мирошниченко Ю.В. Обоснование и разработка модели рационального лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в рамках военного и гражданского здравоохранения / Ю.В. Мирошниченко, М.П. Щерба, Р.А. Голубенко // Фармакоэкономика: теория и практика. - 2018. - Т.6, №1. - С.60.

48. Налётов С.В. Фармакотерапия. Доклинические и клинические исследования / С.В. Налетов, Я.Ю. Галаева, Н.В. Конышева, И.А. Сидоренко, Е.Н. Налетова, Э.Л. Белевцова, М.М. Алесинский, А.Д. Зубов – Донецк: Цифровая типография (ФЛП Артамонов Д.А. – 2018. – С. 219.

49. Налётов, С.В., Алесинский, М.М., Налётова, Е.Н. Комплаентность больных гипертонической болезнью в блокадном Донбассе. Решение проблемы в тандеме врача и провизора [монография]/ С.В. Налётов, М.М. Алесинский, Е.Н. Налётова. – Донецк: Изд-во «НОУЛИДЖ». – 2017. – 55 с.

50. Налётова О.С. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса / О.С. Налётова, С.В. Титиевский, Э.Л. Белевцова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. -№ 3. С. 4-9.

51. Налётова О.С. Комплаентность проживающих на территории Донбасса больных гипертонической болезнью с выявленной депрессией и жизненным истощением / О.С. Налётова // Научно – практический журнал. Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2019. – Том 28, №1. – С. 45–49.

52. Налётова О.С. Комплексное лечение больных гипертонической болезнью с выявленной ситуационной депрессией, проживающих на территории Донбасса / О.С. Налётова // Научные ведомости Белгородского государственного университета Медицина. Фармация. – 2019. – Том 42, №1. – С. 57–64.

53. Налётова О.С. Влияние комплексного лечения на функциональное состояние эндотелия сосудов у больных гипертонической болезнью с выявленной ситуационной депрессией, проживающих на Донбассе / О.С. Налётова // Вестник волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. – 1(69). – С. 41-45.
54. Наличие домашнего тонометра как фактор, повышающий приверженность терапии больных артериальной гипертензией в амбулаторных условиях / М. Д. Смирнова [и др.] // Системные гипертензии. – 2012. – № 4. – С. 44–49.
55. Обучение и самообразование пациента – важный шаг на пути повышения приверженности пациента лечению / И. Е. Чазова [и др.] // Системные гипертензии. – 2014. – № 3. – С. 7–10.
56. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Журн. практ. психологии и психоанализа. – 2001. – № 3. – С. 5–8.
57. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии : рук. для практикующих врачей / Ю. Б. Белоусова [и др.]. – М. : Бионика, 2002. – 368 с.
58. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Лях Ю. Е. [и др.]. – Донецк: Папакица Е. К., 2006 –214 с.
59. Остроумова О.Д. Вариабельность артериального давления при артериальной гипертензии в сочетании с ишемической болезнью сердца: прогностическая значимость и возможности коррекции в реальной клинической практике / О.Д. Остроумова, А.И. Кочетков, Т.Ф. Гусева // Артериальная гипертензия. – 2018. – №24 (2). – С. 246-256.
60. Отечественный опросник приверженности к терапии: апробация и применение в амбулаторной практике / Т. В. Фофанова [и др.] // Системные гипертензии. – 2014. – № 2. – С. 13–16.

61. Оценка приверженности антигипертензивной терапии у пациентов с мозговым инсультом и постинсультной депрессией на фоне антидепрессивной терапии / Б. Б. Фишман [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6, № 6. – С. 828–831.
62. Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения / Е. А. Наумова [и др.] // Инновации в науке. – 2012. – № 15. – С. 177–189.
63. Оценка эффективности лечения и приверженности к терапии комбинированного препарата Энзикс и свободной комбинации эналаприла и индапамида в амбулаторных условиях / Т. В. Фофанова [и др.] // Сердце. – 2008. – Т. 7, № 5 (43). – С. 298–302.
64. Парфенов В. А. Постинсультная депрессия, распространенность, патогенез, диагностика и лечение / В. А. Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 4. – С. 84–88.
65. Паскарь Н.А. Экспертная оценка качества оказания амбулаторной медицинской помощи больным артериальной гипертензией в крупном городе / Н.А. Паскарь, А.О. Недошивин // Артериальная гипертензия. – 2016. – Том 22, № 1. – С. 103-112.
66. Петров В.И. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика антигипертензивных препаратов. Антигонисты кальция / В.И. Петров, С.В. Недогода, Ю.М. Лопитин и др. // Экономический вестник фармации. - 2003. - № 6. - С. 49-56.
67. Погосова Г. В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое снижение сердечно-сосудистой смертности / Г. В. Погосова // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 79–84.
68. Постинсультное генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология, диагностика, клиническая типология / В. И. Скворцова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 10,

№ 9. – С. 4–7.

69. Приверженность антигипертензивной терапии (комплаинс) у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / И. В. Нефедов [и др.] // Лекарственный вестник. – 2012. – Т. 6, № 6 (46). – С. 24–30.

70. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации / Н. Ф. Пучиньян [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7, № 5. – С. 567–573.

71. Применение методов технического воздействия на приверженность терапии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторной практике. Итоги годичного наблюдения / Ф. Т. Агеев [и др.] // Сердце. – 2012. – Т. 11, №2 (64). – С. 67–71.

72. Психосоматические аспекты низкой приверженности больных артериальной гипертонией медикаментозной терапии / Т. В. Фофанова [и др.] // Системные гипертензии. – 2014. – № 3. – С. 11–16.

73. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / С. А. Бойцов [и др.] // Терапевт. арх. – 2014. – № 12. – С. 52–59.

74. Регистры как способ изучения эффективности и безопасности лекарственных препаратов / С. Ю. Марцевич [и др.] // Клиницист. – 2012. – Т. 3, № 4. – С. 4–9.

75. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии ПИФАГОР III / М. В. Леонова [и др.] // Системные гипертензии. – 2010. – № 1. – С. 8–15.

76. Романенко Т.С. Анализ «затраты-эффективность» лечения артериальной гипертонии в специализированном кардиологическом учреждении / Т.С. Романенко, А.В. Концевая, С.Б. Фитилев // Материалы

Российского национального конгресса кардиологов. – 2015. Москва. – С.536-537.

77. Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.

78. Сафонов Д. А. Артериальная гипертензия: долговременный стресс, патогенез и медикаментозная терапия // Молодой ученый. — 2018. — №10. — С. 43-46.

79. Свободная или фиксированная комбинации эналаприла и гидрохлоротиазида в реальной амбулаторной практике: что лучше для больного артериальной гипертензией? Сравнение эффективности и приверженности к лечению / Ф. Т. Агеев [и др.] // Кардиология. – 2008. – Т. 48, № 5. – С. 10–15.

80. Серов В.А. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью / В. А. Серов, В. И. Горбунов // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85, № 3. – С. 65–68.

81. Синькова Г. М. Эпидемиология артериальной гипертензии / Г. М. Синькова // Сибирский мед. журн. – 2016. – № 8. – С. 5–10.

82. Сиренко Ю.Н. Изменения офисного артериального давления и приверженность к лечению у пациентов с артериальной гипертензией в исследовании тримаран (эффективность генерических препаратов Комбисартан и Комбисарт (фиксированная комбинация валсартана и амлодипина)) / Ю.Н. Сиренко, О.Л. Рековец, Е.А. Торбас, С.Н. Кушнир // Артериальная Гипертензия. – 2018. – №6 (62). – С. 64-69.

83. Сиренко Ю.Н. Методы измерения артериального давления врачами и пациентами / Ю.Н. Сиренко, О.Л. Рековец // Артериальная гипертензия. – 2018. – № 2 (58). – С. 93-98.

84. Смирнова М.И. Фенотипы артериального давления в летний и зимний период у больных артериальной гипертензией: внимание на скрытую

неэффективность антигипертензивной терапии. Часть 2. Основные маркеры / М.И. Смирнова, В.М. Горбунов, С.А. Бойцов, М.М. Лукьянов, А.М. Калинина, Д.А. Волков, А.Д. Деев, Я.Н. Кошеляевская, Е.Н. Белова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Том 13, № 6. – С. 736-745.

85. Смирнова М.И. Фенотипы артериального давления в летний и зимний период у больных артериальной гипертонией: внимание на скрытую неэффективность антигипертензивной терапии. Часть 1: частота фенотипов / М.И. Смирнова, В.М. Горбунов, С.А. Бойцов, М.М. Лукьянов, А.М. Калинина, Д.А. Волков, А.Д. Деев, Я.Н. Кошеляевская, Е.Н. Белова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Том 13, № 5. – С. 578-589.

86. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии / Э. В. Фесенко [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 16, № 22-1. – С. 95–99.

87. Тарасенко Е. В. Приверженность к длительному лечению пациентов и факторы на нее влияющие / Е. В. Тарасенко, Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 9. – С. 57–58.

88. Фармакология: учебное пособие / ред. С. В. Налётов, И. И. Абрамец; Донецкий мед. ун-т. - Донецк: Вебер, 2015. - 298 с.

89. Фармакоэпидемиология артериальной гипертонии в России (по результатам фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III) / М. В. Леонова [и др.] // Рос. кардиол. журн. – 2011. – Т. 88, № 2. – С. 9–16.

90. Фелодипин в амбулаторной практике: что может влиять на эффективность лечения и приверженность к терапии больных артериальной гипертонией / Т. В. Фофанова [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 5 (344). – С. 392–396.

91. Фофанова Т.В. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии : метод. рек. / Т. В. Фофанова, Ф. Т. Агеев, М. Д. Смирнова. – М., 2013. – 65 с.
92. Фофанова Т.В. Приверженность лечению в медицинской практике и возможные методы ее повышения / Т. В. Фофанова // Кардиологический вестник. – 2011. – Том VI (XVIII), № 2. – С. 46–53.
93. Фофанова Т.В. Приверженность терапии в реальной амбулаторной практике / Т. В. Фофанова, М. Д. Смирнова, Ф. Т. Агеев // Интеграция знаний в кардиологии : Российский национальный конгресс кардиологов, 3–5 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 444.
94. Харкевич Д.А. Фармакология: учебник / Д. А. Харкевич. - 12-е изд., испр., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-МЕДиа, 2017. - 760 с.
95. Хохлов А.Л. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии / А. Л. Хохлов, Л. А. Лисенкова, А. А. Раков // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 4. – С. 59–66.
96. Чазова И.Е. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова // Российское медицинское общество по артериальной гипертензии.- 2016.-70 с.
97. Чазова И.Е. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями: проблемы и пути их решения на современном этапе / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – №5. – С. 7 – 10.
98. Чирин А.С. Артериальная гипертензия как социально-значимая проблема современной России / А. С. Чирин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 85.
99. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии) / И. И. Чукаева // Лечебное дело. – 2012. – № 2. – С. 21–26.

100. Шарипова С. А. Вопросы психогигиены в профилактике артериальной гипертонии / С.А. Шарипова, Ш.М. Тиллаева // Молодой ученый. — 2016. — №12. — С. 539-541.
101. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний : рекомендации ВНОК, 2011 / С. Ю. Марцевич [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Прил. № 5. – 72 с.
102. Якусевич В.В. Оценка качества препаратов дженериков в кардиологии: реалии и возможности / В.В. Якусевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2005. - № 1. - С. 13-18.
103. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / S. S. Lim [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380, № 9859. – P. 2224–2260.
104. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / S. H. Simpson [et al.] // BMJ. – 2006. – Vol. 333, № 7557. – P. 15.
105. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients / G. Mazzaglia [et al.] // Circulation. – 2009. – Vol. 120, № 16. – P. 1598–1605.
106. Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study / K. Herttua [et al.] // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34, № 38 – 2933–2939.
107. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences / R. Chowdhury [et al.] // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34, № 38. – P. 2940–2948.
108. Adherence to secondary stroke prevention strategies – results from the German Stroke Data Bank / G. F. Hamann [et al.] // Cerebrovasc. Dis. – 2003. – Vol. 15, № 4. – 282–288.
109. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-

analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Lewington [et al.] // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360, № 9349. – P. 1903–1913.

110. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth Community Stroke Study. / P. W. Burvill [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 166, № 3. – P. 328–332.

111. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction / T. P. Guck [et al.] // *Am. Fam. Physician* – 2001. – Vol. 64, № 4. – P. 641–648.

112. Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients / S. Saarti [et al.] // *J. Hum. Hypertens*. – 2016. – Vol. 30, № 5. – P. 341–345.

113. Astin, F. Increased age and understanding about treatment linked to better antihypertensive adherence / F. Astin // *Evid Based Nurs*. – 2016. – Vol. 19, № 1. – P. 30.

114. Benson, J. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study / J. Benson, N. Britten // *BMJ*. – 2003. – Vol. 326, № 7402. – P. 1314–1315.

115. Blood pressure measurement assistance and antihypertensive drug compliance in older patients / E. N. Nalotova [et al.] // *Biological Markers and Guided Therapy*. – 2016. – Vol. 3, № 2. – P. 199–209.

116. Carter, B. L. Primary care physician-pharmacist collaborative care model: strategies for implementation / B. L. Carter // *Pharmacotherapy*. – 2016. – Vol. 36, № 4. – P. 363–373.

117. Claxton, A. J. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance / A. J. Claxton, J. Cramer, C. Pierce // *Clin. Ther*. – 2001. – Vol. 23, № 8. – P. 1296–1310.

118. Clinical determinants of dementia and mild cognitive impairment following ischaemic stroke: the Sydney Stroke Study / P. S. Sachdev [et al.] // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord*. – 2006. – Vol. 21, № 5-6. – P. 275–283.

119. Compliance in hypertension: facts and concepts / T. F. Lüscher [et al.] // *J.*

Hypertens. Suppl. – 1985. – Vol. 3, № 1. – P. s3–s9.

120. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study / B. Waeber [et al.] // *J. Hypertens.* – 1999. – Vol. 17, № 7. – P. 1041–1045.

121. Comprehensive medication reviews: pharmacist's impact on drug therapy problems in geriatric patients / K. M. Steele [et al.] // *Consult. Pharm.* – 2016. – Vol. 31, № 10. – P. 598–605.

122. De Geest S. Adherence to long-term therapies: evidence for action / S. De Geest, E. Sabaté // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* – 2003. – Vol. 2, № 4 – P. 323.

123. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors / G. D. Schiff [et al.] // *Am. J. Med.* – 2003. – Vol. 114, № 8. – P. 625–630.

124. Depression after stroke: a prospective epidemiological study / E. M. Whyte [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2004. – Vol. 52, № 5. – P. 774–778.

125. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study / B. W. Penninx [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58, № 3. – P. 221–227.

126. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. / C. I. Coleman [et al.] // *J. Manag. Care Pharm.* – 2012. – Vol. 18, № 7. – P. 527–539.

127. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf [et al.] // *Lancet.* – Vol. 364, № 9438. – P. 937.

128. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison / P. M. Rothwell [et al.] // *Lancet.* – 2007. – Vol. 370, № 9596. – P. 1432–1442.

129. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials / F. Turnbull [et al.] // *BMJ.* – 2008. – Vol. 336, № 7653. – P. 1121–1123.

130. Evaluation of pharmacists' work in a physician-pharmacist collaborative model for the management of hypertension / B. J. Isetts [et al.] // *Pharmacotherapy*. – 2016. – Vol. 36, № 4. – P. 374–384.
131. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000 / E. S. Ford [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2007. – Vol. 356, № 23. – P. 2388–2398.
132. Eysenck H.J. Neurosen-Ursachen und Heilmethoden: Einführung in die moderne Verhaltenstherapie / H.J. Eysenck // Berlin: Deutsche Verlag der Wissenschaft. - 1967. - 290 S.
133. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies / M. L. Hackett [et al.] // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36, № 6. – P. 1330–1340.
134. Gaete, J. M. Post-stroke depression / J. M. Gaete, J. Bogousslavsky // *Expert Rev. Neurother.* – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 75–92.
135. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R. Lozano [et al.] // *Lancet*. – 2012. – Vol. 380, № 9859. – P. 2095–2128.
136. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association / W. N. Kernan [et al.] // *Stroke*. – 2014. – Vol. 45, № 7. – 2160–2236.
137. Guilbert, J. J. The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life / J. J. Guilbert // *Educ. Health (Abingdon)*. – 2003. – Vol. 16, № 2. – P. 230.
138. Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers / P. Wannasirikul [et al.] // *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*. – 2016. – Vol. 47, № 1. – P. 109–120.
139. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis / B. M. Psaty [et al.] // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289, № 19. – P. 2534–2544.

140. Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association / D. Mozaffarian [et al.] // *Circulation*. – 2015. – Vol. 131, № 4. – P. e29–e322.
141. Ho, P. M. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes / P. M. Ho, C. L. Bryson, J. S. Rumsfeld // *Circulation*. – 2009. – Vol. 119, № 23. – P. 3028–3035.
142. Ickovics, J. R. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care / J. R. Ickovics, A. W. Meisler // *J. Clin. Epidemiol.* – 1997. – Vol. 50, № 4. – P. 385–391.
143. Law, M. R. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies / M. R. Law, J. K. Morris, N. J. Wald // *BMJ*. – 2009. – Vol. 338. – P. b1665.
144. L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques / D. Misdrahi [et al.] // *Encephale*. – Vol. 28, № 3 (pt. 1). – P. 266–272c.
145. McDonnell, P. J. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions / P. J. McDonnell, M. R. Jacobs // *Ann. Pharmacother.* – 2002. – Vol. 36, № 9. – P. 1331–1336.
146. Medication adherence and the risk of cardiovascular mortality and hospitalization among patients with newly prescribed antihypertensive medications / S. Kim [et al.] // *Hypertension*. – 2016. – Vol. 67, № 3. – P. 506–512.
147. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes / J. Cramer [et al.] // *Value Health*. – 2003. – Vol. 6, № 5. – P. 566–573.
148. Mobile phone text messages to support treatment adherence in adults with high blood pressure (SMS-text adherence support [star]): a single-blind, randomized trial / K. Bobrow [et al.] // *Circulation*. – 2016. – Vol. 133, № 6. – P. 592–600.

149. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // *Med. Care.* – 1986. – Vol. 24, № 1. – P. 67–74.
150. Multifaceted prospective memory intervention to improve medication adherence / K. C. Insel [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2016. – Vol. 64, № 3. – P. 561–568.
151. Non-adherence to antihypertensive medication: the role of mental and physical comorbidity / A. Calderón-Larrañaga [et al.] // *Int. J. Cardiol.* – 2016. – Vol. 207. – P. 310–316.
152. Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // *N. Engl. J. Med.* – 2005. – Vol. 353, № 5. – P. 487–497.
153. Overestimation of the effects of adherence on outcomes: a case study in healthy user bias and hypertension / J. LaFleur [et al.] // *Heart.* – 2011. – Vol. 97, № 22. – P. 1862–1869.
154. Pasquier, F. Why are stroke patients prone to develop dementia? / F. Pasquier, D. Leys // *J. Neurol.* – 1997. – Vol. 244, № 3. – P. 135–142.
155. Patient compliance with antihypertensive medication / J. C. Hershey [et al.] // *Am. J. Public Health.* – 1980. – Vol. 70, № 10. – P. 1081–1089.
156. Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension / S. Perreault [et al.] // *Ann. Pharmacother.* – 2005. – Vol. 39, № 9. – P. 1401–1408.
157. Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke / E.-L. Glader [et al.] // *Stroke.* – 2010. – Vol. 41, № 2. – P. 397–401.
158. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty / M. Hojat [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159, № 9. – P. 1563–1569.
159. Poststroke depression: an 18-month follow-up / A. Berg [et al.] // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34, № 1. – P. 138–143.

160. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network / B. L. Senst [et al.] // *Am. J. Health. Syst. Pharm.* – 2001. – Vol. 58, № 12. – P. 1126–1132.
161. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. / P. W. Burvill [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 166, № 3. – P. 320–327.
162. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991 / V. L. Burt [et al.] // *Hypertension.* – 1995. – Vol. 25, № 3. – P. 305–313.
163. Primary prevention of ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association / L. B. Goldstein [et al.] // *Stroke.* – 2001. – Vol. 32, № 1. – P. 280–299.
164. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners / R. V Birtwhistle [et al.] // *BMJ.* – 2004. – Vol. 328, № 7433. – P. 204.
165. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States / D. A. Levine [et al.] // *Ann. Neurol.* – 2013. – Vol. 73, № 2. – P. 180–188.
166. Relationship between post-stroke depression and lesion location: a meta-analysis / L. Yu [et al.] // *Kaohsiung J. Med. Sci.* – 2004. – Vol. 20, № 8. – P. 372–380.
167. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study / M. J. O'Donnell [et al.] // *Lancet.* – 2010. – Vol. 376, № 9735. – P. 112–123.
168. Robinson, R. G. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression / R. G. Robinson // *Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 54, № 3. – P. 376–387.
169. Rodgers, P. T. Medication nonadherence: Part II – A pilot study in patients with congestive heart failure / P. T. Rodgers, D. M. Ruffin // *Manag. Care Interface.* – 1998. – Vol. 11, № 9. – P. 67–69, 75.

170. Schedlbauer, A. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication / A. Schedlbauer, P. Davies, T. Fahey // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. – № 3. – P. CD004371.
171. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines / P. Tricoci [et al.] // *JAMA.* – 2009. – Vol. 301, № 8. – P. 831–841.
172. Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack / S. Bangalore [et al.] // *Am. J. Med.* – 2014. – Vol. 127, № 8. – P. 728–738.
173. Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke / C. D. Bushnell [et al.] // *Neurology.* – 2011. – Vol. 77, № 12. – P. 1182–1190.
174. Secular trends in long-term sustained hypertension, long-term treatment, and cardiovascular mortality. The Framingham Heart Study 1950 to 1990 / P. A. Sytkowski [et al.] // *Circulation.* – 1996. – Vol. 93, № 4. – P. 697–703.
175. Serotonin transporter gene promoter region polymorphism associated with poststroke major depression / R. Ramasubbu [et al.] // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2006. – Vol. 18, № 1. – P. 96–99.
176. Shimoda, K. Effects of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke / K. Shimoda, R. G. Robinson // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 1998. – Vol. 10, № 1. – P. 34–40.
177. Statin adherence and risk of accidents: a cautionary tale / C. R. Dormuth [et al.] // *Circulation.* – 2009. – Vol. 119, № 15. – P. 2051–2057.
178. Stroke / C. Warlow [et al.] // *Lancet.* – 2003. – Vol. 362, № 9391. – P. 1211–1224.
179. Ten-year follow-up of antidiabetic drug use, nonadherence, and mortality in a defined population with type 2 diabetes mellitus / J. B. Brown [et al.] // *Clin. Ther.* – 1999. – Vol. 21, № 6. – P. 1045–1057.
180. The effects of home blood pressure monitoring on blood pressure control and treatment planning / S. Erden [et al.] // *Postgrad. Med.* – 2016. – Vol. 128, № 6. – P. 584–590.

181. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker / H. Kastrissios [et al.] // *AIDS*. – 1998. – Vol. 12, № 17. – P. 2305–2311.
182. Turnbull, F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials / F. Turnbull // *Lancet*. – 2003. – Vol. 362, № 9395. – P. 1527–1535.
183. Tyreman, S. The expert patient: outline of UK government paper / S. Tyreman // *Med. Health Care. Philos.* – 2005. – Vol. 8, № 2. – P. 149–151.
184. Van Kooten, F. Epidemiology of post-stroke dementia / F. van Kooten, P. J. Koudstaal // *Haemostasis*. – Vol. 28, № 3-4. – P. 124–133.
185. Wade, D. T. Depressed mood after stroke. A community study of its frequency / D. T. Wade, J. Legh-Smith, R. A. Hewer // *Br. J. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 151. – P. 200–205.
186. Williams, L. S. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke / L. S. Williams, S. S. Ghose, R. W. Swindle // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161, № 6. – P. 1090–1095.
187. Wolf, P. A. Contributions of the Framingham Heart Study to stroke and dementia epidemiologic research at 60 years / P. A. Wolf // *Arch. Neurol.* – 2012. – Vol. 69, № 5. – P. 567–571.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Опросник

Коммуникативная активность врача при общении с пациентом на поликлиническом приёме

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Была ли объяснена врачом необходимость длительного приема антигипертензивных препаратов?	1	0
2	Были ли объяснены врачом возможные осложнения, связанные с несоблюдением антигипертензивной терапии?	1	0
3	Обсуждали ли Вы с врачом сумму финансовых затрат на лечение и были ли предложены, в случае необходимости, более дешевые препараты – аналоги?	1	0
4	Получили ли Вы информацию от врача о необходимости строгого соблюдения режима терапии?	1	0

Примечание: 1 балл – да, 0 баллов – нет.

Приложение 2

Опросник

Коммуникативная активность провизора при общении с посетителем аптеки при оптуске АГЛС

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Была ли объяснена провизором необходимость длительного приема антигипертензивных препаратов?	1	0
2	Были ли объяснены провизором возможные осложнения, связанные с несоблюдением антигипертензивной терапии?	1	0
3	Обсуждали ли Вы с провизором сумму финансовых затрат на лечение и были ли предложены, в случае необходимости, более дешевые препараты – аналоги?	1	0
4	Получили ли Вы информацию от провизора о необходимости строгого соблюдения режима терапии?	1	0

Примечание: 1 балл – да, 0 баллов – нет.

Опросник
Факторы профессиональной деятельности, влияющие на
формирование комплаентности больных гипертонической болезнью
(врач)

№	Вопрос (фактор)	Редко	Часто	Постоянно
1	Как часто в Вашей ежедневной практике к Вам обращаются пациенты с артериальной гипертензией?	1	2	3
2	Вам достаточно продолжительности визита для обсуждения с пациентом нюансов терапии и особенностей приёма лекарственных средств?	1	2	3
3	Недостаток времени на визите связан с дефицитом кадров вашей специальности?	1	2	3
4	Недостаток времени на визите связан с большим количеством пациентов?	1	2	3
5	Вы обсуждаете с пациентом возможную стоимость лекарственных средств, а в случае, когда это возможно, приобретение более доступных генериков?	1	2	3
6	Вы обсуждаете с пациентом возможные изменения его распорядка дня, вызванные приемом назначенных препаратов?	1	2	3
7	Вы обсуждаете с пациентом вероятные побочные эффекты назначенных препаратов?	1	2	3
8	Вы обсуждаете с пациентом совместимость назначенных ему препаратов с другими (если он уже принимает таковые)?	1	2	3
9	Вам приходится брать на себя дополнительные функциональные обязанности на условиях совместительства в связи с дефицитом кадров в вашем лечебном учреждении?	1	2	3

Примечание: 1 балл – редко, 2 балла – часто, 3 балла – постоянно.

Опросник
Факторы профессиональной деятельности, влияющие на формирование
комплаентности больных гипертонической болезнью
(провизор)

№	Вопрос (фактор)	Редко	Часто	Постоянно
1	Как часто посетители Вашей аптеки приобретают антигипертензивные препараты?	1	2	3
2	Вам достаточно времени при отпуске препаратов посетителю для обсуждения особенностей приема лекарственных средств?	1	2	3
3	Недостаток времени при отпуске препарата посетителю связан с дефицитом кадров вашей специальности?	1	2	3
4	Недостаток времени для отпуска препарата связан с большим количеством посетителей?	1	2	3
5	Вы обсуждаете с посетителем аптеки возможную стоимость лекарственных средств, а в случае, когда это возможно, приобретение более доступных генериков?	1	2	3
6	Вы обсуждаете с посетителем возможные изменения его распорядка дня, вызванные приемом назначенных препаратов?	1	2	3
7	Вы обсуждаете с посетителем вероятные побочные эффекты назначенных препаратов?	1	2	3
8	Вы обсуждаете с посетителем совместимость назначенных ему препаратов с другими (если он уже принимает таковые)?	1	2	3
9	Вам приходится брать на себя дополнительные функциональные обязанности на условиях совместительства в связи с дефицитом кадров в вашей аптеке?	1	2	3

Примечание: 1 балл – редко, 2 балла – часто, 3 балла – постоянно.

**Содержание беседы провизора с посетителем аптеки на визите
(неделя 0)**

1	Об АГ (включая, понятие нормы уровня АД) и ГБ
2	Об осложнениях ГБ (включая фатальные)
3	О необходимости постоянного (пожизненного) лекарственного лечения при ГБ
4	О необходимости использования комбинаций АГЛС
5	О важности правильного приема АГЛС
6	О материальных затратах на лечение, связанное с ГБ
7	О возможной замене оригинальных (брендовых) препаратов на генерические с целью уменьшения материальных затрат
8	О значении соблюдения больными ГБ режима труда и отдыха, а также уровне физической активности
9	О вреде курения, его значении для уровня АД, а также о вреде злоупотребления алкоголем
10	О диете для больных ГБ, включая необходимость соблюдения водно-солевого режима

Тест Мориски-Грина

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?	0	1
2	Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приёма лекарств?	0	1
3	Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	0	1
4	Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий приём?	0	1

Опросник
Причины, приводящие к нарушению приверженности к лечению за последний год

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Отсутствие принимаемых Вами препаратов в аптечной сети	+	-
2	Ограничение возможности посетить аптеку, с целью приобрести препараты для лечения, из-за:		
2.1	плохое самочувствие	+	-
2.2	боязнь выйти из дома, связанная с напряженной обстановкой, боевыми действиями	+	-
2.3	недостаточно средств на приобретение препаратов	+	-
3	Иногда забываю принимать лекарство	+	-
4	Считаю лечение необязательным	+	-
5	Высокая общая стоимость лечения	+	-

Тест Айзенка

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Часто ли вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы отвлечься, испытывать сильные ощущения?	+	-
2	Часто ли вы чувствуете, что нуждаетесь в друзьях, которые могут вас понять, ободрить или посочувствовать?	+	-
3	Считаете ли вы себя беззаботным человеком?	+	-
4	Очень ли трудно вам отказываться от своих намерений?	+	-
5	Обдумываете ли вы свои дела не спеша и предпочитаете ли подождать, прежде чем действовать?	+	-
6	Всегда ли вы сдерживаете свои обещания, даже если это вам невыгодно?	+	-
7	Часто ли у вас бывают спады и подъемы настроения?	+	-
8	Быстро ли вы обычно действуете и говорите, не тратите ли много времени на обдумывание?	+	-
9	Возникало ли у вас когда-нибудь чувство, что вы несчастны, хотя никакой серьезной причины для этого не было?	+	-
10	Верно ли, что на спор вы способны решиться на все?	+	-
11	Смущаетесь ли вы, когда хотите познакомиться с человеком противоположного пола, который вам симпатичен?	+	-
12	Бывает ли когда-нибудь, что, разозлившись, вы выходите	+	-

	из себя?		
13	Часто ли бывает, что вы действуете необдуманно, под влиянием момента?	+	—
14	Часто ли вас беспокоят мысли о том, что вам не следовало чего-либо делать или говорить?	+	—
15	Предпочитаете ли вы чтение книг встречам с людьми?	+	—
16	Верно ли, что вас легко задеть?	+	—
17	Любите ли вы часто бывать в компании?	+	—
18	Бывают ли иногда у вас такие мысли, которыми вам не хотелось бы делиться с другими людьми?	+	—
19	Верно ли, что иногда вы настолько полны энергии, что все горит в руках, а иногда чувствуете сильную вялость?	+	—
20	Стараетесь ли вы ограничить круг своих знакомых небольшим числом самых близких друзей?	+	—
21	Много ли вы мечтаете?	+	—
22	Когда на вас кричат, отвечаете ли вы тем же?	+	—
23	Считаете ли вы все свои привычки хорошими?	+	—
24	Часто ли у вас появляется чувство, что вы в чем-то виноваты?	+	—
25	Способны ли вы иногда дать волю своим чувствам и беззаботно развлечься с веселой компанией?	+	—
26	Можно ли сказать, что нервы у вас часто бывают натянуты до предела?	+	—
27	Слывете ли вы за человека живого и веселого?	+	—
28	После того как дело сделано, часто ли вы мысленно возвращаетесь к нему и думаете, что могли бы сделать лучше?	+	—
29	Чувствуете ли вы себя беспокойно, находясь в большой компании?	+	—
30	Бывает ли, что вы передаете слухи?	+	—
31	Бывает ли, что вам не спится из-за того, что в голову лезут разные мысли?	+	—
32	Что вы предпочитаете, если хотите узнать что-либо: найти в книге или спросить у друзей?	+	—
33	Бывают ли у вас сильные сердцебиения?	+	—
34	Нравится ли вам работа, требующая сосредоточения?	+	—
35	Бывают ли у вас приступы дрожи?	+	—
36	Всегда ли вы говорите только правду?	+	—
37	Бывает ли вам неприятно находиться в компании, где все подшучивают друг над другом?	+	—
38	Раздражительны ли вы?	+	—
39	Нравится ли вам работа, требующая быстрого действия?	+	—
40	Верно ли, что вам часто не дают покоя мысли о разных	+	—

	неприятностях и «ужасах», которые могли бы произойти, хотя все кончилось благополучно?		
41	Верно ли, что вы неторопливы в движениях и несколько медлительны?	+	-
42	Опаздывали ли вы когда-нибудь на работу или на встречу с кем-либо?	+	-
43	Часто ли вам снятся кошмары?	+	-
44	Верно ли, что вы так любите поговорить, что не упускаете любого удобного случая побеседовать с новым человеком?	+	-
45	Беспокоят ли вас какие-нибудь боли?	+	-
46	Огорчились бы вы, если бы долго не могли видеться со своими друзьями?	+	-
47	Можете ли вы назвать себя нервным человеком?	+	-
48	Есть ли среди ваших знакомых такие, которые вам явно не нравятся?	+	-
49	Могли бы вы сказать, что вы уверенный в себе человек?	+	-
50	Легко ли вас задевает критика ваших недостатков или вашей работы?	+	-
51	Трудно ли вам получить настоящее удовольствие от мероприятий, в которых участвует много народа?	+	-
52	Беспокоит ли вас чувство, что вы чем-то хуже других?	+	-
53	Сумели бы вы внести оживление в скучную компанию?	+	-
54	Бывает ли, что вы говорите о вещах, в которых совсем не разбираетесь?	+	-
55	Беспокоитесь ли вы о своем здоровье?	+	-
56	Любите ли вы подшутить над другими?	+	-
57	Страдаете ли вы бессонницей?	+	-

Ключ.

Экстраверсия/интроверсия:

- «да» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56;
- «нет» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Нейротизм (эмоциональная стабильность / эмоциональная нестабильность):

- «да» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Шкала лжи»:

- «да» (+): 6, 24, 36;
- «нет» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Ответы, совпадающие с ключом, оцениваются в 1 балл.

Интерпретация результатов

При анализе результатов следует придерживаться следующих ориентиров.

Экстраверсия:

- больше 19 – яркий экстраверт,
- больше 15 – экстраверт
- 12 – среднее значение,
- меньше 9 – интроверт,
- меньше 5 – глубокий интроверт.

Нейротизм:

- больше 19 – очень высокий уровень нейротизма,
- больше 14 – высокий уровень нейротизма,
- 9 – 13 – среднее значение,
- меньше 7 – низкий уровень нейротизма.

Ложь:

- больше 4 – неискренность в ответах, свидетельствующая также о некоторой демонстративности поведения и ориентированности испытуемого на социальное одобрение,
- меньше 4 – норма.

*Приложение 9***Анкета «Самочувствие-Активность-Настроение»**

1.	Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое
2.	Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
3.	Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный
4.	Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный
5.	Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный
6.	Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение
7.	Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый
8.	Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный
9.	Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый
10.	Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный
11.	Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный
12.	Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный
13.	Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный
14.	Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной
15.	Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный
16.	Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный

17.	Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый
18.	Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный
19.	Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый
20.	Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный
21.	Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный
22.	Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать
23.	Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Озабоченный
24.	Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный
25.	Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Утомляемый
26.	Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый
27.	Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко
28.	Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный
29.	Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный
30.	Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный

Анкетирование начинается со слов: «Вам предлагается описать свое состояние в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

При обработке результатов исследования оценки пересчитываются в «сырые» баллы от 1 до 7 (крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в 1 балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в 7). При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются.

Вариант 1. Полученные баллы группируются в соответствии с ключам в три категории и подсчитывается количество баллов по каждой из них:

- Самочувствие: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.
- Активность: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.
- Настроение: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10.

Интерпретация:

- средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого;

- оценки ниже 4 баллов свидетельствуют о не благоприятном состоянии испытуемого;
- оценки состояния, лежащие в диапазоне 5,0–5,5 баллов свидетельствуют о нормальном состоянии испытуемого.

Следует учитывать, что при анализе функционального состояния испытуемого важны не только значения отдельных показателей САН, но и их соотношение.

Приложение 10

Шкала

оценки больным ГБ пожилого возраста роли провизора в настоящем исследовании

Пожалуйста, заполните шкалу, отмечая от 0 до 10 баллов, при ответе на вопрос: «Достигнутые Вами в программе повышения приверженности лечению результаты, зависели от усилий провизора-исследователя?».*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

* – анкета заполняется анонимно.