

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕМУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ю.В. Лукина¹, М.Л. Гинзбург², В.П. Смирнов², Н.П. Кутишенко^{1,3}, С.Ю. Марцевич^{1,3}

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины;

²МУЗ «Люберецкая районная больница № 2»;

³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Контакты: Юлия Владимировна Лукина yuivlu@mail.ru

Цель исследования — изучить приверженность лечению, предшествующему госпитализации, и наиболее значимые факторы приверженности у пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «острый коронарный синдром» (ОКС).

Материалы и методы. В исследовании участвовали пациенты, госпитализированные в отделение кардиореанимации ГКБ № 2 г. Люберцы. Всем пациентам во время пребывания в стационаре предлагалось заполнить анкету по оценке приверженности лечению.

Результаты. На этапе получения предварительных результатов (6 мес от начала исследования) анкетировались 130 пациентов с диагнозом ОКС: 79 мужчин и 51 женщина. Половина пациентов ($n = 61$) постоянно наблюдалась у врача, другая практически не обращалась за врачебной помощью. Согласно результатам теста Мориски—Грина, приверженными к медикаментозному лечению являлись 71 человек (54,6 %), у 55 пациентов была выявлена низкая приверженность к назначаемой терапии. Все рекомендованные лечащим врачом лекарственные препараты принимали лишь 42 пациента (1/3 из участвовавших в опросе). Менее 9 % пациентов, госпитализированных с диагнозом ОКС, принимали статины, 1/3 больных был рекомендован препарат ацетилсалициловой кислоты. Основной причиной нарушения рекомендаций, касающихся медикаментозной терапии, оказалась забывчивость (18,5 %), около 10 % больных боятся побочных эффектов лекарств. Главным способом повышения приверженности терапии пациенты назвали информацию лечащего врача о возможности улучшения прогноза заболевания (62,3 %), качества жизни, улучшения самочувствия (25,8 %).

Заключение. Специально разработанная анкета дала возможность оценить ряд фактов (крайне недостаточное назначение основных групп кардиологических препаратов, высокая смертность), выявленных в Люберецком исследовании смертности (ЛИС), и их возможные причины. Помимо личностных качеств пациентов, основными причинами низкой приверженности лечению являются недостаточная информированность пациентов о своей болезни, возможностях современной терапии.

Ключевые слова: Люберецкое исследование смертности (ЛИС), приверженность, лекарственная терапия, острый коронарный синдром, анкета по оценке приверженности лечению

TREATMENT COMPLIANCE, IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME BEFORE HOSPITALIZATION

Yu. V. Lukina¹, M. L. Ginzburg², V. P. Smirnov²,
N. P. Kutishenko^{1,3}, S. Yu. Martsevich^{1,3}

¹National Research Center for Preventive Medicine;

²MUZ «Lyuberetsy district hospital № 2»;

³GBOU First MG MU them I. M. Sechenov

Aim — to study adherence prior hospitalization, and the most important factors of adherence in hospitalized patients with a diagnosis of acute coronary syndrome (ACS).

Materials and methods. This study included all patients admitted to the Cardiology Department of the Clinical Hospital № 2 Lyubertsy with a diagnosis of ACS. All the patients were asked to complete a questionnaire on assessing adherence during their stay in hospital.

Results. Under obtain preliminary results (six months from the start of the study) the study included 130 patients with ACS: 79 men and 51 women. Half of the patients ($n = 61$) are constantly observed by a doctor, and the other half almost did not seek for medical help. According to the Moriscos—Green test 71 persons (54.6 %) were adherent to medical treatment, 55 patients were found to have low adherence to therapy. Only 42 patients, one-third of the survey participants took all drugs recommended by the doctor. Less than 9 % of patients hospitalized with diagnosis of ACS took statins, one third of patients were recommended to take aspirin. Primary cause of recommendations for medical therapy is forgetfulness (18.5 %), about 10 % of patients are afraid of the side effects of drugs. The main way to improve patient adherence to therapy was mentioned like information from the doctor about the possibility of improving the life and disease prognosis (62.3 %), quality of life, improving well-being (25.8 %), only 4 patients (3 %) were totally unwilling to comply with medical recommendations.

Conclusion. Specially designed questionnaire gave possibility to assess a number of facts (very low prescription of some of the main groups of cardiac drugs, high mortality) identified in the study of the, and their possible causes. In addition to the personal factors of patients

(forgetfulness), the main causes of poor adherence to treatment is the lack of awareness of patients about their illness, the possibilities of modern therapy, which has demonstrated the contribution of medical (teaching-information, which forms the motivation) factor in the problem of treatment compliance.

Key words: Lubertsy mortality study (LIS), adherence, drug therapy, patients with acute coronary syndromes, a questionnaire on adherence to treatment

Введение

Решение проблемы эффективного лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по-прежнему остается наиболее актуальной среди задач современной кардиологии. Однако результаты исследований последних лет демонстрируют не только недостаточную эффективность проводимой терапии, но и крайне редкое в реальной клинической практике назначение необходимых лекарственных препаратов, способных улучшить прогноз заболевания и жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1–5]. Научные достижения последних лет привели к существенным изменениям в лечении многих заболеваний. Оптимальный способ получения объективной информации о реальной клинической практике, включая сведения по выживаемости, данные об эффективности и безопасности тех или иных методов профилактики, диагностики и лечения состоит в создании единой базы данных (регистре), которая содержит ключевую информацию о больных с определенной патологией [6, 7]. В Люберецком районе Московской области с 2005 г. ведется регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). В течение 3-летнего периода наблюдения (с 2005 по 2007 г.) была выявлена высокая смертность пациентов, перенесших ОИМ: около 40 % пациентов умирают в течение первых 3 лет [8–11]. Для выявления причин столь высокой смертности в рамках Люберецкого исследования смертности больных, перенесших инфаркт миокарда (ЛИС), с помощью специально разработанной анкеты было проведено изучение влияния основных факторов, препятствующих своевременному обращению больных за медицинской помощью. В этом фрагменте исследования было показано, что пациенты с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) недооценивают опасность заболевания, поздно обращаются за медицинской помощью, незнакомы с методами оказания первой помощи при неотложных состояниях [10].

Предпосылкой для проведения данной работы послужили результаты исследования ЛИС, которые выявили крайне редкое назначение основных групп кардиологических препаратов, в первую очередь антиагрегантов и статинов больным ИБС в период, предшествующий ОИМ [9]. Вероятно, одной из причин столь высоких показателей смертности пациентов, перенесших ОИМ, и столь неудовлетворительной терапии ишемической болезни сердца (ИБС) могла быть низкая приверженность рекомендованному лечению

у пациентов, включенных в регистр больных ОИМ Люберецкого района.

Целью исследования было изучение приверженности лечению, предшествующему госпитализации, и наиболее значимых факторов приверженности у пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «острый коронарный синдром» (ОКС).

Материалы и методы

В данный фрагмент исследования включались все пациенты, госпитализированные в кардиологическое отделение ГРБ № 2 г. Люберцы с диагнозом ОКС. В настоящей работе представлены результаты, полученные за период с декабря 2011 по июнь 2012 г. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом МУЗ «Люберецкая районная больница № 2». Все больные подписали форму информированного согласия на участие в исследовании.

Для достижения поставленной цели была разработана специальная анкета по оценке приверженности лечению. Помимо теста Мориски–Грина (валидированного теста, состоящего из 4 вопросов, оценивающих приверженность к лечению) [12], в разработанную анкету были включены вопросы, позволяющие изучить факторы приверженности, связанные с пациентом: демографические сведения (пол, возраст), социально-экономические данные (семейное положение, уровень образования), наличие факторов риска, информированность о них, знание своего заболевания, готовность принимать лекарственные препараты, мотивированность на продолжительное лечение и т. д.

Таким образом, анкета включала паспортную часть, тест Мориски–Грина, вопросы по наличию факторов риска (курение, употребление алкоголя, уровень физической активности) и вопросы по выявлению основных факторов, снижающих приверженность пациентов к лечению. Кроме того, анкета была модифицирована специально для пациентов с ИБС (вопросы о наличии стенокардии в период, предшествующий последней госпитализации, вопросы на знание собственного уровня артериального давления (АД), глюкозы крови, холестерина). Разработанный опросник позволил определить, наблюдался ли пациент до настоящей госпитализации в каком-либо медицинском учреждении, насколько регулярно посещал лечащего врача, какие рекомендации получал при визитах к врачу (изменение образа жизни, лекарственная терапия и др.) и насколько придерживался этих рекомендаций (приложение 1).

Обработка результатов выполнялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0, использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних, применение таблиц распределения частот) и известных критериев значимости (парный t-критерий Стьюдента, χ^2 , критерий Манна–Уитни и др.).

Результаты

За I полугодие 2012 г. (декабрь 2011 г. – июнь 2012 г.) в исследование было включено 130 пациентов с диагнозом ОКС (79 мужчин и 51 женщина, средний возраст составил $63,2 \pm 12,7$ года).

Среднее образование имели 1/3 пациентов ($n = 42$, 32,3 %), высшее образование – 33 человека (25,4 %), неоконченное высшее – 1 (0,75 %), средне-специальное – 37 (28,5 %), неполное среднее – 16 (12,3 %), 1 пациент не указал свой уровень образования (0,75 %). Из 128 пациентов, ответивших на вопрос о семейном положении, 77 были женаты/замужем, 33 – вдовцы/вдовы, 8 человек – в разводе, 15 – холосты/не замужем.

Среди пациентов, включенных в исследование, 41 человек курил в среднем в течение 32 лет по 20 сигарет в день, 64 пациента никогда не курили, 25 больных отказались от курения на различных сроках в период, предшествующий последней госпитализации. Из 124 пациентов, давших ответ на вопрос об употреблении алкоголя, 72 человека не принимали алкоголь регулярно, злоупотребляли алкоголем 11 человек (количество алкогольных единиц в неделю превышало 7). Остальные пациенты регулярно употребляли от 1 до 6 алкогольных единиц (АЕ) в неделю (1 АЕ = 20 г в пересчете на чистый этанол).

Почти половина пациентов ($n = 61$) до госпитализации по поводу ОКС наблюдалась у врача по поводу различных хронических заболеваний, 69 человек практически не обращались к врачам, постоянно у врачей не наблюдались.

Перед последней госпитализацией у 76 пациентов (58,5 %) отмечались типичные приступы стенокардии, у 44 больных (33,8 %) стенокардии не было, и ОКС был первым проявлением ИБС. Десять человек (7,7 %) затруднились ответить на вопрос о предшествующей стенокардии.

Ряд вопросов анкеты определял знания пациентов о показателях своего АД, уровне глюкозы крови и холестерина, а также представление пациентов об отношении значений этих показателей к норме (норма/отклонение от нормы). Знали свой уровень АД 86 человек (66,2 %), из них 72 оценили его правильно, а 14 ошиблись, считая нормальным повышенный уровень АД; 44 человека (33,8 %) не знали свой уровень АД. Об уровне глюкозы крови были осведомлены 50 пациентов (38,5 %): верно определили свой уровень 37 (28,5 %), а 13 (10 %) ошиблись, посчитав повышенный уровень глюкозы крови нормальным, у 80 человек не было ин-

формации о своем уровне глюкозы крови (61,6 %). Из 130 человек, госпитализированных в кардиореанимационное отделение стационара с диагнозом ОКС, большинство не знали свой уровень холестерина, лишь у 19 пациентов из 114 была такая информация, правильно оценили уровень холестерина относительно нормы 18 пациентов, 1 человек ошибочно определил повышенный уровень холестерина как нормальный (табл. 1).

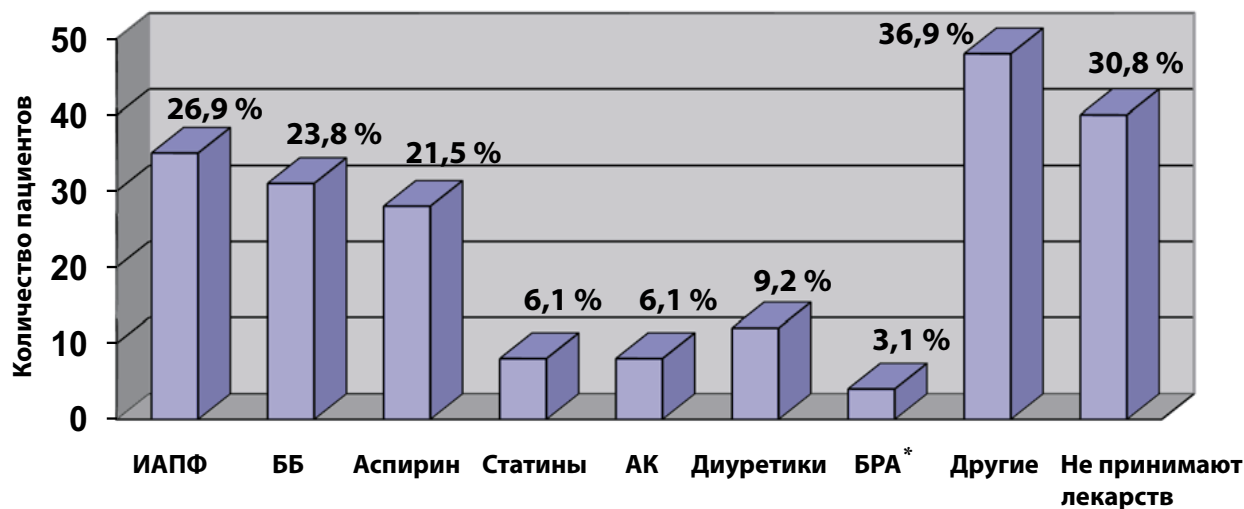
Таблица 1. Осведомленность пациентов о показателях АД, ХС, глюкозы крови и отношении этих показателей к норме ($n = 130$)

| Показатель | Не знают (n) | Знают (n) | Определение своих данных по отношению к норме Ответившие верно/ ответившие неверно (n/n) |
|---------------------|--------------|-----------|--|
| Уровень АД | 44 | 86 | 72/14 |
| Уровень глюкозы | 80 | 50 | 37/13 |
| Уровень холестерина | 114 | 19 | 18/1 |

Сведения о приеме лекарственных препаратов предоставили 90 человек, 40 пациентов не заполнили данную часть анкеты (не помнили названия препаратов или лекарственные препараты не были им назначены). Пациенты принимали препараты класса ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) ($n = 35$), β -адреноблокаторы (ББ) ($n = 31$). Блокаторы рецепторов к ангиотензину II входили в схему лечения только у 4 больных. Препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) принимали 28 пациентов (1/3 заполнивших данную часть анкеты или каждый пятый из участвовавших в опросе). Менее 6 % больных (8 человек из 130), госпитализированных по поводу ОКС, принимали статины, столько же пациентов лечились препаратами класса антагонистов кальция. Среди других препаратов наиболее часто пациенты принимали сахароснижающие средства, нитропрепараты пролонгированного действия, диуретики (см. рисунок).

По результатам теста Мориски–Грина, неприверженными назначенному лечению (набравшими 0–1 балл) оказались большинство ($n = 71$, 54,6 %) из участвующих в опросе, у 55 пациентов (42,3 %) неприверженность была хорошей или удовлетворительной (2–4 балла по результатам теста), 4 пациента лекарственных препаратов никогда не принимали и ответов на вопросы теста Мориски–Грина не дали.

Несмотря на явно недостаточную осведомленность о показателях своего здоровья, 88 человек (67,7 %) ответили, что строго соблюдают все данные им врачебные рекомендации по приему лекарственных препаратов; 16 пациентов (12,3 %) сообщили, что медикаментозная терапия им не назначалась, ответы остальных больных



Предшествующий госпитализации прием препаратов различных классов пациентами ($n = 130$)

* БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина.

свидетельствуют о недостаточной приверженности лечению в связи с нерегулярным приемом, изменением дозы, отказом от приема лекарств, самостоятельным прекращением приема препаратов, использованием не рекомендованных средств (БАДов).

Готовность изменить образ жизни в соответствии с рекомендациями лечащего врача (придерживаться определенной диеты, повысить уровень физической нагрузки, отказаться от вредных привычек и т. д.) в течение ближайшего месяца после госпитализации продемонстрировали 73 пациента, 17 сообщили, что уже изменили свой образ жизни и придерживаются его > 6 мес ($n = 10$) и < 6 мес ($n = 7$). У 15 больных выявлена низкая приверженность выполнению рекомендаций по изменению образа жизни: 12 человек не собираются ничего менять, 3 планируют придерживаться врачебных рекомендаций, но не в ближайшее время. Из 124 пациентов, ответивших на данный вопрос, 19 человек отметили, что не получали от своего лечащего врача никаких рекомендаций по поводу изменения образа жизни.

На вопрос о вероятных причинах плохой приверженности ответили 124 человека. Пациенты могли выбрать несколько причин пропуска или полного прекращения приема лекарств. Среди наиболее частых причин плохой приверженности лечению пациенты назвали забывчивость ($n = 23$), опасение развития побочных эффектов, причинения вреда здоровью при длительном приеме лекарств ($n = 12$), отсутствие ощутимого эффекта от проводимой терапии ($n = 5$), необходимость одновременного приема большого количества лекарственных препаратов ($n = 10$), высокую стоимость медикаментозного лечения ($n = 10$), нежелание продолжительно принимать медикаменты ($n = 7$). Практически никогда не нарушали врачебные рекомендации по приему лекарственных препаратов 42 человека из 124 (32,3 %). Только 2 пациента назвали среди

причин плохой приверженности очень сложную схему приема препаратов, никто из больных не назвал в качестве причины сомнения в правильности назначенного лечения. Остальные пациенты сообщили, что лекарственная терапия не была им назначена (табл. 2).

Готовность принимать лекарственные препараты на протяжении всей жизни в случае получения информации о важности их приема (например, что прием препаратов улучшит прогноз их заболевания и жизни) высказал 81 пациент из 128 (63,2 %). Принимать пре-

Таблица 2. Основные причины неудовлетворительной приверженности (по мнению пациентов, $n = 124$)

| Причина плохой приверженности | Выбравшие данный ответ, n |
|--|-----------------------------|
| Забывчивость | 23 |
| Опасение побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарственных препаратов | 12 |
| Необходимость принимать одновременно большое количество лекарственных препаратов (полипрагмазия) | 10 |
| Высокая стоимость лекарственных препаратов | 10 |
| Нежелание продолжительно принимать лекарства | 7 |
| Отсутствие ощутимого эффекта от лекарственной терапии | 5 |
| Сложная схема приема лекарственных препаратов | 2 |
| Нет причины (прием препаратов происходит строго в соответствии с рекомендациями врача) | 42 |
| Не принимали лекарственные препараты | 10 |

парат всю жизнь при условии ощущения его эффективности, улучшении качества жизни при приеме лекарственного препарата согласны 33 человека, 3 пациента выбрали оба указанных варианта. Потенциальный отказ от пожизненного приема лекарств после нормализации определенных показателей (уровня АД, холестерина, глюкозы крови) выразили 5 человек. Два пациента категорически не приемлют мысль о пожизненном приеме лекарственных препаратов и опасаются, что длительный прием лекарств навредит их здоровью. Остальные анкетированные указали, что лекарственные препараты для постоянного длительного приема им не назначались.

Среди возможных способов улучшения приверженности лечению (пациенты могли выбрать несколько вариантов ответов) наименьшей популярностью пользовались методы устранения недостатков в организации медицинской помощи населению (посещение врачей, выписка лекарств) — их выбрали только 7 пациентов. Многие считают, что достаточно строго придерживаются и выполняют врачебные рекомендации ($n = 31$). В противоположность им 4 человека думали, что все предложенные способы неэффективны, и не желали длительно принимать лекарства и соблюдать другие врачебные назначения. Наиболее важными способами повышения приверженности пациенты, принявшие участие в данном исследовании, считали получение подробной информации от лечащего врача о заболевании и методах его лечения, объяснений, для чего принимается каждый из назначенных препаратов, более пристальное внимание со стороны врача ($n = 88$). Для 21 человека важным фактором, влияющим на приверженность лечению, оказалась стоимость лекарственных препаратов.

Обсуждение

Результаты исследования продемонстрировали несколько неожиданный, но крайне важный с практической точки зрения факт: более половины (53 %) пациентов, поступивших в стационар с диагнозом ОКС, практически не обращались к врачам и не наблюдались в медицинских учреждениях до последней госпитализации.

Больные, включенные в исследование, плохо осведомлены о состоянии своего здоровья: только 14,6 % пациентов знали свой уровень холестерина, менее половины (40,8 %) осведомлены об уровне глюкозы, однако 2/3 больных (66,2 %) знали свой уровень АД, причем 84 % правильно его оценивали (норма или отклонение от нормы). Вероятной причиной этого являются специально проводимые в настоящее время федеральные программы по борьбе с АГ, акции по измерению АД в дни здоровья, работа центров здоровья, в которых пациенты после непродолжительного обследования могут получить информацию об основных показателях своего здоровья (уровень АД, общего хо-

лестерина, глюкозы крови, показателя объема форсированного выдоха, СО-метрии и т. д.).

Согласно тесту Мориски—Грина, приверженными (ответившими «нет» как минимум на 3 из 4 вопросов теста и набравших соответственно 3—4 балла) к медикаментозному лечению являлись 71 человек (54,6 %), у 55 пациентов была выявлена низкая приверженность назначаемой терапии. Согласно результатам опроса, полностью соблюдали все врачебные рекомендации 88 человек (67,7 %). Эти данные согласуются с результатами ряда исследований по изучению приверженности длительно проводимой терапии при хронических заболеваниях. По результатам Е.А. Поддубской и соавт., приверженность пациенток, страдающих остеопорозом, назначенной терапии составила от 40 до 64 % в зависимости от возраста [14]. По данным J.J. Caro et al., 78 % больных, страдающих АГ, продолжали принимать антигипертензивную терапию через 1 год от начала лечения, а через 4,5 года этот показатель снижался до 46 % [15]. В работе Т.В. Фофановой и соавт. указано, что к терапии антигипертензивными препаратами оказался привержен лишь 31 % больных [16].

Ожидаемыми являются результаты по приему пациентами лекарственных препаратов: из 90 человек, ответивших на вопрос о медикаментозной терапии, лишь 1/4 принимала препараты классов ИАПФ (26,9 %) и ББ (23,9 %), только каждый пятый больной принимал препарат АСК, и лишь 6 % пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом ОКС, получали терапию статинами. Однако по сравнению с 1-й частью исследования ЛИС (2005—2007 гг.) отмечается незначительная положительная тенденция в приеме жизненно важных препаратов пациентами с ИБС: по данным С.Ю. Марцевича и соавт., антиагреганты принимали 16 % больных, а статины — всего 2 % [9].

Анализ основных причин отказа от продолжительного лечения выявил аналогичию с результатами исследования Е.А. Поддубской и соавт. [14] по изучению приверженности у пациентов с остеопорозом. Основными причинами отказа от лечения у больных остеопорозом также были малая информированность о заболевании и, как следствие, низкая мотивация к лечению, недооценка тяжести болезни.

Заключение

Специально разработанная анкета дала возможность оценить возможные причины ряда фактов, выявленных в исследовании ЛИС (крайне недостаточное назначение основных групп кардиологических препаратов, высокая смертность). По результатам опроса было показано, что больше половины больных до госпитализации по поводу ОКС не наблюдались у врача. Несмотря на мнение большинства больных об аккуратном соблюдении всех врачебных рекомендаций, по результатам теста Мориски—Грина, приверженными являются лишь половина пациентов, а по данным

опроса по специально разработанной анкете, всего 1/3 больных принимает лекарственные препараты согласно рекомендациям лечащего врача.

Только каждый пятый больной принимал препарат АСК, и лишь 6 % пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом ОКС, получали терапию статинами. Помимо личностных факторов пациентов (забывчивости) основными причинами низкой при-

верженности лечению стали недостаточная информированность пациентов о своей болезни, эффектах лечения, возможностях современной терапии существенно повышать качество жизни, улучшать прогноз заболевания и жизни, что свидетельствует о большом вкладе врачебного (обучающе-информационного, формирующего мотивацию) фактора в проблему приверженности больных лечению.

Приложение

АНКЕТА ПО ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ (модифицированный вариант для пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом ОКС)

Уважаемый пациент!

Настоящая госпитализация связана с развитием у Вас нестабильной стенокардии или острого инфаркта миокарда. Для нас очень важна информация о Вашем предшествующем лечении (если оно было назначено). Полученные из анкет данные позволят определить основные факторы, негативно влияющие на эффективность терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в последующем путем повышения качества и эффективности лечения предотвратить возникновение сердечно-сосудистых осложнений.

Ф.И.О. (полностью) _____
Возраст _____ (полных лет) **Дата заполнения анкеты** _____
Контактный тел. _____
Образование _____
Семейное положение _____
Женат/замужем _____
Холост/незамужем _____
Разведен (-а) _____
Вдовец/вдова _____

Курите ли Вы?

- а) **Да** (укажите, сколько лет курите, сколько сигарет в день выкуриваете в среднем) _____
 б) **Нет, никогда не курил.**
 с) **Бросил курить** (укажите, сколько лет курили, сколько сигарет в день выкуривали раньше, дату отказа от курения) _____

Употребление алкоголя (укажите вид алкоголя (пиво, вино, водка и т. д.), кол-во в мл и частота употребления (раз в неделю, в месяц и т. д.). (Например, 1 литр пива и 100 г водки в неделю или 200 мл сухого вина 1 раз в месяц.) _____

Уровень физической активности (до госпитализации в стационар по поводу острого инфаркта миокарда).

- а) **Низкая** (физическая активность повседневной жизни).
 б) **Средняя** (дополнительная физическая нагрузка невысокой интенсивности: пешие прогулки, утренняя зарядка и т. д.).
 с) **Высокая** (регулярная (не реже 2 раз в неделю) дополнительная физическая нагрузка средней и высокой интенсивности: посещение фитнес-центров, бассейна, занятия спортом (в том числе профессиональные), длительные пешие, велосипедные, лыжные походы и т. д.).

Все последующие вопросы относятся к периоду Вашей жизни ДО настоящей госпитализации

1. Наблюдались ли Вы постоянно у врача (терапевта, кардиолога, эндокринолога) по поводу каких-либо хронических заболеваний (например, ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, сахарного диабета и т. д.)

- Да
 Нет

2. По поводу своего заболевания Вы наблюдаетесь (возможно несколько ответов)

- В поликлинике по месту жительства.
- В ведомственной поликлинике.
- В научном государственном медицинском центре (НИИ, НИЦ, кафедры медицинских вузов и т. д.).
- В платном (негосударственном) медицинском центре.
- Нигде постоянно не наблюдаюсь.

3. Как регулярно Вы посещаете своего лечащего врача?

- 1 раз в 6 мес и чаще.
- Реже 1 раза в 6 мес.
- Реже 1 раза в год.
- Нерегулярно (обычно при возникновении каких-либо вопросов, проблем, связанных с моим заболеванием).
- Не посещаю врачей.

4. Насколько Вы проинформированы о Вашем заболевании (возможные осложнения, причины их развития, необходимые лекарства, режим их приема, уровни показателей (уровень артериального давления, холестерина, сахара крови и т. д.), свидетельствующих о хорошей компенсации заболевания)

- Полностью проинформирован, хорошо ориентируюсь в методах контроля и лечения своего заболевания.
- Не полностью проинформирован, многого не знаю.
- Практически ничего не знаю о своей болезни, ее осложнениях, лечении.

5. Откуда Вы получили/получаете информацию о Вашем заболевании?

- От моего лечащего врача.
- Из специализированной медицинской литературы (брошюры, журналы).
- Из теле-, радиорекламы, статей и рекламных заметок в популярных изданиях.
- От знакомых, друзей, соседей.
- Посещал школу для пациентов с таким заболеванием.
- Я практически ничего не знаю о моем заболевании.

6. Знаете ли Вы свой обычный уровень артериального давления?

- Да (если да, то укажите его _____ мм. рт. ст.)
- Нет

7. Считаете ли Вы его нормальным?

- Да
- Нет
- Не знаю

8. Знаете ли Вы свой уровень сахара крови?

- Да (если да, то укажите его _____ ммоль/л)
- Нет

9. Считаете ли Вы его нормальным?

- Да
- Нет
- Не знаю

10. Знаете ли Вы свой уровень общего холестерина?

- Да (если да, то укажите его _____ ммоль/л)
- Нет

11. Считаете ли Вы его нормальным?

- Да
- Нет
- Не знаю

12. Были ли у Вас до настоящей госпитализации приступы стенокардии (боли за грудиной, возникающие при ходьбе, подъеме по лестнице, другой физической нагрузке, на холоде, при стрессе, проходящие в покое и/или при приеме нитроглицерина)?

- Да
 Нет
 Не знаю

13. Готовы ли Вы изменить свой образ жизни (придерживаться определенной диеты, повысить уровень физической нагрузки, принимать лекарственные препараты в соответствии с врачебными рекомендациями) в связи с выявленным или имеющимся у Вас заболеванием?

- На данном этапе я не собираюсь ничего менять.
 Я планирую изменить свой образ жизни в течение ближайшего месяца.
 Я планирую изменить свой образ жизни, но не в ближайшее время.
 Я уже изменил свой образ жизни и придерживаюсь его < 6 мес.
 Я уже изменил свой образ жизни и придерживаюсь его > 6 мес.
 Мне не было дано никаких рекомендаций по поводу изменения образа жизни при моем заболевании.

14. Принимаете ли Вы лекарственные препараты согласно рекомендациям Вашего лечащего врача?

- Да, принимаю строго согласно рекомендациям врача.
 Иногда забываю принять препараты.
 Принимаю лекарства нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарств или меняю дозу

препаратов.

Принимаю и другие (не рекомендованные врачом) лекарственные препараты, биологически активные добавки (БАДы) по советам знакомых, теле-, радио- или газетной рекламы.

Не принимаю лекарственных препаратов, так как считаю, что вред от их приема больше, чем польза (или по другим причинам).

Мне не назначены какие-либо лекарственные препараты (перейти к вопросу 17).

15. Если Вы пропускаете или полностью прекращаете прием рекомендованного Вам лекарственного препарата, каковы возможные причины этого (возможно несколько ответов)

- Забываю принять препарат.
 Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств.
 Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения.
 Принимаю очень много разных лекарственных препаратов.
 У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, много таблеток).
 Высокая стоимость рекомендованных лекарственных препаратов.
 Сомневаюсь в правильности назначенного мне лечения.
 Не хочу принимать лекарства постоянно (длительно).
 Я очень редко пропускаю прием препаратов, практически никогда.
 Мне не назначали лечения лекарственными препаратами.

Перечислите все лекарственные препараты и дозы (если помните), которые Вы принимали до настоящей госпитализации

Утром _____

Вечером _____

16. Готовы ли Вы принимать лекарственные препараты на протяжении всей своей жизни?

Да, если я буду знать, что прием лекарственных препаратов очень важен (например, улучшит прогноз моего заболевания и жизни).

Да, только если я буду ощущать действие препарата, т. е. он улучшит качество моей жизни.

Нет, надеюсь, что после нормализации определенных показателей (уровня артериального давления, холестерина, глюкозы крови и т. д.) я могу прекратить прием препаратов.

Нет, я боюсь, что длительный прием лекарственных препаратов больше навредит моему здоровью.

Я не принимаю лекарственные препараты (перейти к вопросу 22).

17. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?

- Да
 Нет

18. Относите ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?

- Да
 Нет

19. Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

- Да
 Нет

20. Если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, пропускаете ли Вы следующий прием?

- Да
 Нет

21. Какие действия могли бы способствовать, по Вашему мнению, аккуратному соблюдению Вами всех врачебных назначений (прием всех лекарств в назначенных дозах, соблюдение диеты, режима и т. д.)?

- Подробная информация от врача (для чего я принимаю каждый из препаратов).
 Подробная информация о моем заболевании и методах его лечения.
 Более пристальное внимание со стороны врача ко мне и моим проблемам со здоровьем.
 Устранение недостатков в организации медицинской помощи (посещение врачей, выписка лекарственных препаратов).
 Снижение цен на лекарственные препараты, которые я принимаю.
 Никакие, у меня нет желания длительно принимать лекарства и соблюдать другие врачебные назначения.
 Я и так строго выполняю все врачебные рекомендации.

Благодарим Вас за заполнение анкеты!

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Оганов Р.Г. и др. Клиническая характеристика и общие подходы к лечению пациентов со стабильной стенокардией в реальной практике. Российское исследование «ПЕРСПЕКТИВА» (ч. I). Кардиоваскул тер и профил 2010;(6):47–56.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы лечим больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной клинической практике. Тер архив 2003;75(8):5–11.
- Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Штейнберг Л.Л. и др. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии ПИФАГОР III. Системные гипертензии 2010;(1):8–15.
- Eastaugh JL, Calvert MJ, Freemantle N. Highlighting the need for better patient care in stable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients. Fam Pract 2005;22(1):43–50.
- EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet 2001;357(9261):995–1001.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ №162н от 04.04.2008 г. <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc13093.html>
- Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъемов сегментов ST. Кардиология 2004;4:4–13.
- Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Первые результаты исследования «ЛИС». Клиницист 2011;(1):24–7.
- Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего. Кардиоваскул тер и профил 2011;10(6):89–93.
- Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Анализ факторов, влияющих на сроки поступления в стационар пациентов с острым коронарным синдромом (по данным исследования ЛИС – Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Рационал фармакотер в кардиол 2012;8(2):141–8.
- Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ЛИС): анализ анамнестических факторов, определяющих смерть в стационаре. Кардиоваскул тер и профил 2012;11(1):45–8.
- Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353(5):487–97.
- Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence Med Care 1986;24:67–74.
- Поддубская Е.А., Косматова О.В., Скрипникова И.А. Приверженность лечению пациентов с остеопорозом и возможные пути ее повышения. Профил заболев и укр здоровья 2008;(3):12–6.
- Caro J.J., Salas M., Speckman J.L. et al. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. CMAJ. 1999;160(1):31–7.
- Фофанова Т.В., Орлова Я.А., Патрушева И.Ф. и др. Фелодипин в амбулаторной практике: что может влиять на эффективность лечения и приверженность к терапии больных артериальной гипертензией. Русс мед журн 2009;17(5):392–6.