



Кужелева Е.А.*, Федюнина В.А., Гарганеева А.А.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, ул. Киевская, 111-А, г. Томск, Россия, 634012

Сведения об авторах:

Федюнина Вера Александровна, младший научный сотрудник отделения патологии миокарда НИИ кардиологии Томского НИМЦ. e-mail: vera-aleksandrovna-1993@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1437-8250>

Гарганеева Алла Анатольевна, д.м.н., профессор, заведующая отделением патологии миокарда НИИ кардиологии Томского НИМЦ. e-mail: aag@cardio-tomsk.ru. тел.: + 7 (3822) 56-52-75, Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. e-mail: aag@cardio-tomsk.ru. тел.: + 7 (3822) 56-52-75, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9488-6900>

*Автор, ответственный за связь с редакцией: **Кужелева Елена Андреевна**, к.м.н., научный сотрудник отделения патологии миокарда НИИ кардиологии Томского НИМЦ. e-mail: snigireva1209@rambler.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8070-2234>

РЕЗЮМЕ

Цель: анализ приверженности лечению, факторов, влияющих на нее, и качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Численность исследуемой группы составила 225 человек. Для анализа приверженности пациентов лечению использовалась шкала комплаентности Мориски-Грина, а для оценки уровня КЖ жизни пациентов использовали международный опросник EuroQoL EQ-5D-5L. Для получения индексов EQ-5D-5L использовали методологию пешеходного перехода Van Hout et al., а значения индекса получили из программы Crosswalk Index Value Calculator – EQ-5D-5L. Статистическую обработку проводили с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты. Доля приверженных пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью составила 59%. Основной причиной несоблюдения врачебных назначений была забывчивость – 25,27%. По мнению пациентов, в 73,8% случаев в повышении их комплаентности большую роль играет общение с врачом. Суммарный индекс КЖ пациентов с ССЗ составил $0,712 \pm 0,165$. При оценке взаимосвязи качества жизни и приверженности лечению, была выявлена положи-

тельная корреляция: чем более комплаентен пациент, тем выше его уровень качества жизни, и наоборот ($r=0,2$, $p=0,013$). Взаимосвязь между высокой приверженностью лечению и уровнем качества жизни подтверждалась в группе мужчин ($p=0,01$), тогда как у женщин статистическая значимость различий не достигалась ($p=0,2$). При анализе клинической картины ХСН, утяжеление ФК (с I на II) сопровождалось резким снижением самооценки здоровья для обоих полов ($p=0,01$).

Заключение. Практически каждый второй пациент нарушает режим приема лекарственных препаратов. Улучшению приверженности лечению, может способствовать более пристальное внимание со стороны лечащего врача с подробным разъяснением причин и клинической картины заболевания, методов лечения, а также о способах самоконтроля симптомов заболевания. Степень приверженности лечению взаимосвязана с уровнем качества жизни по шкале EQ-5D-5L, преимущественно в мужской популяции.

Ключевые слова: приверженность лечению, качество жизни, EQ-5D-5L, сердечно-сосудистые заболевания

Отношения и деятельность: нет.

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

ВКЛАД АВТОРОВ

Кужелева Е.А.: разработка концепции, проведение исследования, формальный анализ, подготовка текста - оценка и редактирование

Федюнина В.А.: проведение исследования, формальный анализ, подготовка текста

Гарганеева А.А.: разработка концепции, методологии, подготовка текста - оценка и редактирование

✉ SNIGIREVA1209@RAMBLER.RUB

Для цитирования: Кужелева Е.А., Федюнина В.А., Гарганеева А.А. Приверженность лечению и качество жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. Евразийский кардиологический журнал. 2020;(2):34-40. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2020-2-34-40>

Рукопись получена: 25.12.2019 | Рецензия получена: 11.03.2020 | Принята к публикации: 03.04.2020

© Кужелева Е.А., Федюнина В.А., Гарганеева А.А.



Kuzheleva E.A.*, Fedyunina V.A., Garganeeva A.A.

ADHERENCE TO TREATMENT AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES AT THE OUTPATIENT TREATMENT STAGE OF MEDICAL CARE

CARDIOLOGY RESEARCH INSTITUTE,
TOMSK NATIONAL RESEARCH MEDICAL CENTER,
KIEVSKAYA ST., 111-A, TOMSK, RUSSIA, 634012

Information about authors:

Vera A. Fedyunina, Junior Researcher, Department of Myocardial Pathology, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical center, Russian Academy of Sciences. E-mail: vera-aleksandrovna-1993@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1437-8250>

Alla A. Garganeeva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Myocardial Pathology, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical center, Russian Academy of Sciences. Russia. e-mail: aag@cardio-tomsk.ru. tel.: + 7 (3822) 56-52-75, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9488-6900>

***Corresponding author: Elena A. Kuzheleva**, Candidate of Medical Sciences, Researcher, Department of Myocardial Pathology, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical center, Russian Academy of Sciences. Kievskaya, 111-A, Tomsk, 634012 Russia, e-mail: snigireva1209@rambler.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8070-2234>

SUMMARY

Aim: to analyze an adherence to treatment, factors affecting it, and the quality of life of patients with cardiovascular diseases at the outpatient stage of medical care.

Material and methods. The population of the study was 225 people. The Morisky-green compliance scale was used to analyze patients' adherence to treatment, and the EuroQol EQ-5D-5L international questionnaire was used to assess the quality of life of patients. Statistical data processing was performed using the program STATISTICA 10.0.

Results. The percentage of committed to treating patients who sought outpatient care was 59%. The main reason for poor adherence was forgetfulness – 25,27 %. It is patient's opinion, in 73.8% of cases, communication with a doctor plays an important role in improving their compliance. The total index of quality of life (QOL) of patients with cardiovascular diseases (CVD) was 0.712 ± 0.165 . In estimating the relationship between quality of life and adherence to treatment, a positive correlation was found: the more compliant the patient, the higher their quality of life, and vice versa ($r=0.2$, $p=0.013$). The relationship between high adherence to treatment and quality of life was confirmed in the group of men ($p=0.01$), while the statistical significance of differences was

not achieved in women ($p=0.2$). In examining the aspect of a disease of chronic heart failure (CHF), the worsening of NYHA functional class (from I to II) was accompanied by a sharp decrease in self-esteem of health for both sexes ($p=0.01$).

Conclusion. Almost every second patient is against of the rules of the medication regimen. Better adherence to treatment can be facilitated by more careful attention from the attending physician with a detailed explanation of the causes and the aspect of the disease, treatment methods, as well as ways to self-control the symptoms of the disease. The degree of treatment adherence is correlated with the level of quality of life on the EQ-5D-5L scale, mainly in the male population.

Keywords: adherence to treatment, quality of life, EQ-5D-5L, cardiovascular disease

Relations and activities: no.

Conflict of Interest: All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Kuzheleva E.A.: concept development, research, formal analysis, text preparation - evaluation and editing

Fedyunina V.A.: conducting research, formal analysis, text preparation

Garganeeva A.A.: concept development, methodology, text preparation - evaluation and editing

✉ SNIGIREVA1209@RAMBLER.RUB

For quotation: Elena A. Kuzheleva, Vera A. Fedyunina, Alla A. Garganeeva. Adherence to treatment and quality of life of patients with cardiovascular diseases at the outpatient treatment stage of medical care. Eurasian heart journal. 2020;(2):34-40. (in Russ.) <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2020-2-34-40>

Received: 25.12.2019 | **Revision Received:** 11.03.2020 | **Accepted:** 03.04.2020

© Kuzheleva E.A., Fedyunina V.A., Garganeeva A.A.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на впечатляющие результаты высокотехнологичной медицинской помощи, демонстрирующие возможности эффективного лечения и улучшения прогноза больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), болезни системы кровообращения остаются лидерами среди причин смерти в России — 46% людей умирают именно от них (по материалам Министерства Здравоохранения РФ за 2018 год). Данные Федеральной службы государственной статистики подтверждают падение показателя смертности от ССЗ, начиная с 2003 года. В 2018 году от болезней сердечно-сосудистой системы умерли 856 тыс. человек, в то время как в 2000-м — 1,23 млн. человек [1]. В целом, на долю хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) приходится в России 43% смертей мужчин, погибших от ССЗ, тогда как в США существенно меньше — 36,8%, а в женской популяции различия между странами еще более выражены — 40,2% и 30,8%, соответственно [2].

Одной из причин того, что результаты лечения пациентов ССЗ в реальной клинической практике оказываются хуже, чем демонстрируют рандомизированные клинические исследования, является проблема низкой приверженности пациентов лечению. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) приверженность лечению — это степень соответствия поведения человека (в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника [3]. По данным научных исследований отечественных и зарубежных ученых плохая приверженность лечению коррелирует с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных с хроническими формами ИБС, в том числе и после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) [4]. Кроме этого, в некоторых исследованиях установлена взаимосвязь между приверженностью лечению и уровнем качества жизни пациентов [5].

По определению ВОЗ, качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизнедеятельности человека, имеющими для него важное значение и оказывающими на него непосредственное влияние. [6]. Показатели КЖ все чаще используются при оценке эффективности диагностических и лечебных мероприятий, экономических расчетов, например, количества сохранённых лет качественной жизни (QALY) [7]. Для определения уровня КЖ существуют специальные опросники. EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L) — не специфический инструмент оценки качества жизни, широко используемый в разных странах [8,9], поскольку он прост в применении и ясен для понимания пациентами [10].

Цель: Анализ приверженности лечению, факторов, влияющих на нее, и качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование последовательно включались все пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в консультативно-диагностическое отделение НИИ кардиологии Томского НИМЦ в течение нескольких дней и согласившиеся принять участие в опросе для определения степени приверженности лечению, уровня качества жизни, и факторов, влияющих на приверженность. Численность исследуемой группы составила 225 человек. Все пациенты подписали форму информированного согласия.

Для анализа приверженности пациентов лечению использовалась шкала комплаентности Мориски-Грина [11], состоящая из 4-х вопросов, касающихся соблюдения пациентами режима приема препаратов, а факторы, влияющие на приверженность, изучались с использованием анкеты, разработанной в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины и модифицированной с целью получения данных, представляющих интерес в настоящем исследовании [12]. Для оценки уровня КЖ жизни пациентов использовали международный опросник EuroQoL EQ-5D-5L. В 1995 г. Международной организацией по изучению КЖ (ISQOL) была зарегистрирована русская версия EQ-5D, использование которой разрешено без согласования с разработчиками опросника [13]. Первая часть опросника предназначена для оценки состояния здоровья индивида по 5 компонентам, отражающим подвижность (передвижение в пространстве), самообслуживание, активность в повседневной жизни (работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг), наличие боли/дискомфорта и тревоги/депрессии. Второй частью анкеты является визуализирующая аналоговая шкала VAS. Это 20-сантиметровая линейка, на которой «0» означает максимально плохое, а «100» — максимально отличное состояние здоровья. Этап валидации данного опросника в России пока проведен не был, поэтому использовали методологию, разработанную Shaw JW, et al. [14], и уже опробованную в аналогичных исследованиях оценки КЖ россиян [7, 10]. Для получения специфических индексов EQ-5D-5L использовали методологию пешеходного перехода Van Hout et al. [15], а фактические значения индекса получили из программы Crosswalk Index Value Calculator — EQ-5D-5L, которая находится в открытом доступе [16]. Опираясь на результаты вышеуказанных исследований, за основу были взяты индексы для популяции жителей США.

Статистическую обработку проводили с помощью программы STATISTICA 10.0. Описание количественных данных в случае нормального закона распределения осуществлялось в виде среднего значения и среднеквадратичного отклонения ($\mu \pm \sigma$); при распределении данных, отличном от нормального, их описание осуществлялось с помощью медианы и интерквартильного размаха. Проверка распределения количественных данных выполнялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Качественные значения представлены в абсолютных и относительных величинах (n (%)). Для сравнения количественных данных в двух независимых выборках при нормальном распределении использовался t — критерий Стьюдента, а при отличном от нормального — U — критерий Манна-Уитни. Для определения статистической значимости различий номинальных признаков использовали анализ таблиц сопряженности (критерий χ^2 Пирсона, а также двусторонний точный тест Фишера). Оценка взаимосвязи признаков проводилась при помощи корреляционного анализа (рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05 (p — достигнутый уровень значимости).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам подсчета баллов по шкале комплаентности Мориски-Грина исследуемая когорта была разделена на 2 группы: 1 группа — приверженные лечению пациенты ($n = 103$), набравшие по шкале 3 и 4 балла, 2 группа — не приверженные пациенты, набравшие 2 и менее балла по шкале Мориски — Грина ($n = 73$).

Частота диагностики хронической сердечной недостаточностью (ХСН) была сопоставима в обеих исследуемых группах и составила 20% и 19,3%, соответственно ($p=0,8$). При этом кли-

ническая картина и стадии ХСН также не различалась у приверженных и неприверженных лечению пациентов (таблица 1).

При анализе причин плохой приверженности лечению установлено, что основной причиной несоблюдения врачебных назначений была забывчивость – 25,27%, на втором месте – боязнь побочных эффектов от препаратов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств – 19,8%, третьей по частоте встречаемости явилась полипрагмазия – 13,2%, а 10% пациентов не принимали назначенное лечение из-за отсутствия ощутимого эффекта от терапии и высокой стоимости рекомендованных лекарственных препаратов. Сомневались в правильности назначенного лечения 3,3% респондентов. Несмотря на низкую приверженность лечению, 35,2% пациентов второй группы отметили, что очень редко пропускают прием лекарств, в этом случае низкая приверженность связана, вероятно, с невнимательностью к часам приема медикаментов или забывчивостью.

По мнению пациентов, в повышении их комплаентности очень большую роль играет общение с врачом. Каждый второй опрошенный (47,5%) считает, что более подробная информация о целях и эффектах назначаемых препаратов будет способствовать их более высокому уровню приверженности лечению; 26,3% пациентов хотели бы больше знать о своем заболевании и методах его лечения, 20% – хотели бы увидеть снижение цен на лекарственные препараты, 18,75% больных нуждаются в более пристальном внимании со стороны врача к пациенту и его проблемам со здоровьем, 7,5% пациентов видели решение проблемы низкой комплаентности в устранении недостатков в оказании медицинской помощи (посещение врачей, выписка лекарственных препаратов), и 2,5% пациентов были категорично негативно настроены в отношении врачебных наблюдений и не желали длительно принимать лекарственные препараты. Таким образом, 73,8% пациентов с низкой приверженностью терапии требуется более пристальное внимание лечащего вра-

ча с подробным разъяснением причин и клинической картины заболевания, методов лечения и прогноза жизни, что могло бы благоприятно повлиять на степень приверженности лечению.

При оценке качества жизни по опроснику EQ-5D-5L суммарный индекс КЖ пациентов с ССЗ, обратившихся за медицинской помощью, составил $0,712 \pm 0,165$. При оценке взаимосвязи качества жизни и приверженности лечению, была выявлена положительная корреляция между уровнем качества жизни по данным опросника EQ-5D-5L и приверженностью лечению: чем более комплаентен пациент, тем выше его уровень качества жизни, и наоборот ($r = 0,2$, $p = 0,013$). Вместе с тем, самооценка здоровья по шкале VAS не различалась среди приверженных и неприверженных пациентов и составила в среднем $60,02 \pm 20,50$ балла (табл. 1).

При более детальном анализе пунктов опросника EQ-5D-5L наибольшая корреляционная взаимосвязь была выявлена между приверженностью пациентов терапии и «уходом за собой» ($r = -0,2$, $p = 0,006$), и между приверженностью лечению и наличием болевого синдрома/дискомфорта ($r = -0,16$, $p = 0,03$); таким образом, комплаентные пациенты лучше справляются с самообслуживанием и реже испытывают боль и/или дискомфорт.

При делении пациентов по половому признаку, взаимосвязь между высокой приверженностью лечению и уровнем качества жизни подтверждалась в группе мужчин ($p = 0,01$), тогда как у женщин статистическая значимость различий не достигалась ($p = 0,2$), в том числе и при самооценке здоровья по шкале VAS (табл. 2). Таким образом, у женщин, обратившихся за амбулаторной кардиологической помощью, не установлены взаимосвязи между уровнем качества жизни по опроснику EQ-5D-5L и степенью приверженности лечению. При этом, средние цифры КЖ у женщин существенно ниже, чем у мужчин ($p = 0,001$). Вместе с тем, визуальная оценка собственного здоровья демонстрирует сопоставимые цифры в мужской и женской популяции.

Таблица 1. Клиническая характеристика и уровень качества жизни приверженных и неприверженных лечению пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью

Table 1. Clinical characteristics and quality of life for adherents and non-adherents who seek outpatient care

Показатель	Приверженные пациенты, n = 103	Неприверженные пациенты, n = 73	p
Мужчины/Женщины, n, %	51 (49%) / 52 (51%)	42 (58%) / 31 (42%)	0,25
ХСН в целом n, %	21 (20%)	16 (19,3%)	0,8
Стадия I ХСН, n	17	15	0,3
Стадия IIA ХСН, n	3	3	0,7
Стадия IIB ХСН, n	1	0	0,3
ФК I ХСН, n	2	2	0,7
ФК II ХСН, n	14	8	0,02
ФК III ХСН, n	5	5	0,6
EQ-5D-5L, индекс ($\mu \pm \sigma$)	$0,752 \pm 0,157$	$0,684 \pm 0,144$	0,04
Шкала VAS, баллы ($\mu \pm \sigma$)	$61,46 \pm 20,84$	$57,08 \pm 20,41$	0,2
EQ-5D-5L у мужчин, индекс ($\mu \pm \sigma$)	$0,780 \pm 0,182$	$0,703 \pm 0,136$	0,1
EQ-5D-5L у женщин, индекс ($\mu \pm \sigma$)	$0,676 \pm 0,156$	$0,653 \pm 0,155$	0,6
Шкала VAS мужчины, баллы ($\mu \pm \sigma$)	$66,45 \pm 20,82$	$57,17 \pm 19,49$	0,07
Шкала VAS женщины, баллы ($\mu \pm \sigma$)	$60,90 \pm 20,90$	$58,0 \pm 22,22$	0,6

Примечание: EQ-5D-5L – опросник качества жизни, шкала VAS – визуально-аналоговая шкала, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, $\mu \pm s$ – среднее значение и квадратичное отклонение, p – достигнутый уровень значимости.

Note: EQ-5D-5L – quality of life questionnaire, VAS scale – visual-analogue scale, CHF – chronic heart failure, FC – functional class, $\mu \pm s$ – mean value and standard deviation, p – the achieved level of significance.

При анализе уровня КЖ у мужчин и женщин в зависимости от наличия и тяжести ХСН, установлено, что, наибольшие гендерные различия в уровне КЖ выявляются при наличии ХСН I стадии: мужчины оценивали свое качество жизни выше, чем женщины ($p=0,001$), тогда как при более тяжелой стадии ХСН уровень качества жизни не различался (табл. 2). Показатель VAS в исследуемой группе от стадии ХСН не зависел (таблица 3). При анализе клинической картины ХСН, утяжеление ФК с I на II сопровождалось резким снижением самооценки здоровья для обоих полов ($p=0,01$). При этом, при диагностированном ФК I и II самочувствие мужчин в среднем было лучше, чем женщин ($p=0,02$), тогда как тяжелая ХСН ФК III в большей степени отражалась на худшем самочувствии у мужчин ($p=0,04$) (табл. 2).

ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам исследования установлено, что 41% опрошенных пациентов не привержены медикаментозной терапии,

назначаемой по поводу ССЗ. Самой частой причиной низкой приверженности лечению у амбулаторных пациентов является забывчивость, борьба с которой, во многом зависит от успешности коммуникации врача и пациента: доверия пациента к врачу, уверенности в его профессионализме, в том числе, и заинтересованности в успехе лечения [12, 17, 18].

Способом улучшения приверженности, по мнению пациентов, в 73,8% случаев является достаточный уровень общения с врачом, а именно, наличие более подробной информации о заболевании, о возможных осложнениях, о методах лечения, об эффектах назначаемых препаратов, а также о способах самоконтроля. Полученные показатели сопоставимы с данными аналогичных исследований. Многие работы свидетельствуют, что низкая приверженность лечению – осознанное решение значительного числа больных, основанное на низкой информированности, недопонимании серьезности осложнений заболевания, общем неприятии (отрицании) лечения [17,18, 19, 20].

Таблица 2. Качество жизни амбулаторных больных сердечно-сосудистыми заболеваниями по данным опросника EQ-5D-5L
Table 2. The quality of life of outpatients with cardiovascular diseases according to the questionnaire EQ-5D-5L

Показатель	Мужчины (n = 95)	Женщины (n = 88)	p
EQ 5D – индекс ($\mu \pm \sigma$)	0,748 $\pm$ 0,166	0,67 $\pm$ 0,156	0,00133
ХСН (n = 37) Me (Q25;Q75)	0,732 (0,633;0,788)	0,616 (0,545; 0,729)	0,055
ХСН I стадии Me (Q25;Q75)	0,732 (0,647;0,782)	0,603 (0,437; 0,650)	0,02
ХСН II A и ХСН II Б стадии Me (Q25;Q75)	0,676 (0,609; 0,71)	0,680 (0,599; 0,700)	0,8
ФК I ХСН Me (Q25;Q75)	0,814 (0,798; 0,919)	0,814 (0,796;0,818)	0,7
ФК II ХСН Me (Q25;Q75)	0,725 (0,667; 0,762)	0,612 (0,465; 0,787)	0,1
ФК III ХСН Me (Q25;Q75)	0,585 (0,501;0,739)	0,616 (0,573; 0,729)	0,54

Примечание: EQ-5D-5L – опросник качества жизни, шкала, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, Me Me (Q25;Q75) – медiana и интерквартильный размах, $\mu \pm \sigma$ – среднее значение и квадратичное отклонение, p – достигнутый уровень значимости.

Note: EQ-5D-5L - quality of life questionnaire, scale, CHF - chronic heart failure, FC - functional class, Me Me (Q25; Q75) - median and interquartile range, $\mu \pm s$ - mean value and quadratic deviation, p - level of significance achieved.

Таблица 3. Самочувствие амбулаторных больных сердечно – сосудистыми заболеваниями по шкале VAS
Table 3. The state of health of outpatients with cardiovascular diseases on the VAS scale)

Показатель	Мужчины (n = 95)	Женщины (n = 88)	p
VAS – индекс ($\mu \pm \sigma$)	59,73 $\pm$ 19,82	60,23 $\pm$ 21,18	0,86
ХСН (n = 37) Me (Q25;Q75)	50 (30; 78,8)	50 (40; 55)	0,65
ХСН I стадии Me (Q25;Q75)	50 (30;76)	50 (41;58)	0,63
ХСН II A стадии и ХСН II Б Me (Q25;Q75)	50 (30,74)	46 (38; 52)	0,5
ФК I ХСН Me (Q25;Q75)	80 (75,80)	80 (72;81)	0,7
ФК II ХСН Me (Q25;Q75)	50 (35,70)	45 (30; 55)	0,01
ФК III ХСН Me (Q25;Q75)	30 (30; 41,25)	50 (50;50)	0,04

Примечание: шкала VAS – визуально-аналоговая шкала, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, Me (Q25;Q75) – медиана и интерквартильный размах, $\mu \pm \sigma$ – среднее значение и квадратичное отклонение, p – достигнутый уровень значимости.

Note: VAS scale - visual-analogue scale, CHF - chronic heart failure, FC - functional class, Me (Q25; Q75) - median and interquartile range, $\mu \pm s$ - mean value and quadratic deviation, p - achieved significance level.

Индекс качества жизни EQ-5D-5L пациентов с ССЗ составил $0,71 \pm 0,16$. По данным исследования по оценке качества жизни в разных социально – экономических группах этот показатель в среднем был равен $0,87 \pm 0,001$ [9]. Таким образом, качество жизни амбулаторных пациентов с ССЗ значительно ниже, чем у людей в общей популяции. Кроме этого, самооценка здоровья пациентов с ССЗ, независимо от приверженности лечению, по шкале VAS является низкой и равна в среднем $60,02 \pm 20,50$ баллов, тогда как VAS – показатель в общей российской популяции равен 68 баллов, а в европейской – значения VAS колеблются от 71,1 в Венгрии до 83,7 в Дании [10].

При сравнении КЖ в исследуемых группах, выявлено, что у пациентов, приверженных лечению, КЖ выше, чем у неприверженных. В первую очередь, это проявляется в более высоком уровне самообслуживания и в меньшей выраженности болевого синдрома. Полученные выводы сохранялись в мужской группе и не подтверждались среди женщин [21]. Согласно обзору существующей литературы, российские женщины в общей популяции, в целом, также характеризуются более низкими значениями КЖ в сравнении с мужчинами [10]. Женщины, страдающие ИБС, по сравнению с мужчинами, характеризуются более выраженной невротизацией, большей акцентуацией личности, более высоким уровнем тревожно–депрессивных расстройств, вегетативных нарушений, снижением вариабельности ритма сердца. Кроме того, женщины с ССЗ, в целом, старше мужчин на 10 лет и чаще имеют коморбидную патологию, например, сахарный диабет, тяжелую стенокардию напряжения, что неблагоприятно отражается на качестве жизни [21].

Тенденция к более высокому уровню КЖ у мужчин по сравнению с женщинами сохранялась и при наличии ХСН I стадии, однако, при утяжелении клинической картины ХСН это различие исчезало. Самооценка здоровья по шкале VAS также оставалась низкой независимо от стадии ХСН. Прогрессирование ФК ХСН значимо отражалось на снижении качества жизни и самооценке здоровья для обоих полов. Полученная характеристика качества жизни пациентов с ХСН сопоставима с данными литературы. Так, пациенты с хронической сердечной недостаточностью, значительно страдают в физическом, психологическом, эмоциональном и социальном функционировании. Низкие показатели по всем шкалам, свидетельствующие о плохом качестве жизни, могут быть связаны как с возрастной полиморбидностью, так и социальными аспектами [23,24].

ВЫВОДЫ

1) Доля пациентов, приверженных медикаментозному лечению по поводу ССЗ, среди больных, обратившихся за специализированной кардиологической амбулаторной помощью, составляет 59%, т.е. практически каждый второй амбулаторный пациент нарушает режим приема лекарственных препаратов.

2) Степень приверженности лечению взаимосвязана с уровнем качества жизни по шкале EQ-5D-5L, преимущественно в мужской популяции. При этом, уровень качества жизни у женщин, обратившихся за амбулаторной кардиологической помощью, существенно ниже, чем у мужчин, при одинаковой распространенности ХСН.

3) Улучшению приверженности лечению, по мнению большинства опрошенных пациентов, может способствовать более пристальное внимание со стороны лечащего врача с подробным разъяснением причин и клинической картины заболевания, методов лечения, прогноза жизни, эффектах назначаемых препаратов, а также о способах самоконтроля симптомов заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федеральная служба государственной статистики: <https://gks.ru/folder/12781/> [Federal State Statistics Service (in Russ.)].
2. Бойцов С.А., Самородская И.В., Никулина Н.Н., и др. Сравнительный анализ смертности населения от острых форм ишемической болезни сердца за пятнадцатилетний период в РФ и США и факторов, влияющих на ее формирование. *Терапевтический архив (архив до 2018 г.)*. 2017; 89(9):53-59. [Boytsov SA, Samorodskaya IV, Nikulina NN, et al. Comparative analysis of mortality from acute forms of coronary heart disease over a fifteen-year period in the Russian Federation and the USA and factors affecting its formation. *Therapeutic Archive (archive until 2018)* 2017;89(9): 53-59 (in Russ.)]. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2018.s3.85-87>.
3. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO. Geneva. 2003. P. 18.
4. K. H. Leslie, C. McCowan, J. P. Pell. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *Journal of Public Health*. 2018; 41 (1):84–94. doi.org/10.1093/pubmed/fdy088
5. Кужелева Е. А., Борель К. Н., Гарганеева А. А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(3): 291-295. [Kuzheleva E. A., Borel K. N., Garganeeva A. A. Low adherence to treatment after myocardial infarction: causes and methods of correction taking into account the psychoemotional state of patients. *Rational pharmacotherapy in cardiology* 2016; 12 (3): 291-295 (in Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-3-291-295>.
6. Одинцова В. В., Зудин А. Б., Горчакова Н. М., и др. Качество жизни и жизни и благополучие пациентов с хроническими заболеваниями. М.: Методические рекомендации (№ 5), 2016. 3 с. [Odintsova V. V., Zudin A. B., Gorchakova N. M., et al. Quality of life and life and well-being of patients with chronic diseases. M.: Guidelines (No. 5) 2016. P. 3. (in Russ.)]
7. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., и др. Качество жизни лиц с артериальной гипертензией в России - есть ли связь со статусом лечения (по данным популяционного исследования ЭССЕ - РФ). *Российский кардиологический журнал* 2016; (9):7-13. [Balanova Yu.A., Kontsevaya A.V., Shalnova S.A., et al. Quality of life of people with arterial hypertension in Russia - is there any connection with the status of treatment (according to the population study ESSE - RF). *Russian Journal of Cardiology* 2016; (9): 7-13 (in Russ.)]. DOI: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-7-13>.
8. Mandy van Reenen, Mark Oppe, Kristina Secnik Boye, et. Al. EQ-5D User Guide Basic information on how to use the EQ-5D – 5L instrument. Version 3.0. 2019. P. 1 - 36.
9. Herdman M. et al. Qual Life Res. Interim scoring for the THE EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L TO EQ-5D-3L value sets. P. 1 - 3.
10. Концевая А. В., Шальнова С. А., Баланова Ю. А. и др. Качество жизни российской популяции по данным исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2016; 15(5): 84 - 90. [Kontsevaya A. V., Shalnova S. A., Balanova Yu. A. et al. The quality of life of the Russian population according to an ESSE-RF study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2016;15(5):84-90 (in Russ.)]. DOI:<https://doi.org/10.15829/1728-8800-2016-5-84-90>
11. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986; 24(1): 67-74.
12. Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П. и др. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. *Клиницист*. 2012; 2: 41-9. [Lukina Yu.V., Ginzburg M.L., Smirnov V.P., et al. Adherence to treatment prior to hospitalization in patients with acute coronary syndrome. *Clinician*.

- 2012; 2: 41-9 (in Russ.)].
13. Акулова А. И., Гайдукова И. З., Ребров А. П. Валидация версии 5L опросника EQ-5D в России. Научно-практическая ревматология 2018; 56(3): 351-355. [Akulova A.I., Gaidukova I.Z., Rebrov A.P. Validation of version 5L of the EQ-5D questionnaire in Russia. Scientific and Practical Rheumatology. 2018; 56 (3): 351-355 (in Russ.)]. DOI: <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-351-355>.
 14. Shaw J.W., Johnson J.A., Coons S.J. US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model. Med Care. 2005; 43(3): 203-20. DOI: 10.1097/00005650-200503000-00003
 15. Ben van Hout, M.F. Janssen, You-Shan Feng, et. al. Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets. Value in Health. 2012; 15: 708–715. DOI: [doi:10.1016/j.jval.2012.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.02.008)
 16. Crosswalk Index Value Calculator – EQ-5D-5L: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/valuation-standard-value-sets/crosswalk-index-value-calculator/>
 17. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Мелик-Оганджян Г.Ю., и др. Приверженность лечению сердечно-сосудистых заболеваний: проблема врачей и пациентов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009;8(4):98-102. [Pogosova G.V., Koltunov I.E., Melik-Oganjanjan G.Yu., et al. Adherence to the treatment of cardiovascular disease: a problem for doctors and patients. Cardiovascular therapy and prevention. 2009; 8 (4): 98-102 (in Russ.)].
 18. Cesar I. Fernandez-Lazaro, Juan M. Garcia-González, David P. Adams, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. BMC Family Practice, 2019; 20 (132): 1 – 12. doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3.
 19. Zhao Ni, Latefa Dardas, Bei Wu, et. al. Cardioprotective medication adherence among patients with coronary heart disease in China: a systematic review. Heart Asia. 2019; 11(2): 1 – 2. doi: 10.1136/heartasia-2018-011173.
 20. Van der Laan, Danielle M, Christel C. L., et. al. Factors Associated with Nonadherence to Cardiovascular Medications. Journal of Cardiovascular Nursin. 2019; 34 (4): 344–352. doi: 10.1097/JCN.0000000000000582.
 21. Khayyat SM, Mohamed MMA, Khayyat SMS, et al. Association between medication adherence and quality of life of patients with diabetes and hypertension attending primary care clinics: a cross-sectional survey. Qual Life Res. 2019;28(4): 1053-1061. doi: 10.1007/s11136-018-2060-8.
 22. Дворецкий Л.И., Гибрадзе Н.Т., Черкасова Н.А., др. Ишемическая болезнь сердца у женщин. Русский медицинский журнал. 2011; 2: 79. [Butler LI, Gibradze NT, Cherkasova NA, et al. Coronary heart disease in women. Russian Medical Journal. 2011; 2: 79 (in Russ.)].
 23. Voratima Silavanich, Surakit Nathisuwan, Arintaya Phrommintikul et. al. Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. Heart & Lung. 2018; 1: 1 – 6. doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.009.
 24. Вологодина И. В., Симаненков В. И, Порошина Е. Г. Качество жизни и приверженность терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, коморбидными когнитивными и аффективными нарушениями. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2016; 8 (1): 45–49. [Vologdina I.V., Simanenkov V.I., Poroshina E.G. Quality of life and adherence to therapy in elderly patients with chronic heart failure, comorbid cognitive and affective disorders. Bulletin of the North-West State Medical University. I.I. Mechnikov. 2016; 8 (1): 45–49 (in Russ.)].