

## ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ НАГЛЯДНЫХ МОТИВИРОВАННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ДОЛГОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Канд. мед. наук Е. А. НАУМОВА, Е. В. ТАРАСЕНКО, проф. Ю. Г. ШВАРЦ

### THE INFLUENCE OF STANDARD CLEAR MOTIVATED RECOMMENDATIONS ON THE PATIENTS COMPLIANCE TO LONG-TERM THERAPY

E. A. NAUMOVA, E. V. TARASENKO, YU. G. SCHWARZ

*Саратовский государственный медицинский университет, Российская Федерация*

**Представлены результаты исследования влияния разработанных авторами кратких, стандартизованных, наглядных, направленных на мотивацию рекомендаций, выдаваемых при выписке из стационара, на дальнейшую приверженность больных к лечению. Показано их положительное влияние на самочувствие пациентов и общую приверженность к лечению, особенно к приему статинов.**

*Ключевые слова: больные с хронической патологией, стандартизованные, мотивированные рекомендации, комплаенс.*

The results of the research of influence of the original brief standard clear motivation-targeted recommendations on the further compliance of the patients are presented. Their positive influence on the patients' condition and general compliance, especially at statin administration, is shown.

Key words: patients with chronic pathology, standard motivated recommendations, compliance.

Приверженность к длительному лечению — очень важный фактор в лечении пациентов с хроническими заболеваниями. Однако, несмотря на наличие достаточно большого количества работ по этой проблеме [1–5], степень выполнения врачебных рекомендаций остается низкой. На сегодняшний день очень мало эффективных вмешательств, повышающих комплаенс пациента, более того, все вмешательства, способные повысить степень выполнения врачебных рекомендаций пациентами, носят исключительно сложный, комбинированный характер [6], что крайне затрудняет широкое применение их на практике.

В последние несколько лет в литературе, посвященной приверженности пациентов к терапии, появилась новая теория [7] о делении всех, самых разнообразных причин некомплайентности пациента на две большие группы: сознательные (или умышленные) действия пациента и неосознанные (неумышленные) его поступки (показаны на схеме). В случае неумышленных отклонений от предписанной терапии пациенты хотят следовать назначениям врача, но не могут. Их желание может быть ограничено забывчивостью (и тогда они пропускают прием очередной дозы препарата), невнимательностью (и тогда пациенты могут путать назначенные им средства), а также непониманием назначений доктора (в связи с языковыми проблемами, сложным режимом назначений, неумением пользоваться специальными приборами, например, ингаляторами и т. п.).

В случае умышленных нарушений врачебных предписаний мы имеем дело с осознанными действиями пациента. Это могут быть ошибки пациента, связанные с недостатком информации о заболевании и лечении. Например, пациент не понимает, что имеющееся у него состояние — хроническое заболевание, требующее постоянного приема лекарственных средств, или не знает, что делать при внезапном повышении артериального давления, у него нет дома препаратов для экстренного купирования приступа, и при ухудшении состояния пациент решает, что назначенное ему лечение неэффективно, бросает его и/или занимается самолечением и через какое-то время оказывается в стационаре. Это могут быть также «правила», придуманные самим пациентом или полученные им от его друзей, знакомых и т. п. Наиболее типичное — необходимость «отдыха от препаратов», так как длительный прием обязательно приведет к привыканию, и тогда все лечение будет неэффективным. Еще одна группа осознанных действий пациента — это отклонения от предписаний, менее существенные, чем отказ от терапии или самолечение: это нарушения, оцениваемые как незначительные и призванные, с его точки зрения, «облегчить жизнь», — прием всех таблеток одновременно вместо последовательного приема с интервалами. В ряде случаев такие отклонения могут быть вызваны обстоятельствами (например, отказ от диуретиков перед дальней дорогой), и тогда такие нарушения носят скорее

позитивный, нежели негативный характер.

Конечно, не всегда можно провести четкую границу между всеми описанными причинами поведения пациентов, к примеру, забывчивость и невнимательность очень часто связаны с недостаточной мотивацией. Но нам такой подход представляется очень ценным, особенно с точки зрения вмешательств, направленных на повышение приверженности пациентов к лечению. Ни в одном из проведенных на сегодняшний день исследований вмешательства, направленные на повышение комплаенса, не делились на осознанную или неосознанную часть поведения больного (причем этот факт отмечен не только нами, но и некоторыми иностранными авторами [7]). Более того, хоть сколько-нибудь эффективными были в основном вмешательства, направленные на забывчивость пациентов (звонки, письма-напоминания, дополнительное наблюдение медицинской сестры, фармацевта, реже врача) [7], тогда как влияние на осознанную часть поведения пациента может быть гораздо перспективнее.

Как видно из приведенной схемы, важнейшее значение в возможном влиянии на сознательные действия пациента имеет информация. Следует отметить, что по результатам проведенных исследований простое предоставление информации пациентам (в том числе в ходе обучающих программ и обычных письменных рекомендаций) в большинстве случаев мало эффективно [9]. При этом сами пациенты обычно хотят получать дополнительную

информацию о лечении [10] и предпочитают, чтобы она была изложена письменно [9]. Нельзя не отметить важность состава предоставляемой информации: для пациента большее значение имеют знания не о заболевании вообще, а именно о том лечении, которое было назначено ему [11]. При этом приверженность пациентов к различным группам препаратов различна [12]. В ряде руководств, в частности [13], рекомендуется использовать расширенные письменные рекомендации для пациентов с применением различных наглядных элементов и пояснений (self-management asthma-plan и др.). Эффективность этих вмешательств не всегда высока. С нашей точки зрения, подобные рекомендации влияют на внимательность пациента, но ни одна из них не затрагивает мотивацию и сознательную часть поведения пациента.

Мотивация пациента — это отдельная сложная проблема, единого взгляда на которую в современной литературе не существует [14]. С одной стороны, плохое самочувствие пациента действительно достоверно повышает его интерес к процессу лечения [15]. При этом такая сильная биологическая мотивация, как самосохранение, ни в одном из исследований не была отмечена пациентами как самая главная. Пациенты намного сильнее боятся потери социальных функций, связанных, к примеру, с ампутацией конечности, сильным нарушением зрения, мочеиспускания, чем самой смерти [16]. Из этого может следовать, что если информация будет содержать данные о влиянии препаратов не



Причины невыполнения пациентами врачебных назначений

только на продление жизни, но и на улучшение ее качества, то в этом случае ее влияние на пациента может быть сильнее. Очень часто отмечается также страх побочных эффектов препаратов, причем основанный в большинстве случаев не на собственном опыте, а на опыте других пациентов или информации из аннотаций к лекарственным средствам [12, 15]. А ожидают пациенты от лечения помощи в снижении риска осложнений, улучшения своего самочувствия, повышения и поддержания общего тонуса организма [17]. Здесь нельзя не отметить, что если побочные эффекты лечения всегда широко представлены и в аннотациях к лекарственным средствам, и в информации для пациента, то именно положительные эффекты описаны кратко и очень часто только с медицинской точки зрения, что делает их восприятие пациентом крайне затруднительным.

Необходимо также отметить, что критической точкой в процессе терапии большинство пациентов считают переход от госпитального этапа лечения к амбулаторному [18, 19], т. е. пациенты

не довольны процессом выписки из стационара и, как следствие, не всегда хорошо понимают, что им необходимо делать дальше, и это несмотря на традиционную «выписку», выдаваемую пациенту на руки.

Таким образом, можно предположить, что оптимальными для пациента будут рекомендации, выдаваемые при выписке из стационара, и содержащие информацию о лечении данного конкретного пациента, но обязательно с учетом мотивации и ожиданий пациента.

Целью нашего исследования было изучить влияние разработанных нами кратких, стандартизованных, наглядных, направленных на мотивацию рекомендаций, выдаваемых при выписке из стационара, на дальнейшую приверженность пациентов к лечению.

В исследование включались все пациенты, находившиеся на стационарном лечении в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета и согласившиеся участвовать в исследовании. Критериями исключения из ис-

Таблица 1

**Характеристика пациентов, принимавших участие в исследовании\***

| Показатели              |   | Рекомендации выданы |       | Рекомендации не выданы |       |       |
|-------------------------|---|---------------------|-------|------------------------|-------|-------|
|                         |   | Число пациентов     |       |                        |       |       |
|                         |   | абс.                | %     | абс.                   | %     |       |
| Пол                     | Женский                                 | 21                  | 27,77 | 38                     | 63,88 |       |
|                         | Мужской                                 | 55                  | 72,22 | 67                     | 36,11 |       |
| Возраст                 | Не достигшие пенсионного возраста       | 46                  | 61,11 | 61                     | 58,33 |       |
|                         | Достигшие пенсионного возраста          | 30                  | 38,89 | 44                     | 41,66 |       |
| Поступили               | Экстренно                               | 38                  | 50,00 | 44                     | 41,66 |       |
| Причина госпитализации  | В плановом порядке                      | 38                  | 50,00 | 61                     | 58,33 |       |
|                         | Острый инфаркт миокарда                 | 21                  | 27,78 | 20                     | 19,44 |       |
|                         | Нестабильная стенокардия                | 46                  | 61,11 | 49                     | 61,11 |       |
|                         | ХИБС: нарушения ритма                   | 0                   | 00,00 | 6                      | 5,56  |       |
| Сопутствующая патология | ХИБС: сердечная недостаточность         | 4                   | 5,56  | 0                      | 0,00  |       |
|                         | АГ                                      | 4                   | 5,56  | 18                     | 16,67 |       |
|                         | АГ                                      | 31                  | 41,17 | 26                     | 25,00 |       |
|                         | Стабильная стенокардия напряжения       | 46                  | 61,11 | 53                     | 66,67 |       |
|                         | Перенесенный инфаркт миокарда           | 46                  | 61,11 | 44                     | 41,67 |       |
|                         | Мерцательная аритмия                    | 17                  | 22,22 | 38                     | 36,11 |       |
|                         | Перенесенное ОНМК                       | 4                   | 5,56  | 3                      | 2,7   |       |
|                         | Остеохондроз                            | 30                  | 38,89 | 15                     | 13,89 |       |
|                         | Сахарный диабет                         | 25                  | 33,33 | 20                     | 19,44 |       |
|                         | Заболевания почек и мочевыводящих путей |                     | 13    | 16,67                  | 15    | 13,89 |
|                         |   | органов дыхания     | 13    | 16,67                  | 6     | 5,56  |
|                         |   | ЖКТ                 | 34    | 44,44                  | 44    | 41,66 |
|                         | Другие заболевания                      | 34                  | 44,44 | 29                     | 27,78 |       |

\* Все различия между группами недостоверны ( $p > 0,05$ ).

следования были злокачественная артериальная гипертензия (АГ): стойкое АД более 200/110 мм рт. ст. несмотря на регулярный прием минимум 2 гипотензивных препаратов; тяжелая сердечная недостаточность (NYHA IV); рецидивирующая, устойчивая к лечению стенокардия; жизнеугрожающие тахикардии, рецидивирующий инфаркт миокарда; инсульты в настоящее время или в анамнезе, которые привели к серьезным функциональным нарушениям; злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время или в анамнезе; любые серьезные заболевания, которые могли существенно повлиять на продолжительность жизни пациента или его участие в данном исследовании; невозможность последующей связи с пациентом по любой причине.

В исследовании согласились принять участие 156 больных в возрасте от 33 до 80 лет, медиана составила 58 лет. В группу вмешательства вошли 76 пациентов, в группу контроля — 80. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии (табл. 1).

Были разработаны письменные стандартизованные наглядные рекомендации для пациентов по приему назначенной им при выписке терапии. Они содержали информацию о каждом из назначенных препаратов, дозировках, режиме приема, а также об эффектах препарата при его длительном применении. Эффекты препарата были описаны не традиционным способом, используемым в аннотациях к лекарственным средствам, а в виде трех кратких утверждений о действии препарата с трех точек зрения [17, 20]:

1) снижение страхов пациента (например: «Метопролол снижает угрозу внезапной смерти, «скачков» артериального давления, сердцебиения»);

2) фиксация внимания на возможных достижениях при длительном приеме каждого препарата («Метопролол позволяет достигнуть лучшей устойчивости к нагрузкам и волнениям»);

3) акцент на возможности поддержания и сохранения нормального функционирования организма («Метопролол поддерживает и сохраняет экономную работу сердца, защищает от стресса»).

Все утверждения были стандартизованы по группам препаратов ( $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики и т. п.). Состав рекомендованных препаратов был индивидуализирован для каждого из пациентов. Рекомендации выглядели как небольшой плакат, занимающий одну страницу формата А4, и были выполнены в виде цветной таблицы. Цветовые сочетания «текст—фон», определяющие соответственно для каждого из трех утверждений агрессию, радость и спокойствие, были определены на основании классических теорий восприятия человеком цвета — М. Люшера, Т. Кенига, Е. Баранова [20].

В день выписки пациенты, согласившиеся на участие в исследовании, были рандомизированы на две группы: пациенты, которым на руки

были выданы стандартизованные рекомендации, и те, которым они не выдавались. Помимо этого все пациенты получали на руки выписку из стационара, которая также содержала рекомендации по лечению, но изложенные обычным способом, а также стандартные рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по артериальной гипертензии и/или ишемической болезни сердца, и/или сердечной недостаточности (в зависимости от наличия у пациента каждого из заболеваний).

Контрольные звонки (по специальным формам-опросникам) проводились через 6 мес после выписки больного из стационара. Пациентов спрашивали о продолжении ими терапии, назначенной им в стационаре, о регулярности приема препаратов, о частоте пропусков, о побочных эффектах принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, об изменении их физического и эмоционального самочувствия за прошедшее время. Интересовались также, как влияют на самочувствие пациентов препараты, назначенные им при выписке из нашей клиники, и почему они продолжают прием этих средств.

Продолжение пациентом терапии определялось двумя способами: на основании ответа пациента на вопрос о продолжении приема препаратов, назначенных ему в нашей клинике, и на основании сопоставления терапии, назначенной пациенту в клинике в момент выписки, и того лечения, которое он получает на момент телефонного опроса. Сопоставление терапии, назначенной пациенту и принимаемой им, проводилось по группам препаратов и по совокупности всех назначений данному пациенту: если он продолжал прием 80% и более препаратов, назначенных ему в клинике, — это рассматривалось как приверженность к терапии, если менее — как невыполнение врачебных рекомендаций. «Двойной контроль» комплаенса был обусловлен тем, что, с одной стороны, пациенты не всегда откровенно отвечают на вопросы о врачебных рекомендациях [21]; с другой стороны, сопоставление терапии, назначенной пациенту при выписке и получаемой им в итоге через полгода, также ограничено возможными изменениями в состоянии пациента либо вмешательством в его лечение врача амбулаторного этапа.

С помощью однофакторного анализа оценивалась возможная связь между получением пациентом на руки стандартизованных рекомендаций и перечисленными критериями приверженности пациента к терапии, а также его субъективной оценкой своего состояния в настоящее время.

Препараты, назначенные больным при выписке, приведены в табл. 2. Значительных различий между группами здесь также не было выявлено. Отмечалась статистическая тенденция: нитраты несколько чаще назначались в группе вмешательства, а  $\beta$ -блокаторы — в группе контроля. В связи с крайне небольшим процентом назначе-

Таблица 2

**Назначения пациентам при выписке из стационара**

| Препараты           | Рекомендации выданы |        | Рекомендации не выданы |        |
|---------------------|---------------------|--------|------------------------|--------|
|                     | Число пациентов     |        |                        |        |
|                     | абс.                | %      | абс.                   | %      |
| Дезагреганты        | 68                  | 88,88  | 67                     | 83,33  |
| Нитраты*            | 42                  | 55,56  | 29                     | 36,11  |
| Диуретики           | 72                  | 94,44  | 67                     | 83,33  |
| β-блокаторы*        | 55                  | 72,22  | 71                     | 88,89  |
| Ингибиторы АПФ      | 76                  | 100,00 | 80                     | 100,00 |
| Антагонисты кальция | 30                  | 38,88  | 18                     | 22,22  |
| Статины             | 72                  | 94,44  | 78                     | 97,22  |

\* Имеется статистическая тенденция ( $p = 0,10$ ).

Таблица 3

**Результаты телефонного опроса пациентов через 6 мес после выписки из стационара**

| Показатели                                   | Рекомендации выданы |       | Рекомендации не выданы |       |
|--|---------------------|-------|------------------------|-------|
|  | Число пациентов     |       |                        |       |
|  | абс.                | %     | абс.                   | %     |
| Произошли изменения в личной жизни           | 8                   | 11,11 | 4                      | 5,56  |
| в здоровье                                   | 38                  | 50,00 | 31                     | 38,89 |
| Отмечали побочные эффекты                    | 13                  | 16,67 | 11                     | 13,89 |
| Принимали препараты регулярно                | 68                  | 88,89 | 64                     | 80,56 |
| Не пропускали прием назначенных медикаментов | 45                  | 58,82 | 60                     | 75,00 |
| Улучшилось физическое состояние*             | 72                  | 94,44 | 53                     | 66,67 |
| эмоциональное состояние*                     | 72                  | 94,44 | 53                     | 66,67 |
| самочувствие*                                | 72                  | 94,44 | 62                     | 77,77 |
| Удовлетворены лечением в настоящее время**   | 46                  | 61,11 | 33                     | 41,67 |

\* Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

\*\* Имеется статистическая тенденция ( $p = 0,10$ ).  
То же в табл. 4.

ний антиаритмиков (были рекомендованы всего в 6 случаях) анализ по этой группе препаратов отдельно не проводился.

Результаты телефонного опроса пациентов представлены в табл. 3. Существенные изменения в здоровье пациентов в виде повторных госпитализаций и гипертонических кризов имели приблизительно одинаковую частоту в обследованных группах. Изменения в личной жизни произошли также у одинакового количества пациентов. Таким образом, по такому параметру, как внешние причины, способные повлиять на конечную точку исследования в виде приверженности к лечению, обследованные группы были сопоставимы между собой.

Побочные эффекты принимаемых препаратов в нашем исследовании были отмечены с одинаковой частотой в обеих группах пациентов. Исходя из этого, можно полагать, что данный фактор также не повлиял на результаты проводимого сопоставления.

Через 6 мес только трое пациентов (2%) признались, что прекратили прием препаратов, рекомендованных им в клинике, остальные утверждали, что продолжали лечение так, как было назначено в клинике (табл. 3). Регулярно препараты принимали и пропускали очередной прием лекарственных средств, также по данным опроса, одинаковое количество пациентов в обеих группах.

В группе вмешательства достоверно увеличилось количество пациентов отметивших улучшение общего самочувствия в целом, а также отдельно своего физического и эмоционального состояния.

При сопоставлении терапии, назначенной пациентам в клинике и принимаемой ими во время проведения опроса (табл. 4), было выявлено, что пациенты достаточно часто бросали применение одного или нескольких препаратов. При этом пациенты, которым были выданы рекомендации, достоверно реже прекращали применение нитратов и статинов. Общий комплаенс выше 80% также встречался чаще в группе вмешательства. Достоверно больше он был в группе вмешательства у пациентов, выполняющих все врачебные рекомендации (т. е. имеющих комплаенс 100%).

Первое, что необходимо отметить при анализе результатов исследования, — различия между ответами пациентов по поводу продолжения назначенного врачом лечения и частотой отмены препаратов, выявленной нами при сопоставлении препаратов, назначенных в стационаре и принимаемых в настоящий момент: большинство пациентов не признались, что бросили прием одного или нескольких лекарственных средств. Как уже было отмечено, это может быть связано с не совсем искренними и точными ответами пациентов. Несовпадения ответов пациентов и их реального поведения, особенно в отношении принимаемой ими терапии, уже отмечались нами ранее: различия между препаратами, указываемыми пациен-

Таблица 4

**Препараты, прием которых пациенты прекратили**

| Препараты             | Рекомендации выданы |       | Рекомендации не выданы |       |
|-----------------------|---------------------|-------|------------------------|-------|
|                       | Число пациентов     |       |                        |       |
|                       | абс.                | %     | абс.                   | %     |
| Дезагреганты          | 17                  | 25,00 | 16                     | 23,33 |
| Нитраты*              | 0                   | 0     | 9                      | 30,77 |
| Диуретики             | 8                   | 11,76 | 15                     | 22,58 |
| β-блокаторы           | 4                   | 7,69  | 4                      | 6,25  |
| Ингибиторы АПФ        | 0                   | 0     | 0                      | 0     |
| Антагонисты кальция   | 0                   | 0     | 2                      | 12,5  |
| Статины*              | 25                  | 35,29 | 44                     | 57,14 |
| Compliance выше 80%** | 46                  | 61,11 | 31                     | 38,89 |
| Compliance 100%**     | 34                  | 44,44 | 16                     | 19,44 |

тами в ответах, и препаратами, покупаемыми ими в аптеках, также очень существенны [22]. При этом опрос пациентов остается единственным возможным способом изучения комплайенса в России, так как определение концентрации лекарственного средства в крови пациента, устройства типа MEMS (medical events monitoring system) для подсчета открываний пациентом упаковки лекарственного средства — методы дорогостоящие и неприменимые у большого количества обследуемых [1, 5, 22]. Простой подсчет возвращенных таблеток и определение количества принятых пациентом — также практически неосуществимы в отношении препаратов, купленных пациентом самостоятельно. Можно предположить, что сопоставление терапии по принципу, описанному нами, может давать больше полезной информации при оценке реальной приверженности пациента к терапии, чем вопросы о ее продолжении, пропусках и пр., так как психологически вопрос о том, какие препараты вы принимаете сейчас, для пациента звучит более безобидно и не заставляет его «выкручиваться».

Отсутствие влияния стандартизованных наглядных мотивированных рекомендаций на регулярность приема препаратов, с одной стороны, может быть связано с несовершенным способом его оценки, т. е. на основании только ответов пациентов. С другой стороны, регулярность приема лекарственных средств — параметр, в большей степени зависящий от забывчивости и невнимательности пациента (т. е. неосознанной части его поведения), чем от мотивации. Данные рекомендации разрабатывались, как влияющие именно на умышленные действия пациентов, поэтому

они действительно могли не оказывать значимого влияния на пропуски приема таблеток по забывчивости.

Интересно, что все пациенты продолжили прием ингибиторов АПФ. Можно предположить, что объем информации об этой группе препаратов и среди врачей, и среди больных максимальный. Именно информация и повлияла на такую высокую приверженность пациентов к приему именно этой группы средств.

Обращает на себя внимание и то, что достоверные изменения были выявлены только по двум группам препаратов: нитраты и статины. Необходимо еще раз подчеркнуть, что исходно группы лечения и вмешательства были сопоставимы и по сопутствующей патологии, и по числу назначений этих препаратов пациентам, хотя отмечалась тенденция к более частому назначению нитратов в группе вмешательства. Это могло (хотя и маловероятно) оказать влияние на результат исследования. С другой стороны, диагноз стенокардия исходно был у одинакового количества пациентов в двух группах, и трудно предположить, что изменение числа пациентов, принимающих нитраты, было связано с существенным отличием по числу пациентов со стенокардией в одной из групп. Вероятно, именно выданные пациентам рекомендации повлияли на прием этой группы препаратов.

Но наиболее показательным было достоверное различие по числу больных, продолжающих прием статинов. Если у пациентов (всех, находившихся на стационарном лечении по поводу ИБС) и были изменения в состоянии здоровья, которые привели к отмене любого из препаратов или к замене одного препарата другим, то предположить ситуацию, в которой потребовалась бы отмена статинов (при отсутствии изначально противопоказаний к ним и отсутствии нежелательных явлений), достаточно сложно. Вероятно, мотивированные рекомендации значимо повлияли на приверженность пациентов к терапии статинами.

Здесь необходимо отметить следующее: принцип построения утверждений о действии препаратов был одинаков для всех групп медикаментов, но именно о статинах мы написали, что это наиболее эффективная группа препаратов по влиянию на такие осложнения, как инфаркт и инсульт, а также на продолжительность жизни. Конечно, такое выделение именно этих медикаментов могло произвести на пациентов настолько более выгодное впечатление по сравнению с другими препаратами, что они реже отказывались от приема этих средств. Но в целом статины пациенты бросали чаще лекарственных средств всех других групп. Нам представляется, что причины этого — не всегда доступная стоимость этих медикаментов и отсутствие явного видимого влияния на самочувствие пациента. Исходя из этого, можно предположить, что осознанно продолжили терапию статинами именно те пациенты, на мотивацию

которых и подействовали данные рекомендации.

Количество пациентов с общим комплайенсом 100% и выше 80% было выше в группе вмешательства, что достаточно убедительно свидетельствует в пользу эффективности разработанных нами рекомендаций. Вероятно, подход, основанный на воздействии на осознанную, мотивационную часть поведения пациента, на акцентирование достижений при длительном приеме препарата (а не его недостатков в виде побочных эффектов) действительно эффективнее применявшихся ранее методов.

Таким образом, результаты проведенного ис-

следования позволяют сделать следующие выводы.

Разработанные нами стандартизированные наглядные мотивированные рекомендации, по данным ответов пациентов, не влияют на регулярность приема таблеток и частоту пропусков лекарственных средств. Применение этих рекомендаций ассоциировано с достоверным улучшением самочувствия пациентов в группе вмешательства. Предлагаемые рекомендации достоверно повышают общую приверженность пациентов к лечению, особенно к приему таких препаратов, как статины.

#### Литература

- World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action.— Geneva, 2003: www.who.int.
- Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century.— London: DoH, 2001: 12.www.doh.gov.uk/healthinequalities
- Carter S., Taylor D., Levenson R. A question of choice — compliance in medicine taking, a preliminary review. www.medicinespartnership.org
- From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking.— The Royal pharmac. soc. of Great Britain. Working Party report. www.medicinespartnership.org
- Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // NEMJ.— 2005; 353: 487–497.
- Interventions for enhancing medication adherence / R. B. Haynes, X. Yao, A. Degani at al. // Cochrane Database of System. Rev.— 2005, Issue 4. Art.No: CD000011.DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub2.
- Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? // Qual Saf Health Care.— 2002; 11: 81–84.
- Self-management education for chronic obstructive pulmonary disease. / E. M. Monninkhof, P. D. van der Valk, J. van der Palen at al. // Cochrane Database of System. Rev.— 2002, Issue 4. Art.No: CD002990. DOI:10.1002/14651858.CD002990.
- Weinman J. Providing written information for patients: psychological considerations // J. of the Royal Soc. of Med.— 1990; 83: 303–305.
- Action plans for chronic obstructive pulmonary disease / A. C. Turnock, E. H. Walters, J. A. E. Walters, R. Wood-Baker // Cochrane Database of Syst. Rev.— 2005, Issue 4. Art.No: CD005074.DOI:10.1002/14651858.CD005074.pub2.
- The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective — theoretical aspects / H. Thorsen, K. Witt, H. Hollnagel, K. Malterud // Fam. Pract.— 2001; 6: 638–643.
- «Compliance» is futile but is «concordance» between rheumatology patients and health professionals attainable? / G. J. Treherne, A. C. Lyons, E. D. Hale at al. // Rheumatology.— 2006; 45(1): 1–5.
- Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention.— 2006. www.ginasthma.org.
- The concept of patient motivation / N. Maclean, P. Pound, C. Wolfe, A. Rudd // Stroke.— 2002; 33: 444.
- Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication / J. E. Aikens, D. E. Nease, D. P. Nau at al. // An. of Fam. Med.— 2005; 3: 23–30.
- Davison S. N., Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study // BMJ.— 2006; 333: 886.
- Hunt L. M., Valenzuela M. A., Pugh J. A. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy. The basis of patient reluctance // Diabetes Care.— 1997; 20(3): 292–298.
- Cleary P.D., Edgman-Levitan S., Walker J.D. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals // Qual. Manag. Health Care.— 1993; 2: 31–38.
- Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов от лечения, в клинике внутренних болезней // Междунар. журн. мед. практики.— 2006; 4: 48–51.
- Лебедев-Любимов А. Н. Психология рекламы.— С.Пб.: Питер, 2003.— 368 с.
- Kilbourne A. M., Good C. G., Sereika M. S. Algorithm for assessing patients adherence to oral hypoglycemic medication // Am. J. Health-Syst. Pharm.— 2005; 62: 198–204.
- Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Амбулаторное лечение артериальной гипертензии. Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов // Клин. фарм. и терапия.— 2000.— № 4.— С. 19–21.

Поступила 05.07.2006