

Исследование приверженности лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра ПРОФИЛЬ)

Лукина Ю. В.¹, Марцевич С. Ю.^{1,2}, Загребельный А. В.¹, Трипкош С. Г.¹, Айду Ф. А.¹, Деев А. Д.¹

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России;

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России. Москва, Россия

Цель. На основании регистра ПРОФИЛЬ, дополненного результатами анкетирования больных, проанализировать приверженность пациентов соблюдению врачебных рекомендаций, касающихся, в частности гипохолестеринемической терапии (ГЛТ).

Материал и методы. За период с 1 мая по 31 декабря 2011 г в регистр ПРОФИЛЬ включены 274 больных, из них 82 впервые обратились в специализированный медицинский центр и были отнесены к контрольной группе (ГК), 167 наблюдались в центре регулярно (основная группа А – ОГА), 25 – последний раз посещали центр >2 лет тому назад (основная группа Б – ОГБ). Из 274 больных, сведения о которых были включены в регистр ПРОФИЛЬ, 262 человека заполнили специально разработанную анкету по оценке приверженности лечению, 12 пациентов отказались заполнить предложенный опросник.

Результаты. Согласно результатам анкетирования пациенты ОГА проинформированы о целях назначенной им ГЛТ лучше, чем пациенты ГК и ОГБ: 67% больных из ОГА vs 35% и 48%, соответственно ($p < 0,0001$). 87% больных ОГА принимают статины ежедневно, в ГК и ОГБ таких больных было 41,5% и 64%, соответственно ($p = 0,002$).

Отмечается, что контроль эффективности лечения статинами регулярно проводится пациентам ОГА: 37,5% больных контролируют уровень холестерина (ХС) 1 раз в 6 мес., 28% – 1 раз в год. Частота такого же контроля в ГК и ОГБ 17% и 16%; 15% и 40%, соответственно ($p < 0,0001$). Треть пациентов ГК, каждый четвертый в ОГБ и только 13% больных ОГА не контролируют уровень ХС ($p < 0,0001$).

Заключение. Наиболее привержены лечению пациенты регулярно наблюдающейся в ГНИЦПМ ОГА: для них характерны хорошая информированность о своем заболевании, его лечении, целях терапии, регулярные прием назначенных препаратов (статинов) и контроль лечения, лучшие (среди исследуемых групп) результаты эффективности ГЛТ.

Ключевые слова: регистр, анкета, приверженность, гипохолестеринемическая терапия.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (5): 56-61

Поступила 13/08–2012

Принята к публикации 28/08–2013

Therapy compliance in ambulatory patients: PROFILE Registry data

Lukina Yu. V.¹, Martsevich S. Yu.^{1,2}, Zagrebelnyi A. V.¹, Tripkosh S. G.¹, Aidu F. A.¹, Deev A. D.¹

¹State Research Centre for Preventive Medicine; ²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow, Russia

Aim. Using the data from the PROFILE Registry and the patients' questionnaire survey, to analyse the patients' compliance with medical recommendations on lipid-lowering therapy (LLT).

Material and methods. Over the period from May 1st 2011 to December 31st 2011, 274 patients were included in the PROFILE Registry: 82 were referred to a specialised medical centre for the first time (control group, CG); 167 were regularly attending the medical centre (main group A, MGA); and 25 last visited the centre >2 years ago (main group B, MGB). 262 patients completed a questionnaire on the therapy compliance, while 12 refused to participate in the questionnaire survey.

Results. According to the results of the questionnaire survey, MGA patients were better informed about the LLT goals (65%) than their CG and MGB peers (35% and 48%, respectively; $p < 0,0001$). The percentage of patients who took statins every day was 87% in MGA vs. 41,5% in CG

and 64% in MGB ($p = 0,002$). Statin therapy effectiveness was controlled regularly in MGA: cholesterol (CH) levels were measured every 6 months in 37,5% and every 12 months in 28%. For CG, these figures were 17% and 16%, while for MGB, they were 15% and 40%, respectively ($p < 0,0001$). One-third of CG patients, every fourth MGB patient, and only 13% of MGA patients did not control their CH levels ($p < 0,0001$).

Conclusion. The MGA patients who were regularly attending the State Research Centre for Preventive Medicine were the most LLT-compliant: they were well-informed about their disease and therapy goals, were regularly taking prescribed medications (statins), and had better treatment control and the highest LLT effectiveness.

Key words: registry, questionnaire, compliance, lipid-lowering therapy.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (5): 56-61

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: yuvlu@mail.ru; jlukina@gnicpm.ru

[Лукина Ю. В.¹ – к. м. н., с. н. с. отдела профилактической фармакотерапии, Марцевич С. Ю.¹ – д. м. н., проф., руководитель отдела, ² – профессор кафедры доказательной медицины, Загребельный А. В.¹ – к. м. н., с. н. с. отдела, Трипкош С. Г.¹ – аспирант отдела, Айду Ф. А.¹ – с. н. с. лаборатории биостатистики отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, Деев А. Д.¹ – к. ф. – м. н., руководитель лаборатории].

Введение

Проблема приверженности остается одной из наиболее актуальных тем современной медицины. Выделены основные группы (гр.) факторов приверженности лечению, включающие факторы, связанные с пациентом — приверженность пациентов назначенному лечению; факторы, связанные с врачом — приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций (КР), факторы, связанные с лекарственным препаратом (ЛП) — особенности лекарственной терапии, влияющие на комплаентность [1].

Известно, что в рандомизированных, клинических исследованиях (РКИ), особенно посвященных изучению эффективности и безопасности ЛП, приверженность пациентов лечению очень высока. Это объясняется тем, что низкая комплаентность к терапии обычно является критерием невключения пациента в исследование. Как правило, комплаентность, рассчитываемая по формуле: количество принятого ЛП \times 100%, — для включения пациента в исследование должна быть не $< 80\%$. Таким образом, изучение приверженности в рамках РКИ не является достаточно информативным, а реальная приверженность терапии исследована мало. Альтернативой РКИ в изучении различных аспектов приверженности являются наблюдательные исследования, в частности, регистры. Регистр представляет собой организованную систему, в которой наблюдательные методы используются для получения необходимой клинической информации и для оценки определенных исходов [2, 3].

В работе [4] были изучены основные аспекты приверженности врачей соблюдению КР. Результаты исследования выявили неудовлетворительное знание врачами КР, что отрицательно сказывается на эффективности проводимого лечения. В предыдущих публикациях по результатам исследований на основании регистра ПРОФИЛЬ (регистр отдела ПРОфилактической Фармакотерапии государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины) основное внимание также уделялось приверженности врачей соблюдению КР при назначении гиполипидемической терапии (ГЛТ) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Было показано, что хотя больные с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР), наблюдающиеся в специализированном медицинском центре, значительно чаще получают терапию статинами, однако тактика назначения статинов часто не соответствует современным КР [5].

Результаты представленной работы посвящены изучению приверженности лечению у пациентов, обращающихся в отдел профилактической фармакотерапии (ОПФ) ГНИЦ ПМ с целью консульта-

ции или с целью оценки их возможного участия в клинических исследованиях (регистр ПРОФИЛЬ).

Материал и методы

Дизайн регистра ПРОФИЛЬ был подробно описан в предыдущей публикации [5]. Регистр представляет собой базу данных больных ССЗ, обращающихся в ОПФ ГНИЦ ПМ с целью консультации или с целью оценки их возможного участия в клинических исследованиях. В представленную публикацию были включены данные пациентов, обратившихся в ОПФ за период с 1 мая по 31 декабря 2011 г. За указанный период в регистр были введены данные 274 больных. Клиническая характеристика этих больных подробно представлена в предыдущей публикации [5]. Соотношение мужчин и женщин во всех гр. составило 1:1. Средний возраст пациентов был 67 лет в основной гр. А (ОГА), 62 года — в основной гр. Б (ОГБ) и 60 лет — в контрольной гр. (ГК). У всех пациентов, включенных в регистр, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) был определен как высокий или очень высокий на основании сочетания факторов риска (ФР) по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation): артериальной гипертензии (АГ), курения, гиперхолестеринемии (ГХС); или наличия сахарного диабета (СД), ишемической болезни сердца (ИБС): стенокардии напряжения или перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, хронической сердечной недостаточности (ХСН), перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе [5].

Все больные были распределены в 2 гр.: в ГК ($n=82$) вошли больные, впервые обратившиеся в ГНИЦ ПМ. В ОГ ($n=192$) — больные, ранее посещавшие ГНИЦ ПМ или наблюдавшиеся в этом учреждении на протяжении длительного времени: некоторые пациенты — до 10 лет. Впоследствии ОГ была разделена на 2 подгруппы: ОГА ($n=167$), последний визит которых по данным регистра состоялся < 2 лет назад, и ОГБ ($n=25$), последний визит которых в ГНИЦ ПМ состоялся > 2 лет назад.

Пациенты заполняли специально разработанную анкету по оценке приверженности лечению. Дополнительные сведения о лечении пациентов были включены в индивидуальную регистрационную карту (ИРК) пациента, сведения из которой заносились в основную базу данных регистра. Анкета включала паспортную часть, сведения по оценке имеющихся у пациента ФР ССЗ, тест Мориски-Грина (валидизированный тест по оценке общей приверженности терапии) [6], вопросы о приверженности пациентов соблюдению КР, в частности, касающихся терапии дислипидемий (ДЛП), знаниях пациента о собственных показателях липидного обмена, их контроле, терапии статинами.

Обработку результатов выполняли, используя пакет статистических программ STATISTICA 6.0. с использованием стандартных методов описательной статистики (вычисление средних, применение таблиц распределения частот), и известных критериев значимости (парный t -критерий Стьюдента, χ^2 , критерий Манна-Уитни и др.).

Результаты

При анализе данных ИРК пациентов по соотношению мужчин и женщин различий между рассматриваемыми гр. не было. Во всех гр. преобладали

Таблица 1

Особенности назначения статинов у пациентов исследуемых гр. (n=185)

	ГК (n=49)	ОГА (n=121)	ОГБ (n=15)
Прием одного статина без изменений	23%	51%	27%
Увеличение дозы статина	4%	6%	6%
Однократная смена статина	12%	12%	20%
Смена статинов несколько раз	6%	14%	7%
Не принимает статины	55%	17%	40%

люди с высшим образованием, однако в ОГА их было больше — 89%. Примечательно, что у пациентов ОГ (обеих подгрупп) значительно реже отмечался такой мощный ФР ССЗ, как курение: в ОГА курили ~9% больных, в ОГБ — 13%, в ГК курильщиками оказались >28% пациентов. Ранее отказались от этой вредной привычки 39,1% больных ОГБ, 29,4% пациентов ОГА и только 15,4% пациентов ГК (рисунок 1).

Статистически значимые отличия между исследуемыми гр. были выявлены по следующим позициям: регулярности посещения врачей — ожидаемая регулярность посещения врачей была присуща в большей степени пациентам ОГ ($p<0,0001$); курению — курильщиков оказалось больше в ГК ($p=0,0006$), наличию хронической почечной недостаточности (ХПН) в диагнозе ($p=0,02$). Последнее, скорее всего, объясняется лучшей диагностикой и внесением в диагноз ХПН. Такая же тенденция прослеживается и в отношении диагноза “ИБС”, который не был подтвержден перенесенным острым ИМ (ОИМ), результатами коронароангиографии (КАГ), сцинтиграфии, у 65% пациентов ОГА, и у >90% больных ГК ($p=0,047$).

Отмечено, что пациентам ОГ чаще была рекомендована гиполипидемическая диета ($p=0,02$), назначались статины ($p<0,0001$), что закономерно привело к значимому по сравнению с ГК снижению уровней триглицеридов (ТГ) ($p=0,0016$) и холестерина (ХС) ($p=0,017$). Также пациентам из ОГА и ОГБ чаще назначались дезагреганты и диуретики (Д) ($p<0,0001$ и $p=0,002$, соответственно).

Из 274 больных анкету заполнили 262 человека, 12 пациентов отказались заполнить опросник

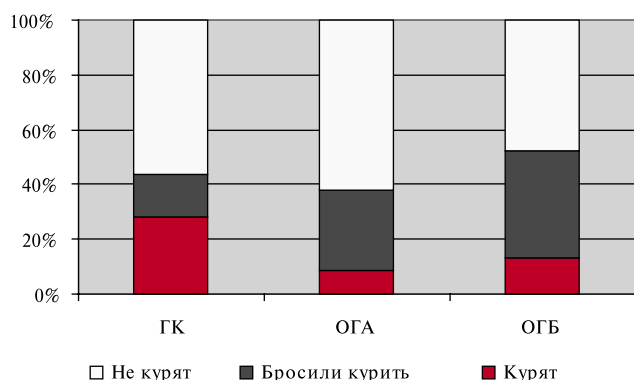


Рис. 1 Курение в исследуемых группах.

по разным причинам, преимущественно из-за недостаточного количества времени, из-за нежелания заполнять анкету.

248 человек дали самостоятельную оценку своего состояния здоровья: 76 — ГК и 172 — ОГ. При этом >70% пациентов из ОГ оценивает состояние здоровья как “удовлетворительное”, только половина больных ГК дает такую же оценку своему здоровью, а каждый пятый пациент из ГК расценивает состояние своего здоровья как “плохое” ($p=0,03$).

По результатам теста Мориски-Грина статистически значимых отличий между ГК и ОГ не было, однако было показано, что по результатам теста хорошая приверженность терапии отмечалась у каждого третьего пациента ГК и лишь у каждого четвертого больного ОГ, что указывает на возможные ограничения в использовании этого тест-контроля.

Ответы пациентов исследуемых гр. на вопросы о соблюдении врачебных рекомендаций, приеме назначенных ЛП и причинах неудовлетворительной приверженности назначенному лечению статистически значимо не отличались. Хотя в ОГА ~76% больных ответили, что всегда соблюдают рекомендации лечащего врача; в ГК и ОГБ такой ответ дали 63% и 67% больных, соответственно. 87% больных ОГА регулярно принимают все назначенные им ЛП; также по результатам анкетирования привержены лечению 72% больных ГК и 79% ОГБ. Каждый пятый пациент ГК принимает ЛП нерегулярно, ~9% больных этой гр. меняет терапию по своему усмотрению. Так поступают не более 3% больных из ОГ (ОГА и ОГБ).

Согласно результатам анкетирования пациенты ОГА проинформированы о целях назначенной им ГЛТ лучше, чем пациенты ГК и ОГБ: 67% больных из ОГА vs 35% и 48%, соответственно ($p<0,0001$). 37% больных ОГА и 40% из ОГБ знают о существовании “плохого” ХС липопротеинов низкой плотности (ЛНП), каждый третий пациент в ОГ знает и о “хорошем” ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП). В ГК лишь у 17% больных были сведения о ХС ЛНП и ЛВП ($p=0,03$). Наиболее полные и хорошо усвоенные рекомендации относительно терапии гиперлипидемий (ГЛП) получили, согласно результатам анкетирования, пациенты ОГА ($p=0,01$): 87% больных этой гр. знает о препаратах, снижающих ХС, 70% прини-

Таблица 2

Прием статинов и основные причины прекращения приема статинов пациентами исследуемых гр.
(n=186)

	ГК (n=53)	ОГА (n=119)	ОГБ (n=14)
Принимаю ежедневно	41%	78%	64%
Прекращаю прием при достижении нормы ХС	0%	3%	0%
Забываю регулярно принимать препараты	2%	1%	0%
Не принимаю из-за опасения ПЭ	8%	3%	0%
Не принимаю по другим причинам	49%	15%	36%

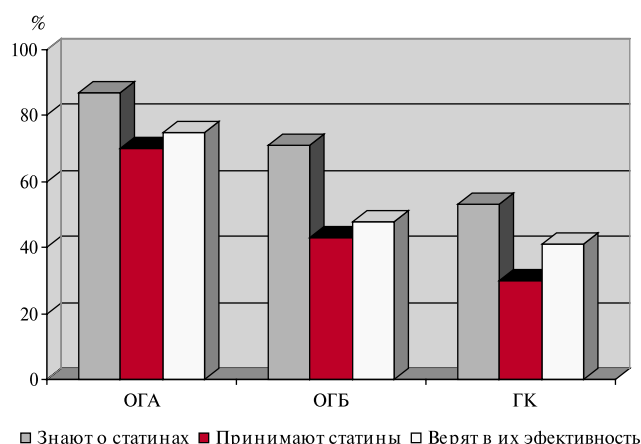


Рис. 2 Информированность пациентов и прием статинов в разных гр. (по результатам анкетирования).

мает статины. По сравнению с ОГА только каждый второй пациент ГК знал о гиполипидемических препаратах, и лишь каждый третий принимал статины ($p<0,0001$). При этом $>75\%$ больных ОГА и только 40% и 47% пациентов ГК и ОГБ, соответственно, верят в эффективность статинов ($p<0,0001$). 45% больных ГК, каждый третий пациент ОГБ и лишь 17% пациентов ОГА не знает таких препаратов ($p<0,0001$) (рисунок 2).

Пациенты всех исследуемых гр. ответили, что не боятся принимать статины, и высокая стоимость этих препаратов не является препятствием приверженности лечению этими лекарствами. 87% больных ОГА принимают статины ежедневно, в ГК и ОГБ таких больных было 41,5% и 64%, соответственно ($p=0,002$).

Следует отметить, что у половины пациентов ОГА не было смены статинов или изменения их дозы; у 12% и 14% пациентов ОГА проводилась замена статина один или несколько раз, соответственно. В ГК и ОГБ лишь у каждого пятого пациента не было смены статинов, у 6% больных несколько раз проводилась замена препаратов (использовались различные дженерики), у 12% и 20% пациентов ГК и ОГБ, соответственно, замена статинов проводилась один раз ($p=0,002$) (таблица 1).

Отмечается, что контроль эффективности лечения статинами регулярно проводится пациентам ОГА: 37,5% больных контролируют уровень ХС 1 раз в 6 мес., 28% — 1 раз в год. Частота такого же конт-

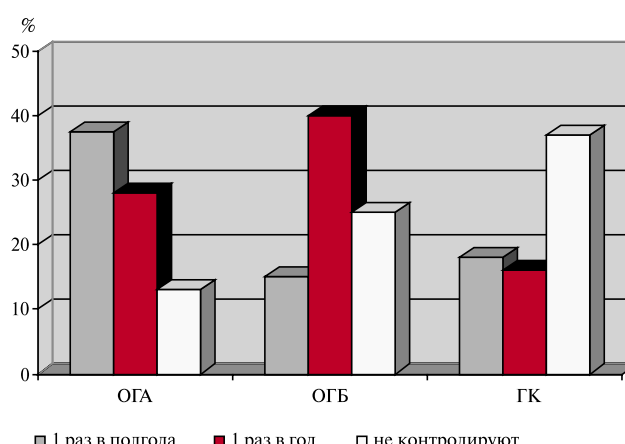


Рис. 3 Регулярность контроля липидного профиля.

роля в ГК и ОГБ 17% и 16% (1 раз в полгода); 15% и 40% (1 раз в год), соответственно, ($p<0,0001$). Треть пациентов ГК, каждый четвертый в ОГБ и только 13% больных ОГА не контролируют уровень ХС ($p<0,0001$) (рисунок 3).

Среди возможных причин прекращения приема статинов пациенты ОГА чаще других называли побочные эффекты (ПЭ) терапии; такой вариант выбрали 37% больных, ответивших на данный вопрос анкеты. Каждый третий пациент и ОГ, и ГК главной причиной плохой приверженности лечению статинами называет забывчивость, а на прямой вопрос: “Забывали ли вы когда-либо принять препараты?”, половина пациентов каждой гр. ответили положительно. Столько же (50%) больных в каждой гр. невнимательно относятся к часам приема ЛП. Каждый пятый больной прекращает или меняет рекомендованную терапию после улучшения самочувствия или нормализации показателей ХС. Однако $>80\%$ больных ОГ не пропускают очередной прием препаратов при хорошем самочувствии, в ГК так поступают только 65% пациентов (таблица 2).

Анализ факторов, оказывающих влияние на приверженность регулярному приему ГЛТ, проведенный для всей совокупности больных, показал, что наиболее значимыми признаками, положительно влиявшими на приверженность терапии статинами, кроме факта наблюдения в научном центре, оказались следующие: пожилой возраст больного,

наличие стенокардии, перенесенного ИМ в анамнезе, факт проведения КАГ и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Обсуждение

Ранее в рамках регистров приверженность пациентов лечению не изучалась, а сбор данных проводился, преимущественно, из различных медицинских документов: карт амбулаторного, стационарного наблюдения пациента и др. Особенности представленного регистра ПРОФИЛЬ было получение информации о пациенте не только путем анализа амбулаторной карты, но и путем амбулаторного обследования пациента, дополненного анкетированием. Таким образом, был предложен новый методический подход, позволяющий оценить различные аспекты приверженности пациентов лечению в рамках регистра.

В настоящее время при лечении различных ССЗ акценты смещаются с врача на пациента. Без активного участия и желания лечиться последнего, трудно добиться эффективных результатов назначенной терапии. Одним из наиболее важных факторов, способствующих качественному сотрудничеству, представляется информированность больного не только о наличии у него заболевания, но и о возможных способах его контроля, основных целях лечения, профилактики осложнений, возможных методах терапии, способах контроля эффективности и безопасности лечения. Важная роль информированности пациента в решении задачи повышения приверженности лечению продемонстрировали результаты исследования на основании регистра ЛИС (Люберецкое Исследование Смертности) [7]. Результаты представленной работы на основе баз данных регистра ПРОФИЛЬ подтверждают главенствующее значение информированности больных в повышении приверженности длительному лечению ССЗ.

По результатам исследования приверженности лечению, предшествовавшему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), выполненного на основании регистра ЛИС, основной причиной нарушения КР, касающихся медикаментозной терапии, является забывчивость (18,5%), ~10% больных боятся ПЭ лекарств [7]. В представленном исследовании каждый третий пациент и ОГ и ГК забывает принимать назначенные ЛП, что согласуется с результатами анкетирования пациентов регистра ЛИС. 8% больных ГК также указали возможной причиной плохой приверженности боязнь возникновения ПЭ. Следует отметить, что среди пациентов ОГА, регулярно наблюдающихся у врачей научного центра, только 3 (2,5%) человека опасаются развития ПЭ при приеме ГЛТ. Подобные результаты были получены и в исследовании [8], показавшем, что лишь 5,6% пациентов с различными хроническими ССЗ опасаются ПЭ лекарств, хотя,

по мнению врачей, таких больных в 2 раза больше. Таким образом, врачами часто переоценивается фактор ЛП и недооценивается важность полного информирования пациента о преимуществах и необходимости назначаемой терапии. По результатам исследования [9] даже парентеральное введение препарата (изучалась приверженность пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, терапии эноксапаринном для профилактики тромбоэмболий) для 73% больных не является препятствием к выполнению врачебных назначений, если пациент понимает важность этого назначения.

Наиболее эффективным способом повышения приверженности терапии по данным того же регистра ЛИС пациенты считают получение информации от лечащего врача о возможности улучшения прогноза жизни, заболевания (62,3%) [7]. Результаты данной работы, исследование [10] подтверждают эти сведения, обосновывая и благоприятное влияние хорошей информированности пациентов на приверженность лечению и повышение эффективности проводимой терапии: именно у пациентов самой информированной гр., регулярно наблюдающейся в ГНИЦ ПМ, имеющих основные сведения о показателях липидного обмена, видах терапии и ее целях, отмечены самая высокая приверженность терапии статинами, регулярный контроль этого лечения, самые низкие уровни ТГ и ХС по сравнению с ОГБ и, особенно, с ГК.

По данным ряда исследований пожилой возраст >65 лет и молодой возраст <35 лет являются факторами, отрицательно влияющими на приверженность терапии [11–13]. Наиболее осознанно к выполнению врачебных рекомендаций относятся пациенты среднего возраста. Вероятно, выявленное в исследовании положительное влияние пожилого возраста на приверженность лечению, связано с тем, что средний возраст в ОГА, регулярно наблюдающейся в ГНИЦ ПМ, и имевшей лучшие результаты по приверженности терапии, эффективности и контролю проводимой ГЛТ, был выше, чем в других гр.: 67 лет vs 60 и 63 лет в ГК и ОГБ соответственно. В других исследованиях подчеркивается, что наиболее осознанно к выполнению врачебных рекомендаций относятся как раз больные пожилого возраста. Они, как правило, лучше соблюдают рекомендации по лечению, но этот эффект нередко нивелируется количеством прописанных ЛП, что всегда ухудшает комплаентность [14].

Активное участие пациентов в процессе лечения улучшает показатели самочувствия, качества жизни (КЖ), способствует успешной коррекции модифицируемых ФР – 70% участников опроса из ОГА определяют состояние своего здоровья, как “удовлетворительное”, среди пациентов ОГ в 2 раза больше процент лиц, отказавшихся от курения.

Заключение

Наиболее привержены лечению пациенты из регулярно наблюдающейся в ГНИЦ ПМ ОГА: для них характерны хорошая информированность о своем заболевании, его лечении, целях терапии, регулярные прием назначенных ЛП и контроль лечения, лучшие (среди исследуемых гр.) результаты эффективности ГЛП, что еще раз подчеркивает важность активного вовлечения пациента в процесс лечения, снабжения полной и доступной для понимания пациента информацией по его заболеванию, возможным способам лечения болезни, профилактики осложнений, — мероприятий, которые, однако, должны осуществляться под регулярным врачебным контролем.

Литература

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New Engl J Med* 2005; 353:487–97.
2. Gliklich RE. Registries for Evaluating Patient Outcomes. A User's Guide 2010; 5:19–29.
3. Kennedy L, Craig AM. Global registries for measuring pharmaco-economic and quality-of-life outcomes: focus on design and data collection, analysis and interpretation. *Pharmacoeconomics* 2004; 22 (9):551–68.
4. Helija TG, Marcevic SYu, Selivanova GB, et al. The study of knowledge of modern principles of rational pharmacotherapy of cardiovascular disease according to a survey of physicians. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2012;5:61–6. Russian (Хелия Т.Г., Марцевич С.Ю., Селиванова Г.Б. и др. Изучение знания современных принципов рациональной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным опроса врачей. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2012; 5:61–6).
5. Martsevich SYu, Gaysenok OV, Tripkosh SG, et al. Medical supervision in specialized center and the quality of lipid-lowering therapy in patients with cardiovascular diseases (according to the PROFIL register). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2013;9 (2):133–8. Russian (Марцевич С.Ю., Гайсенко О.В., Трипкош С.Г. и др. Наблюдение в специализированном медицинском центре и качество гиполипидемической терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (по данным регистра "ПРОФИЛЬ"). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2013; 9 (2):133–8).
6. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care* 1986; 24:67–73.
7. Lukina YuV, Ginzburg ML, Smirnov VP, et al. Treatment adherence in patients with acute coronary syndrome before hospitalization. *Klinitsist* 2012; 2:45–53. Russian (Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П. и др. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. *Клиницист* 2012; 2:45–53).
8. Fürthauer J, Flamm M, Sönnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. *BMC Fam Pract.* 2013; 14:47. doi: 10.1186/1471-2296-14-47.
9. Rübenacker S, Kaiser J, Guschmann M. Compliance of patients undergoing thromboprophylaxis with enoxaparin: the COMFORT study. *Abstract in English Chirurg* 2013; 84 (3):235–42. doi: 10.1007/s00104-012-2443-2.
10. Hohlov AL, Lisenkova LA, Rakov AA. Analysis of the factors that determine adherence to antihypertensive therapy. *Good clinical practice* 2003;4:59–66. Russian (Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная клиническая практика* 2003; 4:59–66).
11. Hill M, Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. Chapter 131: 390–2.
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care* 1986; 24:67–73.
13. Jin J, Sklar GE, Oh MNS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4 (1):269–86.
14. Waeber B, Burnier M, Brunner HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J Cardiovasc Pharmacol* 2000; 36 (suppl. 3): S23–6.

Таким образом, наблюдение в научном медицинском центре, на базе которого работают кафедра медицинского ВУЗа и отдел последипломного образования, где врачи и научные сотрудники в повседневной лечебной практике придерживаются КР, где для беседы, в ходе которой пациент получает информацию о заболевании, способах его контроля, методах лечения и т. д., выделяется достаточно времени, что не всегда возможно в условиях обычной поликлинической практики — все эти факторы положительно влияют на приверженность пациентов терапии.

Конфликт интересов — отсутствует.