

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПУТИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST**

© Ю.А. Калинова, Е.В. Филиппов

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,  
Рязань, Российская Федерация

Статья посвящена обзору современных эмпирических данных о взаимосвязи приверженности к лечению и самоэффективности пациента на фоне длительной терапии хронической патологии – ишемической болезни сердца (ИБС). Отмечается, что проблема низкого комплаенса сохраняет свою актуальность даже у пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) и атеросклероза. Больные понимают необходимость кардиореабилитации, однако, часто не готовы полностью соблюдать данные им врачебные рекомендации. Такой неудовлетворительный комплаенс негативно сказывается на прогнозе и качестве жизни больных после перенесенного коронарного вмешательства и связан с определенными факторами – барьерами приверженности, в том числе, психологическими особенностями пациента с ОКС. Это требует проведения образовательных программ и специфических мероприятий, к которым можно отнести активный мониторинг. Телемедицина способна качественно обеспечить подобный дистанционный контроль состояния больного и полноценное диспансерное наблюдение с положительным влиянием на комплаенс за счет своего удобства, безопасности и эффективности. В обзоре рассмотрены и проанализированы данные научных исследований российской и зарубежной печати, проводившихся для изучения, контроля и повышения уровня приверженности за последние несколько десятилетий, отражающие современное состояние вопроса. Обобщены актуальные знания о взаимосвязи между приверженностью лечению и расширением прав и возможностей пациента, так как в последнее время все чаще подчеркивается необходимость становления равноправных отношений между врачом и пациентом на фоне действующей политики здравоохранения большинства современных стран мира. В качестве важнейших компонентов для расширения возможностей и прав рассмотрены самоэффективность и локус контроля здоровья пациента.

**Ключевые слова:** приверженность; комплаенс; самоэффективность; локус контроля здоровья; дистанционное наблюдение; кардиореабилитация; активный мониторинг.

**COMPLIANCE AND WAYS OF ITS IMPROVEMENT IN PATIENTS AFTER TRANSCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ELEVATION OF ST SEGMENT**

Yu.A. Kalinova, E.V. Filippov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation

The article is a review of the current empirical data on the correlation between patient's compliance and patient's self-efficacy in long-term therapy of a chronic pathology – coronary heart disease. It is noted that the problem of low compliance remains relevant even in patients who un-



derwent surgery on the heart vessels for acute coronary syndrome (ACS) and atherosclerosis. Patients understand the need for cardiac rehabilitation, however, they are often not prepared to completely follow the medical recommendations. Such unsatisfactory compliance negatively affects the prognosis and quality of life of patients after coronary intervention and is associated with certain factors – compliance barriers, including the psychological characteristics of a patient with ACS. This requires realization of educational programs and specific activities including active monitoring. Telemedicine, thanks to its convenience, safety and effectiveness can provide a good quality remote monitoring of patient’s condition and full-value dispensary observation with a positive effect on compliance. In the review, the data of scientific research conducted in recent decades both in Russia and abroad with the aim to study, control and increase the level of compliance and reflecting the current state of the issue, are considered and analyzed. Actual knowledge of correlation between adherence to treatment and expansion of rights and opportunities of patients is summarized, in view of increasing emphasis on the problem of equal relations between a doctor and a patient against the background current healthcare policy of most modern countries of the world. The most important components of expansion of opportunities and rights are considered to be self-efficacy and the locus of monitoring the patient’s health.

**Keywords:** *adherence; compliance; self-efficacy; health locus of control; remote monitoring; cardiac rehabilitation; active monitoring.*

При остром коронарном синдроме (ОКС) без подъема сегмента ST раннее инвазивное вмешательство (первичное ЧКВ) в сочетании с оптимальной медикаментозной терапией доказанно снижает летальность [1].

Но уже в течение первого года после

референтного события подобная тактика не исключает повторных сердечно-сосудистых катастроф, возникающих у большинства пациентов из-за сохранения у них основных факторов риска и низкой приверженности к лечению [2-4].

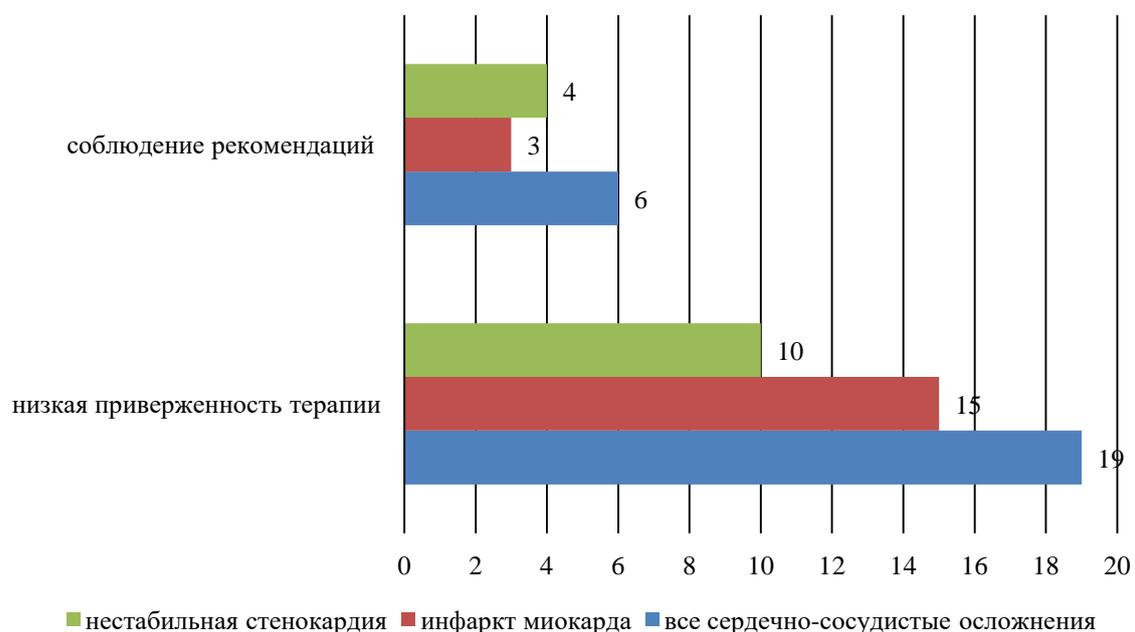


Рис. 1. Риск развития неблагоприятных исходов у пациентов после ОКС в зависимости от степени приверженности антиагрегантной терапии (адаптировано из: Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я.П., Долотовская П.В., и др. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации // РФК. 2011. №5.)

Поэтому, всем лицам, перенесшим стентирование на фоне ОКС без подъема сегмента ST, показано динамическое наблюдение специалистов с обучением и контролем знаний и навыков рационального лечения, в том числе с помощью школ для пациентов с ИБС. Однако, в реальной практике частота их посещения остается на недостаточном уровне. Низкий процент визитов объясняется, в основном, нежеланием самого пациента менять распорядок дня, а также особенностями течения заболевания и транспортными сложностями.

Нередко наблюдается неудовлетворительный уровень приверженности лечению у таких пациентов, особенно в отношении немедикаментозной терапии [5,6], что требует проведения мер по повышению мотивации больных к участию в таких программах с индивидуальной постановкой целей и стратегий по их достижению.

Пока еще не найден наиболее надежный и эффективный способ улучшения приверженности длительной терапии у пациентов с хронической патологией, к которым относятся все больные с ИБС (Haynes et al., Кокрановское соглашение, 2008).

В практике врача уровень комплаенса часто определяется когнитивными особенностями пациента в зависимости от психологического типа личности с его специфическими барьерами приверженности.

#### **Барьеры приверженности**

При анализе существующих причин («барьеров»), препятствующих максимальному соблюдению рекомендаций [7-9], выделяют основные группы факторов:

1. Барьеры, связанные с пациентом – возраст, когнитивные трудности, забывчивость, наличие сопутствующих физиологических нарушений (например, акта глотания), психические заболевания, в том числе депрессия, недостаток знаний о болезни и лекарствах, недоверие, низкая степень ожидания и веры в способность справиться с болезнью, а также недостаточная социальная и семейная поддержка, личные убеждения, неадекватность восприятия информации, отрицательный опыт лече-

ния, высокая информированность пациента об альтернативных методах лечения.

2. Барьеры, связанные с болезнью – хроническое течение, скорость прогрессирования, стабильность или, наоборот, отсутствие симптомов, наличие сопутствующей патологии.

3. Барьеры, связанные с лечением – неоднократность приема препаратов, полипрагмазия, сложность терапевтических схем, частота смены препарата, органолептические характеристики лекарства, появление побочных эффектов, личные затраты, длительное лечение.

4. Барьеры, связанные с врачом – негативные взаимоотношения, неадекватное поведение пациента или медработника, нехватка времени, отведенного на консультацию.

Современный уровень развития медицины позволяет эффективно бороться с барьерами, опирающимися на болезнь и лечение (2 и 3 группы факторов). Поэтому, основными причинами нарушения приверженности можно считать факторы, связанные с самим пациентом и его взаимодействием со своим доктором.

#### **Приверженность и ИБС**

Что касается непосредственно ИБС, то трудности лечения можно связать с каждой группой указанных выше барьеров приверженности. Среднестатистический пациент с ИБС – это человек, недавно перенесший неблагоприятное событие и резкую смену привычного ему режима труда и ухода за собой [10]. В большинстве случаев теперь он вынужден наблюдаться более чем у одного врача и принимать в среднем 5, а иногда и более медикаментов в сутки. Его заболевание – атеросклероз – является хроническим неуклонно прогрессирующим и часто с сопутствующей патологией, с непредсказуемым течением и периодами обострения в виде ОКС, влияющими на образ жизни пациента (его социальную стигматизацию). Лекарства часто имеют побочные эффекты и нежелательные реакции, а интервенционное вмешательство, в итоге не влияющее

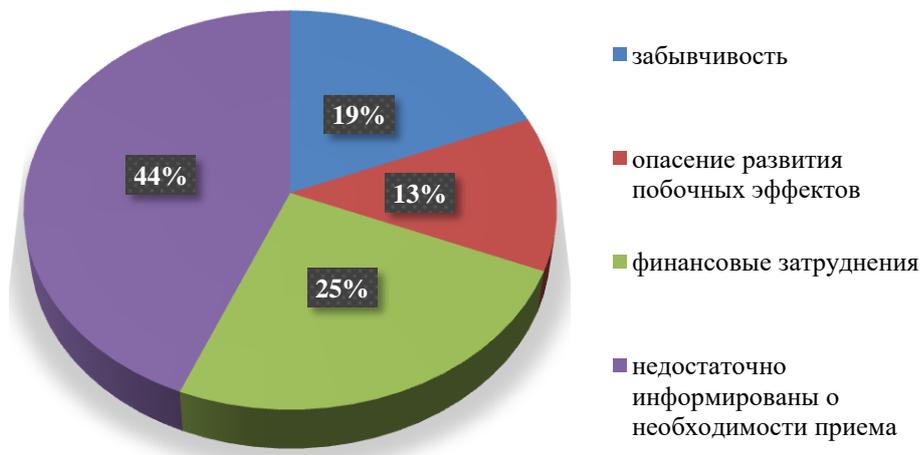


Рис. 2. «Барьеры приверженности» к длительной терапии (адаптировано из: Новикова И.А., Некрутенко Л.А., Лебедева Т.М., и др. Пациент после инфаркта миокарда: факторы риска новых сердечно-сосудистых катастроф // Анализ риска здоровью. 2019. №1.)

на течение основного заболевания, сбивает с толку самого пациента, вызывая у него путаницу с целями терапии и снижая его приверженность вследствие развития быстрого эффекта по устранению болевого синдрома (иллюзия выздоровления) и отсутствия у него достаточной медицинской грамотности.

Поэтому, низкая комплаентность или, наоборот, злоупотребление лекарствами – часто встречающаяся характеристика такого пациента. Адаптация к своей болезни – важный и динамичный процесс, зачастую, влияющий на дальнейшее соблюдение всех рекомендаций [11].

Осознание, переживание, переоценка ценностей и новая организация пространства вокруг себя формируют внутреннюю картину болезни и определяют приверженность, степень которой типична, как и для другой хронической патологии, и не превышает 50%. Это дает рост числа обострений, госпитализаций и смертности, особенно в отдаленный период, когда приверженность консервативной терапии еще больше падает даже у пациентов с ОКС после ЧКВ. Например, через год почти 40% таких больных бросают принимать статины [12].

Таким образом, высокая приверженность лечению и модификации факторов риска – основных мероприятий по замед-

лению прогрессирования атеросклероза – пациентами оценивается как недостаточно нужные и неэффективные.

К основным методам улучшения комплаенса у хронических больных относят повышение информированности, оптимизация схем и режима терапии, доступность и сокращение времени ожидания медицинской помощи, а также налаживание доверительных отношений между пациентом и клиницистом.

Новым подходом, призванным повысить приверженность, по данным ряда зарубежных исследователей, может стать расширение полномочий пациента, чему активно способствует текущая мировая политика в области здравоохранения [13].

Расширение прав и возможностей пациента в контексте здоровья (Шульц, Накамото) рассматривается как мотивирующая составляющая терапии, если предположить, что каждый пациент – автономный субъект [14], который может самостоятельно участвовать в принятии решений в области здравоохранения, взяв на себя моральную ответственность за их результат перед всем социумом, в том числе и за «несоблюдение» лечения как своего личного права.

***Расширение полномочий пациента – ключ к росту приверженности?***

Предположение о том, как равноправные отношения между больным и врачом влияют на приверженность, было исследовано с помощью систематического обзора имеющихся современных эмпирических данных о взаимосвязи расширения полномочий пациентов с уровнем их приверженности лечению.

Авторами были проанализированы 4903 публикации за период с 1967 по 2017 гг. в базах данных Medline и PsychINFO, из которых актуальными выделены 154 статьи. Все исследования были рецензируемыми, выполненные на английском языке, все данные из статей были получены посредством наблюдения или эксперимента [13].

В качестве основных критериев, определяющих степень прав и возможностей у конкретного пациента, были взяты базовые личностные характеристики восприятия и убежденности в собственной способности влиять на процесс и результат лечения – самоэффективность и внутренний локус контроля здоровья. Была рассмотрена их взаимосвязь с приверженностью лечению.

#### ***Самоэффективность и локус контроля здоровья как факторы роста приверженности***

Самоэффективность – это вера в результативность собственных действий и ожидание успеха от их реализации, уверенность в себе [15]. Является сильным предиктором приверженности лечению. Подразделяется на общую и специфическую в зависимости от области ее изучения.

Она определяет поведение и позволяет мобилизовать ресурсы и мотивацию для решения возникающих проблем. Это устойчивое чувство личной компетентности в различных ситуациях. По данным наблюдений, чем выше индивидуальная самоэффективность, тем лучше результаты лечения и состояние здоровья, а также социальная интеграция пациента [16].

Локус контроля здоровья – устойчивая личностная характеристика, отражающая склонность индивида приписывать ответственность за успехи или неудачи своей деятельности либо внешним

обстоятельствам (внешний локус), либо самому себе (внутренний локус).

Внутренний локус определяет прямую связь между чувством индивидуального контроля над своим здоровьем и собственными действиями. Внешний локус определяет состояние здоровья воздействием внешних факторов.

Именно локус контроля здоровья широко используется в качестве предиктора поведения в отношении приверженности. Высокий уровень внутреннего локуса предполагает большую склонность к соблюдению здорового образа жизни по сравнению с теми, кто считает, что не контролирует свое здоровье и перекладывает всю ответственность с себя на внешние факторы, например, Бога, судьбу или случай.

Именно люди с высокими показателями по шкале внешнего локуса реже выполняют назначенные рекомендации. Исключением среди внешних причин, которые положительно влияют на степень приверженности, является влияние других авторитетных личностей, соблюдающих принципы здорового образа жизни и лечебного режима, в том числе личность врача при условии его согласованных взаимоотношений со своим пациентом [17].

Интересное исследование описано в 2005 г. Вугне М., et al. под названием «Вторичная профилактика ИБС: убеждения пациентов и поведение, связанное со здоровьем» [18], направленное на выяснение влияния убеждений пациента, страдающего ИБС, на его поведение. Учеными планировалось выяснить полезность восприятия болезни и убеждений для вторичной профилактики данной патологии.

В результате, само представление о болезни мало влияло на коррекцию факторов риска пациентом. Вероятно, это можно объяснить недостаточной информированностью больного о своем заболевании. И, наоборот, вера в эффективность назначенного лечения способствовала росту приверженности. То есть, представления, понятные для пациента, о его болезни и лекарствах, а также обоснование лекарствен-

ных назначений (зачем, когда и как) улучшали приверженность терапии и, как следствие, вторичную профилактику ИБС.

Локус контроля здоровья может рассматриваться как посредник между уровнем приверженности и другими предикторами – осознанной необходимостью лечения, социальной поддержкой, самоэффективностью и ожидаемым результатом, компетентностью и враждебностью. Такой многомерный подход способен объяснить степень преднамеренности низкого комплаенса.

Результаты данного обзора подтверждают явным большинством исследований, что самоэффективность – сильный предиктор приверженности лечению, как и внутренний локус контроля здоровья, для которого характерны убеждения по способности контролировать свое здоровье способствуют повышению уровня комплаенса.

Пациентам необходимы высокий уровень самооценки и внутреннего контроля здоровья, а также эффективное сотрудничество со своим лечащим врачом, в том числе и по лечению своего заболевания.

Однако, необходимы дополнительные исследования для определения этой степени допустимости (или разумности) уровня личного для пациента контроля, особенно в зависимости от состояния и стадии хронического заболевания.

Нельзя забывать, что излишне автономная деятельность пациента не всегда полезна для соблюдения рекомендованных схем лечения. Некоторые пациенты начинают полагать, что в их полномочиях появляется право самостоятельной отмены назначений лечащего врача [19].

Формируется так называемое преднамеренное неадекватное поведение пациента с развитием «интеллектуального неприятия», когда пациент считает назначения и диагноз ошибочными. Причинами этого также могут стать побочные эффекты, вызывающие ухудшение самочувствия. Это обосновано лишь в том случае, когда пациент имеет определенный уровень медицинских знаний, позволяющий судить о правильности прописанной схе-

мы приема препаратов, а также необходимости их отмены при развитии нежелательных реакций [20,21].

Bader, et al [22] было предложено определение «критической приверженности», включающее такое понятие, как свобода пациента в выборе, перерыве или отказе от терапии, основываясь на личной оценке пациентом назначенного лечения. Подобный высокий уровень автономии оправдан лишь в случае высокой медицинской грамотности больного. Однако, слишком самонадеянное несоблюдение приема лекарств может навредить здоровью.

Поэтому, активное расширение полномочий пациента имеет противоречивое влияние на степень приверженности. Ее росту способствует лишь поиск дополнительной информации и знаний о своем заболевании, в то время как активное принятие участия в решении о приеме или отмене препарата чаще способствуют снижению комплаенса [23].

Кроме того, не для всех пациентов необходима автономия. Некоторым требуется директивный индивидуальный подход, требующий для этого от врача большей гибкости и умений [24].

Теоретически, расширение полномочий для пациента потребует разработки новых мер по убеждению больных к сотрудничеству, обсуждению проблем с врачом, обращению за советом в случае необходимости [25], а также определенного уровня медицинских навыков и знаний, позволяющих судить о своей степени автономии от доктора, или когда ему все же лучше обратиться за медицинской помощью к квалифицированному специалисту.

Таким образом, совместный контроль за течением заболевания самим пациентом и его лечащим врачом имеет большое значение для реальной клинической практики. Расширение полномочий для больного способствует росту приверженности терапии. Для медработника более предпочтительно содействовать такому расширению прав и возможностей пациента при высоком уровне у того само-

эффективности, внутреннего локуса контроля здоровья и степени доверия медицинской экспертизе врачей [25].

Достижение подобного баланса – сложная задача, требующая построения крепких совместных взаимодействий, пациент-врач для постоянных переговоров во время наблюдения.

Также следует принимать во внимание уровень медицинской грамотности пациента, которую необходимо постоянно повышать, что будет способствовать только улучшению состояния здоровья [24].

Баланс веры пациента в его собственные возможности по контролю над своим заболеванием и признание определенной роли врача в управлении болезнью наиболее полезен для роста приверженности.

Задачей специалиста становится не только комплексная оценка соматического состояния. Психологические особенности пациента определяют индивидуальный подход и могут спрогнозировать степень приверженности, позволив сформировать ее высокий уровень.

Расширение полномочий может быть рассмотрено для некоторых пациентов как некая побуждающая сила по управлению своим здоровьем и лечением [26]. Именно договоренность и согласованность, подчеркивая равенство в отношениях врач-пациент, улучшают возможности последнего, в то время как отсутствие такой согласованности и определенных прав у больного чаще приводят к патернализму, в основном, ухудшающему результаты лечения.

Такое взаимодействие улучшает не только контроль над заболеванием, но и позволяет более эффективно пользоваться медицинскими услугами и повышает приверженность к приему лекарственных препаратов.

И, наоборот, при выявлении у пациента более выраженного внешнего локуса контроля здоровья (с характерными убеждениями о влиянии Бога или воли случая, а также других негативных устоявшихся суждений и стереотипов) степень приверженности лечению чаще определялась как

неудовлетворительная [27].

Низкая приверженность напрямую зависит от самого пациента, степени его убеждений в эффективности и необходимости приема лекарственных препаратов, а также грамотности в отношении поддержания хорошего состояния здоровья.

### *Приверженность и деятельность врача*

Рассмотренный обзор выявляет два основных противоположных подхода восприятия пациентом своих полномочий – реляционный и независимый. Больной нуждается как в высоком уровне самооценки и контроля внутреннего локуса здоровья, так и в возможности разделения контроля над своим заболеванием и признанием роли лечащего врача в управлении над болезнью. Совместное сбалансированное расширение прав и возможностей рассматривается как фактор обеспечения приверженности.

По данным ряда авторов, на приверженность лечению влияет непосредственное динамическое общение с врачом (A. Phillips, et al., 2019). Метод опроса больного во время приема – самый простой и доступный [28]. Однако, клиницист часто оставляет без внимания информацию о соблюдении правильности приема назначенных препаратов, что негативно влияет на приверженность [29].

К тому же, пациенты могут плохо помнить или отвечать так, как от них «ждут» (дают «общественно желательные» ответы) [30]. Поэтому, в качестве альтернативы специальных тестов по объективизации приверженности авторами исследования предлагалось расспрашивать «типичный распорядок дня», так как поведенческая сила привычки (автоматизм будет распространяться и на регулярность приема лекарств) предсказывает комплайнс эффективнее когнитивных предикторов [31]. И если у пациента нет привычки к приему лекарств, то ее разработка снизит риск забывания приема препарата.

A. Phillips, et al. [32] опубликовали результаты исследования влияния автома-

тического поведения (привычки), а также рефлексивных факторов (убеждений, обратной связи от лечащего врача) на результаты лечения. Ими было доказано, что сила привычки лучше и эффективнее воздействовала на комплаенс, и именно она должна стать целью воздействия для самоконтроля хронических заболеваний. Хотя подобные факторы инициации и поддержания поведения способны спрогнозировать уровень приверженности и необходимые усилия для его роста, в этом направлении требуются дальнейшие исследования.

Важно помнить, что степень недоверия напрямую зависит от количества лечащих специалистов, то есть, если у пациента больше одного наблюдающего его врача, то степень его недоверия выше, а соответственно, ниже приверженность лечению вследствие иногда диаметрально противоположных мнений и несогласованности рекомендаций консультирующих его клиницистов.

Отечественными исследователями неоднократно выявлялись проблемы приверженности терапии, в том числе у пациентов с ОКС. Лысовой и соавторами было проведено анкетирование респондентов на предмет соблюдения ими лечения и коррекции факторов риска, то есть мониторинг выполняемых мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. В результате опроса был выявлен ряд проблем, включающий не только плохую информированность пациентов о факторах риска и их коррекции, но и недостаточную вовлеченность больных в эти профилактические мероприятия [33].

Доказана прямая корреляция приверженности со временем, выделяемым врачом для объяснения и обучения пациента лечению, так называемой медицинской грамотности. В реальной клинической практике процент врачей, объясняющих конкретному пациенту о действии препарата и необходимости его приема, едва достигает 34% от общего количества приемов. Не говоря уже о выявлении и коррекции модифицируемых факторов

риска, когда около 10% опрошенных респондентов утверждало, что доктор с ними во время приема об этом никогда не говорил (Марков В.В., 2010) [34].

Это можно объяснять сложившимися условиями работы медиков амбулаторного звена, когда нехватка времени как основного ресурса на дополнительное консультирование является главным результатом современной интенсификации и модернизации системы современной медицины. Но все же, именно адекватное и надлежащее просвещение по вопросам соблюдения лечения только содействует повышению степени приверженности и качества лечения пациента.

Для обеспечения ее должного уровня самому доктору следует правильно оценить цели лечения и быть настойчивым в их достижении. Интенсификация терапии, жесткость контроля за пациентом, особенно в первый год после назначения лечения, а также предоставление необходимой информации о целях, продолжительности, названиях, дозировках и предполагаемых побочных эффектах, то есть просветительская работа и обучение медицинской грамотности способствуют росту приверженности лечению. Причем, такие меры необходимы не только для больного, но и для членов его семьи, так как родственники могут стать полезным ресурсом для поддержки терапии на должном уровне, который на практике часто недооценивается.

#### *Есть ли пути коррекции приверженности?*

Решить задачу роста приверженности позволяют телемедицинские технологии (проведение дистанционного мониторинга состояния больного), способные обеспечить полноценное диспансерное наблюдение и положительное влияние на комплаенс за счет своего удобства, безопасности и эффективности [35].

У пациентов с ИБС программы реабилитации в домашних условиях стали возникать с 1980-х гг., когда появилась возможность использования телефонного мониторинга ЭКГ.

В настоящее время дистанционный мониторинг ИБС как в нашей стране, так и за рубежом, становится все более распространенным благодаря инновационным разработкам. Доступность и относительная простота использования современных телеметрических устройств позволяет в режиме реального времени передавать сведения о состоянии сердечно-сосудистой системы конкретного человека.

Объектами телемониторинга могут быть основные симптомы заболеваний сердца – боли в груди, отеки, одышка, а также сердечный ритм, психологическое состояние и активность пациента. Для этих целей применяют современные портативные медицинские устройства по типу адгезивных пэч-мониторов ЭКГ и петлевых регистраторов [36].

Ведутся разработки новых систем наружного кардиомониторинга – записи ЭКГ на базе смартфонов, в перспективе позволяющих практически сразу определять ишемию или давать заключение по жизнеугрожающему нарушению ритма сердца, экономя время для оказания помощи [37].

В рамках дистанционного кардиомониторинга используются мобильные приложения и СМС-мессенджеры с системой напоминаний, помогающие отслеживать здоровье пациента и руководить его действиями, а также консультирование по телефону и по видеосвязи с различными формами обратной связи (дневники самоотчета, e-mail или смс-сообщения и другие) от самого больного [38].

Каждый из способов имеет свои достоинства и недостатки. Например, из-за возрастных когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга, часто имеющей место у пациентов с ИБС, различные напоминания в виде таймеров, звонков, текстовых смс-сообщений и других приемов положительно решают вопрос забывчивости.

По данным метаанализов подобных исследований разных лет [39] такой прием особенно эффективен у женщин и лиц с начальным и средним образованием. Но уже доказано, что ежедневные сообщения яв-

ляются навязчивыми, вызывают усталость пользователей и поэтому неэффективны.

Мотивационное содержание также не представляет никакой дополнительной ценности и во многих случаях не требуется. Большой успех по влиянию на приверженность имеют именно еженедельные и интерактивные сообщения в большинстве исследований [40].

Однако, их влияние на приверженность и коррекцию поведения пациента пока изучено недостаточно. Нет единого мнения и серьезных исследований об эффективности такого дистанционного ведения, особенно в долгосрочной перспективе.

Каждый из подходов активного мониторинга приверженности требует дальнейшего изучения по влиянию и поиску технических средств воздействия на прогноз у пациентов с высокими рисками развития сердечно-сосудистых осложнений.

### **Заключение**

Эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST во многом зависит от исходного состояния организма, а также медико-социальной активности, определяющей отношение к здоровью, медицине и установкам на правильный образ жизни.

Существуют различные пути коррекции приверженности к лечению, однако необходимо и далее продолжать активный поиск более эффективных способов ее роста, учитывая, что именно степень комплаенса определяет риски исходов хронической патологии – ишемической болезни сердца. Что подтверждают сохраняющиеся высокие уровни летальности от острого коронарного синдрома, несмотря на проведение высокотехнологичных интервенционных вмешательств в его остром периоде.

### **Дополнительная информация**

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

**Финансирование.** Исследование спонсорской поддержки не имело.

### Литература

1. Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2018 // Российский кардиологический журнал. 2019. №8. С. 151-226. doi:10.15829/1560-4071-2019-8-151-226
2. Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Пирназаров М.М., и др. Влияние чрескожного коронарного вмешательства на приверженность к лечению у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла // Медицинские новости. 2016. №5. С. 80-84.
3. Помешкина С.А., Барбараш О.Л. Приверженность к терапии больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию // Сибирское медицинское обозрение. 2014. №1. С. 75-79.
4. Помешкина С.А., Беззубова В.А., Аргунова Ю.А., и др. Приверженность к комплексной реабилитации после коронарного шунтирования: проблема пациента или врача? // Медицина в Кузбассе. 2018. Т. 17, №4. С. 46-50.
5. Барбараш О.Л., Беззубова В.А., Шибанова И.А., и др. Мнение пациентов о необходимости кардиологической реабилитации после выполнения коронарного шунтирования // Сибирское медицинское обозрение. 2018. №1. С. 79-82. doi:10.20333/2500136-2018-1-79-82
6. Переверзева К.Г., Селезнев С.В., Воробьев А.Н., и др. Приверженность к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца по данным регистра кардиоваскулярных заболеваний (РЕ-КВАЗА) // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2017. №1. С. 14-21. doi:10.23888/HMJ2017114-21
7. Семенова О.Н., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. Т. 10, №1. С. 55-61. doi:10.20996/1819-6446-2014-10-1-55-61
8. Барбараш О.Л., Кашталап В.В. Лечение пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. Все ли проблемы решены? // Сердце: журнал для практикующих врачей. 2016. Т. 15, №5. С. 320-326. doi:10.18087/rhj.2016.5.2249
9. Якушин С.С., Филиппов Е.В. Основные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2014. №4. С. 55-68.
10. Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёсших инфаркт миокарда // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, №2. С. 3. doi:10.24411/2219-8245-2018-12030
11. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца // Современные исследования социальных проблем. 2012. №1. С. 1169-1190.
12. Соболева М.С. Факторы приверженности к терапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным современных исследований // Клиницист. 2017. Т. 11, №2. С. 33-39. doi:10.17650/1818-8338-2017-11-2-33-39
13. Náfrádi L., Nakamoto K., Schulz P.J. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence // PLoS ONE. 2017. Vol. 12, №10. P. e0186458. doi:10.1371/journal.pone.0186458
14. Schulz P.J., Nakamoto K. «Bad» literacy, the Internet, and the limits of patient empowerment // AAAI Spring Symposium Series. 2011. P. 65-69.
15. Scholz U., Doña G.B., Sud S., et al. Is General Self-Efficacy a Universal Construct? // European Journal of Psychological Assessment. 2002. Vol. 18, №3. P. 242-251. doi:10.1027//1015-5759.18.3.242
16. Holmes E.A.F., Hughes D.A., Morrison V.L. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research // Value in Health. 2014. Vol. 17, №8. P. 863-876. doi:10.1016/j.jval.2014.08.2671
17. Wallston K.A., Wallston B.S. Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. In: Sanders G., Suls J., editors. Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum & Association; 1982. P. 65-95.
18. Byrne M., Walsh J., Murphy A.W. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour // Journal of Psychosomatic Research. 2005. Vol. 58, №5. P. 403-415. doi:10.1016/J.JPSYCHORES.2004.11.010
19. Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population // British Journal of General Practice. 1994. Vol. 44, №387. P. 465-468.
20. Schulz P.J., Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins // Patient Education and Counseling. 2013. Vol. 90, №1. P. 4-11. doi:10.1016/j.pec.2012.09.006
21. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models // BMC Public Health. 2012. Vol. 12. P. 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
22. Bader A., Kremer H., Erlich-Trungenberger I., et al. An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment // Medical Science Monitor. 2006. Vol. 12, №12. P. CR493-500.

23. Prigge J.-K., Dietz B., Homburg Ch., et al. Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences // *International Journal of Research in Marketing*. 2015. Vol. 32, №4. P. 375-386. doi:10.1016/j.ijresmar.2015.05.009
24. Houska A., Loučka M. Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review // *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019. Vol. 57, №4. P. 835-845. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339
25. Chiu C., Feuz M.A., McMahan R.D., et al. «Doctor, Make My Decisions»: Decision Control Preferences, Advance Care Planning, and Satisfaction With Communication Among Diverse Older Adults // *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016. Vol. 51, №1. P. 33-40. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.018
26. McCann T.V., Clark E., Lu S. The self-efficacy model of medication adherence in chronic mental illness // *Journal of Clinical Nursing*. 2008. Vol. 17, №11c. P. 329-340. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02354.x
27. Wallston K.A., Malcarne V.L., Flores L., et al. Does God determine your health? The God locus of health control scale // *Cognitive Therapy and Research*. 1999. Vol. 23. P. 131-142. doi:10.1023/A:1018723010685
28. Street R.L. Jr, Makoul G., Arora N.K., et al. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes // *Patient Education and Counseling*. 2009. Vol. 74, №3. P. 295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015
29. Murri R., Antinori A., Ammassari A., et al. Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to antiretroviral therapy // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2002. Vol. 31, №3. P. S158-S162. doi:10.1097/00126334-200212153-00015
30. Phillips L.A., Leventhal E.A., Leventhal H. Factors associated with the accuracy of physicians' predictions of patient adherence // *Patient Education and Counseling*. 2011. Vol. 85, №3. P. 461-467. doi:10.1016/j.pec.2011.03.012
31. Phillips L.A., Cohen J., Burns E.A., et al. Self-management of chronic illness: The role of 'habit' vs reflective factors in exercise and medication adherence // *Journal of Behavioral Medicine*. 2016. Vol. 39, №6. P. 1076-1091. doi:10.1007/s10865-016-9732-z
32. Phillips L.A., Duwe E.A.G. Prescribing Providers Estimate Patients' Adherence to Hypertension and Type 2 Diabetes Medications from Patients' Medication-Taking Routines: an Observational Study // *Journal of General Internal Medicine*. 2019. Vol. 34, №9. P. 1688-1690. doi:10.1007/s11606-019-05054-y
33. Лысова Д.П., Лысова М.П., Хитяева С.К. Оценка приверженности пациентов с ишемической болезнью сердца мероприятиям вторичной профилактики // *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2018. Т. 8, №8. С. 340-342.
34. Марков В.В. Медико-социальные и организационные аспекты профилактической работы в поликлиниках среди взрослого населения. Дис. ... канд. мед. наук. Рязань; 2010. Доступно по: <https://www.disscat.com/content/mediko-sotsialnye-i-organizatsionnye-aspekty-profilakticheskoi-raboty-v-poliklinikakh-sredi-read>. Ссылка активна на 25 июня 2019.
35. Владзимирский А.В. Телемедицина. Донецк: ООО «Цифровая типография»; 2011.
36. Первова Е.В. Современные методы амбулаторного мониторинга электрокардиограммы. Технические аспекты // *Клиницист*. 2017. Т. 11, №4-1. С. 16-28. doi:10.17650/1818-8338-2016-10-4-16-28
37. Piette J.D., List J., Rana G.K., et al. Mobile health devices as tools for worldwide cardiovascular risk reduction and disease management // *Circulation*. 2015. Vol. 132, №21. P. 2012-2027. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008723
38. Мишина И.Е., Гудухин А.А., Сарана А.М., и др. Анализ современной практики применения дистанционных форм медицинских консультаций и диспансерного наблюдения пациентов с ишемической болезнью сердца (обзор литературы) // *CardioСоматика*. 2019. Т. 10, №1. С. 42-50. doi:10.26442/22217185.2019.1.190186
39. Thakkar J., Kurup R., Laba T., et al. Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis // *JAMA Internal Medicine*. 2016. Vol. 176, №3. P. 340-349. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7667
40. Fang R., Li X. Electronic messaging support service programs improve adherence to lipid-lowering therapy among outpatients with coronary artery disease: an exploratory randomised control study // *Journal of Clinical Nursing*. 2016. Vol. 25, №5-6. P. 664-671. doi:10.1111/jocn.12988

#### References

- 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization. *Russian Journal of Cardiology*. 2019; (8):151-226. (In Russ). doi:10.15829/1560-4071-2019-8-151-226
- Nikishin AG, Abdullayeva SYa, Pirnazarov MM, et al. Effect of percutaneous coronary intervention on compliance to treatment in patients with multivessel coronary disease. *Meditinskiye Novosti*. 2016;(5): 80-6. (In Russ).
- Pomeshkina SA, Barbarash OL. Therapy ischemic heart disease compline of patients with coronary artery bypass grafting. *Sibirskoye Meditsinskoye Obozreniye*. 2014;(1):75-9. (In Russ).
- Pomeshkina SA, Bezzubova VA, Argunova YuA, et al. Adherence to a comprehensive rehabilitation program after coronary artery bypass grafting: a challenge for a patient or a physician? *Medicine in Kuzbass*. 2018;17(4):46-50. (In Russ).

5. Barbarash OL, Bezzubova VA, Shibanova IA, et al. Patients opinion about the necessity of cardiovascular rehabilitation after coronary shunting. *Sibirskoye Meditsinskoye Obozreniye*. 2018;(1):79-82. (In Russ). doi:10.20333/2500136-2018-1-79-82
6. Pereverzeva KG, Seleznev SV, Vorobyev AN, et al. Adherence to treatment in patients with ischemic heart disease according to the registry of cardiovascular diseases (RECVASA). *Nauka Molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2017;(1):14-21. (In Russ). doi:10.23888/HMJ2017114-21
7. Semenova ON, Naumova EA, Schwytz YG. Adherence to long-term treatment of cardiovascular disease and non-compliance with medical recommendations: the opinion of patients and physicians by the results of focused interview. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2014;10(1):55-61. (In Russ). doi:10.20996/1819-6446-2014-10-1-55-61
8. Barbarash OL, Kashtalap VV. Management of patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome. Are all problems solved? *Russian Heart Journal*. 2016;15(5):320-6. (In Russ). doi:10.18087/rhj.2016.5.2249
9. Yakushin SS, Filippov EV. The main directions of the primary prevention of cardiovascular disease. *Nauka Molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2014;(4):55-68. (In Russ).
10. Dubinina EA. Psychological aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2018;10(2):3. (In Russ). doi:10.24411/2219-8245-2018-12030
11. Strokova EV, Naumova EA, Schwartz YG. Influence of an internal picture of illness, coping-strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity. *Sovremennye Issledovaniya Sotsial'nykh Problem*. 2012;(1):1169-90. (In Russ).
12. Soboleva MS. The review of modern studys about the importance of compliance of patients to treatment of cardiovascular diseases. *Klinitsist*. 2017; 11(2):33-9. (In Russ). doi:10.17650/1818-8338-2017-11-2-33-39
13. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient emposhherment the key to promote adherence? A systematic revieshh of the relationship betshheen self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE*. 2017;12(10): e0186458. doi:10.1371/journal.pone.0186458
14. Schulz PJ, Nakamoto K. «Bad» literacy, the Internet, and the limits of patient emposhherment. *AAA Spring Symposium Series*. 2011. P. 65-9.
15. Scholz U, Doña GB, Sud S, et al. Is General Self-Efficacy a Universal Construct? *European Journal of Psychological Assessment*. 2002;18(3):242-51. doi:10.1027//1015-5759.18.3.242
16. Holmes EAF, Hughes DA, Morrison VL. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Revieshh of 20 Years of Empirical Research. *Value in Health*. 2014;17(8): 863-76. doi:10.1016/j.jval.2014. 08.2671
17. Wallston KA, Wallston BS. Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. In: *Sanders G, Suls J, editors. Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum & Association; 1982. P. 65-95.
18. Byrne M, Walsh J, Murphy A. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005;58(5):403-15. doi:10.1016/J.JPSYCHORES.2004.11.010
19. Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *British Journal of General Practice*. 1994;44(387):465-8.
20. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*. 2013;90(1):4-11. doi:10.1016/j.pec.2012.09.006
21. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
22. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, et al. An adherence typology: coping, jaulality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Medical Science Monitor*. 2006;12(12): CR493-500.
23. Prigge J-K, Dietz B, Homburg C, et al. Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences. *International Journal of Research in Marketing*. 2015;32(4):375-86. doi:10.1016/j.ijresmar.2015.05.009
24. Houska A, Loučka M. Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;57(4):835-45. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339
25. Chiu C, Feuz MA, McMahan RD, et al. «Doctor, Make My Decisions»: Decision Control Preferences, Advance Care Planning, and Satisfaction With Communication Among Diverse Older Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016; 51(1):33-40. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.018
26. McCann TV, Clark E, Lu S. The self-efficacy model of medication adherence in chronic mental illness. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(11c): 329-40. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02354.x
27. Wallston KA, Malcarne VL, Flores L, et al. Does God determine your health? The God locus of health control scale. *Cognitive Therapy and Research*. 1999;23:131-42. doi:10.1023/A:1018723010685
28. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, et al. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009;74(3): 295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015

29. Murri R, Antinori A, Ammassari A, et al. Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2002;31(3): S158-62. doi:10.1097/00126334-200212153-00015
30. Phillips LA, Leventhal EA, Leventhal H. Factors associated with the accuracy of physicians' predictions of patient adherence. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(3):461-7. doi:10.1016/j.pec.2011.03.012
31. Phillips LA, Cohen J, Burns EA, et al. Self-management of chronic illness: The role of 'habit' vs reflective factors in exercise and medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016; 39(6):1076-91. doi:10.1007/s10865-016-9732-z
32. Phillips LA, Duwe EAG. Prescribing Providers Estimate Patients' Adherence to Hypertension and Type 2 Diabetes Medications from Patients' Medication-Taking Routines: an Observational Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2019;35(9): 1688-90. doi:10.1007/s11606-019-05054-y
33. Lysova DP, Lysova MP, Khityayeva SK. Otsenka priverzhennosti patsiyentov s ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa meropriyatiyam vtorichnoy profilaktiki. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2018;8(8):340-2. (In Russ).
34. Markov VV. Mediko-sotsial'nyye i organizatsionnyye aspekty profilakticheskoy raboty v poliklinikakh sredi vzroslogo naseleniya [dissertation]. Ryazan; 2010. Available at: <https://www.dissertcat.com/content/mediko-sotsialnye-i-organizatsionnye-aspekty-profilakticheskoi-raboty-v-poliklinikakh-sredi-read>. Accessed: 2019 June 25. (In Russ).
35. Vladimirovskiy AV. Telemeditsina. Donetsk: OOO «Tsifrovaya tipografiya»; 2011. (In Russ).
36. Pervova EV. Current methods of ambulatory electrocardiogram monitoring. Technical aspects. *Klinitsist*. 2017;11(4-1):16-28. (In Russ). doi:10.17650/1818-8338-2016-10-4-16-28
37. Piette JD, List J, Rana GK, et al. Mobile health devices as tools for worldwide cardiovascular risk reduction and disease management. *Circulation*. 2015;132(21):2012-27. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008723
38. Mishina IE, Gudukhin AA, Sarana AM, et al. Analysis of modern practice of remote forms of medical consultations and dispensary observation of patients with ischemic heart disease (literature review). *CardioSomatics*. 2019;10(1):42-50. (In Russ). doi:10.26442/22217185.2019.1.190186
39. Thakkar J, Kurup R, Laba T, et al. Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2016;176(3):340-9. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7667
40. Fang R, Li X. Electronic messaging support service programs improve adherence to lipid-lowering therapy among outpatients with coronary artery disease: An exploratory randomised control study. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(5-6):664-71. doi:10.1111/jocn.12988

#### Информация об авторах [Authors Info]

\***Калинова Юлия Александровна** – аспирант кафедры поликлинической терапии и профилактической медицины, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация. E-mail: calinowa2010@yandex.ru  
SPIN: 3961-5593, ORCID ID: 0000-0001-6774-7000.

**Yuliya A. Kalinova** – PhD-Student of the Department of Outpatient Therapy and Preventive Medicine, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation. E-mail: calinowa2010@yandex.ru  
SPIN: 3961-5593, ORCID ID: 0000-0001-6774-7000.

**Филиппов Евгений Владимирович** – д.м.н., доцент, зав. кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация.  
SPIN: 2809-2781, ORCID ID: 0000-0002-7688-7176.

**Evgenii V. Filippov** – MD, PhD, Head of the Department of Outpatient Therapy and Preventive Medicine, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation.  
SPIN: 2809-2781, ORCID ID: 0000-0002-7688-7176.

**Цитировать:** Калинова Ю.А., Филиппов Е.В. Приверженность к лечению и пути ее повышения у пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2020. Т. 8, №3. С. 444-456. doi:10.23888/HMJ202083444-456

**To cite this article:** Kalinova YuA, Filippov EV. Compliance and ways of its improvement in patients after transcatheter coronary intervention in acute coronary syndrome without elevation of ST segment. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2020;8(3):444-56. doi:10.23888/HMJ202083444-456

Поступила / Received: 07.02.2020  
Принята в печать / Accepted: 02.09.2020