

- нология. — 2004. — Т. 2, № 3. — С.87.
12. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. — М.: Медиа Сфера, 1998. — 347 с.
 13. Шпрах В.В. Стратегия «высокого риска» в профилактике цереброваскулярных заболеваний // Сб. тезисов и статей VIII Всероссийского съезда неврологов. — Казань, 2001. — С.321.
 14. Bowman T.S., Sesso H.D., Ma J., Kurth T., et al. Cholesterol and the Risk of Ischemic Stroke // Stroke. — 2003. — Vol. 34. — P.2930-2943.
 15. Djousse L., Myers R.H., Province M.A., et al. Influence of Apolipoprotein E, Smoking, and Alcohol Intake on Carotid Atherosclerosis: National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study // Stroke. — 2002. — Vol. 33. — P.1357-1361.
 16. Donnan G.A., You R., Thrift A., Mcneil J.J. Smoking as a Risk Factor for Stroke // Cerebrovascular diseases. — 1993. — Vol. 3. — Iss 3. — P.129-138.
 17. Jedrzejowska H., Lysakowska-Sernika K., et al. Arterial hypertension, diabetes and cardiac arrhythmias as risk factor in reversible and completed ischemic stroke // Neurol. Neurochir. Pol. — 1996. — Vol. 30. — P.559-570.
 18. Tuomilehto J., Sarty C., Narva E.V., et al. The FINMONICA Stroke Register. Community-based stroke registration and analysis of stroke incidence in Finland, 1983-1985 // Am. J. Epidemiol. — 1992. — Vol. 135. — P.1259-1270.

Адрес для переписки:

г. Иркутск, ул. 2 Железнодорожная д.6 кв.10, МУЗ поликлиника №2
Салдина Ирина Юрьевна - врач-невролог

© БИРЮКОВА Л.А. — 2008

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ

Л.А. Бирюкова

(Астраханская государственная медицинская академия, ректор —)

Резюме. Цель исследования: изучить факторы, определяющие приверженность к лечению больных ИБС при безболевой и болевой ишемии миокарда. В исследование вошли 112 больных ИБС мужчин в возрасте от 38 до 64 лет (средний возраст $54,3 \pm 1,23$ года). Выяснено, что причинами снижения приверженности к лечению больных ИБС с болевым синдромом следует считать недостаточный уровень медико-социальной информированности, неудовлетворенность кратностью приема медикаментов в сутки и результатами терапии. При безболевой ишемии преобладают позитивный фактор комплайнса, отражающий отсутствие склонности к самолечению, достаточный уровень медико-социальной адаптированности и нейтральное отношение к режиму назначенной терапии.

Ключевые слова: приверженность к лечению, ишемическая болезнь сердца.

DELICATION TO THE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE WITH PAIN AND PAINLESS FORM OF THE DISEASE

L.A. Birukova

(Astrahan State Medical Academy)

The purpose of the study: study the factors, defining treatment compliance of patients with coronary heart disease (patients with silent ischemia myocardial and patients with angina pectoris). The material and methods: 112 men included in the study at age from 38 to 64 years (the average age $54,3 \pm 1,23$ year). Results: Reasons of treatment compliance lowering are follows: not very high level of medico-social awareness, not many times of medicine taking a day, therapy results. Positive compliance factor is typical for patients with silent ischemia myocardial, that reflect lack of self-treatment and neutral attitude to mode of therapy

Key words: adherence to treatment, ischemic heart disease.

В последние годы на фоне значительного расширения возможностей эффективной лекарственной терапии основных сердечно-сосудистых заболеваний, не происходит сколько-нибудь значительного снижения смертности. Одной из причин данной ситуации является низкая приверженность к лечению больных. Приверженность к лечению по определению — это степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни рекомендациям врача или медицинского работника.

Низкая приверженность лечению оборачивается для больных повышенным риском развития осложнений и смертностью, для общества — экономическими потерями и углублением негативных демографических тенденций. Низкая приверженность к лечению при артериальной гипертензии расценивается большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний, в частности мозговых инсультов, а низкая приверженность лечению при ИБС как фактор риска неблагоприятных исходов и смерти [1,4].

Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных ИБС, является актуальным для оптимизации медико-демографической ситуации, сложившейся в Российской Федерации.

Цель исследования: изучить факторы, определяющие приверженность к лечению больных ИБС при разных формах ишемии миокарда.

Материалы и методы.

В исследование вошли 112 больных ИБС мужчин в возрасте от 38 до 64 лет (средний возраст $54,3 \pm 1,23$ года) со стабильным течением болезни на протяжении предшествующего месяца, которым для купирования и/или предупреждения приступов стенокардии (или безболевой ишемии миокарда) требовался прием лекарственных препаратов. Эти больные ранее перенесли инфаркт миокарда (ИМ) давностью более 1 года, либо имели положительные результаты нагрузочных проб.

Диагноз ИБС ставился на основании анализа жалоб, анамнестических данных, объективного исследования, электрокардиографии, суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Диагностика различных форм ИБС осуществлялась с использованием классификации экспертов ВОЗ и ВКНЦ АМН СССР.

Из общего количества обследованных больных были исключены лица с пороками сердца, постоянными нарушениями ритма, органическими поражениями головного мозга, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, сахарным диабетом, недостаточностью кровообращения IV ФК по NYHA, инфарктом миокарда в анамнезе менее 1 года, а также состоящие на учете по поводу хронического алкоголизма.

Основным признаком деления больных на группы было

наличие или отсутствие болевого синдрома при ишемии миокарда: 1 группа — 32 больных с безболевого ишемией миокарда (ББИМ), 2 — 40 больных со смешанной ишемией миокарда (СИМ), 3 — 40 больных с болевой ишемией миокарда (БИМ). Постинфарктный кардиосклероз зарегистрирован у 26,2% больных первой группы, 47,5% — второй и 16,7% — третьей.

Приверженность к лечению оценивалась по методике С.В. Давыдова [2].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы Statistika 6.0. В качестве статистических методов обработки информации были применены расчет относительных показателей. Оценка значимости разности результатов исследования проводилась по t-критерию Стьюдента. Значимым считали результат при вероятности ошибки $p < 0,05$, что соответствует критериям, принятым в медико-биологических исследованиях.

наблюдали чаще при БИМ (40%). Значимо чаще склонность к лечению клинически неапробированными методами (40%), неудовлетворенность кратностью приема лекарств и/или длительностью терапии (52,5%) выражали больные с БИМ. Неудовлетворенность результатами проводимой терапии значимо чаще выражали больные с БИМ (40%) (табл. 1).

При сравнительном анализе позитивных факторов комплайенса (табл. 2) выявлено, что достоверные различия в группах больных с ББИМ, СИМ и БИМ отсутствуют за исключением значимо более высокого отсутствия склонности к самолечению больных с ББИМ. Медико-социальная адаптированность была значимо выше в группе ББИМ. Медико-социальная коммуникативность составляет — 54,5, 50, 50% соответственно при ББИМ, СИМ, БИМ. В половине процентов случаев боль-

ные выражали доверие к терапевтической стратегии врача во всех 3-х группах.

При сравнительном анализе нейтральных факторов комплайенса (табл. 3) выявлено, что у больных с ББИМ значимо чаще встречались нейтральные ответы в отношении режима назначенной терапии. В то же время, в 53,1% случаев больные с ББИМ считали себя полностью здоровыми людьми и не видели необходимости в каких-либо медикаментозных вмешательствах.

Таким образом, приверженность к лечению в целом характеризуется гетерогенностью: преобладание позитивного и нейтрального типов влияния у лиц с ББИМ уступает место негативному в ус-

Таблица 1

Распространенность (чел./%) негативного влияния факторов комплайенса на формирование приверженности к лечению

Негативные факторы комплайенса	Больные ИБС		
	ББИМ (n=32)	СИМ (n=40)	БИМ (n=40)
1. Неготовность оплачивать лечение	10 / 31,25	19 / 47,5	13 / 32,5
2. Недостаточная медико-социальная адаптированность	6 / 18,75	7 / 17,5	13 / 32,5
3. Недостаточная медико-социальная информированность	4 / 12,5	14 / 35	16 / 40*
4. Склонность к самолечению (клинически неапробированными методами)	4 / 12,5	13 / 32,5	16 / 40*
5. Недостаточная медико-социальная коммуникативность	4 / 12,5	9 / 22,5	8 / 20
6. Неудовлетворенность кратностью приема лекарств и/или длительностью терапии	7 / 21,8	19 / 47,5	21 / 52,5*
7. Медико-социальная дистанцированность	4 / 12,5	11 / 27,5	9 / 22,5
8. Недоверие к терапевтической стратегии лечащего врача	2 / 6,25	7 / 17,5	7 / 17,5
9. Неудовлетворенность результатами проводимой терапии	4 / 12,5	15 / 37,5	16 / 40*

Примечание: здесь и в табл. 2, 3: * - показатель значимости $p < 0,05$ указан между максимальными и минимальными величинами.

Результаты и обсуждение

Распространенность типов влияния (негативного, позитивного и нейтрального) факторов комплайенса на формирование приверженности к медикаментозному лечению отражена в таблицах 1, 2, 3.

При сравнительном анализе негативных факторов комплайенса выявлен незначимо высокий процент больных, не готовых оплачивать лечение в группе с СИМ (47,5%), недостаточную медико-социальную информированность

Распространенность (абс. кол./%) позитивного влияния факторов комплайенса на формирование приверженности к лечению

Позитивные факторы комплайенса	Больные ИБС		
	ББИМ (n=32)	СИМ (n=40)	БИМ (n=40)
1. Наличие готовности оплачивать лечение	12 / 37,5	11 / 27,5	9 / 28,1
2. Достаточная медико-социальная адаптированность	17 / 53,1*	13 / 32,5	7 / 17,5
3. Достаточная медико-социальная информированность	13 / 40,6	14 / 35	8 / 20
4. Отсутствие склонности к самолечению	16 / 50*	16 / 40	10 / 25
5. Достаточная медико-социальная коммуникативность	18 / 56,25	20 / 50	16 / 50
6. Удовлетворенность кратностью приема лекарств и/или длительностью терапии	8 / 25	12 / 30	10 / 25
7. Отсутствие выраженности стремления к медико-социальной дистанцированности	16 / 50	15 / 37,5	15 / 37,5
8. Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	15 / 46,8	25 / 62,5	16 / 50
9. Удовлетворенность результатами проводимой терапии	11 / 34,4	10 / 25	10 / 25

Примечание: здесь и в табл. 3: * - значимые различия.

Таблица 2

Распространенность (абс. кол./%) нейтрального влияния факторов комплайенса на приверженность к лечению

Нейтральные факторы комплайенса	Больные ИБС		
	ББИМ(n=32)	СИМ (n=40)	БИМ (n=40)
1. Финансовая готовность оплачивать лечение	10 / 31,25	10 / 25	18 / 45
2. Медико-социальная адаптированность	11 / 34,30	20 / 50	20 / 50
3. Медико-социальная информированность	15 / 46,80	12 / 30	16 / 40
4. Склонность к самолечению	12 / 37,5	11 / 27,5	14 / 35
5. Медико-социальная коммуникативность	10 / 31,25	11 / 27,5	16 / 40
6. Режим назначенной терапии	17 / 53,12*	9 / 22,5	9 / 22,5
7. Медико-социальная дистанцированность	12 / 37,5	14 / 35	16 / 40
8. Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	15 / 45,8	15 / 37,5	17 / 42,5
9. Результативность проводимой терапии	17 / 46,8	14 / 35	15 / 37,5

ловиях болевого синдрома у больных СИМ и БИМ.

В группе больных ББИМ достоверно преобладает процент позитивных факторов, характеризующий наличие достаточной медико-социальной адаптированности, отсутствие склонности к самолечению и нейтральное отношение к режиму назначенной терапии.

Ведущими причинами снижения приверженности к лечению больных со стенокардией являются: недостаточный уровень медико-социальной информированности, склонность к самолечению, неудовлетворенность кратностью приема медикаментов в сутки, длительностью и результатами проводимой терапии, в то время как доверие к терапевтической стратегии врача, достаточный уровень медико-социальной коммуникативности способствуют повышению приверженности к лечению.

Таким образом, при безболевого ишемии миокарда достоверно чаще преобладают позитивный фактор комплайенса, отражающий отсутствие склонности к самолечению, достаточный уровень медико-социальной адаптированности, и нейтральное отношение к режиму назначенной терапии. Ведущими причинами снижения приверженности к лечению больных ИБС с болевым синдромом следует считать недостаточный уровень медико-социальной информированности, склонности к самолечению клинически неапробированными методами, неудовлетворенность кратностью приема медикаментов в сутки и результатами терапии. Повышению приверженности к лечению способствует доверие к терапевтической стратегии врача и достаточная медико-социальная коммуникативность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галявич А.С. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Казанский медицинский журнал. — 2001. — Т. 82, № 3. — С. 198-202.
2. Давыдов С.В. Методика определения приверженности к лечению. Артериальная гипертония — медико-демографическая ситуация: приверженность к лечению и качество жизни: Дис.... канд. мед. наук. — Казань, 2004. — 324 с.
3. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Шербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76, № 1. — С. 5-8.
4. Погозова Ю.С., Белова А.Н., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца — ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2007. — Т. 1, № 6. — С. 99-103.

Адрес для переписки:

г. Астрахань, 414021, ул. Сахалинская д.7, кв. 5. Тел. 8-909-374-72-52, 30-30-98

Бирюкова Любовь Алексеевна — аспирант кафедры госпитальной терапии Астраханской государственной медицинской академии

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

© ДАШИНАМЖИЛОВ Ж.Б., ЛУБСАНДОРЖИЕВА П.Б., НИКОЛАЕВ С.М. — 2008

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА «ВЕНТРОФИТ»

Ж.Б. Дашинамжилов, П.Б. Лубсандоржиева, С.М. Николаев

(Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН, директор — д.б.н., проф. Л.Л. Убугунов, лаборатория экспериментальной фармакологии, зав. — д.м.н., проф. С.М. Николаев)

Резюме. Применение растительного средства «Вентрофит» в экспериментально-терапевтической дозе 50 мг/кг массы тела крыс линии Вистар, при остром асептическом воспалении оказывает антиальтеративное и антиэкссудативное действие. Также, на фоне введения «Вентрофита» отмечается снижение дегрануляции тучных клеток, ускорение