

НЕПРИВЕРЖЕННОСТЬ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВРАЧА И АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ

DOI: 10.37586/2686-8636-4-2024-305-313

УДК: 616-08-07

Ларина В.Н. ^{1*}, Федорова Е.В. ¹, Лунев В.И. ¹, Шерегова Е.Н. ^{1,2}, Кладовикова О.В. ²

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

² Диагностический клинический центр № 1 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

* Автор, ответственный за переписку, Ларина Вера Николаевна. E-mail: larina_vn@rsmu.ru

Резюме

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить факторы риска низкой приверженности лечению амбулаторных пациентов в возрасте 60 лет и старше.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В открытое одномоментное сравнительное исследование включено 224 пациента (57,6% женщин) в возрасте от 60 до 88 лет ($71,2 \pm 6,6$ года). Проводился физикальный осмотр, скрининг вероятной старческой астении с помощью опросника «Возраст не помеха», оценка приверженности лечению с помощью опросника Мориски — Грина. В зависимости от уровня приверженности лечению пациенты были разделены на две группы: приверженные ($n = 138, 61,6\%$) и неприверженные ($n = 86, 38,4\%$) лечению.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Приверженные и неприверженные терапии пациенты были сопоставимы по возрасту ($p = 0,598$), полу ($p = 0,563$), приему групп лекарственных препаратов, следованию принципам здорового образа жизни, сопутствующим патологиям, за исключением сахарного диабета, который чаще ($p = 0,037$) встречался среди неприверженных лечению пациентов. Установлена отрицательная корреляционная связь между приверженностью лечению и вероятной старческой астенией ($r = -0,24, p < 0,001$), сахарным диабетом ($r = -0,14, p = 0,032$). Неприверженность режиму лечения ассоциировалась с вероятной старческой астенией (ОШ 0,26, 95% ДИ 0,12–0,56; $p < 0,001$), а отсутствие последней и сахарного диабета ассоциировалось с полной приверженностью лечению (ОШ 4,58, 95% ДИ 1,24–16,87, $p = 0,022$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Неприверженность лечению выявлена у 38,4% пациентов в возрасте 60 лет и старше. Амбулаторные мультиморбидные пациенты пожилого и старческого возраста, особенно имеющие в анамнезе сахарный диабет и высокую вероятность старческой астении, входят в группу риска неоптимальной приверженности лечению.

Ключевые слова: амбулаторные пациенты; приверженность лечению; сердечно-сосудистые заболевания; сахарный диабет; старческая астения.

Для цитирования: Ларина В.Н., Федорова Е.В., Лунев В.И., Шерегова Е.Н., Кладовикова О.В. Неприверженность рекомендациям врача и ассоциированные факторы риска у пациентов в возрасте 60 лет и старше. *Российский журнал геронтологической медицины*. 2024;4(20):305–313. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2024-305-313

NON-ADHERENCE TO PHYSICIAN'S RECOMMENDATIONS AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN PATIENTS AGED 60 YEARS AND OLDER

Larina V.N. ^{1*}, Fedorova E.V. ¹, Lunev V.I. ¹, Sheregova E.N. ^{1,2}, Kladovikova O.V. ²

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² Diagnostic Clinical Center No. 1 of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

* Corresponding author Larina V.N. E-mail: larina_vn@rsmu.ru

Resume

AIM. This study aimed to evaluate risk factors of low medication adherence in outpatients aged 60 and over.

MATERIALS AND METHODS. A total of 224 participants aged 60 years and over were included in the study. The mean age was 71.2 ± 6.6 years, with 129 (57,6%) being female. General clinical examination, probable frailty screening using the «Age is Not a Hindrance» questionnaire were performed. Medication adherence was assessed using the four-item Morisky Medication Adherence Scale.

RESULTS. Adherent and non-adherent patients were comparable in terms of age ($p = 0,598$), gender ($p = 0,563$), intake of drug groups, adherence to healthy lifestyle principles, concomitant diseases, with the exception of diabetes mellitus, which was more common ($p = 0,037$) among non-adherent patients. A negative correlation was established between adherence to treatment and probable frailty ($r = -0,24, p < 0,001$), diabetes mellitus ($r = -0,14, p = 0,032$). Non-adherence to the

treatment regimen was associated with probable frailty (OR 0.26, 95% CI 0.12–0.56; $p < 0.001$), and the absence of the frailty and diabetes mellitus was associated with high adherence to treatment (OR 4.58, 95% CI 1.24–16.87, $p = 0.022$).

CONCLUSION. Medication non-adherence was found in 38.8% outpatients aged 60 and over. Multimorbid older patients with probable frailty and diabetes mellitus have a high risk of non-adherence to treatment.

Keywords: outpatients; treatment adherence; cardiovascular diseases; diabetes mellitus; frailty.

For citation: Larina V.N., Fedorova E.V., Lunev V.I., Sheregova E.N., Kladovikova O.V. Non-Adherence to Physician's Recommendations and Associated Risk Factors in Patients Aged 60 Years and Older. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2024;4(20):305–313. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2024-305-313

На сегодняшний день, анализируя эффективность назначенной медикаментозной терапии по разным показателям, в зависимости от типа нозологии, фазы течения болезни, условий лечения и возраста пациента, рекомендовано оценивать и степень следования пациента рекомендациям врача — уровень приверженности терапии.

Согласно определению, предложенному экспертами Всемирной организации здравоохранения, приверженность лечению представляет собой «степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача в отношении регулярности приема препарата, его дозы и интервала между приемами, а повышение эффективности мероприятий, направленных на улучшение приверженности лечению, может иметь гораздо большее влияние на здоровье населения, чем усовершенствование каких-либо отдельных медицинских процедур» [1].

Отечественные эксперты рассматривают проблему приверженности лечению как «характеристику прогнозируемой способности имеющего хотя бы одно установленное заболевание респондента к выполнению рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени» [2].

Неоптимальная приверженность терапии рассматривается как один из возможных модифицируемых факторов риска прогрессирования заболеваний, развития осложнений и неблагоприятных исходов, что влечет за собой дополнительные материальные затраты на госпитализацию и усиленное наблюдение за пациентом.

Оценка приверженности терапии требует комплексного и индивидуального подхода, что находит подтверждение в научной медицинской литературе [3, 4, 5, 6], поскольку является важнейшим компонентом оказания медицинской помощи любой группе пациентов, особенно пожилого возраста из-за высокой уязвимости к несоблюдению режима лечения в результате multimorbidности, полипрагмазии и сниженной когнитивной функции, развивающихся на фоне физиологических изменений в организме.

К концу 2022 года количество человек в возрасте 60 лет и старше достигло 280 миллионов, что составило 19,8% от общей численности населения мира [7]. Безусловно, старение людей способствует нарастанию бремени заболеваемости на семью

и систему здравоохранения. В связи с этим особый интерес представляют пациенты пожилого и старческого возраста, наблюдающиеся в амбулаторных условиях, поскольку возрастает вероятность ограниченных возможностей стареющего человека в самостоятельном управлении и контроле за течением заболевания.

В связи с тем, что одной из важнейших задач в работе врача является выделение уязвимой группы пациентов с высоким риском развития осложнений, госпитализации и смерти, анализ ассоциированных с низкой приверженностью лечению факторов, особенно поддающихся изменению, у multimorbidных амбулаторных пациентов позволит внести определенный вклад в разработку мер, способных уменьшить этот риск.

ЦЕЛЬ. Оценить факторы риска низкой приверженности лечению амбулаторных пациентов в возрасте 60 лет и старше.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Тип исследования — открытое одномоментное сравнительное исследование в рамках научно-исследовательской работы «ПривАмБ+К (Приверженность Амбулаторных Больных Кардиологического профиля)» и «ОПТИКАМП-КП (Оптимизация Приверженности Терапии И Compliance Амбулаторных Пациентов Кардиологического Профиля)».

Критерии включения: пациенты мужского и женского пола; возраст 60 лет и старше; наличие хотя бы одного заболевания сердечно-сосудистой системы; лечение в амбулаторных условиях; информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения: инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения в течение трех месяцев до включения в исследование; хроническая болезнь почек (ХБП) стадии С5; невозможность следовать рекомендациям врача.

Пациенты, наблюдавшиеся у врача-терапевта участкового или врача общей практики, были включены в исследование сплошным методом на базе ГБУЗ «Диагностический клинический центр № 1 ДЗМ» и филиала № 4 в период с июля 2023 года по август 2024 года. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом (протокол ЛЭК № 230 от 28 июня 2023 года). До включения в исследование у всех пациентов было получено письменное информированное

согласие. Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

Среди участников проекта «ПривАмБ+К» и «ОПТИКАМП-КП» было отобрано 224 человека, включая 129 (57,6%) женщин и 95 (42,4%) мужчин, в возрасте от 60 до 88 лет ($71,2 \pm 6,6$ года).

Проводился сбор жалоб и оценка анамнеза, физикальный осмотр. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле, как отношение массы тела (кг) к росту (m^2), ожирение расценивалось как ИМТ $30 \text{ кг}/m^2$ и более, абдоминальное ожирение — окружность талии (ОТ): $OT \geq 94$ см у мужчин и ≥ 80 см у женщин является диагностическим критерием абдоминального ожирения [8].

С помощью опросника «Возраст не помеха» [9] на амбулаторном приеме проводился скрининг вероятной старческой астении. Результат, соответствующий двум баллам и менее, свидетельствовал об отсутствии старческой астении, и пациент рассматривался как «крепкий», 3–4 баллам — о вероятной преастении, 5–7 баллам — о вероятной старческой астении.

Приверженность лечению оценивалась с помощью 4-опросной версии шкалы Мориски (4-item Morisky Medication Adherence Scale) [40]. Отрицательные ответы («нет») на 1-й, 3-й и 4-й вопросы и наличие второго положительного ответа («да») расценивались как высокая приверженность лечению и составляли 4 балла, а 3 балла и менее — как неприверженность лечению.

Уровень физической активности определялся с помощью Международного опросника по оценке физической активности (INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE — IPAQ) [41].

Пациенту предлагалось проанализировать свою физическую нагрузку за последнюю неделю и ответить на семь вопросов. О наличии гиподинамии (малоподвижного образа жизни) свидетельствовало определенное количество баллов в зависимости от возраста (в возрасте 60–65 лет — менее 14 баллов, 65 лет и старше — менее 7 баллов).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакетов программ SPSS 21.0, 26.0. Описательная статистика качественных переменных представлена в виде частот и процентов, непрерывных количественных данных — в виде среднего значения (M) $\pm$ стандартное отклонение. Сравнение количественных признаков проводили по ранговому U-критерию Манна — Уитни, сравнение качественных — с использованием таблиц сопряженности по критерию χ^2 Пирсона с поправкой Йетса и точному критерию Фишера. Для оценки факторов риска неприверженности лечению применялась модель логистической регрессии с определением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ), в которую были включены наличие или отсутствие вероятной

старческой астении и сахарного диабета 2-го типа. Отрезное значение суммы баллов по шкале «Возраст не помеха», когда снижается приверженность лечению, определялось с помощью receiver-operating characteristic анализа. Определяли площадь под кривой и 95% ДИ. Различия считали статистически значимыми при значении двустороннего $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Приверженность лечению по шкале Мориски — Грин в целом по группе соответствовала $3,4 \pm 0,9$ балла: в группе пациентов пожилого возраста — $3,3 \pm 0,9$ балла, старческого возраста — $3,5 \pm 0,8$ балла, $p = 0,131$. Высокая приверженность лечению выявлена у 138 (61,6%), средняя — у 49 (21,9%), низкая — у 34 (15,2%) пациентов.

В зависимости от уровня приверженности лечению все амбулаторные пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошло 138 (61,6%) приверженных лечению пациентов ($4,0 \pm 0,0$ балла), во вторую — 86 (38,4%) неприверженных лечению пациентов ($2,4 \pm 0,8$ балла). Клиническая характеристика пациентов в зависимости от уровня приверженности лечению представлена в табл. 1.

Два и более хронических заболеваний имелись у 116 (84,1%) приверженных лечению и у 68 (79,1%) неприверженных лечению пациентов, $p = 0,822$. Приверженные и неприверженные лечению пациенты были сопоставимы по встречаемости сопутствующей патологии, за исключением сахарного диабета (рис. 1).

Результаты оценки опроса по шкале «Возраст не помеха» представлены на рис. 2.

Пациенты двух групп были сопоставимы по частоте приема разных групп лекарственных препаратов (рис. 3).

Полипрагматизация (прием пяти и более лекарственных препаратов) зарегистрирована у 88 (63,8%) и у 60 (69,8%) приверженных и неприверженных лечению пациентов, соответственно, $p = 0,247$.

Результаты опроса пациентов о следовании принципам здорового образа жизни представлены в табл. 2.

Малоподвижный образ жизни вели 11 (7,9%) пациентов, приверженных терапии, и 11 (12,8%) неприверженных лечению, $p = 0,344$.

Выявлена отрицательная корреляционная связь между приверженностью лечению и вероятной старческой астенией ($r = -0,24$, $p < 0,001$), сахарным диабетом ($r = -0,14$, $p = 0,032$). Неприверженность режиму лечения ассоциировалась с вероятной старческой астенией (ОШ 0,26, 95% ДИ 0,12–0,56; $p < 0,001$), как у лиц женского пола (ОШ 0,38, 95% ДИ 0,15–0,97; $p = 0,044$), так и у лиц мужского пола (ОШ 0,14, 95% ДИ 0,03–0,55; $p = 0,005$), включая пациентов пожилого возраста (ОШ 3,51, 95% ДИ 1,49–8,29, $p = 0,004$) и старческого возраста (ОШ 3,58, 95% ДИ 1,24–10,28; $p = 0,018$).

Таблица 1

Клиническая характеристика амбулаторных пациентов в возрасте 60 лет и старше

Показатель	Приверженные лечению (n = 138)	Неприверженные лечению (n = 86)	p
Женщины, n (%)	78 (56,5)	51 (60,5)	0,563
Возраст, годы	71,5 ± 6,9	70,7 ± 5,9	0,598
Возраст 60–74 года, n (%)	93 (67,3)	62 (72,1)	0,318
Возраст 75 лет и старше, n (%)	45 (32,6)	24 (27,9)	0,554
Одинокий, n (%)	14 (10,1)	7 (8,1)	0,855
Среднее образование, n (%)	54 (39,1)	22 (25,6)	0,077
Курение, n (%)	8 (5,8)	5 (5,8)	0,821
Абдоминальное ожирение, n (%)	105 (76,4)	69 (80,2)	0,285
ИМТ, кг/м ²	29,4 ± 5,1	29,8 ± 4,3	0,411
Избыточная масса тела, n (%)	48 (34,8)	40 (46,5)	0,067
САД, мм рт. ст.	131,2 ± 11,5	132,1 ± 11,8	0,311
ДАД, мм рт. ст.	79,4 ± 7,6	79,9 ± 6,7	0,865
ЧСС, уд/мин	70,2 ± 7,3	72,1 ± 8,5	0,165
Дислипидемия, n (%)	46 (33,3)	33 (38,4)	0,412
Гиперурикемия, n (%)	30 (21,7)	17 (19,8)	0,959
Средний балл по шкале «Возраст не помеха»	4,1 ± 1,5	4,9 ± 1,7	< 0,001

Примечание: здесь и далее: p — для различий при сравнении групп пациентов; ИМТ — индекс массы тела, ИБС — ишемическая болезнь сердца, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений.

Таблица составлена авторами по собственным данным / The table is prepared by the authors using their own data

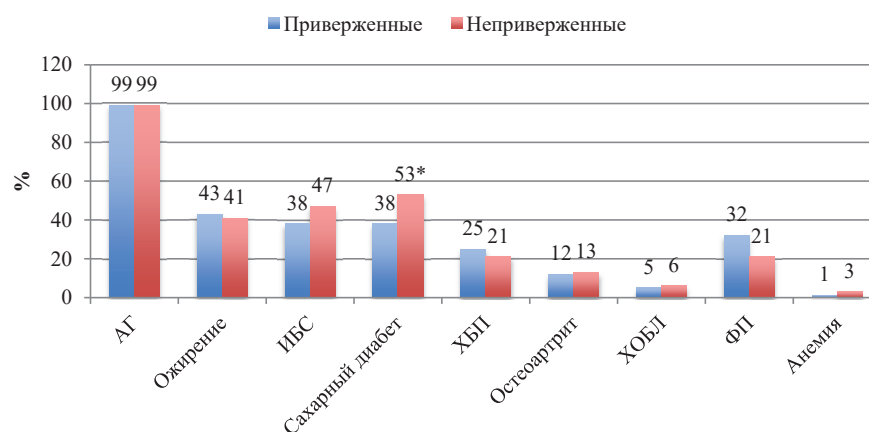


Рис. 1. Сопутствующая патология у приверженных и неприверженных лечению пациентов; * p = 0,037; где: ИБС — ишемическая болезнь сердца, ХБП — хроническая болезнь почек, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ФП — фибрилляция предсердий

Рисунок подготовлен авторами по собственным данным / The figure is prepared by the authors using their own data

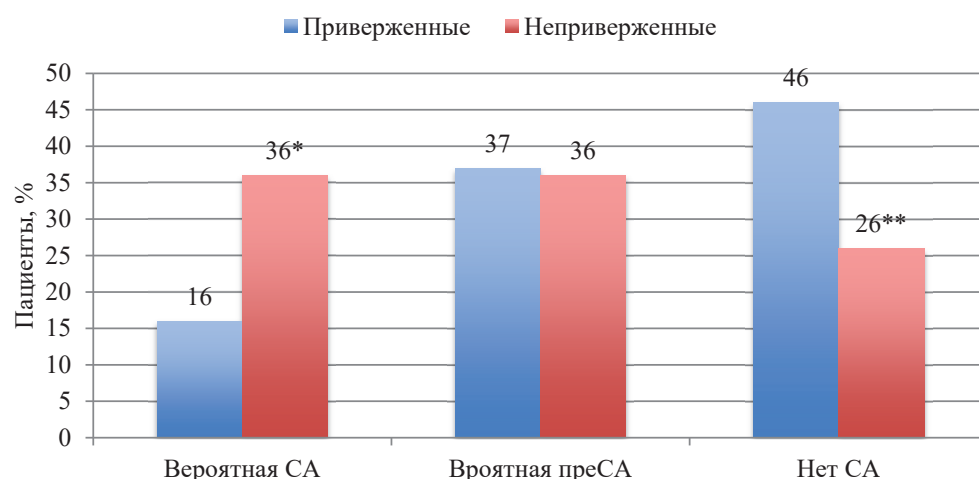


Рис. 2. Встречаемость вероятной старческой астении у приверженных и неприверженных лечению пациентов, где: СА — старческая астения, * $p < 0,001$, ** $p = 0,005$

Рисунок подготовлен авторами по собственным данным / The figure is prepared by the authors using their own data

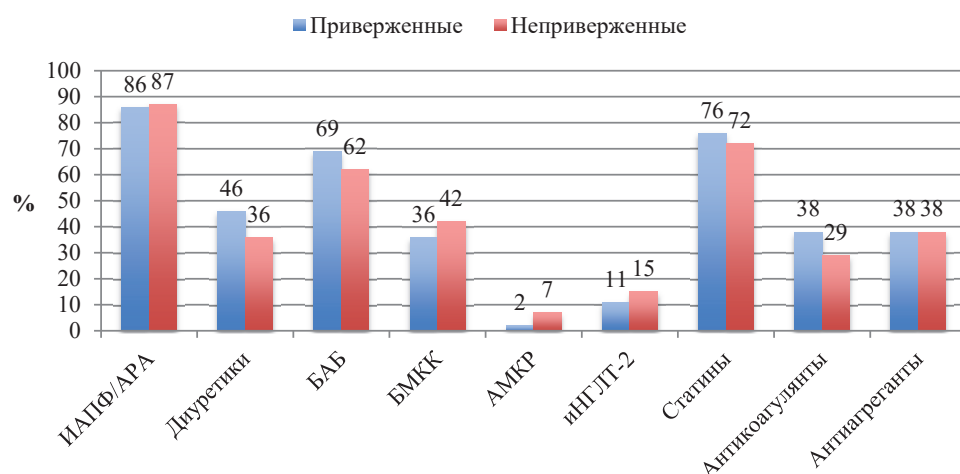


Рис. 3. Медикаментозная терапия приверженных и неприверженных лечению пациентов, где: ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРА II — антагонисты рецепторов ангиотензина II, АМКР — антагонисты минералокортикоидных рецепторов, БАБ — бета-адреноблокаторы, БМКК — блокаторы медленных кальциевых каналов, ИНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа; различия при сравнении групп пациентов статистически незначимы

Рисунок подготовлен авторами по собственным данным / The figure is prepared by the authors using their own data

Таблица 2

Результаты опроса пациентов о следовании принципам здорового образа жизни

Показатель	Приверженные лечению (n = 138)	Неприверженные лечению (n = 86)	p
Употребляю овощи и фрукты в количестве более 400 г в день, n (%)	25 (18,1)	12 (13,9)	0,604
Не досаливаю пищу, n (%)	103 (74,6)	56 (65,1)	0,121
Знаю свой обычный уровень артериального давления, n (%)	128 (92,8)	77 (89,5)	0,792
Знаю свой обычный уровень холестерина, n (%)	59 (42,8)	34 (39,5)	0,904
Знаю свой обычный уровень глюкозы, n (%)	85 (61,6)	58 (67,4)	0,270

Таблица составлена авторами по собственным данным / The table is prepared by the authors using their own data

Отсутствие вероятной старческой астении и сахарного диабета ассоциировалось с полной приверженностью лечению (ОШ 4,58, 95% ДИ 1,24–16,87, $p = 0,022$).

Отрезное значение суммы баллов по шкале «Возраст не помеха», когда снижается приверженность лечению, составило 1,5 балла при чувствительности 67,0% и специфичности 64,0% (значение площади под ROC-кривой $0,72 \pm 0,05$ при 95% ДИ 0,62–0,81, $p < 0,001$) (рис. 4).

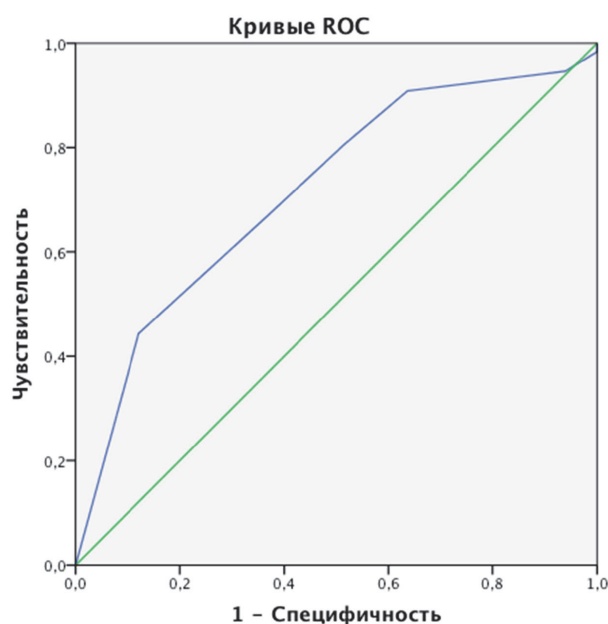


Рис. 4. Отрезное значение суммы баллов по шкале «Возраст не помеха», когда снижается приверженность лечению

Рисунок подготовлен авторами по собственным данным / The figure is prepared by the authors using their own data

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование выявило, что 38,4% пациентов в возрасте 60 лет и старше с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наблюдающихся на амбулаторном этапе, непривержены режиму лечения. Приверженные и неприверженные терапии пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, приему медикаментозной терапии, следованию принципам здорового образа жизни, сопутствующим патологиям, за исключением сахарного диабета, который статистически значимо чаще ($p = 0,037$) встречался среди неприверженных лечению пациентов. Также отмечена статистически незначимая тенденция ($p = 0,067$) к более частой встречаемости избыточной массы тела в этой группе пациентов. Кроме того, в группе неприверженных лечению чаще выявлялись пациенты с вероятной старческой астенией, по результатам опроса по шкале «Возраст не помеха».

В настоящее время актуальность изучения проблемы неприверженности лечению не вызывает сомнений. Согласно имеющимся данным, несоблюдение рекомендаций врача

более распространено среди пожилых пациентов, чем среди лиц более молодого возраста. В целом привержены терапии от 34% до 64% пациентов в возрасте от 31 до 91 лет [12] и около 45% пациентов — в возрасте 60 лет и старше [13]. Более низкий процент неприверженных пациентов в нашем исследовании, возможно, объясняется тем, что в большинстве случаев пациенты были хорошо информированы о своем заболевании, контролировали уровень артериального давления и основные лабораторные показатели, следовали принципам здорового образа жизни.

В последнее время уделяется большое внимание повышению медицинской грамотности пациентов и ведущее место отводится именно первичному звену здравоохранения, где в условиях отделений профилактики лечебно-профилактических учреждений регулярно проводятся образовательные школы для пациентов: «Школа пациента с артериальной гипертензией», «Профилактика старческой астении» [14].

Важно учитывать, что в основном пациенты старшего возраста являются мультиморбидными и имеют полипрагмазию. Хотя бы одно хроническое заболевание имеют 75,8% пациентов пожилого возраста, наиболее распространенным из которых является артериальная гипертензия (АГ) [15], встречаемость которой у пациентов в возрасте 80 лет достигает 90% [16]. Два и более заболеваний в возрасте 60 лет и старше регистрируется практически у каждого второго человека (51,0%; 95% ДИ 44,1–58,0) [17].

Согласно проведенному исследованию, амбулаторные пациенты в возрасте 60 лет и старше в основном имели два и более любых заболевания (84,1% в группе приверженных и 79,1% — неприверженных лечению), принимали пять и более лекарственных препаратов (63,8% в группе приверженных, 69,8% — неприверженных лечению), у каждого третьего имелась вероятная старческая астения, а артериальная гипертензия и сахарный диабет оказались лидирующими в структуре мультиморбидности, что согласуется с данными других исследователей. Доказано, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются неотъемлемой составляющей мультиморбидности [18], а артериальная гипертензия и сахарный диабет входят в первые 10 причин обращений к врачу первичного звена здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах (данные анализа 18 крупнейших исследований, проведенных в 12 странах: медиана 250 000 пациентов, или 83 161 амбулаторных визитов) [19].

Лечение пациентов с сахарным диабетом комплексное и направлено на достижение целевого уровня глюкозы, холестерина, улучшение качества жизни за счет изменения нездорового образа жизни, усиления самоконтроля пациентов за проявлениями болезни и медикаментозной терапии.

Однако, несмотря на достижения в фармакотерапии, у многих пациентов отмечается недостаточная приверженность лечению [20, 21].

Следует отметить, что наличие сахарного диабета негативно коррелировало с приверженностью лечению ($p = 0,032$), хотя ассоциации между сахарным диабетом и неприверженностью лечению установлено не было. С другой стороны, вероятность приверженности лечению в 4,58 раза была выше у «крепких» пациентов без сахарного диабета, чем у «хрупких» пациентов с сахарным диабетом, что также согласуется с существующими данными, свидетельствующими о негативном вкладе сахарного диабета в исход заболеваний и приверженность терапии, особенно у «хрупких» пациентов. Результаты исследования F. Rea и соавт. [22], в котором приняли участие 188 983 пациента в возрасте 65 лет и старше, среди которых доля «хрупких» пациентов составила 1%, подтвердили, что приверженность антидиабетической лекарственной терапии способствует снижению общей смертности независимо от клинического состояния пациентов и количества сопутствующих заболеваний, хотя снижение смертности, обусловленное лучшей приверженностью лечению, было менее выраженным у «хрупких» пациентов, чем у «крепких» пациентов. В проводимом нами исследовании терапия и приверженность лечению антидиабетическими препаратами не оценивалась, что ограничивает наши возможности по более детальной оценке контроля за течением сахарного диабета.

Эффективным и рациональным подходом к прогнозированию течения любого заболевания или комплекса заболеваний является выделение уязвимой группы пациентов с учетом клинических, лабораторных и других факторов, связанных с ухудшением приверженности лечению. В когорте пациентов, принимавших участие в нашем исследовании, встречаемость вероятной старческой астении составила 23,7%: 15,9% — в группе приверженных и 36,1% — неприверженных лечению пациентов, достигнув статистически значимой разницы. Истинную встречаемость старческой астении оценить сложно из-за разных критериев ее определения, клинических особенностей и места проживания пациентов и многих других факторов [23]. В целом старческая астения встречается у 4–59% пациентов, наблюдаемых в амбулаторных условиях [24, 25], что нашло отражение и в ходе обобщаемого исследования.

Согласно нашим данным, вероятная старческая астения ассоциировалась с недостаточной приверженностью лечению амбулаторных пациентов в возрасте 60 лет и старше, как у женщин, так и у мужчин, а сумма в 1,5 балла и более по шкале «Возраст не помеха» оказалась тем пороговым значением, когда ожидаемо снижение приверженности лечению и необходимо более пристальное внимание к пациенту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неприверженность лечению выявлена у 38,4% пациентов в возрасте 60 лет и старше. Амбулаторные мультиморбидные пациенты пожилого и старческого возраста, особенно имеющие в анамнезе сахарный диабет и высокую вероятность старческой астении, входят в группу риска неоптимальной приверженности лечению.

Поскольку старческая астения и хронические заболевания у людей пожилого и старческого возраста имеют общие патофизиологические механизмы и связанные с ними состояния, такие как саркопения, анемия, мальнутриция, полипрагмазия и др., планы лечения должны быть адаптированы к клиническим особенностям пациента с точки зрения функциональных возможностей и сопутствующих заболеваний, а также с учетом уровня приверженности лечению.

Следующим этапом нашей работы является оценка эффективности образовательных мероприятий для повышения приверженности лечению амбулаторных пациентов и определение перспективных подходов к ее повышению.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование имеет ряд ограничений: амбулаторный этап, одномоментный характер исследования, отсутствие комплексной гериатрической оценки для подтверждения диагноза старческой астении, оценка приема лекарственных препаратов только для лечения ССЗ, учет субъективного мнения пациентов при оценке приверженности лечению, что может привести к ее переоценке из-за желания некоторых пациентов выглядеть более приверженными лечению. В связи с этим полученные результаты не могут быть экстраполированы на более широкую когорту пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

Источник финансирования. Работа выполнена при поддержке АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» [Соглашение № 0703-11/23 «ПривАмБ+К (Приверженность Амбулаторных Больных Кардиологического профиля)»; Договор № 0703-11/23-1НИР «ОПТИКАМП-КП (Оптимизация Приверженности Терапии И Комплаенса Амбулаторных Пациентов Кардиологического Профиля)»]. Источник финансирования не принимал участия в планировании и организации исследования, в сборе, анализе и интерпретации данных, а также в решении представить рукопись для публикации.

Funding source: This work was supported by the ANO Moscow Center for Innovative Technologies in Healthcare [grant № 0703-11/23 «PrivAMB+K (Priverzhennost' Ambulatoryx

Bol'ny'x Kardiologicheskogo profilya / Adherence to Cardiology Outpatients»; grant № 0703-11/23-1NIR «OPTICAMP-KP (Optimizaciya Priverzhennosti Terapii I Komplaensa Ambulatorny'x Pacientov Kardiologicheskogo Profilya / Optimizing Therapy Adherence And Compliance in Outpatient Cardiology Patients)»]. The funding source had no role in the design and organization of the study, the collection, analysis and interpretation of data, or the decision to submit the manuscript for publication.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Conflict of Interests: The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов:

Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

В.Н. Ларина — формулирование цели и задач исследования, разработка методологии, проведение исследовательского процесса, анализ и интерпретации данных, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации, ответственный за все аспекты работы;

Е.В. Федорова — проведение исследовательского процесса, в частности подготовка, создание электронной базы данных пациентов, подготовка рукописи, окончательное утверждение рукописи для публикации, ответственный за все аспекты работы;

В.И. Лунев — проведение исследовательского процесса, в частности подготовка, создание электронной базы данных пациентов, подготовка рукописи, окончательное утверждение рукописи для публикации, ответственный за все аспекты работы;

Е.Н. Шерегова — проведение исследовательского процесса, в частности координация сбора данных пациентов, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации, ответственная за все аспекты работы;

О.В. Кладовикова — формулирование общих целей и задач исследования, координация сбора данных пациентов, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации, ответственная за все аспекты работы.

ORCID АВТОРОВ:

Ларина В.Н. — 0000-0001-7825-5597
Федорова Е.В. — 0000-0002-7623-7376

Лунев В.И. — 0000-0001-9002-7749

Шерегова Е.Н. — 0000-0001-9991-546X

Кладовикова О.В. — 0000-0001-7977-5850

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Sabaté E., Bender B., Boulet LP, et al. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action [Internet]. World Health Organization — Institutional Repository for Information Sharing; 2003. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
2. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Сетевое научное издание. Коллектив авторов. 2022. ИД «Академия Естествознания». АНО «Академия Естествознания». 224 с. ISBN 978-5-91327-746-6. [Adherence to treatment. Russian national guidelines. Online scientific publication. Collective of authors. 2022. Publishing House «Academy of Natural Sciences». ANO «Academy of Natural Sciences». 224 p. ISBN 978-5-91327-746-6. (In Russ.)].
3. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Новый метод комплексной оценки качества и приверженности фармакотерапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(4):3522. [Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. Novel approaches to the comprehensive assessment of the quality and adherence to pharmacotherapy and its use in cardiovascular patients. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(4):3522. (In Russ.)] doi:10.15829/1728-8800-2023-3522.
4. Бойцов С.А., Карпов Ю.А., Логунова Н.А., Бурцев Ю.П., Квасников Б.Б., Хомицкая Ю.В. Пути повышения приверженности к антигипертензивной терапии. Российский кардиологический журнал. 2022;27(9):5202. [Boytsov S.A., Karpov Yu.A., Logunova N.A., Burtsev Yu.P., Kvasnikov B.B., Khomitskaya Yu.V. Ways to increase adherence to antihypertensive therapy. Russian Journal of Cardiology. 2022;27(9):5202. (In Russ.)] doi:10.15829/1560-4071-2022-5202.
5. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скиренко Ю.П., Андреев К.А., Горбенко А.В. [и др.]. Международная декларация о приверженности лечению 2023 (Омская декларация): презентация для российских читателей. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2024;19(1):1–9. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P., Andreev K.A., Gorbenko A.V. [et al.]. International Declaration of Adherence to Treatment 2023 (Omsk Declaration): Presentation for Russian readers. Medical News of North Caucasus. 2024;19(1):1–9. (In Russ.)] <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19001>
6. Jansen E.M., van de Hei S.J., Dierick B.J.H., Kerstjens H.A.M., Kocks J.W.H., van Boven J.F.M. Global burden of medication non-adherence in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma: a narrative review of the clinical and economic case for smart inhalers. J Thorac Dis. 2021;13(6):3846–3864. doi:10.21037/jtd-20-2360.
7. Ma W. The national economy in 2022 tops the pressure to reach new heights. National Statistics Bureau; 2023. Available from: http://www.gov.cn/xinwen/2023-04/17/content_5737453.htm. Accessed August 20, 2024.
8. Дедов И.И., Мокрышева Н.Г., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Андреева Е.Н., Анциферов М.Б., Бирюкова Е.В., Бордан Н.С., Вагапова Г.Р., Волкова А.Р., Волкова Н.И., Вольнкина А.П., Дзгоева Ф.Х., Киселева Т.П., Неймарк А.Е., Романцова Т.И., Руюткина Л.А., Суплотова Л.А., Хахимов Ю.Ш., Яшков Ю.И. Ожирение. Клинические рекомендации. Consilium Medicum. 2021; 23 (4): 311–325. [Dedov I.I., Mokrysheva N.G., Mel'nichenko G.A., Troshina E.A., Mazurina N.V., Ershova E.V., Komshilova K.A., Andreeva E.N., Antsiferov M.B., Biriukova E.V., Bordan N.S., Vagapova G.R., Volkova A.R., Volkova N.I., Volynkina A.P., Dzgoeva F.Kh., Kiseleva T.P., Neimark A.E., Romantsova T.I., Ruiatkina L.A., Suplotova L.A., Khalimov Iu.Sh.,

Yashkov Iu.I. Obesity. Clinical guidelines. Consilium Medicum. 2024;23(4):311–325. (In Russ.)] doi:10.26442/20751753.2021.4.2.00832.

9. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. [и др.]. Клинические рекомендации «Старческая астения». Российский журнал гериатрической медицины. 2020;1:11–46. [Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., et al. Clinical guidelines on frailty. Russian Journal of Geriatric Medicine. 2020;(1):11–46. (In Russ.)] <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2020-11-46>.

10. Лукина Ю.В., Кутищенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2562. [Lukina Yu. V., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu., Drapkina O.M. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(3):2562. (In Russ.)] doi:10.15829/1728-8800-2020-2562.

11. Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Оценка уровня физической активности у пациентов с избыточной массой тела и ожирением в Российской Федерации (ФАКТОР-РФ): обоснование и дизайн исследования. Профилактическая медицина. 2020;23(3):7–49. [Drapkina O.M., Shepel R.N. Assessment of the level of physical activity in patients with overweight and obesity in the Russian Federation (FACTOR-RF): argumentation and study design. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2020;23(3):7–49. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/profmed2020230317>

12. Pietrzykowski Ł., Michalski P., Kosobucka A., Kasprzak M., Fabiszak T., Stolarek W., Siller-Matula J.M., Kubica A. Medication adherence and its determinants in patients after myocardial infarction. Sci Rep. 2020;10(1):12028. doi:10.1038/s41598-020-68915-1.

13. Jeyalakshmi K. J., Mahadev R., Shashidhara Yn., Thunga G., Ravishankar N., Sudhakar C., Sanatombi Devi E. Determinants of Medication Non-Adherence Among the Elderly with Co-Existing Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus in Rural Areas of Udupi District in Karnataka, India. Patient Prefer Adherence. 2023;17:1641–1656. doi:10.2147/PPA.S380784.

14. Приказ от 27.04.2021 № 404н об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения) в рамках проекта «Московское долголетие» (Постановление правительства Москвы от 18.12.2018 № 1578-ПП «О реализации в городе Москве проекта „Московское долголетие“»). [Order of 27.04.2021 No. 404n on approval of the procedure for conducting preventive medical examinations and medical examinations of certain groups of the adult population) within the framework of the Moscow Longevity project (Resolution of the Moscow Government of 18.12.2018 No. 1578-PP «On the implementation of the Moscow Longevity project in the city of Moscow»). (In Russ.)]

15. Liu J., Rozelle S., Xu Q., Yu N., Zhou T. Social engagement and elderly health in China: evidence from the China Health

and Retirement Longitudinal Survey (CHARLS). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(2):278. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020278>

16. Tan S., Liu D., Zhang Y., Li S., Zhang K., Zuo H. Trends in blood pressure and hypertension among older adults and oldest-old individuals in China between 2008–2018. Hypertens Res. 2023;46(5):1145–1156. doi:10.1038/s41440-023-01183-4.

17. Chowdhury S.R., Dipak C.D., Sunna T.C., Beyene J., Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2023;57:101860. doi:10.1016/j.eclim.2023.101860.

18. Tyagi S., Koh V., Koh G.C., Low L.L., Lee E.S. Defining and measuring multimorbidity in primary care in Singapore: Results of an online Delphi study. PLoS One. 2022;17(12):e0278559. doi:10.1371/journal.pone.0278559.

19. Finley C.R., Chan D.S., Garrison S., Korownyk C., Kolber M.R., Campbell S., Eurich D.T., Lindblad A.J., Vandermeer B., Allan G.M. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. Can Fam Physician. 2018;64(11):832–840.

20. Демидова Т.Ю., Кочина А.С. Особенности лечения пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа. FOCUS Эндокринология. 2023;4(2):36–41. [Demidova T.Yu., Kochina A.S. Peculiarities of treatment of elderly patients with type 2 diabetes mellitus. FOCUS. Endocrinology. 2023;4(2):36–41. (In Russ.)] <https://doi.org/10.15829/1560-4074-2023-15>

21. Ахундова Х.Р., Дудинская Е.Н., Ткачева О.Н. Гериатрические аспекты сахарного диабета. Российский журнал гериатрической медицины. 2020;3:250–259. [Akhundova K.R., Dudinskaya E.N., Tkacheva O.N. Geriatric aspects of diabetes mellitus. Russian Journal of Geriatric Medicine. 2020;3:250–259. (In Russ.)] doi:10.37586/2686-8636-3-2020-250-259.

22. Rea F., Savaré L., Valsassina V., Ciardullo S., Perseghin G., Corrao G., Mancia G. Adherence to antidiabetic drug therapy and reduction of fatal events in elderly frail patients. Cardiovasc Diabetol. 2023;22(1):53. doi:10.1186/s12933-023-01786-8.

23. Faller J.W., Pereira D.d.N., de Souza S., Nampo F.K., Orlandi E.d.S., Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. PLoS ONE. 2019;14:e0216166. doi:10.1371/journal.pone.0216166.

24. Collard R.M., Boter H., Schoevers R.A., Oude Voshaar R.C. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. J. Am. Geriatr. Soc. 2012;60:1487–1492. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x.

25. Ларина В.Н., Самкова И.А., Федорова Е.В. Преастения как возможный корригируемый фактор риска падений у пациентов с артериальной гипертензией: открытое одноцентровое одномоментное исследование // CardioСоматика. 2024. Т. 15, № 2. С. 97–106. [Larina V.N., Samkova I.A., Fedorova E.V. Prefrailty as a possible correctable risk factor for falls in patients with arterial hypertension: An open, cross-sectional study. CardioSomatics. 2024;15(2):97–106. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17816/CS625393>.