3. Шкала комплаентности Мориски-Грин (Medication Adherence Report Scale, MARS) [Электронный ресурс] // Городской центр общественного здоровья и медицинской профилактики. – Режим доступа: https://gcmp.ru. – Дата доступа: 13.03.2026.

4. Приверженность к медикаментозной терапии и риск сердечно-сосудистых событий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (по данным амбулаторного регистра) / Э. Т. Гусейнова, Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 10. – С. 41–47.

5. Anand, I. S. Anemia and chronic heart failure: implications and treatment options / I. S. Anand, S. J. Shah // Journal of the American College of Cardiology. – 2018. – Vol. 71, № 8. – P. 891–902.

УДК 616.12-008.331.1-052-08

И. А. Демиденко, Ю. А. Каленик, К. Ю. Макаренко

Научный руководитель: ассистент кафедры О. В. Апинон

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Введение

Артериальная гипертензия относится к наиболее распространенным хроническим заболеваниям, определяющим структуру сердечно-сосудистой смертности и инвалидизации. По данным ВОЗ повышенное артериальное давление является ведущим управляемым фактором риска преждевременной смертности среди взрослых [1]. Несмотря на широкую доступность эффективной антигипертензивной терапии, контроль артериального давления в реальной практике остается неудовлетворительным, что в значительной степени обусловлено низкой приверженностью пациентов к лечению [2]. На приверженность оказывают влияние клинико-метаболические характеристики и поведенческие факторы.

Цель

Оценка приверженности к лечению артериальной гипертензии с учетом уровня физической активности, вредных привычек, ожирения, сахарного диабета, семейного положения и уровня образования, а также в выявлении независимых предикторов низкой приверженности.

Материал и методы исследования

Проведено одномоментное исследование, включившее 100 пациентов с артериальной гипертензией, госпитализированных во 2 кардиологическое отделение У «ГОККЦ» г. Гомеля. Средний возраст составил 59,0±9,1 года, женщин 54 процента, мужчин 46 процентов. Ожирение выявлено у 57 процентов, сахарный диабет 2 типа у 41 процента. Вредные привычки (курение или регулярное употребление алкоголя) указали 38 процентов пациентов. Уровень физической активности оценивался по данным опроса: низкий уровень у 31 процента пациентов, умеренный у 59 процентов, высокий у 10 процентов. Уровень образования распределился следующим образом: общее среднее у 26 процентов, среднее специальное у 53 процентов, высшее у 21 процента. В зарегистрированном браке состояли 68 процентов пациентов. Приверженность оценивали с помощью теста Мориски Грина. Высокой считали приверженность при 4 баллах, умеренной при 3 баллах, низкой при 0–2 баллах. Статистический анализ включал критерий χ^2, t-тест и логистическую регрессию с оценкой β коэффициентов, отношений шансов (OR) и 95 процентных доверительных интервалов (ДИ). Уровень значимости принимали $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика приверженности

Средний балл составил 2,29±1,20. Высокую приверженность имели 25 процентов пациентов, умеренную 15 процентов, низкую 60 процентов. В целом три четверти пациентов продемонстрировали неполную приверженность к терапии.

Поведенческие факторы

Вредные привычки ассоциировались с более низкой приверженностью, однако различия между группами не достигали статистической значимости (высокая приверженность 18,4 процента против 29,0 процента; χ^2=1,41, p>0,05).

Пациенты с низкой физической активностью реже имели высокую приверженность (16,1 процента против 29,0 процента при умеренной и высокой активности), различия пограничны по значимости (χ^2=1,89, p≈0,17).

Семейное положение не влияло на уровень приверженности: полностью приверженными были 25 процентов пациентов как среди семейных, так и среди одиноких (χ^2=0,00, p>0,9).

Уровень образования продемонстрировал выраженную связь с приверженностью. Высокая приверженность наблюдалась у 7,7 процента пациентов с общим средним образованием, у 26,4 процента со средним специальным и у 42,9 процента с высшим. Различия статистически значимы (χ^2=5,61, p<0,02).

Метаболические факторы

У пациентов с ожирением высокая приверженность встречалась реже (17,5 процента против 34,9 процента при отсутствии ожирения), различия значимы (χ^2=3,93, p≈0,047). Средний балл также ниже у пациентов с ожирением (2,11 против 2,53, t=1,79, p≈0,07).

Сахарный диабет не влиял на приверженность: высокая приверженность 24,4 процента у пациентов с диабетом и 25,4 процента при его отсутствии (χ^2=0,01, p>0,9).

Многофакторный анализ

В логистическую регрессию включены курение, ожирение, сахарный диабет, физическая активность, образование и семейное положение. Зависимая переменная неполная приверженность (0–3 балла).

Модель значима (χ^2=13,9, p=0,03, псевдо R^2=0,124).

Независимым предиктором низкой приверженности оказался только *низкий уровень образования:* β=1,86; OR=6,45; 95 процентный ДИ 1,34 31,11; p=0,02.

Ожирение демонстрировало тенденцию к снижению приверженности (β=0,89, OR=2,44, p=0,08). Курение и низкая физическая активность увеличивали риск неполной приверженности приблизительно в два раза, однако значимости не достигли.

Полученные результаты подтверждают высокую распространенность низкой приверженности среди пациентов с артериальной гипертензией. Выявлено, что уровень образования играет ключевую роль в формировании терапевтического поведения. Пациенты с общим средним образованием имеют более чем шестикратный риск неполной приверженности по сравнению с пациентами с более высоким уровнем образования.

Пограничная значимость ожирения и тенденции, связанные с низкой физической активностью и курением, указывают на необходимость комплексных программ, объединяющих образовательные и мотивационные подходы. Семейное положение и наличие сахарного диабета в данном исследовании не оказали влияния на приверженность.

Выводы

Высокая приверженность к лечению артериальной гипертензии наблюдалась лишь у 25 процентов пациентов.

Ожирение и вредные поведенческие факторы сопровождались снижением приверженности.

Единственным независимым предиктором неполной приверженности стал низкий уровень образования, увеличивающий риск в 6,45 раза.

Результаты подчеркивают необходимость целевых образовательных и поведенческих вмешательств у пациентов с низким уровнем образования и ожирением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией / А. М. Маркабаева [и др.]. // Astana Medical Journal. – 2025. – № 4. – С. 34–44.

2. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19 / О. П. Ротарь [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 3. – С. 100–108.

3. Аникин, В. В. Школа здоровья на крупном промышленном предприятии как фактор повышения приверженности к лечению больных артериальной гипертензией / В. В. Аникин, О. В. Пушкарева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. –Т. 17, № S. – С. 14–15.

УДК 616.12-009.73:616.12-008.331.1]-079.4

А. И. Донцева, А. Л. Федорович

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И КАРДИАЛГИЯМИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости среди взрослого населения. Ее верификация на ранних стадиях относится к приоритетным аспектам кардиологической семиотики. Известно, что самой частой клинической формой ИБС является стенокардия [1].

Актуальность проблемы дифференциальной диагностики болевого синдрома в грудной клетке у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) обусловлена высокой распространенностью данного заболевания в популяции и риском развития жизнеугрожающих состояний. Артериальная гипертензия, являясь одним из основных факторов риска развития и прогрессирования ИБС нередко служит фоном, на котором манифестируют различные формы коронарной патологии, в том числе нестабильная стенокардия.

Нестабильная стенокардия, как наиболее опасный период обострения ИБС, занимает промежуточное положение между стабильным течением стенокардии и острым инфарктом миокарда. Ее своевременная верификация критически важна для предотвращения неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Однако диагностический поиск существенно осложняется тем, что у пациентов с длительно существующей или плохо контролируемой АГ нередко встречаются кардиалгии – болевые ощущения в области сердца, не связанные с ишемией миокарда вследствие атеротромбоза [2, 3].

Патогенетическая основа кардиалгий при АГ многогранна и может включать гипертрофию миокарда левого желудочка с развитием относительной коронарной недостаточности вследствие ремоделирования сосудов, метаболические нарушения в кардиомиоцитах, дисфункцию вегетативной нервной системы, а также психогенные и гипервентиляционные расстройства. Клиническая картина таких болей может имитировать ишемическую атаку, что создает высокий риск как гипер-, так и гиподиагностики нестабильной стенокардии [2].