

- Psychology» Kafedra Psychiatry and Medical Psychology Chuvash State University IN Ulyanova]. 2011; 40–46.
3. Diloyan VV. Kriminogennyh faktorov u bol'nyh shizofrenij, sovershivshih tjazhkie OOD protiv rodstvennikov [Combinations criminogenic factors in patients with schizophrenia, Sauveur–shivshih grave LTD against relatives]. Sovremennye tendencii organizacii psixiatricheskoj pomoshhi: klinicheskie i social'nye aspekty: materialy konf [Modern trends op–zation of mental health care: clinical and social aspects: materials Rus konf]. 2004; 412–413.
 4. Zinnurov FK, Krasil'nikov VI. O sudebno–psixiatricheskoj jekspertize lic, sovershivshih obshhestvenno opasnye dejstvija (OOD) (st 105 UK RF) [On the forensic psychiatric examination of persons who have committed co–socially dangerous acts (CCCs) (Art 105 of the Criminal Code)]. Vestnik Kazanskogo juridicheskogo instituta MVD Rossii [Bulletin of Kazan Law Institute of the Russian Interior Ministry]. 2015; 2 (20): 53–60.
 5. Kazantsev SY, Krasil'nikov VI. Sudebno–psixiatricheskaja jekspertiza i ispolnenie prinuditel'nyh mer medicinskogo haraktera [Forensic psychiatric examination and enforcement of compulsory measures of medical haraktera]. Vestnik Kazanskogo juridicheskogo instituta MVD Rossii [Kazan Herald legal institute the Russian Interior Ministry]. 2014; 4 (18): 77–81.
 6. Kalashnikov AS, Safuanov FS. Rol' psixicheskij rasstrojstv, ne iskluchajushhijh vmenjaemosti, v formirovanii raznonapravlennoj agressii [The role of mental disorders not excluding sanity, in the formation of multidirectional aggression]. Rossijskij psixiatricheskij zhurnal [Russiansky psychiatric journal]. 2010; 4: 16–22.
 7. Kotov VP, Maltsev MM. Nekotorye statisticheskie pokazateli dejatel'nosti po profilaktike opasnyh dejstvij psixicheskij bol'nyh [Some statistical indicators of activity for the prevention of danger–governmental actions psychiatric patients]. Social'naja i klinicheskaja psixiatrija [Social and clinical psixiatrija]. 2012; 3: 11–12.
 8. Petrenko RA, Getmanov IP, Kimstach VN. Biologicheskie i sociokul'turnye faktory agressii [Biological and sociocultural factory aggression]. Novocheerkassk: Oniks+ [Novocheerkassk: Onyx+]. 2008; 91 p.
 9. Rzhetskaya NK, Ruzhenkov VA. Kriminal'naja agressija psixicheskij bol'nyh v razlichnye periody social'no–jekonomicheskogo razvitija Rossii [Criminal aggression of the mentally ill in various periods of–WIDE social and economic development of modern Russia]. Uspehi sovremennogo estestvoznanija [Advances the natural history]. 2007; 1: 30–35.
 10. Furmanov IA. Agressija i nasilie: diagnostika, profilaktika i korrekcija [Aggression and violence: diagnosis, prevention and correction]. SPb: Rech' [SPb: Rech']. 2007: 479 p.

© С.И. Макогон, А.С. Макогон, 2015

УДК 617.7-007.681-082.3(571.150)

АНАЛИЗ ПРИЧИН НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

МАКОГОН СВЕТЛАНА ИВАНОВНА, канд. мед. наук, майор внутренней службы, врач-офтальмолог Военно-врачебной комиссии ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Алтайскому краю», Барнаул, Россия, тел. 8-913-096-58-00, e-mail: vvk_msi@mail.ru

МАКОГОН АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ, канд. мед. наук, доцент, зав. курсом глазных болезней ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный врач РФ, Барнаул, Россия, тел. 8-913-210-26-21, e-mail: mas65@mail.ru

Реферат. Цель исследования — провести анализ факторов, влияющих на приверженность к длительному лечению больных глаукомой и оценить степень приверженности к лечению в зависимости от значимости этих факторов. **Материал и методы.** Для проведения исследования была разработана анкета, включающая блок вопросов с указанием социально-демографических данных (возраст, образование), длительности заболевания, вопросов, отражающих приверженность к терапии, причинах недостаточности следованию врачебным рекомендациям. В анкетировании приняло участие 366 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой I–IV стадий, проживающих в Алтайском крае, проходивших лечение в Краевой офтальмологической больнице. Приверженность пациентов к лечению оценивали по шкале Мориски—Грина. **Результаты и их обсуждение.** Среднее значение теста Мориски—Грина составило (2,87±0,13) балла. Высокая приверженность к лечению выявлена у 27,9% опрошенных пациентов (4 балла). Средний уровень приверженности к лечению отмечен у 36,6% пациентов (3 балла). Низкий уровень — у 35,5% пациентов (2 и менее баллов). **Заключение.** Больные глаукомой характеризуются низкой приверженностью к лечению (у 35,5% пациентов 2 и менее баллов). Низкая приверженность к лечению у пациентов с глаукомой ассоциирована с мужским полом, отсутствием симптомов заболевания, ранними стадиями, лечением несколькими гипотензивными средствами, наличием побочных эффектов гипотензивной терапии. Факторы, ассоциированные с высокой приверженностью: женский пол, лечение одним гипотензивным препаратом или фиксированной комбинацией, низким уровнем побочных эффектов гипотензивной терапии, продвинутые стадии заболевания, диспансерное наблюдение у врача-офтальмолога по поводу глаукомы.

Ключевые слова: факторы, влияющие на приверженность к лечению, глаукома, тест Мориски—Грина.

Для ссылки: Макогон, С.И. Анализ причин низкой приверженности к лечению у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой / С.И. Макогон, А.С. Макогон // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.52—57.

ANALYSIS OF THE CAUSES OF LOW ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS OF PRIMARY OPEN ANGLE GLAUCOMA

MAKOGON SVETLANA I., C. Med. Sci., major of internal service of military medical commission of Medical Sanitary Unit of the Ministry of the Interior of Russia of Altai territory, doctor-oculist, Barnaul, Russia, tel. 8-913-096-58-00, e-mail: vvk_msi@mail.ru

MAKOGON ALEXANDER S., C. Med. Sci., associate professor, manager of a course eye diseases of Altai State Medical University, Barnaul, Russia, tel. 8-913-210-26-21, e-mail: mas65@mail.ru

Abstract. The purpose of our study — an analysis of the factors influencing the commitment to long-term treatment of patients with glaucoma and assess the degree of adherence to treatment, depending on the importance of these factors. **Material and methods.** To conduct the study questionnaire was developed, including cluster with an indication of socio-demographic data (age, education), duration of disease, issues that reflect a commitment to therapy due to insufficient adherence to medical recommendations. The survey was attended by 366 patients with primary open-angle glaucoma I—IV stages living in the Altai region, treated in the regional ophthalmologic hospital. Adherence of patients to treatment was evaluated on a scale of Moriscos—Green. **Results and discussion.** The average value of the Moriscos—Green test was (2,87±0,13) points. High adherence to treatment was diagnosed in 27,9% of the surveyed patients (4 points). The average level of adherence to treatment was observed in 36,6% of patients (3 points). Low level — 35,5% of patients (2 or fewer points). **Conclusions.** Patients with glaucoma have low adherence to treatment (35,5% of patients, and less than 2 points). Poor adherence to treatment in patients with glaucoma is associated with male sex, lack of symptoms, early stage, treatment of multiple antihypertensives, the presence of adverse effects of antihypertensive therapy. Factors associated with a high commitment to the female sex, treatment with one of antihypertensive drugs or a combination of fixed, low side effects of antihypertensive therapy, advanced disease stage, follow-up at the ophthalmologist for glaucoma.

Key words: factors affecting adherence to treatment, glaucoma, test Moriscos—Green.

For reference: Makogon SI, Makogon AS. Analysis of the causes of low adherence to treatment in patients of primary open angle glaucoma. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2015; 8 (6): 52—57.

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания как исследователей, так и работников практического здравоохранения, но приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой [8, 9, 12]. Даже самое современное лечение, назначенное высококвалифицированным врачом, не будет являться залогом успеха, если пациент не настроен точно соблюдать предписанный режим терапии, прежде всего медикаментозной. Для характеристики приверженности к лечению часто используются термины «compliance», «adherence», «comprehensive disease management», «concordance», «persistence» [10, 14]. Участники совещания ВОЗ, посвященного проблеме приверженности, приняли определение приверженности к длительной терапии как степень, в которой поведение человека — прием препарата, соблюдение диеты и (или) изменение стиля жизни — соответствует рекомендациям медицинского специалиста, согласованного с пациентом [18]. В последнее время в литературе авторы склоняются к тому, что термин «приверженность» больше подходит для описания взаимоотношения равноправного партнерства, которое в идеале должно складываться между врачом и пациентом [3, 5]. Среди факторов, повышающих приверженность к лечению, специалисты выделяют те, которые относятся к врачу (установление доверительных отношений с пациентом, продолжительность их беседы, заинтересованность врача в получении согласия на лечение), и те, которые в большей степени относятся к больному (осознание им серьезности своего заболевания и возможности его контроля с помощью лечения, включение медикаментозной терапии в стиль жизни, поддержка со стороны членов семьи) [7].

Первичная открытоугольная глаукома относится к группе хронических, прогрессирующих заболеваний. Факт установления диагноза глаукомы предполагает пожизненное диспансерное наблюдение и лечение пациентов [1]. На этом этапе взаимоотношения между врачом и пациентом должны стать партнерством, которое использует возможности обоих участников. Характер приверженности к лечению является индивидуальным качеством каждого конкретного пациента. Поэтому важно знать все основные сведения о пациенте, с которым предстоит общаться в процессе оказания ему лечебно-профилактических мероприятий, его «портрет», который можно сформировать в ходе медико-социологического исследования. Это поможет врачу выработать правильную тактику общения с пациентом в ходе лечения и сформировать у пациента приверженность к лечению. Знания пациента о своем заболевании, полученные от врача, мотивация к лечению, уверенность в себе и в своих силах, готовность принять на себя часть ответственности в борьбе с заболеванием также оказывают комплексное воздействие на приверженность к лечению. Известно, что больные глаукомой имеют низкий уровень приверженности к лечению. По результатам российских исследований было установлено, что 65,2% пациентов, страдающих первичной открытоугольной глаукомой, используют назначенные препараты нерегулярно [4]. По данным зарубежных исследований, от 34 до 47% пациентов с глаукомой признались, что они не соблюдают назначения врачей. С другой стороны, 90% врачей уверены, что их пациенты выполняют все, как положено [15, 16]. Изучение факторов, влияющих на приверженность к лечению больных

глаукомой, позволит акцентировать внимание врачей на их значимость при лечении пациентов.

Цель исследования — провести анализ факторов, влияющих на приверженность к длительному лечению больных глаукомой и оценить степень приверженности к лечению в зависимости от значимости этих факторов.

Материал и методы. Для проведения исследования была разработана анкета, включающая блок вопросов с указанием социально-демографических данных (возраст, образование), длительности заболевания, вопросов, отражающих приверженность к терапии, причинах недостаточности следования врачебным рекомендациям. В анкетировании приняло участие 366 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой I—IV стадий, проживающих в Алтайском крае, проходивших лечение в Краевой офтальмологической больнице. В ходе исследования пациенты были разделены 3 группы: 1-я группа — 104 больных среднего возраста (45—59 лет), из них 44 (42,3%) мужчины и 60 (57,7%) женщин, 2-я группа — 164 человека пожилого возраста (61—74 лет) из них 66 (40,2%) мужчин и 98 (59,8%) женщин, 3-я группа — 98 пациентов старческого возраста (75 лет и старше), из них 36 (36,7%) мужчин и 62 (63,3%) женщины. Приверженность пациентов к лечению оценивали по шкале Мориски—Грина [11]. В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу «да» или «нет». Комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла. Больные, набравшие 2 балла и менее, считаются неприверженными. Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности. Статистическая обработка производилась с помощью пакета Statistica 6. Рассчитаны средние показатели в сравниваемых группах. При сравнении независимых групп использовался критерий Манна—Уитни. Для оценки взаимосвязи между отдельными признаками использован линейный корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции (r) и определением коэффициента достоверности корреляции, различия средних величин считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди респондентов мужчины составили 39,9%, женщины — 60,1%. Начальное образование имели 8,5% опрошенных пациентов, среднее — 40,4%, среднее специальное — 17,2%, высшее — 33,9%. Подавляющее большинство пациентов на момент анкетирования были в статусе пенсионеров. По длительности нахождения на диспансерном наблюдении пациенты распределились следующим образом: от 1 года до 5 лет — 20,2%, от 5 до 10 лет — 48,1% и свыше 10 лет — 31,7%.

Среднее значение теста Мориски—Грина составило ($2,87 \pm 0,13$) балла. Высокая приверженность к лечению выявлена у 27,9% опрошенных пациентов (4 балла). Средний уровень приверженности к лечению отмечен у 36,6% пациентов (3 балла). Низкий уровень — у 35,5% пациентов (2 и менее баллов). Полученные нами данные согласуются с результатами исследований О.А. Малеванной и соавт. (2013),

которые говорят о 2/3 пациентов, нерегулярно использующих назначенные местные гипотензивные препараты [4].

Проведена оценка влияния возраста и пола на приверженность к лечению (рис. 1). Максимальное значение теста Мориски—Грина выявлено у пациентов женского пола среднего ($3,0 \pm 0,40$) и пожилого ($3,1 \pm 0,41$) возраста. Среди мужчин максимальное значение теста Мориски—Грина выявлено в пожилом возрасте ($2,91 \pm 0,44$). Пациенты женского пола среднего возраста чаще имели высокий образовательный уровень (53,3%). У пациентов женского пола пожилого возраста чаще зарегистрирована глаукома в продвинутых стадиях (38,8%). Это и повлияло на приверженность к лечению.

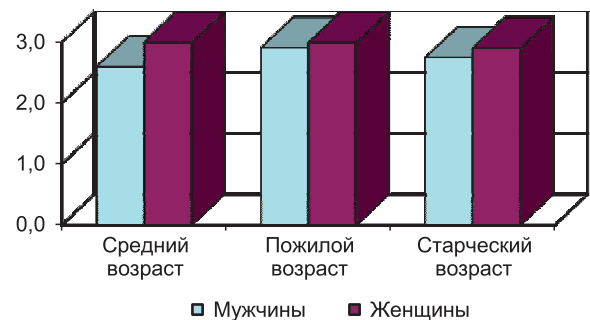


Рис. 1. Среднее значение теста Мориски—Грина среди мужчин и женщин разных возрастных групп

Проведена оценка влияния образовательного фактора на приверженность к гипотензивной терапии. Тест Мориски—Грина в группах пациентов с различным образованием составил у пациентов с начальным образованием — $2,35 \pm 0,77$; со средним — $2,73 \pm 0,37$; со средним специальным — $2,63 \pm 0,55$ и с высшим образованием — $2,98 \pm 0,41$ (рис. 2). Выявлена слабая по силе положительная взаимосвязь уровня приверженности и образования ($r = 0,121$; $p = 0,01$). Полученные нами данные сопоставимы с результатами исследований А.Л. Онищенко и соавт. (2009), которые отмечают, что пациенты, имеющие начальное образование, вероятно, недооценивают тяжесть прогноза заболевания [6].

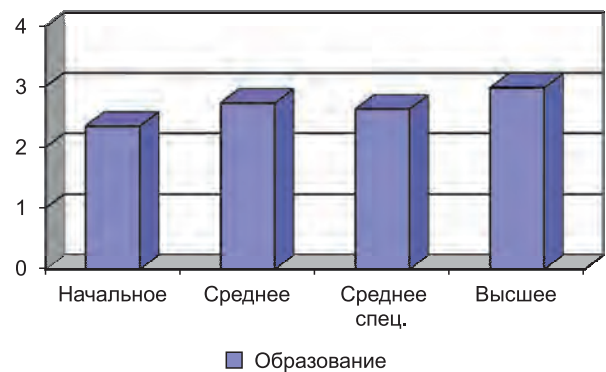


Рис. 2. Среднее значение теста Мориски—Грина в зависимости от образования

При анализе имеющихся стадий глаукомы выяснили, что начальная стадия выявлена в 6,2% (45

глаз), развитая — в 62,7% (454 глаза), далеко зашедшая — в 18,8% (136 глаз) и терминальная — в 12,3% (89 глаз). У 8 (3,5%) пациентов при имеющейся развитой стадии на одном глазу, на другом глазу глаукомы не наблюдалось.

Сочетание терминальной и начальной стадий глаукомы на разных глазах пациентов имело место в 17,4% случаев (мужчины), сочетания терминальной и развитой — в 47,8% (68% мужчин и 32% женщин), терминальной и далеко зашедшей стадии — в 34,8% (68% мужчин и 32% женщин). Сочетание далеко зашедшей и начальной стадий на разных глазах пациентов было выявлено в 13,2% случаев (66% мужчин и 34% женщин), далеко зашедшей и развитой — в 52,9% (55% мужчин и 45% женщин), далеко зашедшая стадия на обоих глазах — в 33,9% (43% мужчин и 57% женщин). Сочетание развитой и начальной стадий на разных глазах у одного и того же пациента наблюдалось в 11,5% (42% мужчин и 58% женщин), развитая стадия на оба глаза — в 59,5% (47% мужчин и 53% женщин). Максимальное значение теста Мориски—Грина выявлено у пациентов, имеющих далеко зашедшую и терминальную стадии хотя бы на одном глазу и независимо от образования — (2,92±0,44) балла, а также у пациентов с развитой стадией и высшим образованием — (3,02±0,43) балла. Выявлена средняя по силе положительная взаимосвязь уровня приверженности со стадией заболевания ($r=0,564$; $p<0,01$).

В настоящее время известны основные методы повышения приверженности к лечению. Их можно объединить в 4 большие группы: 1-я — обучение пациентов, 2-я — улучшение схемы дозирования медикаментов, 3-я — улучшение взаимодействия между врачами и пациентами, 4-я — увеличение времени работы медицинских учреждений и, следовательно, сокращение сроков ожидания больных в очереди [13]. Мы рассмотрели возможности применения этих методов у больных глаукомой. Обучение пациентов предполагает информирование их о заболевании, необходимости длительной терапии, разъяснение опасности повышенного внутриглазного давления. Анализ результатов проведенного социологического исследования показал, что до установления диагноза «глаукома» 77,6% пациентов не знали об этом заболевании, 22,4% слышали, но не знали проявлений глаукомы.

При анализе назначенного гипотензивного лечения глаукомы выявлено, что большинство пациентов получали лечение в виде монотерапии β -адреноблокаторами (64,8%), простагландины получали 12,3% пациентов, ингибиторы карбоангидразы — 6,3%, сочетание препаратов разных групп — 10,5%, фиксированные препараты — 6,6% (рис. 3).

Максимальное значение теста Мориски—Грина оказалось у пациентов, которые получали простагландины — (3,3±0,7) балла. При использовании β -адреноблокаторов и ингибиторов карбоангидразы тест Мориски—Грина составил соответственно (2,6±0,3) и (2,5±0,4) балла. Для достижения необходимого уровня ВГД пациентам приходится закапывать 2 или 3 препарата. Это увеличивает

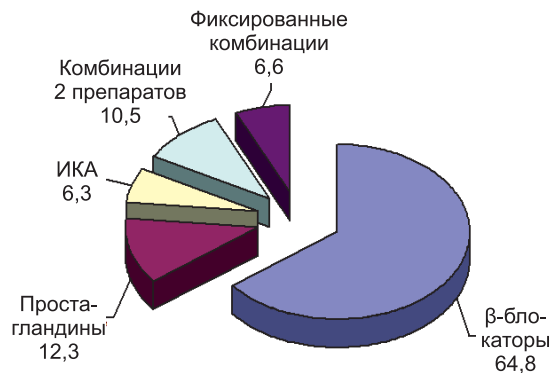


Рис. 3. Препараты для лечения глаукомы, назначаемые пациентам

количество побочных эффектов и приводит к нарушению режима закапывания. При сочетании препаратов различных групп приверженность к лечению значительно снижается — тест Мориски—Грина был равен $2,3\pm 0,4$. Высокий показатель теста зарегистрирован у пациентов, которые использовали фиксированные комбинации таких препаратов, как ксалаком, косопт [(3,3±0,8) балла]. Данные препараты удобны в использовании и хорошо переносятся больными. Очевидна обоснованность фиксированных комбинаций представителей разных групп гипотензивных препаратов, особенно у пациентов с продвинутыми стадиями. Способные в большей степени снижать повышенное ВГД, фиксированные комбинации гипотензивных препаратов лучше переносятся больными. В нашем исследовании у пациентов с продвинутыми стадиями недостаточно часто были назначены фиксированные комбинации гипотензивных препаратов (только у 1/3 пациентов). Для повышения приверженности к лечению необходимо оптимизировать схемы дозирования препаратов, а именно: уменьшить кратность закапывания в течение суток. Наивысшая приверженность к терапии в нашем исследовании наблюдалась в случаях закапывания препаратов 1 раз в сут (а это, как правило, простагландины) ($r=0,432$; $p<0,01$) и при назначении фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов ($r=0,542$; $p<0,01$). Следует отметить, что превосходство однократного закапывания препарата над двухкратным с точки зрения приверженности к лечению неоднократно демонстрировалось в исследованиях у больных с глаукомой [17].

Нами были проанализированы причины несоблюдения врачебных рекомендаций. По мнению пациентов, основными причинами пропусков в закапывании гипотензивных препаратов является отсутствие симптомов заболевания (55,2%), низкий уровень информированности о заболевании (51,9%), отсутствие видимого эффекта от проводимой терапии (50,8%), наличие побочных эффектов лечения (47,5%), забывчивость (36%), отсутствие уверенности в том, что лечение может помочь (23,5%). На две и более причины, приводящие к изменению приема гипотензивных препаратов, указывали 34,2% пациентов. При проведении корреляционного анализа выявили наличие взаимосвязей уровня приверженности с низким уровнем информированности

($r=0,246$; $p<0,01$) и отсутствием видимого эффекта от проводимой терапии ($r=0,196$; $p<0,01$).

Медикаментозная терапия часто вызывает ряд побочных эффектов, это отметили 61,2% опрошенных пациентов. Среди побочных эффектов были отмечены ощущения дискомфорта (50,8%), сухости (33,9%), покраснения (28,4%), жжения (25,6%). Названные побочные эффекты часто обусловлены развитием у пациентов синдрома «сухого глаза», который встречается у 90% больных ПООГ, длительно использующих местные гипотензивные препараты [2]. Указанные побочные эффекты были отмечены пациентами, которые получали β -адреноблокаторы (52,5%). При применении простагландинов 24,3% пациентов отметили побочные эффекты в виде гиперемии (33,6%), ощущения дискомфорта (27,9%), усиление роста ресниц (26,8%). Наличие побочных эффектов также отражалось на приверженности к лечению. Среди пациентов, которые отметили побочные эффекты, тест Мориски—Грина составил ($2,3\pm 0,3$) балла ($r=0,302$; $p<0,01$).

Высокая приверженность к лечению проявляется открытым сотрудничеством врача и пациента, свободным обсуждением всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), особенностей и затруднений, возникающих в ходе лечения. Результатом этого является понимание пациентом своей болезни и ее последствий, принятие угрозы зрительным функциям, понимание выгоды лечения, наличие мотивации к лечению, что способствует длительному и регулярному лечению. В то же время непонимание предоставляемой информации от врача как о заболевании, так и возможностях и способах его лечения отрицательно сказывается на процессе лечения, что и отражают результаты нашего исследования. Большинство пациентов оценили свое взаимодействие с врачом-офтальмологом как полное взаимопонимание и доверие; так считают 42,9% женщин пожилого возраста и 57,6% мужчин этой же возрастной группы. Частичное доверие и взаимопонимание является самой популярной оценкой среди женщин среднего возраста — 63,3%. Среди группы пациентов старческого возраста оценка взаимодействия составляла 22,1% у мужчин и 30,6% у женщин. Результаты опроса свидетельствуют, что наиболее ценными качествами врача для пациента являются его профессиональные знания и умения — 47,3%. На втором месте, по мнению пациентов, необходимые качества врача — умение сочувствовать больному и переживать за него — 24,8%. Третье место по популярности заняла ответственность врача — 18,6%.

Большинство пациентов с глаукомой считают, что врачи доступно объясняют и доводят до них информацию об имеющемся заболевании (41,7% женщин старческого возраста и 65,2% мужчин пожилого возраста). 25% пожилых пациентов и 39,8% пациентов старческого возраста отмечают, что объяснения медицинских работников о заболевании частично понятны. Непонятными объяснения врача остаются для 3,1% пациентов старческого и 3,2% пациентов пожилого возраста. Бессимптомность заболевания и не всегда понятная пациенту польза от гипотензив-

ных препаратов приводили к непостоянству лечения, на это указали 37,7% пациентов. Часть пациентов (53%) отметили, что хотели бы иметь более продолжительную беседу с врачом по вопросам лечения глаукомы, 33,9% пациентов отметили трудности при записи к врачу-офтальмологу по месту жительства, 17% больных отметили формальное отношение врача к пациенту.

Таким образом, приверженность к лечению играет важную роль в успешной терапии. Качественное взаимодействие врача и пациента является залогом хорошего результата лечения, так как только понимание всех аспектов заболевания может повысить мотивацию к выполнению рекомендаций и приверженность пациентов к лечению. Выбирая гипотензивную терапию, врач должен учитывать эффективность, безопасность и удобство предлагаемого лечения пациенту. Пациент должен быть активным участником процесса лечения. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов с глаукомой.

Выводы. Больные глаукомой характеризуются низкой приверженностью к лечению (у 35,5% пациентов 2 и менее баллов). Низкая приверженность к лечению у пациентов с глаукомой ассоциирована с мужским полом, отсутствием симптомов заболевания, ранними стадиями, лечением несколькими гипотензивными средствами, наличием побочных эффектов гипотензивной терапии. Факторы, ассоциированные с высокой приверженностью: женский пол, лечение одним гипотензивным препаратом или фиксированной комбинацией, низким уровнем побочных эффектов гипотензивной терапии, продвинутые стадии заболевания, диспансерное наблюдение у врача-офтальмолога по поводу глаукомы.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еричев, В.П. Исторические аспекты изучения проблемы глаукомы и современные взгляды на развитие этого состояния / В.П. Еричев // *Новости медицины и фармации. Офтальмология.* — 2012. — № 417. — С.12.
2. Еричев, В.П. Консерванты и вторичный синдром сухого глаза при длительной местной медикаментозной терапии первичной открытоугольной глаукомы / В.П. Еричев, К.Г. Амбарцумян // *Глаукома.* — 2011. — № 2. — С.59—66.
3. Ефименко, С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С.А. Ефименко // *Социология медицины.* — 2006. — № 6. — С.9—14.
4. Изучение приверженности к лечению у больных первичной открытоугольной глаукомой / О.А. Малеванная, В.Н. Алексеев, В.С. Суркова [и др.] // *Глаукома: теория*

и практика: сб. науч. тр. конф. — СПб.: Человек и его здоровье, 2013. — С.83—92.

5. Мартынов, А.А. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность / А.А. Мартынов, Е.В. Спиридонова, М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. — 2012. — № 1. — С.21—27.
6. Изучение факторов недостаточной приверженности к лечению больных первичной глаукомой. / А.Л. Онищенко, И.Г. Лихачева, В.А. Ткачев, С.Л. Пластинина // Глаукома. — 2009. — № 3. — С.32—34.
7. Семенова, О.Н. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2013. — Т. 3, № 3. — С.507—511.
8. Carter, S. A question of choice — compliance in medicine taking, a preliminary review / S. Carter, D. Taylor, R. Levenson. — London: University of London School of pharmacy, 2001. — Available at: www.medicinespartnership.org Accessed 04 Dec 2012.
9. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century / Department of Health. — London: DoH, 2001. — 120 p.
10. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking / The Royal pharmaceutical society of Great Britain. Working Party report. — 1998. — Available at: www.medicinespartnership.org Accessed 05 Dec 2012.
11. Morisky, D.E. Concurrent and predictive validity of self reported measure of medical adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine / Med. Care. — 1986. — № 24. — P.67—73.
12. Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // NEMJ. — 2005. — № 353. — P.487—497.
13. Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. — 2005. — Т. 35. — P.487—497.
14. Schwartz, G.F. Compliance and persistency in glaucoma follow-up treatment / G.F. Schwartz // Curr. Opin. Ophthalmol. — 2005. — Т. 16. — P.114—121.
15. Shafranov, G. Glaucoma Therapy: Compliance, Adherence, Persistence, and Alliance. Understanding the terminology and addressing the issues it represents / G. Shafranov // Glaucoma today. — 2006. — July. — P.40—42.
16. Stewart, W.C. Patient and ophthalmologist attitudes concerning compliance and dosing in glaucoma treatment / W.C Stewart, A.G.P. Konstas, N. Pfeiffer / Ocul. Pharmacol. Ther. — 2004. — Т. 20. — P.461—469.
17. Tsai, J.C. A comprehensive perspective on patient adherence to topical glaucoma therapy / J.C. Tsai // Ophthalmology. — 2009. — Vol. 116. — P.30—36.
18. Adherence to long-term therapies, evidence for action / World Health Organisation. — Geneva: WHO, 2003. — 230 p.
- with long-term local medical therapy of primary open-angle glaucoma]. Glaukoma. [Glaucoma]. 2011; 2: 59–66.
3. Efimenko SA. Sotsial'nye aspekty vzaimootnoshenii vracha i patsienta [Social aspects of the relationship of doctor and patient]. Sotsiologiya meditsiny [Sociology of medicine]. 2006; 6: 9–14.
4. Malevannaya OA, Alekseev VN, Surkova VS, Kalakhhiri Moakhmed, Salakhova NE. Izuchenie priverzhennosti k lecheniyu u bol'nykh pervichnoi otkrytougol'noi glaukomoj [The study of adherence to treatment in patients with primary open-angle glaucoma]. Konferentsiya «Glaukoma: teoriya i praktika»: sbornik nauchnykh trudov — Spb «Chelovek i ego zdorov'e» [Conference «Glaucoma: theory and practice»: collection of scientific works — SPb: «Man and his health»]. 2013; 83–92.
5. Martynov AA, Spiridonova EV, Butareva MM. Povyshenie priverzhennosti patsientov statsionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdelenii k lechebno-reabilitatsionnym programmam i faktory, okazyvayushchie vliyaniye na komplaentnost' [Improving adherence of patients to the inpatient and outpatient units to treatment and rehabilitation programs and the factors that influence compliance]. Vestnik dermatologii i venerologii [Journal of dermatology and venereology]. 2012; 1: 21–27.
6. Onishchenko AL, Likhacheva IG, Tkachev VA, Plastinina SL. Izuchenie faktorov nedostatochnoi priverzhennosti k lecheniyu bol'nykh pervichnoi glaukomoj [A study of factors inadequate adherence to treatment of patients with primary glaucoma]. Glaukoma [Glaucoma]. 2009; 3: 32–34.
7. Semenova ON, Naumova EA. Faktory, vliyayushchie na priverzhennost' k terapii: parametry VOZ i mnenie patsientov kardiologicheskogo otdeleniya [Factors influencing adherence to therapy: the parameters of who and the opinion of patients of cardiology Department]. Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsii [Bulletin of medical Internet conferences]. 2013; 3: 507–511.
8. Carter S, Taylor D, Levenson R. A question of choice — compliance in medicine taking, a preliminary review. London: University of London School of pharmacy. 2001; Available at: www.medicinespartnership.org
9. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: DoH. 2001; 120 p.
10. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. The Royal pharmaceutical society of Great Britain, working Party report. 1998; available at: www.medicinespartnership.org
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self reported measure of medical adherence. Med Care. 1986; 24: 67–73.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. NEMJ. 2005; 353: 487–497.
13. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 35: 487–497.
14. Schwartz GF. Compliance and persistency in glaucoma follow-up treatment. Curr Opin Ophthalmol. 2005; 16: 114–121.
15. Shafranov G. Glaucoma Therapy: Compliance, Adherence, Persistence, and Alliance; Understanding the terminology and addressing the issues it represents. Glaucoma today. 2006; July: 40–42.
16. Stewart WC, Konstas AGP, Pfeiffer N. Patient and ophthalmologist attitudes concerning compliance and dosing in glaucoma treatment. Ocul Pharmacol Ther. 2004; 20: 461–469.
17. Tsai JC. A comprehensive perspective on patient adherence to topical glaucoma therapy. Ophthalmology. 2009; 116: 30–36.
18. World Health Organisation. Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva:WHO. 2003; 230 p.

REFERENCES

1. Elichev VP. Istoricheskie aspekty izucheniya problemy glaukomy i sovremennye vzglyady na razvitie etogo sostoyaniya [Historical aspects of the study of the problem of glaucoma and modern views on the development of this condition]. Novosti meditsiny i farmatsii: Oftal'mologiya [News of medicine and pharmacy: Ophthalmology]. 2012; 417: 12.
2. Elichev VP, Ambartsumyan KG. Konservanty i vtorichnyi sindrom sukhogo glaza pri dlitel'noi mestnoi medikamentoznoi terapii pervichnoi otkrytougol'noi glaukomy [Preservatives and secondary dry eye syndrome