

образа жизни (EUWL) у мужчин зафиксирован на уровне $2,2 \pm 1,05$ баллов, у женщин $1,57 \pm 0,61$ баллов (различия статистически значимы: t -критерий, $p = 0,012$). Наибольшей силы различия продемонстрированы в отношении приверженности к лекарственной терапии (ЕМТ), где среднее значение у мужчин составило $1,83 \pm 0,57$ баллов, а у женщин $1,48 \pm 0,46$ баллов (различия статистически значимы: t -критерий, $p = 0,000125$). Ожидаемая эффективность лечения у женщин оказалась так же лучшей – $1,58 \pm 0,48$ баллов, чем у мужчин $1,96 \pm 0,64$ баллов, (различия статистически значимы: t -критерий, $p = 0,000129$). Выявленная у мужчин более низкая приверженность к лекарственной терапии, врачебному сопровождению, модификации образа жизни и в целом более низкая ожидаемая эффективность лечения создает дополнительные сложности и риски в подборе базовой терапии ФП у этой категории больных. Обнаруженные гендерные особенности в приверженности требуют разработки алгоритмов ведения больных ФП мужчин с учетом их индивидуальных личностных особенностей, с целью повышения эффективности и безопасности терапии.

СОЧЕТАННЫЕ ОДНОНУКЛЕАРНЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА VKORC1 У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Новиков Д.Г.,
Индутный А.В., Самусева Н.Л.,
Жеребилов В.В., Николаев Н.А.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский
университет» Минздрава РФ, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru

Ген VKORC1 кодирует синтез фермента эпоксидредуктазы витамина К, превращающего витамин К из неактивной в активную формы. Полиморфизм аллеля G + 3730A гена VKORC1 по-

вышает активность данного фермента и требует увеличения дозы варфарина, а в гомозиготной форме может стать причиной развития варфаринорезистентности, носительство же полиморфных аллелей C + 1173T и G + 3673A приводит к обратным эффектам. Одновременное присутствие нескольких полиморфных аллелей повышающих (G + 3730A) и понижающих (C + 1173T, G + 3673A) активность фермента создают условия, при которых противоположные эффекты мутаций разных аллелей уравнивают друг друга. Однако ряд лиц имеют изолированную гомозиготную мутацию (A/A) в аллеле 3730, именно они находятся в группе риска по варфаринорезистентности. По результатам выполненного нами в 2015 году исследования у больных мерцательной аритмией жителей Омского региона гетерозиготная форма G/A аллеля 3730 в целом обнаружена у 54,9%. Носителями гомозиготной полиморфной аллели 3730 (A/A) являются 15,8% обследованных. По нашим данным у 39,6% лиц с полиморфизмом аллеля G + 3730A, мутация носит изолированный характер. При этом изолированные гомозиготные мутации обнаружены у 22,4%. У данной группы обследуемых средняя доза варфарина составила $6,66 \pm 2,1$ мг, тем не менее, МНО целевых значений не достигло ни у одного больного, составляя в среднем $1,46 \pm 0,37$ ед. Необходимость повышения доз варфарина для достижения целевых значений МНО сопровождается увеличением вероятности развития нежелательных эффектов и осложнений антикоагулянтной терапии. Таким образом, выявленная высокая частота встречаемости полиморфизма аллеля G + 3730A, в том числе в изолированной гомозиготной форме, у больных МА жителей Омского региона обосновывает необходимость выполнения фармакогенетического исследования перед выбором антикоагулянта для длительного приема.

**«Научные исследования высшей школы
по приоритетным направлениям науки и техники»,
Швейцария (Берн), 27 апреля – 1 мая 2016 г.**

Медицинские науки

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П.,
Николаев Н.А.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский
университет» Минздрава РФ, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru

Изучению качества жизни связанного со здоровьем у больных стабильной стенокардией посвящено множество исследований, однако

вопрос приверженности пациентов к медикаментозному лечению, изменению образа жизни и медицинского сопровождения до сих пор остается открытым. Для его изучения нами было выполнено одноцентровое, проспективное, рандомизированное исследование приверженности к лечению 176 больных стабильной стенокардией (85 мужчин и 91 женщина), в возрасте от 43 лет и старше (средний возраст $66,9 \pm 8,9$ лет, медиана 67 лет). Оценку степени приверженности выполняли по опроснику Н.А. Николаева (2015), с вычислением измеряемых в баллах синтетических индексов приверженности

к врачебному сопровождению (EMS), лекарственной терапии (EMT), модификации образа жизни (EUWL), и интегрального индекса ожидаемой эффективности лечения (IEET). При оценке степени приверженности в зависимости от пола, оказалось, что мужчины демонстрировали худшую приверженность по всем исследуемым параметрам. Среднее значение EMS у мужчин составило $2,03 \pm 0,93$ баллов, у женщин $1,61 \pm 0,64$ баллов (различия статистически значимы: Манн – Уитни, $p = 0,000123$ $Z = 3,839583$). Индекс приверженности к модификации образа жизни (EUWL) у мужчин был на уровне $2,26 \pm 1,03$ баллов, у женщин $1,79 \pm 0,72$ баллов (различия статистически значимы: Манн – Уитни, $p = 0,000312$ $Z = 3,605040$). Сходные различия наблюдались и в отношении приверженности к лекарственной терапии (EMT), где среднее значение у мужчин составило $1,95 \pm 0,77$ баллов, а у женщин $1,46 \pm 0,48$ баллов (Манн – Уитни, $p = 0,000000$ $Z = 5,291881$). Ожидаемая эффективность лечения у женщин оказалась намного лучше – $1,60 \pm 0,51$ баллов, чем у мужчин $2,07 \pm 0,72$ баллов, (различия статистически значимы: Манн – Уитни, $p = 0,000001$ $Z = 4,875058$). Полученные результаты свидетельствуют о выраженном гендерном различии в отношении формирования приверженности у пациентов со СС. Выявленные худшие, по сравнению с женщинами, показатели приверженности у мужчин обосновывают необходимость сознания отдельного алгоритма ведения таких пациентов, как в отношении изменения образа жизни, так и в вопросах медикаментозного лечения и медицинского сопровождения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Скирденко Ю.П., Шустов А.В.,
Жеребилов В.В., Николаев Н.А.

*ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru*

Группой исследователей изучен уровень приверженности у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Приверженность

к лечению у участников исследования оценивали с использованием авторского опросника (Николаев Н.А., 2015), с вычислением измеряемых в баллах синтетических индексов приверженности: к врачебному сопровождению (EMS), приверженности к лекарственной терапии (EMT), к модификации образа жизни (EUWL), и интегрального индекса ожидаемой эффективности лечения (IEET). Результаты интерпретируются следующим образом: 1–1,99 балла – хорошая ожидаемая эффективность вмешательства; 2–3,99 балла – удовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства; 4 и более баллов – неудовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства. Пациенты с малосимптомным течением ФП (EHRA 1;2) демонстрировали более низкий уровень приверженности по всем исследуемым параметрам, различия статистически значимы по критерию Колмогорова-Смирнова, $p < 0,05$. Так пациенты с высокосимптомным течением (EHRA 3;4) оценивались по приверженности к врачебному сопровождению (EMS) в $1,72 \pm 0,7$ баллов, а пациенты с EHRA 1;2 в $1,73 \pm 0,66$ баллов. Индекс приверженности к модификации образа жизни (EUWL) при EHRA 1;2 составил $2,0 \pm 1,03$ баллов, при EHRA 3;4 – $1,9 \pm 0,8$ баллов. Приверженности к лекарственной терапии (EMT) при EHRA 1;2 составили $1,64 \pm 0,49$ баллов, при EHRA 3;4 – $1,68 \pm 0,57$ баллов. Интегральный индекс ожидаемой эффективности лечения (IEET) при EHRA 1;2 был $1,78 \pm 0,61$ баллов, а при EHRA 3;4 – $1,78 \pm 0,58$ баллов. Однако при проведении статистического анализа по приверженности к терапии в группах с пароксизмальной, персистирующей и постоянной формами ФП значимых различий не было получено. Следует учесть, что приверженность к терапии в современном научном знании – параметр измеряемый. Нами было выявлено, что приверженность к лечению имеет статистически значимые различия в зависимости от степени выраженности клинических проявлений, однако не зависит от формы фибрилляции предсердий, что имеет значение в понимании формирования у пациента приверженности к терапии в пространстве доказательной медицины, а так же может стать основой для разработки алгоритма терапевтических стратегий в зависимости от уровня приверженности.