

УДК 616.324-002.44-06-089

**ФАКТОРЫ КООПЕРАТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ
ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Клещева Ольга Анатольевна – к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

В статье проанализированы данные литературы и
результаты собственных исследований оценки
факторов кооперативности при планировании
лечебных мероприятий. Даны рекомендации по
проведению реабилитационных мероприятий
у больных осложненной язвенной болезнью
двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ
БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
КООПЕРАТИВНОСТЬ

UDC 616.324-002.44-06-089

**COOPERATIVITY FACTORS OF PATIENTS
WITH COMPLICATED DUODENAL ULCER**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD, prof.
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, prof.
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Klescheva Ol'ga Anatol'evna – Ph.D.(Med.)
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

The article presented the literature data and own
experience of assessment cooperativity factors in
treatment tactics. The recommendations of
rehabilitation of patients with complicated duodenal
ulcer were suggested.

Key words: COMPLICATED DUODENAL ULCER,
COOPERATIVITY

В современной хирургической гастроэнтерологии при выработке тактики лечебных мероприятий обязательно учитывается комплаентность больного – показатель, учитывающий согласие больного на рекомендуемое лечение, степень доверия к врачу, стремление добровольно выполнять назначения. Комплаентность отражает сложное взаимодействие ряда факторов, конфигурация которых меняется в динамике заболевания, и на отдаленных этапах лечения она может существенно отличаться от начальной. Идентифицировано порядка 250 факторов, обуславливающих комплаентность лечения [1], что является индикатором сложности проблемы. Ряд авторов [2, 3] выделяют следующие потенциальные факторы риска плохой приверженности пациентов к лечению:

- 1) социально-экономические факторы,
- 2) факторы, связанные с заболеванием,
- 3) факторы, связанные с препаратом и схемой лечения,
- 4) факторы, связанные с пациентом,
- 5) факторы, связанные с взаимодействием пациент – врач (табл. 1).

Социально-экономические факторы комплаентности

Влияние социальных и экономических факторов на комплаентность больного в лечении существенно варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. М. Hill и соавт. [4] считают, что такие факторы, как пол, уровень образования и социально-экономический фактор не являются предикторами приверженности к лечению. Другие авторы к факторам, оказывающим негативное влияние на комплаентность пациента, относят низкий уровень образования и доход семьи [5].

Таблица 1 – Потенциальные факторы риска плохой приверженности пациента к лечению [цитируется по Vander Stichele, 1991]

Социально-экономические	Связанные с заболеванием	Связанные с препаратом и схемой лечения	Связанные с пациентом	Связанные с взаимодействием пациент – врач
Возраст Пол Уровень образования Социально-экономический статус Социальная занятость Этническая принадлежность	Отсутствие или наличие симптомов Стабильность клинических симптомов	Количество препаратов Кратность приема Размер и вкус таблетки Упаковка Длительность терапии Сложность схемы Побочные эффекты Стоимость лечения Синдром «рикошета» вследствие пропусков в лечении	Понимание болезни и ее последствий Принятие угрозы здоровью Понимание выгоды лечения, в том числе экономической Мотивация больного и семьи Участие больного в решении	Доступность помощи Кратность визитов Время визитов Обстоятельства при визите Качество и эффективность диалога Отношение врача к больному и его болезни Адекватность предоставляемой больному информации

Немаловажное значение в России в последующей приверженности к терапии приобретает стоимость лечения, где затраты на приобретение лекарственных препаратов частично покрываются пациентами. Так, в исследовании С.Е. Эйдельмана [6] (2003) 62 % больных отказались от продолжения лечения по соображениям стоимости терапии. При этом такие факторы, как, например, побочные эффекты терапии уходят на второй план среди причин снижения комплаентности. При этом следует учитывать, что затраты на лечение определяются стоимостью не только лекарственной терапии, но и визитов к врачу, госпитализаций, потерей трудоспособности, инвалидизацией и т.д.

По данным ряда авторов, высокая комплаентность коррелирует с наличием и степенью семейной и социальной поддержки [5, 7], с производственной занятостью, социальными отношениями и повседневной

активностью [8], безработицей и социальной неблагоустроенностью больных [9].

Больные с высоким уровнем комплаентности имеют более высокий уровень адаптации в семье и на производстве [10]. Больные с низкой комплаентностью, зачастую, бывают одиноки [7], без постоянного места проживания, их родные чаще отказываются сотрудничать в терапии [11], такие больные недостаточно социально активны [8], у них низкий уровень глобального функционирования [5]. Социальные факторы, определяющие низкий уровень комплаентности, не всегда бывают негативными. Так, тот факт, что родственники больных с низкой комплаентностью достоверно реже бывают безработными, обозначает, что существенная часть больных находят у родных финансовую поддержку, однако, они позволяют себе невыполнение врачебных рекомендаций по психологическим причинам [7].

Факторы комплаентности, связанные с заболеванием

По данным авторов [12, 13], низкая комплаентность лечения больных обусловлена ранним началом заболевания, приступообразным течением, высокой частотой рецидивирования и малой длительностью ремиссий. В целом приверженность пациентов к лечению с течением времени снижается, особенно при хронических заболеваниях.

Исследования уровня комплаентности при проведении поддерживающей антисекреторной терапии продемонстрировали, что наиболее тщательно выполняют врачебные рекомендации пациенты с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), имеющие кровотечения в анамнезе [8, 14], а менее тщательно – пациенты с длительным отсутствием клинических симптомов [8].

Факторы комплаентности, связанные с характером терапии

Характер проводимой терапии, в первую очередь, ее переносимость, эффективность и удобство для больного – один из основных факторов, определяющих комплаентность лечения. Считается, что переносимость лечения – ведущая причина «удержания» или отказа от проводимой терапии [2].

По мнению M. Ferrana и соавторов [8], на терапевтический процесс в целом, а также вероятность отказа больного от лечения непосредственно влияют такие факторы, как длительность курса терапии, дифференцированность режима приема препарата. M. McAlindon и соавт. [14] выявили связь между комплаентностью и длительностью эрадикационной терапии. D. Smith [10] считает, что уровень комплаентности снижается при пролонгированном приеме антимикробных препаратов, затянувшимся подготовительном периоде к приему лекарств и сложной многокомпонентной схеме.

Существует достаточно доказательств того, что прием препаратов больными однократно в сутки сопровождается лучшей их приверженностью к лечению, чем двукратный прием и, тем более, многократный. В своих исследованиях L.M. Osman [11] определил зависимость комплаентности от кратности приема перорального препарата: при кратности приема препарата 1, 2, 3, 4 раза в сутки комплаентность пациента составляет 84 %, 75 %, 59 %, 39 %, соответственно.

По мнению P. Rudd [15], пропуск пациентом очередной дозы лекарственного препарата и несоблюдение им интервалов дозирования также определяют низкую комплаентность терапии. В исследовании, проведенном с использованием электронного мониторинга комплаентности, было показано, что хорошая приверженность к лечению при соблюдении интервала между дозами 24 ± 6 ч достигается у 49 %

больных, тогда как при двукратном приеме соблюдение интервала 12 ± 3 ч успешно выполняется лишь 5 % пациентов. Доля больных, не учитывающих соблюдение междозового интервала, но реально принимающих в течение четырех недель препарат, назначенный дважды в сутки, составляет 45 %, при аналогичном показателе и однократном приеме – 70 % [16].

Необходимо отметить, что готовность к регулярной терапии у различных больных может существенно варьировать. В ряде исследований показано, что некоторые пациенты предпочитают жесткий режим приема препаратов, тогда как другие проявляют большую готовность к гибкому режиму в соответствии с симптомами и своей социальной активностью, для того чтобы у них сохранялось ощущение «нормальной жизни» [17]. По данным J. Venson [17], 66 % пациентов предпочитают не принимать постоянно лекарственные препараты, что в 41 % случаев связано с опасениями причинения вреда в результате проводимого лечения.

Наряду с вышеперечисленными факторами, имеет значение количество таблеток, принимаемых в сутки [3]. По данным М.Н. Давыденко [3], меньшая комплаентность наблюдается у больных осложненной ЯБДПК при использовании эрадикационной схемы с де-нолом, по сравнению с применением схем на основе ингибиторов протонной помпы, что автор связывает с большим количеством таблеток и наиболее выраженными побочными эффектами.

Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью лечения [10]. Это обусловлено тремя основными причинами: 1) большей стоимостью многокомпонентной терапии, 2) сложностью режима приема и, соответственно, большей вероятностью отклонений и 3) субъективным неприятием больным, включая страх, большого количества препаратов и, соответственно, некорректный их прием [20].

Факторы комплаентности, связанные с пациентами

К наиболее важным предикторам некомплаентности больных зарубежные авторы относят: значительные физические и психические нарушения (снижение памяти, слуха, зрения, нарушение цветоощущения) [3]; нездоровый образ жизни, в частности курение, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами [5, 9], трудности распознавания и адекватной оценки собственной симптоматики [8]; изначально негативное отношение к лекарственной терапии, во многом детерминирующееся их собственной оценкой пользы и риска [3]; несоблюдение режима терапии в прошлом [10]; предшествующий негативный опыт терапии или длительной госпитализации, несоответствие терапевтических ожиданий в отношении проводимой терапии ее реальным результатам [14]; недавняя выписка из больницы [5, 10].

Таким образом, при назначении лечения необходимо оценивать наличие у больного предшествующего опыта терапии, ее результативность, убеждения пациента и его отношение к лечению и болезни, а также мотивацию к лечению [12].

Существенную роль в формировании приверженности к лечению играет такая психологическая структура, как внутренняя картина болезни (ВКБ), определяющая правильное понимание больным наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения [12].

Понятие «внутренняя картина болезни» введено Р.А. Лурия (1968) и представляет собой возникающий у больного целостный образ своего заболевания. Важным компонентом ВКБ является отношение к заболеванию, которое является производным трех факторов: природы соматического заболевания, личностных особенностей (тип акцентуации), отношения к данному заболеванию в микросоциальном окружении больного [12]. В структуре ВКБ выделяют четыре основных уровня: чувственный (комплекс болезненных ощущений), эмоциональный

(переживание заболевания и его последствий), интеллектуальный (выработка пациентом представлений и знаний о болезни и ее реальная оценка), мотивационный уровень (выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление).

Психометрическое тестирование, проводимое пациентам с осложненной ЯБДПК на этапах послеоперационной реабилитации, продемонстрировало взаимосвязь психологического статуса больных и клинических детерминант ЯБ (тяжесть течения, длительность язвенного анамнеза). При увеличении длительности язвенного анамнеза, а также при тяжелом варианте послеоперационного течения заболевания отмечено нарастание частоты выявления типов отношения к болезни с наличием психической дезадаптации [21].

Факторы комплаентности, связанные с взаимодействием «пациент – врач»

Отношение больного к лечению определяется характером контакта «врач – пациент» [16].

По мнению А. Townsend [17], отсутствие взаимной симпатии между пациентом и медперсоналом может нивелировать все предпринимаемые усилия по лечению заболевания. Если больные чувствуют, что «их услышали» и «полностью» обсудили возникшие у них опасения относительно предстоящей терапии, то они чаще откровенно рассказывают о своих опасениях и возражениях, связанных с процессом лечения, а не пассивно уклоняются от приема препаратов [18]. Авторитарная манера назначения терапии врачом гораздо чаще приводит к последующим отказам от лечения со стороны больного, поэтому некоторые авторы открыто говорят о необходимости организации лечебного процесса на договорной основе [7]. В этом случае используется понятие так

называемого терапевтического альянса, создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии.

Предиктором хорошей приверженности к лечению являются изначально положительная установка больных на сотрудничество с врачом и высокий уровень ожидания положительных результатов терапии [10]. В исследованиях J. Venson, N. Britten [18] продемонстрировали, что причиной регулярного приема препаратов только у 50 % пациентов явилось реальное улучшение самочувствия, а у 90 % – доверие врачу и ожидание хороших результатов в будущем, что непосредственно зависит от квалификации врача.

Целью следующего этапа работы явились разработка и внедрение эффективного инструмента для оценки кооперативности пациентов – опросника «Индекс кооперации при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (ИкЯб-49) [О.А. Клещева и соавт., 2007], с помощью которого возможно изучение факторов, препятствующих сотрудничеству врача и пациента, выявление и последующее устранение которых способны повысить эффективность лечения и уровень качества жизни (КЖ) больных.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 123 пациента (83 мужчины, 40 женщин, средний возраст которых составлял $51,6 \pm 1,2$ лет) с осложненной ЯБДПК, перенесших радикальную дуоденопластику (РДП) и находящихся на амбулаторном лечении. Были оценены 25 количественных и качественных медико-социальных факторов кооперативности больных.

Результаты исследования. Влияние на кооперативность больных оказывали возраст ($r = 0,21, p < 0,05$), курение ($r = -0,30, p < 0,01$), численность ($r = 0,54, p < 0,001$) и уровень дохода семьи ($r = 0,53, p < 0,001$), количество членов семьи с ЯБДПК ($r = 0,38, p < 0,001$), длительность диспансерного наблюдения ($r = -0,29, p < 0,05$), объективная ($r = -0,20, p < 0,05$), субъективная ($r = -0,34, p <$

0,001) степень тяжести и объективная ($r = -0,43, p < 0,001$), субъективная ($r = -0,28, p < 0,05$) контролируемость послеоперационного течения ЯБДПК, частота возникновения побочных эффектов при проведении эрадикационной и антисекреторной терапии ($r = -0,29, p < 0,05$), кратность визитов к врачу ($r = 0,26, p < 0,05$), наличие и выраженность депрессии ($r = -0,30, p < 0,0001$). Более кооперативными оказались работающие пациенты ($p < 0,001$), проживающие в городе ($p < 0,001$), не имеющие кровотечения в анамнезе ($p < 0,05$) и сопутствующей патологии ($p < 0,05$), у которых диагностировали адаптивный тип отношения к болезни (ТОБ) ($p < 0,05$).

Заключение

На основании теоретической ситуационно-мотивационной модели разработан способ количественной оценки кооперативности больных осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, – опросник «Индекс кооперации при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (ИкЯБ-49), надежность и валидность которого доказаны в ходе клинических испытаний.

В результате пилотного исследования было установлено, что высокая кооперативность больных способствует повышению контроля над заболеванием. При этом на кооперативность пациентов в лечении наибольшее влияние оказывают: возраст, курение, производственная занятость, место проживания, численность семьи, уровень дохода семьи, количество членов в семье с ЯБДПК, длительность диспансерного наблюдения, степень тяжести и контролируемости послеоперационного течения ЯБДПК, наличие кровотечения в анамнезе и сопутствующей патологии, развитие побочных эффектов при приеме противоязвенных препаратов, кратность визитов к врачу, наличие дезадаптивного типа отношения к болезни и депрессии. В результате исследования была выявлена тесная связь кооперативности и КЖ больных.

Список литературы

1. *Port K., Palm K., Viigimaa M.* Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system // *J. Telemed. Telecare.* 2003. Vol. 9 (Suppl. 1). P. 65–66.
2. *Конради А.О., Соболева А.В., Полуничева Е.В.* Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? // *Артериальная гипертензия.* 2001. Т. 8, № 6. С. 21–23.
3. *Vander Stichele.* Measurement of patient compliance and the interpretation of randomized trials // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 1991. Vol. 41. P. 27–35.
4. *Hill M., Houston N.* Adherence to antihypertensive therapy // *Chapter.* 2005. Vol. 131. P. 390–392.
5. *Pang S.K., Ip W.Y., Chang A.M.* Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients // *J. Adv. Nurs.* 2001. Vol. 35 (Suppl. 5). P. 691–698.
6. *Эйдельман С.Е.* Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Петроградском районе Санкт-Петербурга // *Артериальная гипертензия.* 2003. № 9. С. 12–13.
7. *Clark C.J.* The influence of education on morbidity and mortality in asthma (including the use of open access hospital admission for severe attacks) // *Monaldi-Arch-Chest-Dis.* 1994. Vol. 49 (Suppl. 2). P. 169–172.
8. *Ferrana M., Di Mario F., Battaglia G. et al.* Compliance with therapy for ulcer disease: clinical experience and review of the literature // *Adv. Ther.* 1994. Vol. 11, N 2. P. 52–57.
9. *Barbui C., Tansella M.* How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? // *Psychol. Med.* 2003. Vol. 33. P. 1149–1160.
10. *Smith D.* Compliance packing: a patient education Tool // *American Pharmacy.* 1989. Vol. NS 29, N 2.
11. *Osman L.M., Russel I.T., Triend J.A., Douglas S.G.* Prediction patient attitudes to asthma medication // *Thorax.* 1993. № 48. P. 827–830.
12. *Незнанов Н.Г., Вид В.Д.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии // *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2004. Т. 6, № 4. С. 17–19.
13. *Barbui C., Tansella M.* How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? // *Psychol. Med.* 2003. Vol. 33. P. 1149–1160.
14. *McAlindon M., Taylor J., Ryder S.* The long-term management of patients with bleeding duodenal ulcers // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 1997. Vol. 11, N 3. P. 505–510.
15. *Rudd P.* Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance // *Am. Heart J.,* 1995. V. 130. P. 572–579.
16. *Waeber B. Burnier M., Brunner H.R.* How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 2000. Vol. 36. Suppl. 3. P. 23–26.
17. *Townsend A., Hunt K., Wuke S.* Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use // *BMJ.* 2003. Vol. 327. P.1–6.
18. *Benson J., Britten N.* Keep taking the tablets // *BMJ.* 2003. Vol. 326. P. 1314–1317.
19. *Давыденко М.Н.* Эрадикационная терапия осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, перенесших радикальную дуоденопластику: Дис. канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 2003. 167 с.
20. *Waeber B., Burnier M., Brunner H.R.* How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 2000. Vol. 36. Suppl. 3. P. 23–26.

21. *Клименко Л.И.* Хирургическая и медикаментозная профилактика рецидивов осложненной дуоденальной язвы после радикальной дуоденопластики: Автореф. дис... канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). Краснодар, 2001. 18 с.