

УДК 616.324-002.44-06-089

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ  
КООПЕРАТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ  
ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

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

Попандопуло Константин Иванович – д.м.н.  
*МБУЗ Городская больница, г. Геленджик;  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

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

В ходе проведенного исследования было установлено, что высокая кооперативность больных осложненной ЯБДПК способствует улучшению контроля над заболеванием. При этом наибольшее влияние на кооперативность оказывают следующие факторы: возраст больных, курение, производственная занятость, место проживания, численность семьи, доход семьи, количество членов семьи с ЯБДПК, длительность диспансерного наблюдения, степень тяжести и контролируемости послеоперационного течения заболевания, наличие кровотечения в анамнезе.

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КООПЕРАТИВНОСТЬ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

UDC 616.324-002.44-06-089

**MEDICAL AND SOCIAL FACTORS OF  
COOPERATIVITY IN PATIENTS WITH  
COMPLICATED DUODENAL ULCER DISEASE**

Korochanskaya Natalya Vsevolodovna – MD, prof.

*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,  
SBEI Kuban state medical university,  
Krasnodar, Russia*

Popandopulo Konstantin Ivanovich – MD  
*MBIHC City hospital, Gelendjik,  
SBEI Kuban state medical university,  
Krasnodar, Russia*

Klescheva Ol'ga Anatol'evna – MD  
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,  
SBEI Kuban state medical university,  
Krasnodar, Russia*

The study revealed that high cooperativity of patients with complicated DUD assisted improvement of control for disease. The following factors had the most effect to disease: age of patients, smoking, production being busy, place of residence, family number, family income, number of family members with DUD, duration of ambulatory observation, gravity degree and control of post-operated period, blood loss in anamnesis.

Key words: COMPLICATED DUODENAL ULCER DISEASE. COOPERATIVITY, MEDICAL AND SOCIAL FACTORS

Для оценки адекватности и полноты проведения комплексного лечения в НИИ пульмонологии МЗ РФ был предложен и введен в клиническую практику термин «кооперативность», характеризующий готовность и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме. В отличие от комплаентности, кооперативность учитывает не только желание пациента следовать рекомендациям врача, которое определяется множеством психосоциальных факторов, но и доступность медицинской помощи, что определяет особую актуальность данного показателя для отечественного здравоохранения [1].

До настоящего времени понятие «кооперативность» больных в хирургической практике не применялось. В доступной нам литературе мы не нашли сведения о методах оценки кооперативности больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), учитывающих как выполнение всего комплекса лечебных мероприятий (соблюдение диеты, медикаментозного режима), так и доступность квалифицированной медицинской помощи для пациентов. Кроме того, остаются неизученными факторы, препятствующие эффективному сотрудничеству врача и пациента. Выявление и последующее устранение этих факторов способно повысить эффективность лечения и уровень качества жизни (КЖ) больных осложненной ЯБДПК.

**Целью** исследования явились разработка и внедрение эффективного инструмента оценки кооперативности больных осложненной ЯБДПК, перенесших радикальную дуоденопластику (РДП), а также изучение медико-социальных факторов, влияющих на кооперацию.

**Материал и методы исследования.** Для проведения исследования применяли «Индекс кооперации при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (ИкЯб-49) [2]. В основу опросника легла ситуационно-мотивационная модель формирования кооперативности в медицине [1]. Опросник ИкЯб-49 рассчитан на лиц от 17 лет и старше,

является специальным и предназначен для оценки кооперативности у пациентов с осложненной ЯБДПК, находящихся как на стационарном, так и на амбулаторном этапах лечения. Опросник содержит 49 пунктов (108 вопросов), которые позволяют количественно оценить кооперативность по 8 основным критериям. Оценка результатов производится методом суммирования рейтингов по шкале от 0 % до 100 %.

В исследовании приняли участие 123 пациента с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП и находящихся на амбулаторном лечении. Мостовидная радикальная дуоденопластика (МРДП) была выполнена у 67 (54,5 %) человек, мостовидная пилородуоденопластика (МПДП) – у 8 (6,5 %), сегментарная радикальная дуоденопластика (СРДП) – у 21 (17,1 %) больного. У 18 (14,6 %) пациентов МРДП была выполнена одновременно с селективной проксимальной ваготомией (СПВ). Для 5 (4,1 %) больных с МРДП и у 4 (3,3 %) с СРДП вторым этапом было проведение СПВ. Диагноз ЯБДПК был выставлен на основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра и результатов лабораторно-инструментальных методов обследования.

Среди пациентов было 83 (67,5 %) мужчины и 40 (32,5 %) женщин. Средний возраст больных на момент исследования составил  $51,6 \pm 1,2$  года. Пациенты были условно разделены на группы по уровню образования: со средним (96 (78,1 %) пациентов) и высшим (27 (21,9 %) пациентов), по профессиональной занятости: на работающих (68 (55,3 %) больных) и неработающих (55 (44,7 %) больных), по месту проживания: в городе (39 (31,7 %) человек), в селе (84 (68,3 %) человека).

Анализ социально-экономического статуса пациентов также включал оценку численности семьи пациентов ( $3,13 \pm 0,93$  человека), количества членов семьи, страдающих ЯБДПК ( $1,74 \pm 0,28$  человека), среднемесячного дохода семьи, среднемесячных затрат на лечение ЯБДПК.

Длительность язвенного анамнеза до операции составила  $14,6 \pm 7,6$  лет (мин. 3, макс. 32), срок динамического послеоперационного наблюдения –  $49,5 \pm 3,2$  месяцев (мин. 2, макс. 156).

Согласно критериям, разработанным Н.В. Корочанской [3], легкая объективная тяжесть послеоперационного течения ЯБДПК наблюдалась у 58 (47,2 %) пациентов, средней степени тяжести – у 34 (27,6 %), тяжелая – у 31 (25,2 %) пациента; легкая субъективная тяжесть ЯБДПК – у 82 (66,7 %), тяжелая – у 41 (33,3 %) пациента. Объективно контролируемое послеоперационное течение ЯБДПК выявлялось у 92 (74,8 %), неконтролируемое – у 31 (25,2 %) больного; субъективно контролируемое – у 70 (56,9 %), неконтролируемое – у 53 (43,1 %) пациентов.

Индекс курения (ИнК) больных составил  $110,5 \pm 42,8$ .

Распределение показателей кооперативности не соответствовало критериям нормального распределения (значение критерия Шапиро – Уилкса  $p < 0,05$ ), поэтому корреляционный анализ проводился с использованием критерия Спирмена, а сравнение групп – с помощью критерия Манна – Уитни – U (трех – с поправкой Бонферрони), за статистически значимые принимались различия  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

Нами проведен сравнительный анализ критериев кооперативности больных осложненной ЯБДПК в зависимости от влияния демографических и социально-экономических факторов. Полученные результаты представлены в таблицах 1–5.

При сравнении критериев кооперативности в зависимости от социальной занятости все пациенты были разделены на две группы «работающие» и «неработающие». В группу «работающих» вошли 68 пациентов (средний возраст  $44,31 \pm 1,22$ ), из которых 5 находились на пенсии по возрасту, 5 – на пенсии по инвалидности (у 4-х человек была инвалидность второй группы, у 4-х – третьей). Группа «неработающих»

составила 55 пациентов (средний возраст  $60,82 \pm 1,40$ ), из них 26 человек находились на пенсии по возрасту, 29 – на пенсии по инвалидности (у 13 человек – инвалидность второй группы, у 15 – третьей, 1 пациент – инвалид Великой Отечественной Войны).

Таблица 1 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от пола

Критери и КП	Мужчины ( $n = 83$ )					Женщины ( $n = 40$ )				
	Min	V0,2 5	Me	V0,7 5	Ma x	Min	V0,2 5	Me	V0,7 5	Ma x
ОИК	24, 7	43,8	50, 0	54,9	63,0	25, 0	43,9	49,2	52,6	63,3
ИхК	2,6	45,7	61, 4	68,6	74,3	7,1	40,7	51,4*	60,7	68,6
ОО	9,8	31,4	37, 3	43,1	54,9	13, 7	18,6	41,2	49,0	64,7
ПБ	29, 0	71,0	77, 4	83,9	100	41, 9	54,8	67,7*	80,7	90,3
Инф	7,1	15,5	20, 2	33,3	56,0	1,2	22,6	32,7*	38,7	44,1
ДС	25, 0	50,0	62, 5	75,0	100	25, 0	50,0	62,5	75,0	75,0
ТК	47, 5	53,5	59, 4	66,3	75,3	46, 5	55,9	59,6	63,9	86,1
УК	62, 1	75,9	86, 2	89,7	96,6	44, 8	60,3	70,7* *	82,8	96,6
ИС	0,0	33,3	41, 7	66,7	83,3	0,0 0	33,3	41,7	58,3	66,7

**Примечание:** ОИК – общий индекс кооперации, ИхК – исходная кооперативность, ОО – осознание опасности, ПБ – потребность в безопасности, Инф – информированность, ДС – доступность средств, ТК – текущая кооперативность, УК – удовлетворенность от кооперации, ИС – искренность. Отмечены достоверные отличия от мужчин (\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*) –  $p < 0,0001$ .

Таблица 2 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от уровня образования

Критерии КП	Высшее ( $n = 27$ )					Среднее ( $n = 96$ )				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ОИК	24,7	44,0	50,0	55,4	63,0	25,0	42,8	49,1	53,9	63,3
ИхК	2,9	48,6	55,7	68,6	71,4	4,3	44,3	60,0	65,7	74,3

ОО	9,8	15,7	37,3	47,1	52,9	9,8	28,4	39,2	45,1	64,7
ПБ	29,0	71,0	77,4	83,9	93,5	41,9	62,9	74,2	83,9	100
Инф	7,1	20,2	35,7	41,7	55,9	1,2	15,5	22,0*	33,9	42,9
ДС	25,0	50,0	62,5	75,0	100	25,0	50,0	62,5	75,0	100
ТК	47,5	55,5	58,4	60,4	74,3	46,5	54,0	59,4	64,4	86,1
УК	44,8	69,0	86,2	93,1	96,6	44,8	69,0	81,0	89,7	96,6
ИС	0,0	33,3	41,7	58,3	75,0	0,0	33,3	41,7	66,7	83,3

**Примечание:** (\*) отмечены достоверные отличия от пациентов с высшим образованием ( $p < 0,01$ ).

Таблица 3 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от профессиональной занятости

Критери и КП	Работающие ( $n = 68$ )					Неработающие ( $n = 55$ )				
	Мi n	V0,2 5	Me	V0,7 5	Ma x	Мi n	V0,2 5	Me	V0,7 5	Ma x
ОИК	28,3	48,0	52,5	55,7	63,3	24,7	39,9	47,6*** *	50,8	57,6
ИхК	2,9	55,7	61,4	65,7	74,3	2,9	24,3	48,6**	62,9	72,9
ОО	9,80	27,5	35,3	43,1	64,7	9,8	27,5	39,2*	49,0	64,7
ПБ	48,4	74,2	80,7	87,1	100	29,0	51,6	67,7*** *	77,4	83,9
Инф	11,9	20,2	29,8	38,7	56,0	1,2	10,7	16,7*** *	31,0	42,9
ДС	25,0	50,0	62,5	75,0	100	37,5	50,0	50,0**	62,5	75,0
ТК	47,5	54,5	60,4	69,3	86,1	46,5	53,7	58,4*	61,4	68,3
УК	48,3	77,6	88,7	93,1	96,6	44,8	65,5	75,9*** *	86,2	93,1
ИС	0,0	33,3	50,0	66,7	83,3	0,0	0,0	33,3*** *	41,7	83,3

**Примечание:** отмечены достоверные отличия от работающих пациентов (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) –  $p < 0,001$ ; (\*\*\*\*) –  $p < 0,0001$ .

Таблица 4 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от места проживания

Критери и КП	Город ( $n = 39$ )					Село ( $n = 84$ )				
	Min	V0,2 5	Me	V0,7 5	Ma x	Min	V0,2 5	Me	V0,7 5	Ma x

ОИК	44, 0	48,1	52, 7	57,1	63,3	24, 7	40,1	48,5** *	52,6	63,0
ИхК	45, 7	50,0	61, 4	65,7	74,3	2,9	24,3	55,1*	65,7	74,3
ОО	15, 7	33,3	41, 2	49,0	64,7	9,8	20,6	37,3**	43,1	64,7
ПБ	48, 4	71,0	77, 4	87,1	96,8	29, 0	61,3	74,2*	80,7	100
Инф	7,1	23,8	34, 5	40,5	48,8	1,2	15,5	20,2** *	31,5	56,0
ДС	37, 5	50,0	62, 5	75,0	100	25, 0	50,0	50,0*	62,5	75,0
ТК	50, 0	56,4	60, 4	67,3	86,1	46, 5	53,5	59,4	62,9	74,3
УК	44, 8	72,4	86, 2	93,1	96,6	51, 7	69,0	79,3	89,7	96,6
ИС	0,0	33,3	41, 7	58,3	66,7	0,0	33,3	41,7	66,7	83,3

**Примечание:** отмечены достоверные отличия от пациентов, проживающих в городе  
 (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) –  $p < 0,001$ .

В результате проведенного анализа влияния социально-экономических факторов на кооперативность пациентов с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, было установлено следующее. Профессиональная занятость выступает в качестве наиболее сильного предиктора кооперативности больных, создавая мотивационную основу на пути к выздоровлению.

Таблица 5 – Коэффициенты корреляции количественных социально-экономических показателей и критериев кооперативности больных

Показатели	ИхК	ОО	ПБ	Инф	ДС	ТК	УК	ОИК	ИС
Возраст	-0,14	0,26 **	-0,35 ****	-0,18 *	-0,36 ***	-0,07	-0,26 **	-0,21 *	-0,29 **
Численность семьи	0,40 ***	0,52 ****	0,11	0,09	0,55 ****	0,27 **	0,24 **	0,54 ****	0,43 ****
Доход семьи	0,38 ****	-0,07	0,45 ****	0,14	0,63 ****	0,58 ****	0,61 ****	0,53 ****	0,19 *
Затраты на лечение	0,28 **	0,70 ****	-0,08	0,29 ***	-0,35 ****	0,07	-0,41 ***	0,13	-0,11

ЯБДПК									
Количество членов семьи с ЯБДПК	0,38 ****	0,08	0,26 **	0,37 ***	-0,09	0,16	0,13	0,38 ****	0,24 *
Индекс курения	0,19 *	-0,18 *	0,16	-0,20 *	-0,02	-0,25 **	0,23 *	-0,10	-0,04

**Примечание:** отмечены достоверные коэффициенты корреляции (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) –  $p < 0,001$ ; (\*\*\*\*) –  $p < 0,0001$ .

В ходе исследований было выявлено, что более кооперативны социально активные и профессионально занятые пациенты (учащиеся, работающие, включая пенсионеров и инвалидов). У «работающих» пациентов, по сравнению с «неработающими», выше ОИК ( $p < 0,0001$ ), ПБ ( $p < 0,0001$ ), Инф ( $p < 0,0001$ ), ИхК ( $p < 0,01$ ), ТК ( $p < 0,05$ ), ДС ( $p < 0,01$ ) и УК ( $p < 0,0001$ ), хотя ниже уровень ОО ( $p < 0,05$ ). Это можно объяснить тем, что, с одной стороны, в силу конкурирующих мотиваций, работающий пациент не склонен заострять свое внимание (равно как и внимание работодателя) на состоянии своего здоровья. С другой стороны, пациент острее осознает опасность, которую представляет для его жизни ЯБДПК, т.к. заболевание более активно вмешивается в его повседневную деятельность и угрожает потерей работы. Осознание этого побуждает больного обратиться за медицинской помощью и начинать лечение, что приводит к улучшению самочувствия. Пациент понимает, что может контролировать свое заболевание, и, как следствие, у него снижается осознание опасности. Косвенно подтвердить высказанное предположение может обнаруженная прямая корреляционная связь уровня дохода семьи и ОИК ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,0001$ ), ПБ ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,0001$ ), ДС ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,0001$ ), ИхК ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,0001$ ), ТК ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,0001$ ), УК ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,0001$ ). Риск потерять источник дохода укрепляет пациента в желании сотрудничать с врачами. Это согласуется с литературными данными [1].

У мужчин, по сравнению с женщинами, оказались более высокие показатели ИхК ( $p < 0,01$ ), ПБ ( $p < 0,01$ ), УК ( $p < 0,0001$ ), ниже уровень ОО



( $p < 0,01$ ). Причем мужчины и женщины не различались по возрасту, (средний возраст составил  $50,5 \pm 1,5$  и  $53,9 \pm 1,7$  соответственно), но были выявлены достоверные отличия ( $p < 0,01$ ) по их профессиональной занятости: 53 (66,3 %) мужчин работало (училось) против 15 (37,5 %) женщин. В данном случае также профессиональная занятость выступает в роли сильного побудительного мотива к поддержанию своего здоровья.

Говоря о мотивации, необходимо отметить потребность в заботе о близких как синергиста кооперативности пациентов. Любое заболевание воспринимается как угроза семейному (личному) благополучию. Это предположение подтверждает обнаруженная прямая корреляционная связь между численностью семьи и ОИК ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,0001$ ), ОО ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,0001$ ), ДС ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,0001$ ), ИхК ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,001$ ), ТК ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,01$ ), УК ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,01$ ). Причем, если в семье еще кто-нибудь страдает ЯБДПК, то это только укрепляет пациента в его стремлении следовать врачебным рекомендациям, что отражает выявленная прямая корреляционная связь с ОИК ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,0001$ ), ИнФ ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ), ПБ ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ) и ИхК ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,0001$ ).

Было выяснено также, что на кооперативность больных влияет место их проживания. У пациентов, проживающих в городе, достоверно выше ОИК ( $p < 0,001$ ), Инф ( $p < 0,001$ ), ОО ( $p < 0,01$ ), ПБ ( $p < 0,05$ ), ИхК ( $p < 0,05$ ) и ДС ( $p < 0,05$ ). Это можно объяснить: более высоким уровнем достатка, близким расположением к специализированным лечебным учреждениям, наличием разветвленной сети аптек, более высоким уровнем образованности. Так, среди городских жителей, по сравнению с сельскими, вдвое больше пациентов с высшим образованием: 14 (35,9 %) пациентов против 13 (15,7 %) ( $p < 0,05$ ).

В нашем исследовании всем пациентам помимо указания фактической суммы предлагалось провести субъективную оценку своих затрат на лечение ЯБДПК по пятибалльной шкале (ничего, мало,

умеренно, достаточно много, очень много). В результате была выявлена прямая корреляционная связь затрат на лечение ЯБДПК и ОО ( $r = 0,70$ ;  $p < 0,0001$ ), Инф ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ), ИхК ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,01$ ) и обратная корреляционная связь – с ДС ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,0001$ ), УК ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,001$ ).

Определенное влияние на кооперативность оказывает возраст пациентов. Было продемонстрировано, что с возрастом у больных с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, повышается ОО ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ), но при этом снижается ПБ ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,0001$ ), Инф ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ), ДС ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,001$ ), УК ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,01$ ) и, как следствие, ОИК ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ).

Было выявлено статистически значимое ( $p < 0,01$ ) различие между пациентами с высшим и средним уровнем образования по степени их информированности.

Группу факторов, связанных с течением заболевания, составили: длительность и характер осложнений ЯБДПК, вид оперативного лечения, длительность диспансерного наблюдения, объективная / субъективная тяжесть течения ЯБДПК и объективная / субъективная контролируемость ЯБДПК в послеоперационном периоде, сопутствующая соматическая патология. Результаты представлены в таблицах 6–10.

Таблица 6 – Коэффициенты корреляции количественных показателей клинического течения заболевания и критериев кооперативности больных

Показатели	ИхК	ОО	ПБ	Инф	ДС	ТК	УК	ОИК	ИС
Длительность язвенного анамнеза	0,07	0,18*	0,06	-0,03	-0,18*	-0,03	-0,01	-0,02	0,17
Длительность диспансерного наблюдения после операции	-0,15	-0,01	-0,27*	-0,07	-0,28**	-0,11	-0,35**	-0,29*	-0,12

**Примечание:** отмечены достоверные коэффициенты корреляции (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ .

В результате проведенного анализа (см. табл. 6) не было выявлено

значительного влияния длительности ЯБДПК на кооперативность больных. Была обнаружена слабая прямая корреляционная связь длительности язвенного анамнеза с ОО ( $r = 0,18; p < 0,05$ ), а также слабая обратная корреляционная связь с ДС ( $r = -0,18; p < 0,05$ ). Существенное влияние на кооперативность пациентов оказывает длительность диспансерного наблюдения после операции. С увеличением периода наблюдения у пациентов с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, снижается ОИК ( $r = -0,29; p < 0,05$ ), ПБ ( $r = -0,27; p < 0,05$ ), ДС ( $r = -0,28; p < 0,01$ ) и УК ( $r = -0,35; p < 0,01$ ).

В зависимости от характера осложнений ЯБДПК, по поводу которых была выполнена РДП, все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 48 (39,1 %) больных с кровотечением в анамнезе, у 40 (32,5 %) из них кровотечение сочеталось с суб-, декомпенсированным дуоденальным / пилородуоденальным стенозом, у 4 (3,2 %) с суб-, декомпенсированным дуоденальным / пилородуоденальным стенозом и перфорацией, у 4-х (3,2 %) с суб-, декомпенсированным дуоденальным / пилородуоденальным стенозом и пенетрацией. Во вторую группу вошли 75 (61 %) пациентов, у которых не было кровотечения в анамнезе. У больных этой группы наблюдались следующие осложнения: у 55 (44,7 %) – суб-, декомпенсированный дуоденальный / пилородуоденальный стеноз, у 15 (12,2 %) – суб-, декомпенсированный дуоденальный / пилородуоденальный стеноз и перфорация в анамнезе, у 5 (4,0 %) – суб-, декомпенсированный дуоденальный / пилородуоденальный стеноз и пенетрация.

Таблица 7 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от характера осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в анамнезе

Критерии КП	Кровотечение в анамнезе ( $n = 48$ )					Кровотечения в анамнезе нет ( $n = 75$ )				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ОИК	24,7	39,4	47,7	52,7	63,3	25,0	47,6	51,1**	54,4	61,4

ИхК	2,9	23,6	57,1	65,7	74,2	4,3	48,6	60,0	65,7	74,3
ОО	9,8	18,6	38,2	46,1	54,9	11,8	29,4	37,3	45,1	64,7
ПБ	29,0	56,5	71,0	77,4	87,1	48,4	67,7	77,4***	83,9	100
Инф	2,4	14,3	20,2	35,1	56,0	1,2	17,9	28,6	35,7	48,8
ДС	25,0	50,0	50,0	75,0	100	37,5	50,0	62,5*	75,0	100
ТК	47,5	52,5	57,4	59,4	86,1	46,5	57,4	61,4**	66,3	72,3
УК	51,7	69,0	79,3	86,2	93,1	44,8	69,0	86,2*	89,7	96,6
ИС	0,0	0,0	41,7	62,5	83,3	0,0	33,3	50,0*	66,7	83,3

**Примечание:** отмечены достоверные отличия от группы больных с кровотечением в анамнезе (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) –  $p < 0,001$ .

В ходе исследований было продемонстрировано, что пациенты с осложненной ЯБДПК, имеющие кровотечения в анамнезе, отличаются более низкой кооперативностью (см. табл. 7). У этой группы больных были ниже ОИК ( $p < 0,01$ ), ПБ ( $p < 0,001$ ), ТК ( $p < 0,01$ ), ДС ( $p < 0,05$ ) и УК ( $p < 0,05$ ). Однако в литературе приводятся данные о том, что пациенты с кровотечениями в анамнезе при проведении поддерживающей антисекреторной терапии наиболее тщательно выполняют врачебные рекомендации [4, 5].

В ходе анализа зависимости кооперативности больных от вида хирургической коррекции осложненной дуоденальной язвы (ДЯ) (МРДП, СРДП, РДП в сочетании с СПВ) не было выявлено статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

Далее был проведен анализ влияния характера послеоперационного течения ЯБДПК на кооперативность больных (см. табл. 8–10).

Согласно данным, представленным в таблицах 8–10, на кооперативность пациентов с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, существенное влияние оказывают степень тяжести и контролируемость послеоперационного течения.

При анализе взаимосвязи объективной степени тяжести послеоперационного течения ЯБДПК и кооперативности больных были получены статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ). Наибольшая кооперативность отмечалась у пациентов со среднетяжелым течением послеоперационного периода. У данной группы пациентов выше были

ОИК, ПБ, Инф, ИхК, ТК, УК. Наименьшая кооперативность была у больных с тяжелым течением, у этих пациентов отмечались низкие ОИК, ПБ, Инф, ТК, УК. У пациентов с легким течением послеоперационного периода выявлялась низкая ИхК и высокая ДС.

У пациентов, субъективно оценивающих послеоперационное течение ЯБДПК как легкое, были выше показатели ОИК ( $p < 0,001$ ), ИхК ( $p < 0,01$ ), ТК ( $p < 0,0001$ ), ПБ ( $p < 0,0001$ ), Инф ( $p < 0,05$ ), ДС ( $p < 0,05$ ), УК ( $p < 0,0001$ ) и ниже ОО ( $p < 0,01$ ).

Таблица 8 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от объективной контролируемости послеоперационного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Критерии КП	Течение ЯБДПК									
	контролируемое ( $n = 92$ )					неконтролируемое ( $n = 31$ )				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ОИК	24,7	47,5	51,6	55,3	63,3	25,0	37,2	45,9**	48,6	57,6
ИхК	2,9	48,6	61,4	67,9	74,3	7,1	22,9	55,7*	62,9	74,3
ОО	9,8	27,4	37,3	43,1	64,7	9,8	17,7	43,1	47,1	64,7
ПБ	29,0	71,0	77,4	83,9	100	41,9	48,4	61,3**	71,0	77,4
Инф	7,1	20,2	29,8	35,7	56,0	1,2	10,7	15,5**	17,9	38,1
ДС	25,0	50,0	62,5	75,0	100	25,0	37,5	50,0*	75,0	75,0
ТК	47,5	56,9	60,4	67,3	86,1	46,5	53,5	57,4*	59,4	68,3
УК	44,8	75,9	86,2	89,7	96,6	51,7	62,1	75,9**	79,3	93,1
ИС	0,0	33,3	45,8	66,7	83,3	0,0	33,3	41,7	58,3	75,0

**Примечание:** отмечены достоверные отличия от группы больных с объективно контролируемым течением ЯБДПК (\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*) –  $p < 0,0001$ .

При анализе взаимосвязи объективной и субъективной контролируемости послеоперационного течения ЯБДПК и кооперативности больных были получены следующие результаты. У пациентов с объективно контролируемым течением ЯБДПК были достоверно выше все показатели кооперативности, кроме ОО, а при субъективно контролируемом течении – достоверно выше ОИК ( $p < 0,01$ ), ИхК ( $p < 0,05$ ), ТК ( $p < 0,001$ ), ПБ ( $p < 0,0001$ ), ДС ( $p < 0,01$ ), УК ( $p < 0,0001$ ) и ниже ОО ( $p < 0,001$ ).

Таблица 9 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости

от субъективной тяжести послеоперационного течения язвенной болезни  
двенадцатиперстной кишки

Критерии КП	Тяжесть послеоперационного течения ЯБДПК									
	легкое течение (n = 82)					тяжелое течение (n = 41)				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ОИК	24,7	47,3	52,2	54,9	63,0	25,0	38,9	47,6***	48,9	63,3
ИхК	2,9	48,6	61,4	68,6	74,3	7,1	22,9	55,7**	61,4	68,6
ОО	9,8	27,5	35,3	41,2	64,7	9,8	37,3	43,1**	49,0	64,7
ПБ	29,0	71,0	79,0	83,9	100	41,9	48,4	64,5****	77,4	87,1
Инф	7,1	19,1	28,6	35,7	56,0	1,2	15,5	17,9*	34,5	42,9
ДС	37,5	50,0	62,5	75,0	100	25,0	50,0	50,0*	62,5	75,0
ТК	47,5	57,4	61,4	67,3	75,3	46,5	53,5	57,4****	58,4	86,1
УК	44,8	79,3	86,2	93,1	96,6	44,8	62,1	69,0****	79,3	86,2
ИС	0,0	33,3	41,7	66,7	83,3	0,0	0,0	33,3**	58,3	75,0

**Примечание:** отмечены достоверные отличия от группы больных с субъективно легким течением ЯБДПК (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) –  $p < 0,001$ ; (\*\*\*\*) –  $p < 0,0001$ .

Полученные нами данные согласуются с литературными, согласно которым низкая комплаентность наблюдается у пациентов с длительным отсутствием клинических симптомов [4] и с часто рецидивирующим заболеванием с малой длительностью ремиссий [5]. Наличие низкого показателя ДС у больных со среднетяжелым и тяжелым послеоперационным течением ЯБДПК, по сравнению с пациентами с легким течением, можно объяснить негативным влиянием экономических факторов на течение заболевания, а также высокими затратами на лечение, что, соответственно, снижает оценку пациентами доступности средств.

Таблица 10 – Результаты оценки кооперативности больных в зависимости от субъективной контролируемости послеоперационного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Критерии КП	Течение ЯБДПК									
	контролируемое (n = 70)					неконтролируемое (n = 53)				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ОИК	24,7	44,3	52,4	55,4	63,0	25,0	40,5	48,1* *	50,3	63,3
ИхК	2,9	47,1	62,1	68,6	74,3	7,1	35,7	55,7*	62,9	71,4
ОО	9,8	27,5	35,3	39,2	64,7	9,8	35,3	43,1*	49,0	64,7

								**		
ПБ	29,0	71,0	80,7	83,9	100	41,9	51,6	67,7* ***	77,4	87,1
Инф	7,1	16,7	25,0	38,1	56,0	1,2	15,5	28,6	35,7	42,9
ДС	25,0	50,0	62,5	75,0	100	37,5	50,0	50,0* *	62,5	75,0
ТК	47,5	57,4	61,9	68,3	75,3	46,5	53,5	57,4* **	59,4	86,1
УК	62,1	79,3	86,9	93,1	96,6	44,8	62,1	75,9* ***	82,8	93,1
ИС	0,0	33,3	50,0	66,7	83,3	0,0	0,0	41,7*	58,3	75,0

**Примечание:** отмечены достоверные отличия от группы больных с субъективно контролируемым течением ЯБДПК (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) –  $p < 0,001$ ; (\*\*\*\*) –  $p < 0,0001$ .

Следует отметить, что при анализе взаимосвязи объективной степени тяжести и контролируемости послеоперационного течения ЯБДПК с кооперативностью пациентов не было выявлено статистически значимых различий по критерию ОО, в отличие от субъективных показателей. Вышеизложенное подтверждает предположение о том, что осознание пациентом опасности, которую представляет для его жизни и благополучия ЯБДПК – это субъективная оценка, определяющаяся величиной телесного и душевного дискомфорта, вызванного заболеванием, степенью снижения КЖ, а также затратами на лечение или материальными потерями вследствие нетрудоспособности. Увеличение степени осознания опасности не всегда прямо пропорционально повышению кооперативности пациентов. На наш взгляд, за этим стоят сложные психологические механизмы, требующие дальнейшего исследования.

### **Заключение**

В ходе проведенного исследования было установлено, что высокая кооперативность больных осложненной ЯБДПК способствует улучшению контроля над заболеванием. При этом наибольшее влияние на кооперативность пациентов оказывают следующие факторы: возраст больных, курение, производственная занятость, место проживания,

численность семьи, доход семьи, количество членов семьи с ЯБДПК, длительность диспансерного наблюдения, степень тяжести и контролируемости послеоперационного течения ЯБДПК, наличие кровотечения в анамнезе.

Полученные нами данные были схожи с результатами оценки кооперативности больных бронхиальной астмой (БА) [1]. Однако, по сравнению с больными осложненной ЯБДПК, кооперативность пациентов с БА зависела от пола и уровня образования. Врачебные рекомендации лучше соблюдали женщины с высшим образованием. Следует отметить, что кооперативность больных осложненной ЯБДПК, в отличие от больных БА, обусловлена не степенью осознания опасности, а адекватностью его восприятия, что напрямую зависит от характера внутренней картины болезни.

#### Список литературы

1. *Сенкевич Н.Ю.* Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: Дис..... док. мед. наук (14.00.43). – М.: Московский гос. мед. университет, 2000. – 408 с.
2. *Клещева О.А.* Кооперативность больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших радикальную дуоденопластику: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук (14.00.27; 14.00.05). – Краснодар, 2007. – 22 с.
3. *Корочанская Н.В.* Принципы поэтапной реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дисс. ... док. мед. наук (14.00.27; 14.00.05). – Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 1999. – 408 с.
4. *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.



5. *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.