

# ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ЯБДПК СОЧЕТАННОЙ С ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

## INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS AND PSYCHOLOGICAL FEATURES ON ADDITION TO TREATMENT IN PATIENTS WITH PUD COMBINED WITH EROSIIVE LESIONS OF THE GASTRODUODENAL ZONE

L. Shuvaeva  
G. Bikkinina  
R. Kildebekova

*Summary.* The low effectiveness of treatment of chronic nonspecific diseases is associated with low adherence of patients to medical prescriptions. The problem of low adherence to treatment is a general medical problem. About 50 % of patients suffering from chronic diseases do not comply with medical prescriptions, and a third of patients do not comply with the prescribed medication regimen even during a relatively short period of therapy. Adherence is a term that was defined by the World Health Organization (WHO) in 2003 as «the extent to which a person's behavior — taking a drug, following a diet and/or making lifestyle changes — is consistent with the agreed recommendations of a healthcare professional».

*Keywords:* duodenal ulcer, erosion of the stomach and duodenum, adherence to treatment.

Низкая приверженность к лечению основано на недооценки осложнений болезни, желание избежать возможных побочных эффектов фармакотерапии и это собственное решение больного. Анализ результатов свидетельствует о том, что выполнение рекомендаций врача тесно связано с отношением пациента к своей болезни, эффектом и длительностью лечения, образом жизни [1,2,]. На комплаинс влияет комплекс факторов — социальные, психологические, финансовые. Научные литературные источники свидетельствуют, что многие авторы проблему комплаентности пациентов ЯБ считают актуальной, но эти исследования носят фрагментарный характер [3,4,]. Изучение личностных характеристик пациента важно для выстраивания тактики сопровождения для поддержания приверженности к лечению [5, 6].

*Цель исследования* — провести анализ влияния социальных факторов и психологических особенностей

**Шуваева Лилия Гайсаевна**

Ассистент, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.  
lgshuvaeva@mail.ru

**Биккинина Гузель Минираисовна**

Доктор медицинских наук, профессор,  
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа  
bikkinina.ru@mail.ru

**Кильдебекова Раушания Насгутдиновна**

Доктор медицинских наук, профессор,  
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа  
kaf.mpz-mk@yandex.ru

*Аннотация.* Низкая эффективность лечения хронических неспецифических заболеваний связана с низкой приверженностью больных к врачебным предписаниям. Проблема низкого уровня приверженности к лечению является общемедицинской. Около 50 % больных, страдающих хроническими заболеваниями, не соблюдают врачебные предписания, а треть больных не соблюдают предписанный режим приема лекарств даже в условиях относительно короткого периода терапии. Приверженность терапии — это термин, который был обозначен Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 2003 году, «степень, в которой поведение человека — прием препарата, соблюдение диеты и/или изменение стиля жизни, соответствует согласованным рекомендациям медицинского специалиста».

*Ключевые слова:* язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, приверженность к лечению.

на приверженность к лечению у пациентов ЯБДПК сочетанной с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны.

### Материалы и методы

Нами было обследовано 268 мужчин трудоспособного возраста с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, из которых 112 пациентов с сочетанной эрозивно-язвенной патологией гастродуоденальной зоны. Данное исследование проведено в соответствии с действующим в настоящее время руководством ICH по доброкачественной клинической практике, согласно правилам GCP (Good Clinical Practice) и Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации по проведению биометрических исследований на людях. Приверженность к медикаментозной терапии (комплаентность) определялась с помощью валидизированного теста Мориски-Грина [7].

Таблица 1.

Комплаентность среди пациентов с ЯБДПК и ЯБДПК в сочетании с эрозиями

| Группы                        | ЯБДПК, n = 142 |                   | ЯБДПК + эрозии, n = 106 |                | Хи-квадрат | p      |
|-------------------------------|----------------|-------------------|-------------------------|----------------|------------|--------|
|                               | абсолют число  | относит. число, % | абсолют число           | относит. число |            |        |
| комплаентные n = (1 группа)   | 26             | 18,9              | 13                      | 12,3           | 1,999      | 0,158  |
| группа риска n = (2 группа)   | 28             | 20,4              | 12                      | 11,3           | 3,612      | 0,58   |
| некомплаентные n = (3 группа) | 83             | 57,1              | 76                      | 71,7           | 5,612      | 0,018* |
| Выбыли из исследования        | 5              | 3,6               | 5                       | 4,7            | 0,173      | 0,678  |

Таблица 2.

Уровень депрессии по шкале депрессии Бека у пациентов с ЯБДПК

| Уровень депрессии | Комплаентность |              |                | Всего | Хи-квадрат | p     |
|-------------------|----------------|--------------|----------------|-------|------------|-------|
|                   | Комплаентные   | Недостаточно | Некомплаентные |       |            |       |
| Нет               | 28 (72 %)      | 21 (52 %)    | 83 (52 %)      | 122   | 23,302     | 0,000 |
| Субдепрессия      | 4 (10 %)       | 19 (48 %)    | 68 (43 %)      | 101   |            |       |
| Умеренный уровень | 7 (18 %)       | 0            | 8 (5 %)        | 15    |            |       |
| Всего             | 39             | 40           | 159            | 238   |            |       |

Таблица 3.

Выраженность депрессивной симптоматики у пациентов с различной комплаентностью

| Диагноз               | комплаентные<br>n = (1 группа) | группа риска,<br>n = (2 группа) | некомплаентные<br>n = (3 группа) | N     | p    |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------|------|
|                       | Среднее ранговое (Mean Rank)   |                                 |                                  |       |      |
| ЯБДПК, n=132          | 63,04                          | 60,93                           | 60,24                            | 0,129 | 0,94 |
| ЯБДПК + эрозии, n=101 | 45,96                          | 43,58                           | 53,03                            | 1,593 | 0,45 |

Таблица 4.

Уровень реактивной тревожности у пациентов с ЯБДПК

| Уровень депрессии | Комплаентность |              |                | Всего | Хи-квадрат | p   |
|-------------------|----------------|--------------|----------------|-------|------------|-----|
|                   | Комплаентные   | Недостаточно | Некомплаентные |       |            |     |
| Высокий           | 26             | 24           | 90             | 140   | 1,337      | 0,5 |
| Умеренный         | 13             | 16           | 69             | 98    |            |     |
| Всего             | 39             | 40           | 156            | 238   |            |     |

В соответствии с результатами пациенты разделялись на 3 группы: комплаентные, некомплаентные лица и пациенты, относящиеся к группе риска. COMPLAENTными считались пациенты набравшие 4 балла, к группе риска относились пациенты, когда-либо пропускавшие приём лекарств, имевшие погрешности во времени их приёма, а также пропускавшие приём препаратов, если чувствовали себя лучше или испытывали ухудшение состояния на фоне приёма лекарственных средств — 3 балла, некомплаентные — 2 балла. Для статистической обработки данных использовали пакет с использованием пакета статистических программ PASWStatistics 18, Excel 2010.

### Результаты исследования

Установлено, что рекомендации по медикаментозному лечению болезней желудочно-кишечного тракта

выполнялись респондентами не всегда. По результатам проведённого тестирования среди обследованных пациентов статистически значимо преобладали некомплаентные больные, вне зависимости от нозологической формы (таблица 1)

Анализируя данные, представленные в таблице, можно сделать вывод, что в группе с эрозиями статистически значимо преобладает часть некомплаентных лиц по сравнению с пациентами без эрозий.

По данным ряда авторов, психическое состояние пациента взаимосвязано с приверженностью к лечению. Наши результаты исследования по изучению уровня депрессии по шкале Бека у мужчин трудоспособного возраста с ЯБДПК представлены в таблице 2.

Анализируя результаты, можно сделать вывод, что среди комплаентных лиц по сравнению с недостаточно комплаентными и некомплаентными статистически значимо меньше лиц с субдепрессией и преобладают люди без депрессии и с умеренным уровнем депрессии.

Для сравнения выраженности депрессивных лиц с различным уровнем комплаентности был применен критерий Краскела-Уоллиса. Из таблицы видно, что выраженность депрессивных нарушений не зависит от комплаентности (таблица 3).

Изучение уровня комплаентности в зависимости от уровня тревожности с помощью шкалы Спилберга — Ю.Л. Ханина продемонстрировало отсутствие статистически значимой разницы. Результаты представлены в таблице 4.

Анализируя результаты, представленные в таблице, можно сделать вывод, что комплаентность не связана с уровнем тревожности.

Обзор международных исследований свидетельствует о более высоком комплаенсе у лиц старшего возраста. Немаловажную роль при выполнении рекомендаций врача играет плохое самочувствие, хорошее материальное положение, наличие социальной поддержки, ситуация в семье, стоимость лечения. В процессе нашего исследования при распределении больных по возрастным категориям сформировалась такая структура: от 20 до 29 (22,6 %), от 30 до 39 (25,8 %), от 40 до 49 (6,5 %), от 50 до 59 (29,0 %) и от 60 до 69 (16,1 %) лет. Полученные результаты свидетельствуют, что важным компонентом выполнения врачебных рекомендаций является возраст пациента. Так нами было установлено, что среди комплаентных пациентов преобладали мужчины в возрасте 50–59 лет. В сравнении с некомплаентными больными реже выявлялись исследованные, которые относились к возрастной категории от 40 до 49 лет. Более приверженные к лечению пациенты в возрасте 50–59 лет. Однако в нашем исследовании мы не обнаружили статистически значимых отличий возраста у пациентов с различным уровнем комплаентности ( $H(2, N=238) = 3.073642, p = 0.2151$ ).

Известно, что такой социальный фактор, как образование значимо влияет на приверженность к лечению. Среди комплаентных больных преобладали лица с высшим образованием (61,3 %), что статистически значимо, чем среди некомплаентных обследованных (36,4 %;  $p = 0,0177$ ). В 32,3 % случаев среди комплаентных выявлялись пациенты со средним и среднеспециальным образованием, что статистически значимо реже, чем среди некомплаентных лиц (58,4 %;  $p = 0,0145$ ). Начальное и неполное среднее образование имели 6,5 % обследованных с высоким уровнем комплаентности.

При исследовании структуры причин, которые нарушают предписания врача среди комплаентных пациентов были установлены такие, как «отсутствие времени» — 60 (31,4 %) и «отсутствие условий для приема» — 58 (30,5 %), как причину нерегулярного приема пациентами предписанных лекарств. Ведущей причиной среди некомплаентных пациентов по отношению к препаратам по лечению хронических заболеваний ЖКТ явилось мнение, что «можно вылечиться без лекарств» — у 156 (44,1 %), а также «забывание» — 142 (40,0 %) респондентов. Фактор невыполнения предписаний врача, как «страх побочных эффектов» встречался у лиц, лечившихся по поводу ЯБДПК — у (18,43 %) респондентов, в сравнении с лицами, принимающих препараты по поводу ЯБДПК в сочетании с эрозиями — у (12,48 %). На финансовые трудности указали каждый пятый мужчина.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о влиянии комплекса факторов на приверженность к медикаментозной терапии — социальных факторов, демографических, а также психологических особенностей мужчин трудоспособного возраста с ЯБДПК и ЯБДПК в сочетании с эрозивными поражениями. При ведении пациентов необходимо учитывать полученные данные, связанные с приверженностью терапии, что позволит достичь главной цели — повышение эффективности лечебных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Парахонский А.П. Исследование приверженности к лечению больных язвенной болезнью и эрозивным гастритом // Успехи современного естествознания. — 2006. — № 10. — С. 54–54.
2. Шуваева Л.Г. Влияние коморбидности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивно-язвенных поражений слизистой гастродуоденальной зоны на функционально-морфологические и психоэмоциональные проявления // Справочник врача общей практики. — 2022. — №6. — С. 45–48.
3. Фирсова, Л.Д. Психологический портрет язвенной болезни / Л.Д. Фирсова. — М.: ООО «Пи-Ар Медиа Групп, 2009. — 120 с.
4. Минаева, О.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / О.В. Минаева, В.Р. Шолохова // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2017 г.). — М.: Буки-Веди, 2017. — С. 48–51.
5. Красникова А.Ю. Психологическая характеристика приверженности лечению у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. 2022. № 01 (66).
6. Волчанский, М.Е. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы / М.Е. Волчанский, В.В. Деларю, В.В. Болучевская // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2012. — № 2(42). — С. 3–5.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67–74.

© Шуваева Лилия Гайсаевна (lgshuvaeva@mail.ru); Биккинина Гузель Минараисовна (bikkinina.ru@mail.ru);

Кильдебекоева Раушания Насгутдиновна (kaf.mpz-mk@yandex.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»