

Н. В. КОРОЧАНСКАЯ¹, В. М. ДУРЛЕШТЕР¹, А. А. СЕРДЮК², М. А. БАСЕНКО²

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Краевая клиническая больница №2, ул. Красных Партизан, 6/2, Краснодар, Россия, 350012.

²Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Краснодарская государственная клиническая больница скорой медицинской помощи, ул. 40 лет Победы, 14, г. Краснодар, Россия, 350072

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценка факторов комплаентности пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, находящихся на диспансерном наблюдении.

Материалы и методы. Обследование и проспективное наблюдение 1896 пациентов с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и 43 человек с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Проведенный анализ подтвердил, что комплаентность больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки зависит от профессиональной занятости пациентов, пола, уровня образования, наличия сопутствующей патологии, отсутствия нежелательных явлений при приеме лекарственных препаратов, установления контакта с пациентом, наличия дезадаптивных типов отношения к болезни.

Заключение. Выявленные взаимосвязи влияния различных факторов на комплаентность следует учитывать при планировании тактики диспансерного наблюдения пациентов как с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, так и после устранения осложнений.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, комплаентность

Для цитирования: Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Сердюк А.А., Басенко М.А. Оценка факторов комплаентности у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(4): 55-60. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-4-55-60

For citation: Korochanskaya N.V., Durlleshter V.M., Serdyuk A.A., Basenko M.A. The assessment of compliance factors in patients with duodenal ulcer complicated by stenosis. *Kubanskiy nauchnyy medicinskiy vestnik*. 2018; 25(4): 55-60. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-4-55-60

N. V. KOROCHANSKAYA¹, V. M. DURLESHTER¹, A. A. SERDYUK², M. A. BASENKO²

ASSESSMENT OF COMPLIANCE FACTORS IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER COMPLICATED BY STENOSIS

¹State budgetary institution health care Region clinic hospital Nr 2 (SBIHC RCH Nr 2), Krasnih partizan str., 6/2, Krasnodar, Russia, 350012.

²Municipal budgetary institution health care Krasnodar city clinic hospital of emergency medical care (MBIHC KCC HEMC), 40 let Pobedi str., 14, Krasnodar, Russia, 350072.

ABSTRACT

Aim. This study was conducted to assess the compliance of patients with duodenal ulcer disease during the dispensary observation.

Materials and methods. We carried out an examination and a prospective observation of 1896 patients with uncomplicated duodenal ulcer and 43 people with sub- and decompensated scar-ulcerative stenosis of the duodenum.

Results. The analysis confirmed that the compliance of patients with duodenal ulcer depends on the professional employment of patients, their gender, the level of education, presence of comorbidity, absence of undesirable effects of the taken medication, contact establishment with the patient, and presence of non-adaptive types of attitude to the disease.

Conclusion. The interaction between different factors affecting the compliance should be taken into account when planning the tactics of dispensary observation of patients with uncomplicated duodenal ulcer and after eliminating the complications as well.

Keywords: duodenal ulcer, compliance

Введение

Несмотря на огромные успехи, достигнутые в диагностике и лечении язвенной болезни после широкого внедрения эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*, в настоящее время распространенность этой патологии, равно как и частота рецидивирования, остаются высокими, а ее осложнения, включая развитие стеноза, остаются ведущими в структуре причин инвалидизации и смертности трудоспособного населения. Увеличение количества пожилых пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью и имеющейся панкреатодуоденальной коморбидностью, рецидивирующее течение, тяжесть осложнений значительно осложняют задачу лечения основного заболевания и требуют оптимизации индивидуализированной терапии и показаний к хирургическому лечению. Устранение этих проблем может осуществляться проведением комплекса персонализированных лечебно-профилактических и организационных мероприятий на этапах оказания медицинской помощи пациентам: догоспитальном, госпитальном, постстационарном.

Цель исследования: оценка факторов комплаентности пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) на этапах диспансерного наблюдения.

Материалы и методы

Нами проводилось обследование и проспективное наблюдение 1896 пациентов с неосложненной ЯБ ДПК и 43 человек с ЯБДПК, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. Возраст пациентов варьировался от 21 до 70 лет. В группу лиц с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом вошли пациенты, которым была проведена оперативное лечение в объеме дуоденопластики по В.И. Оноприеву [1] в условиях ГБУЗ ККБ №2 и МБУЗ КГК БСМП в период с 2007 по 1 полугодие 2014 года.

Диагноз ЯБДПК во всех случаях был подтвержден клинически, эзофагогастродуоденоскопией (ЭФГДС), морфологическим исследованием слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки [2], анализом секреторной функции желудка аспирационно-зондовым методом [2], анализом инфицированности *Helicobacter pylori* [3]. Из 43 пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу стеноза двенадцатиперстной кишки, 17 (39,5%) имели декомпенсированный, а 26 пациентов (60,5%) – субкомпенсированный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки [4]. Период динамического диспансерного наблюдения составил от 6 до 96 месяцев. Оценка отдаленных результатов лечения была основана на данных диспансерного наблюдения пациентов в Специализированном комплексе амбулаторного лечения (СКАЛ) ГБУЗ ККБ№2, предусматривающего: активный вызов через 6 месяцев, 1, 3, 5 и 7 лет, клиническую оценку результатов обследо-

вания с помощью современных лабораторных и инструментальных методов, стандартизованных опросников, проведение индивидуализированных реабилитационных мероприятий.

Комплаентность больных ЯБДПК оценивалась на основании разработанного нами опросника. В опросник включены вопросы о кратности приема пищи и лекарственных препаратов, которые пациент принимает амбулаторно, регулярность приема медикаментов, уточняется кратность и причина обращений за медицинской помощью [5]. На основе полученных данных рассчитывался интегральный показатель комплаентности (ИПК) больных с ЯБДПК. ИПК демонстрирует меру готовности и возможность пациента выполнять врачебные рекомендации – чем больше ИПК, тем выше общая комплаентность и тем больше вероятность того, что наблюдаемый и в будущем будет придерживаться предписаний врача. Степень приверженности лечению оценивалась по индексу использования препарата, то есть результат деления дней приема препарата на время исследования [6]. В качестве метода диагностики типа отношения к болезни нами использовалась методика ТОБОЛ, созданная на базе Института им. В.М.Бехтерева [7, 8]. В качестве метода диагностики уровня депрессии нами использовался опросник Бэка (BDI) [9].

Результаты и обсуждение

На основе полученных данных рассчитывался интегральный показатель комплаентности (ИПК) пациентов с ЯБДПК (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, наиболее комплаентны пациенты с субкомпенсированным рубцово-язвенным стенозом, что, вероятно, связано с осознанием тяжести заболевания. Пациенты с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом отличаются меньшей комплаентностью, что подчеркивает необходимость воздействия на факторы комплаенса при планировании тактики их диспансерного наблюдения.

Нами проведен сопоставительный анализ ИПК больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от их принадлежности к различным клинико-социальным группам. Мы оценивали влияние на ИПК следующих социально-экономических факторов: мужской/женский пол, возраст, наличие или отсутствие высшего образования, проживание в условиях города или сельской местности, профессиональная занятость, количество членов семьи и их доход, материальные траты на лечение, наличие или отсутствиеотягощенного семейного анамнеза по язвенной болезни. Достоверных отличий по полу и уровню образования выявлено не было.

Как видно из таблиц 2 и 3, неработающие пациенты и лица, проживающие в сельской местности, оказались менее комплаентны. Далее нами был проведен сопоставительный анализ количе-

Интегральный показатель комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от течения заболевания

The integral compliance indicator of patients with duodenal ulcer disease depending on the disease course

Критерий, ед.	Пациенты с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки					Пациенты с субкомпенсированным стенозом					Пациенты с декомпенсированным стенозом				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ИПК	25,0	42,4	48,1	50,8	60,1	24,7	44,0	52,2*	55,2	63,3	24,7	43,8	50,0*	54,9	63,0

Примечание: (*) – отмечены достоверные отличия от показателей пациентов с неосложненным течением ЯБДПК, (*) – от показателей пациентов с субкомпенсированным стенозом ДПК ($p < 0,0001$).

Таблица 2 / Table 2

Интегральный показатель комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от профессиональной занятости

The integral compliance indicator of patients with duodenum ulcer disease depending on the professional activities

Критерий, ед.	Работающие (n=1102)					Неработающие (n=794)				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ИПК	28,3	48,0	52,5	55,7	63,3	24,7	39,9	47,6*	50,8	57,6

Примечание: отмечены достоверные отличия от показателей работающих пациентов (*) – $p < 0,0001$.

Таблица 3 / Table 3

Интегральный показатель комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от места проживания

The integral compliance indicator of patients with duodenum ulcer disease depending on the place of living

Критерий, ед.	Город (n=618)					Сельская местность (n=1278)				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
ИПК	44,0	48,1	52,7	57,1	63,3	24,7	40,1	48,5*	52,6	63,0

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

ственных социально-экономических критериев и индекса комплаентности больных, находящихся на диспансерном наблюдении в ГБУЗ ККБ№2 с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, и пациентов с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом после хирургической коррекции.

В ходе исследований (рис. 1) было выявлено, что влияние возраста, количества членов семьи и их доход, наличие в семье пациентов с ЯБДПК на комплаентность более значимо в группе лиц с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом.

В ходе проведенного анализа (рис. 2) не было выявлено значительного влияния длительности течения ЯБДПК на комплаентность больных. С другой стороны, чем длиннее время наблюдения за пациентами с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной

кишки, тем ниже комплаентность ($r = -0,29$; $p < 0,05$). Возможно, это обусловлено уменьшением частоты рецидивов и осложнений.

Далее был проведен анализ комплаентности пациентов в зависимости от наличия сопутствующей соматической патологии. В группу №1 (n=721) вошли больные ЯБ ДПК без других соматических заболеваний, получающие на момент проведения опроса терапию только в связи с ЯБ ДПК. В группу №2 (n=1218) были включены пациенты с соматическими заболеваниями, требующие лекарственной коррекции.

Как видно из таблицы 4, пациенты с хроническими сопутствующими заболеваниями в фазе обострения отличаются более низкой комплаентностью ($p < 0,01$).

Важным фактором, влияющим на комплаентность, является медикаментозная терапия.

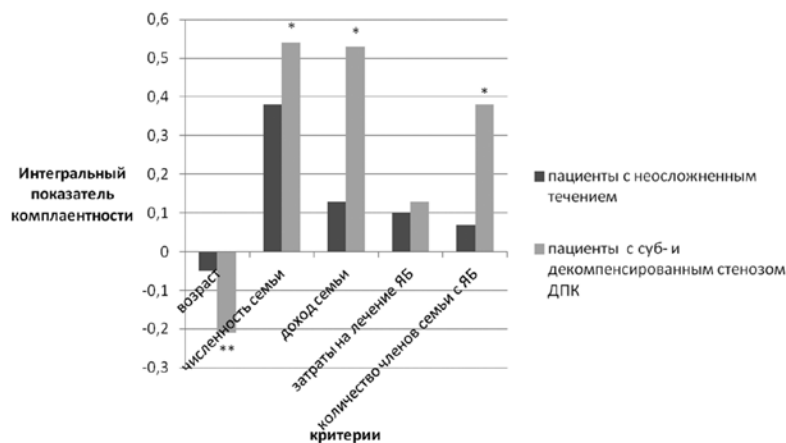


Рис. 1. Корреляционная взаимосвязь количественных социально-экономических критериев и интегрального показателя комплаентности больных с различными вариантами течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

* – $p < 0,0001$, ** – $p < 0,05$.

Fig. 1. Correlative interaction of quantitative socio-economic criteria and the integral compliance indicator of patients with duodenum ulcer disease depending on the different types of the disease course.

* – $p < 0,0001$, ** – $p < 0,05$.

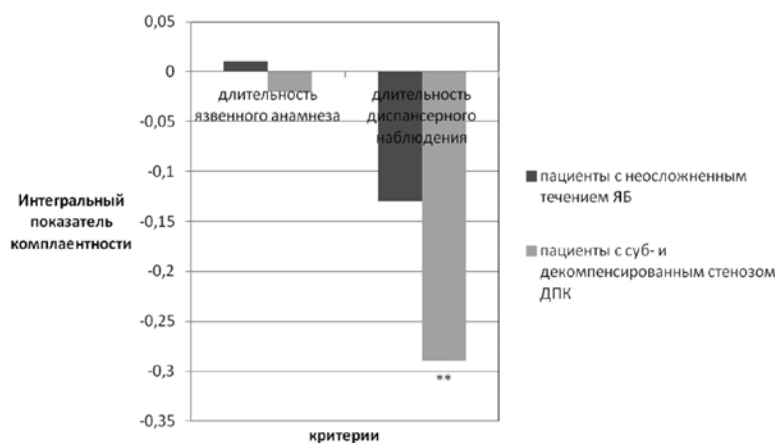


Рис. 2. Корреляционная взаимосвязь количественных показателей течения заболевания и интегрального показателя комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. ** – $p < 0,05$.

Fig. 2. Correlative interaction of quantitative criteria of the disease course and the integral compliance indicator of patients with duodenum ulcer disease. ** – $p < 0,05$.

Основной фактор низкой приверженности – нежелательные эффекты лекарств. В нашей работе показано, что при увеличении количества нежелательных эффектов лекарственных препаратов у пациентов существенно снижается комплаентность ($r = -0,29$; $p < 0,01$).

Далее нами рассмотрены факторы, связанные с доступностью медицинской помощи, количество посещений врача и время, затраченное на одно посещение, объем и доступность сведений о болезни, предоставленных пациенту.

Нами проанализирована взаимосвязь кратности визитов к врачу в течение года и комплаентности больных ЯБДПК. Пациентам было рекомендовано амбулаторное посещение врача-гастроэнтеролога СКАЛ 1 раз в 6 месяцев. Нами оценивалась кратность визитов в процентах от должного. Мы не выявили существенной взаимосвязи между комплаентностью пациентов и кратностью из визитов

к врачу (ИПК у лиц с неосложненным течением ЯБ равен 0,18, а у больных с суб- и декомпенсированным стенозом – 0,26).

Для установления контакта с пациентом важно мотивировать человека к лечению. Для этого требуется наладить межличностные отношения с больным и предоставить ему доступные и полные сведения о его заболевании [16].

Нами оценено влияния типов отношения к болезни (ТОБ) пациентов с ЯБДПК на комплаентность. По типу отношения к болезни пациенты разделены на две группы. Пациенты с адаптивными ТОБ (971 (51,2%) человек) вошли в первую группу. Пациенты с дезадаптивными ТОБ (925 (48,8%) человек) сформировали вторую группу. Мы провели сравнение критериев комплаентности в зависимости от ТОБ (табл. 5). Из данных, представленных в таблице 5, видно, что пациенты с дезадаптивными ТОБ менее комплаентны.

Интегральный показатель комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от наличия сопутствующей соматической патологии

The integral compliance indicator of patients with duodenum ulcer disease depending on the presence of the accompanying somatic pathology

Критерий	Сопутствующая соматическая патология отсутствует или в стойкой ремиссии (n=721)					Сопутствующая соматическая патология, требующая курсового лечения (n=1218)				
	Min	VO,25	Me	VO,75	Max	Min	VO,25	Me	VO,75	Max
ИПК	24,7	47,6	51,4	54,9	63,3	25,0	42,4	48,1*	50,8	60,1

Примечание: достоверные отличия от показателя больных без сопутствующей патологии (*) – $p < 0,01$.

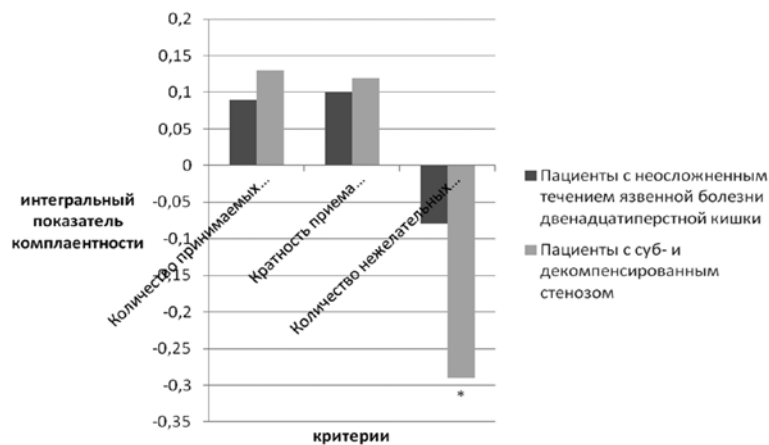


Рис. 3. Корреляционная взаимосвязь интегрального показателя комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и количественных критериев медикаментозной терапии. (*) – $p < 0,01$.

Fig. 3. Correlative interaction of the integral compliancy indicator and quantative criteria of drug treatment of patients with duodenum ulcer disease. (*) – $p < 0,01$.

Корреляционная взаимосвязь (p) интегрального показателя комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по типам отношения к болезни

The integral compliance indicator of patients with duodenum ulcer disease depending on the type of attitude to the disease

Критерий, ед.	Адаптивные ТОБ (n=971)					Дезадаптивные ТОБ (n=925)				
	Min	VO,25	Me	VO,75	Max	Min	VO,25	Me	VO,75	Max
ИПК	24,7	44,0	52,2	55,2	63,3	25,0	42,7	46,6**	50,6	60,1

Примечание: отмечены достоверные отличия от пациентов с адаптивными ТОБ (**) – $p < 0,05$.

С целью изучения влияния депрессии на комплаентность пациентов было обследовано 1939 пациентов с ЯБДПК. Среди наблюдаемых больных проявления депрессии на доклиническом уровне были выявлены у 12 пациентов, минимальные клинические проявления депрессии – у 23 человек, умеренные проявления депрессии – у 21 больного.

Проведенный анализ выявил достоверную ($p < 0,01$) отрицательную корреляционную связь между тяжестью депрессии и комплаентностью пациентов, что свидетельствует о значительном

влиянии эмоционального статуса больных на выполнение ими врачебных рекомендаций в обеих группах.

Далее нами оценена взаимосвязь комплаентности и эффективности эрадикационной терапии у пациентов с ЯБДПК. Проведенный корреляционный анализ ($p < 0,001$) продемонстрировал, что комплаентность пациентов оказывает большее влияние на эффективность эрадикационных схем второй линии ($r = 0,78$, $p < 0,001$), чем первой ($r = 0,53$, $p < 0,001$).

Заключение

Проведенный анализ подтвердил, что комплаентность больных ЯБ ДПК зависит от трудовой занятости, уровня образования, наличия сопутствующей патологии, отсутствия нежелательных явлений при приеме лекарственных препаратов, установления контакта с пациентом, наличия деадаптивных типов отношения к болезни. Выявленные взаимосвязи следует учитывать при планировании тактики диспансерного наблюдения пациентов как с неосложненным течением заболевания, так и после устранения осложнений.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Оноприев В.И., Генрих С.Р., Мануйлов А.М., Дурлештер В.М. Радикальная дуоденопластика в лечении осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. *Труды Республиканского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии*. Краснодар; 2002. 384-423. [Onopriev V.I., Genrich S.R., Manuilov A.M., Durlshter V.M. Radical duodenoplasty in treatment of the complicated forms of ulcer of a duodenum. *Works of the republican center of functional surgical gastroenterology*. Krasnodar; 2002. 384-423. (In Russ.)].
2. Циммерман Я.С. Современные методы исследования функций желудка и их диагностические возможности. *РЖГГК*. 2011; 21(5): 4-16. [Zimmerman Ya.S. Up-to-date methods of stomach functions investigation and their diagnostic potentials. *The Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2011; 21(5): 4-16. (In Russ., English abstract)].
3. Исаков В.А. *Диагностика и лечение инфекции, вызванной Helicobacter pylori: IV Маастрихтское соглашение. Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции H. pylori – Маастрихт IV (Флоренция)*. Best Clinical Practice. Русское издание. 2012. Вып. 2. [Isakov V. A. *Diagnostics and treatment of infection caused by Helicobacter pylori: IV Maastricht agreement. New recommendations about diagnostics and treatment of infection caused by Helicobacter pylori: IV Maastricht (Florence)*. Best Clinical Practice. Russian edition. 2012. Edition 2. 4-23. (In Russ., English abstract)].
4. Дурлештер В.М. *Декомпенсированный рубцово-язвенный*

стеноз двенадцатиперстной кишки. Вопросы диагностики, тактики, хирургического лечения. В кн.: Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К. *Актуальные проблемы химии, биологии и медицины*. Красноярск (Научно-инновационный центр), 2011. 74-91. [Durlshter V.M. *Dekompensirovanny cicatricial and ulcer stenosis of a duodenum. Questions of diagnostics, tactics, surgical treatment*. In: Durlshter V.M., Didigov M.T., Karipidi G.K. *Current problems of chemistry, biology and medicine*. Krasnoyarsk (Scientific and innovative center), 2011. 74-91. (In Russ.)].

5. Корочанская Н.В., Сердюк А.А. Опросник «Индекс комплаентности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки». *Вестник муниципального здравоохранения*. 2015; 6. [Электронный ресурс] – 12 с. Режим доступа: www.vestnik.kmlido.ru. [Korochanskaya N.V., Serdyuk A.A. The questionnaire "The index of compliance at ulcer of duodenum". *Messenger of municipal health care*. 2015; 6. [Digital resource] – 12 p. Access mode: www.vestnik.kmlido.ru. (In Russ., English abstract)].

6. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. *Артериальная гипертензия*. 2004; 10(3): 137-143. [Konradi A.O., Polunicheva E.V. Insufficient commitment to treatment of arterial hypertension: reasons and ways of correction. *Arterial hypertension*. 2004; 10(3): 137-143. (In Russ.)].

7. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А., Трауготт Н.Н. *Стандартизованный набор диагностических нейропсихологических методик: Методические рекомендации*. Л., 1987. [Vasserman L.I., Dorofeeva S.A., Meersson Ya.A., Traugott N.N. *The standardized set of diagnostic neuropsychological techniques: Methodical recommendations*. L., 1987. (In Russ.)].

8. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*. Л.: Медицина; 1983. 312 с. [Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M. *Methods of psychological diagnosis and correction in the clinic*. L.: Medicina; 1983. 312 p. (In Russ.)].

9. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun; 4: 561-71.

Поступила / Received 20.06.2018.

Принята в печать / Accepted 29.07.2018.

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: Сердюк Анна Андреевна, тел.: +7 (918) 369-58-97; e-mail: xapzyann@list.ru;
Россия, 350038, г. Краснодар, ул. Табачная 1/1, корп. 2, кв. 105.

Corresponding author: Anna A. Serdyuk, tel.: +7 (918) 369-58-97; e-mail: xapzyann@list.ru;
1/1, Tabachnaya str., building 2, apt. 105, Krasnodar, Russia, 350038.