

Получена: 02 Декабря 2024 / Принята: 10 Апреля 2025 / Опубликовано online: 30 Апреля 2025

DOI 10.34689/SH.2024.27.2.003

УДК 616.37-002-003-93



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution 4.0
International License

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Аскар Ж. Ахметов¹, <https://orcid.org/0000-0001-9241-5294>

Толкын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Мейрбек Ж. Аймагамбетов¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Назарбек Б. Омаров¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Асель Ж. Байбусинова¹, <http://orcid.org/0000-0003-3447-6245>

Гульяш А. Танышева², <https://orcid.org/0000-0001-9531-5950>

Алдияр Е. Масалов¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Саматбек Т. Абдрахманов¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Медет Э. Әуенов¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

Введение. Приверженность к лечению больных играет важную роль в достижении эффективных результатов лечения при хроническом панкреатите. Низкая приверженность к лечению пациентов, значительно снижает эффективность проведенной терапии, что приводит к росту данной патологии и смертности.

Цель. Изучить особенности приверженности к лечению больных с хроническим панкреатитом в зависимости от их медико – социальной характеристики.

Материалы и методы: Дизайн исследования – одномоментное поперечное исследование. Проведено социологическое исследование приверженности к лечению 159 больных с хроническим панкреатитом в период с 2022 по 2023 годы. Исследование проведено на базе Университетского госпиталя НАО «Медицинский университет Семей». Для определения медико – социальной характеристики использованы разработанная анкета для пациентов с панкреатитом, шкала депрессии Бека [11], тест опросник Спилберга [6]. Для изучения приверженности к лечению больных применен стандартизированный опросник «Уровень комплаентности». Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS версии 20.0, результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Больные с хроническим панкреатитом больше всего показали средний уровень общей (40,9%), средне – выраженную социальную (52,2%), невыраженную эмоциональную (43,4%), средне – выраженную поведенческую (52,2%) комплаентность. Низкая общая комплаентность установлено у 32,7% больных. Низкая приверженность к лечению больше характерно мужчинам (51,9%), рабочим (43,2%) и безработным (34,8%), курящим (50,0%), употребляющим алкоголь (70,2%), пациентам, пролеченным амбулаторно 3 и более раза в год (50,0%), не наблюдавшимся у врачей (35,0%). Высокую приверженность к лечению преимущественно показали пациенты старше 60 лет (50,0%), пенсионеры (46,8%), лица, длительностью заболевания 8-10 лет (62,5%).

Выводы. Больным с хроническим панкреатитом характерны средний уровень общей, средне-выраженной социальной, невыраженной эмоциональной, средне-выраженной поведенческой комплаентности. Низкую приверженность к лечению показал каждый третий больной. Принадлежность к мужскому полу, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), статус рабочего, безработица, частое амбулаторное лечение (из-за частых обострений заболевания), отсутствие наблюдения у врачей способствуют низкой приверженности к лечению.

Ключевые слова: хронический панкреатит, приверженность к лечению, медицинские и социальные факторы.

Для цитирования: Ахметов А.Ж., Булегенов Т.А., Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Байбусинова А.Ж., Танышева Г.А., Масалов А.Е., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә. Медико – социальные особенности приверженности к лечению больных с хроническим панкреатитом // Наука и Здоровоохранение. 2025. Vol.27 (2), С.21-30. doi 10.34689/SH.2024.27.2.003

Abstract

MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF ADHERENCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Askar Zh. Akhmetov¹, <https://orcid.org/0000-0001-9241-5294>

Tolkyn A. Bulegenov¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Meirbek Zh. Aimagambetov¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Nazarbek B. Omarov¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Assel Zh. Baibussinova¹, <http://orcid.org/0000-0003-3447-6245>

Gulyash A. Tanysheva¹, <https://orcid.org/0000-0001-9531-5950>

Aldiyar E. Masalov¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Samatbek T. Abdrakhmanov¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Medet A. Auenov¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

¹ NCJSC «Semey Medical University», Semey, Republic of Kazakhstan.

Introduction. Adherence to treatment of patients plays an important role in achieving effective treatment results in chronic pancreatitis. Low adherence to treatment of patients significantly reduces the effectiveness of the therapy, which leads to an increase in this pathology and mortality.

Purpose of the study. To study the characteristics of adherence to treatment of patients with chronic pancreatitis depending on their medical and social characteristics.

Materials and methods: The design of the study is a one-step cross-sectional study. A sociological study of treatment adherence in 159 patients with chronic pancreatitis was conducted in the period from 2022 to 2023. The study was conducted on the basis of the University Hospital of the NAO "Semey Medical University". To determine the medical and social characteristics, the developed questionnaire for patients with pancreatitis, the Beck depression scale [11], and the Spielberg questionnaire test [6] were used. A standardized Compliance Level questionnaire was used to study patients' adherence to treatment. The statistical analysis was performed using the SPSS version 20.0 program, the results were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. Patients with chronic pancreatitis showed the highest level of average general (40.9%), moderate social (52.2%), unexpressed emotional (43.4%), moderate behavioral (52.2%) compliance. Low overall compliance was found in 32.7% of patients. Low adherence to treatment is more typical for men (51.9%), workers (43.2%) and the unemployed (34.8%), smokers (50.0%), alcohol drinkers (70.2%), patients treated on an outpatient basis 3 or more times a year (50.0%), who have not been seen by doctors (35.0%). Patients over 60 years of age (50.0%), pensioners (46.8%), and people with a disease duration of 8-10 years (62.5%) showed high adherence to treatment.

Conclusions. Patients with chronic pancreatitis are characterized by an average level of general, moderate social, unexpressed emotional, moderate behavioral compliance. One in three patients showed low adherence to treatment. Being male, bad habits (smoking, alcohol consumption), working status, unemployment, frequent outpatient treatment (due to frequent exacerbations of the disease), and lack of medical supervision contribute to low adherence to treatment.

Keywords: chronic pancreatitis, adherence to treatment, medical and social factors.

For citation: Akhmetov A.Zh., Bulegenov T.A., Aimagambetov M.Zh., Omarov N.B., Baibussinova A.Zh., Tanysheva G.A., Masalov A.E., Abdrakhmanov S.T., Auenov M.A. Medical and social features of adherence to treatment of patients with chronic pancreatitis // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2025. Vol.27 (2), pp. 21-30. doi 10.34689/SH.2024.27.2.003

Түйіндеме

СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕУГЕ БЕЙІМДІЛІГІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Асқар Ж. Ахметов¹, <https://orcid.org/0000-0001-9241-5294>

Толқын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Мейірбек Ж. Аймағамбетов¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Назарбек Б. Омаров¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Асель Ж. Байбусинова¹, <http://orcid.org/0000-0003-3447-6245>

Гульях А. Танышева¹, <https://orcid.org/0000-0001-9531-5950>

Алдияр Е. Масалов¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Саматбек Т. Абдрахманов¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Медет Ә. Әуенов¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

¹ «Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Кіріспе. Созылмалы панкреатитті емдеуде тиімді нәтижелерге қол жеткізуде пациенттің емдеуге бейімділігі маңызды рөл атқарады. Пациенттердің емдеуге бейімділігінің төмен болуы жүргізілген терапияның тиімділігін айтарлықтай төмендетіп, аурудың және өлім көрсеткішінің өсуіне әкеледі.

Зерттеу мақсаты. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастардың емдеуге бейімділігі ерекшеліктерін олардың медициналық-әлеуметтік сипаттамаларына байланысты зерттеу.

Зерттеу материалы және әдістері. Зерттеу дизайны - бір сәттік көлденең зерттеу. 2022-2023 жылдар аралығында созылмалы панкреатитпен ауыратын 159 науқастардың емдеуге бейімділігіне байланысты социологиялық зерттеу жүргізілді. Зерттеу "Семей медицина университеті" КеАҚ университеттік госпиталінің базасында жүргізілді. Медициналық - әлеуметтік аспектілерді анықтау үшін панкреатитпен ауыратын науқастарға арналған сауалнама, Бек бойынша депрессия шкаласы [11], Спилберг тесті қолданылды [6]. Науқастарды емдеуге бейімділікті зерттеу үшін "Комплаенттілік деңгейі" стандартталған сауалнамасы қолданылды Статистикалық талдау SPSS 20.0 нұсқасын қолдана жүргізілді, нәтижелер $p < 0.05$ кезінде статистикалық маңызды болып саналды.

Нәтижелері. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастар жалпы орташа деңгейлі (40,9%), орташа әлеуметтік (52,2%), айқын емес эмоционалды (43,4%), орташа айқын мінез – құлықтық (52,2%) комплаенттілік көрсетті. Науқастардың 32,7% - ның жалпы комплаенттілігі төмен. Емдеуге бейімділіктің төмен деңгейі еркектерге (51,9%), жұмысшыларға (43,2%) және жұмыссыздарға (34,8%), темекі шегетіндерге (50,0%), алкогольді ішетіндерге (70,2%), амбулаторлы жылына 3 және одан да көп рет емделгендерге (50,0%), дәрігерлер бақылауында болмағандарға (35,0%) тән. Емдеуге бейімділіктің жоғары деңгейін негізінен 60 жастан асқан пациенттер (50,0%), зейнеткерлер (46,8%), 8-10 жыл (62,5%) ауыратын науқастар көрсетті.

Қорытынды: Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастарға жалпы орташа деңгейлі, орташа әлеуметтік, айқын емес эмоционалды, орташа айқын мінез-құлық комплаенттілік тән. Әрбір үшінші науқас емдеуге бейімділіктің төмен деңгейін көрсетті. Еркектерге тиесілі болу, кері қылықтар (темекі шегу, алкогольді ішу), жұмысшы мәртебесі, жұмыссыздық, жиі амбулаториялық емделу (арудың жиі өршуіне байланысты), дәрігер бақылауында болмау емдеуге бейімділіктің төмендеуіне ықпал етеді.

Түйінді сөздер: созылмалы панкреатит, емдеуге бейімділік, медициналық және әлеуметтік факторлар.

Дәйексөз үшін:

Ахметов А.Ж., Булегенов Т.А., Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Байбусинова А.Ж., Танышева Г.А., Масалов А.Е., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә. Созылмалы панкреатитпен ауыратын науқастардың емдеуге бейімділігінің медициналық-әлеуметтік ерекшеліктері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2025. Vol.27 (2), Б. 21-30. doi 10.34689/SH.2024.27.2.003

Введение

В достижении терапевтического результата при хронических заболеваниях важную роль занимает приверженность к лечению больных [8]. Среди факторов риска развития осложнений, повышения затрат на лечение, снижающих результативность лечения, ухудшения прогноза заболевания ведущее место занимает низкая приверженность к лечению больных [10]. Приверженность к лечению больных играет важную и ключевую роль в достижении эффективных результатов проведенной терапии и при хроническом панкреатите (ХП). Прогрессирующее течение заболевания требует длительного, иногда пожизненного лечения, включая лекарственные препараты, диетотерапию и изменение образа жизни. При этом именно взаимосвязь врача и пациента, своевременное выполнение рекомендации являются основными условиями в достижении положительных результатов лечения и реабилитации. Низкая приверженность к лечению пациентов, значительно снижает эффективность проведенной терапии, что приводит к росту данной патологии и смертности [2].

Цель исследования: Изучить особенности приверженности к лечению больных с хроническим панкреатитом в зависимости от их медико – социальной характеристики.

Материал и методы исследования.

Дизайн исследования: одномоментное поперечное исследование.

Нами проведено социологическое исследование приверженности к лечению 159 больных с ХП в период с 2022 по 2023 годы. Исследование проведено на базе Университетского госпиталя НАО «Медицинский

университет Семей». Тема и инструменты для проведения исследования были одобрены этическим комитетом НАО «МУС», протокол №4 от 20.12.2021г. Перед проведением исследования от всех пациентов получено информированное согласие. Для определения медико – социальной характеристики больных использованы разработанная анкета для пациентов с панкреатитом, шкала депрессии Бека [11], тест опросник Спилберга [6]. Для изучения приверженности к лечению больных применен стандартизированный опросник «Уровень комплаентности» [4]. Опросник «Уровень комплаентности» ориентирован на выявление общей, социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности и состоит из 66 вопросов. После заполнения респондентами подсчитываются баллы по каждому виду комплаентности: положительный ответ – 2, отрицательный – 0, неопределенный – 1 балл. Интерпретация результатов: от 0 до 15 – не выраженная; от 16 до 29 баллов - средне-выраженная; от 30 до 40 баллов – значительно выраженная комплаентность. Общая комплаентность (сумма всех показателей): 0 - 40 – низкий, 41 - 80 – средний, 81 - 120 – высокий уровень.

Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS версии 20.0, результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Нормальность распределения групп проверялся по критерий Колмогорова-Смирнова. Определяли среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку ($\pm m$), стандартное отклонение (SD). Для количественных переменных использован Хи – квадрат Пирсона.

Результаты исследования

Среди опрошенных большинство было женщинами (83,0%), лица старше 40 лет (77,9%), горожане (68,6%).

Средний возраст больных составил 53±17,3 лет. Больше всего было пенсионеров (29,5%), служащих (28,3%), рабочих (23,3%). По уровню образования преобладали лица с среднее - специальным (43,4%), высшим образованием (35,8 %). Каждый третий респондент пьющий - 29,6 %. У большинства пациентов низкая физическая активность (78,0%). По семейному положению многие были женатыми (замужем)–80,5%. Различного уровня депрессия выявлено у 24,5%, тревожность у 100,0% больных. Больше половины больных не получали амбулаторного лечения (61,0%). Преобладали болеющие до 1 года (38,4%) и 4-7 лет (27,7%). Наблюдались у врачей поликлиники только 35,2% пациента.

Среди респондентов больше всего установлено средний уровень общей комплаентности (40,9%). Каждый третий пациент показал низкий уровень комплаентности (32,7%). Большинству опрошенных характерно средне – выраженный уровень социальной (52,2%), невыраженный уровень эмоциональной (43,4%), средне – выраженный уровень поведенческой (52,2%) комплаентности (таблица 1).

При изучении комплаентности в зависимости от возраста установлено, что возрастным группам 21 - 60 лет в большинстве случаев характерно средний уровень, а для лиц старше 60 лет – высокий уровень (p=0,007) (таблица 2).

Таблица 1.

Уровни комплаентности пациентов с хроническим панкреатитом I (Table 1. Compliance levels in patients with chronic pancreatitis).

Вид комплаентности	Уровни комплаентности		
	Низкий	Средний	Высокий
Общая комплаентность	52 (32,7%)	65 (40,9%)	42 (26,4%)
Социальная комплаентность	54 (34%)	83 (52,2%)	22 (13,8%)
Эмоциональная комплаентность	69 (43,4%)	47 (29,6%)	43 (27%)
Поведенческая комплаентность	15 (9,4%)	119 (74,8%)	25 (15,7%)

Таблица 2.

Комплаентность больных с ХП в зависимости от медицинских факторов I

(Table 2. Compliance of patients with CP depending on social factors).

Общие показатели	Уровень комплаентности (%)		
	низкий	средний	высокий
Возраст			
21- 30 лет	22,2	66,7	11,1
31-40 лет	42,3	46,2	11,5
41-50 лет	37,5	40,6	21,9
51-60 лет	37,0	45,7	17,4
Старше 60 лет	21,7	28,3	50,0
X2, p	X2-21,226, p=0,007		
Пол			
Мужчины	51,9	33,3	14,8
Женщины	28,8	42,4	28,8
X2, p	X2-5,756, p=0,056		
Место проживания			
Город	27,5	41,3	31,2
Село	44,0	40,0	16,0
X2, p	X2-5,854, p=0,054		
Образование			
Среднее	33,3	33,3	33,3
Среднее специальное	29,0	49,3	21,7
Высшее	38,6	31,6	29,8
X2, p	X2-9,418, p=0,151		
Социальное положение			
Рабочий	43,2	51,4	5,4
Служащий	27,7	47,5	20,0
Пенсионер	27,7	25,5	46,8
Безработный	34,8	43,5	21,7
Инвалид	14,3	57,1	28,6
X2, p	X2-28,137, p=0,005		
Семейное положение			
Женат (замужем)	32,8	41,4	25,8
Не женат (не замужем)	32,3	38,7	29,0
X2, p	X2-2,267, p=0,322		
Курение			
Курит	50,0	25,0	25,0

Не курит	31,3	42,2	26,5
X2, p	X2-1,998, p=0,368		
Спиртные напитки			
Употребляет	70,2	25,5	4,3
Не употребляет	17,0	47,3	35,7
X2, p	X2-44.952, p=0,001		

Среди больных возрастных групп 31-40, 41-50 и 51-60 лет в 42,3%, 37,5% и 37,0% соответственно, установлено низкий уровень комплаентности. У мужчин преобладали лица с низким (51,9%), а у женщин – средним уровнем (42,4%) комплаентности. По месту проживания как среди городских, так и среди сельских жителей в большинстве случаев установлено средний уровень комплаентности (41,3% и 40,0%, соответственно). По уровням образования статистически значимых различий комплаентности не выявлено. Однако, среди лиц с высшим образованием больше всего установлено низкий уровень приверженности (38,6%) по сравнению респондентами со средним и средне – специальным уровнем образования (33,3% и 29,0%, соответственно). По социальному статусу рабочие, служащие и лица с инвалидностью в большинстве случаев показали средний уровень комплаентности (51,4%, 47,5% и 57,1%, соответственно). Среди пенсионеров преобладали лица высоким уровнем приверженности (46,8%). В

месте с тем, низкий уровень комплаентности отмечены у более трети рабочих и безработных (43,2% и 34,8% соответственно, $p<0,005$). По семейному положению среди опрошенных статистически значимых различий не выявлено. Как женатые (замужние), так и не женатые (не замужние), показали средний уровень комплаентности (41,4% и 38,7%, соответственно).

Среди курящих в большинстве наблюдений отмечено низкий уровень (50,0%), а среди не курящих – средний уровень (42,2%) приверженности. Лица, употребляющие спиртные напитки, в большинстве случаев показали низкий уровень -70,2%, по сравнению непьющими – 17,0%. Для последних более характерно средний и высокий уровни комплаентности (47,3 и 35,7%, соответственно, $p<0,001$).

Нами изучено уровни комплаентности в зависимости от медицинских факторов, таких как длительность заболевания, кратность амбулаторного лечения в год, наблюдение врачей, наличие и степени депрессии и тревожности (таблица 3).

Таблица 3.

Комплаентность больных с ХП в зависимости от медицинских факторов /

(Table 3. Compliance of patients with CP depending on medical factors)

	Показатели	Уровень комплаентности (%)		
		низкий	средний	высокий
Амбулаторное лечение по поводу ХП	1 раз в год	32,6	46,5	20,9
	2 раза в год.	23,1	46,2	30,8
	3 раза в год	50,0	16,7	33,3
	Не проводилось	33,0	39,2	27,8
	X2, p	X2-3,037, p=0,804		
Длительность ХП	До 1 года	29,5	49,2	21,3
	1-3 года	31,4	37,1	31,4
	4-7 лет	43,2	36,4	20,5
	8-10 лет	25,0	12,5	62,5
	Больше 10 лет	18,2	45,5	36,4
	X2, p	X2-11,421, p=0,179		
Наблюдение по поводу ХП	Да	28,6	46,4	25,0
	Нет	35,0	37,9	27,2
	X2, p	X2-1,168, p=0,558		
Депрессия	Нет	35,5	40,3	24,2
	Легкая депрессия	31,0	44,8	24,1
	Умеренная депрессия	31,8	27,3	40,9
	Выраженная депрессия	25,0	50,0	25,0
	X2, p	X2-6,089, p=0,637		
Реактивная тревожность	Низкий	36,4	32,5	31,6
	Умеренный	50,0	43,8	33,3
	Высокий	13,6	23,8	35,1
	X2, p	X2-4,714, p=0,318		
Личностная тревожность	Низкий	34,0	32,1	32,7
	Умеренный	38,0	42,2	40,9
	Высокий	28,0	25,7	26,4
	X2, p	X2-0,099, p=0,952		

Пациенты, пролеченные амбулаторно 3 и более раза в год оказались наименее приверженными к лечению (50,0%). Лица, длительностью заболевания 8-10 лет в большинстве случаев (62,5%) показали высокий уровень приверженности. Среди опрошенных длительностью заболевания до 1 года и более 10 лет преимущественно установлено средний уровень приверженности (49,2% и 45,5% соответственно). Наблюдение у врачей по поводу ХП не оказало значимого влияния на уровень приверженности. Но следует подчеркнуть, что среди лиц, наблюдавшихся у врачей в большинстве случаев выявлено средний уровень приверженности (46,4%), а у лиц, не наблюдавшихся - низкий уровень приверженности (35,0%). Статистически значимых различий среди

респондентов по уровням комплаентности в зависимости от уровня депрессии и тревожности не выявлено.

При изучении социальной комплаентности по всем возрастным категориям в большинстве наблюдений установлено средне-выраженный уровень (47,8 – 66,7%). Как у мужчин, так и у женщин чаще выявлено средне-выраженная социальная комплаентность (51,9% и 52,3%, соответственно). Однако у мужчин невыраженная социальная комплаентность было больше, чем у женщин (48,1% и 31,1%, соответственно, $p=0,007$). Для горожан больше характерно средне-выраженная (55,0%), а для сельчан - невыраженная социальная комплаентность (46,0%) (таблица 4).

Таблица 4.

Социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентности больных с ХП в зависимости от социальных факторов (%) / (Table 4. Social, emotional and behavioral compliance of patients with CP depending on social factors (%)).

Общие показатели	Социальная комплаентность			Эмоциональная комплаентность			Поведенческая комплаентность		
	1*	2*	3*	1*	2*	3*	1*	2*	3*
Возраст									
21- 30 лет	22,2	66,7	11,1	44,4	44,4	11,1	11,1	88,9	0,0
31-40 лет	42,3	50,0	6,2	69,2	19,2	11,5	11,5	84,6	3,8
41-50 лет	37,5	56,2	6,2	50,0	25,0	25,0	6,2	75,0	18,8
51-60 лет	39,1	47,8	13,0	37,0	45,7	17,4	13,0	78,3	8,7
Старше 60 лет	23,9	52,2	23,9	30,4	19,6	50,0	6,5	63,0	30,4
X2, p	X2-8,885, p=0,352			X2-27,72, p=0,001			X2-14,75, p=0,064		
Пол									
Мужчины	48,1	51,9	0,0	59,3	25,9	14,8	11,1	74,1	14,8
Женщины	31,1	52,3	16,7	40,2	30,3	29,5	9,1	75,0	15,9
X2, p	X2-6,428, p=0,007			X2-3,830, p=0,147			X2-0,117, p=0,943		
Место жительства									
Город	28,4	55,0	16,5	39,4	28,4	32,1	8,3	73,4	18,3
Село	46,0	46,0	8,0	52,0	32,0	16,0	12,0	78,0	10,0
X2, p	X2-5,445, p=0,066			X2-4,681, p=0,096			X2-2,126, p=0,345		
Образование									
Среднее	30,0	46,7	23,3	40,0	23,3	36,7	6,7	70,0	23,3
Среднее специальное	33,3	56,5	10,1	50,7	27,5	21,7	14,5	73,9	11,6
Высшее	38,6	47,4	14,0	35,1	35,1	29,8	5,3	77,2	17,5
X2, p	X2-6,569, p=0,281			X2-6,027, p=0,42			X2-6,292, p=0,391		
Социальный статус									
Рабочий	43,2	51,4	5,4	64,9	29,7	5,4	8,1	83,8	8,1
Служащий	32,5	60,0	7,5	37,5	42,5	20,0	7,5	80,0	12,5
Пенсионер	31,9	42,6	25,5	29,8	23,4	46,8	10,6	66,0	23,4
Безработный	34,8	56,5	8,7	47,8	26,1	23,1	17,4	69,6	13,0
Инвалид	14,3	71,4	14,3	42,9	28,6	28,6	0,0	85,7	14,3
X2, p	X2-17,2, p=0,142			X2-29,47, p=0,003			X2-11,27, p=0,506		
Курение									
Курит	50,0	50,0	0,0	50,0	25,0	25,0	8,3	66,7	25,0
Не курит	32,7	52,4	15,0	42,9	29,6	27,0	9,5	75,5	15,0
X2, p	X2-2,791, p=0,248			X2-0,242, p=0,886			X2-0,843, p=0,656		
Спиртные напитки									
Употребляет	70,2	27,7	2,1	63,8	31,9	4,3	10,6	85,1	4,3
Не употребляет	18,8	62,5	18,8	34,8	28,6	36,6	8,9	70,5	20,5
X2, p	X2-40,13, p=0,001			X2-19,36, p=0,001			X2-6,623, p=0,036		
Семейное положение									
Женат (замуж.)	33,6	52,3	14,1	43,0	30,5	26,6	10,9	73,4	15,6
Не женат (не замужем)	35,5	51,6	12,9	45,2	25,8	29,0	3,2	80,6	16,2
X2, p	X2-0,053, p=0,974			X2-0,267, p=0,875			X2-1,75, p=0,417		

Примечание: 1 - невыраженный; 2 – средневыраженный; 3 – значительно выраженный.

По уровню образования статистически значимых различий по социальной комплаентности не было. Вместе с тем у лиц средне-специальным образованием в большинстве случаев выявлено средне-выраженная социальная комплаентность (56,5%) в сравнении лицами со средним и высшим образованиями (46,7% и 47,4% соответственно). По социальному статусу у многих респондентов установлено средне-выраженный уровень социальной комплаентности. Среди курящих пациентов невыраженный уровень отмечено в 50,0%,

тогда как среди некурящих преобладали лица с средне-выраженным уровнем (52,4%). У респондентов, употребляющих спиртные напитки в основном установлено невыраженная социальная комплаентность (72,2%), а среди непьющих в большинстве наблюдений выявлено средне-выраженный уровень (62,5%), $p < 0,001$. Как женатые (замужние), так и не женатые (не замужние) в большинстве случаев показали средне-выраженный уровень социальной комплаентности (52,3% и 51,6%) (таблица 5).

Таблица 5.

Социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность больных с ХП в зависимости от медицинских факторов (%) / (Table 5. Social, emotional and behavioral compliance of patients with CP depending on medical factors (%))

Показатели	Социальная комплаентность			Эмоциональная комплаентность			Поведенческая комплаентность		
	1*	2*	3*	1*	2*	3*	1*	2*	3*
Амбулаторное лечение по поводу ХП									
1 раз в год	32,6	55,8	11,6	53,5	25,6	20,9	9,3	79,1	11,6
2 раза в год	23,1	53,8	23,1	61,5	7,7	30,8	0,0	84,6	15,4
3 раза в год	50,0	16,7	33,3	50,0	16,7	33,3	33,3	66,7	0,0
Не проводилось	35,1	52,6	12,4	36,1	35,1	28,9	9,3	72,2	18,6
X ² , p	X ² -5,288, p=0,507			X ² -7,779, p=0,255			X ² -7,176, p=0,305		
Длительность ХП									
До 1 года	32,8	59,0	8,2	47,5	31,1	21,3	4,9	80,3	14,8
1-3 года	31,4	51,4	17,1	42,9	25,7	31,4	8,6	74,3	17,1
4-7 лет	43,2	45,5	11,4	45,5	31,8	22,7	15,9	70,5	13,6
8-10 лет	25,0	25,0	50,0	25,0	12,5	62,5	0,0	87,5	12,5
Больше 10 лет	18,2	63,6	18,2	27,3	36,4	36,4	18,2	54,5	27,3
X ² , p	X ² -14,11, p=0,079			X ² -8,198, p=0,414			X ² -7,275, p=0,507		
Наблюдение по поводу ХП									
Да	28,6	60,7	10,7	53,6	19,6	26,8	8,9	75,0	16,1
Нет	36,9	47,6	15,5	37,9	35,0	27,2	9,7	74,8	15,5
X ² , p	X ² -2,549, p=0,28			X ² -4,941, p=0,085			X ² -0,03, p=0,985		
Депрессия									
Нет	37,1	53,2	9,7	45,2	29,0	25,8	9,7	72,6	17,7
Легкая депрессия	31,0	53,4	15,5	44,8	31,0	24,1	8,6	79,3	12,1
Умеренная депрессия	31,8	45,5	22,7	36,4	22,7	40,9	13,6	63,6	22,7
Выраженная депрессия	31,2	56,2	12,5	43,8	31,2	25,0	6,2	81,2	12,5
X ² , p	X ² -4,777, p=0,781			X ² -4,922, p=0,766			X ² -3,064, p=0,93		
Реактивная тревожность									
Низкий	36,4	54,5	9,1	59,1	27,3	13,6	13,6	81,8	4,5
Умеренный	33,8	53,8	12,5	43,8	32,5	23,8	7,5	76,2	16,2
Высокий	33,3	49,1	17,5	36,8	26,3	36,8	10,4	70,4	19,2
X ² , p	X ² -1,236, p=0,872			X ² -6,098, p=0,192			X ² -3,357, p=0,5		
Личностная тревожность									
Умеренный	36,0	50,0	14,0	44,0	26,0	30,0	6,0	78,0	16,0
Высокий	33,0	53,2	13,8	43,1	31,2	25,7	11,0	73,4	15,6
X ² , p	X ² -0,158, p=0,924			X ² -0,554, p=0,758			X ² -1,012, p=0,603		

Примечание: 1 - невыраженный; 2 – средне-выраженный; 3 – значительно выраженный.

При исследовании эмоциональной комплаентности в зависимости от возраста, установлено, что респонденты возрастной группы 31-40 и 41-50 лет больше всего показали невыраженный уровень (69,2% и 50,0% соответственно).

Пациенты старше 60 лет в 50,0% наблюдений показали значительно-выраженную эмоциональную комплаентность, $p < 0,001$. Мужчины и женщины чаще показали невыраженную эмоциональную комплаентность (59,3% и 40,2% соответственно).

Среди городских и сельских жителей также в большинстве наблюдений установлено невыраженная эмоциональная комплаентность (39,4% и 52,0% соответственно). По уровню образования значимых различий не было, в большинстве случаев респонденты показали невыраженный уровень эмоциональной комплаентности. Среди рабочих, безработных и инвалидов преобладали лица с невыраженной (64,9%, 47,8%, 42,9% соответственно), а среди служащих – средне-выраженной эмоциональной

комплаентностью (42,5%), $p < 0,003$. У курящих респондентов в половине случаев (50,0%) установлено невыраженная эмоциональная комплаентность. Большинство пьющиеся (63,8%) показали невыраженную эмоциональную комплаентность в сравнении с непьющими (34,8%), $p < 0,001$. Значимых различий между респондентами по семейному положению не выявлено. По поведенческой комплаентности значимых различий по возрастным группам, полу, месту жительства, уровням образования, социальному статусу, семейному положению, курению не установлено. В большинстве наблюдений выявлено средне-выраженный уровень поведенческой комплаентности. Следует отметить, что каждому пятому непьющему (20,5%) присуще значительно-выраженная эмоциональная комплаентность, $p = 0,036$ (таблица 4).

Нами также изучено уровни социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности больных с ХП в зависимости от медицинских факторов, таких как длительность заболевания, кратность амбулаторного лечения по поводу ХП в год, наблюдение врачей, наличие и уровни депрессии и тревожности (таблица 5).

Среди пациентов, пролеченных амбулаторно 3 и более раз в год, преобладали лица невыраженной социальной комплаентностью (50,0%). Пациенты длительностью заболевания до 1 года и более 10 лет больше всего показали средне-выраженную (59,0% и 63,6% соответственно), а длительностью заболевания 8-10 лет – значительно-выраженную социальную комплаентность (50,0%). Респондентам независимо от наблюдения врачей по месту жительства более характерно средне-выраженный уровень социальной комплаентности. Наличие и уровни депрессии и тревожности значимо не повлияло на уровни социальной комплаентности.

Респонденты независимо от данного фактора преимущественно показали средне-выраженный уровень социальной комплаентности. При изучении эмоциональной комплаентности установлено, что независимо от длительности заболевания, кратности амбулаторного лечения в год, наблюдения врачей по месту жительства, наличии депрессии и тревожности, в большинстве наблюдений выявлено невыраженный уровень. По поведенческой комплаентности также не выявлено значимых различий по вышеперечисленным медицинским факторам. Пациенты показали преимущественно средне – выраженный уровень поведенческой комплаентности (54,5 – 87,5%).

Обсуждение результатов.

Больные с ХП в большинстве случаев показали средний уровень общей (40,9%), средне – выраженную социальную (52,2%), невыраженную эмоциональную (43,4%), средне – выраженную поведенческую (52,2%) комплаентность. При этом низкий уровень общей комплаентности установлено у 32,7% больных. Пациентам в возрасте 21 - 60 лет характерно средний, старше 60 лет – высокий уровень, более трети больным возрастными групп 31-60 лет - низкий уровень комплаентности. Среди мужчин преобладали лица с низким (51,9%), а среди женщин – средним уровнем (42,4%) комплаентности. Среди лиц с высшим образованием больше всего установлено низкий уровень приверженности (38,6%). Среди пенсионеров

преобладали лица высоким уровнем приверженности (46,8%). Низкий уровень комплаентности отмечены у более трети рабочих и безработных (43,2% и 34,8% соответственно), $p < 0,005$. Курящие и пьющие в большинстве случаев показали низкий уровень - 50,0% и 70,2%, соответственно. Пациенты, пролеченные амбулаторно 3 и более раз в год оказались наименее приверженными к лечению (50,0%). Лица длительностью заболевания 8-10 лет в большинстве случаев (62,5%) показали высокий уровень приверженности. Больные, наблюдавшиеся у врачей, в большинстве случаев показали средний уровень (46,4%), а не наблюдавшиеся - низкий уровень (35,0%) приверженности. При изучении социальной комплаентности по всем возрастным категориям в большинстве наблюдений установлено средне-выраженный уровень (47,8 – 66,7%). Невыраженная социальная комплаентность отмечено у 48,1% мужчин по сравнению женщинами – 31,1%, $p < 0,005$. Невыраженная социальная комплаентность установлено у половины (50,0%) курящих и большинства (72,2%) пьющих. По эмоциональной комплаентности больные в возрасте 31-50 лет больше всего показали невыраженный, а половина больных старше 60 лет – значительно-выраженный уровень. Рабочим, безработным и инвалидам больше всего характерно невыраженная (64,9%, 47,8%, 42,9% соответственно), а служащим – средне-выраженная эмоциональная комплаентность (42,5%), $p < 0,003$. Курящим и пьющим присуще невыраженная эмоциональная комплаентность. По поведенческой комплаентности в большинстве наблюдений выявлено средне-выраженный уровень поведенческой комплаентности. Пациентам, пролеченных амбулаторно 3 и более раз в год, больше характерно невыраженная, длительностью заболевания до 1 года и более 10 лет - средне-выраженная, длительностью заболевания 8-10 лет – значительно-выраженная социальная комплаентности. Большинство больных с ХП характерно невыраженный уровень эмоциональной, средне – выраженный уровень поведенческой комплаентности.

По данным *Листишанковой Ю.В.* (2010г.) несвоевременное обращение за медицинской помощи при обострении ХП, нерегулярное и неполное выполнение назначений врачей, включая кратность приема и дозы лекарственных препаратов, лечебной диеты, продолжение курения и приема алкоголя были основными проявлениями у пациентов с низкой приверженности к лечению. Неудовлетворенность результатами лечения и беспокойство по состоянию здоровья могут снизить приверженность к лечению больного. В таком случае больные пытаются на основании субъективных ощущений и полученных информации из доступной литературы, интернета самостоятельно установить диагноз и заняться самолечением. Вместе с тем, отмечается недостаточная осведомленность больных о своем заболевании. «... Приверженность к лечению - это не только строгое следование правилам приема лекарственных препаратов, но и комплекс из знаний, навыков и оценок пациента, которые способствуют максимально эффективному применению терапии. COMPLAINT является частью терапии и наиболее важным элементом, обуславливающим эффективность лечения, а повышение его уровня — актуальная проблема, решение которой позволяет

увеличить эффективность лечения и снизить расходы здравоохранения...» [7].

Губергриц Н.Б. отмечает, что низкая приверженность к лечению больных с ХП была причиной низкой эффективности лечения ферментными препаратами [3].

В своей научной работе *Белякова С.В.* (2019 г.) подтверждает, что из – за низкой приверженности к лечению больные с ХП чаще не получали соответствующего лечение. Только 28,0% больных были полностью приверженными выполнению назначения врача. Каждый пятый больной не знали о необходимости длительного лечения, занимались самолечением. При этом они использовали разные источники информации, сведения из которых не всегда могут быть достоверными. Лишь немногие больные получали информацию о заболевании от врача, а полученная информация зачастую была недостаточной. Это может отрицательно повлиять на адекватность и эффективность лечение. Среди больных с идиопатическим ХП большинство было приверженным, а алкогольным ХП – не приверженным к лечению. Больные, наблюдающиеся у гастроэнтеролога, оказались наиболее приверженными к лечению. Не наблюдающиеся у врачей пациенты были не приверженными к лечению. Поэтому взаимоотношение врача и больного имеет важное значение в эффективности терапии ХП [2].

Акулёнок Е.В. приводит данные опроса пациентов с ХП, большинство которых (43,8%) отметили важность соблюдение диеты в профилактике рецидива заболевания. При этом половина больных соблюдали принципы лечебной диеты, отказались от приема алкоголя. Однако нарушение лечебной диеты, вредные привычки у 43,8% больных с ХП послужили одним из основных причин неполной ремиссии, затяжного периода обострения. Результаты исследования подтверждает тесную взаимосвязь между клиническим течением ХП и качеством жизни, приверженности к поддерживающей терапии больных [1].

Калягин А.Н. с соавторами отмечают, что в ведении больных ХП важное значение имеют школы для больных. Авторами проведено исследование возможности применения гастршкол на 189 больных ХП. «...Проблемно-целевое обучение пациентов с ХП способствует повышению приверженности к лечению, уменьшению выраженности проявлений тревоги и депрессии по шкалам HADS и Цунга, боли, улучшению качества жизни больных. Методика выявления и управления факторами риска на основании научно-обоснованной методики обучения больных в гастршколе для пациентов ХП за счёт улучшения знаний о своём заболевании, путях и методах его коррекции уменьшит риск обострений, госпитализаций и дней нетрудоспособности» [5].

В повышении приверженности к лечению важно обучение больных и максимальное взаимодействия их с врачом. При неверном понимании о болезни, отсутствии контроля со стороны врача, больные могут самостоятельно неверно интерпретировать данные о своем заболевании. На современном этапе, учитывая доступность информации из интернета, именно это и приводят к низкой приверженности, тем самым могут изменить течение болезни [3,9,12].

Выводы

Больным с ХП характерны средний уровень общей, средне-выраженной социальной, невыраженной эмоциональной, средне-выраженной поведенческой комплаентности. Низкую приверженность к лечению показал каждый третий больной. Принадлежность к мужскому полу, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), статус рабочего, безработица, частое амбулаторное лечение (из-за частых обострений заболевания), отсутствие наблюдения у врачей способствуют низкой приверженности к лечению.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Сторонними организациями финансирования не осуществлялось.

Сведения о публикации: Авторы заявляют, что ни один из блоков данной статьи не был опубликован в открытой печати и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. *Акулёнок Е.В.* Корреляция показателей качества жизни и комплаенса пациентов с различными вариациями течения хронического панкреатита. Смоленский медицинский альманах. 2021. №1. С.7-9.
2. *Белякова С.В.* Социально – демографическая и клиническая характеристика больных с хроническим панкреатитом в Московской области. Дисс. канд. мед. наук. – Москва, 2019. – 147 с.
3. *Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М.* Кто виноват в том, что ферментные препараты не всегда достаточно эффективны: врач, пациент или поджелудочная железа? Современная гастроэнтерология (Киев). 2014. №6 (80). С. 81-93.
4. *Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.* Опросник «Уровень комплаентности». – Монография. – Мор.гос.университет, Владивосток: 2014. – 74 с.
5. *Калягин А.Н., Решина И.В.* Современные аспекты ведения больных с хроническими панкреатитами. Сибирский медицинский журнал, 2011, №4. С.143-145.
6. *Карелин А.А.* Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2005. 256с.
7. *Листишенкова Ю.В.* Клинико – прогностические аспекты качества жизни и приверженность к лечению больных с хроническим билиарным панкреатитом. Дисс. канд. мед. наук. – Саратов, 2010. – 146 с.
8. *Лукина Ю.В., Кутышенко Н.П., Марцевич С.Ю.* Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. №13(4). С.519-524.
9. *Ненашева Н.М.* Приверженность лечению больных бронхиальной астмой и возможные стратегии её повышения. Практическая пульмонология. 2014. №4. С. 2-9.
10. *Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В.* Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. Качественная клиническая практика. 2016. № 1. С.50-59.
11. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. 129с.
12. *Чукаева И.И.* Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для её улучшения (на

примере артериальной гипертонии). Лечебное дело. 2012. №2. С. 21-26.

References: [1-12]

1. Akulonok Ye.V. Korrelyatsiya pokazateley kachestva zhizni i komplayensa patsiyentov s razlichnymi variatsiyami techeniya khronicheskogo pankreatita [Correlation of quality of life indicators and compliance of patients with different variations in the course of chronic pancreatitis]. *Smolenskiy meditsinskiy al'manakh* [Smolensk Medical Almanac]. 2021. №1. pp.7-9. [in Russian].

2. Belyakova S.V. Sotsial'no – demograficheskaya i klinicheskaya kharakteristika bol'nykh s khronicheskim pankreatitom v Moskovskoy oblasti [Socio-demographic and clinical characteristics of patients with chronic pancreatitis in the Moscow region]. Diss. kand. med. nauk. – Moskva, 2019. – 147 p. [in Russian].

3. Gubergrits N.B., Lukashevich G.M. Kto vinovat v tom, chto fermentnyye preparaty ne vseгда dostatochno effektivny: vrach, patsiyent ili podzheludochnaya zheleza? [Who is to blame for the fact that enzyme preparations are not always effective enough: the doctor, the patient or the pancreas?]. *Sovremennaya gastroenterologiya (Kiyev)*. [Modern gastroenterology (Kyiv)]. 2014. №6 (80). pp. 81-93. [in Russian].

4. Kadyrov R.V., Asriyan O.B., Koval'chuk S.A. Oprosnik «Uroven' komplayentnosti» [Questionnaire "Level of Compliance"]. Monografiya. Mor.gos.universitet, Vladivostok: 2014. 74 s. [in Russian].

5. Kalyagin A.N., Reshina I.V. Sovremennyye aspekty vedeniya bol'nykh s khronicheskimi pankreatitami [Modern aspects of management of patients with chronic pancreatitis]. *Sibirskii meditsinskii zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2011. № 4. pp.143-145. [in Russian].

6. Karelin A.A. Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov [Large encyclopedia of psychological tests]. - M.: Jeksmo, 2005. 256p. [in Russian].

7. Listishenkova YU.V. *Kliniko – prognosticheskiye aspekty kachestva zhizni i priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh s khronicheskim biliarnym pankreatitom* [Clinical and prognostic aspects of quality of life and adherence to treatment in patients with chronic biliary pancreatitis]. Diss. kand. med. nauk. – Saratov, 2010. 146 p. [in Russian].

8. Lukina YU.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.YU. Problema priverzhennosti v sovremennoy meditsine: vozmozhnosti resheniya, vliyaniye na rezul'tativnost' terapii i iskhody zabolevaniya [The problem of adherence in modern medicine: solutions, impact on therapy effectiveness and disease outcomes]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational pharmacotherapy in cardiology]. 2017. №13(4). pp.519-524. [in Russian].

9. Nenasheva N.M. Priverzhennost' lecheniyu bol'nykh bronkhial'noi astmoi i vozmozhnyye strategii yeyo povysheniya [Adherence to treatment of patients with bronchial asthma and possible strategies for its improvement]. *Prakticheskaya pul'monologiya* [Practical Pulmonology]. 2014. №4. pp. 2-9. [in Russian].

10. Nikolayev N.A., Skirdenko YU.P., Zherebilov V.V. Kolichestvennaya otsenka priverzhennosti k lecheniyu v klinicheskoy meditsine: protokol, protsedura, interpretatsiya [Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [Qualitative clinical practice]. 2016. № 1. pp.50-59. [in Russian].

11. Tarabrina N.V. *Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. - SPb: Piter, 2001. [in Russian].

12. Chukayeva I.I. *Chto takoye priverzhennost' k lecheniyu i chto mozjno sdelat' dlya yeyo uluchsheniya (na primere arterial'noy gipertonii)* [What is adherence to treatment and what can be done to improve it (using arterial hypertension as an example)]. *Lechebnoye delo* [Medical practice]. 2012. №2. pp. 21-26. [in Russian].

Автор-корреспондент:

Ахметов Аскар Жуманович, PhD докторант по специальности 8Д10101 - "Общественное здравоохранение», НАО "Медицинский университет Семей". г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый индекс: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, ул. Абая, д.103.

E-mail: oskar2202@mail.ru

Телефон: +77055276501