

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-134-141>

Низкий уровень приверженности к лекарственной терапии у пациентов гастроэнтерологического профиля

Горбенко А. В., Скирденко Ю. П., Николаев Н. А., Ливзан М. А., Андреев К. А., Федорин М. М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Минздрава 644099, Сибирский Федеральный округ, Омская область, г. Омск, ул. Ленина, 12

Для цитирования: Горбенко А. В., Скирденко Ю. П., Николаев Н. А., Ливзан М. А., Андреев К. А., Федорин М. М. Низкий уровень приверженности к лекарственной терапии у пациентов гастроэнтерологического профиля. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;192(8): 134–141. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-192-8-134-141

✉ Для переписки:

**Горбенко
Александр Васильевич**
prime.dr.alex@gmail.com

Горбенко Александр Васильевич, инспектор управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности

Скирденко Юлия Петровна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии

Николаев Николай Анатольевич, д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, проректор по региональному развитию здравоохранения

Ливзан Мария Анатольевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии, ректор

Андреев Кирилл Андреевич, инспектор управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности

Федорин Максим Михайлович, инспектор управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности

Резюме

Цель исследования. Оценить уровень потенциальной приверженности лечению пациентов с желудочно-кишечными (ЖК) синдромами.

Материал и методы. В открытое исследование, выполненное методом поперечного среза включено 264 респондента, проходивших профилактический осмотр. Для выявления гастроэнтерологических синдромов использовался вопросник Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), который позволяет оценить наличие и интенсивность диарейного, диспепсического, констипационного, рефлюксного синдромов и синдрома абдоминальной боли. В основную группу включены респонденты, у которых по результатам опроса с использованием вопросника GSRS выявлен хотя бы один синдром (от 2 и более баллов) (N=140). В группу сравнения вошли участники исследования без ЖК синдромов (N=124). Уровень приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни оценивался при помощи вопросника количественной оценки приверженности (КОП-25). Результат менее 50% соответствует низкому уровню приверженности, в диапазоне от 50% до 75% — среднему, от 75% и выше — высокому (достаточному) уровню.

Результаты. Абсолютно все респонденты продемонстрировали недостаточный (менее 75%) уровень приверженности как лекарственной терапии, так и медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. Каждый десятый участник исследования при этом имел средний уровень приверженности. 90% пациентов из всех групп показали низкий уровень комплаентности (менее 50%) по всем трем направлениям приверженности лечению.

Заключение. Участники нашего исследования оказались потенциально не готовы к соблюдению лечения, соответствующего оптимальным протоколам, что свидетельствует о необходимости работы с приверженностью как с использованием способов ее повышения, так и с применением пациенториентированных подходов, учитывающих индивидуальный уровень приверженности.

Ключевые слова: Приверженность лечению, комплаентность, модификация образа жизни, лекарственная терапия, гастроэнтерология, диспепсия, диарея, абдоминальная боль, рефлюкс

Источник финансирования: Грант Президента РФ для государственной поддержки ведущих научных школ (НШ-2558.2020.7) (соглашение № 075–15–2020–036 от 17 марта 2020 года). «Разработка технологии здоровьесбережения коморбидного больного гастроэнтерологического профиля на основе контроля приверженности»

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-134-141>



Potential adherence to treatment in gastroenterological patients

A. V. Gorbenko, Yu. P. Skirdenko, N. A. Nikolaev, M. A. Livzan, K. A. Andreev, M. M. Fedorin
Omsk State Medical University, 12, Lenina Str., Omsk, 644099, Russian Federation

For citation: Gorbenko A. V., Skirdenko Yu. P., Nikolaev N. A., Livzan M. A., Andreev K. A., Fedorin M. M. Potential adherence to treatment in gastroenterological patients. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;192(8): 134–141. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-192-8-134-141

Alexander V. Gorbenko, Inspector of the department for regional health development and medical activity;
ORCID: 0000–0001–9703–9371

✉ **Corresponding author:**
Alexander V. Gorbenko
prime.dr.alex@gmail.com

Yuliya P. Skirdenko, PhD, Assistant professor of departments of therapy and gastroenterology; ORCID: 0000–0002–6225–2444

Nikolay A. Nikolaev, MD, professor of departments of therapy and gastroenterology, Vice-rector of medical activity;
ORCID: 0000–0002–3758–4930

Maria A. Livzan, MD, Professor, Head of departments of therapy and gastroenterology, Rector; ORCID: 0000–0002–6581–7017

Kirill A. Andreev, Inspector of the department for regional health development and medical activity; ORCID: 0000–0001–9976–573X

Maxim M. Fedorin, Inspector of the department for regional health development and medical activity; ORCID: 0000–0002–0238–4664

Summary

Objective. To assess the level of potential adherence to treatment in patients with gastrointestinal syndromes.

Material and Methods. The open-label, cross-sectional study included 264 respondents who underwent preventive examinations. To identify gastroenterological syndromes we used Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) questionnaire, which allows assessing the presence and the intensity of diarrheal, dyspeptic, constipation, reflux syndrome and abdominal pain syndrome. The study group includes respondents who, according to the results of the GSRS questionnaire, have at least one syndrome (from 2 or more points) (N = 140). The comparison group included participants without gastrointestinal syndromes (N = 124). The level of adherence was assessed using the Quantitative Adherence Assessment Questionnaire (QAA-25). A score of less than 50% corresponds to a low level of adherence; a score between 50% and 75% corresponds to a medium level of adherence. Of 75% and above is considered to be a high and sufficient level of adherence in the respondent.

Results. Absolutely all respondents demonstrated an insufficient level of adherence to both drug therapy and medical support and lifestyle modifications. One in ten study participants had an medium level of adherence. The other 90% of patients from all groups had a low level of compliance (less than 50%) in all three areas of treatment adherence.

Conclusions. Participants in our study were potentially unprepared for adherence to treatment that is consistent with optimal protocols. This demonstrates the need to work with adherence, both using ways to increase adherence and using patient-centered approaches that take into account the individual level of adherence.

Keywords: Treatment adherence, compliance lifestyle modification, drug therapy, gastroenterology, dyspepsia, diarrhea, abdominal pain, reflux

Funding source: Grant of the President of the Russian Federation for State Support of Leading Scientific Schools (NSh-2558.2020.7) (Agreement No. 075–15–2020–036 of March 17, 2020). "Development of health-preserving technology for a comorbid gastroenterological patient based on adherence control"

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Несмотря на активное развитие медицинской науки, разработка новых методов лечения все реже приводят к революции в ведении пациентов, что свидетельствует об исчерпанности экстенсивного пути развития. По мнению Всемирной организации здравоохранения, мероприятия по

модификации уровня приверженности лечению пациентов превосходят по своей эффективности разработку и внедрение новых методов терапии [1]. В связи с этим изучение вопросов приверженности лечению и способов управления приверженностью становится все более актуальным.

Лечение пациентов с хронической патологией требует внесения изменений в привычный образ жизни и сопровождается длительной терапией, что подчеркивает весомую роль пациентоориентированного подхода в тактике лечения таких больных с учетом их уровня приверженности. Так, в ходе мета-анализа, с включением 21 рандомизированного контролируемого исследования с участием 46847 пациентов с различными хроническими инфекционными заболеваниями, коллеги из Канады выявили значимую связь высокого уровня приверженности с низким уровнем общей смертности [2]. Известно также, что приверженность терапии у лиц с хроническими заболеваниями снижается со временем [3]. При лечении в амбулаторных условиях уровень нонкомплаенса достигает 60% [4].

В свою очередь пациенты с патологией желудочно-кишечного тракта составляют особую группу в популяции лиц, страдающих хроническими заболеваниями. Для них характерны ощутимое снижение качества жизни, длительное течение заболеваний, с постоянным чередованием рецидивов и ремиссий, а также долгосрочная фармако- и диетотерапия [5–8]. Все это создает потребность в достаточном уровне как приверженности лекарственной терапии, так и приверженности модификации образа жизни и медицинскому сопровождению.

В медицинском сообществе активно идет работа по внедрению в рутинную врачебную практику оценки приверженности лечению у пациентов. Так,

в рекомендациях Европейского кардиологического общества по лечению артериальной гипертензии, фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточности, дислипидемии и острого коронарного синдрома имеются блоки, посвященные вопросам приверженности лечению [9–12]. Однако в актуальных рекомендациях Всемирной организации гастроэнтерологов отсутствуют соответствующие разделы. Это дополнительно подчеркивает необходимость пополнения знаний об особенностях приверженности у лиц с гастроэнтерологическими заболеваниями [13–16].

В 2018 году Российским научным медицинским обществом терапевтов (РНМОТ) был предложен принципиально новый взгляд на приверженность лечению [17], при котором терапевтическая стратегия выстраивается под индивидуальный уровень приверженности. Для оценки приверженности предлагается вопросник количественной оценки приверженности (КОП-25), состоящий из 25 вопросов и позволяющий в процентах определить уровень приверженности модификации образа жизни, медицинскому сопровождению и лекарственной терапии. Существует модификация вопросника позволяющая оценить уровень потенциальной приверженности у условно здоровых лиц, лиц с установленным диагнозом [18, 19].

Целью нашего исследования является оценить уровень приверженности пациентов с желудочно-кишечными (ЖК) синдромами.

Материалы и методы

В открытое исследование, выполненное методом поперечного среза включено 264 респондента, проходивших профилактический осмотр на базе клиники ООО Медицинский Лечебно-Диагностический центр «СитиМед» и ЧУЗ «КБ «РЖД-медицина» в городе Омск. Выборка формировалась путем сплошного включения.

Для выявления гастроэнтерологических синдромов использовался вопросник Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), который позволяет оценить наличие диарейного, диспепсического, констипационного, рефлюксного синдромов и синдрома абдоминальной боли. Значение в диапазоне от 2 до 3 баллов является промежуточным и расценивается как наличие исследуемого гастроэнтерологического синдрома у респондента. Результат от 3 до 4 баллов является легким проявлением синдрома. Средняя, высокая и крайне высокая степени проявления выявляемых синдромов определяются в коридоре значений 4–5, 5–6 и 7–8 баллов соответственно [20]. В основную группу включены респонденты, у которых по результату вопросника GSRS выявлен хотя бы один синдром (от 2 и более баллов) (N=140). В группу сравнения вошли участники исследования без выявленных ЖК синдромов (N=124).

Для сравнения приверженности в зависимости от количества ЖК синдромов, мы поделили основную группу следующим образом: пациенты с 1 выявленным синдромом (n=58) и пациенты с 2 и более синдромами (n=82).

Среднее количество баллов среди респондентов из основной группы по вопроснику GSRS $2,5 \pm 0,6$. При анализе уровня приверженности в зависимости от интенсивности выявленных ЖК синдромов, респонденты из основной группы были разделены по каждому синдрому на 2 когорты: результатом по вопроснику GSRS в диапазоне от 2 до 3 баллов и от 3 баллов и выше.

Авторы делают акцент на особенностях основной группы, состоящей из лиц с проявлениями гастроэнтерологических заболеваний, но не имеющих установленного раннее диагноза. Такая выборка формировалась с целью понимания исходного уровня готовности лечению больных гастроэнтерологического профиля в связи с тем, что знания пациента об установленном диагнозе, особенности медицинского сопровождения, диагностических и лечебных вмешательств, прием лекарств, эффективность/неэффективность терапии и другие факторы способны модифицировать приверженность как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения.

Уровень приверженности определялся при помощи вопросника количественной оценки приверженности (КОП-25), с оценкой всех компонентов приверженности: приверженность медицинскому сопровождению, приверженность модификации образа жизни, приверженность лекарственной терапии. Результат менее 50% соответствуют низкому уровню приверженности, в диапазоне от 50% до 75% – среднему. От 75% и выше расценивается как высокий (достаточный) уровень приверженности респонден-

Гастроэнтерологический синдром	Гендерное распределение	Возраст (M±SD), лет
Здоровые (n=124)	Мужчины – 79 (64%) Женщины – 45 (36%)	34,8±8,8
Диарейный синдром (n=60)	Мужчины – 37 (61,7%) Женщины – 23 (38,3)	33,7±6,4
Диспепсический синдром (n=62)	Мужчины – 36 (58,1%) Женщины – 26 (41,9%)	35,3±6,8
Констипационный синдром (n=48)	Мужчины – 30 (62,5%) Женщины – 18 (37,5%)	34,6±6,1
Синдром абдоминальной боли (n=62)	Мужчины – 30 (48,4%) Женщины – 32 (51,6%)	35,7±6,6
Рефлюксный синдром (n=69)	Мужчины – 36 (52,2%) Женщины – 33 (47,8%)	35,8±7,4

Таблица 1

Половозрастная характеристика исследовательской группы

Примечание:

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Выявленный гастроэнтерологический синдром	Средний уровень приверженности в группе (M±SD),%	Доля респондентов с низким (менее 50%) уровнем приверженности, %	Доля респондентов со средним (50–75%) уровнем приверженности, %
Диарейный (N=61)	18,8±13,7	59 (96,70%)	2 (3,30%)
Диспепсический (N=63)	23,2±17,3	57 (90,30%)	6 (9,70%)
Констипационный (N=49)	25,1±15,9	45 (91,70%)	4 (8,30%)
Абдоминальной боли (N=63)	20,3±17,2	58 (91,90%)	5 (8,10%)
Рефлюксный (N=69)	19,5±15,8	65 (94,20%)	4 (5,80%)

Таблица 2

Потенциальная приверженность лекарственной терапии у респондентов с желудочно-кишечными синдромами

Примечание:

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение. *респондентов с высоким (более 75%) уровнем приверженности не выявлено

та [18, 19]. Нами использовалась модифицированная форма вопросника, позволяющая оценить уровень потенциальной приверженности, т.к. респонденты, включенные в исследование ранее, не получали лечение по поводу гастроэнтерологической патологии.

Из 264 респондентов 153 мужчин (58%) и 111 женщин (42%) в возрасте от 21 до 59 лет. Средний возраст участников исследования 35,1±7,9 лет. Половозрастная характеристика выборки и исследуемых когорт представлена в таблице 1.

Работа с данными исследования осуществлялась с помощью программного пакета Microsoft office

2019 и Statistica 13 от StatSoft, с использованием программы для ЭВМ «Автоматизированная система количественного расчёта ожидаемой приверженности к лечению» (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2018616175, 24.05.2018). На всех этапах статистического анализа нулевая гипотеза отвергалась при значениях $p \leq 0,05$. При статистическом анализе использовались непараметрические методы исследования: критерий Mann-Whitney, Wald-Wolfowitz, Kolmogorov-Smirnov, т.к. распределение во всех случаях было отличным от нормального.

Результаты и их обсуждение

Приверженность лекарственной терапии

В качестве одного из компонентов комплаенса, приверженность лекарственной терапии определяет возможность пациента выполнять рекомендации врача по приему лекарственных средств в течение длительного времени [14].

По нашим результатам более 90% участников исследования в каждой группе имеют низкий (т.е. менее 50%) уровень приверженности лекарственной терапии. Лишь каждый десятый респондент продемонстрировал средний уровень приверженности (50–75%). Высокий уровень приверженности длительному соблюдению рекомендованного режима фармакотерапии не продемонстрировал ни один респондент исследовательской выборки (Таблица 2).

Согласно рекомендациям РНМОТ [17] по управлению лечением на основе приверженности, для пациентов с низким уровнем приверженности лекарственной терапии оптимальным будет назначение фармакотерапии по схеме не чаще одного раза в сутки. Отдавать предпочтение не-

обходимо фиксированным комбинациям, с приемом одной таблетки 1 раз в сутки. Назначение терапии, с применением препаратов, имеющих выраженный «синдром отмены» и/или требующих в схеме приема длительное титрование, нецелесообразно, так как сопряжено с высоким риском развития нежелательных эффектов. Данные рекомендации будут актуальны для абсолютного большинства (более 90%) участников нашего исследования, вне зависимости от наличия вида ЖК синдрома.

Пациентам со средним уровнем приверженности рекомендовано применение не более двух препаратов не чаще 2 раз в сутки. По нашим результатам данный режим лекарственной терапии подойдет менее чем 10% респондентов.

У пациентов с высоким, т.е. достаточным уровнем приверженности (более 75%) фармакотерапия с регулярным приемом препаратов до трех раз в сутки значительно не снижает готовность к лечению. Таким пациентам возможно назначение

Таблица 3
Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению у с желудочно-кишечными синдромами

Примечание:
М – среднее значение, SD – стандартное отклонение. *респондентов с высоким (более 75%) уровнем приверженности не выявлено

Выявленный гастроэнтерологический синдром	Средний уровень приверженности в группе (M±SD),%	Доля респондентов с низким (менее 50%) уровнем приверженности, %	Доля респондентов со средним (50–75%) уровнем приверженности, %
Диарейный (N=61)	18,1±15,9	58 (95%)	3 (5%)
Диспепсический (N=63)	22,2±19,3	56 (88,70%)	6 (11,30%)
Констипационный (N=49)	24,8±18,4	44 (89,60%)	5 (10,40%)
Абдоминальной боли (N=63)	19±18,8	57 (90,30%)	6 (9,70%)
Рефлюксный (N=69)	18,2±17,7	63 (91,30%)	6 (8,70%)

Таблица 4
Потенциальная приверженность модификации образа жизни у респондентов с желудочно-кишечными синдромами

Примечание:
М – среднее значение, SD – стандартное отклонение. *респондентов с высоким (более 75%) уровнем приверженности не выявлено

Выявленный гастроэнтерологический синдром	Средний уровень приверженности в группе (M±SD),%	Доля респондентов с низким (менее 50%) уровнем приверженности, %	Доля респондентов со средним (50–75%) уровнем приверженности, %
Диарейный (N=61)	17,9±14,8	59 (96,70%)	2 (3,30%)
Диспепсический (N=63)	22,1±17,9	57 (90,30%)	6 (9,70%)
Констипационный (N=49)	24,4±17,3	45 (91,70%)	4 (8,30%)
Абдоминальной боли (N=63)	17,9±16,9	58 (91,90%)	5 (8,10%)
Рефлюксный (N=69)	18±16,3	63 (91,30%)	6 (8,70%)

фиксированных или нефиксированных комбинаций, а также применение их сочетаний в схеме лечения. Данный подход к лекарственной терапии соответствует направлению и объемам терапии

рекомендованным Всемирной гастроэнтерологической организацией, однако среди участников нашего исследования ни один из пациентов не готов к соблюдению такого лечения [13–16].

Приверженность медицинскому сопровождению

Способность пациента соблюдать рекомендованный график наблюдений у специалиста и осуществлять самоконтроль за состоянием своего здоровья на протяжении неопределенно длительного времени также является компонентом общей комплаентности пациента и называется приверженностью медицинскому сопровождению [14].

По нашим результатам ни один из участников исследования не готов к оптимальному медицинскому сопровождению (Таблица 3).

Пациенты с низким уровнем приверженности медицинскому сопровождению, вероятно, не будут выполнять рекомендации по самоконтролю за состоянием своего здоровья. Для режима наблюдения следует выбрать тактику «по требованию», при ухудшении симптоматики, уменьшив при этом количество плановых посещений до минимума. Исходя из результатов, в наших исследовательских когортах около 90% всех респондентов соответствуют данной группе по уровню приверженности медицинскому сопровождению.

Пациенты со средним уровнем приверженности в большей степени способны к самоконтролю, демонстрируя в отдельных случаях умеренную эффективность. Амбулаторные приемы следует выстраивать таким образом, чтобы соблюдать минимально необходимую частоту посещений с минимально достаточным уровнем проводимых исследований. В нашей исследовательской когорте от 5% до 11,3% респондентов с различными ЖК синдромами продемонстрировали средний уровень приверженности медицинскому сопровождению.

Для пациентов с высоким уровнем приверженности медицинское сопровождение следует строить на оптимальной частоте визитов, включая профилактические, и полном спектре лабораторных и инструментальных методов исследования. Применение в терапии самоконтроля состояния своего здоровья пациентами будет эффективно. Среди пациентов из нашей исследовательской когорты нет пациентов, готовых к данной тактике медицинского сопровождения.

Приверженность модификации образа жизни

Приверженность модификации образа жизни (МОЖ) – еще один немаловажный компонент комплаентности, показывающий способность пациента соблюдать рекомендации врача, касающиеся вопросов коррекции диеты, ограничения вредных привычек и физической активности в течение неопределенно длительного срока [14].

Согласно полученным данным респонденты всех групп демонстрируют недостаточный уровень приверженности МОЖ, с распределением пациентов в подгруппах с низким и средним уровнями примерно 9:1 (Таблица 4).

Борьба с вредными привычками у пациентов с низким уровнем приверженности должна быть представлена ограниченным перечнем возможных решений, состоящих из самых значимых для снижения жизнеугрожающего риска ограничений. Пациенты этой группы способны выполнять только краткие и конкретные рекомендации по коррекции диеты и физической активности. Выполнение объемных и детализированных рекомендаций по МОЖ невозможно. Около 90% наших респондентов имеют именно низкий уровень приверженности, что не позволяет нам говорить о возможности

Приверженность	Средний уровень приверженности в основной группе (M±SD),%	Средний уровень приверженности в группе сравнения (M±SD),%	Статистический анализ
лекарственной терапии	21,6±16	27,7±17,9	p=0,001, Mann-Whitney
медицинскому сопровождению	21,1±17,7	28,8±18	p=0,0002, Mann-Whitney
модификации образа жизни	21±16,7	28,4±17,9	p=0,0003, Mann-Whitney

Таблица 5

Потенциальная приверженности респондентов основной группы (респонденты с ЖК синдромами) и группы сравнения

Примечание:

М – среднее значение, SD – стандартное отклонение. *во всех случаях различия статистически значимы, $p < 0,05$

Приверженность	Средний уровень приверженности респондентов с 1 ЖК синдромом (M±SD),%	Средний уровень приверженности респондентов с 2 и более ЖК синдромами (M±SD),%	Статистический анализ
лекарственной терапии	21,8±15,7	21,4±16,3	p>0,05, Wald-Wolfowitz
медицинскому сопровождению	22,5±17,4	20,1±18	p>0,05, Wald-Wolfowitz
модификации образа жизни	23,1±16,8	19,5±16	p>0,05, Wald-Wolfowitz

Таблица 6

Потенциальная приверженность респондентов с различным количеством ЖК синдромов

Примечание:

М – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

полноценно и достаточно воздействовать на данный аспект терапии.

Для пациентов из группы среднего уровня приверженности МОЖ следует формировать лаконичные и конкретные рекомендации в отношении вредных привычек. Однако полный или частичный отказ от вредных привычек маловероятен. Рекомендации по диетотерапии и режиме физической активности должны носить конкретный характер и быть направлены в первую очередь на основное, наиболее значимое и жизнеугрожающее заболевание. Среди участников нашего исследования менее 10% респондентов продемонстрировали

средний уровень приверженности МОЖ в диапазоне.

Пациентам с достаточным уровнем приверженности рекомендации по отказу от вредных привычек должны быть детализированными и полными. Привычная диета и режим физической активности у таких пациентов могут корректироваться в полном объеме, необходимом для достижения максимальной эффективности от проводимого лечения. Среди пациентов из числа участников нашего исследования потенциально никто не готов к модификации образа жизни в таких объемах в структуре комплексной тактики их лечения.

Сравнение приверженности в исследовательских группах

При анализе уровня приверженности в группе сравнения оказалось, что лица без ЖК синдромов демонстрируют крайне низкие уровни приверженности. Так, достаточный (более 75%) уровень приверженности не зарегистрирован ни у одного респондента, средний (50–75%) уровень приверженности лекарственной терапии установлен у 8,1% респондентов, средний (50–75%) уровень приверженности медицинскому сопровождению и модификации образа жизни у 9,7%. Абсолютное большинство респондентов продемонстрировали низкую (менее 50%) приверженность по всем компонентам.

Однако при сравнении средних значений приверженности, респонденты без выявленных ЖК синдромов (группа сравнения), достоверно демонстрируют

более высокий уровень приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни, чем респонденты основной группы (Таблица 5).

Сравнение уровня комплаентности среди групп респондентов с 1 ЖК синдромом и с 2 и более ЖК синдромами выявило отсутствие значимых различий по всем направлениям приверженности (Таблица 6).

Статистический анализ между группами с различной интенсивностью проявления выявленных синдромов у респондентов продемонстрировал отсутствие различий в уровне приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни между респондентами с 2–3 баллами по GSRS и 3 и более баллов (Таблица 7).

Приверженность	Средний уровень приверженности респондентов с интенсивностью ЖК синдрома 2–3 б. (M±SD),%	Средний уровень приверженности респондентов с интенсивностью ЖК синдрома 3 и более б. (M±SD),%	Статистический анализ
Диарейный синдром			
лекарственной терапии	18,6±13,1	19,2±19	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
медицинскому сопровождению	17,7±14,7	18,8±18,6	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
модификации образа жизни	18±14,4	17,8±16,1	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov

Таблица 7

Потенциальная приверженность респондентов с различной интенсивностью проявлений ЖК синдрома

Примечание:

М – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

таблица 7
(продолжение)

Приверженность	Средний уровень приверженности респондентов с интенсивностью ЖК синдрома 2–3 б. (M±SD),%	Средний уровень приверженности респондентов с интенсивностью ЖК синдрома 3 и более б. (M±SD),%	Статистический анализ
Диспепсический синдром			
лекарственной терапии	23,3±17,4	23±17,3	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
медицинскому сопровождению	22,2±19,4	22,5±20,1	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
модификации образа жизни	21,9±18,1	21,1±17,6	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
Констипационный синдром			
лекарственной терапии	27,4±16,7	19,3±12,5	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
медицинскому сопровождению	26,7±18,9	20,2±17	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
модификации образа жизни	26,5±18,3	19,2±13,8	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
Синдром абдоминальной боли			
лекарственной терапии	21,5±18,3	15,9±11,7	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
медицинскому сопровождению	20,6±19,8	12,7±13,3	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
модификации образа жизни	19,8±17,8	10,5±10,5	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
Рефлюксный синдром			
лекарственной терапии	19,9±16,6	17,6±12,4	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
медицинскому сопровождению	18,9±18,5	15,2±14,1	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov
модификации образа жизни	18,8±17,1	14,8±11,7	p>0,05, Kolmogorov-Smirnov

Выводы

В результате проведенного исследования стал очевиден масштаб проблемы приверженности у больных с гастроэнтерологическими заболеваниями. Абсолютно все респонденты нашего исследования продемонстрировали недостаточный (менее 75%) уровень приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. При этом лишь каждый десятый респондент имеет средний уровень приверженности, а остальные 90% низкий.

Формирование исследовательской когорты из лиц без установленного заболевания, но имеющих гастроэнтерологические синдромы, позволило оценить потенциальный уровень приверженности, что является крайне важным, т.к. именно с этим уровнем приверженности больные приступят к выполнению рекомендаций врача. Недостаточная приверженность медицинскому сопровождению – это камень преткновения как при необходимости самоконтроля симптомов, лабораторного и инструментального дообследования, так и при необходимости врачебного наблюдения. Недостаточная приверженность модификации образа жизни не позволит в полной мере отказаться от привычек, эффективно соблюдать диету, что критически необходимо для больных гастроэнтерологического профиля. Недостаточная приверженность лекарственной терапии станет проблемой при необходимости длительной фармакотерапии. Как

выяснилось, ни один респондент исходно не готов к выполнению медицинских рекомендаций в достаточном объеме. Безусловно, уровень приверженности может разнонаправлено меняться под действием внешних факторов (в том числе связанных с медицинской помощью), однако их сила и долговременность неизвестна.

Выявленные более высокие значения приверженности у лиц без гастроэнтерологических синдромов (стоит заметить, не выходящие за пределы низких значений приверженности), вероятно, указывают на отсутствие у лиц с гастроэнтерологическими синдромами мотивации работы с факторами риска и причиной существующих симптомов.

Согласно современным рекомендациям ведения пациентов гастроэнтерологического профиля, объем медицинского сопровождения, коррективы привычного образа жизни и фармакотерапии един для всех пациентов, независимо от их уровня приверженности и ориентирован на пациентов высокого уровня приверженности. Участники нашего исследования оказались потенциально не готовы к соблюдению лечения, соответствующего оптимальным протоколам, что свидетельствует о необходимости работы с приверженностью как с использованием способов ее повышения, так и с использованием пациенториентированных подходов, учитывающих индивидуальный уровень приверженности.

Литература | References

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003. 211 p. Available at https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
2. Simpson S. H., Eurich D. T., Ma-jumbar S.R., et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006;333:15–8.
3. Martynov A. A., Spiridonova E. V. BMM. Increasing the adherence of inpatients and outpatient departments to treatment and rehabilitation programs and factors

- influencing compliance. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2012; 21-7. (In Russ.)
- Мартынов А. А., Спиридонова Е. В. БММ. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // Вестник дерматологии и венерологии. 2012;21–7.
4. Kane S., Shaya F. Medication non-adherence is associated with increased medical health care costs. *Dig Dis Sci*. 2008;1020–4.
 5. Naletov A. V., Naletov S. V., Barinova A. S., Vyunichenko Yu. S. The problem of compliance in modern gastroenterology. *University clinic*. 2017; 13: 213-8. (In Russ.)
Налетов А. В., Налетов С. В., Баринаева А. С., Вьюниченко Ю. С. Проблема комплаентности в современной гастроэнтерологии. Университетская клиника. 2017;13:213–8.
 6. M. A. Livzan, “Nutritional behavior of students”, *KMJ*, no. 2, pp. 13–17, Jun. 2019. (in Russ.) Doi 10.26269/tvs8-by34
 7. Livzan M. A. Pain syndrome in gastroenterology - therapy algorithm. *Medical advice*. 2010; 69–71. (In Russ.)
Ливзан М. А. Болевой синдром в гастроэнтерологии – алгоритм терапии. Медицинский совет. 2010;69–71.
 8. Kostenko M. B., Livzan M. A. Mechanisms of irritable bowel syndrome development. *Siberian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2000; 32-5. (In Russ.)
Костенко М. Б., Ливзан М. А. Механизмы развития синдрома раздраженного кишечника. Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 2000;32–5.
 9. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J. Oxford University Press*; 2018. pp. 3021–104.
 10. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur. Heart J. Oxford University Press*. 2020. pp. 111–88.
 11. Collet J-P, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J. Oxford University Press (OUP)*. 2021;42:1289–367.
 12. Corrigendum to: 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J. NLM (Medline)*. 2021;42:507.
 13. Bunova SS, Zhernakova NI, Skirdenko YP, Nikolaev NA. Adherence to therapy, lifestyle modification and medical support of cardiovascular patients. *Cardiovasc Ther Prev (Russian)*. Vserossiiskoe Obshchestvo Kardiologov; 2020 [cited 2021 Apr 27];19:38–42. Available from: <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/2665>
 14. Drapkina O, Livzan M, Martynov A, Moiseev S, Nikolaev N, Skirdenko Y. The first russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. *Med news North Caucasus. Stavropol State Medical University*. 2018;13.
 15. Livzan M. A., Krolevets T. S., Gaus O. V., Bikhavova G. R., Cherkashchenko N. A., Gorbenko A. V., Nikolaev N. A. diseases of the digestive system. Moscow. 2020. (In Russ.)
Ливзан М. А., Кролевец Т. С., Гаус О. В., Бикбавова Г. Р., Черкащенко Н. А., Горбенко А. В., Николаев Н. А. Пациентоориентированный подход к диагностике и лечению коморбидных больных с заболеваниями органов пищеварительной системы. 2020.
 16. Fedorin MM, Gorbenko AV, Andreev KA, Okhotnikova PI, Demko IV, Skirdenko YP, et al. Medical background and potential adherence to treatment – solid cross-sectional surprises. *Profil meditsina*. 2020;23:15.
 17. Drapkina O. M., Livzan M. A., Martynov A. I., Moiseev S. V., Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P. The first Russian consensus on quantifying adherence to treatment: main provisions, algorithms and recommendations. *Medical Bulletin of the North Caucasus*. 2018; 13: 259-71. (In Russ.)
Драпкина О. М., Ливзан М. А., Мартынов А. И., Моисеев С. В., Николаев Н. А., Скирденко Ю. П. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;13:259–71.
 18. Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P. et al. Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations. RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. *Consilium Medicum*. 2020; 22 (5): 9–18. (In Russ.) DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078
Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Анисимов В. Н., Васильева И. А., Виноградов О. И., Лазебник Л. Б., Поддубная И. В., Ройтман Е. В., Ершов А. В., Агеев Ф. Т., Андреев К. А., Бабишева Л. Г., Бунова С. С., Викторова И. А., Волчегорский И. А., Воробьев П. А., Управление лечением на основе приверженности. Consilium medicum. 2020;22:9–18.
 19. Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Anisimov V. N., Vasilieva I. A. et al. Treatment management based on adherence: patient recommendation algorithms. Cross-disciplinary guidelines. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(4):461-468. (In Russ.) DOI: 10.14300/mnnc.2020.15109
Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Анисимов В. Н., Васильева И. А. и др. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020;15:461–8.
 20. Kulich K. R., Madisch A., Pacini F., Piqué J. M., Regula J., Van Rensburg C. J., Ujszász L., Carlsson J., Halling K., Wiklund I. K. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRs) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: a six-country study. *Heal Qual Life Outcomes*. 2008;31:12.