

М.М. Алесинский, С.В. Налётов, Е.Н. Налётова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

## НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА, КАК СЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПАЦИЕНТ–ВРАЧ И ПАЦИЕНТ–ПРОВИЗОР

Лекарственная терапия остаётся основным методом лечения больных гипертонической болезнью (ГБ), а её эффективность определяется многими факторами. Причина недостаточного гипотензивного эффекта чаще состоит не в том, какие антигипертензивные лекарственные препараты (АГЛП) принимает больной, а в том, в какой степени пациент следует указанным рекомендациям врача, т.е. приверженности лечению – комплаентности (compliance). В переводе с английского языка compliance означает согласие, приспособление, разделение взглядов. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), комплаентность – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни [1, 5].

Факторов, определяющих степень комплаентности больных ГБ, много. Это и осознание больным необходимости лечения, стоимости назначенных врачом АГЛП, наличие лекарств в аптеке, кратность приёма препаратов в течение суток и т.д. [3, 4]. Надо отметить, что для повышения комплаентности больных ГБ сделано немало. Создано достаточное количество АГЛП, обеспечивающих антигипертензивную эффективность в течение 24 часов при однократном приёме в сутки; предлагается много комбинированных препаратов, содержащих два, а иногда и три действующих вещества в одной таблетке. Больным также предлагают пользоваться специальными контейнерами для таблеток с пометкой дней недели на крышечках. Создаются школы для повышения комплаентности больных ГБ. Одним из главных факторов повышения комплаентности больных является получение исчерпывающей информации о лекарственной терапии, назначенной пациенту, от его лечащего врача или от провизора, который отпускает препараты в аптеке.

Особую категорию больных ГБ составляют лица пенсионного возраста. Прежде всего, это

самая многочисленная когорта таких пациентов. Их численность превышает 50-60% в популяции [4, 6]. Существенным моментом, не позволяющим достичь комплаентности таких больных, является ограниченность в финансах, т.к. пенсии зачастую невысоки. Нельзя исключать и «возрастную забывчивость» пожилых людей [4, 5].

Исключительную группу составляют пенсионеры, которые вот уже более трех лет находятся в условиях гуманитарной блокады Донбасса. В апреле 2014 года на Донбассе начались боевые действия. В дальнейшем ситуация усугубилась гуманитарной блокадой. Люди перестали получать заработные платы, пенсии и пособия; резко сократилась возможность доставки продовольствия и лекарств. Отсутствие средств к существованию (а в результате отсутствие возможности обеспечить себя полноценным питанием и необходимыми препаратами) в первую очередь затронуло самый незащищенный слой населения – пенсионеров. Элементарное существование (питание и обеспечение медикаментами) основной части пенсионеров поддерживалось за счет гуманитарной помощи из Российской Федерации. Ситуация постоянно осложнялась артиллерийскими обстрелами территории Донбасса, что не могло не отразиться на психоэмоциональном состоянии людей. Таким образом, выполнение всех трёх составляющих комплаентности – правильный приём лекарств, соблюдение диеты и модификация образа жизни стали практически невыполнимыми [3].

По разным данным, в Донецке в конце 2015 – начале 2016 годов проживало от 750 до 800 тысяч человек, а в Донецкой и Луганской народных республиках (ДНР, ЛНР) до 3,5-4,5 миллионов человек. С учётом того, что АГ страдает до 35-40%

взрослого населения, то в условиях, ограничивающих возможность адекватного лечения, находятся сотни тысяч больных [3, 4].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить влияние коммуникаций пациент–врач и пациент–провизор на уровень комплаентности больных гипертонической болезнью пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Набор больных ГБ пенсионного возраста осуществлялся в аптеках г. Донецка в период с июня по декабрь 2015 года. Поводом для начала общения провизора с посетителями аптеки были приобретение АГЛП и принадлежность к лицам пенсионного возраста (визуально). Все посетители аптеки, которые продемонстрировали готовность к сотрудничеству, дали ответы на тест Мориски-Грина [7].

В исследовании приняли участие 114 человек, у которых был подтверждён диагноз ГБ II–III стадии, эти больные подписали информированное согласие и продолжили участие в программе.

Провизор–исследователь проводил анкетирование, которое позволяло выявить, на каком

уровне находятся коммуникации пациент–врач и пациент–провизор. Положительный ответ в анкете оценивали в 1 балл, отрицательный ответ в 0 баллов (табл. 1., 2.).

Все результаты исследований обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ MedicalStatistics [2]. Для представления результатов приводится значение среднего арифметического ( $\bar{X}$ ) и ошибки среднего ( $m$ ) показателей. В случае качественных признаков рассчитывалась частота проявления (%).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из общего числа пациентов, принявших участие в анкетировании мужчин было 55 человек ( $48,25 \pm 1,0\%$ ). Средний возраст мужчин составил  $67,1 \pm 2,1$  лет, а женщин –  $68,2 \pm 2,2$ . Среди больных ГБ пенсионного возраста, находящихся в условиях блокады Донбасса, не было выявлено статистически значимых различий распределения больных по возрасту ( $p=0,82$ ).

При оценке показателя теста Мориски-Грина, выявлено, что все больные, как мужчины, так и женщины, продемонстрировали низкую приверженность лечению. Средний балл для всех больных составил  $2,4 \pm 0,1$ . У мужчин показатель

Вопросы в анкете «пациент–врач»

Таблица 1.

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Была ли объяснена врачом необходимость постоянного приема антигипертензивных препаратов?	1	0
2	Были ли объяснены врачом возможные осложнения, связанные с несоблюдением антигипертензивной терапии?	1	0
3	Обсуждали ли Вы с врачом сумму финансовых затрат на лечение и были ли предложены, в случае необходимости, более дешевые препараты – аналоги?	1	0
4	Получили ли Вы информацию от врача о необходимости строгого соблюдения режима терапии?	1	0

Вопросы в анкете «пациент–провизор»

Таблица 2.

№	Вопрос	«Да»	«Нет»
1	Была ли объяснена провизором необходимость постоянного приема антигипертензивных препаратов?	1	0
2	Были ли объяснены провизором возможные осложнения, связанные с несоблюдением антигипертензивной терапии?	1	0
3	Обсуждали ли Вы с провизором сумму финансовых затрат на лечение и были ли предложены, в случае необходимости, более дешевые препараты-аналоги?	1	0
4	Получили ли Вы информацию от провизора о необходимости строгого соблюдения режима терапии?	1	0

**Таблица 3.**  
Распределение ответов по шкале Мориски-Грина в группах больных ГБ пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса

Вопросы шкалы	Мужчины (n=55), абс. (%)		Женщины (n=59), абс. (%)	
	Да	Нет	Да	Нет
Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?	55 (100%)	–	56 (94,9%)	3 (5,1%)
Относите ли Вы иногда невнимательно к часам приёма лекарств?	27 (49,1%)	28 (50,9%)	27 (45,8%)	32 (54,2%)
Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	10 (18,2%)	45 (81,8%)	5 (8,5%)	54 (91,8%)
Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий приём?	4 (7,3%)	51 (92,7%)	4 (6,8%)	55 (93,2%)
Итого	96	124	92	144

по шкале Мориски-Грина был  $2,3 \pm 0,1$  балла, а у женщин –  $2,4 \pm 0,1$ ; статистических различий между показателями нет ( $p > 0,05$ ). Результаты анкетирования представлены в таблице 3.

Анализ результатов, полученных при оценке комплаентности по шкале Мориски-Грина, выглядит следующим образом:

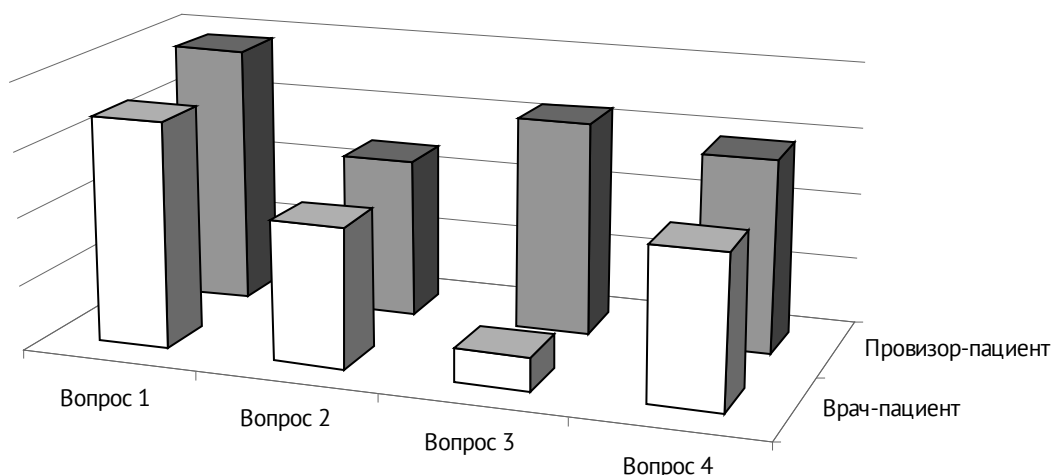
- больных, набравших 4 балла, т.е. полностью приверженных к лечению не выявлено ни среди мужчин, ни среди женщин;
- больных, набравших 3 балла, (недостаточно приверженных и находящихся в группе риска по развитию неприверженности): 1-я группа – мужчин 24 (43,6%), женщин 31 (52,5%);
- пациентов, набравших 2 балла, (неприверженных к лечению): 1-я группа – мужчин 23 (41,8%), женщин 23 (39,0%);
- пациентов, набравших 1 балл, (неприверженных к лечению): 1-я группа – мужчин 8 (14,6%), женщин 5 (8,5%).

Анализ результатов анкетирования (см. рис.) свидетельствует о том, что:

- важная для пациента информация о сроках лечения ГБ, осложнениях при несоблюдении режима приема АГЛП, стоимости лечения, важности соблюдения режима приема АГЛП, практически в равной степени получена больными от врача и провизора;
- врач практически не уделяет внимание обсуждению стоимости лечения, а основным источником данной информации для больных является провизор.

Такая ситуация может быть следствием недостаточной укомплектованности лечебно-профилактических учреждений кадрами, что приводит к большой профессиональной нагрузке врачей и недостатку времени для обсуждения вопросов, направленных на повышение приверженности больных лечению.

Анализ структуры положительных комму-



**Рис.** Распределение положительных ответов больных ГБ пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса, на вопросы анкеты о коммуникации врач-пациент и провизор-пациент (n=114), абс

**Таблица 4.**

Распределение положительных ответов больных ГБ пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса, на вопросы анкет о коммуникациях врач-пациент и провизор-пациент

Вопросы анкет	Положительные ответы в коммуникации врач-пациент		Положительные ответы в коммуникации провизор-пациент	
	Мужчины (n=55)	Женщины (n=59)	Мужчины (n=55)	Женщины (n=59)
Вопрос 1	13 (23,6%)	21 (35,6%)	17 (30,9%)	22 (37,3%)
Вопрос 2	15 (27,3%)	11 (18,6%)	11 (20%)	13 (22%)
Вопрос 3	1 (1,8%)	4 (6,8%)	13 (23,6%)	19 (32,2%)
Вопрос 4	9 (16,4%)	14 (23,7%)	13 (23,6%)	16 (27,1%)

никаций врач-пациент и провизор-пациент демонстрирует, что женщины чаще получают важную информацию о лечении ГБ, чем мужчины (табл. 4.). Это обстоятельство диктует необходимость разработки опросников, позволяющих выявить активность больных в зависимости от их гендерной принадлежности.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Комплаентность больных ГБ пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса, находится на низком уровне. Причиной этому является недостаточная информированность пациентов о важности непрерывного

приема АГЛП и соблюдения режима их применения. Основными источниками информации, которые могут влиять на уровень комплаентности больных, являются врач и провизор. Коммуникативная активность, как врача, так и провизора, с больными ГБ находится на недостаточном уровне. Такая ситуация не может не отразиться на эффективности лечения больных ГБ. Данный факт обуславливает важность разъяснительной работы среди врачей и провизоров. Нацеливает их на необходимости уделять должное внимание вопросам, которые позволят повысить комплаентность больных к лечению.

*М.М. Алесинский, С.В. Налётов, Е.Н. Налётова*

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк*

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА, КАК СЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПАЦИЕНТ-ВРАЧ И ПАЦИЕНТ-ПРОВИЗОР**

Цель работы. Оценить влияние коммуникаций пациент-врач и пациент-провизор на уровень комплаентности больных гипертонической болезнью пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса.

#### **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 114 больных гипертонической болезнью II-III стадии. Провизор-исследователь оценивал уровень комплаентности по тесту Мориски-Грина и анкетированию, которое позволяло выявить уровень коммуникаций пациент-врач и пациент-провизор. Положительный ответ в анкете оценивали в 1 балл, отрицательный ответ – в 0 баллов.

#### **Результаты и обсуждение**

Среди больных гипертонической болезнью не было выявлено статистически значимых различий распределения больных по возрасту ( $p=0,82$ ). При оценке показателя теста Мориски-Грина, выявлено, что и мужчины, и женщины продемонстрировали

низкую приверженность лечению –  $2,4 \pm 0,1$ .

Анализ ответов для оценки коммуникаций врач-пациент и провизор-пациент демонстрирует то, что важная для пациента информация (продолжительность лечения гипертонической болезни, осложнения, связанные с несоблюдением режима приема препаратов, стоимости лечения) в равной степени получена больными от врача и провизора. Выявлено то, что врач практически не уделяет внимание обсуждению стоимости лечения, а основным источником данной информации для больных является провизор.

#### **Заключение**

Комплаентность больных гипертонической болезнью пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса, находится на низком уровне. Причиной этому является недостаточная информированность пациентов о важности непрерывного приема лекарств и соблюдения режима их применения. Основными источниками информации, которые могут влиять на уровень комплаентности больных, яв-

ляются врач и провизор. Коммуникативная активность, как врача, так и провизора, с больными гипертонической болезнью находится на недостаточном уровне. Такая ситуация не может не отразиться на эффективности лечения больных гипертонической болезнью. Данный факт обуславливает важность раз-

яснительной работы среди врачей и провизоров. Нацеливает их на необходимость уделять должное внимание вопросам, которые позволяют повысить комплаентность больных к лечению.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, больные пенсионного возраста, комплаентность.

*M.M. Alesinsky, S.V. Nalotov, E.N. Nalotova*

*M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk*

**LOW LEVEL OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE, RESIDING ON THE TERRITORY OF DONBASS, AS CONSEQUENCE OF INSUFFICIENT COMMUNICATIONS PATIENT-DOCTOR AND PATIENT-PHARMACEUTIST**

**Objective.** To assess the impact of communications patient-doctor and patient-pharmacist at the level of compliance in the retirement age patients with hypertensive disease, living on the territory of Donbass.

**Material and methods**

The study involved 114 patients with hypertensive disease, stage II-III. The pharmacist-researcher estimated the level of Compliance by Morisci-Green test and the questionnaire, that helped to find out the level of communications patient-doctor and patient-pharmacist. The positive answer in the questionnaire was rated at 1 point, negative answer was rated at 0 point.

**Results and discussion**

There were no statistically meaningful differences between patients with hypertensive disease distributed by age ( $p = 0.82$ ). When assessing the indicator of Morisci-Green test, it was revealed that men and women demonstrated low compliance to treatment –  $2.4 \pm 0.1$ . The analysis of the answers for evaluation doctor-patient and pharmacist-patient communications demonstrates, that information, which is important to the patient (length of treatment of hypertensive disease, non-compliance of drug therapy related complications, cost

of treatment) equally received by patients from the doctor and the pharmacist. It was revealed that the doctor practically does not pay attention to discussion of the cost of treatment, and the main source of this information for patients is the pharmacist.

**Conclusion**

Compliance in the retirement age patients with hypertensive disease, living on the territory of Donbass, is at a low level. The reason for this is insufficient awareness of the patients about the importance of continuous medication intake and compliance with treatment regimen. The main sources of information that can influence the level of compliance in patients, are a doctor and a pharmacist. Communication skills, not only a doctor but also a pharmacist, in patients with hypertensive disease is at an insufficient level. Such situation is bound to be reflected in no effectiveness of treatment in patients with hypertensive disease. This fact determines the importance of explanatory work among doctors and pharmacists. It targets them on the need to pay due attention to issues, that will allow to improve patient compliance.

**Key words:** hypertensive disease, retirement age patients, compliance.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Фофанова Т.В. Повышение приверженности к терапии: «дело техники». Сердечная Недостаточность. 2011; 4 (66), 46-53.
2. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. Донецк: Изд-во «ЧП Папакица Е.К.»; 2006: 205-214.
3. Налётова Е.Н., Алесинский М.М., Налётов С.В. Влияние повышения комплаентности на показатели артериального давления больных артериальной гипертензией, находящихся в условиях гуманитарной блокады Донбасса. Научные ведомости Белгородского Государственного университета. 2016; 26, 71-75.
4. Налётов С.В., Алесинский М.М., Налётова Е.Н. 2016. Зависимость уровня комплаентности от психотипа больных артериальной гипертензией, находящихся в условиях конфликта в Донбассе. Дальневосточный медицинский журнал. 2016; 4, 14-17.
5. Фесенко Э.В., Коновалов Я.С., Аксенов Д.В., Перелыгин К.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии. Научные ведомости Белгородского Государственного универси-

**REFERENCES**

1. Ageev F.T., Smirnova M.D., Fofanova T.V. Povyshenie priverzhennosti k terapii: «delo tekhniki». Serdechnaya Nedostatochnost'. 2011; 4 (66), 46-53 (in Russian).
2. Lyakh Yu.E., Gur'yanov V.G., Khomenko V.N., Panchenko O.A. Analiz informatsii v biologii, meditsine i farmatsii statisticheskim paketom MedStat. Donetsk: Izd-vo «ChP Papakitsa E.K.»; 2006: 205-214 (in Russian).
3. Nalotova E.N., Alesinskii M.M., Nalotov S.V. Vliyaniye povysheniya komplaentnosti na pokazateli arterial'nogo davleniya bol'nykh arterial'noi gipertenziei, nakhodyashchikhsya v usloviyakh gumanitarnoi blokady Donbassa. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo Gosudarstvennogo universiteta. 2016; 26, 71-75 (in Russian).
4. Nalotov S.V., Alesinskii M.M., Nalotova E.N. 2016. Zavisimost' urovnya komplaentnosti ot psikhotipa bol'nykh arterial'noi gipertenziei, nakhodyashchikhsya v usloviyakh konflikta v Donbasse. Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal. 2016; 4, 14-17 (in Russian).
5. Fesenko E.V., Konovalov Ya.S., Aksenov D.V., Perelygin K.V. Sovremennyye problemy obespecheniya priverzhennosti patsientov pozhilogo vozrasta s serdechno-sosudistoi patologiei k farmakoterapii. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo Gosudarstvennogo universiteta. 2011; 16 (1), 95-99

- тера. 2011; 16 (1), 95-99.
6. Elena N Nalotova, Michail M Alesinskiy, Alexander E. Berezin and Sergey V Nalotov. 2016. Blood Pressure Measurement Assistance and Antihypertensive Drug Compliance in Older Patients. *Biological Markers and Guided Therapy*. 2016; 2, 199-209.
  7. Morisky D.E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24 (1): 67-74.
- (in Russian).
6. Elena N Nalotova, Michail M Alesinskiy, Alexander E. Berezin and Sergey V Nalotov. 2016. Blood Pressure Measurement Assistance and Antihypertensive Drug Compliance in Older Patients. *Biological Markers and Guided Therapy*. 2016; 2, 199-209.
  7. Morisky D.E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24 (1): 67-74.