

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ОЖИДАЕМАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО  
КРОВООБРАЩЕНИЯ ИНСУЛЬТНЫХ СТАЦИОНАРОВ Г. ГОМЕЛЯ**

<sup>1</sup>ГУ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ», г. Гомель, Беларусь;

<sup>2</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

В статье представлены результаты внедрения нового метода организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) на основе инновационных медицинских и организационных технологий, которые привели к увеличению приверженности пациентов к лечению и повышению ожидаемых результатов эффективности терапии.

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, организационные технологии, приверженность к лечению

**Введение**

Медико-организационные технологии в современном здравоохранении являются важнейшим фактором эффективного использования финансовых средств и получения оптимальных результатов при наименьших затратах. При этом использование инновационных методик не только способствует улучшению лечения пациентов, но и в целом повышает приверженность к терапии и удовлетворенность его результатами.

Цереброваскулярные заболевания на протяжении последних десятилетий занимают лидирующие позиции как причина инвалидизации и смертности, а также признаются одной из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения во многих странах, в том числе и в Республике Беларусь. Так, заболеваемость инсультом в течение последних лет в Республике Беларусь колеблется в районе 296 случаев на 100 тыс. населения, а по данным эпидемиологических исследований удельный вес случаев инсульта у лиц трудоспособного возраста достигает 23,7% [1-5].

По определению Всемирной организации здравоохранения, приверженность к терапии – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием пре-

паратов, диету и/или изменение образа жизни [6]. Согласно публикациям, проблема неприверженности лечению и невыполнения рекомендаций играет большую роль в выздоровлении пациента, нежели вопросы, связанные с самим заболеванием и непосредственно с лекарственными средствами [7].

В широком смысле слова комплаентность формируется под влиянием биологических и социальных факторов [7]. При этом важная роль отводится клиническим особенностям заболевания, терапевтическим факторам, микроокружению пациента, активному взаимодействию с врачом, а также системе организации медицинской помощи в целом [8].

Внедрение новых медико-организационных технологий в систему оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) позволяет поднять мотивацию пациента к проведению реабилитационных мероприятий, сформировать высокий уровень приверженности к лечению и повысить эффективность терапевтических воздействий, что является актуальным и перспективным направлением здравоохранения.

**Цель** – оценка приверженности к лечению и ожидаемой эффективности терапии в

условиях разных систем оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в г. Гомеле.

### Материал и методы исследования

Объектом исследования явилась приверженность к лечению и ожидаемая эффективность терапии у пациентов с ОНМК при различных системах оказания медицинской помощи.

Проанализированы результаты опросов пациентов, проходивших лечение и реабилитацию ОНМК в 3-х инсультных стационарах г. Гомеля: ГУ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» (ГОКГ ИОВ), УЗ «Гомельская городская клиническая больница №1» (ГГКЦ №1) и УЗ «Гомельская городская клиническая больница №3» (ГГКЦ №3).

В ГОКГ ИОВ реализован непрерывный и поэтапный цикл организации медицинской помощи пациентам с ОНМК в условиях одного стационара, включающий инсультное отделение, в составе которого имелись блок интенсивной терапии, отделение реанимации и интенсивной терапии, ранней и поздней постинсультной реабилитации, а также хирургического лечения предынсультных состояний и нейрохирургической помощи. В данном центре функционировала организационная модель специализированной медицинской помощи пациентам с инсультами с отработанными технологиями медико-организационного и клинического плана, использовались инновационные технологии лечения и диагностики сосудистых заболеваний головного мозга в соответствии с действующими клиническими протоколами, в том числе тромболитическая, тромб-, эмболэктомия и эндартериозэктомия в остром и восстановительных периодах инфаркта головного

мозга. На втором этапе терапии ОНМК пациенты в ГОКГ ИОВ, не выходя за пределы учреждения, проходили курс ранней и поздней постинсультной медицинской реабилитации, с медико-социальной направленностью и формированием у пациентов навыков здорового образа жизни.

Для сравнительного анализа были избраны лечебно-профилактические учреждения г. Гомеля – ГГКБ №1 и ГГКБ №3, имеющие на момент проведения исследования в своем составе неврологические отделения для лечения пациентов с ОНМК. В данных стационарах лечение инсульта проводилось в соответствии с общепринятыми методами без использования инновационных организационных технологий и методов этапной реабилитации.

Обследовано 350 пациентов с нарушением мозгового кровообращения, проходивших лечение в вышеупомянутых стационарах. Распределение пациентов по полу и возрасту показано в таблице 1.

Критериями включения в исследование были наличие у пациента острого нарушения мозгового кровообращения, сохранение способности к общению, отсутствие тяжелых сопутствующих соматических и психических расстройств.

Исследование одобрено этическим комитетом УО «Гомельский государственный медицинский университет», при его проведении у пациентов или их законных представителей было получено информированное согласие.

Для оценки приверженности к лечению и его эффективности нами был выбран модифицированный специализированный опросник «Приверженность к лечению» [7], который заполнялся либо пациентом, либо врачом со слов пациента при выписке из инсультного стационара.

**Таблица 1** – Распределение обследованных пациентов по полу и возрасту

| Стационар | N   | Ср. возраст (M±SD) | Мужчины |                    | Женщины |                    |
|-----------|-----|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|
|           |     |                    | N       | Ср. возраст (M±SD) | N       | Ср. возраст (M±SD) |
| ГОКГ ИОВ  | 150 | 56,4±11,9          | 80      | 55,7±11,7          | 70      | 57,3±12,2          |
| ГГКБ №1   | 100 | 58,3±13,2          | 46      | 58±12,5            | 54      | 58,5±13,9          |
| ГГКБ №3   | 100 | 59,4±14,3          | 36      | 58,1±13,6          | 64      | 60,1±14,7          |

Данный опросник состоит из двух самостоятельных частей: «Важность лечения» и «Выполнение врачебных рекомендаций».

Первая часть включает 15 ориентирующих вопросов, позволяющих определить важность для пациента трёх профильных блоков связанных с болезнью проблем: модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинского и социального обслуживания. Каждый вопрос имеет 6 вариантов ответов, градуированных по степени важности (от «совершенно не важно» до «очень важно») от 1 до 6 баллов. При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая индексы первого порядка: важности модификации образа жизни (Importance of Updating of a Way of Life – IUWL), важности лекарственной терапии (Importance of Medicinal Therapy – IMT) и важности медицинского сопровождения (Importance of Medical Support – IMS). Таким образом, минимально возможная степень важности составляет 5, а максимально возможная – 30 баллов в каждой группе. Индекс важности лечения (Index of Importance of Treatment – ИТ) рассчитывают как простую арифметическую сумму всех набранных баллов, которая находится в диапазоне от 15 до 90 баллов.

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень приверженности пациента к лечению. Вопросы также объединены в 3 блока: модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинского и социального обслуживания. Как и в первой части опросника, каждый вопрос имеет 6 вариантов ответов, градуированных по степени ответственности (от «ни за что не буду» до «обязательно буду») от 1 до 6 баллов. При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая индексы первого порядка: приверженности к модификации образа жизни (Adherence to Updating a Way of Life – AUWL), приверженности к лекарственной терапии (Adherence to Medicinal Therapy – AMT) и приверженности к медицинскому сопровождению (Adherence to Medical Support – AMS), при этом минимально возможная степень ответственности в каждой группе составляет 5, а макси-

мально возможная – 30 баллов. Суммарный индекс приверженности к лечению или ответственности (Index of Adherence to Treatment – IAT), рассчитывают как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 баллов (безответственная позиция пациента) до 90 баллов (гиперответственная позиция).

На основании полученных значений вычисляют синтетические индексы ожидаемой эффективности: индекс эффективности модификации образа жизни (Efficiency of Updating of a Way of Life – EUWL =  $[(30:IUWL) \times (60:AUWL)] : 2$ ), индекс эффективности лекарственной терапии (Efficiency of Medicinal Therapy – EMT =  $[(30:IMT) \times (60:AMT)] : 2$ ) и индекс эффективности врачебного сопровождения (Efficiency of medical support – EMS =  $[(30:IMS) \times (60:AMS)] : 2$ ). Лучшее потенциально возможное значение для каждого индекса равно 1 баллу: 1-1,99 балла – высокая ожидаемая эффективность вмешательства; 2-3,99 балла – удовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства; 4 и более баллов – неудовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства.

Статистический анализ данных проводили с помощью методов описательной и непараметрической статистики на базе программы «STATISTICA» 6.0. Данные, не соответствующие нормальному распределению, были представлены нами в виде медианы (Me) и верхнего-нижнего квартилей ( $Q_1$ ;  $Q_3$ ). Для оценки различий количественных признаков между двумя независимыми группами использовали критерий Манна-Уитни. К достоверным различиям относили значение  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Нами был проведен анализ показателей важности для пациента проблем, связанных с болезнью, в указанных стационарах, что представлено в таблице 2.

Как видно из представленной таблицы, индексы важности **медицинских и социальных последствий болезни были значимо важнее по всем пунктам у пациентов,**

**Таблица 2 – Важность проблем, связанных с ОНМК для пациентов, пролеченных в различных стационарах**

| Индексы важности                 | Госпиталь ИОВ,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) | ГТКЦ №1,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) | ГТКЦ№3,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) |
|----------------------------------|--|--|---|
| модификации образа жизни (UWL)   | 25,0 (22,0;28,0)                                       | 23,5 (20,0; 28,0), p>0,05                        | 24,0 (19,0; 26,0), p=0,003                      |
| лекарственной терапии (IMT)      | 21,0 (19,0;24,0)                                       | 18,0 (13,0; 24,5), p<0,001                       | 20,0 (17,0; 21,5), p<0,001                      |
| медицинского сопровождения (IMS) | 26,0 (21,0;28,0)                                       | 23,0 (19,0; 28,0), p=0,008                       | 25,0 (20,0; 28,0), p=0,04                       |
| лечения (IT)                     | 73,0 (61,0;79,0)                                       | 62,5 (53,5; 79,5), p=0,008                       | 68,5 (55,5;75,0), p=0,002                       |

Примечание: p – при сравнении ГОКГ ИОВ и другого стационара

проходящих лечение в стационаре ГОКГ ИОВ. При сравнении данных индексов у лиц, пролеченных в ГТКБ №1 и №3, значимой разницы не получено.

Также нами были проанализированы показатели приверженности к лечению пациентов, перенесших ОНМК и проходивших курс лечения в указанных стационарах, что представлено в таблице 3.

Согласно представленным данным, у пациентов, находившихся в госпитале ИОВ, наблюдалась большая приверженность к лечению по всем изученным аспектам. При сравнении указанных показателей у лиц, пролеченных в ГТКБ №1 и №3, значимой разницы не выявлено.

Был выполнен анализ синтетических показателей ожидаемой эффективности лечения у пациентов оцениваемых стационаров, что представлено в таблице 4.

Согласно представленным данным, у пациентов, находившихся в госпитале ИОВ, установлена более высокая ожидаемая эффективность лечения по всем изученным аспектам по сравнению с другими учреждениями. У лиц, пролеченных в ГТКБ №1 и №3, значимой разницы индексов не получено.

#### Заключение

Таким образом, система организации медицинской помощи пациентам с инсультом в условиях одного стационара играет большое значение в формировании у пациентов приверженности к лечению. Внедрение непрерывной этапной помощи пациентам с инсультом в одном учреждении позволило сформировать у пациентов адекватное понимание важности случившегося заболевания, повысить приверженность к модификации образа жизни, лекарственной те-

**Таблица 3 – Приверженность к лечению пациентов с ОНМК, пролеченных в стационарах**

| Индексы приверженности к         | Госпиталь ИОВ,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) | ГТКЦ №1,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) | ГТКЦ№3,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) |
|----------------------------------|--|--|---|
| модификации образа жизни (AUWL)  | 25,0 (25,0;29,0)                                       | 22,0 (18,0;26,0), p<0,001                        | 24,0 (20,0;26,0), p<0,001                       |
| лекарственной терапии (AMT)      | 25,0 (23,0;28,0)                                       | 23,0 (20,0;25,5), p<0,001                        | 24,0 (20,0;26,0), p<0,001                       |
| медицинского сопровождения (AMS) | 25,0 (24,0;29,0)                                       | 23,0 (20,0;26,0), p<0,001                        | 24,0 (20,0;25,0), p<0,001                       |
| лечения (IAT)                    | 75,0 (71,0;84,0)                                       | 68,0 (58,0;77,5), p<0,001                        | 71,5 (58,0;77,0), p<0,001                       |

Примечание: p – при сравнении ГОКГ ИОВ и другого стационара

**Таблица 4 – Ожидаемая эффективность лечения пациентов с ОНМК из разных стационаров**

| Индексы ожидаемой эффективности  | Госпиталь ИОВ,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) | ГТКЦ №1,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) | ГТКЦ№3,<br>Me (Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ) |
|----------------------------------|--|--|---|
| модификации образа жизни (EUWL)  | 1,44 (1,19;1,89)                                       | 1,75 (1,26;2,38), p=0,001                        | 1,69 (1,33;2,49), p<0,001                       |
| лекарственной терапии (EMT)      | 1,7 (1,39;2,0)   | 2,26 (1,44;3,34), p<0,001                        | 1,96 (1,6;2,69), p<0,001                        |
| медицинского сопровождения (EMS) | 1,44 (1,15;1,8)  | 1,69 (1,24;2,44), p<0,001                        | 1,5 (1,28;2,25), p=0,004                        |

Примечание: p – при сравнении ГОКГ ИОВ и другого стационара

рапии и выполнению врачебных предписаний. Структурированная система оказания медицинской помощи обусловила повышение ожидаемой эффективности всех аспектов медико-социальных вмешательств у конкретных пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

**Библиографический список**

1. Семак, А.Е. Проблема мозговых инсультов и пути ее решения / А.Е. Семак, Ю.С. Карнацевич, А.В. Борисов // Мед. новости. – 2002. – № 1. – С. 3-7.
2. Кулеш, С.Д. Эпидемиология инсульта в различных регионах мира / С.Д. Кулеш, С.А. Лихачев // Здоровоохранение. – 2007. – № 12. – С. 16-20.
3. Лихачев, С.А. Диагностика и лечение инсульта: рекомендации / РНПЦ неврологии и нейрохирургии; авт.-сост. С.А. Лихачев, А.В. Астапенко, Э.К. Сидорович и др. – Минск, 2008. – 70 с.
4. Эпидемиология мозгового инсульта: Результаты популяционного регистра Гродно. Сообщение I / С.Д. Кулеш [и др.] // Здоровоохранение. – 2009. – №1. – С. 31-35.
5. Кулеш, С.Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С.Д. Кулеш. – Гродно: ГрМУ, 2012. – 204 с.
6. World Health Organisation (2003): Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: <http://www.who.int2>
7. Агеев, Ф.Т. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии: Методические рекомендации / Ф.Т. Агеев, Т.В. Фофанова, М.Д. Смирнова. – Москва, 2013. – 74 с.
8. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос.ун-т, 2014. – 65 с.

**O. A. Ivantsov, N.N. Usova, T.M. Sharshakova**

**ADHERENCE TO THE TREATMENT AND THE EXPECTED EFFECTIVENESS OF THERAPY PATIENTS WITH STROKE IN THE GOMEL HOSPITALS**

The article presents the results of the introduction of a new method of medical care for patients with acute stroke on the basis of innovative medical and organizational technologies, which led to an increase in patients' adherence to treatment and improving the expected results of treatment efficacy.

**Key words:** *stroke, organizational technologies, medical care, adherence to treatment*

*Поступила: 13.01.17*