

*Медицинские науки***ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ И МОТИВАЦИЕЙ К ПРИЕМУ МЕДИКАМЕНТОВ**

Биккинина Г.М., Исаков Э.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет**Уфа, Республика Башкортостан, Россия*

Регулярное и в полном объеме выполнение рекомендованного медикаментозного лечения (adherence) значительно влияет на эффективность лечения хронических соматических заболеваний (3). В свою очередь на уровень выполнения пациентом медикаментозных назначений влияет множество факторов – экономические, личностно-психологические, умения пользоваться устройствами для приема лекарств, знания о самих лекарствах, личность врача, возраст, пол, наличие сопутствующих болезней (2,3).

Целью исследования было установить уровень приверженности к медикаментозному лечению у пациентов с соматическими заболеваниями (артериальная гипертензия (АГ), язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки) у лиц с различным типом отношения и мотивацией к приему лекарств.

Проведено обследование 250 человек в возрасте от 20 до 55 лет. Методом случайных чисел было отобрано 4 группы больных соответствующих типам отношения к медикаментозному лечению: 40 человек – «скептический», 36 – «безразличный», 36 – «противоречивый», 38 – «одобряющий». Всего 112 пациентов, из них 60 (53,6 %) мужчин и 52 (46,3%) женщин. АГ была у 80 (71,4 %) человек, язвенная болезнь желудка у 44 (39,1 %), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 32 (17,6 %). Уровень приверженности к лечению определялся по опроснику Morisky, который отражал информацию о наличии или отсутствии различных форм нарушений в предписанном медикаментозном лечении, где меньшему значению шкалы соответствует большая приверженность к лечению (9). Тип отношения к приему медикаментов определялся по анкете отношения к приему медикаментов по Ногге, которая включает 5-разрядные шкалы согласия-несогласия по Likert (5). Оценка мотивации к приему назначенных препаратов проводилась по опроснику Burge (2). Определялся коэффициент корреляции по Pearson. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

В результате проведенного исследования установлено, что наилучшую приверженность к выполнению рекомендаций по лечению была у пациентов с типом отношения к лечению «одобряющий» - $0,37 \pm 0,15$ баллов, далее следовали «противоречивое» - $0,88 \pm 0,2$ баллов, «нейтральное» - $0,91 \pm 0,2$ баллов, наихудшую привержен-

ность продемонстрировали пациенты со «скептическим» типом – $1,62 \pm 0,3$ баллов.

Различия не были достоверны между такими типами отношения к медикаментозному лечению как «скептический» - «нейтральный» ($p > 0,05$), «нейтральный» - «противоречивый» ($p > 0,05$). Достоверные различия в приверженности к лечению определялись между пациентами с типами «скептический» и «противоречивый» ($p < 0,01$), «скептический» и «одобряющий» ($p < 0,01$); «нейтральный» и «одобряющий» ($p < 0,05$); «противоречивый» и «одобряющий» ($p < 0,05$).

Установлена достоверная корреляция средней степени между фактором мотивации «уверенность» к приверженности к лечению – $r = +0,463$ ($p = 0,001$). Чем выше была «уверенность» пациента, тем лучше выполнение предписанного лечения он демонстрировал. Мотивационный фактор «важность» не имел статистически значимой корреляции с приверженностью к лечению. Не установлено также различий в приверженности к медикаментозному лечению у мужчин и женщин.

Выявленные закономерности согласно когнитивной модели личности отражают психологическую особенность пациентов по выполнению врачебных рекомендаций по медикаментозному лечению в связи с их мотивацией (8). Такие компоненты в мотивации как «важность и уверенность в необходимости приема лекарств для эффективного лечения», которые повышают приверженность к лечению (10), по видимому более выражены в типе отношения к лечению как «одобрение».

Наши данные соответствуют полученным результатам исследований проведенных среди больных депрессией, АГ, СПИДом, ишемической болезнью сердца и раком. (1,6,7,5)

Таким образом, установлено, что тип отношения к рекомендованному лечению и определенная мотивация прямо влияет на приверженность к приему медикаментов, что необходимо учитывать при назначении терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Aikens J.E., Nease P.E., Nan D.P., Klinkman M.S., Schwenk T.L. Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication. *Annals of family medicine*, vol 3, no 1, 2005, p. 23-30.
2. Burge S., White D., Bajorek E., Bazaldua O., Trevino J. Correlates of Medication Knowledge and adherence: Findings from the Residency Research Network of South Texas. *Family Medicine* 2005; 37 (10): 712-8.
3. DiMatteo M.R., Giordani P.J., Lepper H.S., Croghan T.W. Patient adherence and medical

treatment outcomes – a meta-analysis. *Med. Care.* 2002; 40 (9): 794-811.

4. DiMatteo M.R. Variations in patient's adherence to medical recommendations – a quantitative review of 50 years of research. *Med. Care* 2004; 42 (3): 200-9.

5. Horne R., Weiman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Psychosom. Res.* 1999; 47: 555-567.

6. Horne R., Clatworthy J., Polmear A., Weinman J. Do hypertensive patients' beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? *J. Hum Hypertension* 2001; 15 (suppl 1): s 65-s 68.

7. Horne R., Buick D., Fisher M., Leake H., Cooper V., Weinman J. Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. *Int J STD AIDS.* 2004; 15: 38-44.

8. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am. J. Manag Care.* 2003, 9 (2): 155-71.

9. 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.

10. Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health behavior change: a guide for practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ТЕХНОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ОРГАНЫ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ

Бисалиев Р.В.

*Астраханский государственный университет
Астрахань, Россия*

Изменение показателей здоровья напрямую связано с экологической обстановкой и характеризуется рядом негативных тенденций: ростом заболеваемости с временной утратой трудоспособности, увеличением смертности и т.д. Органы дыхания – первые «входные ворота», принимающие на себя основную часть химических загрязнителей. Частота расстройств дыхательной системы, по данным разных авторов, колеблется в пределах 4,2 - 85 %.

Вопросы состояния дыхательной системы при воздействии промышленных поллютантов до настоящего времени изучены не в полной мере, носят фрагментарный, несистематизированный, порою противоречивый характер. В связи с этим, они являются крайне актуальными в биологии и медицине. Ситуация усложняется тем, что хронические эффекты экотоксикантов неспецифичны. Результатом такого действия может быть воспаление полости носа, горла, снижение легочной функции. Различна и глубина патогенетических

процессов при воздействии внешнесредовых факторов и нередко определяется глубиной материальных ресурсов тканей и органов. Повреждения наступают тогда, когда все механизмы защиты и адаптации задействованы, а резервы использованы.

В подавляющем количестве публикаций морфологические и функциональные изменения органов дыхательной системы рассматриваются в рамках сформировавшегося профессионального заболевания. Поэтому и описания морфологической картины изменений в дыхательной системе при действии того или иного техногенного загрязнителя, чаще соответствуют патоморфологическим критериям. Ощущается дефицит работ по выявлению доболезненных морфофункциональных признаков. Обращает на себя внимание тот факт, что углубленное обследование дыхательной системы у работников промышленных предприятий осуществляется при наличии у них соответствующих жалоб. Тогда как удельный вес обратившихся за помощью не превышает 30 %. Вместе с тем, в подавляющем большинстве случаев, вне зависимости от обращаемости работников за специализированной помощью, наблюдаются морфологические и функциональные нарушения верхних и нижних дыхательных путей различной степени выраженности. Вероятно, это связано с объективными сложностями. Одновременно отмечается некоторая «однобокость» при выявлении факторов риска формирования экологически обусловленных нарушений здоровья. Лишь в единичных работах учитывается влияние и других вредностей (влажности воздуха в производственном помещении, воздействия шума, вибрации, метеорологических условий).

К сожалению, все прилагаемые усилия по профилактике и выявлению заболеваемости дыхательной системы у лиц, занятых на производстве, существенно не влияют на снижение показателей состояния здоровья. Причинами сложившихся обстоятельств являются не только условия труда (часто химические агенты и их продукты превышают предельно допустимые концентрации в несколько раз), организация и качество медицинского обслуживания, но и отсутствие единых теоретико-методологических подходов в диагностике расстройств дыхательной системы в морфофункциональном контексте.

Таким образом, вопросы морфогенеза расстройств органов дыхательной системы изучены недостаточно. В этой связи актуальность исследования морфофункциональных особенностей дыхательной системы при воздействии техногенных факторов не вызывает сомнений.