



¹ Бакирский
государственный
медицинский
университет

² Республиканский
клинический госпиталь
ветеранов войн

³ Академия наук
Республики
Баикортостан

Приверженность лечению ветеранов боевых действий с цефалгией и стационарных пациентов терапевтического блока

В.С. Валиев^{1,2}, Л.Р. Ахмадеева, д.м.н., проф.^{1,3}, А.Х. Трегубова, к.ф.-м.н.¹,
А.А. Амирханова¹, А.И. Ахметзянова¹, Д.А. Ветошкина¹, Э.Ф. Киреева, к.м.н.¹,
А.С. Рахматуллин, к.м.н.²

Адрес для переписки: Лейла Ринатовна Ахмадеева, Leila_ufa@mail.ru

Для цитирования: Валиев В.С., Ахмадеева Л.Р., Трегубова А.Х. и др. Приверженность лечению ветеранов боевых действий с цефалгией и стационарных пациентов терапевтического блока. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (34): 22–26.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-34-22-26

Приверженность лечению – одна из важных составляющих успеха терапии. В настоящее время число участников боевых действий с травмами, требующих медицинской помощи в условиях стационара, увеличивается.

Цель – оценить приверженность лечению стационарных пациентов различных категорий: ветеранов боевых действий с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и головной болью, пациентов стационара, не принимавших участия в боевых действиях, с болевыми и неболевыми формами заболеваний соматического либо неврологического профиля.

Материал и методы. Исследование проведено в стационарах двух клинических баз Уфы – в Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн (РКГВВ) и клинике Бакирского государственного медицинского университета (КБГМУ). Опрос пациентов осуществлялся с применением шкалы комплаентности Мориски – Грина. Всего в исследование включены данные 155 пациентов средней возрастной группы (56 мужчин из РКГВВ и 99 (55 мужчин и 44 женщины) из КБГМУ). Все пациенты дали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Группы формировались в зависимости от наличия и давности болевого синдрома.

Результаты. Пациенты КБГМУ с хронической болью оказались более приверженными терапии и внимательнее относились к рекомендациям врача (средний балл по шкале Мориски – Грина – $2,41 \pm 0,19$), чем пациенты без болевых ощущений (средний балл по шкале Мориски – Грина – $2,37 \pm 0,16$). Однако различия между группами статистически незначимы ($p = 0,87$). Среди участников боевых действий из РКГВВ статистически значимых различий между подгруппами (впервые госпитализированные после ЧМТ и длительно наблюдавшиеся) по приверженности лечению не установлено. Средний показатель комплаентности у них был значимо ($p = 0,004$) ниже, чем в группе КБГМУ ($1,82 \pm 0,10$).

Заключение. Несмотря на то что пациенты-ветераны были моложе и обратились за медицинской помощью по поводу боли (цефалгии), комплаентность у них, по данным исследования, была значительно ниже, чем среди пациентов, не принимавших участия в боевых действиях. Это свидетельствует о том, что пациенты – участники боевых действий представляют сложный для курации контингент и требуют тщательного и персонализированного подхода и учета психологических особенностей при формировании лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: приверженность лечению, ветеран, боль, шкала Мориски – Грина, неврологический стационар



Введение

Вопрос оказания помощи лицам молодого возраста – участникам боевых действий сегодня крайне актуален. Число таких пациентов в России увеличивается. Главный фактор, снижающий качество жизни самих пациентов и членов их семей, – головная боль. Жалобы на хроническую головную боль и головокружение являются основными у ветеранов, перенесших минно-взрывную закрытую черепно-мозговую травму (ЧМТ). Это может быть обусловлено как повреждающими факторами взрыва (ударная волна) на структуры нервной системы и лор-органов, так и психоэмоциональным стрессом [1–3].

Помощь пациентам с цефалгией, особенно хронической, в большинстве случаев должна оказываться мультидисциплинарной командой специалистов, включающей не только врачей, но и психологов, социальных работников, специалистов по физической реабилитации, медицинских сестер [4].

Согласно Международной классификации головных болей [5], головную боль подразделяют на первичную и вторичную. И та и другая наблюдается у пациентов – ветеранов боевых действий [6].

Многие отечественные и зарубежные авторы особое внимание уделяют изучению посттравматической головной боли у ветеранов вооруженных конфликтов и анализу психологических данных пациентов [6].

У ряда пациентов с острой головной болью после травмы головы и/или шеи цефалгия может трансформироваться в постоянную или купироваться. В связи с этим нерешенной задачей остается поиск предикторов подобной трансформации. Увеличение числа лиц с ограничением жизнедеятельности после прохождения службы требует изучения динамики состояния здоровья [7] и приверженности лечению.

Комплаентность, или приверженность лечению, демонстрирует уровень соответствия поведения пациента рекомендациям врача. Для ее предварительной оценки применяют ряд методов, включая простую и короткую шкалу комплаентности Мориски – Грина, разработанную в 1985 г. для оценки приверженности антигипертензивной терапии. Эксперты Всемирной организации здравоохранения определяют комплаенс как степень соответствия поведения пациента режиму применения лекарственного средства, выполнению рекомендаций по питанию или изменению образа жизни, назначениям и указаниям врача [8].

На приверженность терапии влияет множество факторов, в том числе пол, возраст, национальность, финансовые возможности, побочные эффекты лечения [9], частота приема и дозы фармакотерапевтических средств, интенсивность боли, опасения по поводу приема обезболивающих препаратов [10], терапевтический альянс [11], длительность лечения. Особого внимания заслуживают такие факторы, как финансовое состояние больного и полимедикация, обычно требующая значительных затрат [12]. Нарушение комплаентности существенно влияет на исход и увеличивает сроки лечения больного, ухудшая его состояние [13]. Не приверженные лечению пациенты требуют повышенного

внимания, более углубленного изучения причин такого поведения и принятия мер, облегчающих комплаенс и помогающих медицинскому персоналу найти подход к каждому больному.

Работая с пациентами – ветеранами боевых действий с ЧМТ и пациентами, не участвовавшими в боевых действиях, мы наблюдали различия в выполнении назначений врача и приверженности лечению. Правда, отчетливых рекомендаций, учитывающих данные различия между этими группами, в России нет. Для проверки нулевой гипотезы нами осуществлен пилотный проект. *Цель* – оценить приверженность лечению у стационарных пациентов различных категорий: ветеранов боевых действий с ЧМТ и головной болью и пациентов другого стационара (не имеющего отношения к военно-госпитальной службе), не принимавших участия в боевых действиях, с болевыми и неболевыми формами заболеваний соматического либо неврологического профиля.

Материал и методы

Все исследования, результаты которых представлены в настоящей работе, проведены в Уфе. Их участниками стали пациенты, госпитализированные в неврологическое отделение Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РКГВВ) с 2022 по 2024 г. Использовался диагностический программно-аппаратный комплекс лаборатории «Нейробюро» Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ) по программе «Приоритет 2030». Группа лиц не участвовавших в боевых действиях, была представлена больными терапевтического блока клиники БГМУ (КБГМУ).

Проанализированы данные 56 пациентов – ветеранов боевых действий в Афганистане, Чечне или участников СВО с посттравматической энцефалопатией и головной болью, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении и давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании без разглашения персональных сведений. Были сформированы две группы. В первую группу вошли 28 мужчин в возрасте 27–50 лет (медиана возраста – 34,6 [30,6; 37,9] года), получивших ЧМТ в период, не превышавший одного года (в среднем 6 [1; 12] месяцев) до настоящей (первой по поводу данного состояния) госпитализации. Вторую группу составили 28 мужчин, которые наблюдались нами ранее и были госпитализированы в неврологическое отделение РКГВВ повторно для проведения очередного планового комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Медиана возраста – 50,4 [46,1; 54,8] года. Продолжительность заболевания – 5 [1; 7] лет.

Для объективизации приверженности лечению использовалась шкала Мориски – Грина (ММАС-4). Баллы рассчитывались по классической методике интерпретации результатов данного теста по количеству отрицательных ответов: чем выше полученный суммарный балл, тем выше комплаентность. Максимальный результат, свидетельствовавший о наибольшей приверженности лечению, – 4 балла.

Группу сравнения представляли пациенты терапевтического и неврологического отделений КБГМУ, получавшие плановое обследование и лечение по поводу за-



болеваний, часть из которых сопровождалась болевым синдромом, в том числе хронической формой (продолжительность боли свыше трех месяцев).

Все пациенты проходили диагностические и лечебные мероприятия, в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, независимо от процедур и результатов данного исследования.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом БГМУ.

Всего в работу включены данные 155 пациентов средней возрастной группы с ясным сознанием, без выраженных когнитивных расстройств: 56 мужчин из РКГВВ и 99 (55 (55,6%) мужчин и 44 (44,4%) женщины) из КБГМУ.

Статистический анализ осуществлялся с использованием программы StatTech v. 4.5.0 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на соответствие нормальному распределению с помощью критерия Шапиро – Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова – Смирнова (при числе исследуемых более 50). Количественные показатели с нормальным распределением описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95%-ного доверительного интервала (ДИ). В отсутствие нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. 95% ДИ для процентных долей рассчитывали методом Клоппера – Пирсона. Сравнение двух групп по количеству

Таблица 1. Распределение по полу и наличию хронической боли в выборке пациентов КБГМУ, абс. (%)

Категория	Беспокоит ли боль в течение трех месяцев или более?		p
	Да	Нет	
Женщины	18 (46,2)	26 (43,3)	0,783
Мужчины	21 (53,8)	34 (56,7)	

Таблица 2. Результаты опроса по шкале Мориски – Грина пациентов, не участвовавших в боевых действиях и получавших лечение в КБГМУ

Вопрос	Ответ	% респондентов	95% ДИ
Беспокоит ли боль в течение трех месяцев или более?	Да	39	29,7–49,7
	Нет	61	50,3–70,3
Вы когда-нибудь забывали принимать лекарства?	Да	42	32,5–52,8
	Нет	58	47,2–67,5
Не относились ли вы невнимательно к часам приема препаратов?	Да	53	42,2–62,7
	Нет	47	37,3–57,8
Если вы чувствуете себя лучше, вы прекращаете прием препаратов?	Да	35	26,0–45,6
	Нет	65	54,4–74,0
Если вы чувствуете себя плохо после приема препаратов, вы пропускаете следующий прием?	Да	32	23,3–42,5
	Нет	68	57,5–76,7

венному показателю с нормальным распределением при неравных дисперсиях выполнялось на основании t-критерия Уэлча, сравнение по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, – с помощью U-критерия Манна – Уитни. Процентные доли при анализе многопольных таблиц сопряженности сравнивали исходя из критерия Пирсона χ^2 . Апостериорные сравнения проводили исходя из критерия Пирсона χ^2 с поправкой Холма. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$

Результаты

Из 99 пациентов КБГМУ 39 (39,4%) испытывали постоянную боль на протяжении последних трех месяцев и более, 60 (60,6%) не указывали на наличие боли. Количество мужчин и женщин с хронической болью и без нее в изучаемой выборке было сопоставимо (табл. 1).

Описательная статистика категориальных переменных по результатам опроса по шкале Мориски – Грина среди пациентов КБГМУ представлена в табл. 2. Приверженными лечению считались пациенты, получившие 3 балла и более, неприверженными – 2 балла и менее [14]. В выборке пациентов КБГМУ количество приверженных (49,5%) и неприверженных (50,5%) было сопоставимо.

Проанализирована приверженность лечению в зависимости от наличия хронической боли. Из 99 опрошенных 39,4% отмечали хронические болевые ощущения в течение последних трех месяцев и более, 60,6% на боль не жаловались. Прямой зависимости между повышением приверженности лечению и хроническими болевыми ощущениями не выявлено. Среди лиц с хронической болью 15,4% имели максимальную приверженность лечению. Самая многочисленная категория пациентов с болевыми ощущениями – больные, набравшие 3 балла по шкале Мориски – Грина, то есть недостаточно приверженные лечению (43,6%).

Пациенты без хронической боли отличались наименьшей комплаентностью: 36,7% из них (0 баллов по шкале Мориски – Грина) – пациенты, абсолютно не приверженные лечению.

Не приверженными лечению (2 балла по шкале Мориски – Грина) из пациентов без боли среди обследованных в КБГМУ оказались 40%. Среди пациентов с хронической болью – 43,6% относительно комплаентные больные (3 балла по шкале Мориски – Грина), находившиеся в группе риска по некомплаентности.

Пациенты КБГМУ с хронической болью продемонстрировали более высокую приверженность терапии и внимательнее относились к рекомендациям врача (средний балл по шкале Мориски – Грина – $2,41 \pm 0,19$), чем пациенты без болевых ощущений (средний балл по шкале Мориски – Грина – $2,37 \pm 0,16$). Однако различия между группами статистически незначимы ($p = 0,87$).

При анализе комплаентности в зависимости от пола из пациентов КБГМУ несколько более приверженными лечению оказались мужчины (66,7%), что соотносится с данными других авторов. Например, в исследовании Н.А. Варфоломеевой и соавт. более высокая приверженность лечению отмечалась у мужчин – 57,1% [15].



Однако при статистическом сравнительном анализе с использованием критерия Пирсона χ^2 нам не удалось выявить значимых различий ($p = 0,909$) в отношении приверженности лечению между мужчинами и женщинами.

Пациенты – ветераны боевых действий с ЧМТ, проходившие стационарное лечение в отделении неврологии РКГВВ по поводу головной боли, были обследованы и опрошены по той же методике. Данные 28 мужчин, получивших ЧМТ и впервые обратившихся за медицинской помощью, о влиянии головной боли на жизнь, полученные с помощью опросника НИТ-6 (Headache Impact Test – 6), значимо превышали таковые 28 мужчин с ЧМТ, ранее наблюдавшихся по поводу головной боли. Это свидетельствует о более тяжелом влиянии цефалгии на повседневную активность (табл. 3). Тем не менее приверженность лечению в этих группах, оцененная по шкале Мориски – Грина, была схожей. Статистически значимых различий при анализе не выявлено ($p = 0,087$). Средний показатель комплаентности у ветеранов боевых действий в исследовании был значимо ($p = 0,004$) ниже, чем в группе пациентов КБГМУ, – $1,82 \pm 0,10$ балла из четырех возможных. Это говорит об их меньшей приверженности лечению и менее четком выполнении назначений врача.

Обсуждение

Согласно отечественным и зарубежным данным, комплаентность при различных заболеваниях составляет 20–57% [16]. В литературе обозначены две группы не приверженных терапии пациентов – переоценивающих и недооценивающих применение лекарственных препаратов. Недооценивающих больше (31% амбулаторных, 23% госпитализированных). Вероятно, это связано с побочными эффектами, которые неизбежны при любой фармакотерапии [8]. Нонкомплаентность может отмечаться на фоне злоупотребления медикаментозными средствами и ассоциируется с интенсивностью боли, употреблением опиоидов, количеством выписанных анальгетиков, злоупотреблением наркотиками в прошлом, курением. Несоблюдение схемы приема анальгетических средств распространено среди пациентов с хронической болью [9].

На комплаентность в большой степени влияют психологические факторы [10]. Это связано с тем, что комплаентность не только следствие контакта между врачом и пациентом. Роль врача не ограничивается односторонним высказыванием рекомендаций, а роль пациента – их односторонним восприятием. Комплаентность зави-

Таблица 3. Анализ влияния головной боли на повседневную активность (оценка с помощью НИТ-6) в зависимости от длительности заболевания у ветеранов боевых действий – пациентов РКГВВ (t-критерий Уэлча)

Группа	Индекс влияния головной боли (НИТ-6)			p
	M ± SD	95% ДИ	n	
Первая	68,68 ± 1,56	68,07–69,29	28	< 0,001*
Вторая	49,71 ± 5,87	47,44–51,99	28	

* Различия статистически значимы ($p < 0,05$).

сит также от уровня соблюдения рекомендаций врача и непрерывности курса их выполнения пациентом [16]. Несмотря на то что пациенты-ветераны были моложе, у них имела место боль (цефалгия), которая влияла на их повседневную активность и по поводу которой они обратились за медицинской помощью, комплаентность у них, по данным исследования, была значительно ниже, чем у пациентов, не принимавших участия в боевых действиях.

Заключение

Пациенты – участники боевых действий представляют сложный для курации контингент и требуют тщательного и персонализированного подхода и учета низкой приверженности лечению, а также психологических особенностей при формировании лечебно-реабилитационных программ.

Ограничения исследования

Детальный анализ клинических состояний, по поводу которых пациенты получали стационарную помощь, не входил в задачи исследования. Основной задачей был анализ общей картины. В связи с этим ряд конфаундинг-факторов мог повлиять на результаты работы. Ориентировочная шкала Мориски – Грина не дает высоких показателей чувствительности и специфичности, по данным предыдущих исследований на других выборках больных. Но в представленном пилотном исследовании в качестве короткого и валидного инструмента для количественной оценки комплаентности была выбрана именно она. Пациенты – ветераны боевых действий представляют особую категорию больных, психологический профиль и установки которых тщательно изучаются. В настоящей работе не применялись методы, подтверждающие честность ответов (аналогичные шкалам лжи). Исследования в данном направлении с анализом большего количества деталей должны быть продолжены. *

Литература

1. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов. Екатеринбург: Издательство Уральской государственной медицинской академии, 2009; 324.
2. Kozminski M. Combat-related posttraumatic headache: diagnosis, mechanisms of injury, and challenges to treatment. J. Am. Osteopath. Assoc. 2010; 110 (9): 514–519.
3. Halbauer J.D., Ashford J.W., Zeitzer J.M., et al. Neuropsychiatric diagnosis and management of chronic sequelae of war-related mild to moderate traumatic brain injury. J. Rehabil. Res. Dev. 2009; 46 (6): 757–796.
4. Ахмадеева Л.Р., Липатова Е.Е., Закирова Э.Н. и др. Головные боли и тревога у учащейся молодежи и пациентов, обращающихся к неврологам. Российский журнал боли. 2011; 2 (31): 27.



5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalgia. 2018; 38 (1): 1–211.
6. Ахмадеева Л.Р., Валиев В.С., Парсамян Р.Р. и др. Цефалгия у ветеранов боевых действий, перенесших черепно-мозговую травму. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (38): 12–16.
7. Formisano R., Bivona U., Catani S., et al. Post-traumatic headache: facts and doubts. J. Headache Pain. 2009; 10 (3): 145–152.
8. Kipping K., Maier C., Bussemas H.H., et al. Medication compliance in patients with chronic pain. Pain Physician. 2014; 17: 81–94.
9. Timmerman L., Stronks D.L., Groeneweg J.G., et al. Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. Acta Anaesthesiol. Scand. 2016; 60 (4): 416–431.
10. Moore A.J., Holden M.A., Foster N.E., et al. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. J. Physiother. 2020; 66 (1): 45–53.
11. Лазарева И.А., Выставкина А.В. Аспекты, влияющие на приверженность пациентов к лечению заболеваний различной этиологии. Фармакология разных стран. Сборник научных трудов. 2023; 33–35.
12. Andersson V., Bergman S., Hénoch I., et al. Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: a cross-sectional study from Sweden. BMC Pediatr. 2022; 22 (1): 252.
13. Новикова И.А., Попов В.В. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных. Медицинская психология в России. 2015; 6 (35) // mprj.ru (дата обращения – 26.06.2024).
14. Койчубей А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013; 8 (3): 65–69.
15. Варфоломеева Н.А., Бушкова Э.А., Сыдыкова Л.А. и др. Приверженность фармакотерапии при сахарном диабете второго типа в РС(Я). Вестник СВФУ. 2013 // cyberleninka.ru/article/n/priverzhennost-farmakoterapii-pri-saharnom-diabete-vtorogo-tipa-v-rs-ya (дата обращения – 26.06.2024).
16. Сандаков Я.П., Кочубей А.В. Комплаентность больных, находящихся под диспансерным наблюдением. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27 (2).

Compliance with Treatment in Combat Veterans with Cephalgia and Inpatients of the Somatic Wards

V.S. Valiev^{1,2}, L.R. Akhmadeeva, PhD, Prof.^{1,3}, A.Kh. Tregubova, PhD¹, A.A. Amirkhanova¹, A.I. Akhmetzyanova¹, D.A. Vetoshkina¹, E.F. Kireeva, PhD¹, A.S. Rakhmatullin, PhD²

¹ Bashkir State Medical University

² Republican Clinical Hospital for War Veterans

³ Academy of Sciences of the Republic of Bashkortostan

Contact person: Leila R. Akhmadeeva, Leila_ufa@mail.ru

Compliance (adherence) to treatment is one of the important components of success therapy. In the modern world, the number of people who took part in military operations, received injuries and receive medical care in a hospital setting is growing. The aim of this work is to assess compliance with treatment in inpatients of various categories: combat veterans who have suffered a traumatic brain injury and complain of headaches, and inpatients who have not participated in combat operations with painful and non-painful forms of various somatic or neurological diseases.

Material and methods. The study was conducted in two hospitals in Ufa: the Republican Clinical Hospital of War Veterans (RCHWV) and the clinic of the Bashkir State Medical University (CBSMU). All patients were interviewed using the Morisky-Green compliance scale. We examined 155 patients of the middle age group: 56 male patients from CBSMU and 99 (55 men and 44 women) patients from RCHWV, who gave informed voluntary consent to participate in the study and were divided into subgroups depending on the presence and duration of pain.

Results. Patients at the CBSMU suffering from chronic pain were somewhat more committed to therapy and listened more attentively to the doctor's recommendations (average score on the Morisky – Green scale – 2.41 ± 0.19) than patients who did not experience pain (average score on the Morisky – Green scale – 2.37 ± 0.16), but the differences between the subgroups were statistically insignificant ($p = 0.87$). Among the combat veterans from the RCHWV, statistically significant differences between patients of the two subgroups (those hospitalized for the first time after a traumatic brain injury and those observed for a long time) in terms of compliance with treatment were not obtained, and their average compliance rate was significantly ($p = 0.004$) lower than in the group from CBSMU (1.82 ± 0.10).

Conclusion. Despite the fact that the sample of veteran patients was younger in age, and all these patients had pain (cephalgia), for the treatment of which they sought medical help, their compliance with treatment, according to this study, was significantly lower than in the group of patients who did not participate in combat operations. This indicates that patients who participated in combat operations represent a difficult contingent to manage and require an even more thorough and personalized approach and consideration of their psychological characteristics when planning their management programs than patients in other hospitals.

Keywords: compliance, veteran, pain, Morisky – Green scale, neurological hospital