

visual acuity is related to the parafoveal density of deep vessels ( $r = -0.340$ ,  $p = 0.010$ ). In rhegmatogenous retinal detachment with macular detachment, the best-corrected visual acuity is associated with the foveal density of superficial vessels ( $r = -0.451$ ,  $p = 0.005$ ) and the parafoveal density of deep vessels ( $r = -0.418$ ,  $p = 0.010$ ). When comparing retinal vessels after successful repair of rhegmatogenous retinal detachment without macular detachment and with macular detachment, both study groups had lower vessel density compared to paired eyes ( $r = -0.402$ ,  $p = 0.006$ ).

DOI 10.31718/2077-1096.22.3.4.61

УДК: 616.33/34-002.44-005.1-08

*Іващенко Д.М., Дудченко М.О., Кравців М.І., Шевчук М.П.,  
Прихідько Р.А., Заєць С.М., Зезекало Є.О.*

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ**

Полтавський державний медичний університет

*На даний час ендоскопічний гемостаз є основним методом зупинки кровотечі та профілактики його рецидиву у хворих з гастродуоденальною виразковою кровотечею, але дотепер відсутня єдина думка про перевагу того чи іншого способу ендоскопічного гемостазу. Зараз, на думку багатьох фахівців, рецидив виразкової кровотечі вже не є абсолютним показанням до оперативного лікування, особливо у осіб з важким соматичним статусом, а служить показанням до повторного ендоскопічного гемостазу. Метою дослідження було порівняння ефективності різних способів ендоскопічного гемостазу у профілактиці рецидиву виразкової кровотечі, а також вивчення доцільності повторного ендоскопічного гемостазу при рецидиві кровотечі. Дослідження базується на аналізі лікування 268 пацієнтів з клінікою шлунково-кишкової кровотечі, які були ургентно доставлені та госпіталізовані в хірургічні відділення. Первинний ендоскопічний гемостаз був проведений 142 (52,9%): аргоноплазмову коагуляцію використовували у 56 (39,5%) спостереженнях, ін'єкційний метод – у 47 (33%), їх комбінацію – у 39 (27,5%) спостережень. Згідно даних дослідження більша частина рецидивів – 34 (51,5%) – виникла протягом 1-ї доби після надходження до стаціонару. Вивчення ймовірності виникнення рецидиву кровотечі в залежності від початкової інтенсивності (Forrest) визначило, що частота розвитку рецидиву статистично більша при класі I-A і I-B, ніж при II-A і II-B. З 66 хворих з рецидивом кровотечі ефективний повторний гемостаз виконаний у 51 (77,3%). При цьому ефективність ін'єкційного методу становила 60%, аргоноплазмової коагуляції – 81,4%, комбінованого методу – 94,7%. За результатами можна стверджувати, що при рецидиві кровотечі повторний ендоскопічний гемостаз є доволі вагомою альтернативою оперативному лікуванню, особливо у хворих із тяжкими соматичними захворюваннями. Застосування при рецидивах кровотечі ендоскопічного повторного гемостазу дозволяє достовірно знизити летальність з 28 до 13,6%.*

Ключові слова: кровотеча, виразка, ендоскопія, гемостаз, коагуляція  
Джерела фінансування: за власний рахунок.

### **Вступ**

На даний час ендоскопічний гемостаз є основним методом зупинки кровотечі та профілактики його рецидиву у хворих з гастродуоденальною виразковою кровотечею [2]. Застосування різних способів ендоскопічного гемостазу дозволяє у 80-98% хворих здійснити зупинку виразкової кровотечі та попередити її рецидив у 70-80% спостережень [1]. Тим часом післяопераційна летальність у групі хворих з тяжкою кровотечею залишається високою, варіюючи від 15 до 50%, а при рецидиві кровотечі досягаючи 30-80%. На даний час відсутня єдина думка про перевагу того чи іншого способу ендоскопічного гемостазу при виразковій гастродуоденальній кровотечі [3]. При всьому різноманітті ендоскопічних втручань жодна з них не позбавлена недоліків та обмежень. Сумніви в перевагах будь-якого способу ендоскопічного гемостазу висловлюють багато хірургів, які вважають, що всі ендоскопічні методи мають рівні можливості щодо зупинки та

профілактики рецидивів виразкової кровотечі, а також рівним ступенем безпеки. У той самий час комбінований гемостаз, зазвичай, ін'єкційний, разом із тепловим чи механічним впливом більшість авторів вважають найбільш ефективним, попри відсутність достовірних статистичних доказів [6].

Використання комплексу сучасних методів лікування підводить нас до перегляду тактики під час лікування цієї групи хворих. На думку ряду хірургів, рецидив виразкової кровотечі не є абсолютним показанням до оперативного лікування, особливо у осіб з важким соматичним статусом, а служить показанням до повторного ендоскопічного гемостазу та інших доступних способів зупинки та запобігання цьому ускладненню (наприклад ангіографічна емболізація) [4, 5]. Разом з тим аналіз літератури не дає однозначної відповіді на питання про переваги та недоліки різних тактичних підходів при лікуванні хворих на виразкову гастродуоденальну кровотечу.

### Мета дослідження

Порівняння ефективності різних способів ендоскопічного гемостазу у профілактиці рецидиву виразкової кровотечі, а також вивчення доцільності повторного ендоскопічного гемостазу при рецидиві кровотечі.

### Матеріали і методи

Дослідження базується на аналізі лікування 268 пацієнтів з клінікою шлунково-кишкової кровотечі, які були ургентно доставлені та госпіталізовані в хірургічні відділення КП «2-а МКЛ ПМР» та КП «3-я МКЛ ПМР» в 2019-2022 рр. Первинний ендоскопічний гемостаз був проведений 142 (52,9%) пацієнтам з виразковою гастродуоденальною кровотечею, у 126 (47,1%) хворих показань до проведення первинного ендоскопічного гемостазу не виявили.

Для оцінки виразкової кровотечі використовували ендоскопічну класифікацію J. Forrest (1974). З ознаками струменевої кровотечі (FIA), що триває, було 34 (12,6%) хворих, з капілярною кровотечею, що продовжується, у вигляді дифузного просочування (FIB) – 71 (26,5%). Кровотеча у вигляді кукси тромбованої судини на дні виразкового дефекту (FIIA) мала місце у 96 (35,8%), виразковий дефект, дно якого було виконано тромбом-згустком (FIIB), - у 61 (22,7%), відкладення солянокислого гематину на дні виразки (FIIC) – у 6 (2,2%) хворих. Встановити джерело кровотечі через його масивність при первинній ФЕГДС не вдалося у 2 з 105 хворих на кровотечу типу Forrest I. Ще в 3 спостереженнях не вдалося здійснити ендоскопічний гемостаз у зв'язку з масивністю кровотечі. При цьому в 2-х спостереженнях використовували ін'єкційний метод і в одному аргоноплазмову коагуляцію. Усі 5 хворих були екстрено оперовані та досліджувану групу не увійшли. Таким чином, успішно виконати первинний гемостаз з метою зупинки кровотечі або як його профілактика первинним ендоскопічним гемостазом вдалося в 96,4% спостережень. З тих хворих (142), у яких були показання до ендоскопічного гемостазу, у 78 (54,9%) спостереженнях джерело кровотечі локалізувалося у шлунку, у 64 (45,1%) – у дванадцятипалій кишці.

При локалізації виразкового процесу в цибулини дванадцятипалої кишки у 46 пацієнта з 64 (71,8%) хворих на джерело кровотечі була передня стінка, при локалізації в шлунку у 64 з 78 (82 %) – мала кривизна та тіло шлунка. Кровотечу з гострих виразок шлунка виявили у 58 (21,6%) хворих, із гострих виразок дванадцятипалої кишки – у 42 (15,7%). При хронічних виразках джерело кровотечі локалізувалося у шлунку у 101 (37,7%) пацієнта, у дванадцятипалій кишці – у 67 (25%). При проведенні первинного ендоскопічного гемостазу для зупинки кровотечі аргоноплазмову коагуляцію використовували у 56 (39,5%) спостереженнях, ін'єкційний метод – у 47 (33%), їх комбінацію – у 39 (27,5%) спостере-

жень. Комбінований ендоскопічний гемостаз здійснювали шляхом початкової інфільтрації паравазальної та параульцерозної зон введенням склерозантів (розчин адреналіну, етоксисклерол, 70% розчин етилового спирту) в підслизовий шар стінки органу, відступивши на 1-2 мм. За статевим, віковим складом, тяжкістю стану (за SAPS II), ендоскопічними ознаками виразкової кровотечі (Forrest), ймовірністю рецидиву кровотечі (за шкалами прогнозу рецидиву кровотечі), пацієнти, в яких використовували різні способи первинного ендоскопічного гемостазу, не мали статистично значущої різниці. Після успішно виконаного ендоскопічного гемостазу відновлювали крововтрату, проводили комплексну медикаментозну противиразкову, гемостатичну терапію, динамічну ФЕГДС. Як антисекреторну терапію використовували інгібітори протонної помпи, що вводяться в дозі 80 мг болюсно з наступною постійною інфузією 8 мг/год протягом мінімум 3 діб. Під рецидивом кровотечі мали на увазі його відновлення після спонтанної або первинної ендоскопічної зупинки. У наших дослідженнях рецидив виразкової кровотечі у стаціонарі був відзначений у 66 (24,6%) з 268 хворих, у лікуванні яких використовували різні способи ендоскопічного гемостазу. Летальність у цій групі хворих становила 13,6%. Для дослідження відмінностей між групами їх попарно порівнювали з використанням критерію Пірсона (програма Statistica 7.0). Відмінності вважали статистично достовірними при  $p < 0,05$ .

### Результати і обговорення

Згідно даних дослідження більша частина рецидивів – 34 (51,5%) – виникла протягом 1-ї доби після надходження до стаціонару або від моменту проведення первинного ендоскопічного гемостазу. На 2 добу перебування у стаціонарі рецидив відзначений у 18 (27,3%) пацієнтів. На 3 добу – рецидив у 11 (16,7%) хворих. У 3-х пацієнтів (4,5%) від моменту надходження до рецидиву пройшло більше 72 год.

Вивчення ймовірності виникнення рецидиву кровотечі в залежності від початкової інтенсивності (Forrest) визначило, що частота розвитку рецидиву статистично більша при FIA і FIB, ніж при FIIA і FIIB ( $p = 0,0001$ ). При використанні комбінованого методу первинної коагуляції рецидиву кровотечі після зупинки активної кровотечі (FIA та FIB) спостерігаються статистично рідше (24%) порівняно з ін'єкційним методом (41% при  $p = 0,01$ ), аргоноплазмовій коагуляції (35% при  $p = 0,01$ ).

У той же час при порівнянні частоти виникнення рецидивів у групі з кровотечею, що відбулася (FIIA і FIIB) при застосуванні різних методів гемостазу статистичної різниці не виявлено ( $p > 0,05$ ). Таким чином, використання комбінації методів первинного гемостазу при кровотечі, що триває (FIA і FIB) є найбільш ефективним (статистично значущим) в порівнянні з іншими окре-

мо взятими способами гемостазу.

Зі 66 хворих з рецидивом кровотечі ефективний повторний гемостаз виконаний у 51 (77,3%). У 15 (22,7%) спостереженнях, в яких після повторного гемостазу зберігалися ознаки вкрай високого ризику рецидиву кровотечі або кровотечу зупинити не вдалося, було здійснено операцію.

Показанням до невідкладного оперативного лікування вважали неможливість зупинки ендоскопії при рецидиві кровотечі інтенсивністю FIA і FIB. Показанням до термінового оперативного втручання була кровотеча, що відбулася, з ознаками нестійкого гемостазу FIIA і FIIB (за систе-

мою прогнозу рецидиву кровотечі 21 бал і більше) при тяжкості стану хворих менше 30 балів за шкалою SAPS II. Рецидив кровотечі при тяжкості стану хворого вище 30 балів за шкалою SAPS II був показанням до повторного проведення ендоскопічного гемостазу, а показання до оперативного втручання ставили тільки при неможливості зупинки кровотечі іншими способами. Зі 66 пацієнтів з ознаками рецидивної кровотечі померли 9 (13,6%), при цьому із 15 оперованих хворих померли 5 (33,3%).

Ефективність різних способів гемостазу при рецидиві кровотечі представлена на рис. 1.

### Ефективність гемостазу при рецидиві кровотечі

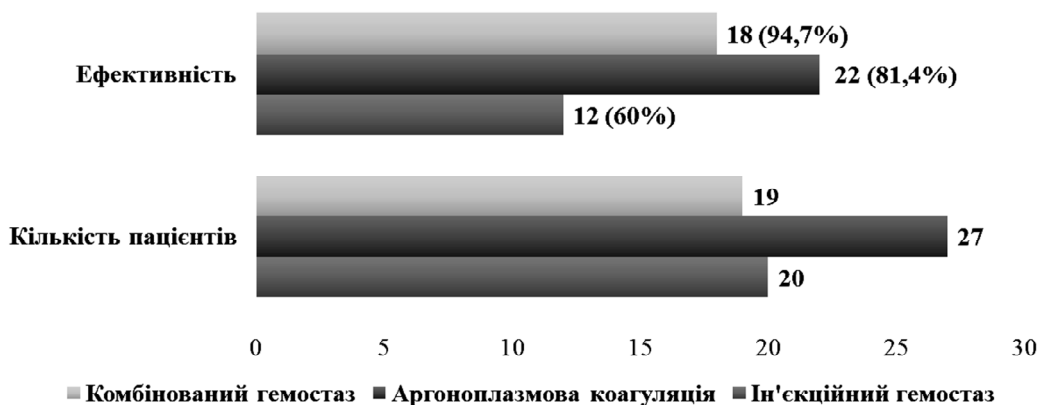


Рис. 1 – Ефективність гемостазу при рецидиві кровотечі

З цього маємо висновок, що найефективнішим при рецидивах кровотечі був комбінований ендоскопічний гемостаз. Найменшу ефективність та більшу кількість летальних наслідків спостерігали після виконання ін'єкційного гемостазу. Ефективність ін'єкційного методу становила 60%, аргонплазмозової коагуляції – 81,4%, комбінованого методу – 94,7%.

Статистичний аналіз показав, що найбільшою ефективністю для зупинки рецидивної кровотечі комбінований метод має лише порівняно з ін'єкційним методом ( $p < 0,05$ ). При порівнянні комбінованого методу з аргонплазмозовою коагуляцією нами не виявлено статистично значущої переваги щодо ефективності жодного з цих методів ( $p > 0,05$ ). З метою проведення порівняльної оцінки результатів лікування залежно від обраної тактики хворих було поділено на дві групи. У першій групі (36 хворих) показанням до оперативного втручання був рецидив кровотечі незалежно від того, чи був або не був проведений ендоскопічний гемостаз з метою зупинки рецидиву кровотечі. У другій групі (66 хворих) при рецидиві кровотечі робили спробу повторного, а в деяких випадках і неодноразового ендоскопічного гемостазу, що призвело до остаточної зупинки кровотечі. Тільки неефективний ендоскопічний гемостаз був показанням до невідкладної операції.

Безпосередні результати вивчення ефективності гемостазу, оперативної активності та летальності дають нам уявлення про те, що результати лікування при використанні повторного ендоскопічного гемостазу достовірно краще (летальність 13,6%), ніж при активній тактиці (летальність 28%) ( $p < 0,05$ ). Таким чином, проведення повторного ендоскопічного гемостазу при рецидиві кровотечі та відмова від операції у разі успіху дозволяють також знизити летальність від гострої крововтрати в 2 рази. Переваги подібної тактики перед оперативним втручанням особливо добре видно при порівнянні результатів лікування хворих з тяжким соматичним статусом (оцінка SAPS II 17 балів і вище). При використанні повторного гемостазу при рецидиві кровотечі у 42 хворих із SAPS II вище 17 балів померло 6 (14,2%) з них, тоді як у групі з 24 оперованих хворих (SAPS II вище 17) – померло 9 (37,5%). Таким чином, застосування повторного ендоскопічного гемостазу призвело до статистично достовірного зниження летальності (при балах SAPS II від 17 до 20  $p = 0,05$ , при балах  $\geq 20$   $p = 0,02$ ). Таким чином можна стверджувати, що ендоскопічний гемостаз – основний метод зупинки та профілактики рецидиву кровотечі у хворих з гастроудоденальними виразками. При цьому жоден із способів ендоскопічного гемостазу не є абсолютно надійним, що пов'язано з

вираженими деструктивними процесами в стінці шлунка або дванадцятипалої кишки, що продовжують посилюватись після будь-якого варіанту ендоскопічної зупинки кровотечі. Крім того, при геморагічному шоці тривалий час зберігаються метаболічні порушення, що є ще однією причиною рецидивів кровотеч.

### Висновки

Результати нашого дослідження показують, що найменша ефективність при рецидивних кровотечениях відзначена при застосуванні ін'єкційного гемостазу, у всіх інших випадках ми не виявили статистично достовірної переваги жодного з методів. Водночас використання комбінованого методу дозволяє статистично достовірно знизити ймовірність розвитку рецидиву кровотечі за його початкової інтенсивності FIA та FIB. У більшості пацієнтів з рецидивом виразкової кровотечі друга спроба ендоскопічного гемостазу виявляється ефективною, що дає можливість не проводити оперативне лікування терміново. Подібна тактика, особливо у хворих похилого та старечого віку, а також тих, що мають тяжкі супутні захворювання, дозволяє знизити летальність, у тому числі від гострої крововтрати. Грамотне та швидке відновлення об'єму циркулюючої крові, корекція ускладнень крововтрати, а також використання інгібіторів протонної помпи є обов'язковими компонентами лікування хворих на виразкову кровотечу. Отже, при рецидиві кровотечі повторний ендоскопічний гемостаз є реальною альтернативою оперативному лікуванню, особливо у хворих з тяжкими соматичними захворюваннями. Роль оперативних втручань при виразковій кровотечі зменшується і, безумовно, зменшуватиметься у наступні роки. Оперативне лікування, на нашу думку, будуть проводити лише у випадку, якщо не вдалося зупинити кровотечу будь-якими іншими способами.

пінити кровотечу будь-якими іншими способами.

Таким чином, при активній кровотечі (FIA та FIB) виявлено статистично достовірно меншу частоту рецидивів після застосування комбінованого ендоскопічного гемостазу порівняно з іншими методами гемостазу. При кровотечі, що відбулася (FIIA, FIIB, FIIC) результати при комбінованому гемостазі краще, ніж при використанні інших методів, проте цей висновок не підтверджений статистичними даними. Ефективність ін'єкційного методу у лікуванні рецидиву кровотечі становила 60%, аргонплазмової коагуляції – 81,4%, комбінованого гемостазу – 94,7%. Відмінності статистично достовірні лише для ін'єкційного методу гемостазу. При рецидиві кровотечі повторний ендоскопічний гемостаз є доволі вагомою альтернативою оперативному лікуванню, особливо у хворих із тяжкими соматичними захворюваннями. Застосування при рецидивах кровотечі ендоскопічного повторного гемостазу дозволяє достовірно знизити летальність з 28 до 13,6%.

### Література

1. Elmunzer BJ, Young SD, Inadomi JM, Schoenfeld P, Laine L. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol.* 2008 Oct;103(10):2625-32.
2. Fujishiro M, Ikeda Y. Re-bleeding after endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: is enough said or are other factors important? *Dig Dis Sci.* 2016 Jun;61(6):1424-5.
3. Hreinsson JP, Jonsson A, Bjornsson ES. Acute upper gastrointestinal bleeding: a population-based, five-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol.* 2021 Jan;56(1):1-5.
4. Kubota Y, Yamauchi H, Nakatani K, et al. Factors for unsuccessful endoscopic hemostasis in patients with severe peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol.* 2021 Dec;56(12):1396-1405.
5. Olivarez-Bonilla M, García-Montano AM, Herrera-Arellano A. Upper gastrointestinal hemorrhage re-bleeding risk according to the Glasgow-Blatchford scale: a triage tool. *Gac Med Mex.* 2020;156(6):493-498.
6. Tanabe S. Endoscopic hemostasis for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2022 May;34 Suppl 2:61-63.

### Summary

PECULIARITIES OF TACTICS USING ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN RECURRENT GASTROINTESTINAL BLEEDING

Ivashchenko D.M., Dudchenko M.O., Kravtsov M.I., Shevchuk M.P., Prykhidko R.A., Zaiets S.M., Zezekalo Y.O.

Key words: bleeding, ulcer, endoscopy, haemostasis, coagulation.

At present, endoscopic haemostasis is the main method to arrest bleeding and to prevent its recurrence in patients with gastroduodenal ulcer bleeding, but there is still no consensus on the superiority of one or another method of endoscopic haemostasis. Now, according to many specialists, the recurrence of ulcer bleeding is no longer an absolute indication for surgical treatment, especially in individuals with severe somatic diseases, but serves as an indication for repeated endoscopic haemostasis. The purpose of the study was to compare the effectiveness of different methods of endoscopic haemostasis in the prevention of ulcer bleeding recurrence, as well as to study the feasibility of repeated endoscopic haemostasis in case of bleeding recurrence.

The study is based on the analysis of the treatment of 268 patients with gastrointestinal bleeding who were urgently admitted to surgical departments. Primary endoscopic haemostasis was performed in 142 (52.9%) cases: argon plasma coagulation was used in 56 (39.5%) observations, the injection method was used in 47 (33%) observations, and their combination was used in 39 (27.5%) observations. According to the research data, the majority of recurrences, 34 (51.5%) cases, occurred within the first day following the admission to the hospital. The study of the probability of bleeding recurrence depending on the initial intensity (Forrest) determined that the frequency of the recurrence is statistically higher in class I-A and I-B than in II-A and II-B. Out of 66 patients with recurrent bleeding, repeated haemostasis was found to be effective in 51 (77.3%). At the same time, the efficiency of the injection method made up 60%, argon plasma coagulation was found as more effective (81.4%), and the combined approach demonstrated the highest efficacy of 94.7%.

According to the results, we can suggest that in case of bleeding recurrence, repeated endoscopic haemostasis is a quite adequate alternative to the surgical treatment, especially in patients with severe somatic diseases. The use of endoscopic repeated haemostasis in case of recurrent bleeding can reliably reduce the mortality rate from 28 to 13.6%.

DOI 10.31718/2077-1096.22.3.4.65

УДК 616.72-002:616.89-08

*Ищейкіна Ю.О., Ткаченко М.В., Бабаніна М.Ю., Волченко Г.В., Кур'ян О.А.*

## **ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У ПАЦІЄНТІВ З ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ І КОМОРБІДНІСТЮ**

Полтавський державний медичний університет

*На сучасному етапі розвитку медицини ефективність лікування залежить не тільки від професіоналізму лікаря, а також від відповідальності самого пацієнта. Встановлено, що низька прихильність є значною причиною зниження ефективності терапії та якості життя, збільшення ризику розвитку ускладнень та витрат на лікування, погіршення прогнозу захворювання та зниження тривалості життя пацієнтів. За даними ВООЗ, вплив на прихильність до лікування надають більше 250 факторів. До цього часу не розроблено «золотого стандарту» оцінки прихильності до лікування. Пацієнти з псоріазом, як правило, стикаються з соціальною стигматизацією та відторгненням, з подальшим глибоким впливом на впевненість у собі, самооцінку і почуття психоемоційного комфорту. Приєднання артриту ще більше впливає на психоемоційний статус пацієнта. Мета дослідження – аналіз психоемоційного стану, прихильності до лікування, медичного супроводу та рекомендацій щодо зміни способу життя у хворих на ерозивну форму ПсА з коморбідністю. До дослідження було включено 60 пацієнтів із достовірним діагнозом ПсА та коморбідною патологією. Хворі на ПсА з коморбідністю мали переважно середній рівень прихильності до лікарської терапії, медичного супроводу та низький рівень прихильності до рекомендацій щодо зміни способу життя. Прийом пероральних ГК асоціювався з високою прихильністю до лікарської терапії, у той час як низька прихильність до медичного супроводу співвідносилась з розладами психоемоційного стану, такими як тривога та депресія.*

Ключові слова: прихильність, псоріатичний артрит, лікування, коморбідність.

*Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР: «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних захворювань при патології внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів» (номер держреєстрації 0118U004461).*

### **Вступ**

На сучасному етапі розвитку медицини ефективність лікування залежить не тільки від професіоналізму лікаря, а також від відповідальності самого пацієнта.

Прихильність до лікування (treatment adherence) – ступінь відповідності поведінки людини щодо прийому лікарських препаратів, дотримання дієти та/або інших змін способу життя рекомендаціям лікаря або іншого медичного працівника [1, 2]. Це усвідомлене бажання пацієнта розпочати лікування та успішно його завершити. У спеціальній доповіді ВООЗ незадовільна прихильність до лікування розглядається як «глобальна проблема сучасної медицини» [2]. Встановлено, що низька прихильність є значною причиною зниження ефективності терапії та якості життя, збільшення ризику розвитку ускладнень та витрат на лікування, погіршення прогнозу захворювання та зниження тривалості життя пацієнтів. За даними ВООЗ, вплив на прихильність до лікування надають більше 250 факторів. Це фактори, пов'язані з пацієнтами (вони найбільш добре вивчені); фактори, що стосуються лікарів та організації системи охорони здоров'я, лікарська терапія; фактори, зумовлені захворюваннями та група соціально-економічних факто-

рів [2]. Результати цих досліджень свідчать про те, що довгострокова прихильність до будь-якого лікування, незалежно від захворювання, низька і не перевищує 50% [3]. Низька прихильність до лікування, на думку ряду авторів, асоціюється з молодим і старечим віком, чоловічою статтю, низьким рівнем доходів, курінням, забудькуватістю, недовірою до лікаря, сумнівом в успіху терапії та ін. [4]

До цього часу не розроблено «золотого стандарту» оцінки прихильності до лікування. Такі методи, як визначення концентрації лікарської речовини та її метаболітів у крові, сечі, слині та інших біологічних рідинах, складно застосовувати у реальній клінічній практиці. Саме тому використовуються непрямі методи оцінки прихильності до лікування. До них належать анкетування та опитування пацієнтів, оцінка щоденників самоконтролю пацієнтів, підрахунок використаного препарату, облік виписаних та реалізованих рецептів, оцінка різних фізіологічних маркерів та клінічної відповіді пацієнтів та ін. [1]. Найбільш поширеним в Україні опитувальником для оцінки прихильності до терапії є шкала Моріскі-Гріна (4-item Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-4), запропонована в 80-х роках минулого століття [9]. Вона включає лише 4 питання. Короткість