

Приверженность к терапии у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта

О.П. Алексеева¹, Л.Н. Касимова², Е.Е. Горячева²

¹Гастроэнтерологический центр ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», Нижний Новгород, Российская Федерация

²Кафедра психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Нижний Новгород, Российская Федерация

Treatment compliance of patients with gastro-intestinal diseases

O.P. Alekseyeva¹, L.N. Kasimova², Ye.Ye. Goryacheva²

¹ Gastroenterological center of federal government-financed healthcare institution «Semashko Nizhny Novgorod regional clinical hospital», Nizhny Novgorod, the Russian Federation

² Chair of psychiatry and medical psychology, State educational state-funded institution of higher professional education «Nizhny Novgorod State Medical Academy», Ministry of healthcare of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, the Russian Federation

Цель исследования. Изучить влияние некоторых социально-психологических факторов, факторов, связанных с заболеванием, с самим пациентом, а также оценить влияние психопатологических расстройств на приверженность к терапии у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Методом структурированного интервью с помощью «Базисной карты для клинко-эпидемиологических этнокультуральных исследований» был обследован 151 пациент (57 — с синдромом раздраженного кишечника, 57 — с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и 37 — с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки). Комплаентность оценивали с помощью универсального валидизированного теста Мориски–Грина; уточняющие сведения о степени приверженности к терапии получены с помощью специально разработанной анкеты.

Aim of investigation. To study the effect of some social and psychological factors, disease-related factors, patient-related factors, and also to estimate the effect of psychopathological disorders on treatment compliance in patients with gastrointestinal diseases.

Material and methods. Overall 151 patients (57 — with irritable bowel syndrome, 57 — with gastroesophageal reflux disease and 37 — with peptic ulcer of the stomach and duodenum) were investigated by structured interview method applying «the basic questionnaire for clinical and epidemiologic ethnocultural studies». Compliance was estimated by the universal validated Morisky medication adherence scale; the degree of treatment compliance was specified with the help of specially designed questionnaire.

Results. At investigation of social and psychological factors it was revealed that most of noncompliant patients were employed (85,9%; $p < 0,05$), of 40 to 49

Алексеева Ольга Поликарповна — доктор медицинских наук, профессор, директор гастроэнтерологического центра ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко».

Контактная информация: al_or@mail.ru; 603155, Нижний Новгород, ул. Родионова, 190

Касимова Лала Наримановна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава РФ.

Контактная информация: kafedrapsychiatry@mail.ru; 603155, Нижний Новгород, ул. Ульянова, д. 41

Горячева Екатерина Евгеньевна — аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава РФ.

Контактная информация: goryacheva.katerina@list.ru; 603155, Нижний Новгород, ул. Ульянова, д. 41

Goryacheva Yekaterina Ye. — post-graduate student of chair of psychiatry and medical psychology, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Ministry of healthcare of the Russian Federation. Contact information: goryacheva.katerina@list.ru; 603155, Nizhny Novgorod, Ulyanova street, 41

Результаты. При изучении влияния социально-психологических факторов на степень приверженности к лечению было выявлено, что среди некомплаентных пациентов по сравнению с комплаентными достоверно чаще встречались работающие лица (85,9%; $p<0,05$), относящиеся к возрастной категории от 40 до 49 лет (25,6%; $p<0,05$), имеющие среднее образование (56,4%; $p<0,05$), с установленной неконструктивной моделью детско-родительских отношений (85,9%; $p<0,05$), а также пациенты группы риска и некомплаентные больные, указывающие на конфликтные отношения в семье (18,2% и 15,4%; 0% $p<0,05$).

При анализе влияния на приверженность к лечению факторов, связанных с заболеванием и с самим пациентом, было обнаружено, что достоверно чаще жалобы предъявляли пациенты группы риска и некомплаентные больные (75% и 78,2%; 34,5%; $p<0,001$). Они реже отдавали предпочтения официальной медицине как предпочитаемому методу лечения (63,6%, 75,6%; 100% $p<0,01$), у них преобладала низкая степень информированности о своем заболевании и о назначенных препаратах (82,1%; $p<0,05$). У лиц группы риска заболевание преимущественно носило хроническое течение и длилось более 2 лет (95,5%; $p<0,05$ и $p<0,01$), эти больные также чаще госпитализировались в разные стационары (77,3%; $p<0,001$). Пациенты группы риска чаще, чем комплаентные больные, указывали на неудовлетворенность количеством времени, которое врач уделяет им для беседы в день приема (40,9%; $p<0,05$).

У обследованных достаточно часто выявлялись психопатологические нарушения. Установлено, что среди пациентов группы риска и некомплаентных лиц достоверно чаще встречалось параноидное расстройство личности (15,9%, 16,7%; 0% $p<0,05$), а в группе риска наряду с параноидным расстройством преобладало ананкастное расстройство личности (45,5%).

Выводы. Среди социально-психологических факторов предикторами низкой комплаентности являлись конфликтные отношения в семье, неконструктивная модель детско-родительских отношений, трудовая занятость, отсутствие высшего образования, возрасте от 40 до 49 лет. Выявление расстройств личности, в частности параноидного и ананкастного, сопровождалось низкой приверженностью к лечению. Факторы, связанные с пациентом и с заболеванием, такие как наличие жалоб, многократные госпитализации в разные стационары, смена лечащего врача из-за разногласий по поводу диагноза и лечения, длительность заболевания более 2 лет, недостаточная информированность о своем заболевании и назначенных лекарственных средствах, также обнаруживались у больных с низкой комплаентностью.

Ключевые слова: комплаентность, синдром раздраженного кишечника, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, психопатологические синдромы.

years of age (25,6%; $p<0,05$), having secondary education (56,4%; $p<0,05$), possessing nonconstructive model of parent-child relationship (85,9%; $p<0,05$), as well as the patients from risk groups and those with interfamily conflicts (18,2% and 15,4%; 0% $p<0,05$).

Analysis of disease-related and patient-related factors of compliance has revealed, that patients from risk groups and noncompliant patients had more frequent complaints (75% and 78,2%; 34,5%; $p<0,001$). They less commonly choose official healthcare as a preferred treatment method (63,6%, 75,6% less often; 100% $p<0,01$), they had lower degree of awareness of their disease and provided treatment (82,1%; $p<0,05$). Most of the risk group patients had chronic diseases that lasted for more than 2 years (95,5%; $p<0,05$ and $p<0,01$), these patients were hospitalized in different hospitals more commonly (77,3%; $p<0,001$). Risk group patients were much more frequently dissatisfied by amount of time spent to them by their doctor at admission than compliant patients (40,9%; $p<0,05$).

Studied patients revealed quite frequent psychopathological disorders. Risk group patients and noncompliant patients had significantly higher rate of paranoid disorders (15,9%, 16,7%; 0% $p<0,05$), in the risk group patients anancastic disorder prevailed along with paranoid (45,5%).

Conclusions. Family conflicts, nonconstructive model of parent-child relationship, employment, absence of higher education and age of 40 to 49 years were noncompliance predictors among social and psychological factors. Personality disorders, in particular paranoid and anancastic are accompanied by low treatment compliance. Patients with low compliance had high number of complaints, multiple admissions to different hospitals, changing of the attending physician because of diagnosis and treatment disagreements, disease duration of more than 2 years, insufficient knowledge of the disease and prescribed medications.

Key words: compliance, irritable bowel syndrome, gastroesophageal reflux disease, peptic ulcer of the stomach and duodenum, psychopathological syndromes.

При выборе тактики терапии больных с заболеваниями *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ) немаловажно учитывать комплаентность пациента, т. е. готовность, желание выполнять врачебные рекомендации в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других изменений образа жизни [1]. Одним из центральных направлений современной медицины является повышение приверженности больных к лечению [2].

Идентифицировано порядка 250 факторов, обуславливающих комплаентность лечения [3], что указывает на сложность данной проблемы. Например, к предикторам низкой комплаентности относят наличие депрессивных и когнитивных нарушений, бессимптомное течение заболевания, отсутствие конструктивных отношений между врачом и пациентом, недостаточное осознание больным своего заболевания, отсутствие веры в эффективность лечения [4–6]. Известно, что шизоидный радикал личности за счет эмоциональной холодности и отчужденности в межличностных отношениях со стороны пациента также может отвечать за низкую приверженность [7].

Данные о влиянии социальных факторов на степень приверженности больного к лечению в настоящее время неоднозначны. Одни авторы считают, что социально-экономические факторы (уровень образования, пол) не оказывают заметного влияния на комплаентность, другие указывают на существенное влияние таких факторов, как низкий уровень образования и уровень дохода в семье [8, 9]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению приверженности к терапии, некомплаентность продолжает оставаться одной из важнейших проблем эффективности охраны здоровья населения [10].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния некоторых социально-психологических факторов, факторов, связанных с заболеванием и самим пациентом, а также психопатологических расстройств на приверженность к терапии у пациентов с патологией ЖКТ.

Материал и методы исследования

Методом структурированного интервью с помощью разработанной в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского «Базисной карты для клинко-эпидемиологических этнокультуральных исследований» [11], включающей в себя данные анамнеза, социодемографические сведения и клиническую часть с характеристикой психопатологических синдромов согласно критериям МКБ-10 и DSM–IV [12], был опрошен 151 пациент: 57 — с *синдромом раздраженного кишечника* (СРК), 57 — с *гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью* (ГЭРБ) и 37 — с *язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*

(ЯБ Ж и ДПК), находящихся на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологических отделениях «Городской клинической больницы № 13» и «Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко».

Диагноз СРК устанавливался на основании проведенных клинических и лабораторных обследований, учитывалось отсутствие органической патологии, соответствие клинической картины заболевания Римским критериям III [13]. ГЭРБ диагностировалась согласно рекомендациям Монреальского консенсуса [14]. Основой для постановки диагноза ЯБ Ж и ДПК являлись общепринятые критерии [15], а также результаты фиброгастродуоденоскопии.

Комплаентность оценивалась с помощью универсального валидизированного теста Мориски–Грина [16], состоящего из 4 вопросов: забывал ли пациент когда-либо принять лекарства, не относился ли иногда невнимательно ко времени их приема, не пропускал ли прием препаратов при хорошем самочувствии и, если чувствовал себя плохо после приема лекарств, не пропускал ли следующий прием. По результатам интерпретации данного теста и оценки комплаентности больные были разделены на три группы: 1-я группа — комплаентные пациенты, ответившие «Нет» на все вопросы; 2-я группа — лица, ответившие к группе риска, которые ответили «Да» только на один из вопросов; 3-я группа — некомплаентные больные, ответившие «Да» на два вопроса и более.

Уточняющая информация о степени приверженности к терапии среди пациентов с патологией ЖКТ была получена с помощью специально разработанной анкеты, включавшей 58 вопросов, среди которых были данные из истории болезни (анамнез, жалобы, результаты инструментальных и лабораторных исследований и пр.), сведения о том, как пациент следует врачебным предписаниям, о степени информированности о заболевании и назначенных лекарственных средствах, об отношениях «врач–пациент», об образе жизни и т. д.

Статистический анализ проводился с применением программы Statistica 6.0. Для характеристики полученных данных использовалось стандартное (среднеквадратическое) отклонение, сравнение групп проводилось с помощью двухстороннего теста Фишера [17].

Результаты исследования и их обсуждение

Среди опрошенных мужчин было 41,7%, женщин — 58,3%, средний возраст $41,6 \pm 12,9$ года. По результатам обследования комплаентными являлись лишь 19,2% лиц, к группе риска отнесены 29,1% пациентов, некомплаентные больные

Таблица 1

Степень приверженности к терапии в зависимости от основного заболевания

Показатель	ГЭРБ n=57, %	СРК n=57, %	ЯБ n=37, %	Достоверность
Некомплаентные пациенты	54,4	50,9	48,6	p>0,05
Группа риска	28,1	29,8	29,7	p>0,05
Комплаентные пациенты	17,5	19,3	21,6	p>0,05

составляли 51,7%. В табл. 1 представлены сведения о степени приверженности к лечению в зависимости от основного заболевания.

В целом у больных с гастроэнтерологической патологией выявлен низкий уровень приверженности к терапии. Среди обследованных с ГЭРБ 54,4% были некомплаентными, 28,1% относились к группе риска и лишь 17,5% являлись комплаентными, среди больных с СРК — соответственно 50,9, 29,8 и 19,3%, среди пациентов с ЯБ Ж и ДПК — 48,6, 29,7 и 21,6%.

Влияние социально-психологических факторов на комплаентность к терапии отражено в табл. 2.

Отягощенная наследственность по психическим заболеваниям (алкоголизм, аффективные расстройства, шизофрения и т. д.) встречалась в равной степени у пациентов всех групп: в 3-й — 51,3%, во 2-й — 52,3% и в 1-й — 41,6%. На наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве (по органическому типу: ночной энурез, головные боли, ночные страхи, крики, снохождение; невротические двигательные нарушения — тики, заикания; аффективные расстройства: страхи, депрессивные реакции, возбудимость; сверхценные образования — дисморфофобии, нервная анорексия; гиперактивность, расторможенность; задержка психического развития) указывали 55,2% пациентов 1-й группы, 59,1% — 2-й и 57,7% — 3-й. Таким образом, наследственная отягощенность по психическим заболеваниям и наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве не оказывали влияния на мотивацию к лечению у больных с патологией ЖКТ.

В ходе опроса было обнаружено, что возраст существенно не влияет на приверженность к терапии, однако в группе, относящейся к возрастной категории от 40 до 49 лет, больше было некомплаентных пациентов, чем комплаентных (25,6 и 6,9%; p<0,05). Среди обследованных преобладали лица с высшим образованием, но среди больных, имеющих среднее и среднеспециальное образование, чаще выявлялись некомплаентные пациенты, чем с высокой приверженностью к терапии (56,4 и 34,5%; p<0,05).

Во всех 3 группах преобладали работающие лица, но в 1-й группе чаще, чем в 3-й, встречались неработающие (31,1 и 14,1%; p<0,05). Соответственно во 2-й группе работа-

ющих лиц было больше, чем в 1-й группе (85,9 и 68,9%; p<0,05).

Преобладающее количество опрошенных сообщали, что в детстве воспитывались с помощью поощрений, им чаще предоставляли самостоятельность, однако данная модель детско-родительских отношений достоверно чаще (p<0,05) встречалась в 1-й группе (79,3%), чем в 3-й (57,7%). В свою очередь, пациенты из 3-й группы (42,3%) и из 2-й группы (40,9%) более часто сообщали, что воспитывались с помощью наказаний и запретов, родители требовали от них подчинения.

Статистически значимая разница выявлена между 1-й и 3-й группами (20,7 и 42,3%; p<0,05) по такому показателю, как воспитание в условиях гиперопеки и безразличных, формальных отношений. Во всех группах преобладали лица, состоящие в браке и имеющие детей. Отношения в собственной семье охарактеризовались в основном как доброжелательные, в то же время пациенты из 3-й и 2-й групп сообщали о частых конфликтных ситуациях в семье, ни один больной из 1-й группы не отметил внутрисемейных конфликтов (15,4 и 18,2%; 0% p<0,05).

Таким образом, некоторые социальные факторы являлись предикторами низкой приверженности к лечению, среди них такие как возраст от 40 до 49 лет, занятость на работе, отсутствие высшего образования, неконструктивная модель детско-родительских отношений и конфликтные отношения в собственной семье.

Как видно из табл. 3, большинство пациентов сообщили, что заболели более 2 лет назад, однако во 2-й группе достоверно чаще, чем в 1-й и 3-й, указывалось на длительное течение заболевания (65,5 и 76,9%; 95,5% p<0,01 и p<0,05). Многие опрошенные отметили, что предпочитали лечиться только с помощью официальной медицины, при этом достоверно чаще на это указывали больные из 1-й группы (100,0, 63,6 и 75,6%; p<0,01). Наряду с официальной медициной 13,8% пациентов 1-й группы использовали для лечения народные средства. Больные 2-й группы в 6,8% случаев предпочитали вовсе отказаться от официальной медицины и лечиться только народными средствами, 27,3% обследованных из 2-й группы наряду с официальной и народной медициной использовали в лечении религиозные методы (молитвы), а также целительство. Среди лиц,

Таблица 2

Влияние некоторых социально-психологических факторов на приверженность к лечению

Фактор	Комплаентные (1-я группа) <i>n</i> =29, %	Группа риска (2-я группа) <i>n</i> =44, %	Некомплаентные (3-я группа) <i>n</i> =78, %	Достоверность
Отягощенная наследственность по психическим заболеваниям:				
выявлялась	41,6	52,3	51,3	$p>0,05$
отсутствовала	58,4	47,7	48,7	$p>0,05$
Психодезадаптационные эпизоды в детстве:				
выявлялись	55,2	59,1	57,7	$p>0,05$
отсутствовали	44,8	40,9	42,3	$p>0,05$
Возраст, лет:				
от 20 до 29	24,1	22,7	19,2	$p>0,05$
от 30 до 39	24,1	29,5	20,5	$p>0,05$
от 40 до 49	6,9	20,5	25,6	$p_{1-3}<0,05$
от 50 до 59	27,6	20,5	28,2	$p>0,05$
от 60 до 69	17,2	6,8	6,4	$p>0,05$
Образование:				
вспомогательная школа	0	0	1,3	$p>0,05$
начальное/неполное среднее	13,8	6,8	3,8	$p>0,05$
среднее/среднеспециальное	34,5	38,6	56,4	$p_{1-3}<0,05$
высшее	51,7	54,5	38,5	$p>0,05$
Трудовая занятость:				
работающие	68,9	75,0	85,9	$p_{1-3}<0,05$
неработающие	31,1	25,0	14,1	$p_{1-3}<0,05$
Модель детско-родительских отношений:				
конструктивная	79,3	59,1	57,7	$p_{1-3}<0,05$
неконструктивная	20,7	40,9	42,3	$p_{1-3}<0,05$
Отношения в собственной семье:				
доброжелательные	72,4	61,4	59	$p>0,05$
формальные	10,3	4,5	6,4	$p>0,05$
конфликтные	0	18,2	15,4	$p<0,05$
не имели своей семьи	17,3	15,9	19,2	$p>0,05$

относящихся к 3-й группе, 24,4% предпочитали комбинировать официальную и народную медицину.

При опросе больные предъявляли различные жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, а также жалобы психопатологического спектра, такие как нарушения сна, сниженный фон настроения, тревогу и т. д. В 1-й группе преобладали пациенты, не предъявляющие жалоб (65,5%), по сравнению с обследованными из 2-й и 3-й групп (25 и 21,8%; $p<0,001$).

Среди больных чаще встречались лица, которые госпитализировались по поводу основного гастроэнтерологического заболевания 1 раз в год и реже, причем во 2-й группе таких пациентов было больше, чем в 3-й группе (90,9 и 71,8%; $p<0,05$). Среди госпитализированных повторно достоверно чаще (77,3%) меняли больницы обследо-

ванные из 2-й группы, чем из 1-й и 3-й групп (34,5 и 21,8%; $p<0,001$).

Большинство опрошенных часто меняли лечащего врача, как правило, по не зависящим от них причинам («врач был в отпуске», «смена врача на участке»). Стоит отметить, что в 3-й группе по сравнению со 2-й достоверно чаще причинами смены являлись плохой контакт между врачом и пациентом, разногласия по поводу диагноза и лечения, неэффективность назначенной терапии (17,2 и 37,5%, $p<0,05$). На недостаточную информированность о действии назначенных лекарственных средств указывали 82,1% пациентов 3-й группы, 68,9% — из 1-й и 63,6% — из 2-й.

Среди опрошенных большинство сообщили, что удовлетворены тем количеством времени, которое врач тратит на беседу с ними в стационаре, однако пациенты из 2-й группы чаще

Таблица 3

Влияние на приверженность к терапии факторов, связанные с течением заболевания и с самим пациентом

Фактор	1-я группа n=29, %	2-я группа n=44, %	3-я группа n=78, %	Достоверность
Длительность течения заболевания:				
до 2 лет	34,5	4,5	23,1	p>0,05
более 2 лет	65,5	95,5	76,9	p ₁₋₂ <0,01 p ₂₋₃ <0,05
Какими методами предпочитали лечиться:				
с помощью официальной медицины	100,0	63,6	75,6	p ₁₋₃ <0,01 p ₁₋₂ <0,01
совмещали официальные, народные методы и целительство	13,8	27,3	24,4	p>0,05
использовали только народные методы и целительство	0	6,8	0	p>0,05
Жалобы:				
предъявляли	34,5	75,0	78,2	p<0,001
отсутствовали	65,5	25,0	21,8	p<0,001
Частота госпитализаций:				
1 и менее раз в год	82,8	90,9	71,8	p ₂₋₃ <0,05
2 раза в год	13,8	9,1	28,2	p>0,05
3 и более раз в год	3,4	0	0	p>0,05
Госпитализируются:				
в тот же стационар	65,5	22,7	78,2	p _{1,3-2} <0,001
в разные стационары	34,5	77,3	21,8	p _{1,3-2} <0,001
Лечатся:				
у одного врача	27,6	27,3	38,5	p>0,05
у разных врачей	72,4	72,7	61,5	p>0,05
Причины смены лечащего врача (для тех, кто обращался за помощью повторно):				
не связанные с пациентом	69,0	82,8	52,2	p ₂₋₃ <0,001
плохой контакт с врачом, разногласия по поводу диагноза и лечения, неэффективность терапии	20,6	17,2	37,5	p ₂₋₃ <0,05
Информированность о заболевании:				
хорошо информирован	27,6	40,9	28,2	p>0,05
недостаточно информирован	72,4	59,1	70,5	p>0,05
Информированность о препаратах:				
хорошо информирован	31,0	36,4	17,9	p _{1,2-3} <0,05
недостаточно информирован	68,9	63,6	82,1	p _{1,2-3} <0,05
Сколько времени доктор тратит на беседу с пациентом в день:				
достаточно	82,8	59,1	71,8	p ₁₋₂ <0,01
недостаточно	17,2	40,9	28,2	p ₁₋₂ <0,05

отмечали, что им хотелось бы большего времени для общения, получать больше информации о их заболевании и тактике лечения (1-я группа — 17,2%, 2-я группа — 40,9%, 3-я группа — 28,2%; p<0,05).

Данные устного опроса больных совпадают с результатами, полученными с помощью опросника Мориски—Грина. На вопрос «Насколько

аккуратно Вы выполняете рекомендации врача?» больные 1-й группы достоверно чаще отвечали, что следуют им полностью (51,7%) по сравнению с пациентами 3-й группы (28,2%), которые делают это выборочно (например, не исключают из рациона те продукты, которые они предпочитают, или, несмотря на врачебные предупреждения, не считают их нежелательными).

Таблица 4

Основные психопатологические синдромы у пациентов с разной степенью приверженности к терапии

Психопатологические синдромы	1-я группа n=29, %	2-я группа n=44, %	3-я группа n=78, %	Достоверность
Депрессивные нарушения	34,5	45,5	42,6	p>0,05
Маниакальные расстройства	3,4	4,5	2,6	p>0,05
Генерализованное тревожное расстройство	34,5	47,7	41,0	p>0,05
Специфические фобии	24,1	27,3	21,8	p>0,05
Социальные фобии	17,2	6,8	8,9	p>0,05
Обсессивно-компульсивные нарушения	10,3	9,1	16,7	p>0,05
Посттравматическое стрессовое расстройство	6,9	9,1	3,9	p>0,05
Паническое состояние	13,8	25,0	25,6	p>0,05
Соматизированные нарушения	6,9	0	5,1	p>0,05
Соматоформные болевые нарушения	3,4	18,2	8,9	p>0,05
Эксплозивное расстройство личности	6,9	0	6,4	p>0,05
Пограничное расстройство личности	3,4	0	1,3	p>0,05
Диссоциальное расстройство личности	3,4	0	1,3	p>0,05
Параноидные состояния	0	15,9	16,7	p _{1-2,3} <0,05
Шизотипическое расстройство личности	10,3	18,2	26,9	p>0,05
Истерическое расстройство	10,3	13,6	6,4	p>0,05
Ананкастное расстройство личности	27,6	45,5	17,9	p ₂₋₃ <0,05
Расстройство типа зависимой личности	6,9	6,3	16,7	p>0,05
Шизоидное расстройство	6,9	4,5	6,4	p>0,05
Легкие когнитивные нарушения	31,0	29,5	33,3	p>0,05
Дисморфофобические нарушения	3,4	0	5,1	p>0,05
Ипохондрическое расстройство	20,7	27,3	19,2	p>0,05

При сравнении 2-й и 3-й групп обнаружено, что выполняют все рекомендации соответственно 59,1 и 28,2% больных (p<0,05). Пациенты 1-й группы не пропускали очередной прием лекарств по сравнению с больными 3-й группы (37,9 и 17,9%; p<0,05); 34,5% пациентов 1-й группы и 34,1% из 2-й принимали их в рекомендованное время, что достоверно чаще, чем в 3-й группе (8,9%, p<0,01).

Несмотря на статистическую разницу между всеми группами 48,3% больных 1-й группы и 40,9% из 2-й сообщили, что выполняют врачебные рекомендации частично, 51,7% и 65,9% редко, но все же забывают принимать лекарства, 55,2 и 63,6% периодически забывают принять их вовремя, 20,7 и 18,2% редко, но самостоятельно убавляют дозу препаратов.

Среди обследованных больных лишь у 12,6% не диагностировались развернутые психопатологические синдромы. В 67,5% случаев выявлялись невротические, связанные со стрессом, и соматоформные нарушения, расстройства личности обнаруживались в 53,6% наблюдений, аффективные

и когнитивные расстройства — соответственно в 45,7 и 31,8% (табл. 4).

Из приведенной таблицы видно, что во всех 3 группах широко распространены аффективные расстройства, которые в основном представлены депрессивными нарушениями.

Среди невротических, связанных со стрессом и соматоформных нарушений у пациентов 1-й группы преобладали генерализованное тревожное расстройство (34,5%), специфические фобии (24,1%), ипохондрическое расстройство (20,7%), социальные фобии (17,2%), паническое состояние (13,8%). У пациентов во 2-й группе среди невротических, связанных со стрессом и соматоформных нарушений чаще встречались генерализованное тревожное расстройство (47,7%), специфические фобии (27,3%), ипохондрическое расстройство (27,3%), паническое состояние (25,0%) и соматоформные болевые нарушения (18,2%). В 3-й группе больных также часто встречались генерализованное тревожное расстройство (41,0%), паническое состояние (25,6%), специфические фобии (21,8%), ипохондрическое

расстройство (19,2%), обсессивно-компульсивные нарушения (16,7%).

У 27,6% больных 1-й группы диагностировалось ананкастное расстройство личности, у 10,3% — истерическое расстройство и у 10,3% — шизотипическое расстройство личности. Во 2-й группе наиболее часто выявляли ананкастное расстройство (45,5%), шизотипическое расстройство (18,2%), параноидное (15,9%) и истерическое (13,6%) расстройства личности. В 3-й группе на первый план выступали шизотипическое (26,9%), ананкастное (17,9%), параноидное (16,7%) расстройства, расстройство типа зависимой личности (16,7%).

При сравнительном анализе обнаружено, что среди пациентов из группы риска и некомплаентных больных достоверно чаще, чем у комплаентных, диагностировалось параноидное расстройство личности ($p < 0,05$), которое характеризовалось подозрительностью пациента к находящимся рядом с ним лицам, недоверчивостью из-за страха, что информация будет использоваться против него, поисками скрытого смысла в высказываниях окружающих и т. д. Также было выявлено, что среди лиц из группы риска по сравнению с некомплаентными достоверно чаще обнаруживалось ананкастное расстройство ($p < 0,05$), характеризующееся упрямством, стремлением идеально выполнить задание, мешающим закончить работу, излишней добросовестностью, перфекционизмом, чрезмерным стремлением к планированию и порядку, нежеланием делить ответственность с другими, упорным достижением результатов во всем (23,8%), скупостью к себе и окружающим.

Выводы

Среди больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (СРК, ГЭРБ, ЯБ Ж и ДПК)

преобладали пациенты с низким уровнем приверженности к терапии (19,3, 17,5, 21,6%).

Негативное влияние на комплаентность оказывали следующие социально-психологические факторы: конфликтные отношения в собственной семье, неконструктивная модель детско-родительских отношений, трудовая занятость, отсутствие высшего образования, возраст от 40 до 49 лет.

Факторы, связанные с пациентом и с заболеванием (наличие жалоб, многократные госпитализации в разные стационары, смена лечащего врача из-за разногласий по поводу диагноза и лечения, длительность заболевания более 2 лет, недостаточная информированность о своем заболевании и назначенных лекарственных средствах) являлись предикторами низкой приверженности к терапии.

Наиболее часто у больных с патологией ЖКТ встречались следующие психопатологические нарушения: депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, паническое состояние, шизотипическое и ананкастное расстройства личности, ипохондрическое расстройство и легкие когнитивные отклонения. Наличие параноидного и ананкастного расстройств сопутствовали низкой степени приверженности к лечению.

Результаты обследования выявили сложность терапевтического процесса у пациентов с патологией ЖКТ. Некомплаентные больные нуждаются в комплексном подходе — наблюдении у врачей (гастроэнтеролога, психиатра), а также в длительной психотерапии, направленной на повышение приверженности к лечению.

Список литературы

1. Ривкин А.Д., Бронштейн А.С., Лишанский А.Д. Медицинский толковый словарь. М.: Медпрактика, 2005; 296 с.
1. Rivkin A.D., Bronshteyn A.S., Lishansky A.D. Medical explanatory dictionary. M.: Medpraktika, 2005: 296 p.
2. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2007; 42 с.
2. Naumova Ye.A. Determining factors and methods of treatment compliance improvement of patients with cardio-vascular diseases: Author's abstract MD degree thesis. Saratov, 2007; 42 p.
3. Port K., Palm K., Viigimaa M. Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. J Telemed Telecare 2003; 9(1):65-6.
4. Okuno J. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? Eur J Clin Pharmacol 2001; 57(8):589-94.
5. Servellen G., et al. Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virus infected men and women. AIDS Patient Care STDS 2002; 16:269-81.
6. Stille C., et al. Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. Ann Behav Med 2004; 27(2):117-24.
7. Тихонов С.В. Предикторы низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова 2013; 20(3):79-81.
7. Tikhonov S.V. Predictors of low treatment compliance in patients with gastroesophageal reflux disease. Bulletin of Saint Petersburg state Pavlov medical university, 2013; 20(3):79-81.
8. Hill M., Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. Chapter 2005; 131:390-2.
9. Pang S.K., Ip W.Y., Chang A.M. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. J Adv Nurs 2001; 35(5):691-8.
10. Кремлева О.В. Проблемы некомплаентности в соматической клинике, тактика преодоления [Электронный ресурс]. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн 2013; 4:21. Режим доступа: <http://mprj.ru>
10. Kremleva O.V. The problem of non-compliance in somatic hospital, treatment approach [electronic media].

- Medical psychology in Russia: WWW scientific journal 2013; 4:21. mode of access: <http://mprj.ru>
11. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001:25 с.
 11. *Polozhy B.S., Churkin A.A.* Ethnocultural pages of prevalence, development, clinical presentation and prevention of main forms of mental disorders. М., 2001: 25 p.
 12. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей / Под ред. М.М. Милевского. М.: Изд-во «Триада-Х», 2003:184 с.
 12. Classification of diseases in psychiatry and narcology: manual for doctors/ Ed. *M.M.Milevsky*. М.: Publishing house «Triada-Kh», 2003: 184 p.
 13. *Douglas A., Drossman D.A., Dumitrascu F.* Rome III: New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders. J Gastrointestin Liver Dis 2006; 15(3):307-12.
 14. *Vakil N.*, et al. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol 2006; 101:1900-20.
 15. *Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А.* Язвенная болезнь (современные представления о патогенезе, диагностике, лечении). М.: Медицина, 1987:285 с.
 15. *Vasilenko V.H., Grebenev A.L., Sheptulin A.A.* Peptic ulcer: state-of-the-art in pathogenesis, diagnostics, treatment. М.: Medicine, 1987: 285 p.
 16. *Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M.* Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. Med Care 1986; 2:67-73.
 17. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STAUISTICA. М.: МедиаСфера, 2006:312 с.
 17. *Rebrova O.Yu.* Statistical analysis of medical data. Application of STAUISTICA software bundle. М.: MediaSfera, 2006: 312 p.