

УДК 616.33-002.2

ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭРОЗИВНЫМ ГАСТРИТОМ, В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Т. Е. Афанасенкова

Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии Смоленской государственной медицинской академии, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Исследование посвящено изучению зависимости комплаенса больных, страдающих хроническим эрозивным гастритом, от их психологических особенностей. В результате исследования установлено, что более половины обследованных пациентов имеют стойкую невротическую симптоматику и отличаются от остальных пациентов низким индексом приверженности к лечению. У женщин по многим факторам влияния на комплаенс показатели выше, чем у мужчин. Это необходимо учитывать врачу общей практики при разработке лечебных и реабилитационных мероприятий данной патологии.

Ключевые слова: гастрит, комплаенс, психологический статус

GENERAL PRACTITIONER'S ASSESSMENT OF COMPLIANCE AND MENTAL STATUS IN EROSIIVE GASTRITIS PATIENTS

T. E. Afanasenkova

Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskoy str., 28

Correlation of chronic erosion patients' compliance and their psychological features has been studied. It has been established, that more than half of surveyed patients have clinically confirmed neurotic semiology and they differ from other patients according to low index of complience. The features of the gastritis patients should be taken into consideration when medical and rehabilitation activities are developed.

Keywords: chronic erosions gastritis, complaensa, psychological features

В современных условиях остро встает проблема здоровья всех групп населения, так как в последние годы отмечается стойкая тенденция к его ухудшению. Заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одно из лидирующих мест по временной нетрудоспособности. Для сохранения гражданами длительной трудоспособности недостаточно только создания определенных медико-социальных условий, так как по оценке ВОЗ, здоровье народа только на 10% зависит от состояния здравоохранения. Необходимо учитывать приверженность (комплаенс) пациента следовать рекомендациям лечащего врача. Каждый пациент под влиянием внешних обстоятельств (финансовое положение, отношения в семье, на работе, с соседями, лечебно-профилактической помощи) и психологических факторов вырабатывает свое отношение к заболеванию, которое не всегда совпадает с рекомендациями врача. Оценка индивидуумом симптомов своего заболевания и результатов лечения зависит преимущественно от влияния, которое болезнь оказывает на его функциональную способность и в целом на его внутренний мир.

Психологический статус больных с поражением гастродуоденальной зоны, как правило, изменен и характеризуется повышением уровня невротизации, тревоги, напряженности, раздражительности, ощущения постоянной усталости. При длительном течении заболевания имеют место депрессивные состояния и ипохондрические расстройства [2, 3]. Врачу общей практики (семейной медицины), ра-

ботающему в первичном звене здравоохранения, необходимо помнить, что нарушения психологического статуса больного существенно влияет на его отношение к болезни и соответственно на результаты лечения.

Цель работы – изучить зависимость комплаентности от психологического статуса у пациентов с эрозивным гастритом, находящихся под наблюдением врача общей практики (семейной медицины).

Методика

Проведено обследование 25 больных страдающих эрозивным гастритом. Из них 10 мужчин и 15 женщин в возрасте от 18 до 57 лет. Диагноз заболевания ставился на основании результатов клинического и обязательного эзофагогастродуоденоскопического исследования.

Для оценки приверженности индивидуума к лечению использовалась методика, предложенная С. В. Давыдовым [1]. Суть метода состоит в вычислении суммарного показателя с учетом выраженности силы влияния факторов, характеризующих готовность индивидуума следовать рекомендациям медицинских работников.

Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 6.0. Использовались парная статистика (t-критерий Стьюдента).

Результаты исследования

Выраженность силы влияния соответствующего фактора на комплаенс представлена в таблице 1.

Таблица 1. Показатели шкалы комплаенса больных страдающих эрозивным гастритом

ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА КОМПЛАЕНС	Всего	Женщины	Мужчины
	Показатель шкалы в баллах		
Финансовая готовность оплачивать лечение	0,08±0,27	0,47±0,32	0,50±0,43
Медико-социальная адаптированность индивидуума	1,04±0,17	1,2±0,24	0,80±0,20
Медико-социальная информированность	0,60±0,24	0,73±0,38	0,40±0,22
Отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами	0±0,24	0,2±0,35	0,30±0,30
Медико-социальная коммуникабельность	0,56±0,18	1,07±0,18	0,20±0,20
Удовлетворенность назначенным лечением	1,08±0,22	1,47±0,19	0,50±0,43
Отсутствие склонности к медико-социальной изоляции	1,24±0,23	1,27±0,27	1,20±0,42
Доверие к тактике и стратегии лечащего врача	1,28±0,17	1,67±0,16	0,70±0,26
Результативность ранее проведенной терапии	0,84±0,26	1,47±0,17	0,10±0,46

Для определения личностного реагирования индивидуума на болезнь и лечение и правильной квалификации состояния больного в работе использована методика определения типов отношения к болезни (ТОБи), которая выявляет двенадцать основных типов реагирования на заболевание [4].

В данном обследовании с помощью ТОБи были диагностированы следующие типы отношения к болезни:

1. Гармоничный – 4±4,0% от числа обследованных. Эти пациенты стремятся содействовать проводимому лечению, правильно оценивают свое состояние.
2. Анозогнозический – 12±6,6%. Больные, у которых выявлен этот тип отношения к болезни, как правило, не прислушиваются к советам врача, лечатся самостоятельно, отказываются от обследования.
3. Эргопатический – 8±5,5%. Стремясь продолжить активную трудовую деятельность, такие пациенты избирательно относятся к обследованию и лечению.
4. Тревожный – 8±5,5%. Характеризуется беспокойством, мнительностью, интересом к объективным данным, ожиданием неблагоприятных результатов лечения.
5. Сенситивный – 8±5,5%. Отличается чрезмерной озабоченностью возможным неблагопри-

ятным впечатлением, которое произведут сведения об их болезни на окружающих.

6. Неврастенический 8±5,5%. Проявляется непереносимостью болевых ощущений, нетерпеливостью, неспособностью ждать результатов лечения и обследования.
7. Меланхолический 4±4,0%. Такие люди характеризуются пессимистическим взглядом на жизнь.
8. Эгоцентрический 4±4,0%. Этому типу людей характерно следующее: привлечь к себе внимание и обязать окружающих заботиться только о себе.

Смешанный тип отношения к болезни зарегистрирован у 32±9,5% пациентов, диффузный – у 12±6,6%.

По степени выраженности психической и социальной дезадаптации все пациенты были разделены на три психосоматических варианта. В основу деления положена классификация А. Е. Личко и Н. Я. Иванова [4].

Распределение пациентов с эрозиями в слизистой оболочке желудка по типу реагирования на заболевание представлено в таблице 2.

К первой психосоматической группе отнесены пациенты с гармоничным, эргопатическим и анозогнозическим типом отношения к болезни. Это лица, имеющие минимальную неврозоподобную симптоматику.

Таблица 2. Распределение пациентов с эрозиями в слизистой оболочке желудка по типу реагирования на заболевание

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ	ЭРОЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА		
	Мужчины %	Женщины %	Всего %
1	20±13,3	26,7±11,8	40±10
2	60±16,3	40±13,0	32±9,5
3	20±13,3	33,3±12,5	28±9,2
Всего	100	100	100

Во вторую группу объединены больные, имеющие нестойкую, но более выраженную неврологическую симптоматику на фоне основной гастроэнтерологической: тревожный, неврастенический, меланхолический тип отношения к болезни.

Третью группу составили пациенты с сенситивным и эгоцентрическим типом реагирования на заболевание. Это больные со стойкой невротической фиксацией на фоне нерезкой выраженности соматической патологии.

В ходе исследования установлено, что индекс приверженности пациентов, страдающих хроническим эрозивным гастритом, к лечению (ИППкЛ) в целом составил $6,80 \pm 0,99$ ($68,36 \pm 2,68\%$). У женщин ИППкЛ был выше, чем у мужчин, и составил $9,67 \pm 1,03$ ($76,10 \pm 2,77\%$). У мужчин он равнялся $2,5 \pm 0,88$ ($56,75 \pm 2,21\%$), причем у 50% мужчин ИППкЛ был меньше нуля.

Обсуждение результатов

При сравнении отдельных показателей шкалы комплаенса установлено, что большинство пациентов не готово отказаться от нетрадиционных методов лечения и в некоторых случаях предпочитают их традиционным методам лечения. Наверное это связано с низкой медико-социальной информированностью и неудовлетворительными результатами ранее проводимой терапии. Индекс результативности ранее проводимой терапии значительно ниже у мужчин ($-0,10 \pm 0,46$), чем у женщин ($1,47 \pm 0,17$), что можно объяснить низкой приверженностью к выполнению рекомендаций врача. У женщин складываются более доверительные отношения с лечащим врачом, возможно поэтому и выше результаты ранее проводимой терапии. Кроме того, у пациентов очень низкой остается готовность потратить деньги на приобретение необходимых лекарственных препаратов. Что может быть связано с недостаточной медико-социальной информированностью населения.

При анализе ТОби выявлено отсутствие неврозоподобной симптоматики, либо ее невыраженная картина у 40% пациентов, у которых при эзофагогастродуоденоскопическом исследовании выявлены эрозии в слизистой оболочке желудка. Остальные 60% больных с эрозивным гастритом имеют стойкую невротическую симптоматику различной степени выраженности.

По определению типа отношения к болезни, в соответствии с методикой ТОби, не нарушающими социальную адаптацию пациента считаются 3 типа реакции: гармоничный, эргопатический и анозонозический. Все остальные реакции относятся к дезадаптивным. Но действительно адаптивной реакцией следует считать гармоническую, при которой пациент трезво и полностью осознает свое состояние, добросовестно относится к лечению, стремится к преодолению заболевания. В нашем исследовании в первой группе пациентов чаще встречался анозонозический и эргопатический тип. Адаптация у этих людей достигалась за счет «вытеснения болезни» или «уходом в работу». В том и другом случае они стараются не обращать внимания на болезнь, не вполне адекватно или равнодушно относятся к лечебным рекомендациям, у них нет взаимопонимания с лечащим врачом, что, по-видимому, ведет к нарушению их комплаентности.

У пациентов второй (ИППкЛ = 0,5 у мужчин и 10,3 у женщин) и третьей групп (ИППкЛ = -2 у мужчин и 5,4 у женщин) снижение приверженности к лечению может быть связано с астенодепрессивными изменениями и социальной дезадаптацией.

Таким образом, при оценке психического статуса пациента необходимо учитывать его личные особенности и индивидуальную реакцию на заболевание. Коррекция выявленных нарушений способствует повышению приверженности пациента к лечению, эффективности взаимодействия врач-пациент.

Список литературы

1. Галявич А. С., Давыдов С. В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Казанский медицинский журнал. – 2001. – № 3. – С. 198–202.
2. Дроздова М. С. Лечение эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом коррекции психосоматической адаптации: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 134 с.
3. Колесникова И. Ю. и др. О соотношениях между качеством жизни, комплаенсом пациентов и течением язвенной болезни // Клиническая медицина. – 2005. – № 10. – С. 33–36.
4. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации / Л. И. Вассерман и др. – Л, 1987. – 28 с.