

© С. В. Тихонов, 2013 г.  
УДК [616.33 + 616.329]-082.3

**С. В. Тихонов**

## **ПРЕДИКТОРЫ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Кафедра терапии и клинической фармакологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

### **ВВЕДЕНИЕ**

Возникновение повышенного интереса к приверженности лечению обусловлено результатами многочисленных исследований, проведенных в последние десятилетия и показавших огромную важность данной проблемы, ее связь с неэффективностью терапевтических воздействий при различных патологиях. Так, приверженность к длительной терапии у пациентов с хроническими заболеваниями находится на уровне 50 % в развитых странах, при этом в развивающихся странах данный показатель еще ниже [3]. Низкая комплаентность у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в США приводит к 125 000 летальных исходов ежегодно. Надлежащий прием лекарственных средств американскими пациентами помог бы избежать 23 % помещений людей преклонного возраста в дома престарелых, 10 % госпитализаций, множество дополнительных диагностических исследований и визитов к врачу [2]. Факторы, влияющие на приверженность терапии, условно могут быть разделены на факторы, относящиеся к больному, врачу и системе здравоохранения в целом. К факторам, относящимся к пациенту и указывающим на вероятность низкой комплаентности, относятся присутствие психологических проблем, особенно депрессии, когнитивные нарушения, лечение асимптоматических болезней, недостаточная вера пациента в эффект лечения, недостаточное осознание пациентом собственного недуга, отсутствие доверительных отношений между врачом и пациентом [7–9]. Необходимо отметить, что в реальности проблема приверженности является гораздо более сложной и многоликой, чем просто надлежащий прием лекарственного средства и соблюдение диеты, и включает в себя другие компоненты адекватного поведения больного: своевременное обращение за медицинской помощью, выполнение гигиенических мероприятий, отказ от вредных привычек, способность самостоятельно контролировать свое состояние, как это делают па-

циенты с бронхиальной астмой и сахарным диабетом, готовность обеспечивать необходимый уровень физической активности [3].

Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) можно с полным правом назвать социально значимым страданием. 40 % взрослого населения США испытывают изжогу ежемесячно, 18 % — еженедельно, с возрастом частота ГЭРБ увеличивается [6]. По данным крупного эпидемиологического исследования, проведенного в России, распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 13,3–24 %, причем у более возрастных пациентов ГЭРБ также встречается чаще [1]. Прием ингибиторов протонной помпы в течении нескольких месяцев с лечебной целью, а также необходимость длительной, иногда пожизненной поддерживающей терапии у пациентов с ГЭРБ делает проблему приверженности особенно острой. Выявление предикторов низкой приверженности лечению на этапе первичного контакта с пациентом поможет модулировать поведение врача с целью повышения комплаентности у больного с ГЭРБ и, таким образом, избежать нерационального расхода бюджетных средств на повторные визиты, дополнительные обследования и курсы терапии, лечение таких грозных осложнений ГЭРБ, как стриктура и аденокарцинома пищевода.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследовании приняли участие 77 пациентов, страдавших ГЭРБ: 46 (65 %) женщин и 31 (35 %) мужчина, средний возраст — 46 лет. Диагноз ГЭРБ устанавливался в соответствии с критериями Монреальского соглашения при наличии у пациентов, беспокоящих жалоб (изжога и/или регургитация), и/или эрозивного рефлюксного эзофагита (РЭ). Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ: у 35 (45 %) пациентов диагностировалась неэрозивная рефлюксная болезнь, у 28 (36 %) — эрозивный РЭ стадии А, у 12 (16 %) — эрозивный РЭ стадии В, у 2 пациентов (3 %) — эрозивный РЭ стадии С в соответствии с Лос-Анджелеской эндоскопической классификацией. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы диагностировалась у 41 (53 %) больного. В среднем пациенты испытывали изжогу и регургитацию один раз в неделю, жалобы были средней интенсивности (ощущение не могло быть игнорировано больными, но оно не изменяло стиля жизни). 19 (25 %) пациентов не имели каких-либо хронических заболеваний, кроме ГЭРБ, 24 (31 %) имели два, 13 (17 %) имели три и 22 (29 %) имели более 4 хронических заболеваний, включая ГЭРБ. Средний индекс массы тела был равен 26 кг/м<sup>2</sup>. Высшее образование имели 38 (49 %) испытуемых. 19 (25 %) пациентов злоупотребляли алкоголем еженедельно и чаще, 28 (36 %) пациентов имели никотиновую

зависимость. Анкетирование пациентов проводилось опросниками Бэка, Спилбергера — Ханина, сокращенным многофакторным опросником личности (СМОЛ), опросником SF — 36.

Больным назначалась стандартная соматотропная терапия ингибитором протонной помпы омепразолом в дозировке 20 мг 2 р/сут. внутрь до еды на 6 недель, рекомендовалось соблюдение диеты и изменение образа жизни, оговаривалась дата следующего визита, который должен был случиться через 6 недель от начала лечения. В результате проведения исследования сформировались две группы испытуемых: группа 1 — 53 (69 %) пациента, пришедшие на контрольный визит и продолжившие дальнейшее сотрудничество с исследователем; группа 2 — 24 (31 %) пациента, не пришедшие на контрольный осмотр и отказавшиеся от последующего сотрудничества с исследователем. Демографические, социальные, клинические, эндоскопические, личностные и психологические характеристики пациентов из двух групп были сопоставлены. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «Statistika 6.0».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Не отмечалось статистически значимых отличий между группами по следующим показателям: количество пациентов, злоупотребляющих алкоголем: гр. 1 — 30 %, гр. 2 — 25 % ( $p > 0,05$ ); количество испытуемых, имеющих никотиновую зависимость: гр. 1 — 32 %, гр. 2 — 45 % ( $p > 0,05$ ); среднее количество хронических заболеваний: гр. 1 — 3, гр. 2 — 2 ( $p > 0,05$ ); индекс массы тела: гр. 1 — 26 кг/м<sup>2</sup>, гр. 2 — 27 кг/м<sup>2</sup> ( $p > 0,05$ ); количество пациентов, имеющих высшее образование: гр. 1 — 47 %, гр. 2 — 54 % ( $p > 0,05$ ); частота и тяжесть изжоги и частота регургитации ( $p > 0,05$ ), количество пациентов с НЭРБ: гр. 1 — 45 %, гр. 2 — 45 % ( $p > 0,05$ ); количество пациентов с ГПОД: гр. 1 — 51 %, гр. 2 — 58 % ( $p > 0,05$ ); опросник Спилбергера — Ханина: гр. 1 реактивная тревожность — 29 баллов, личностная тревожность — 42 балла против 25 и 42 баллов в гр. 2 соответственно ( $p > 0,05$ ); опросник Бэка: гр. 1 — 5 баллов, гр. 2 — 6 баллов ( $p > 0,05$ ); по результатам тестирования сокращенным многофакторным опросником личности по шкале 1: гр. 1 — 55 %, гр. 2 — 58 ( $p > 0,05$ ); шкале 2: гр. 1 — 51 %, гр. 2 — 52 ( $p > 0,05$ ); шкале 3: гр. 1 — 54 %, гр. 2 — 60 ( $p > 0,05$ ); шкале 4: гр. 1 — 49 %, гр. 2 — 51 ( $p > 0,05$ ); шкале 6: гр. 1 — 48 %, гр. 2 — 49 ( $p > 0,05$ ), шкале 7: гр. 1 — 50 %, гр. 2 — 53 ( $p > 0,05$ ); шкале 9: гр. 1 — 42 %, гр. 2 — 42 ( $p > 0,05$ ); опросник SF — 36 шкала ФБ: гр. 1 — 63 %, гр. 2 — 64 ( $p > 0,05$ ); шкала ОЗ: гр. 1 — 59 %, гр. 2 — 62 ( $p > 0,05$ ); шкала витальности: гр. 1 — 62 %, гр. 2 — 57 % ( $p > 0,05$ ); шкала социального функционирования: гр. 1 — 74 %, гр. 2 — 69 % ( $p > 0,05$ ); шкала РОЭС: гр. 1 — 68 %, гр. 2 — 63

( $p > 0,05$ ); шкала психического здоровья: гр. 1 — 64 %, гр. 2 — 62 % ( $p > 0,05$ ).

Отмечались статистически значимые отличия между группами по следующим показателям: количество мужчин: гр. 2 — 83 %, гр. 1 — 49 % ( $p < 0,05$ ); средний возраст: гр. 1 — 39 лет, гр. 2 — 48 лет ( $p < 0,05$ ); тяжесть регургитации: гр. 1 — 2, гр. 2 — 1,5 ( $p < 0,05$ ); сокращенный многофакторный опросник личности шкала шизойдности: гр. 1 — 47 %, гр. 2 — 54 ( $p < 0,05$ ); опросник SF — 36: шкала физического функционирования: гр. 1 — 73 %, гр. 2 — 84 %; шкала ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием: гр. 1 — 52 %, гр. 2 — 63 % ( $p < 0,05$ ).

Предикторами низкой приверженности лечению у пациентов с ГЭРБ являются мужской пол, молодой возраст, меньшая выраженность симптома регургитации, отсутствие значимого влияния симптоматики ГЭРБ на такие составляющие качества жизни, как физическое функционирование и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, т. е. на работу и другую повседневную деятельность. Шизоидный радикал личности также может быть ответственным за низкую комплаентность за счет эмоциональной холодности и отчужденности в межличностных отношениях со стороны пациента. Выявление вышеописанных факторов риска низкой приверженности может помочь лечащему врачу модулировать свое терапевтическое воздействие при общении с контингентом пациентов с предполагаемой низкой приверженностью лечению за счет налаживания более тесных партнерских взаимоотношений, объяснения причин и механизмов развития заболевания, позитивного настроения, обсуждения проблемы приверженности [4, 5].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л. Б. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ)»: первые итоги // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — С. 4—12.
2. Руководство по медицине. Диагностика и лечение / пер. с англ. под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Литтера, 2011. — 3693 с.
3. De Geest S., Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. — 2003. — P. 323—329.
4. Dunbar J. The comprehensive handbook of behavioural medicine. — N.-Y.: Springler, 1980. — 152 p.
5. Hall J. Meta-analysis of correlates of provider behavior // Medical Care. — 1998. — P. 657—675.
6. Hauscer S. Mayo Clinic Gastroenterology and Hepatology Board Review. — Canada: Mayo Clinic press, 2009. — 533 p.
7. Okuno J. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? // Eur. J. Clin. Pharmacol. — 2001. — P. 589—594.
8. Servellen G. et al. Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virusinfected men and women // AIDS Patient Care STDs. — 2002. — P. 269—281.

9. *Stilley C.* Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment // *Ann. Behav. Med.* — 2004. — P. 117–124.

## РЕЗЮМЕ

*С. В. Тихонов*

**Предикторы низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является широко распространенным заболеванием, требующим длительного инициального и поддерживающего лечения. Выявление факторов риска низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью может оказать помощь в оптимизации тактики взаимоотношения врача и больного и, таким образом, повлиять на эффективность терапии. В исследовании, приводимом в статье, определяются предикторы низкой комплаентности лечению, которые могут быть выявлены на этапе первичного контакта врача и пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, приверженность лечению, личностные особенности, качество жизни.

## SUMMARY

*S. V. Tikhonov*

**Predictors of low compliance with treatment in the patients with gastro-esophageal reflux disease**

Gastroesophageal reflux disease is a widespread pathology requiring a long-term initial and maintaining therapy. Identification of the risk factors of low compliance of the patient with the treatment of the gastroesophageal reflux disease may be helpful in optimization of the patient — the doctor contact and thus may improve the compliance. The paper describes the predictors of low compliance that may be disclosed in the period of primary contact with the patients with gastroesophageal reflux pathology.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, compliance, personality, quality of life.

# Издательство СПбГМУ

имени академика И. П. Павлова

специализируется на издании медицинской, научной  
и учебной литературы

Имея в своем составе квалифицированных художественных и научных редакторов, располагая современной полиграфической базой, издательство СПбГМУ может подготовить к печати и издать монографии, брошюры, медицинские журналы, буклеты и другую полиграфическую продукцию, подготовить оригинал-макет любой сложности.

Издательство СПбГМУ принимает заказы на публикацию рекламных объявлений в медицинских журналах и книгах, выпускаемых издательством.

Выпускаемая литература реализуется через магазин и киоск издательства.

Предварительную информацию об условиях оформления, выполнения  
и оплаты заказов можно получить по адресу:

197089, Санкт-Петербург,  
улица Льва Толстого, 6/8

**Издательство СПбГМУ имени академика И. П. Павлова**

Телефон: (812) 234-27-78