

## ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЙЕНСА В ПРОЦЕССЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Проведено обследование 75 больных артериальной гипертензией, осложненной гипертоническими кризами, и 90 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) с приступами стенокардии. Выделены расстройства психической сферы в виде нозогенно обусловленных реакций психической дезадаптации, соматогенного астенического симптомокомплекса, острых реакций на стресс. У больных артериальной гипертензией преобладал низкий уровень комплайенса, у пациентов с ИБС — средний. Разработана и апробирована система психотерапевтических мероприятий, которые способствовали повышению уровня комплайентности.**

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, комплайенс, психотерапия.

В настоящее время в Украине особую актуальность приобретает проблема заболеваний сердечно-сосудистой системы и прежде всего артериальной гипертензии (АГ), которая существенно влияет на продолжительность и качество жизни [1–3].

АГ является фактором развития ишемической болезни сердца (ИБС), нарушений мозгового кровообращения в виде транзиторных ишемических атак и мозговых инсультов и приводит к увеличению показателей смертности и инвалидности [3–6]. Наиболее важный аспект фармакологического лечения АГ — достижение и поддержание оптимальных цифр артериального давления (АД). Среди основных причин неадекватного контроля АД выделяют недостаточную эффективность антигипертензивной терапии, плохую переносимость гипотензивных препаратов, а также низкую приверженность больных к лечению (некомплаентность). Поскольку АГ является хроническим, часто бессимптомным заболеванием, которое требует пожизненной терапии, решение проблемы комплайенса при данной патологии крайне важно [7–10].

Низкий комплайенс снижает качество жизни пациентов, увеличивает количество госпитализаций и приводит к общему снижению эффективности медицинской помощи [2, 10–12].

Анализ данных литературы показывает, что на фоне резкого изменения привычного образа жизни, отсутствия достоверно полной субъективной информации о болезни существует высокая вероятность формирования неадекватной внутренней картины болезни. Вместе с тем формирование неадекватного страха за свое будущее трансформируется в защитные психологические реакции,

которые не способствуют выздоровлению и снижают качество жизни, что обуславливает необходимость внедрения мероприятий психокоррекции для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [4, 5, 7, 13, 14].

Эффективность современных лечебно-реабилитационных мероприятий во многом зависит не только от адекватности терапевтических технологий, но и от многочисленных психологических факторов и условий [7, 10]. К фундаментальным психологическим факторам, опосредующим все разнообразие лечебно-реабилитационных мероприятий, относятся система мотиваций пациента и межличностные взаимоотношения в звене «пациент — терапевт». Мотивация лечения, активное участие пациента в лечебно-реабилитационном процессе с учетом его личностных особенностей и характера реагирования на болезнь, является базисом современного лечебно-реабилитационного процесса [4]. В связи с этим возрастает необходимость более глубокого изучения медико-психологических аспектов современной лечебной практики, прежде всего терапевтического альянса, который формируется между врачом и пациентом, а также комплайенса больных.

Известные методы повышения комплайенса [1, 9, 10] основаны на обучении пациентов, улучшении схемы дозирования медикаментов, а также на организационных мероприятиях. Разработанные системы психокоррекции ориентированы на коррекцию неблагоприятных типов комплайенса, дезадаптивных психологических реакций на свое заболевание, формирование терапевтического альянса и психологическое потенцирование медикаментозной терапии [3, 5, 9, 10, 14].

Исследование комплайенса, поиск факторов, которые его определяют, разработка и внедрение психокоррекционных программ для пациентов, направленных на изменения отношения к собственному здоровью, является одним из существенных резервов для улучшения приверженности к терапии и в конечном итоге для повышения эффективности лечения АГ и ИБС, улучшения прогноза заболевания.

Цель исследования — определение индивидуально-психологических особенностей больных АГ и ИБС как основы для разработки саногенетически обоснованной программы личностной психокоррекции, направленной на повышение комплайентности.

Обследовано 75 больных АГ, осложненной гипертоническими кризами, и 90 пациентов с ИБС и приступами стенокардии.

Возрастное и гендерное распределение больных в обеих группах было сопоставимым. Полученные результаты клинико-психопатологического исследования пациентов позволили определить их клиническую структуру и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы.

В ходе исследования применялись следующие методы: клинико-психопатологический с применением структурированного диагностического интервью, анкетирования (анкета для диагностики стиля взаимодействия между пациентом и врачом (Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова, 2011)), ММРІ (Миннесотский многошкальный личностный опросник), психодиагностические и математико-статистические.

Все нарушения психической сферы у больных АГ и ИБС были распределены соответственно ведущей симптоматике в зависимости от ее сочетания и выраженности. У 48,9% больных выраженность психопатологической симптоматики не достигала очерченности нозологического уровня и была идентифицирована нами как нозогенно обусловленные реакции психической дезадаптации и у 30% пациентов — как соматогенный астенический симптомокомплекс. У 21,1% больных интенсивность психопатологической симптоматики достигала уровня, который позволил установить ее нозологическую принадлежность в виде острых реакций на стресс — F43.0 по МКБ-10.

В ходе обследования больных АГ и ИБС доказано влияние на комплайенс социально-демографических факторов, таких как уровень образования, семейное положение, трудоустройство, и клинических особенностей — стадия и продолжительность АГ, наличие приступов стенокардии при ИБС, сопутствующих заболеваний — сахарного диабета, ожирения, злоупотребления алкоголем

и курения, побочных эффектов терапии. Выявлено, что среди пациентов со средним и низким уровнями приверженности к медикаментозному лечению преобладает доля лиц со средним и средним специальным образованием, тех, кто не состоит в браке и не работает, с давностью АГ 16–25 лет, с сопутствующей ИБС, с индексом массы тела более 30, курильщиков, а также тех, кто отмечает побочные эффекты лечения.

Установлены индивидуально-психологические факторы формирования низкой приверженности к антигипертензивной терапии, к которым относятся такие личностные особенности пациентов с АГ и ИБС, как низкий уровень интенсивности отношения к здоровью, инфернальный тип субъективного контроля, «невротический» профиль по данным ММРІ, низкий порог толерантности к стрессу, перенапряжение защитных механизмов, лабильность эмоций и самооценки, импульсивность, неконформность, стремление к независимости, устойчивость и стеничность установок, стремление к опоре только на собственный опыт, конфликтность, жесткость, эгоцентризм, интроверсия, потребность в актуализации своей индивидуальности, высокий уровень фрустрации с уходом от решения проблем.

Результаты исследования отношения больных к терапевтическому процессу показали, что у 20,0% всех пациентов определяется высокий уровень комплайенса, у 60,0% — средний, у 20,0% — низкий.

С помощью корреляционного анализа были определены особенности взаимосвязи между уровнем комплайенса больных, типом их терапевтического альянса и степенью доверия к врачу. Так, уровень комплайенса положительно коррелирует с партнерским ( $r_s = 0,39, p \leq 0,05$ ), обязательным ( $r_s = 0,38, p \leq 0,05$ ), эмпатийным ( $r_s = 0,41, p \leq 0,05$ ) типами терапевтического альянса и высокой степенью доверия пациентов к врачу ( $r_s = 0,37, p \leq 0,05$ ).

У 49,75% пациентов с АГ преобладал низкий уровень комплайенса при проведении медикаментозной терапии, что сопровождалось более тяжелым течением заболевания. У больных со средним и низким уровнями комплайенса частота гипертензивных кризов средней степени тяжести и тяжелых была достоверно выше (часто гипертензивные кризисы в течение года возникали у 45,33% пациентов) по сравнению с группой больных с высоким уровнем комплайенса, среди которых кризисы отмечались редко (в 45,28% случаев), а в 52,83% вообще отсутствовали ( $p < 0,05$ ). Средняя и низкая приверженность к медикаментозной терапии наблюдалась чаще среди лиц со средним и средним специальным образованием,

не состоящих в браке и не работающих ( $p < 0,05$ ). Пациенты с ИБС отличались преимущественно средним уровнем комплаенса (52,25 % больных). Средняя и низкая приверженность к терапии определялась теми же факторами, что и у больных АГ.

По данным анализа индивидуально-психологических характеристик пациентов выделены личностные особенности больных, которые играли значительную роль в формировании отношения к лечению ИБС и АГ и являлись предикторами формирования средней и низкой приверженности к медикаментозной терапии. К ним относятся: низкий уровень ответственного отношения к своему здоровью, инфернальный тип субъективного контроля, «невротический» профиль по данным ММРІ, формирование личностной защиты типа «бегства в болезнь», наличие эмоционального напряжения на фоне эмоциональной нестабильности, подавленности, низкой стрессоустойчивости и самооценки, импульсивность, нонконформизм, стремление к независимости, ригидность установок, трудности переключения, стремление к опоре только на собственный опыт, склонность к противодействию внешнему воздействию, конфликтность, жесткость, эгоцентризм, обособленно-созерцательная личностная позиция, интроверсия, потребность в актуализации своей индивидуальности, отсутствие углубления в серьезные проблемы.

Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий с охватом стационарного и амбулаторного этапов лечения ИБС и АГ, комплексность и интегративный подход при выборе психотерапевтических методов, а также многоуровневость с учетом биологического, психологического и социального направлений психокоррекционного влияния. Психотерапия включала мотивационное интервью, когнитивно-поведенческую психотерапию, рациональную психотерапию, овладение I степенью ангиотензивной терапии.

Эффективность разработанной программы оценивалась по таким критериям, как уровень комплаенса, уровень формирования ответственного отношения к здоровью, частота гипертензивных кризов и уровень систолического и диастолического АД, частота приступов стенокардии при ИБС. Психокоррекционная программа продемонстрировала свою эффективность для достижения высокого комплаенса. У пациентов основной группы исследования обнаружено достоверное повышение уровня комплаенса, в отличие от обследованных контрольной группы, которые не участвовали в программе, а получали только медикаментозную терапию ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, поскольку эффективность лечения АГ и ИБС зависит от степени комплаентности пациента, необходимо целесообразно определять уровень комплаенса в начале терапии. Комплаенс имеет динамический характер и может изменяться при проведении терапии, поэтому важно осуществлять мониторинг его уровня в процессе амбулаторного наблюдения.

Комплаенс определяется такими индивидуально-психологическими факторами пациентов, как особенности личности, локус контроля, уровень тревожности и уровень ответственного отношения к здоровью. Эти параметры должны учитываться при формировании терапевтического альянса.

Целесообразно использовать врачей-психотерапевтов, врачей-психологов и практических психологов для консультирования и психокоррекции больных ИБС и АГ в стационарных и амбулаторных общесоматических и специализированных лечебно-профилактических учреждениях всех уровней для корректировки уровня комплаентности и выработки оптимального терапевтического альянса.

Необходимо внедрение в комплексную терапию больных АГ и ИБС психокоррекционной программы, направленной на оптимизацию образа жизни пациентов и формирование ответственного отношения к состоянию здоровья с сочетанием мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов на основе интегративной психотерапевтической модели.

#### Список литературы

1. Зв'язок комплаенсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К. М. Амосова, Л. Є. Трачук, Н. В. Береза, Ю. В. Руденко // Серце і судини.— 2012.— № 1 (37).— С. 85–92.
2. Артериальная гипертензия в фокусе психокордиологии / И. В. Дроздова, Л. Г. Степанова, Н. А. Яковенко, М. Н. Емец. // Мед. психология.— 2014.— Т. 9, №1 (33).— С. 41–48.
3. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып.— 2008.— № 243.— С. 71–74.
4. Смулевич А. Б. Психокордиология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин.— М.: МИА, 2005.— 778с.
5. Федак М. Б. Порушення емоційної сфери хворих на ішемічну хворобу серця та їх медико-психологічна реабілітація: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 19. 00. 04. «Медична психологія» / М. Б. Федак.— Харків, 2012.— 14 с.

6. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Naan, C. M. Tangen [et al.] // *Circulation*.— 2000.— № 102.— P. 1773–1779.
7. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеева.— Харьков: Прапор, 2002.— 108 с.
8. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // *Кардиология*.— 2005.— № 8.— С. 38–44.
9. Хаустова О. О. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії / О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук, С. Г. Сахно // *Ліки України плюс*.— 2012.— № 3–4 (11–12).— С. 17.
10. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади // Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // *Мед. психологія*.— 2013.— Т. 8. № 4 (32).— С. 3–7.
11. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник / В. Я. Гиндикин.— К.: «Здоровье», 1997.— 104 с.
12. Lett H. Depression and Cardiac Function in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study / H. Lett, S. Ali, M. Whooley // *Psyhosom. Med.*— 2008.— Vol. 70.— P. 444–449.
13. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // *Укр. вісник психоневрології*.— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 11–17.
14. Напреевко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напреевко // *Укр. вісник психоневрології*.— 2014.— Т. 22, вип. 1.— № 2 (78).— С. 18–22.

#### ФОРМУВАННЯ КОМПЛАЄНСУ В ПРОЦЕСІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Б. В. МИХАЙЛОВ, Б. С. ФЕДАК

**Проведено обстеження 75 хворих на артеріальну гіпертензію, ускладнену гіпертонічними кризами, і 90 пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) з нападами стенокардії. Виділено розлади психічної сфери у вигляді нозогенно обумовлених реакцій психічної дезадаптації, соматогенного астеничного симптомокомплексу, гострих реакцій на стрес. У хворих на артеріальну гіпертензію переважав низький рівень комплаєнсу, у пацієнтів із ІХС — середній. Розроблено й апробовано систему психотерапевтичних заходів, які сприяли підвищенню рівня комплаєнтності.**

*Ключові слова:* артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, комплаєнс, психотерапія.

#### FORMATION OF COMPLIANCE DURING MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL OBSERVATION OF HYPERTENSIVE AND CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS

В. V. MYKHAILOV, B. S. FEDAK

**The study involved 75 patients with arterial hypertension complicated by hypertensive crises, and 90 coronary artery disease patients with angina attacks. Mental disorders in the form of nosology-based responses of mental deadaptation, somatogenic asthenic symptom complex, acute responses to stress were revealed. In hypertensive patients low level of compliance prevailed, while coronary artery disease patients had an average level of compliance. A system of psychotherapeutic measures contributing elevation of compliance level was developed and tested.**

*Key words:* arterial hypertension, coronary artery disease, compliance, psychotherapy.

Поступила 21.08.2014