

УДК 159.9:61:616.12-008.4

Е. В. Ефремова, И. А. Сабитов, А. М. Шутов, С. А. Суворова

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. Эффективность лечебно-диагностического процесса во многом обусловлена приверженностью к лечению больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Однако роль психологических особенностей личности в формировании приверженности к лечению у больных ХСН пожилого и старческого возраста с учетом коморбидности изучена недостаточно. Обследовано 75 больных (42 мужчины и 33 женщины, средний возраст составил $61,8 \pm 9,6$) с ХСН. Наличие у больного коморбидных состояний, прогрессирующей стенокардии, инфаркта миокарда в анамнезе, анемии является фактором, повышающим приверженность к терапии больных ХСН. Низкая приверженность к лечению обусловлена особенностями психологического статуса больных ХСН старшей возрастной группы.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, приверженность к лечению, коморбидность.

Abstract. The efficiency of treatment and diagnostics in many ways depends on adherence of patients with chronic heart failure (CHF). However, factors of psychological characteristics that determine adherence of older patients with CHF with comorbidity have not been studied yet. 75 patients with CHF (42 females and 33 males, age average $61,8 \pm 9,6$ years) were studied. The comorbidity, coronary heart disease, myocardial infarction in history, anemia increase adherence of patients with CHF. Nonadherence is conditioned by the psychological status features of older patients with CHF with comorbidity.

Key words: chronic heart failure, adherence, comorbidity.

Психосоматические проблемы при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных пожилого и старческого возраста усугубляются высокой коморбидностью больных [1–3]. Достижение высокого уровня психологического обеспечения лечебно-диагностического процесса позволяет своевременно диагностировать психогенные и психосоматические расстройства, внутри- и межличностные конфликты пациентов с соматическими заболеваниями, более целостно и успешно проводить лечение с учетом формы, стадии заболевания, обеспечивая максимально возможную полноту клинической ремиссии [4, с. 150–220].

Эффективность лечебно-диагностического процесса во многом обусловлена приверженностью к лечению больных ХСН [5–6]. Между тем недостаточно исследована проблема личностных характеристик больных ХСН на фоне коморбидности в зависимости от приверженности, формирующихся в диаде «коморбидность – комплаенс».

Комплексное изучение коморбидности и приверженности может быть реализовано в изучении, с одной стороны, особенностей клиники ХСН, с другой – личностных расстройств с учетом коморбидности [7].

Недостаточно изучены особенности личности, характеризующие когнитивные функции больных ХСН. Особую важность диады «коморбидность –

комплаенс» составляют поведенческая и эмоциональная сферы личности, реализующиеся в отражении внешних факторов, определяющих коморбидность, и личностных расстройствах, проявляющихся в приверженности к лечению.

Проблема коморбидности – результата объективного взаимовлияния ведущих клинических факторов различных заболеваний при ХСН, обуславливает появление новых клинико-психологических симптомов и синдромов при ХСН.

В настоящее время вопрос клинико-психологической характеристики коморбидности как «феноменологического бульона», или как симптомокомплекса – совершенно новой нозологической единицы, остается открытым [8–10].

При изучении факторов, влияющих на формирование приверженности к лечению ХСН, традиционно уделяется внимание социальным и фармако-экономическим особенностям терапии ХСН [11]. В литературе обращается внимание на взаимосвязь между приверженностью к лечению ХСН и наличием у больного клинико-психологических расстройств, в том числе в эмоциональной сфере [12–13].

Таким образом, разработка комплексного подхода в исследовании ХСН в спектре диады «коморбидность – комплаенс», учитывающего как клинические, так и психологические особенности личности в формировании отношения к лечению в условиях коморбидности, позволит создать принципиально новый подход к клинико-психологическим, психодиагностическим аспектам оптимизации лечения и процессов реабилитации больных ХСН в условиях коморбидности и нарушенной приверженности.

Цель исследования – изучение определяющих личностных тенденций и оценки приверженности к проводимой терапии больных ХСН пожилого и старческого возраста с учетом коморбидности.

Материалы и методы

Обследовано 75 больных (42 мужчины и 33 женщины, средний возраст составил $61,8 \pm 9,6$) с ХСН I–III стадий, I–IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 6 (8,0 %) больных, II ФК – у 31 (41,3 %) больного, III ФК – у 36 (48,0 %) и IV ФК – у 2 (2,7%) больных. Продолжительность ХСН – $5 \pm 2,2$ года. Причиной ХСН у большей части больных (51; 68,0 %) являлась ИБС в сочетании с артериальной гипертонией высокого риска. Больные имели высокую коморбидность, которую оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson) [14]. Хроническая болезнь почек (ХБП) со СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² наблюдалась у 41 (54,7 %) больного. ИБС диагностирована у 56 (74,7 %) больных, в том числе инфаркт миокарда в анамнезе – у 28 (37,3 %) больных. Сахарный диабет 2-го типа имели 15 (20,0 %), хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) – 12 (16,0 %) больных.

Во время интервью с больным уточняли его социальное положение, род занятий, материальное положение, уровень образования (среднее, среднеспециальное, высшее) (рис. 1).

В исследовании использовались валидные психологические методики: «Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)» (Личко А. Е., Ива-

нов И. Я., 1980); «Модифицированный тест восьми влечений Сонди» (в модификации Л. Н. Собчик, 2002); «Копинг-тест» (Lazarus R., Folkman S., 1984); «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE); «Тест Мориски–Грина» (Morisky D. E., Green L. W., 1986).

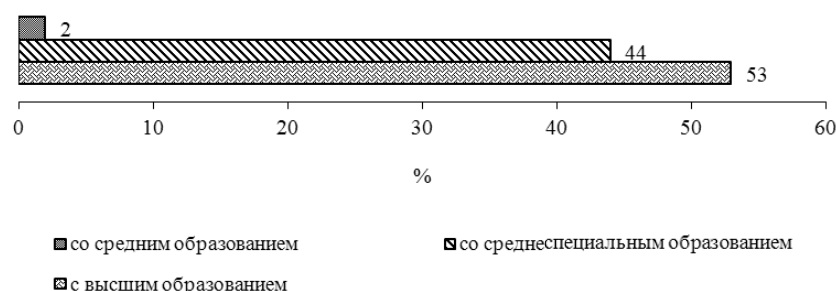


Рис. 1. Распределение больных ХСН по образованию

Результаты и обсуждение

В структуре внутренней картины болезни у больных ХСН выявлены сочетания следующих типов отношения к заболеванию: сенситивного ($50,7 \pm 20,9 \%$), неврастенического ($34,6 \pm 16,5 \%$), паранойяльного ($35,7 \pm 9,5 \%$), тревожного ($29,3 \pm 8,8 \%$) (рис. 2). Преобладающим является сенситивный тип отношения к заболеванию, который характеризуется чрезмерной озабоченностью о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, боязнью стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. У женщин более значимо выражен тревожный тип отношения к болезни по сравнению с мужчинами ($35,5$ и $20,0 \%$ соответственно, $p = 0,009$), выражающийся непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. У больных ХСН, имеющих анемию, также наиболее выражен тревожный тип отношения к болезни ($p = 0,03$).

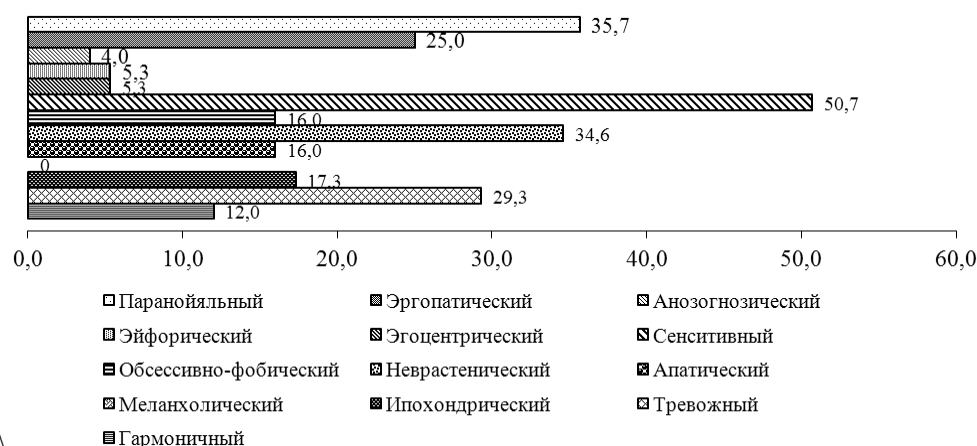


Рис. 2. Типы отношения к заболеванию больных ХСН

На основании оценки методики Л. Сонди для больных ХСН по вектору S (сексуальное влечение) выявлены подавленное либидинозное влечение, пассивность, мягкость характера, уступчивость, развитое чувство вины, пассивно-мазохистические тенденции. По вектору Р (пароксизмальное влечение) – тревожная напряженность перед взрывом аффекта, снижение самоконтроля. По вектору Sch (Я-влечение) – вытеснение из сознания истинных влечений, механизм психологической защиты по типу «переноса». По вектору С (контактное влечение) – амбивалентность в отношениях, отсутствие готовности к новым контактам. У больных ХСН резко выражена эмоциональная лабильность – впечатлительность, экстравертированность, выраженное чувство вины.

Больным свойственны конструктивные и относительно конструктивные типы копинг-стратегий (рис. 3). Преобладающим типом копинг-стратегии явилось «планирование решения проблемы» ($64,9 \pm 22,9 \%$) – произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход.

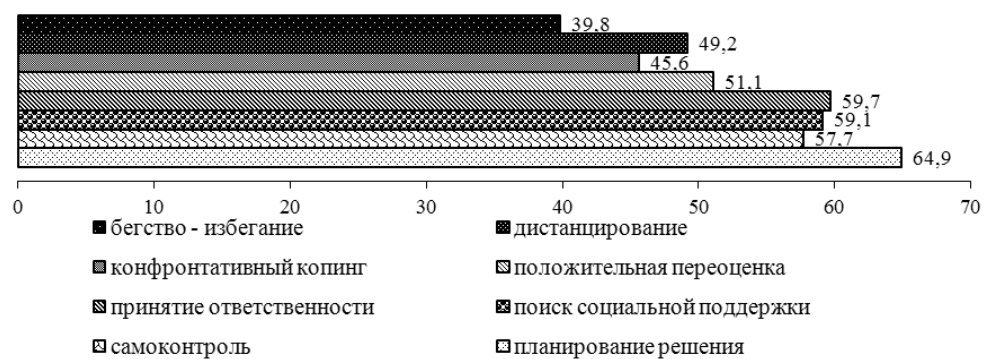


Рис. 3. Типы копинг-стратегий у больных ХСН

В сфере когнитивных нарушений у больных ХСН преобладают нарушения памяти и внимания. У каждого второго больного выявлены преддементные когнитивные нарушения, а у 13 (25 %) – деменция легкой степени выраженности (рис. 4).

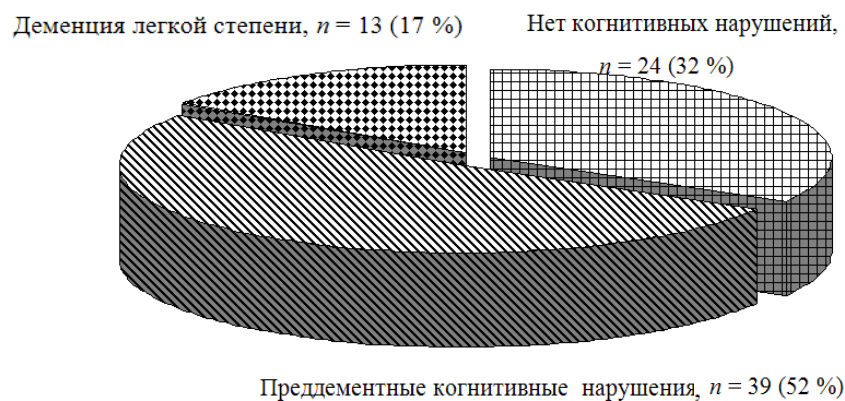


Рис. 4. Краткая шкала оценки психического статуса для диагностики когнитивных расстройств у больных ХСН

По результатам теста Мориски–Грина большинство больных забывали когда-либо принять препараты и невнимательно относились к часам приема лекарств (табл. 1).

Таблица 1

Результаты теста Мориски–Грина у больных ХСН

Вопрос	Да	Нет
	<i>n</i>	<i>n</i>
Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?	44 (58,7 %)	31 (41,3 %)
Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?	48 (64,0 %)	27 (36,0 %)
Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	33 (44,0 %)	42 (56,0 %)
Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, пропускаете ли Вы следующий прием?	27 (36,0 %)	48 (64,0 %)

В целом высокая комплаентность к медикаментозному лечению наблюдалась у 13 (17,3 %) больных. Больные с низкой приверженностью характеризуются сенситивным типом реагирования, эмоциональной лабильностью, нерешительностью ($p < 0,004$). Выявлена связь приверженности к терапии у больных ХСН ($p < 0,05$) с наличием стенокардии, инфарктом миокарда в анамнезе; а также прямая зависимость между приверженностью больных к приему лекарственных препаратов и индексом коморбидности Чарлсона ($R = 0,28$, $p < 0,05$). Больные, имеющие ХБП и анемию, отличались высокой приверженностью к терапии ($p < 0,02$).

Проведен многофакторный регрессионный анализ, в который в качестве независимых переменных включали пол, возраст, а также параметры, при проведении однофакторного анализа коррелировавшие с приверженностью больных к терапии при $p < 0,05$. В качестве зависимой переменной включали приверженность больных к терапии. Проведенный анализ показал, что на приверженность к лечению больных ХСН старшей возрастной группы независимое влияние оказывало наличие у больного ИБС ($R = 0,48$, $\beta = -0,18$, $p = 0,03$), инфаркта миокарда в анамнезе ($R = 0,48$, $\beta = -0,33$, $p = 0,02$), эмоциональной лабильности ($R = 0,48$, $\beta = -0,13$, $p = 0,03$).

Выводы

1. Больные ХСН пожилого и старческого возраста характеризуются неврастеническим типом отношения к заболеванию, эмоциональной лабильностью, конструктивными копинг-стратегиями. Каждый второй больной имеет преддементные когнитивные нарушения.

2. Наличие у больного коморбидных состояний, прогрессирующей стенокардии, инфаркта миокарда в анамнезе, анемии является фактором, повышающим приверженность к терапии больных ХСН. Низкая приверженность к лечению обусловлена особенностями психологического статуса больных старшей возрастной группы.

3. Выявленные клиничко-психологические характеристики больных ХСН пожилого и старческого возраста оказывают непосредственное влияние на приверженность к терапии и должны учитываться при выборе тактики ведения данной группы больных.

Список литературы

1. **Агеев, Ф. Т.** Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) / Ф. Т. Агеев, М. О. Даниелян, В. Ю. Мареев и др. // Сердечная недостаточность. – 2008. – № 5 (1). – С. 4–7.
2. **Lien, C. T.** Heart Failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, comorbidities, polypharmacy and treatment dilemmas / C. T. Lien, A. D. Gillespie et al. // Eur. J. Heart. Fail. – 2002. – V. 4, № 1. – P. 91–98.
3. **Wolf, J. L.** Expenditures and complications of multiple chronic conditions in elderly / J. L. Wolf, B. Starfield et al. // Arch Intern Med. – 2002. – V. 162, № 20. – P. 2269–2276.
4. **Карвасарский, Б. Д.** Клиническая психотерапия в общей врачебной практике : учеб. для вузов / Б. Д. Карвасарский, Н. Г. Незнанов. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Издательский дом «Питер-ЮГ», 2010.
5. Диагностика и лечение ХСН (третий пересмотр). Российские рекомендации (Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов). – М., 2009.
6. **Шальнова, С.** Артериальная гипертензия и приверженность терапии / С. Шальнова и др. // Врач. – 2009. – № 12. – С. 39–42.
7. **Hill, M. N.** Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure / Martha N. Hill et al. // J. Clinical Hypertension. – 2010. – № 12 (10). – P. 758–764.
8. **Биктимиров, Т. З.** Психологические особенности личности больных с минимальной мозговой дисфункцией при дисциркуляторной энцефалопатии на фоне артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа (к дискуссии о коморбидности) / Т. З. Биктимиров и др. // Медико-физиологические проблемы экологии человека : материалы Всерос. конф. с междунар. участием. – Ульяновск, 2009. – С. 58–59.
9. **Гасанов, Р. Ф.** Коморбидность синдрома нарушения внимания как результат диагностической неопределенности / Р. Ф. Гасанов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – № 4. – С. 1–6.
10. **Соломакина, Н. И.** Сердечная и внесердечная коморбидность у больных систолической и диастолической ХСН пожилого и старческого возраста / Н. И. Соломакина // Сердечная недостаточность. – 2009. – № 6 (56). – С. 298–233.
11. **Strombtrg, A.** Patient-related factors of complians in heart f ailure: some new insights an old problem / A. Strombtrg // Eur Heart J. – 2006. – № 27. – P. 379–381.
12. **Альберт, М. А.** Психический статус больных с хронической сердечной недостаточностью / М. А. Альберт, С. В. Шевченко, Т. В. Бубнова, С. И. Корнейчук // Материалы 44-й науч.-практ. межрег. конф. врачей. – Ульяновск, 2009. – С. 197–198.
13. **Митрофанова, И. С.** Новые пути повышения эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью / И. С. Митрофанова // Сердечная недостаточность. – 2007. – № 9 (4). – С. 164–166.
14. **Charlson, M. E.** A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. MacKenzie // J. Chronic. Dis. – 1987. – № 40. – P. 373–383.

Ефремова Елена Владимировна

аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: lena_1953@mail.ru

Efremova Elena Vladimirovna

Postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Сабитов Ильдар Анберович

кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра медицинской психологии,
психоневрологии и психиатрии,
Институт медицины, экологии
и физической культуры, Ульяновский
государственный университет

E-mail: kmp@ulsu.ru

Sabitov Ildar Anberovich

Candidate of medical sciences, associate
professor, sub-department of medical
psychology, psychoneurology
and psychiatry, Institute of medicine,
ecology and physical culture,
Ulyanovsk State University

Шутов Александр Михайлович

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой терапии
и профессиональных болезней,
Институт медицины, экологии
и физической культуры, Ульяновский
государственный университет

E-mail: amshu@mail.ru

Shutov Alexander Mikhaylovich

Doctor of medical sciences, professor,
head of sub-department of therapy
and occupational diseases, Institute
of medicine, ecology and physical culture,
Ulyanovsk State University

Суворова Светлана Александровна

заместитель главного врача
по медицинской части, Ульяновская
городская клиническая больница

E-mail: suvorova1975@rambler.ru

Suvorova Svetlana Alexandrovna

Deputy head doctor for medical affairs,
Ulyanovsk Municipal Clinical Hospital

УДК 159.9:61:616.12-008.4

Ефремова, Е. В.

Клинико-психологическая характеристика и приверженность к лечению больных хронической сердечной недостаточностью пожилого и старческого возраста / Е. В. Ефремова, И. А. Сабитов, А. М. Шутов, С. А. Суворова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 1 (21). – С. 33–39.