

Структура приверженности к лекарственной терапии у пациентов пожилого возраста с мягким когнитивным снижением и психопатологическими симптомами

О.П. Ковтун¹, А.П. Сиденкова^{1*}, Н.В. Изможерова¹, О.В. Сердюк²,
А.А. Вихарева¹, А.А. Мельник¹, А.В. Резайкин¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия;

²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,
г. Екатеринбург, Россия

Реферат

Актуальность. Высокое распространение додементных расстройств у лиц пожилого возраста, их неблагоприятный прогноз с высокой частотой перехода в слабоумие, полиморбидность с соматической патологией обуславливают необходимость адекватной коррекции всех имеющихся заболеваний, что повышает значение приверженности к лечению в связи с психическим состоянием пациентов.

Цель. Оценка структуры медикаментозного комплаенса у пациентов пожилого возраста с мягким когнитивным снижением и психопатологическими симптомами.

Материал и методы исследования. Проведено наблюдательное исследование 264 пациентов с диагнозом «Мягкое когнитивное снижение», средний возраст составил $68,5 \pm 1,4$ года, 17,6% мужчин и 83,3% женщин. Сформировано две группы исследования: с психопатологической симптоматикой (основная группа, $n=189$) и без психопатологических симптомов (группа сравнения, $n=75$). Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, статистический с использованием программы Statistica 7 for Windows. Применяли критерий согласия Пирсона, непараметрический t-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ с расчётом коэффициента корреляции Спирмена (r).

Результаты. Приверженность (комплаентность) участников исследования по отношению к общетерапевтическим рекомендациям представлена социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентностью. Суммарный балл общего комплаенса в основной группе исследования составил $45,42 \pm 29,7$, в группе сравнения — $51,09 \pm 32,3$ балла ($p=0,031$). В основной группе исследования у половины участников (49,7%) определён низкий суммарный балл общей комплаентности, менее чем у половины участников по суммарному баллу определялся средний уровень общей комплаентности, лишь у 4,8% участников выявлена высокая комплаентность по отношению к терапевтическим рекомендациям. Нарастание гипотимии коррелирует с низкой общей, социальной и эмоциональной комплаентностью ($r=0,512$). Интенсивность ажитации и агрессии коррелирует с низкой поведенческой и эмоциональной комплаентностью ($r=0,589$). Статистически значимые корреляционные связи обнаружены между психотическими симптомами и малой поведенческой комплаентностью ($r=0,151$ и $r=0,145$ соответственно).

Вывод. Суммарные показатели медикаментозного комплаенса ниже у пациентов с аффективными и психотическими симптомами; нарастание аффективных, психотических, поведенческих расстройств у пациентов с мягким когнитивным снижением коррелирует с низкой общей, социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентностью.

Ключевые слова: мягкое когнитивное снижение, додементные когнитивные расстройства, некогнитивные психопатологические симптомы, комплаенс, приверженность терапии.

Для цитирования: Ковтун О.П., Сиденкова А.П., Изможерова Н.В., Сердюк О.В., Вихарева А.А., Мельник А.А., Резайкин А.В. Структура приверженности к лекарственной терапии у пациентов пожилого возраста с мягким когнитивным снижением и психопатологическими симптомами. *Казанский мед. ж.* 2022;103(1):44–53. DOI: 10.17816/KMJ2022-44.

*Для переписки: sidenkovs@mail.ru

Поступила 25.06.2021; принята в печать 09.11.2021;
опубликована 15.02.2022.

© Эко-Вектор, 2022. Все права защищены.

*For correspondence: sidenkovs@mail.ru

Submitted 25.06.2021; accepted 09.11.2021;
published 15.02.2022.

© Eco-Vector, 2022. All rights reserved.

ORIGINAL STUDY | DOI: 10.17816/KMJ2022-44

Structure of the drug treatment adherence in elderly patients with mild cognitive impairment and psychopathological symptoms

O.P. Kovtun, A.P. Sidenkova^{1*}, N.V. Izmozherova¹, O.V. Serdyuk², A.A. Vikhareva¹, A.A. Melnik¹, A.V. Rezaikin¹¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia;²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russia

Abstract

Background. The high prevalence of pre-dementia cognitive impairment in the elderly, their poor prognosis with a frequent transition to dementia, polymorbidity with somatic pathology determine the need for adequate correction of all somatic diseases. This increases the importance of treatment adherence.

Aim. To assess the structure of drug treatment adherence in elderly patients with mild cognitive impairment (MCI) and psychopathological symptoms.

Material and methods. An observational study of 264 patients diagnosed with mild cognitive impairment was conducted. The average age was 68.5 ± 1.4 years. Of these, 17.6% were men, and 83.3% were women. The patients were divided into two groups: with psychopathological symptoms (main group, $n=189$) and without psychopathological symptoms (comparison group, $n=75$). Research methods used: clinical-psychopathological, psychometric, statistical by using Statistica 7 software for Windows OS. The Pearson's chi-squared test, the nonparametric Mann–Whitney U test, and the correlation analysis with calculation of Spearman's rank correlation coefficient (r) were used.

Results. The adherence (compliance) of the study participants in relation to general therapeutic recommendations is represented by social, emotional and behavioural compliance. The total score of general compliance in the main study group was 45.42 ± 29.7 , in the comparison group — 51.09 ± 32.3 points ($p=0.031$). In the main group, half of the participants (49.7%) had a low total score of general compliance, less than half of the participants had an average total score, only 4.8% of the participants showed high compliance with therapeutic recommendations. Increased depression correlates with low overall, social and emotional competence ($r=0.512$). Severe agitation and aggression correlate with low behavioural and emotional competence ($r=0.589$). Statistically significant correlations were found between psychotic symptoms and low behavioural compliance ($r=0.151$ and $r=0.145$).

Conclusion. The overall medication compliance rates are lower in patients with affective and psychotic symptoms; an increase in the number of affective, psychotic, behavioural disorders in patients with mild cognitive impairment correlates with low overall, social, emotional and behavioural compliance.

Keywords: mild cognitive impairment, compliance, drug treatment adherence, adherence to therapy.

For citation: Kovtun OP, Sidenkova AP, Izmozherova NV, Serdyuk OV, Vikhareva AA, Melnik AA, Rezaikin AV. Structure of the drug treatment adherence in elderly patients with mild cognitive impairment and psychopathological symptoms. *Kazan Medical Journal*. 2022;103(1):44–53. DOI: 10.17816/KMJ2022-44.

Актуальность

Демографическая старость современного общества обуславливает активно возрастающий интерес исследователей к проблеме когнитивного снижения [1]. При этом количество публикаций по данной теме ежегодно экспоненциально растёт вслед за увеличивающимся интересом к деменции.

В настоящее время когнитивное расстройство позднего возраста понимают как феноменологически проявленное патологическое старение головного мозга [2]. Это позволяет рассматривать психические проявления старения мозга в клиническом континууме от додементного этапа к деменции. Такой подход актуализирует значение синдрома мягкого когнитивного снижения из-за высокой вероятности его трансформации в деменцию [1, 3].

Скорость развития деменции у людей с додементными когнитивными расстройствами воз-

растает при наличии коморбидной патологии (такой, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, гиповитамины D и т.д.) [4–6], которую необходимо контролировать и сдерживать с помощью терапии. При этом у многих пациентов с когнитивным снижением есть некогнитивные психопатологические симптомы (аффективные, субпсихотические, поведенческие), которые усложняют структуру когнитивного синдрома и ухудшают его прогноз, в том числе за счёт коморбидных связей с соматическими факторами риска деменции [7].

С другой стороны, психопатологические симптомы, влияя на параметры психосоциального функционирования, часто сочетаются низкой готовностью пациентов следовать терапевтическим рекомендациям, внося свой вклад в ускорение когнитивного снижения [8], то есть низкая приверженность терапии оказывается

важным самостоятельным фактором, препятствующим коррекции когнитивного снижения.

По многочисленным данным, регулярный приём статинов, пероральных гипогликемических препаратов, коррекция веса уменьшают вероятность трансформации додементных когнитивных расстройств в деменцию у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ретинопатией, а своевременная коррекция артериальной гипертензии в среднем возрасте задерживает или останавливает когнитивное снижение в пожилом возрасте [9, 10]. Недаром направление «Предупреждение и снижение рисков развития деменции» выделено экспертами Всемирной организации здравоохранения в приоритетное направление борьбы с тяжёлыми когнитивными расстройствами, опережая направления «Диагностика, разработка биомаркёров, мониторинг заболевания» и «Медикаментозное и иное лечение» [11, 12].

Эффективность терапии, назначаемой для коррекции факторов риска когнитивного снижения, зависит не только от фармакологических свойств лекарственного средства, но и от комплаенса пациента, показатели которого среди пациентов с хроническими соматическими заболеваниями невелико [13]. По отдельным данным, распространённость нонкомплаенса среди пожилых пациентов общемедицинской сети достигает 30–60% [14, 15].

До настоящего времени отсутствует единое понимание явления «медикаментозный комплаенс». Некоторые авторы рассматривают его как количественно исчисляемое и поведенчески реализованное отражение лечебного взаимодействия, преломлённое через призму индивидуально-личностных особенностей пациента [16]. Другое определение комплаенса подразумевает некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями [17].

По мнению А.С. Аведисовой, полный комплаенс — это «срединная точка на широком континууме степени приверженности больных к проводимой терапии (от полного или частичного сопротивления терапии до злоупотребления ею), которая является скорее желаемой целью...». «Нонкомплаенс к лечению, то есть всё, что меньше полного комплаенса, имеет много различных форм и нуждается в тщательном анализе и изучении» [13]. По мнению В.Д. Менделевича, медикаментозный комплаенс — сложная структура, которую составляют сенсорно-эмоциональный, логический, поведенческий компоненты [18]. Вне зависимости от

концептуальных различий в подходах к определению медикаментозного комплаенса, авторы единодушны в том, что на формирование медикаментозного комплаенса влияют разнообразные факторы, в том числе психопатологические симптомы, включённые в большой психопатологический синдром, и снижение познавательных функций [8, 13, 16, 18].

Таким образом, высокое распространение додементных расстройств, их неблагоприятный прогноз с высокой частотой перехода в слабоумие, полиморбидность с соматической патологией, которая является доказанным фактором риска формирования деменции, обуславливают необходимость адекватной коррекции всех имеющихся заболеваний, что повышает значение медикаментозного комплаенса и детерминирует необходимость изучения его структуры и связи с психическим состоянием пациентов.

Цель

Цель исследования — оценка структуры медикаментозного комплаенса у людей пожилого возраста с мягким когнитивным расстройством и психопатологическими симптомами.

Материал и методы исследования

Проведено наблюдательное исследование людей пожилого возраста (60–75 лет), находившихся под наблюдением в 2016–2019 гг. в Городской клинической больнице №6 и геронтологическом центре Свердловской областной клинической психиатрической больницы (г. Екатеринбург) с диагнозом «Мягкое когнитивное снижение» в соответствии с операциональными критериями синдрома мягкого когнитивного снижения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1992) рубрика «Мягкое когнитивное снижение» отсутствует, наиболее близка к ней рубрика «Лёгкое когнитивное расстройство (F06.7)», предполагающая наличие чёткого этиологического фактора (инфекционного, травматического и др.) центрального или системного характера.

Для решения цели и задач исследования сформированы основная группа исследования и группа сравнения. Наличие психопатологических симптомов у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения, выявленных при настоящем обследовании, было критерием включения пациентов в основную группу исследования. Отсутствие психопатологических симптомов у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения позволило включить их в группу сравнения.

Таблица 1. Пол и возраст участников исследования

Группы исследования	Мужчины		Женщины		Медиана возраста (перцентиль), годы
	Абс.	%	Абс.	%	
Основная, n=189	30	15,9	159	84,1	69,0 (62,50÷73,00)
Сравнения, n=75	14	18,7	61	81,3	68,0 (61,00÷72,00)

Половозрастные характеристики участников групп исследования сопоставимы (табл. 1).

Применены клинико-психопатологический, психометрический, статистический методы исследования.

Для оценки когнитивного статуса использована Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini-Mental State Examination). Медианы итоговых баллов по шкале MMSE у пациентов основной группы и группы сравнения сопоставимы — 26,000 (26,000÷27,000) и 26,000 (26,000÷27,000); $p=0,623$.

Оценку психопатологических симптомов осуществляли в соответствии с результатами заполнения «Нейропсихологического опросника» (NPI — от англ. Neuropsychiatric).

Для оценки комплаентности заполняли опросник «Уровень комплаентности», позволивший выделить общую, социальную, поведенческую и эмоциональную комплаентность пациентов [19].

Расчёт статистических данных по полученным результатам осуществлён с помощью статистической компьютерной программы Statistica 7 for Windows. Количественные данные представлены в виде медианы, 25-го и 75-го перцентилей. Для оценки значимых различий качественных (параметрических) показателей применяли критерий согласия Пирсона χ^2 , для оценки статистически значимых различий количественных показателей, не подчиняющихся нормальному распределению, использовали непараметрический t-критерий Манна-Уитни, точный метод Фишера с расчётом одно- и двустороннего варианта, для оценки статистически значимых различий изменений парных показателей применяли тесты Мак Нимара и Уилкоксона. Корреляционный анализ с расчётом коэффициентов корреляции Спирмена (r) позволил выявить корреляционные связи между показателями. При сравнении данных определяли достоверность различий между группами наблюдений p . Достоверность различий считали значимой при $p < 0,05$.

Рисунки выполнены с помощью Microsoft Excel и Microsoft Word.

На этапе планирования исследования проведена этическая экспертиза в локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол №3 от 27.11.2015).

Результаты

Применение клинико-психопатологического и психометрического методов позволило выявить психопатологические симптомы у пациентов основной группы исследования (табл. 2).

Среди пациентов основной группы по ведущему психопатологическому признаку выделены аффективная, психотическая, поведенческая подгруппы и подгруппа возбуждения. Вся психопатологическая симптоматика у пациентов основной группы проявлялась субклинически, её выявление оказалось возможным за счёт применения опросника NPI. Аффективная подгруппа включала субклинически выраженные депрессию/дисфорию, тревогу, апатию/равнодушие; психотическая — бредовые, галлюцинаторно-бредовые, галлюцинаторные синдромы, представленные субклинически; кластер возбуждения включал расторможенность, ажитацию/вербальную агрессию, раздражительность/неустойчивость настроения; поведенческий кластер — расстройство сна и поведения в ночное время, расстройство аппетита и пищевого поведения.

Подобное выделение психопатологических кластеров поддерживается рядом авторов. Оно позволяет с позиций дименсионального подхода оценить вклад психопатологических нарушений в динамику когнитивного расстройства. Названия психопатологических подгрупп (аффективная, психотическая, поведенческая, возбуждения), используемые в настоящей статье, носят характер условных обозначений (рис. 1).

Пациенты, участники настоящего исследования, наблюдались амбулаторно, посещали врача не реже 1 раза в 12 мес, получали при этом терапевтические рекомендации по основной (психопатологической) и сопутствующей (терапевтической патологии).

Уровни комплаентности участников настоящего исследования были представлены несколькими компонентами:

Таблица 2. Частота некогнитивных симптомов у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения в группах исследования (результаты заполнения опросника NPI).

Психопатологический симптом	Группы исследования				Критерий Пирсона χ^2
	Основная		Сравнения		
	Абс.	%	Абс.	%	
Бред	68	36,0	0	0,0	0,000
Галлюцинации	12	6,3	0	0,0	0,000
Ажитация/агрессия	48	25,4	0	0,0	0,000
Депрессия/дисфория	77	40,7	0	0,0	0,000
Тревога	89	47,1	0	0,0	0,000
Апатия/равнодушие	52	27,5	0	0,0	0,000
Раздражительность/неустойчивость настроения	60	31,7	0	0,0	0,000
Расстройство сна и поведения в ночное время	95	50,3	0	0,0	0,000
Расстройство аппетита и пищевого поведения	68	36,0	0	0,0	0,000
Всего	189		75		—

Примечание: NPI (от англ. Neuropsychiatric Inventory) — нейropsychологический опросник.

**Рис. 1.** Распределение участников основной группы по некогнитивным подгруппам

— социальной комплаентностью как стремлением пациента соответствовать терапевтическим рекомендациям, детерминированным ориентацией на социальное одобрение;

— эмоциональной комплаентностью — готовностью соблюдать рекомендации вследствие повышенной впечатлительности и чувствительности;

— поведенческой комплаентностью — стремлением к точному следованию рекомендациям врача, направленным на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

Суммарный балл общего комплаенса в основной группе исследования составил $45,42 \pm 29,7$, в группе сравнения — $51,09 \pm 32,3$ балла ($p=0,031$). Расчёт экстенсивных показателей общего комплаенса в группах исследования позволил выделить пациентов с низким уровнем общей комплаентности (0–40 баллов), средним уровнем общей комплаентности (41–80 баллов) и высоким уровнем общей комплаентности (81–120 баллов) (рис. 2).

В основной группе исследования у половины участников определён низкий суммар-

**Рис. 2.** Распределение участников исследования по уровню комплаентности

ный балл общей комплаентности, менее чем у половины участников по суммарному баллу определялся средний уровень общей комплаентности, лишь у 4,8% участников выявлена высокая комплаентность по отношению к терапевтическим рекомендациям. Подавляющее большинство участников группы сравнения имеют средний уровень комплаентности, низкий уровень общей комплаентности выявлен лишь в трети случаев, высокая общая комплаентность — в 12,0% случаев, что значимо чаще, чем в основной группе ($p=0,041$).

Пациенты с общей низкой комплаентностью не соглашались с мнением врача в отношении

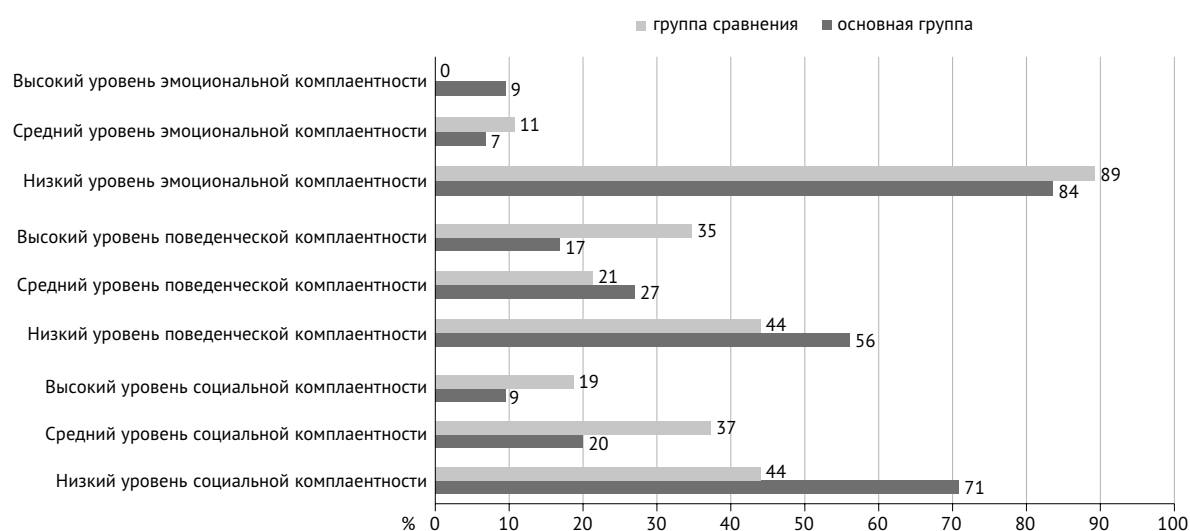


Рис. 3. Выраженность структурных компонентов комплаентности в группах исследования

диагноза, терапии основной и сопутствующей патологии, подвергали сомнению рекомендации, обесценивали их, склонны пренебрегать некоторыми аспектами рекомендованного лечения и потворствовать своим желаниям, предпочитая не прилагать усилий по выполнению врачебных рекомендаций.

Пациенты с высоким суммарным баллом общей комплаентности были готовы справляться с болезнью, ориентировались на достижение выздоровления, добросовестно выполняли рекомендации врача, соблюдали режим.

Поскольку комплаентность многокомпонентна, в группах исследования проведена оценка её составляющих: социальной, эмоциональной и поведенческой (рис. 3). Суммарный показатель по каждому виду комплаентности: 0–15 баллов — низкий показатель комплаентности, 16–29 баллов — средневывраженный показатель комплаентности, 30–40 баллов — значительно выраженный показатель комплаентности. Чем выше эти показатели, тем сильнее, устойчивее и глубже комплаентность пациентов.

В основной группе чаще встречались пациенты с низкими уровнями всех компонентов комплаентности (социального, поведенческого, эмоционального), наиболее уязвимой оказалась эмоциональная комплаентность этих больных. Причём частота низкой, средней и высокой комплаентности имела статистически значимые различия ($p=0,031$).

В группе сравнения представителей с высоким уровнем поведенческой комплаентности больше, чем со средней. Пациенты с низким уровнем социальной комплаентности ориентировались на собственные решения, часто отменяя рекомендованную терапию, прерывая её,

не советуясь с врачом, в любой ситуации стремились иметь собственное мнение, часто конфронтирующее с мнением врача.

Незначительное количество участников исследования с высоким уровнем социальной комплаентности стремились к доверительным отношениям с врачом, опирались на его мнение, были зависимыми от него и нуждались в поддержке. Они были озабочены впечатлением, которое производили на окружающих, в частности на врача, который воспринимался ими как значимое лицо, склонны советоваться с врачом по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения.

Пациенты с низким уровнем поведенческой комплаентности предпочитали действовать в соответствии со своими желаниями, а не совершать усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций. Участники с высоким уровнем поведенческой комплаентности стремились к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленных на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие, они ориентировались на достижение цели в ситуации болезни — выздоровление, добросовестно выполняли рекомендации врача, соблюдали режим, врача воспринимали как коллегу, надеясь, что вместе смогут победить болезнь.

Пациенты с низким уровнем эмоциональной комплаентности ориентировались на рациональные и логичные способы преодоления болезни, часто подвергали сомнению врачебные рекомендации, склонны недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Люди с высоким уровнем эмоциональной комплаентности всячески

Таблица 3. Распределение пациентов основной группы исследования по выраженности социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности.

Комплаентность	Психопатологическая подгруппа							
	Аффективная		Психотическая		Возбуждения		Поведенческая	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Низкий уровень социальной комплаентности	69	69,7	60	80	4	57,1	0	0
Средний уровень социальной комплаентности	23	23,2	7	9,3	2	28,6	4	50,0
Высокий уровень социальной комплаентности	7	7,1	6	8	1	14,3	4	50,0
Низкий уровень поведенческой комплаентности	63	63,6	38	50,7	4	57,1	0	0
Средний уровень поведенческой комплаентности	24	24,2	25	33,3	0	0	3	37,5
Высокий уровень поведенческой комплаентности	12	12,1	12	16	3	42,9	5	62,5
Низкий уровень эмоциональной комплаентности	73	73,7	69	92	7	100,0	7	87,5
Средний уровень эмоциональной комплаентности	9	9,1	3	4	0	0,0	1	12,5
Высокий уровень эмоциональной комплаентности	17	17,2	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Всего	99		75		7		8	

способствовали процессу лечения, при этом излишне беспокоились о последствиях или возможных неудачах лечения, оповещали врача о своих переживаниях, были склоны часто посещать врача и консультироваться в отношении любых изменений самочувствия.

Неоднородность психопатологической структуры основной группы детерминирует необходимость сравнительного анализа комплаентности у представителей аффективной, психотической, поведенческой подгрупп и подгруппы возбуждения (табл. 3).

В аффективной психопатологической подгруппе лица с низким уровнем социальной, поведенческой, эмоциональной комплаентности встречались в подавляющем большинстве случаев. В психотической подгруппе выявлена та же тенденция. В подгруппе возбуждения эмоциональная комплаентность была представлена только низким уровнем (100,0%), поведенческая комплаентность низкого и высокого уровней встречалась приблизительно в равных долях, социальная комплаентность была представлена всеми уровнями, с наибольшей частотой низкого уровня. В поведенческой подгруппе социальная комплаентность в половинных долях представлена средневыраженным и высоким уровнями, чаще присутствовал высокий уровень поведенческой комплаентности, чаще

встречался низкий уровень эмоциональной комплаентности (табл. 4).

Сравнительный анализ расчёта медиан суммарных баллов видов комплаентности показал статистически значимое снижение показателей социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности в аффективной психопатологической подгруппе основной группы в сравнении с поведенческой подгруппой, подгруппой возбуждения и группой сравнения. У пациентов психотической подгруппы выявлено статистически значимое снижение по параметру социальной комплаентности в сравнении с аналогичным показателем поведенческой подгруппы, подгруппы возбуждения и группы сравнения. Показатели комплаентности поведенческой подгруппы превышали аналогичные показатели всех других психопатологических подгрупп и группы сравнения, а по параметрам поведенческой комплаентности опережения статистически значимы. Анализ различных видов комплаентности у пациентов с некогнитивными психопатологическими симптомами показал их неоднородность.

Для исследования взаимосвязи психопатологических симптомов, включённых в структуру синдрома умеренного когнитивного расстройства, и выраженности комплаенса применён корреляционный анализ (рассчитывали точный

Таблица 4. Выраженность социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности в психопатологических подгруппах основной группы и в группе сравнения (медиана)

Комплаентность	Психопатологическая подгруппа основной группы				Группа сравнения	p
	Аффективный	Психотический	Возбуждения	Поведенческий		
Социальная	10,0* (6,0÷18,0)	12,0* (8,9÷15,0)	15,0 (15,0÷40,0)	27,5 (23,0÷33,75)	18,0 (10,0÷25,0)	0,043
Поведенческая	15,0* (9,0÷17,0)	15,0 (15,0÷26,1)	15,0 (15,0÷40,0)	32,000* (26,5÷35,0)	18,0 (7,0÷30,0)	0,039
Эмоциональная	10,0* (8,0÷20,0)	12,0 (8,9÷14,0)	14,0 (12,0÷15,0)	12,0 (11,25÷14,0)	12,0 (10,0÷14,0)	0,047
Всего	99	75	7	8	75	—

Примечание: *p < 0,05, критерий Манна–Уитни

Таблица 5. Корреляционные связи некогнитивных психопатологических симптомов и показателей комплаенса (коэффициент корреляции Спирмена)

Психопатологический симптом	Показатели комплаенса, r			
	Общая комплаентность	Социальная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Эмоциональная комплаентность
Бредовые идеи	0,032	0,023	0,153	–0,044
Галлюцинации	0,097	0,101	0,147*	–0,067
Ажитация/агрессия	–0,331**	–0,229**	–0,589**	–0,468**
Сниженное настроение/дисфория	–0,512**	–0,381**	–0,227**	–0,553**
Тревога	–0,086	–0,265**	–0,166*	0,179
Апатия	–0,290**	–0,191*	–0,135	–0,395**
Раздражительность/неустойчивость настроения	–0,347**	–0,423**	–0,287**	–0,467**
Расстройство аппетита и пищевого поведения	0,102	0,089	0,112	0,078
Нарушение ночного сна и поведения в ночное время	0,101	0,092	0,073	0,042

Примечание: p < 0,001; *слабая корреляционная связь; **средняя корреляционная связь.

коэффициент корреляции Спирмена для непараметрических показателей; табл. 5).

Исходя из корреляционных связей, наименее привержены терапии по показателю общей комплаентности лица со сниженным настроением, ажитацией, агрессией и аффективно неустойчивые.

Обсуждение

Проведённое наблюдательное исследование пациентов старшего возраста с синдромом мягкого когнитивного снижения и психопатологическими расстройствами выявило различия в структуре медикаментозного комплаенса у пациентов с психопатологическими симптомами и без них. Обнаружено, что суммарные показатели медикаментозного комплаенса ниже у людей с психопатологическими симптомами, особенно аффективными и психотическими. В основной группе чаще встречались паци-

енты с низкими уровнями социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности, наиболее уязвимой оказалась эмоциональная комплаентность этих больных. В аффективной и психотической подгруппах пациенты с низким уровнем социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности встречались в подавляющем большинстве случаев и достоверно чаще, чем у людей с сопоставимым когнитивным статусом без психопатологических расстройств.

Анализ заполнения опросника «Уровни комплаентности» выявил неоднородность групп исследования по показателям комплаентности и позволил выделить подгруппы с низкой, средневыраженной и высокой комплаентностью. Статистически подтверждено, что при снижении общей, социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности нарастает выраженность психопатологических расстройств:

ажитации/агрессии, снижения настроения/дисфории, раздражительности/неустойчивости настроения. Нарастание апатии коррелирует с низкой общей, социальной и эмоциональной комплаентностью. Интенсивность тревоги коррелирует с низкой поведенческой и эмоциональной комплаентностью. Статистически значимые корреляционные связи обнаружены между психотическими симптомами (бредом и галлюцинациями) и малой поведенческой комплаентностью.

Выводы

1. Медикаментозный комплаенс у пациентов старшего возраста с додементными когнитивными расстройствами неоднороден по структуре.

2. Готовность пациентов старшего возраста с мягким когнитивным снижением следовать терапевтическим рекомендациям по психофармакотерапии и соматической терапии ниже у людей с тревожными, депрессивными и психотическими симптомами, выраженными субклинически, чем у пациентов с сопоставимым когнитивным снижением без психопродуктивной симптоматики.

3. Нарастание аффективных, психотических, поведенческих расстройств у пациентов с мягким когнитивным снижением коррелирует с низкой общей, социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентностью.

Участие авторов. А.П.С. и Н.В.И. — разработка дизайна исследования, участие в наборе материала, обсуждение результатов, написание статьи; О.П.К., О.В.С. и А.А.В. — разработка дизайна исследования, обсуждение результатов, написание статьи; А.А.М. и А.В.Р. — участие в наборе материала, статистическая обработка данных, обсуждение результатов, написание статьи.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dubois B, Hampel H, Feldman HH, Scheltens P, Aisen P, Andrieu S, Bakardjian H, Benali H, Bertram L, Blennow K, Broich K, Cavado E, Crutch S, Dartigues JF, Duyckaerts C, Epelbaum S, Frisoni GB, Gauthier S, Genthon R, Gouw AA, Habert MO, Holtzman DM, Kivipelto M, Lista S, Molinuevo JL, O'Bryant SE, Rabinovici GD, Rowe C, Salloway S, Schneider LS, Sperling R, Teichmann M, Carrillo MC, Cummings J, Jack CR Jr; Proceedings of the Meeting of the International Working Group (IWG) and the American Alzheimer's Association on "The Preclinical State of AD"; July 23, 2015; Washington DC,

USA. Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimers Dement*. 2016;12(3):292–323. DOI: 10.1016/j.jalz.2016.02.002.

2. Мякотных В.С., Остапчук Е.С., Мещанинов В.Н., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Тоггашов М.Н., Щербakov Д.Л. *Патологическое старение: основные «мишени», возраст-ассоциированные заболевания, гендерные особенности, геропрофилактика*. М.: Новый формат; 2021. 342 с. [Myakotnykh VS, Ostapchuk ES, Meshchaninov VN, Sidenkova AP, Borovkova TA, Toggashov MN, Shcherbakov DL. *Patologicheskoe starenie: osnovnye «misheni», vozrast-assotsiirovannye zabolevaniya, gendernye osobennosti, geroprofilaktika*. (Pathological aging: main “targets”, age-associated diseases, gender characteristics, geroprophylaxis.) Moskva: Novyj format; 2021. 342 p. (In Russ.)]

3. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(2):1. DOI: 10.1007/s11920-014-0542-0.

4. Сиденкова А.П. Динамический анализ социально-психологических факторов комплаенса длительной противодementia терапии. *Психиатрия*. 2016;(1):27–33. [Sidenkova AP. Dynamic analysis of psychosocial factors of compliance for a long therapy of dementia. *Psikhiatriya*. 2016;(1):27–33. (In Russ.)]

5. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, Cinculova A, Ociskova M, Holubova M, Smoldasova J, Tichackova A. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1289–1298. DOI: 10.2147/PPA.S99136.

6. Rosa MA, Marcolin MA, Elkis H. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(3):178–184. DOI: 10.1590/S1516-44462005000300005.

7. Сердюк О.В., Сиденкова А.П., Хилук Д.А. Клинико-динамические особенности и прогностическое значение психопатологических симптомов при синдроме мягкого когнитивного снижения. *Психиатрия*. 2021;19(2):17–29. [Serdyuk OV, Sidenkova AP, Khiliuk DA. Clinical and Dynamic Features and Prognostic Value of Non-Cognitive Psychopathological Symptoms in Mild Cognitive Impairment (MCI). *Psikhiatriya*. 2021;19(2):17–29. (In Russ.)] DOI: 10.30629/2618-6667-2021-19-2-17-28.

8. Лутова Н.Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2012;(3):59–65. [Lutova NB. Compliance and psychopathological symptoms. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2012;(3):59–65. (In Russ.)]

9. Ma F, Wu T, Miao R, Xiao YY, Zhang W, Huang G. Conversion of mild cognitive impairment to dementia among subjects with diabetes: a population-based study of incidence and risk factors with five years of follow-up. *J Alzheimers Dis*. 2015;43(4):1441–1449. DOI: 10.3233/JAD-141566.

10. Coca A, Monteagudo E, Doménech M, Camafort M, Sierra C. Can the treatment of hypertension in the middle-aged prevent dementia in the elderly? *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2016;23(2):97–104. DOI: 10.1007/s40292-016-0144-5.

11. *GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014*. WHO; 2014. 302 p.

12. Wu L, Sun D. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing cognitive disorders: an updated systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Sci Rep*. 2017;7:41317. DOI: 10.1038/srep41317.

13. Аведисова А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс — отказ от терапии — мотивация к лечению. *Эффективная фармако-терапия*. 2012;(48):64–70. [Avedisova AS. The problems of long-term therapy of chronic diseases: compliance — refusal of therapy — motivation for treatment. 2012;(48):64–70. (In Russ.)]

14. Nelson AM, Wood SD, Brown S, Alafuzoff I, Bigio EH. *Improving patient satisfaction now: how to earn patient and payer loyalty*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers Inc.; 1997. 342 p.

15. Cerkoney KA, Hart LK. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1980;3(5):594–598. DOI: 10.2337/diacare.3.5.594.

16. Сиденкова А.П., Изможерова Н.В., Сердюк О.В., Коврижных И.В., Сайфуллина А.М., Гарифуллина Э.Р. Теоретические аспекты проблемы комплаенса. *Уральский медицинский журнал*. 2019;(14):5–12. [Sidenkova AP, Izmozherova NV, Serdyuk OV, Kovrizhnykh IV,

Saifullina AM, Garifullina ER. Theoretical aspects of the compliance problem.. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2019;(14):5–12. (In Russ.)] DOI: 10.25694/URMJ.2019.14.05.

17. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional medical model. A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*. 1995;18(3):412–415. DOI: 10.2337/diacare.18.3.412.

18. Менделевич В.Д. *Клиническая и медицинская психология*. Практическое руководство. М.: МЕД-пресс; 1988. 592 с. [Mendelevich VD. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya*. Prakticheskoe rukovodstvo. (Clinical and medical psychology. Practical guide.) Moscow: MEDpress; 1988. 592 p. (In Russ.)]

19. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. *Опросник «Уровень комплаентности»* Владивосток: Мор. гос. ун-т; 2014. 74 с. [Kadyrov RV, Asriyan OB, Koval'chuk SA. *Oprosnik "Uroven' komplaentnosti"*. (Questionnaire "Compliance level"). Vladivostok: Por. gos. un-t; 2014. 74 p. (In Russ.)]

Сведения об авторах

Ковтун Ольга Петровна, чл.-кор. РАН, докт. мед. наук, проф., ректор, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России; kovtun@usma.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5250-7351>

Сиденкова Алёна Петровна, докт. мед. наук, доц., зав. каф., каф. психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России; sidenkovs@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5142-3992>

Изможерова Надежда Владимировна, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. фармакологии и клинической фармакологии, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России; nadezhda_izm@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7826-9657>

Сердюк Олег Викторович, врач-психиатр, ГАУЗ «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»; ovs1303@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9536-0329>

Вихарева Анна Андреевна, асс., каф. фармакологии и клинической фармакологии, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России; anna1993vi@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5951-2110>

Мельник Алёна Александровна, ординатор, каф. психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России; alena.melnik.94@inbox.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4218-6603>

Резайкин Алексей Васильевич, канд. мед. наук, доц., каф. медицинской физики, информатики и математики, ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России; alexrez@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8665-5299>

Author details

Olga P. Kovtun, MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, D.Sc. (Med.), Prof., Rector, Ural State Medical University; kovtun@usma.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5250-7351>

Alena P. Sidenkova, MD, D.Sc. (Med.), Prof., Head, Depart. of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology, Ural State Medical University; sidenkovs@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5142-3992>

Nadezhda V. Izmozherova, MD, D.Sc. (Med.), Prof., Head, Depart. of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Ural State Medical University; nadezhda_izm@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7826-9657>

Oleg V. Serdyuk, MD, psychiatrist, Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital; ovs1303@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9536-0329>

Anna A. Vikhareva, MD, Assistant, Depart. of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Ural State Medical University; anna1993vi@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5951-2110>

Alena A. Melnik, MD, Assistant, Depart. of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology, Ural State Medical University; alena.melnik.94@inbox.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4218-6603>

Alexey V. Rezaikin, MD, Assoc. Prof., Depart. of Medical Physics, Informatics and Mathematics, Ural State Medical University; alexrez@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8665-5299>