

93 (4): 597-601. [Krasil'nikov D.M., Safin R.Sh., Vasil'ev D. Zh. Prevention of complications after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillosphincterotomy. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2012; 93 (4): 597-601. (In Russ.)]

3. Манцеров М.П., Мороз Е.В. Реактивный панкреатит после эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке. *Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2007; 3: 14-23. [Mantserov M.P., Moroz E.V. Secondary pancreatitis after endoscopic manipulations on the major duodenal papilla. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2007; 3: 14-23. (In Russ.)]

4. Фёдоров А.Г., Давыдова С.В., Климов А.Е. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и способы их профилактики и лечения: обзор литературы. *Неотлож. мед. помощь.* 2012; (3): 29-35. [Fedorov A.G., Davydova S.V., Klimov A.E. The «challenging» multidrug-resistant pathogens of nosocomial infections in critically ill patients (a literature review). *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'*. 2012; (3): 29-35. (In Russ.)]

5. Anderson M.A., Fisher L., Jain R. et al. Complications of ERCP. ASGE 2012 Standards of Practice Committee. *Gastrointest. Endosc.* 2012; 75 (3): 467-473.

6. Cotton P.B., Garrow D.A., Gallagher J., Romagnuolo J. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years. *Gastrointest. Endosc.* 2009; 70 (1): 80-88.

7. Deviere J. Who should receive antibiotic prophylaxis

before ERCP? *Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.* 2008; 5: 594-595.

8. Dumonceau J.M., Andriulli A., Deviere J. et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy*. 2010; 42 (6): 503-515.

9. Elmunzer B.J., Scheiman J.M., Lehman G.A. et al. A randomized trial of rectal indomethacin to prevent post-ERCP pancreatitis. *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 1414-1422.

10. Freeman L., Nelson D., Sherman S. et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335: 909-918.

11. Freeman M.L., DiSario J.A., Nelson D.B. et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study. *Gastrointest. Endosc.* 2001; 54: 425-434.

12. Howard T.J., Tan T., Lehman G.A. et al. Classification and management of perforations complicating endoscopic sphincterotomy. *Surgery*. 1999; 126: 658-663.

13. Kahaleh M., Freeman M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications. *Clin. Endosc.* 2012; 45: 305-312.

14. Kawaguchi Y., Ogawa M., Omata F. et al. Randomized controlled trial of pancreatic stenting to prevent pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *World J. Gastroenterol.* 2012; 18 (14): 1635-1641.

15. Lazaraki G. Prevention of post ERCP pancreatitis: an overview. *Ann. Gastroenterol.* 2008; 21 (1): 27-38.

УДК 614.253.89: 616.33-002.44: 616.34-002.44-002.253: 616-05-056.48-036.8

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: РОЛЬ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Екатерина Евгеньевна Горячева^{1*}, Ольга Поликарповна Алексеева²,
Лала Наримановна Касимова¹

¹Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия;

²Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Нижний Новгород, Россия

Поступила 20.07.2015; принята к печати 25.08.2015.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-31

Цель. Изучить влияние социально-психологических факторов, факторов, связанных с заболеванием, с пациентом и психопатологических расстройств на приверженность терапии.

Методы. Структурированное интервью проведено со 151 пациентом (57 больных синдромом раздражённой кишки, 57 — гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 37 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки). Комплаентность оценивали с помощью валидизированного теста Мориски-Грина. Пациенты были разделены на три группы: первая группа — комплаентные пациенты, вторая — группа риска, третья группа — некомплаентные больные.

Результаты. Негативное влияние на комплаентность оказывали следующие социально-психологические факторы: трудовая занятость, отсутствие высшего образования, возраст от 40 до 49 лет, неконструктивная модель детско-родительских отношений, конфликтные отношения в собственной семье. Воспитание в условиях гиперопеки чаще отмечалось в третьей группе, нежели в первой (20,7 и 42,3%, $p < 0,05$). Пациенты из второй и третьей групп общались о частых конфликтных ситуациях в семье (18,2 и 15,4% больных соответственно), ни один больной из первой группы не обнаруживал внутрисемейных конфликтов. Многократные госпитализации в разные стационары, смена лечащего врача, длительность заболевания более 2 лет, недостаточная информированность о заболевании и лечении также связаны с низкой приверженностью терапии. Лишь у 12,6% больных не выявлены развёрнутые психопатологические синдромы. Наиболее частыми были депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, паническое расстройство, шизофеническое и ананкастное расстройства личности, ипохондрическое расстройство и лёгкие когнитивные нарушения. Среди пациентов группы риска и некомплаентных часто встречалось параноидное расстройство личности (15,9 и 16,7% соответственно), в группе комплаентных пациентов параноидное расстройство личности не отмечено. Высокая частота ананкастного расстройства зарегистрирована в группе риска (45,5%).

Вывод. Выявлено влияние отдельных социально-психологических факторов, факторов, связанных с заболеванием, с пациентом, и наличия психопатологических расстройств на приверженность гастроэнтерологических больных терапии, в связи с чем необходимо комплексное наблюдение гастроэнтеролога и психиатра с последующим лечением выявленных психопатологических синдромов.

Ключевые слова: приверженность лечению, гастроэнтерологическая патология, психопатологические синдромы.

TREATMENT COMPLIANCE IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL DISEASES: ROLE OF CERTAIN FACTORS

E.E. Goryacheva¹, O.P. Alekseeva², L.N. Kasimova¹

¹*Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russia;*

²*Nizhny Novgorod Regional Clinical Hospital named after O.N. Semashko, Nizhny Novgorod, Russia*

Aim. To study the influence of socio-psychological factors, factors associated with the disease, the patient, and psychopathological disorders on the treatment compliance.

Methods. Structured interviews were conducted with 151 patients (57 patients with irritable bowel syndrome, 57 – gastroesophageal reflux disease, 37 – peptic gastric ulcer and duodenal ulcer). Compliance was assessed using Morisky-Green validated test. Patients were divided into three groups: the first group – compliant patients, the second – risk group, the third group – non-compliant patients.

Results. Negative effect on compliance had the following socio-psychological factors: employment, lack of higher education, age from 40 to 49 years, non-constructive model of parent-child relationships, conflict relationships in their own family. Overprotective parenting was mentioned more often in the third group than in the first (20.7 and 42.3%, $p < 0.05$). Patients in the second and third groups reported frequent conflict situations in the family (18.2 and 15.4%, respectively), none of the patients in the first group reported intrafamily conflicts. Multiple hospitalizations in different hospitals, change of physician, disease duration for more than 2 years, the lack of awareness about the disease and treatment was also associated with low treatment compliance. Full-scale psychopathological syndromes were not identified only in 12.6% of patients. Depressive disorder, generalized anxiety disorder, specific phobias, panic disorder, schizotypal and obsessive-compulsive personality disorder, hypochondriacal disorder and mild cognitive impairment were found the most frequently. Among high-risk and non-compliant patients paranoid personality disorder (15.9 and 16.7%, respectively) was often found, in a group of compliant patients paranoid disorder was not observed. High frequency of obsessive-compulsive personality disorder was registered in risk group (45.5%).

Conclusion. The influence of certain socio-psychological factors, factors associated with the disease, the patient and the psychopathological disorders presence on the treatment of patients with gastrointestinal diseases was identified, and therefore comprehensive gastroenterologist and psychiatrist monitoring with the subsequent treatment of psychopathological syndromes is necessary.

Keywords: compliance, gastroenterological diseases, psychopathological syndromes.

Понятие комплайентность (compliance), или приверженность, подразумевает степень следования пациента врачебным рекомендациям [13]. Описано множество факторов, влияющих на приверженность лечению [9], что указывает на сложность данной проблемы. К примеру, к предикторам низкой приверженности относят наличие депрессивных и когнитивных нарушений, бессимптомное течение заболевания, отсутствие конструктивных отношений между доктором и больным, недостаточное осознание больным своего заболевания, отсутствие веры в эффективность лечения [7, 10, 11]. Известно, что шизоидный радикал личности за счёт эмоциональной холодности и отчуждённости в межличностных отношениях со стороны пациента также может способствовать низкой приверженности лечению [4].

Данные о влиянии социальных факторов на степень приверженности больного лечению в настоящее время неоднозначны. Одни авторы считают, к примеру, что уровень образования и пол не оказывают существенного влияния на комплайентность, другие указывают на существенное влияние на приверженность лечению таких факторов, как низкий уровень образования

и уровень дохода в семье [8]. Несмотря на многочисленные исследования, посвящённые изучению проблемы приверженности терапии, низкая комплайентность остаётся одной из важнейших проблем, с которой сталкиваются врачи в процессе лечения хронических больных [2].

Целью нашего исследования было изучение влияния отдельных социально-психологических факторов, факторов, связанных с заболеванием, с самим пациентом, а также психопатологических расстройств на приверженность терапии у пациентов с гастроэнтерологической патологией.

Проведено структурированное интервью с помощью «Базисной карты для клинико-эпидемиологических этнокультуральных исследований» [3], разработанной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Карта включает данные анамнеза, социально-демографические сведения и клиническую часть с характеристикой психопатологических синдромов согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV.

Был опрошен 151 больной: 57 пациентов с синдромом раздражённой кишки, 57 – с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

нию, 37 — с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Все пациенты находились на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологических отделениях городской клинической больницы №13 и Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко.

Диагноз «синдром раздражённой кишки» устанавливали на основании результатов клинических и лабораторных обследований, отсутствия органической патологии, соответствия клинической картины заболевания Римским критериям III [5]. Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь диагностировали в соответствии с рекомендациями Монреальского консенсуса [12]. Основой для диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки были общепринятые критерии [1], а также результаты фиброгастродуоденоскопии.

Комплайентность оценивали с помощью универсального валидизированного теста Мориски-Грина [6], состоящего из четырёх вопросов о том, забывал ли пациент когда-либо принять лекарства, не относился ли иногда невнимательно ко времени приёма лекарств, не пропускал ли приём препаратов, при хорошем самочувствии и, если чувствовал себя плохо после приёма лекарств, не пропускал ли следующий приём.

По результатам интерпретации данного теста и оценки комплаентности пациенты были разделены на три группы: первая группа — комплаентные пациенты, ответившие «нет» на все вопросы; вторая группа — лица, отнесённые к группе риска, которые ответили «да» только на один из вопросов; третья группа — некомплаентные больные, которые ответили «да» на два и более вопросов.

Уточняющие сведения о степени приверженности терапии среди пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта были получены с помощью специально разработанной формы, включающей 58 вопросов, среди которых были данные истории болезни (анамнез, жалобы, результаты инструментальных и лабораторных исследований и т.д.), сведения о том, как пациент следует врачебным предписаниям, о степени информированности о заболевании и назначенных лекарственных средствах, об отношениях «врач — пациент», об образе жизни и т.д.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 6.0. Для характеристики полу-

ченных данных использовали стандартное (среднеквадратическое) отклонение, сравнение групп проведено с помощью двустороннего теста Фишера.

41,7% опрошенных составили мужчины, 58,3% — женщины; средний возраст обследованных составил $41,62 \pm 12,94$ года.

По результатам обследования комплаентными признаны лишь 19,2% больных, к группе риска отнесены 29,1% пациентов, некомплаентные больные составили 51,7%. В табл. 1 представлены сведения о степени приверженности лечению в зависимости от основного заболевания.

Таблица 1
Степень приверженности пациентов терапии в зависимости от заболевания

Заболевание	Количество пациентов с разной степенью приверженности терапии, %		
	Некомплаентные	Группа риска	Комплаентные
ГЭРБ, n=57	54,4	28,1	17,5
СРК, n=57	50,9	29,8	19,3
ЯБ, n=37	48,6	29,7	21,6
p	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; СРК — синдром раздражённой кишки; ЯБ — язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки; p — статистическая значимость различий между группами больных.

В целом среди обследованных пациентов выявлен низкий уровень комплаентности.

Отягощённая наследственность по психическим заболеваниям (алкоголизм, аффективные расстройства, шизофрения и т.д.) встречалась в равной степени у пациентов различных групп: 51,3% — в третьей группе, 52,3% — у пациентов второй группы, 41,6% — среди больных первой группы.

На наличие психозадаптационных эпизодов в детстве по органическому типу, таких как ночной энурез, головные боли, ночные страхи, крики, снохождение; невротические двигательные расстройства: тики, заикания; аффективные расстройства: страхи, депрессивные реакции, возбудимость; сверхценные образования: дисморфобии, нервная анорексия; гиперактивность, расторможенность; задержка психического развития, указали 55,2% пациентов первой группы, 59,1% больных второй группы и 57,7% лиц третьей группы.

Таким образом, наследственная отягощённость по психическим заболеваниям и наличие психозадаптационных эпизодов в детстве не оказывали влияния на степень

приверженности лечению среди больных с патологией желудочно-кишечного тракта.

В ходе опроса было обнаружено, что возраст существенно не влияет на приверженность лечению, однако среди больных, относящихся к возрастной категории от 40 до 49 лет, статистически значимо чаще встречались некомплайентные пациенты, чем комплайентные (25,6 и 6,9% соответственно, $p < 0,05$). В целом преобладали лица с высшим образованием. Среди больных, имеющих лишь среднее и среднее специальное образование, достоверно чаще выявлялись некомплайентные пациенты, чем больные с высокой приверженностью терапии (56,4 и 34,5%, $p < 0,05$). Во всех группах преобладали работающие пациенты, однако в первой группе достоверно чаще, чем в третьей, встречались неработающие (31,1 и 14,1% соответственно, $p < 0,05$). Во второй группе чаще, чем в первой, встречались работающие лица (85,9 и 68,9% соответственно, $p < 0,05$).

Преобладающее количество опрошенных сообщили, что в детстве воспитывались с помощью поощрений, им чаще предоставляли самостоятельность, однако данная модель детско-родительских отношений достоверно чаще встречалась среди больных первой группы, чем у пациентов третьей (79,3 и 57,7%, $p < 0,05$). В свою очередь, пациенты из второй и третьей групп часто сообщали, что воспитывались с помощью наказаний и запретов, родители требовали от них подчинения (40,9 и 42,3% соответственно). Статистически значимая разница выявлена между первой и третьей группами по такому показателю, как воспитание в условиях гиперопеки и безразличных, формальных отношений (20,7 и 42,3%, $p < 0,05$).

Во всех группах пациентов преобладали лица, состоящие в браке и имеющие детей. Отношения в собственной семье большинство пациентов охарактеризовали как доброжелательные, однако пациенты из второй и третьей групп сообщали о частых конфликтных ситуациях в семье (18,2 и 15,4% больных соответственно); в свою очередь ни один больной из первой группы не обнаруживал внутрисемейных конфликтов.

Таким образом, некоторые социальные факторы были предикторами низкой приверженности лечению: возраст от 40 до 49 лет, наличие работы, отсутствие высшего образования, неконструктивная модель детско-родительских отношений и конфликтные отношения в собственной семье.

Большинство пациентов сообщили, что

заболели более 2 лет назад, однако во второй группе статистически значимо чаще, чем в первой и третьей, больные указывали на длительное течение заболевания (95,5% — во второй группе, 65,5% — в первой группе, 76,9% — в третьей группе; $p < 0,05$).

Большинство опрошенных отметили, что предпочитали пользоваться официальной медициной, однако значимо чаще об этом сообщали пациенты первой группы (100% больных), нежели второй (63,6%) или третьей (75,6%) групп ($p < 0,01$ при сравнении пациентов первой группы с пациентами второй или третьей группы). Наряду с официальной медициной 13,8% больных первой группы также использовали в лечении народные средства. Больные из второй группы в 6,8% случаев предпочитали вовсе отказаться от официальной медицины и лечиться только народными средствами. 27,3% пациентов второй группы наряду с официальной и народной медициной предпочитали использовать в лечении религиозные методы, например молитвы, а также целительство. Среди больных, относящихся к третьей группе, 24,4% предпочитали комбинировать официальную и народную медицину.

При опросе больные предъявляли различные жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, а также жалобы психопатологического спектра, такие как нарушения сна, сниженный фон настроения, тревога и т.д. В первой группе чаще встречались пациенты, не предъявляющие жалоб (65,5%), по сравнению с больными второй и третьей групп (25 и 21,8% соответственно, $p < 0,001$).

Среди обследованных преобладали больные, которых госпитализировали по поводу основного гастроэнтерологического заболевания 1 раз в год и реже, однако число больных второй группы, госпитализируемых 1 раз в год и реже, больше такового в третьей группе (90,9 и 71,8% соответственно, $p < 0,05$). Из тех пациентов, которых госпитализировали повторно, достоверно чаще меняли больницы обследованные из второй группы (77,3%), чем больные из первой и третьей групп (34,5 и 21,8% соответственно, $p < 0,001$ при сравнении больных первой группы со второй или третьей).

Большая часть опрошенных часто меняли врачей. Среди причин смены врача чаще называли причины, не зависящие от пациентов («доктор был в отпуске», «смена врача на участке»). Следует отметить, что среди больных третьей группы статистически значимо чаще по сравнению со второй группой

Основные психопатологические синдромы у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта с разной степенью приверженности терапии

Психопатологические синдромы	Первая группа (n=29), %	Вторая группа (n=44), %	Третья группа (n=78), %
Депрессивные расстройства	34,5	45,5	42,6
Маниакальные расстройства	3,4	4,5	2,6
Генерализованное тревожное расстройство	34,5	47,7	41
Специфические фобии	24,1	27,3	21,8
Социальные фобии	17,2	6,8	8,9
Обсессивно-компульсивные расстройства	10,3	9,1	16,7
Посттравматическое стрессовое расстройство	6,9	9,1	3,9
Паническое расстройство	13,8	25	25,6
Соматизированное расстройство	6,9	0	5,1
Соматоформное болевое расстройство	3,4	18,2	8,9
Эксплозивное расстройство личности	6,9	0	6,4
Пограничное расстройство личности	3,4	0	1,3
Диссоциальное расстройство личности	3,4	0	1,3
Параноидное расстройство личности	0	15,9	16,7
Шизотипическое расстройство личности	10,3	18,2	26,9
Истерическое расстройство личности	10,3	13,6	6,4
Ананкастное расстройство личности	27,6	45,5	17,9*
Расстройство типа зависимой личности	6,9	6,3	16,7
Шизоидное расстройство личности	6,9	4,5	6,4
Легкое когнитивное расстройство	31	29,5	33,3
Дисморфофобическое расстройство	3,4	0	5,1
Ипохондрическое расстройство	20,7	27,3	19,2

Примечание: *различия с показателями второй группы статистически значимы ($p < 0,05$).

причинами смены врача были такие, как плохой контакт между врачом и пациентом, разногласия по поводу диагноза и лечения, неэффективность назначенной терапии (17,2 и 37,5% соответственно, $p < 0,05$).

В ходе исследования большинство пациентов сообщили, что обладают недостаточной информацией о своём заболевании. На недостаточную информированность о действии назначенных лекарственных средств чаще указывали пациенты третьей группы, чем первой (82,1 и 68,9% соответственно, $p < 0,05$) или второй группы (63,6%, $p < 0,05$ при сравнении с первой группой).

Исходя из того, что среди обследованных преобладали больные, обладающие недостаточной информацией об основном заболевании и назначенных препаратах, для пациентов были разработаны образовательные занятия, которые вели врач-гастроэнтеролог и врач-психиатр, однако после первых двух занятий, пациенты отказались посещать их, аргументируя это отсутствием интереса, связанного с ухудшением самочувствия. Данный факт подчёркивает сложность терапевтического процесса у пациентов с па-

тологией желудочно-кишечного тракта.

Большинство опрошенных сообщили, что удовлетворены тем количеством времени, которое доктор тратит на беседу с ними в стационаре, однако пациенты второй группы достоверно чаще, чем первой, отвечали, что им хотелось бы больше разговаривать с доктором, узнать больше информации об их заболевании и тактике лечения (40,9 и 17,2% соответственно, $p < 0,05$).

Данные устного опроса больных совпадают с результатами опросника Мориски-Грина. На вопрос: «Насколько аккуратно Вы выполняете рекомендации врача?» больные из первой группы чаще в сравнении с пациентами третьей группы отвечали, что выполняют все врачебные рекомендации (51,7 и 28,2% соответственно, $p < 0,05$). При сравнении второй и третьей групп пациентов обнаружено, что чаще выполняют все рекомендации лица из второй группы (59,1 и 28,2%, $p < 0,05$). Пациенты из первой группы чаще отмечали отсутствие пропуска очередного приёма лекарства по сравнению с больными третьей группы (37,9 и 17,9%, $p < 0,05$). 34,5% пациентов в первой группе и

34,1% исследованных из второй группы сообщили, что всегда принимали лекарства в рекомендованное время, что чаще, чем в третьей группе (8,9%, $p < 0,01$). 51,7% больных из первой группы и 65,9% лиц из второй группы при опросе сообщили, что редко, но всё же забывают принимать лекарства. 55,2% пациентов в первой группе и 63,6% больных во второй группе периодически забывали принять лекарства вовремя, 20,7% больных из первой группы и 18,2% из второй редко, но убавляют самостоятельно дозу лекарств.

Среди обследованных больных с патологией желудочно-кишечного тракта лишь у 12,6% не диагностированы развёрнутые психопатологические синдромы. В 67,5% случаев выявлены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, расстройства личности диагностированы в 53,6% наблюдений, аффективные расстройства обнаружены у 45,7% пациентов, у 31,8% больных наблюдались когнитивные расстройства.

Во всех группах широко распространены аффективные расстройства, которые в основном представлены депрессивными нарушениями (табл. 2).

Среди невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у пациентов всех групп преобладали генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, ипохондрическое расстройство, паническое расстройство. Во всех группах часто диагностировали ананкастное расстройство личности, истерическое расстройство и шизотипическое расстройство личности.

При сравнении групп пациентов было обнаружено, что среди больных из группы риска (вторая группа) и некомплайентных пациентов (третья группа) значительно чаще, чем у комплайентных диагностировалось параноидное расстройство личности, которое характеризовалось подозрительностью к окружающим, недоверчивостью из-за страха, что информация будет использоваться против него, поисками скрытого смысла в высказываниях окружающих и т.д. Также было выявлено, что среди лиц из группы риска по сравнению с некомплайентными достоверно чаще обнаруживалось ананкастное расстройство ($p < 0,05$), характеризующееся упрямством, стремлением идеально выполнять работу, которое мешает закончить выполнение задания, чрезмерной добросовестностью, перфекционизмом, чрезмерным стремлением к планированию и порядку, нежеланием делить ответственность

с другими, чрезмерным упорным достижением результатов во всё. Полученные в ходе исследования результаты согласуются с данными литературы [7, 8, 10, 11].

ВЫВОДЫ

1. Среди пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (синдромом раздражённой кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки) преобладали больные с низким уровнем приверженности терапии (19,3; 17,5 и 21,6%).

2. Негативное влияние на комплайентность оказывали следующие социально-психологические факторы: конфликтные отношения в собственной семье, неконструктивная модель детско-родительских отношений, трудовая занятость, отсутствие высшего образования, возраст от 40 до 49 лет. Факторы, связанные с пациентом и с заболеванием: наличие жалоб, многократные госпитализации в разные стационары, смена лечащего врача из-за разногласий по поводу диагноза и лечения, длительность заболевания более 2 лет, недостаточная информированность о своём заболевании и назначенных лекарственных средствах также ассоциировались с низкой приверженности терапии.

3. Наиболее часто у больных с патологией желудочно-кишечного тракта встречались следующие психопатологические расстройства: депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, паническое расстройство, шизотипическое и ананкастное расстройство личности, ипохондрическое расстройство и лёгкие когнитивные нарушения. Наличие параноидного расстройства личности сопутствовало низкой степени приверженности лечению.

4. Результаты обследования выявили сложность терапевтического процесса у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта и необходимость комплексного наблюдения гастроэнтерологом и психиатром с последующим лечением выявленных психопатологических синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин А.А. *Язвенная болезнь (современные представления о патогенезе, диагностике, лечении)*. М.: Медицина. 1987; 285 с. [Vasilenko V.Kh., Grebenev A.L., Sheptulin A.A. *Yazvennaya bolezn' (sovremennye predstavleniya o patogeneze, diagnostike, lechenii)*. (Peptic ulcer disease (current understanding of the pathogenesis, diagnosis, treatment)).

Moscow: Meditsina. 1987; 285 p. (In Russ.)]

2. Кремлева О.В. Проблемы нонкомплайентности в соматической клинике, тактика преодоления. *Мед. психол. в России: электрон. науч. ж.* 2013; (4): 21. http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (дата обращения: 29.06.2015). [Kremleva O.V. Problems of noncompliance in somatic clinic, tactic to overcome. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2013; (4): 21. http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (access date: June 29, 2015). (In Russ.)]

3. Положий Б.С., Чуркин А.А. *Этнокультуральные особенности распространённости, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств*. М.: ГНЦССП. 2001; 25 с. [Polozhiy B.S., Churkin A.A. *Einokul'tural'nye osobennosti rasprostranennosti, formirovaniya, kliniki i profilaktiki osnovnykh form psikhicheskikh rasstroystv*. (Ethnocultural features of prevalence, formation, clinical picture and prevention of the mental disorders main forms.) Moscow: GNTSSSP. 2001; 25 p. (In Russ.)]

4. Тихонов С.В. Предикторы низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2013; 20 (3): 79–81. [Tikhonov S.V. Predictors of low compliance with treatment in the patients with gastro-esophageal reflux disease. *Uchenye zapiski SPbGMU imeni akademika I.P. Pavlova*. 2013; 20 (3): 79–81. (In Russ.)]

5. Douglas A., Drossman D.A., Dumitrascu F. et al. Rome III: New standard for functional gastrointestinal

disorders. *J. Gastrointestin. Liver Dis.* 2006; 15 (3) 307–312.

6. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med. Care*. 1986; 2: 67–73.

7. Okuno J. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2001; 57 (8): 589–594.

8. Pang S.K., Ip W.Y., Chang A.M. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *J. Adv. Nurs.* 2001; 35 (5): 691–698.

9. Port K., Palm K., Viigimaa M. Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. *J. Telemed. Telecare*. 2003; 9 (1): 65–66.

10. Servellen G., Chang B., Garcia L. et al. Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virus infected men and women. *AIDS Patient Care STDS*. 2002; 16: 269–281.

11. Stille C.S., Sereika S., Muldoon M.F. et al. Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Ann. Behav. Med.* 2004; 27 (2): 117–124.

12. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrlas P. et al. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101: 1900–1920.

13. Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Therap.* 2001; 26: 331–342.

УДК 616.366-003.7.053.9-089: 616.366-031.63-002.3: 616.381-089.85

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Рахат Арзыбекович Оморов¹, Арсен Сапарбекович Токтосунов^{2*},
Бакыт Артисбекович Авазов^{1,2}

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

²Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Поступила 18.12.2015, принята к печати 06.01.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-37

Цель. Оценить эффективность мини-лапаротомного доступа и программированного лечения осложнений при холецистэктомии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Методы. Под наблюдением находились 160 больных (113 женщин и 47 мужчин), прооперированных в период с 2010 по 2012 гг. в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 (г. Бишкек). Средний возраст больных составил 68,4±3,5 года. Всем больным холецистэктомия и билиодигестивные анастомозы выполнены из мини-доступа. В обследовании, помимо клинико-лабораторных методов диагностики, использовали ультразвуковое исследование с определением проекции жёлчного пузыря на переднюю брюшную стенку для выбора места оперативного доступа.

Результаты. Представлены результаты операций у 160 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, которым была выполнена холецистэктомия при мини-лапаротомии. У 12 (7,5%) больных после холецистэктомии произведена холедохотомия (или холедоходуodenостомия) с удалением конкрементов из холедоха; у 10 из них осуществлено наружное дренирование холедоха по Керу или А.В. Вишневному, а в 2 случаях наложен холедоходуоденоанастомоз по Юраш-Виноградову. Осложнения зарегистрированы у 9 (5,6%) больных. 1 пациент скончался в результате развившейся на 5-е сутки после операции тромбозом лёгочной артерии. Частота конверсии составила 5% (8 больных). Лечение осложнений осуществляли по разработанному и внедрённому в клинику алгоритму (региональная лимфостимуляция, дыхательная гимнастика, инфракрасное лазерное облучение). Среднее пребывание больных без осложнений в стационаре составило 7,8±0,87 койко-дня, а больных с осложнениями – 9,4±0,14 койко-дня.

Вывод. Наши наблюдения показали возможность выполнения операции при остром холецистите у пациентов пожилого и старческого возраста из мини-лапаротомного доступа при условии учёта общего состояния больных, соблюдения техники операции и активного ведения послеоперационного периода.

Ключевые слова: острый холецистит, мини-лапаротомия, послеоперационные осложнения, пожилой возраст.