

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ МУЖСКОГО ПОЛА

Козлов Е.В.<sup>1</sup>, Деревянных Е.В.<sup>1</sup>, Балашова Н.А.<sup>1</sup>, Яскевич Р.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, e-mail:kev-pulmonolog@mail.ru;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «КНЦ СО РАН» обособленное подразделение «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», Красноярск, e-mail:cardio@imprn.ru

С целью изучения медико-психологических аспектов и оценки комплаентности у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) обследовано 92 пациента мужского пола в возрасте 40–74 лет, страдающих ХОБЛ различной степенью тяжести. Всем больным был проведен общий клинический осмотр, спирометрия по стандартам ATS/ERS. Диагноз и степень тяжести ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями, изложенными в докладе рабочей группы GOLD. Определение психологического статуса больных проводили с помощью опросников Спилбергера – Ханина и CES-D, оценку качества жизни с помощью опросника SF-36. Приверженность к лечению ХОБЛ оценивали по опроснику Мориски – Грина. Анализ получаемых базисных схем лечения по поводу ХОБЛ, а также лечения при имеющейся сопутствующей патологии, показал, что адекватная терапия была назначена только в 51,1 % (56 чел. из 92), из которых хорошая приверженность к лечению наблюдалась только у 48,2 % пациентов. Установлено, что более высокие показатели по уровню СТ и ЛТ и более высокие баллы по шкале CES-D получены среди пациентов адекватно леченных, что, вероятно, связано с тяжестью заболевания и осознание того, что необходимо принимать назначенную схему лекарственной терапии. Несмотря на высокую приверженность к лечению, пациенты, принимающие адекватную комбинированную базисную терапию, имеют более низкие показатели КЖ, что возможно обусловлено более выраженными нарушениями легочной вентиляции.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, комплаентность.

## MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS AND ASSESSMENT OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE MALE

Kozlov E.V.<sup>1</sup>, Derevyannich E.V.<sup>1</sup>, Balashova N.A.<sup>1</sup>, Yaskevich R.A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Federalstate budget institution of higher professional education "Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenezkiy" Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: kev-pulmonolog@mail.ru;

<sup>2</sup>Scientific Research Institute of medical problems of the North, Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center» of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, e-mail: cardio@imprn.ru

In order to study the psychological aspects of health and evaluation of compliance in men with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) examined 92 male patients aged 40–74 years suffering from COPD of varying severity. All patients had held a general clinical examination, spirometry according to ATS / ERS standards. The diagnosis and the severity of COPD is established in accordance with the criteria set out in the GOLD report of the working group. Definition of psychological status of the patients was conducted using questionnaires Spielberger – Khanin and the CES-D, assessment of quality of life using the SF-36 questionnaire. Adherence to the treatment of COPD was assessed by questionnaire Moriscos – Green. Analysis of the received basic treatment options for COPD, as well as treatment of existing comorbidities showed that adequate treatment was appointed only in 51.1% (56 people. 92), of which a good adherence to treatment was observed in only 48.2 % of patients. It was found that higher scores on the level of ST and LT, and higher scores on the CES-D scale were obtained in patients adequately treated, which is probably due to the severity of the disease and the realization that you need to take medication regimen prescribed. Despite the high commitment of treatment, patients taking combination adequate basic therapy have lower quality of life indicators, it is possible due to the more severe disorders of pulmonary ventilation.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, compliance.

**Актуальность.** Всемирная организации здравоохранения относит хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) к заболеваниям с высоким уровнем социально-

экономического бремени для общества, пациентов и членов их семей, что обусловлено высокими показателями смертности и инвалидизации больных в трудоспособном возрасте [2], так как имеет неуклонно прогрессирующий характер течения с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и развитие хронического легочного сердца [15].

Сегодня необходимо констатировать достоверный факт дальнейшего распространения ХОБЛ и возрастающей значимости этой проблемы как с медицинской, так и социально-экономической стороны [11]. Как правило, ХОБ – это болезнь второй половины жизни, обычно возникает после 45 лет и достигает своего пика к 60 годам. В развитых странах, среди лиц старше 65 лет, распространенность составляет до 35 % у мужчин и до 15 % у женщин [1]. Частота ХОБЛ среди пожилых людей, не имеющих такого фактора риска, как курение, достаточно велика. Это может быть связано не только с возрастными изменениями дыхательной системы, но и с полиморбидностью, в условиях которой формируется ХОБЛ [8,9,10,11]. В связи с этим крайне важное значение в лечении больных ХОБЛ приобретает адекватная фармакотерапия, как основного заболевания, так и сопутствующей патологии [15]. Одной из самых трудных, с точки зрения достижения приверженности к лечению, является группа пожилых больных [3,4,5,7,14].

Объективной предпосылкой к полипрагазии может быть наличие у пожилых больных двух или более заболеваний. Эти заболевания конкурируют между собой степенью выраженности своих клинических проявлений, влияют на прогноз и качество жизни. Результатом является применение потенциально опасных комбинаций лекарственных средств и, как следствие, повышение риска развития неблагоприятных побочных реакций [10]. Пациенты пожилого возраста лучше соблюдают рекомендации по лечению, но назначение большого количества препаратов всегда ухудшает комплаентность [1]. Необходимо учитывать, что в подобных ситуациях не столько пожилой возраст, сколько ряд ассоциированных с ним факторов, приобретают самостоятельное значение для неблагоприятного прогноза [4].

Таким образом, важной задачей является выявление недостаточно комплаентных пациентов и проведение дополнительной работы с этим контингентом с целью повышения уровня их комплаенса. Изучение особенностей приверженности лечению среди различных нозологических групп пациентов позволяет оптимизировать схемы лечения заболеваний органов дыхания с целью повышения их эффективности, улучшения прогноза и снижения экономической стоимости лечения.

**Цель исследования:** изучить медико-психологические аспекты и оценить комплаентность у мужчин больных хронической обструктивной болезнью легких.

**Материалы и методы исследования**

Всего было обследовано 92 пациента мужского пола со II–IV стадиями ХОБЛ в возрасте 40–74 лет, средний возраст 62,0 [56,5-69,5] года. Набор пациентов осуществлялся в пульмонологическом отделении КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича». Учитывая, что течение ХОБЛ имеет гендерные различия [12], исследование проведено на лицах мужского пола. Перед включением больных в исследование у них было получено информированное согласие на обработку персональных данных. Все обследуемые были разделены на группы в соответствии с тяжестью заболевания: 1 группу составили пациенты с ХОБЛ II стадии – 23 мужчины, группу 2 составили – 34 мужчины с ХОБЛ III стадии и 3 группу 35 мужчин с ХОБЛ IV стадии соответственно. Группы были сопоставимы по возрасту.

Всем больным был проведен общий клинический осмотр, спирометрия по стандартам ATS/ERS аппаратом Super spiro (Micro Medical Ltd., Великобритания), определение психологического статуса больных проводили с помощью опросников Спилбергера – Ханина и CES-D, оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF-36. Приверженность к лечению ХОБЛ оценивали по опроснику Мориски – Грина (Morisky D. et al., 1986) (он же шкала комплаентности Мориски – Грина – 4-item Medication Adherence Report Scale – MARS).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением непараметрических критериев. Предварительно определялось соответствие выборок закону нормального распределения. В случае отклонения выборок от нормального распределения использовались: F – критерий Фишера, U-критерий Манна – Уитни. Достоверным считался уровень значимости при  $p < 0,05$ .

### **Результаты**

Проведен анализ терапии и приверженности к лечению у больных ХОБЛ в зависимости от стадии заболевания. Общим подходом к лечению ХОБЛ должно быть усиление терапии в зависимости от тяжести заболевания и клинического статуса пациента. Установлено, что 3 из 92 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ терапию не принимали, объясняя это тем, что врачом не была подробно разъяснена цель проводимого лечения. Эти больные отмечали незначительное ухудшение здоровья в течение последнего года, проявляющееся периодически возникающей одышкой при физических нагрузках (в среднем на протяжении 2,0 [1,0-3,0] лет) и усилением кашля (в среднем длительностью 18,0 [10,0-30,0] лет) в утренние часы. Один из трех пациентов, злоупотребляющий алкоголем, от дальнейшего лечения категорически отказывался, не веря в правильности установленного диагноза (стаж курения 47 лет, ИКЧ (индекс курящего человека) 720, интенсивность курения 141, спирометрия с постбронходилатационными значениями ОФВ<sub>1</sub> 41 % и индекс Тиффно 69 %).

Согласно результатам исследования из 8-ми обследуемых 1-й группы, с умеренно выраженными нарушениями легочной вентиляции, принимали короткодействующие бронходилататоры (КДБД) в среднем 4,0 [2,0-5,0] раза в сутки, при этом двум больным к лечению добавлены ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) в виде комбинированной терапии. Оценили результат проводимой терапии в течение года, как без изменений 5 больных, 2 с незначительным ухудшением и 1 с незначительным улучшением. Тест Мориски – Грина составлял у данных пациентов составил 1,0 [0,5-3,0] балла, что говорит о плохой приверженности к лечению. При этом 3 пациентов из данной когорты за последний год отмечали увеличение потребности в КДБД в течение суток. Число госпитализаций с момента установления диагноза было в среднем 2,0 [1,5-3,0].

По нашим данным, принимали КДБД в среднем 6,0 [5,0-6,5] раз в сутки 24 обследуемых 2-й группы (с тяжелым течением ХОБЛ), 7 из которых находились на монотерапии КДБД, при этом данные пациенты отмечали увеличение потребности в данных препаратах за последний год с 3,5 [2,0-5,0] раз в сутки до 6,5 [5,0-8,0] раз в сутки,  $p > 0,05$ . Находящиеся на монотерапии 3 из 7 чел. оценивали результат без изменений, 4 с незначительным ухудшением состояния, приверженность к лечению, по данным теста Мориски – Грина, составляла 1,0 [0-1,0] балла, количество госпитализаций с момента установления диагноза в среднем 4,5 [2,0-6,0]. Из 5 обследуемых, принимаемых, помимо КДБД, иГКС, 2 субъективно отмечали улучшение самочувствия, 2 без изменений и 1 пациент отмечал незначительное ухудшение, что обусловило у него увеличение потребности в КДБД, приверженность к лечению составляла 1,0 [1,0-4,0] балла, количество госпитализаций у данных пациентов с момента установления диагноза составило в среднем 3,0 [2,0-5,0]. Из 24 чел. 12 пациентов, кроме КДБД, принимали комбинированную терапию в виде длительно действующих бронходилататоров (ДДБД), при этом 8 из них получали с вышеизложенным лечением ингибитор фосфодиэстеразы. Из них 3 не всегда следовали рекомендациям врача и отмечали незначительное ухудшение состояния, а также увеличение суточной потребности в КДБД, имея плохую приверженность к терапии (2 балла), объясняя это одномоментным назначением большого количества дорогостоящих препаратов, боязнью к привыканию, а также развитием побочных эффектов. Из 12 чел. 4 оценили результат проводимой терапии как без изменений, количество баллов по тесту Мориски – Грина 3,0 [2,0-3,5]. Из данной когорты 5 пациентов отметили на фоне приема терапии улучшение самочувствия, количество баллов по тесту Мориски – Грина 4,0 [3,0-4,0]. При этом у данных 5 пациентов отмечается меньшее количество госпитализаций с момента установления диагноза, в сравнении с пациентами с плохой и недостаточной приверженностью к лечению,

получающие однотипную базисную терапию 4,0 [3,0-7,0] и 5,0 [7,0-9,0], соответственно  $p > 0,05$ .

Установлено, что пациенты 3-й группы (с крайне тяжелым течением ХОБЛ), принимали КДБД в среднем 8,0 [5,0-10,0] раз в сутки, при этом 35 пациентов, из которых 14 находились на монотерапии КДБД. Данные пациенты отмечали увеличение потребности в  $\beta_2$  – агонистах короткого действия за последний год с 6,0 [4,0-8,0] раз в сутки до 8,0 [6,0-12,0] раз в сутки  $p > 0,05$ .

Оценивали результат проводимой монотерапии как без изменений 6 из 14 чел., приверженность к лечению составляла 3,0 [1,0-4,0] балла. Оценивали свое состояние здоровья хуже, чем год назад, 8 пациентов, приверженность к лечению по данным теста Мориски – Грина составляла 1,5 [1,0-4,0] балла, количество госпитализаций с момента установления диагноза 3,5 [1,0-5,0] и 7,0 [3,0-11,0], соответственно,  $p > 0,05$ . Отмечали ухудшение самочувствия 5 из 35 больных, в базисную терапию которых, помимо КДБД, входил иГКС, приверженность к лечению составляла 3,0 [2,0-4,0] балла, количество госпитализаций у данных пациентов с момента установления диагноза составило в среднем 10,0 [2,0-18,0]. Из данной когорты (35 чел.) 16 пациентов принимали комбинированную терапию, в виде ДДБД, иГКС, ингибитор фосфодиэстеразы, а также по потребности КДБД. Из них 3 отмечали ухудшение состояния в течение последнего года, а также увеличение суточной потребности в КДБД, несмотря на хорошую приверженность к терапии (4 балла). Оценили результат проводимой терапии, как без изменений 4 из 16 чел., количество баллов по тесту Мориски – Грина 3,0 [2,5-4,0]. Из данной группы пациентов 9 чел. отметили на фоне приема терапии улучшение самочувствия, количество баллов по тесту Мориски – Грина 3,5 [2,5-4,0]. При этом отмечается меньшее количество госпитализаций с момента установления диагноза у пациентов с хорошей приверженностью к лечению 7,0 [6,0-12,0] и 5,0 [7,0-9,0], соответственно  $p > 0,05$ . Все пациенты с крайне тяжелым течением ХОБЛ отмечали увеличение частоты использования КДБД в течение суток.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что больные с ХОБЛ отличаются низкой комплаентностью в лечении, за исключением пациентов с ХОБЛ крайне тяжелого течения.

Анализируя взаимосвязи между уровнями ситуативной (СТ) и личностной тревожностью (ЛТ) и назначенными базисными схемами лечения по поводу ХОБЛ, а также лечением при имеющейся сопутствующей патологии, нами было получено следующее, что адекватная терапия была назначена только в 51,1 % (56 чел. из 92), при этом хорошая приверженность к лечению, по данным теста Мориски – Грина, что по сумме составляет 4 балла, наблюдалась только у 48,2 % пациентов, недостаточно привержены (3 балла по тесту

Мориски – Грина) были 14,3 % обследуемых и не соблюдали режим лечения 37,5 %, забывая принимать назначенные лекарственные препараты, не соблюдали время приема и, если вдруг чувствовали себя хорошо, не принимали терапию вовсе. Уровень СТ у данных пациентов составил 51,0 [41,0-61,0], 39,0 [35,5-57,5] и 51,0 [42,0-56,0], соответственно. Уровень ЛТ у данных пациентов составил 48,0 [42,0-57,0], 40,0 [37,0-53,0] и 50,0 [45,0-54,0], соответственно. У пациентов, которые не получали терапию, с впервые установленным диагнозом ХОБЛ, уровень СТ и ЛТ составил 36,0 [31,0-42,5] и 38,0 [32,0-43,0], соответственно, а среди больных с ХОБЛ, которым была назначена неадекватная терапия по тяжести течения основного заболевания, был получен уровень тревоги 48,0 [41,0-55,0] и 49,0 [44,0-58,0], соответственно.

Проводя анализ вышеизложенного, необходимо отметить, что более высокие показатели по уровню СТ и ЛТ получены среди пациентов адекватно леченных, что, вероятно, связано с тяжестью заболевания (ОФВ<sub>1</sub> 29,0 [22,0-41,0]) и осознание того, что необходимо принимать назначенную схему лекарственной терапии. При этом достоверность различий была получена у пациентов, приверженных к лечению, не приверженных (ОФВ<sub>1</sub> 32,0 [30,0-43,5]) и неадекватно леченых (ОФВ<sub>1</sub> 28,0 [24,0-32,0]) в сравнении с обследуемыми, у которых впервые установлен диагноз ХОБЛ (ОФВ<sub>1</sub> 53,0 [37,5-67,5]), не принимающих до этого терапию ( $p < 0,05$ ). Сравнивая две группы больных с недостаточной приверженностью к лечению (ОФВ<sub>1</sub> 37,0 [25,5-55,5]) и впервые установленным диагнозом ХОБЛ, которые терапию не получали, достоверности различий по уровню СТ и ЛТ получено не было, что, вероятно, связано с тем, что среди группы с недостаточной приверженностью в 37,5 % были пациенты с умеренно выраженными нарушениями легочной вентиляции, которые не соблюдали время приема лекарственных средств,  $p > 0,05$ .

При анализе взаимосвязи депрессивных расстройств по опроснику CES-D и назначенных базисных схем лечения по поводу ХОБЛ, а также лечение имеющейся сопутствующей патологии, с учетом комплаенса к терапии, было выявлено, что пациентам, которым назначалась адекватная терапия, и при этом они были привержены к лечению (по данным теста Мориски – Грина набравшие 4 балла), среднебалльный показатель по опроснику CES-D составил 22,5 [15,0-32,0], у лиц недостаточно приверженных (3 балла по тесту Мориски – Грина) – 12,0 [8,5-24,0] и не приверженных к терапии – 18,0 [13,0-33,0]. С впервые установленным диагнозом ХОБЛ среднебалльный показатель по данной шкале составил 7,0 [3,0-12,0], а у больных с ХОБЛ, которым была назначена неадекватная терапия по тяжести течения основного заболевания, данный показатель составил 24,0 [19,0-31,0] балла.

Проводя анализ вышеизложенного, необходимо отметить, что более высокие баллы по шкале CES-D получены среди пациентов адекватно леченных, что, вероятно, связано с тяжестью заболевания (ОФВ1 29,0 [22,0-41,0]) и осознания того, что необходимо принимать назначенную схему лекарственной терапии. При этом достоверность различий была получена в межгрупповом сравнении среди представленных групп пациентов в отношении лиц, у которых впервые установлен диагноз ХОБЛ, не принимающих до этого терапию ( $p < 0,05$ ).

Оценив показатели качества жизни (КЖ) в зависимости от базисных схем лечения по поводу ХОБЛ, а также лечение при имеющейся сопутствующей патологии и приверженности к лечению (описанное выше), нами был сделан следующий вывод, что пациенты, принимающие адекватную комбинированную базисную терапию, несмотря на высокий комплаенс лечения, имеют более низкие показатели КЖ, что обусловлено более выраженными нарушениями легочной вентиляции, а, следовательно, осознанием тяжести своего состояния и необходимостью принимать медикаментозные препараты.

Таким образом, проблема приверженности лечению больных ХОБЛ является серьезной проблемой клинической медицины, причем низкий комплаенс больных может быть одной из главных причин недостаточно эффективного лечения у этой категории пациентов.

#### **Выводы:**

1. Больные с ХОБЛ отличаются низкой комплаентностью в лечении, за исключением пациентов с ХОБЛ крайне тяжелого течения.

2. Выявлено что более высокие показатели по уровню СТ и ЛТ и более высокие баллы по шкале CES-D получены среди пациентов адекватно леченных, что, вероятно, связано с тяжестью заболевания и осознанием того, что необходимо принимать назначенную схему лекарственной терапии.

3. Несмотря на высокую приверженность лечению, пациенты, принимающие адекватную комбинированную базисную терапию, имеют более низкие показатели КЖ, что возможно обусловлено более выраженными нарушениями легочной вентиляции.

#### **Список литературы**

1. Воронина Л.П. Хроническая обструктивная болезнь легких в практике гериатра // Медицинские новости. – 2014. – № 3. – С. 17–22.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.)/ пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2014. – 92 с.

3. Давыдов Е.Л. Приверженность к лечению пациентов артериальной гипертонией в пожилом и старческом возрасте // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. № 4 S2. – С. 46.
4. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В. Медико-социальная помощь в рамках организационно-функциональной модели пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертонией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3–1. – С. 54–59.
5. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В., Алексеев И.А. Проблемы приверженности к лечению пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией в г. Красноярске в рамках организационно-функциональной модели медико-социальной помощи // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5–3. – С. 285–289.
6. Демко И.В., Данилова Л.И., Петрова М.М. Эпидемиология хронических заболеваний органов дыхания у жителей сельской местности юга Красноярского края. – Красноярск: Офисная планета, 2012. – 176 с.
7. Деревянных Е.В., Яскевич Р.А., Балашова Н.А. Возрастные особенности приверженности к лечению артериальной гипертонии у мужчин г. Красноярска // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 6–1. – С. 48–52.
8. Козлов Е.В. Структурно–функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у пациентов страдающих артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. – № 3. – С.56–67.
9. Козлов Е.В. Тревожно–депрессивные расстройства при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертонии // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 1 (85). – С. 19–25.
10. Козлов Е.В., Петрова М.М., Харьков Е.И. Качество жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – № 4. – С. 6–13.
11. Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина С.В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. – Благовещенск, 2011. – 132 с.
12. Костюк И.Ф., Бязрова В.В., Стеблина Н.П., Прохоренко В.Л. Гендерные особенности течения ХОБЛ пылевой этиологии // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии. – 2012. – № 4. – С. 23–27.



13. Ли В.В., Задионченко В.С., Адашева Т.В. Артериальная гипертензия у больных хронической обструктивной болезнью легких – в поисках фенотипов // Архив внутренней медицины. – 2013. – № 1 (9), Ч. I. – С. 19–24.
14. Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Яскевич Р.А., Балашова Н.А. Особенности приверженности к лечению артериальной гипертензии среди женщин пожилого возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=14899>.
15. Ханин А.Л., Чернушенко Т.И. Проблемы болезней органов дыхания и возможности пути их решения на уровне муниципального здравоохранения // Пульмонология. – 2011. – № 2. – С. 115–118.