

УДК 616.33-002.2-08

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2023-8-1-54-62>

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ХАРАКТЕРИСТИК ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

СМАКОТИНА С.А.*, КОРОЛЁВА Т.О.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Кемерово, Россия

Резюме

Цель. Изучение особенностей внутренней картины болезни в сочетании с уровнем комплаентности больных хроническим гастритом.

Материалы и методы. Обследовано 302 пациента с хроническим гастритом (ХГ). В зависимости от уровня приверженности лечению пациенты включены в 4 группы: группа 1 – 96 пациентов с ХГ, ассоциированным с *Helicobacter pylori* (НР), группа 2 – 110 пациентов с ХГ, не ассоциированным с НР (группы с высоким уровнем комплаентности), группа 3 – 36 пациентов с ХГ, ассоциированным с НР, которые отказались от лечения, группа 4 – 60 пациентов с ХГ, ассоциированным с НР, которые частично выполняли рекомендации врача. Уровень приверженности обследуемых проводимому лечению оценивали по опроснику «Уровень комплаентности» Давыдова, личностное реагирование на болезнь – с помощью опросника ТОБОЛ. Поиск взаимосвязей исследуемых показателей проводили с использованием корреляционного анализа.

Результаты. Установлено, что максимальная степень эрадикации возбудителя ХГ наблюдалась у больных с высокими уровнями приверженности лечению, минимальный результат лечения выявлен у больных с низким уровнем комплаентности. У большинства пациентов (56,0%) установлены адаптивные типы отношения к заболеванию, значительно реже – смешанные типы (18,2%), у 12,5% – дезадаптивные типы с

интрапсихической направленностью и в 11,6% случаях – дезадаптивные типы с интерпсихической направленностью. В группе 3 среди «некомплаентных» обследуемых статистически значимо реже, чем в группах 1 и 2, выявлялись адаптивные типы, в то же время в третьей группе было значительно больше пациентов с анозогнозическим и дезадаптивным типами отношения к заболеванию с интрапсихической направленностью. Корреляционный анализ показал, что уровень приверженности лечению больных с ХГ положительно коррелирует с частотой выявления гармоничного типа отношения к заболеванию, а также с эргопатическим типом реагирования. У некомплаентных пациентов более высокой является частота анозогнозического типа отношения к заболеванию.

Заключение. Тип отношения пациента с хроническим гастритом к болезни существенно влияет на его комплаентность, этот фактор следует учитывать при выборе тактики лечения.

Ключевые слова: хронический гастрит, *Helicobacter pylori*, комплаентность, эрадикация, отношение к болезни, гармоничный тип, анозогнозический тип

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования

Собственные средства.

Для цитирования:

Смакотина С.А., Королёва Т.О. Оценка взаимосвязи характеристик внутренней картины болезни с приверженностью лечению пациентов с хроническим гастритом. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2023;8(1): 54-62 <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2023-8-1-54-62>

*Корреспонденцию адресовать:

Смакотина Светлана Анатольевна, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а, E-mail: smak67@mail.ru
© Смакотина С.А., Королёва Т.О.

ORIGINAL RESEARCH

ASSOCIATION OF ATTITUDE TO ILLNESS WITH ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

SVETLANA A. SMAKOTINA *, TATIANA O. KOROLEVA

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation

Abstract

Aim. To study the associations between the attitude towards illness and the level of compliance in patients with chronic gastritis.

Materials and Methods. The study included 302 patients with chronic gastritis which have been stratified into 4 groups: 1) 96 patients with *Helicobacter pylori* (HP)-associated chronic gastritis and high treatment adherence; 2) 110 patients with HP-negative chronic gastritis and high treatment adherence; 3) 36 patients with HP-associated gastritis who refused treatment; 4) 60 patients with HP-associated gastritis and moderate treatment adherence. The level of adherence to treatment and personal response to the disease was assessed using Davydov and TOBOL questionnaires, respectively. Interrelations of the studied parameters were evaluated using correlation analysis.

Results. Eradication of HP was associated with

a high treatment adherence. The majority of patients (56.0%) had adaptive behavioural response, whilst mixed (18.2%) and maladaptive types (12.5% for intrapsychic and 11.6% for interpsychic orientation) were less frequently observed. In patients who refused treatment, adaptive behavioural response was less common than anosognosic and maladaptive attitudes. Correlation analysis revealed that treatment adherence positively correlates with harmonious and ergopathic attitudes.

Conclusion. Attitude to illness affects adherence to treatment in patients with chronic gastritis.

Keywords: chronic gastritis, *Helicobacter pylori*, treatment adherence, eradication, attitude to illness, harmonious attitude, anosognosic attitude

Conflict of Interest

None declared.

Funding

There was no funding for this project.

◀ English

For citation:

Svetlana A. Smakotina, Tatiana O. Koroleva. Association of attitude to illness with adherence to treatment in patients with chronic gastritis. *Fundamental and Clinical Medicine*. (In Russ.). 2023;8(1): 54-62 <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2023-8-1-54-62>

*Corresponding author:

Dr. Svetlana A. Smakotina, 22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation, E-mail: smak67@mail.ru
© Svetlana A. Smakotina and Tatiana O. Koroleva

Введение

Хронический гастрит (ХГ) – заболевание, при котором одним из наиболее часто встречающихся этиологических факторов является возбудитель *Helicobacter pylori* (HP) [1, 2]. Недостаточная эффективность антихеликобактерной терапии нередко обусловлена неудачной эрадикацией HP [3, 4], при этом в последние годы внимание исследователей всё больше привлекает проблема комплаентности пациентов, всё больше уделяется внимания контролю за корректным выполнением врачебных назначений [5–8].

В ряде исследований показано, что личностные характеристики являются значимыми факторами, способными повлиять на возникновение негативного эмоционального фона, вызывающего снижение уровня приверженности больных хроническим гастритом проводимому

лечению [6, 7, 9]. Одной из наиболее важных характеристик пациента с точки зрения влияния на течение заболевания является внутренняя картина болезни (ВКБ) [10–12], которая представляет собой многомерный феномен, находящий своё отражение в психике пациента.

Отношение человека к заболеванию и понимание его причин и особенностей проявления в значительной степени обуславливает поведение пациента в отношении проводимого лечения и его мотивацию к выздоровлению. Sawyer A.T. et al. (2019) считают, что анализ отношения к заболеванию даёт возможность охарактеризовать основные психические феномены личности пациента, связанные с болезнью [13]. Такая оценка осуществляется путём установления принадлежности к определённым психологическим типам отношений [12, 14–16].

Установление типа реагирования на заболевание даёт возможность врачу проводить адекватное лечение. В то же время в доступной литературе практически отсутствуют сведения о взаимосвязи отношения к болезни и приверженности пациента с хроническим гастритом в проводимой терапии.

Цель исследования

Изучение особенностей внутренней картины болезни в сочетании с уровнем комплаентности больных хроническим гастритом.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе АО Клиническая медико-санитарная часть «Энергетик», в него было включено 302 руководителя высшего и среднего звена холдинговой компании «Сибирский деловой союз» (ХК «СДС») с хроническим гастритом, в том числе 101 женщина (33,4 %) и 201 (66,6 %) мужчина, средний возраст – 42,0 (32,4; 51,3) года. Все обследуемые имели высшее образование.

Дизайн исследования – открытое, сравнительное, в параллельных группах.

Диагноз хронического гастрита всем пациентам был установлен на основании результатов фиброгастродуоденоскопии. Диагностику HP выполняли с помощью быстрого уреазного теста и метода определения антигена *Helicobacter pylori* в кале.

Приверженность пациентов лечению ХГ оценивали по опроснику «Уровень комплаентности» Давыдова [17].

В процессе диагностики и лечения был оценён уровень приверженности больных лечению, по результатам которого пациенты были включены в 4 группы.

В группу 1 были включены 96 пациентов с диагнозом хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*;

В группу 2 – 110 пациентов с хроническим гастритом, не ассоциированным с *Helicobacter pylori*.

Пациенты обеих групп выполняли рекомендации врача в полном объёме, уровни комплаентности по опроснику Давыдова у них были оценены, как умеренно положительные: 4,67 (32,0; 6,48) и 5,58 (3,59; 7,16) балла, соответственно, в группах 1 и 2.

В группу 3 были включены 36 пациентов с ХГ, ассоциированным с *Helicobacter pylori*, которые отказались от выполнения процедур лечения. Причинами этого явились: нежелание принимать лекарственные препараты, отсутствие времени, недоверие к врачу. Уровень комплаентности у них был оценен как резко отрицательный -7,35 (-10,32; -3,62).

В группу 4 были включены 60 пациентов с диагнозом ХГ, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, которые выполняли рекомендации врача лишь частично. Основной причиной этого, по словам больных, был недостаток времени (ненормированный рабочий график, командировки). Уровень комплаентности у них был квалифицирован как слабо отрицательный -1,59 (-1,82; 0,75) балла.

Критерии распределения пациентов в группы приведены в **таблице 1**.

Таблица 1.

Характеристики групп исследования и уровни приверженности лечению по опроснику Давыдова.

Table 1.
Features of study groups and adherence to treatment according to the Davydov questionnaire.

Примечание:

* $p < 0,05$ группы 1 и 4;

$p < 0,05$ группы 2 и 4;

^ $p < 0,05$ группы 3 и 4 (критерий Манна-Уитни)

* $p < 0,05$ between groups 1 and 4; # $p < 0,05$ between groups 2 and 4;

^ $p < 0,05$ between groups 3 and 4 (Mann-Whitney U-test)

Характеристики Features	Группа 1 (Group 1) HP-associated chronic gastritis, high treatment adherence (n = 96)	Группа 2 (Group 2) HP-negative chronic gastritis, high treatment adherence (n = 110)	Группа 3 (Group 3) HP-associated chronic gastritis, no treatment adherence (n = 36)	Группа 4 (Group 4) HP-associated chronic gastritis, moderate treatment adherence (n = 60)
<i>H. pylori</i>	Выявлена Revealed	Не выявлена Not identified	Выявлена Revealed	Выявлена Revealed
Выполнение рекомендаций врача и процедур лечения Adherence to treatment	В полном объёме Complete	В полном объёме Complete	Не выполняли None	Выполняли частично Partial
Интегральный показатель приверженности к лечению, баллы Points of treatment adherence Me (Q_{25} ; Q_{75})	4,67 (3,20; 6,48)	5,58 (3,59; 7,16)	-7,35 [#] (-10,32; -3,62)	-1,59 ^{##} (-1,82; 0,75)

Показатель Parameter	Группа 1 Group 1 HP-associated chronic gastritis, high treatment adherence (n = 96)		Группа 3 Group 3 HP-associated chronic gastritis, no treatment adherence (n = 36)		Группа 4 Group 4 HP-associated chronic gastritis, moderate treatment adherence (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
% эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> % <i>Helicobacter pylori</i> eradication	78	81,2	-	-	18	30,4*

Таблица 2.
Частота эрадикации
Helicobacter pylori в
группах пациентов с
хроническим гастри-
том, абс.(%).

Table 2.
Frequency of
Helicobacter pylori
eradication in
patients with chronic
gastritis, n (%).

Примечание:
* $p < 0,05$ группы 1 и 4
(критерий χ^2)
* $p < 0.05$ between
groups 1 and 4 (χ^2 test)

Оценку личностного реагирования на болезнь осуществляли с использованием метода диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), который позволяет определить тип отношения к болезни на основании информации об отношении пациента к различным жизненным ситуациям и проблемам, непосредственно или опосредованно связанным с его заболеванием.

Метод основан на типологии отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980), которая позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни: гармоничный (Г), эргопатический (Р), анозогностический (З), тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А), сенситивный (С), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П) и дисфорический (Д). 12 типов отношения к болезни объединены в 3 блока на основании критериев адаптивности-дезадаптивности и интер-интрапсихической направленности дезадаптации в случае дезадаптивного характера отношения [18, 19].

Анкетирование пациентов исследуемых групп с помощью опросника ТОБОЛ было проведено однократно в начале исследования.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью программ StatSoft STATISTICA 10 и Microsoft Excel 2016. При распределении признака, отличном от нормального, для описания результатов использовали медиану (Me), верхний и нижний квартили (Q_{25} ; Q_{75}). При попарном сравнении количественных данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовали критерии Манна-Уитни. При критическом уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми.

Поиск взаимосвязей показателей с использованием метода корреляционного анализа осуществляли с помощью коэффициентов корреляции Спирмена.

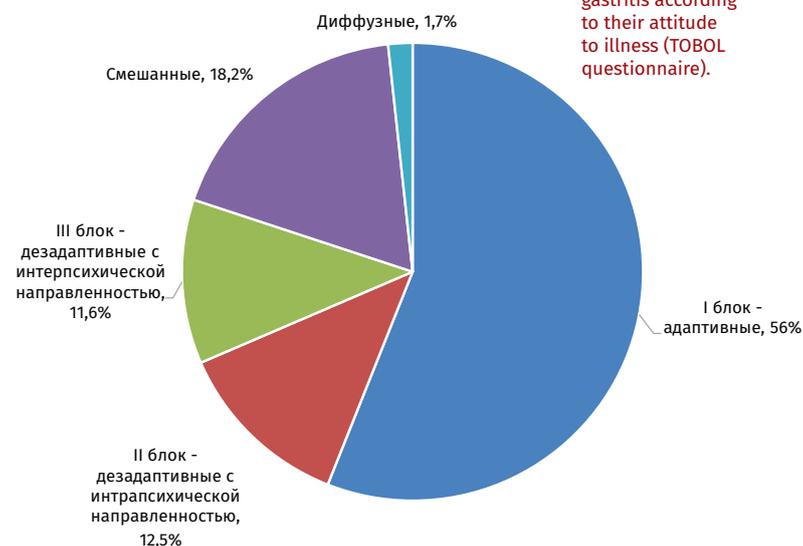
Результаты

Оценка эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* через месяц после окончания терапии показала, что доля пациентов с успешной эрадикацией возбудителя в группе 1 составила 81,2% (таблица 2), в группе 4 – 30,0%, что было достоверно ниже, чем в группе 1 ($p = 0,004$). У пациентов третьей группы не было установлено эрадикации *Helicobacter pylori*.

Оценка распределения пациентов всей выборки показала, что у абсолютного большинства из них – у 162 человек (56,0%) были диагностированы адаптивные типы отношения к болезни (рисунок 1). Значительно реже выявлялись смешанные типы – у 55 (18,2%) больных, в 38 случаях (12,5%) – дезадаптивные типы с интрапсихической направленностью и у 35 пациентов (11,6%) – дезадаптивные типы с интерпсихической направленностью. Диффузный тип отношения к болезни был диагностирован только у 5 (1,7%) пациентов.

Рисунок 1.
Распределение па-
циентов всей выбо-
рки по характери-
стикам отношения к бо-
лезни (ТОБОЛ).

Figure 1.
Distribution of
patients with chronic
gastritis according
to their attitude
to illness (TOBOL
questionnaire).



Сравнение частоты выявления различных типов отношения к болезни пациентов с хроническим гастритом по блокам показало, что в группе 3 среди «некомплаентных» обследуемых статистически значимо реже ($p < 0,05$), чем в группах 1 и 2, выявлялись адаптивные типы (таблица 3). В то же время в третьей группе было достоверно больше ($p < 0,05$) пациентов с дезадаптивным типом отношения с интрапсихической направленностью, чем в первой и второй группах. В группе 4 с промежуточным уровнем приверженности лечению значения вышеуказанных показателей были выше, чем в группе некомплаентных пациентов, но ниже, чем в группах 1 и 2.

Не было отмечено достоверных отличий по частоте выявления дезадаптивных типов с интерпсихической направленностью. В группе 3 отмечено максимальное количество пациентов с смешанными типами отношения к болезни

относительно других групп, но статистически значимых межгрупповых различий по этому показателю не наблюдалось.

Установлено, в группе 3 среди «некомплаентных» больных было статистически значимо меньше ($p < 0,05$), чем в группах с более высокой комплаентностью, пациентов с эргопатическим типом отношения к болезни (таблица 4). Также в группе 3 была ниже доля больных с гармоничным типом, чем в группах 1 и 2, в то же время в третьей группе было существенно больше относительное количество пациентов с анозогнозическим типом, однако при этом достоверных межгрупповых различий отмечено не было. В группе пациентов с низкой приверженностью лечению было несколько больше, чем в группах 1, 2 и 3, пациентов с таким «чистым» типом отношения к болезни, как меланхолический, однако при этом выявленные различия не достигали статистической значимости.

Таблица 3. Распределение пациентов с хроническим гастритом в группах по блокам типов отношения к болезни (по опроснику ТОБОЛ).

Table 3. Distribution of patients with chronic gastritis according to their attitude to illness (TOBOL questionnaire).

Примечание:
* $p < 0,05$ группы 1 и 4;
$p < 0,05$ группы 2 и 4 (критерий χ^2)
* $p < 0,05$ between groups 1 and 4; # $p < 0,05$ between groups 2 and 4 (χ^2 test)

	Группы пациентов Patient groups							
	Группа 1 (Group 1) HP-associated chronic gastritis, high treatment adherence (n = 96)		Группа 2 (Group 2) HP-negative chronic gastritis, high treatment adherence (n = 110)		Группа 3 (Group 3) HP-associated chronic gastritis, no treatment adherence (n = 36)		Группа 4 (Group 4) HP-associated chronic gastritis, moderate treatment adherence (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I блок (адаптивные типы Г, Р, З) Block I (adaptive types G, R, Z)	66	68,7	68	61,8	9	25,0*#	26	43,3
II блок (дезадаптивные типы с интрапсихической направленностью Т, И, Н, М, А) Block II (maladaptive types with intrapsychic orientation T, I, N, M, A)	6	6,3	7	6,4	13	36,1*#	12	20,0
III блок (дезадаптивные типы с интерпсихической направленностью С, Э, П, Д) Block III (maladaptive types with interpsychic orientation S, E, P, D)	9	9,4	15	13,6	3	8,3	8	13,3
«Смешанные» типы Mixed types	12	12,5	20	18,2	10	27,8	13	21,7
«Диффузные» типы Diffuse types	3	3,1	-	-	1	2,8	1	1,7

Тип отношения к болезни <i>Attitude to illness</i>			Группы пациентов <i>Patient groups</i>							
			Группа 1 (Group 1) <i>HP-associated chronic gastritis, high treatment adherence (n = 96)</i>		Группа 2 (Group 2) <i>HP-negative chronic gastritis, high treatment adherence (n = 110)</i>		Группа 3 (Group 3) <i>HP-associated chronic gastritis, no treatment adherence (n = 36)</i>		Группа 4 (Group 4) <i>HP-associated chronic gastritis, moderate treatment adherence (n = 60)</i>	
			n	%	n	%	n	%	n	%
«Чистые» типы <i>"Pure" types</i>	I	Гармоничный (Г) <i>Harmonious (H)</i>	17	17,7	16	14,5	2	5,5	3	5,0
		Эргопатический (Р) <i>Ergopathic (P)</i>	29	30,2	28	25,5	2	5,5*#	7	11,7
		Анозогностический (З) <i>Anosognosic (Z)</i>	20	20,8	24	21,8	16	44,4	16	26,7
	II	Тревожный (Т) <i>Anxious (T)</i>	2	2,1	3	2,8	1	2,8	2	3,3
		Ипохондрический (И) <i>Hypochondriasis (I)</i>	-	-	1	0,9	1	2,8	4	6,6
		Неврастенический (Н) <i>Neurasthenic (N)</i>	2	2,1	4	3,6	1	2,8	4	6,6
		Меланхолический (М) <i>Melancholic (M)</i>	2	2,1	-	-	2	5,5	2	3,3
		Апатический (А) <i>Apathetic (A)</i>	-	-	-	-	1	2,8	-	-
	III	Сенситивный (С) <i>Sensitive (S)</i>	3	3,1	5	4,5	1	2,8	1	1,7
		Эгоцентрический (Э) <i>Egocentric (E)</i>	4	4,2	6	5,5	-	-	3	5,0
		Паранойяльный (П) <i>Paranoid (P)</i>	-	-	1	0,9	1	2,8	3	5,0
		Дисфорический (Д) <i>Dysphoric (D)</i>	2	2,1	3	2,8	1	2,8	1	1,7
	«Смешанные» типы <i>"Mixed types"</i>		РЗ (RZ)	9	9,4	15	13,6	1	2,8	6
		РС (RS)	1	1,0	-	-	-	-	2	3,3
		РТС (RTS)	-	-	1	0,9	2	5,5	1	1,7
		РЗС (RZS)	-	-	-	-	1	2,8	-	-
		ТС (TS)	2	2,1	2	1,8	-	-	2	3,3
		ИС (IS)	-	-	1	0,9	1	2,8	1	1,7
		ИСД (ISD)	-	-	-	-	1	2,8	1	1,7
	«Диффузные» типы <i>Diffuse types</i>	3	3,1	-	-	1	2,8	1	1,7	

Таблица 4.

Частота встречаемости типов отношения к болезни (по опроснику ТОБОЛ) в группах пациентов с хроническим гастритом.

Table 4.

Prevalence of attitudes to illness among the patients with chronic gastritis according to the TOBOL questionnaire.

* $p < 0,05$ группы 1 и 4; # $p < 0,05$ группы 2 и 4 (критерий χ^2)* $p < 0.05$ between groups 1 and 4; # $p < 0.05$ between groups 2 and 4 (χ^2 test)

Полученные данные свидетельствуют, что преобладание у пациентов с хроническим гастритом адаптивного типа отношения к болезни может рассматриваться в качестве одного из критериев высокой приверженности к лечению, в то же время преобладание пациентов с анозогнозическим типом, напротив, может свидетельствовать о низкой комплаентности больных.

Результаты корреляционного анализа между уровнем комплаентности обследованных пациентов и показателями опросника ТОБОЛ приве-

дены в **таблице 5**. Уровень приверженности лечению больных с хроническим гастритом был положительно статистически значимо умеренно ассоциирован с частотой выявления гармоничного типа отношения к заболеванию. аналогичная, ещё более сильная прямая корреляционная связь была характерна для уровня комплаентности пациентов с эргопатического типа реагирования. В то же время для анозогнозического типа реагирования сила связи была также статистически значимой, но отрицательной.

Таблица 5.

Взаимосвязь уровня комплаентности с характеристиками отношения к болезни пациентов с хроническим гастритом – коэффициенты корреляции Спирмена, r (p).

Table 5.
Correlation of treatment adherence with attitude to illness in patients with chronic gastritis (Spearman's correlation coefficient).

Типы отношение к болезни <i>Attitude to illness</i>	Интегральный показатель приверженности лечению (опросник Давыдова) <i>Integral adherence to treatment (Davydov questionnaire)</i>
Гармоничный (Г) <i>Harmonious (H)</i>	0,369 ($p = 0,035$)
Эргопатический (Р) <i>Ergopathic (P)</i>	0,482 ($p < 0,001$)
Анозогнозический (З) <i>Anosognosic (Z)</i>	-0,328 ($p = 0,023$)

Обсуждение

В настоящее время общепризнано, что структура заболевания оказывает влияние на формирование ВКБ. В то же время полноценная ВКБ складывается у пациента из его субъективных представлений о сути болезни и отношения к различным областям его жизни – к самочувствию, лечению, профессиональной деятельности, досугу, сну [10, 12, 14]. Ряд авторов полагают, что ВКБ играет важнейшую роль в отношении уровня приверженности пациентов проводимой терапии, поскольку определяет адекватные представления больного о наличии заболевания и предлагаемом лечении [9, 20].

Это подтверждают результаты проведённого нами исследования, которые в значительной степени согласуются с данными других авторов. В работе Корочанской Н.В. и др. (2019) был изучен «психоэмоциональный статус у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. Авторы оценивали влияние типов отношения к болезни и депрессии на приверженность к лечению пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Приверженность к лечению была оценена у 43 пациентов с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом в возрасте от 21 до 74 лет (средний возраст $47,5 \pm 26,5$ лет), которым было проведено оперативное устранение стеноза в объёме дуоденопластики. 43 пациента по степени привержен-

ности к лечению больные были разделены на 2 группы: комплаентные (20 пациентов) и некомплаентные (23 человека), была проведена оценка типов отношения к болезни и уровня депрессии. Установлено, что адаптивные типы отношения к болезни встречались у 51,2% больных. Известно, что адаптивные варианты реагирования на болезнь обеспечивают в целом приспособительное поведение за счет адекватной оценки своего состояния, либо за счёт одержимого стремления к активной трудовой деятельности, что характерно для эргопатического типа отношения к болезни, либо вследствие отрицания всего связанного с болезнью при анозогнозическом типе отношения к болезни [15].

По данным авторов, благоприятный тип реакции на болезнь («благополучная триада» – сочетание гармонично-эргопатического и гармонично-анозогнозического) наблюдался у 13 человек, что составило 37%. Гармоничный тип реагирования на заболевание позволяет лечащему врачу сконструировать рациональную тактику ведения данных пациентов, а также стремление самих пациентов оказать содействие в лечении, приводит к более ускоренному лечению со значительно меньшим количеством рецидивов заболевания. Пациенты с данным типом реагирования, как правило, активно выполняют все лечебно-диагностические процедуры и нацелены на выздоровление» [15].

В нашей работе продемонстрировано, что уровень приверженности лечению больных

с хроническим гастритом положительно коррелирует с частотой выявления гармоничного типа отношения к заболеванию, а также с эргопатическим типом реагирования. В то же время у некоплаентных пациентов более высокой является частота анозогнозического типа отношения к заболеванию.

Ряд исследователей полагают, что медикаментозную терапию необходимо сочетать с психотерапевтическим лечением, при этом характеристики ВКБ следует оценивать в динамике заболевания, отмечая изменения усталовок на лечение. При этом следует выявлять группы больных с неблагоприятным типом реагирования на болезнь, с такими пациентами целесообразно проводить курсы психотерапии, тренинги и фармакотерапию [9, 12, 13].

Некоторые исследователи задаются вопросом – каким образом можно изменить отношение к болезни пациента? По мнению К.Д. Petrie и J. Weinman (2012), прямые психообразовательные вмешательства могут изменить негативные убеждения о болезни и привести к улучшению результатов терапии [16]. При этом психологическое консультирование должно быть направлено на диагностику степени дезадаптации больного, а в зависимости от полученных результатов следует выбирать тактику

психокоррекции, которая должна способствовать формированию адекватного отношения пациента к заболеванию и лечению. Например, у больных с апатическим и ипохондрическим типами отношения к болезни может эффективно использоваться дыхательный релаксационный тренинг, у пациентов с тревожным типами – аутогенные тренировки. Пациентами с параноидальным и дисфорическим типами отношения к болезни рекомендуется проводить когнитивно-поведенческую терапию [10, 11].

Заключение

Установлено, что комплаентность является важным фактором, влияющим на течение и клиническую эффективность лечения хронического гастрита.

Уровень приверженности лечению больных с хроническим гастритом положительно коррелирует с частотой выявления эргопатического и гармоничного типов отношения к своему заболеванию по опроснику ТОБОЛ, в то же время при низкой комплаентности чаще наблюдается анозогнозический тип.

Тип отношения пациента с хроническим гастритом к болезни существенно влияет на его комплаентность, этот фактор следует учитывать при выборе тактики лечения.

Литература:

- Nagy P, Johansson S, Molloy-Bland M. Systematic review of time trends in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in China and the USA. *Gut Pathog.* 2016;8:8. <https://doi.org/10.1186/s13099-016-0091-7>
- Sipponen P, Maaroos H. Chronic gastritis. *Scand J Gastroenterol.* 2015;50(6):657-667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
- Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG clinical guideline: treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol.* 2017;112:212-239. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.563>
- Saracino IM, Pavoni M, Zullo A, Fiorini G, Saccomanno L, Lazzarotto T, Cavallo R, Antonelli G, Vaira D. Antibiotic resistance and therapy outcome in *H. pylori* eradication failure patients. *Antibiotics (Basel).* 2020;9(3):121. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9030121>
- Налётов А.В., Налётов С.В., Барнинова А.С., Вьюниченко Ю.С. Проблема комплаентности в современной гастроэнтерологии. *Университетская клиника.* 2017;13(2):213-218.
- Chen Y, Yuan H, Ye H, Shi Z, Deng X, Zhang X, Hou X. Application of a semi-automatic, intensive follow-up for improving efficacy and adherence of *Helicobacter pylori* eradication therapy: A randomized controlled trial. *Microbiology Open.* 2021;10(1):e1172. <https://doi.org/10.1002/mbo3.1172>
- Toole J, Kohansieh M, Khan U, Romero S, Ghali M, Zeltser R, Makaryus AN. Does Your Patient Understand Their Treatment Plan? Factors Affecting Patient Understanding of Their Medical Care Treatment Plan in the Inpatient Setting. *J Patient Exp.* 2020;7(6):1151-1157. <https://doi.org/10.1177/237437352>
- Эльзессер А.С., Капустина Т.В. О проблеме комплаентности в контексте социально значимых заболеваний. *Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы.* 2019;5(30):93-96.
- Chua BQY, Chong VWS, Teng TZJ, Chia CTW, Aung MO, Shelat VG. Does technology-enhanced communication improve *Helicobacter pylori* eradication outcomes? – A meta-analysis. *Helicobacter.* 2022;27(3):e12890. <https://doi.org/10.1111/hel.12890>
- Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В. Госпитализированные пациенты терапевтического профиля – взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни. *Клиническая и специальная психология.* 2020;9(4): 36-56. <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090403>
- Солодунин А.В., Безубова В.А., Кухарева И.Н., Иноземцева А.А., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А., Барбараш О.Л. Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с параметрами их когнитивного статуса. *Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика.* 2017;14(2):178-189. <https://doi.org/10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189>
- Adrián-Arrieta L, Casas-Fernández de Tejerina JM. Self-perception of disease in patients with chronic diseases. *Semergen.* 2018;44(5):335-341. <https://doi.org/10.1016/j.semergen.2017.10.001>
- Sawyer AT, Harris SL, Koenig HG. Illness perception and high readmission health outcomes. *Health psychology open.* 2019;6(1). Adrián-Arrieta L, Casas-Fernández de Tejerina J.M. Self-perception of disease in patients with chronic diseases. *Semergen.* 2018;44(5):335-341. <https://doi.org/10.1016/j.semergen.2017.10.001>
- Дзэбоева А.Ю., Татров А.С., Внутренняя картина болезни у гинекологических больных по данным, полученным с помощью методики ТОБОЛ (типология отношения к болезни). *Современные проблемы науки и образования.* 2016;4:21.
- Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Сердюк А.А. Психо-эмоциональный статус у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой суб- и декомпенсированным стенозом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2019;169(9): 38-44. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-169-9-38-44>

16. Petrie KJ, Weinman J. Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*. 2012;1(1): 60-65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>
17. Давыдов С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью. *Казанский медицинский журнал*. 2001;82(1):35-37.
18. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. *Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей*. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2005. 31 с.
19. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. *Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство*. СПб: Речь, 2011. 271 с.
20. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004;6(4):159-162.

References:

1. Nagy P, Johansson S, Molloy-Bland M. Systematic review of time trends in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in China and the USA. *Gut Pathog*. 2016;8:8. <https://doi.org/10.1186/s13099-016-0091-7>
2. Sipponen P, Maaros H. Chronic gastritis. *Scand J Gastroenterol*. 2015;50(6):657-667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
3. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG clinical guideline: treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol*. 2017;112:212-239. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.563>
4. Saracino IM, Pavoni M, Zullo A, Fiorini G, Saccomanno L, Lazzarotto T, Cavallo R, Antonelli G, Vaira D. Antibiotic resistance and therapy outcome in *H. pylori* eradication failure patients. *Antibiotics (Basel)*. 2020;9(3):121. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9030121>
5. Nalyotov AV, Nalyotov SV, Barinova AS, Vunichenko YUS. The problem of compliance in modern gastroenterology. *Universitetskaya klinika*. 2017;13(2):213-218. (In Russ).
6. Chen Y, Yuan H, Ye H, Shi Z, Deng X, Zhang X, Hou X. Application of a semi-automatic, intensive follow-up for improving efficacy and adherence of *Helicobacter pylori* eradication therapy: A randomized controlled trial. *Microbiology Open*. 2021;10(1):e1172. <https://doi.org/10.1002/mbo3.1172>
7. Toole J, Kohansieh M, Khan U, Romero S, Ghali M, Zeltser R, Makaryus AN. Does Your Patient Understand Their Treatment Plan? Factors Affecting Patient Understanding of Their Medical Care Treatment Plan in the Inpatient Setting. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1151-1157. <https://doi.org/10.1177/237437352>
8. El'zesser A.S., Kapustina T.V. On the problem of compliance in the context of socially significant diseases. *Rossiyskaya nauka i obrazovanie segodnya: problemy i perspektivy*. 2019;5(30):93-96. (In Russ).
9. Chua BQY, Chong VWS, Teng TZJ, Chia CTW, Aung MO, Shelat VG. Does technology-enhanced communication improve *Helicobacter pylori* eradication outcomes? - A meta-analysis. *Helicobacter*. 2022;27(3):e12890. <https://doi.org/10.1111/hel.12890>
10. Zarishnyak NV, Kulbaisov AM, Gavrilova EV. Hospitalized patients of a therapeutic profile - the relationship between the type of attitude towards the disease and the quality of life. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya*. 2020;9(4):36-56. (In Russ). <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090403>
11. Soloduhin AV, Bezzubova VA, Kuhareva IN, Inozemceva AA, Seryj AV, Yanickij MS, Trubnikova OA, Barbarash OL. The relationship between psychological characteristics of the attitude to the disease, coping behavior of patients with ischemic heart disease, and their cognitive status. *Rudn journal of psychology and pedagogics*. 2017;14(2):178-189. (In Russ). <https://doi.org/10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189>
12. Adrián-Arrieta L, Casas-Fernández de Tejerina JM. Self-perception of disease in patients with chronic diseases. *Semergen*. 2018;44(5):335-341. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.10.001>
13. Sawyer AT, Harris SL, Koenig HG. Illness perception and high readmission health outcomes. *Health psychology open*. 2019;6(1). Adrián-Arrieta L, Casas-Fernández de Tejerina JM. Self-perception of disease in patients with chronic diseases. *Semergen*. 2018;44(5):335-341. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.10.001>
14. Dzeboeva AYU, Tatrov AS. The internal picture of the disease in gynecological patients according to the data obtained using the method TAD (typology of attitude to the disease). *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016;4:21. (In Russ). <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24880>
15. Korochanskaya NV, Durlshter VM, Serdyuk AA. Psychoemotional status in patients with duodenal ulcer disease complicated by suband decompensated stenosis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;169(9):38-44 (In Russ) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-169-9-38-44>
16. Petrie KJ, Weinman J. Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*. 2012;1(1): 60-65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>
17. Davydov SV. Medical aspects of quality of life in patients with hypertension. *Kazan medical journal*. 2001;8(1):35-37. (In Russ).
18. Vasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, Vuks AY. *Psichologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachej*. SPb: Izd-vo NIPNI im VM Bekhtereva, 2005. 32 s. (In Russ).
19. Vasserman LI, Trifonova EA, Schelkova OYu. *Psichologicheskaya diagnostika i korrekciya v somaticheskoy klinike*. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo. SPb: Rech'; 2011. 271 p. (In Russ).
20. Neznanov NG, Vid VD. The problem of compliance in clinical psychiatry. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2004;6(4):17-19. (In Russ).

Сведения об авторах

Смакотина Светлана Анатольевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой госпитальной терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а)

Вклад в статью: дизайн исследования, анализ данных, написание статьи.

ORCID: 0000-0003-0304-4263

Королёва Татьяна Олеговна, аспирант ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а)

Вклад в статью: дизайн исследования, анализ данных, написание статьи.

ORCID: 0000-0002-3956-4458

Статья поступила: 19.01.2023 г.

Принята в печать: 28.02.2023 г.

Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

Authors

Prof. Svetlana A. Smakotina, MD, DSc, Head of the Department of Clinical Therapy and Clinical Pharmacology, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation)

Contribution: conceived and designed the study; performed the data analysis; wrote the manuscript.

ORCID: 0000-0003-0304-4263

Dr. Tatiana O. Koroleva, MD, PhD student, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation)

Contribution: performed the data analysis; wrote the manuscript.

ORCID: 0000-0002-3956-4458

Received: 11.09.2023

Accepted: 28.02.2023

Creative Commons Attribution CC BY 4.0.