УДК 616.12-008.331.1

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

© Филиппова Ю.М.[1], Никитин Г.А.[2], Якунин К.А.[2]

[1]ОГБУЗ поликлиника №3 г. Смоленска, Россия, 214019, Смоленск, Трамвайный проезд, 11

[2]Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме: в исследовании оценено влияние психологических тренировок на комплаентность больных артериальной гипертензией (АГ) и результаты их лечения. Для этого использовались следующие психологические методы: прогрессивная мышечная релаксация, произвольное самовнушение и техника созидающих визуализаций. Исследование показало, что немедикаментозная коррекция психологического состояния больных артериальной гипертензией вызывает изменения в их поведенческой структуре, и они становятся более восприимчивы к рекомендациям врача. Мероприятия по коррекции психологического статуса, повышая комплаентность, приводят к положительному клиническому, социальному и экономическому эффекту. Положительное влияние психологических тренировок на поведение больных АГ выражено очень умеренно и должно дополняться другими методами воздействия.

Ключевые слова: артериальная гипертония, комплаентность, психологические тренировки

INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL TRAININGS ON ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS' COMPLIENCE WITHIN AN OUTPATIENT DISTRICT

Philippova U.M.[1], Nikitin G.A.[2], Yakunin K.A.[2]

[1]City Polyclinic N3, Russia, 214019, Smolensk, Tramvainy Av., 11

[2]Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Summary: The study involves effect of psychological training on arterial hypertension patients' compliance and therapy results. Such psychological methods as progressive muscular relaxation, mind setting and creative visualizations were used to perform the study which clearly demonstrates that non-medical treatment of patients with arterial hypertension causes certain changes in their behavior making them more follow doctor's recommendations. Changes in psychological status can improve patients' compliance and result in positive clinical, social and economic effects. The positive effect of psychological trainings on the behavior of patients with arterial hypertension is rather moderate and should be confirmed with other methods.

Key words: arterial hypertension, compliance, psychological training

Введение

Современное лечение артериальной гипертензии (АГ) основывается на необходимости стойкого снижения АД до целевого уровня, что предупреждает осложнения и уменьшает сердечно-сосудистую смертность. Однако низкая приверженность больных к выполнению врачебных рекомендаций является причиной отсутствия достижения целевого уровня АД у 50-70% пациентов [6, 7].

Цель исследования – оценить влияние психологических тренировок на комплаентность больных АГ и результаты их лечения.

Методика

Исследовано 68 больных АГ из них женщин было 35, а мужчин – 33, в возрасте 30-70 лет. У 52 (76,47%) больных была 2-я, у 16 (23,52%) – 3-я стадия АГ. Первая степень артериальной гипертензии была у 20 (29,41%), вторая – у 34 (50,0%), третья – у 14 (20,52%) пациентов. У всех больных степень АД была достигнута на фоне ранее принимаемых гипотензивных препаратов. Средний риск осложнений был у 23 (33,82%), высокий – у 27 (39,70%), очень высокий – у 18 (26,47%). Из медикаментозной терапии 22 (32,35%) больным были назначены ингибитор АПФ +

антагонист кальциевых каналов (экватор), 25 (36,76%) – блокатор рецепторов к ангиотензину + диуретик (лозап плюс), 21 (30,88%) – бета-адреноблокатор + диуретик (лодоз).

Все больные были разделены на две группы, рандомизированные по полу, возрасту, по стадии и степени АГ, по степени риска осложнений и по характеру получаемого медикаментозного лечения.

У 38 человек (1-я группа), использовались следующие психологические методы: прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона) [5, 8], произвольное самовнушение (метод Куэ) [5], техника созидающих визуализаций – Гавэйн [4]. Помимо релаксирующего эффекта они должны были способствовать и выработке «доминанты» здоровья, когда больной чаще фиксирует своё внимание на нем, и здоровье начинает занимать более высокое место в перечне главных жизненных ценностей. Контрольную (2-ю) группу составили 30 человек. Они получали такие же лекарственные препараты, но психологическими тренировками не занимались.

Комплаентность у всех больных оценивали по методу С.В. Давыдова [3] до начала исследований и спустя 1 год. К оценке комплаентности также привлекались: динамика модифицируемых факторов риска, достигнутый средний уровень АД, количество больных со стойким целевым уровнем АД, число случаев и дней временной нетрудоспособности (ВН), число вызовов скорой помощи в течение года, количество госпитализаций и выходов на инвалидность, экономические результаты лечения. При этом полагалось, что о повышении комплаентности свидетельствуют более положительные результаты, чем в контрольной группе, так как они могли быть достигнуты только при выполнении больными врачебных рекомендаций.

При обработке полученного материала использовались методы вариационной статистики. При нормальном законе распределения (которому подчинялись показатели холестерина, АД) данные выражались в следующем виде: средняя арифметическая (M) ± ошибка средней арифметической (m). Для признаков, не подчиняющихся закону нормального распределения вычислялась медиана (Me) и интерквартильный размах – 25-й и 75-й процентили (lq; uq), и (или) указывалось абсолютное и относительное (%) число больных, имеющих тот или иной признак. Для определения статистической значимости различий величин при нормальном распределении применялся критерий t-Стьюдента, при ненормальном распределении использовались непараметрические критерии в таблице 1 – Манна-Уитни (при сравнении между группами) и Вилкоксона (внутри группы), в таблице 2 – χ^2, а при ожидаемых частотах менее 5 – точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Динамика показателей комплаентности, представлена в табл. 1. Представленные данные показывают, что занятия психологическими тренировками вызывают у больных АГ изменения в поведенческой структуре. Следовательно, занятие психологическими тренировками усиливают внимание больного АГ к своему здоровью, и он становится более восприимчив к рекомендациям врача. Но это влияние очень умеренное. Через 1 год при сравнении с контрольной группой достоверно отличался лишь уровень комплаентности по финансово-экономической готовности ($p<0,05$) и медико-социальной адаптированности ($p<0,05$). Но, всё же, все показатели в этой группе имели направленность к превышению таковых в контрольной группе.

Присутствие модифицируемых факторов риска, то есть факторов, которые человек может самостоятельно изменить, свидетельствует о его плохом восприятии врачебных рекомендаций. Динамика числа больных, имевших факторы риска, отражена в табл. 2.

Как показали исследования, на начало наблюдений в обеих группах 100% больных не придерживались полностью здорового образа жизни и имели по несколько факторов риска.

Через год в 1-й группе больных, к которым был применен психологический метод, достоверно ($p<0,05$) уменьшилось число лиц, испытывающих значительное нервное напряжение, снизился общий холестерин и наблюдалась отчетливая тенденция ($0,10>p>0,05$) к росту соблюдения диетических рекомендаций, увеличению физической активности и снижению употребления поваренной соли.

По сравнению с больными контрольной группы, достоверно меньше стало лиц, испытывающих значительное нервное напряжение и стали ниже показатели общего холестерина. В целом отмечалась общая направленность к увеличению числа лиц склонных к здоровому образу жизни.

Средние цифры АД (систолическое / диастолическое) в 1-й группе до включения в исследование составили 158±2,34 / 98±2,18 мм. рт. ст. Через 1 год - 146±2,71 / 88±1,79 мм. рт. ст. ($p<0,01$;

p<0,05). Во 2-й группе средние цифры АД (систолическое / диастолическое) до включения в исследование составили 160±1,54 / 98±1,38 мм. рт. ст., а через 1 год – 153±1,67 / 94±2,29 мм. рт. ст. (p<0,05; p>0,05). Таким образом, в группе больных, к которым был применен психологический метод по сравнению с контрольной группой через год стало более низким (p<0,05) систолическое и диастолическое артериальное давление.

Таблица 1. Динамика показателей комплаентности

Показатели комплаентности, Me (lq; uq)	Время наблюдений	Больные 1-й группы, n=38	Контрольная группа, n=30
Финансово-экономическая готовность к затратам на лечение	Исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	Через 1 год	-0,5 (-2,0; 0,0)[2,3]	-1,0 (-1,0; 0,0)[2]
Медико-социальная адаптированность	Исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	Через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)[1,3]	0,0 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная информированность	Исходно	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	Через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)[2]	1,0 (-1,0; 1,0)
Готовность отказа от нетрадиционных способов диагностики и лечения	Исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-2,0; 0,0)
	Через 1 год	0,0 (-2,0; 0,0)[2]	-0,5 (-1,0; 0,0)
Медико-социальная коммуникабельность	Исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	-0,5 (-1,0; 1,0)
	Через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)[1]	0,0 (-1,0; 1,0)
Удовлетворенность назначенной терапией	Исходно	0,0 (-1,0; 1,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	Через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)[1]	0,5 (-1,0; 1,0)
Медико-социальная изоляция	Исходно	-1,0 (-2,0; 0,0)	-1,0 (-1,0; 0,0)
	Через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)[2]	0,0 (-1,0; 1,0)
Доверие к своему врачу	Исходно	0,0 (-1,0; 0,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	Через 1 год	0,0 (-1,0; 1,0)[1]	1,0 (0,0; 1,0)[2]
Удовлетворенность результатами лечения	Исходно	0,0 (-1,0; 2,0)	0,0 (-1,0; 1,0)
	Через 1 год	1,0 (0,0; 2,0)[1]	1,0 (-1,0; 1,0)

Примечание: в этой и последующей таблице [1] – достоверные отличия внутри группы через год от исходных данных, [2] – 0,10>p>0,05 – выраженная тенденция к изменениям от исходных данных, [3] – достоверные отличия между группами

Целевой уровень АД на момент включения пациентов в исследование в 1-й группе был у 3 (7,89%) человек. Через 1 год – у 11 (28,9%) (p<0,05). Во 2-й группе целевой уровень АД на момент включения пациентов в исследование был у 2 (6,66%) человек. Через 1 год целевой уровень АД был достигнут у 6 (20,0%) (p>0,05).

Таблица 2. Динамика модифицируемых факторов риска

Факторы риска	Время	Больные 1-й группы, n=38	Контрольная группа, n=30
Курение	Исходно	10 (26,31%)	9 (30,0%)
	Через 1 год	7 (18,42%)	7 (23,33%)
Избыточное употребление алкоголя	Исходно	-	2 (6,66%)
	Через 1 год	-	1 (3,33%)
Несоблюдение диетических рекомендаций	Исходно	23 (60,52%)	16 (53,33%)
	Через 1 год	15(39,47%)[2]	14 (46,66%)
Избыточное употребление NaCl	Исходно	16 (42,10%)	13 (43,33%)
	Через 1 год	9 (23,68%)[2]	11 (36,66%)
Недостаточная физическая активность	Исходно	28 (73,68%)	23 (76,66%)
	Через 1 год	21 (55,26%)[2]	20 (66,66%)
Увеличенный индекс массы тела	Исходно	31 (81,57%)	24 (80,0%)
	Через 1 год	24 (63,15%)	22 (73,33%)
Значительное нервное напряжение	Исходно	14 (36,84%)	11 (36,66%)
	Через 1 год	3(7,89%)[1,3]	9 (30,0%)
Общий холестерин (ммоль /л)	Исходно	6,68±0,19	6,82±0,28
	Через 1 год	5,3±0,23[1,3]	6,25±0,27

В 1-й группе больных за год до включения в исследование число случаев временной нетрудоспособности по артериальной гипертензии равнялось 9 (23,68%) и 110 дней ВН. Через 1 год – 4 (10,52%) случая и 47 дней ВН. Учитывая, что средняя заработная плата по региону за 2010 г. составила 14658,3 руб. (за один день – 732,91 руб.), а за 2011 г. – 16522,9 руб. (за один день 826,14 руб.), было сэкономлено 41791,52 руб.

Во 2-й группе до включения в исследование за год было 7 (23,33%) случаев ВН и 82 дня ВН. Через 1 год – 9 (30,0%) случаев и 95 дней ВН. Затраты на пособия по ВН в этой группе выросли на 18384,68 руб.

Количество вызовов скорой помощи в 1-й группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (7,89%). Через 1 год – 0. Учитывая, что стоимость одного вызова скорой помощи по данным за 2010 г. в среднем составляла 1001 руб., а за 2011 г. – 1071 руб., было сэкономлено 3003 руб. В 2-й группе за предшествующий год до наблюдения зарегистрировано 3 (10%) вызова скорой помощи. Через 1 год – 4 (13,33%). Было потрачено на 1281 руб. больше, чем за предшествующий год до наблюдения.

Количество госпитализаций в 1 группе первоначально составило 2 (5,26%). Через 1 год – 0. Учитывая, что стоимость одного дня пребывания в кардиологическом стационаре обходится в день в 1788,95 руб., а продолжительность пребывания в стационаре в среднем составляет 14 дней, было сэкономлено 50090,6 руб. Во 2-ой группе количество госпитализаций первоначально и через год было неизменным и составило 3 (10%). Таким образом, в исследуемой группе общий экономический эффект составил 94885,12 руб.

В 1-й группе случаев выхода на инвалидность исходно и через год не было. В 2-й группе количество случаев выхода на инвалидность исходно 1, через 1 год – 2.

В обеих группах за период наблюдения случаев смерти, острых нарушений мозгового кровообращения, острого инфаркта миокарда не было.

Таким образом, немедикаментозная коррекция психологического статуса больных АГ ведет к акцентированию внимания больных на своем здоровье. Следовательно, занятие психологическими тренировками в определенной мере дисциплинируют больного. Он становится более восприимчив к рекомендациям врача. Но это влияние очень умеренное. Положительное влияние на комплаентность подтверждается у этих больных и положительной динамикой модифицируемых факторов риска. Мероприятия по коррекции психологического статуса, являясь мало затратными, приводят к заметному клиническому, социальному и экономическому эффекту. В результате их применения отмечается более выраженное снижение АД. Целевой уровень АД был достигнут у 28,94%, что выше, чем по РФ. Уменьшилась временная утрата трудоспособности, частота госпитализаций и вызовов «скорой помощи». Эти данные соответствуют утверждениям о тесной взаимосвязи (коморбидности) психологического состояния, особенно тревожно-депрессивных расстройств, и заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. Коморбидность обусловлена вовлеченностью катехоламинергической системы в патогенез тревожно-депрессивных расстройств, а также сердечно-сосудистых заболеваний, так как нейромедиаторы принимают участие как в реализации тревоги и депрессии, так и в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы [2].

Следует отметить, что и в контрольной группе отмечена тенденция в сторону повышения отдельных показателей комплаентности. Объяснить это можно тем, что у больных АГ нарастающие проявления болезни, окружающий, хотя и слабый, информационный фон способствуют изменениям ценностных ориентаций, повышая внимание больных к своему здоровью и необходимость выполнения врачебных рекомендаций.

Выводы

1. Коррекция психологического статуса больных АГ влияет на их поведенческие реакции и повышает их комплаентность.
2. Внедрение психологических тренировок в образ жизни больных АГ в амбулаторных условиях, являясь малозатратным мероприятием, приводит к положительному клиническому, социальному и экономическому эффекту.
3. Положительное влияние занятий по психологической выработке «доминанты здоровья» на поведение больных АГ выражено очень умеренно и должно дополняться другими методами воздействия.

Литература

1. Белевитин А.Б., Никитин А. Е., Шамрей В.К. Психические нарушения при гипертонической болезни у военнослужащих молодого возраста // Воен.-мед. журнал. – 2010. – №4. – С. 7-13.
2. Володина О.В. Специфическая и неспецифическая тревожная симптоматика при расстройствах адаптации у пациентов с гипертонической болезнью. // Соц. и клин. психиатрия. – 2011. – №3. – С. 29-35.
3. Галявич А.С., Давыдов С.В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Казанский мед. журнал. – 2001. – Т.82, №3. – С. 198-202.
4. Ковалев С.В. Исцеление с помощью НЛП. – М: Издательство «КСП+», 2001. – 576 с.
5. Кондрошенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск: Наука и техника, 1993. – 478 с.
6. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Спр. поликлинич. врача. – 2007. – №6. – С. 8-11.
7. Серов В.А., Горбунов В.И. Влияние социально-экономических факторов на приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Клин. медицина. – 2007. – №3. – С. 65-68.
8. Якунин К.А., Мажар Е.Н. Деловое общение: психотехнологии в успешной коммуникации. – Смоленск: Универсум, 2011. – 232 с.

Информация об авторах

Филиппова Юлия Михайловна – врач общей практики, ОГБУЗ поликлиника №3. E-mail: uliawasno@mail.ru

Никитин Геннадий Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии ГБОУ ВПО Смоленского государственного медицинского университета Минздрава России. E-mail z-rigel@rambler.ru

Якунин Константин Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО Смоленского государственного медицинского университета Минздрава России. E-mail: Yakaaaa@mail.ru