



<sup>1</sup> Московский  
клинический  
научно-практический  
центр  
им. А.С. Логинова

<sup>2</sup> Национальный  
медицинский  
исследовательский  
центр  
колопроктологии  
им. А.Н. Рыжих

<sup>3</sup> Научно-  
исследовательский  
институт  
организации  
здравоохранения  
и медицинского  
менеджмента  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

<sup>4</sup> Московский  
государственный  
медико-  
стоматологический  
университет  
им. А.И. Евдокимова

# Приверженность лечению и психоэмоциональные нарушения у больных язвенным колитом

А.Ф. Бабаян<sup>1</sup>, Л.Д. Фирсова, д.м.н.<sup>1</sup>, О.В. Князев, д.м.н.<sup>1,2</sup>,  
А.В. Каграманова, к.м.н.<sup>1,3</sup>, В.В. Огарев, к.п.н.<sup>1,4</sup>, Н.А. Бодунова, к.м.н.<sup>1</sup>,  
А.И. Парфенов, д.м.н., проф.<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Олег Владимирович Князев, oleg7@bk.ru

Для цитирования: Бабаян А.Ф., Фирсова Л.Д., Князев О.В. и др. Приверженность лечению и психоэмоциональные нарушения у больных язвенным колитом. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (22): 26–32.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-22-26-32

**Цель** – проанализировать приверженность лечению в сопоставлении с частотой и особенностями проявлений тревоги и депрессии у больных язвенным колитом.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты обследования 370 пациентов с язвенным колитом (158 мужчин и 212 женщин в возрасте старше 18 лет) в период их госпитализации в отделение воспалительных заболеваний кишечника Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова по поводу обострения заболевания. Для диагностики приверженности лечению применен модифицированный тест Мориски – Грина, для диагностики тревожно-депрессивных нарушений и оценки степени их выраженности – госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

**Результаты и обсуждение.** Признаки тревоги и/или депрессии выявлены у абсолютного большинства (76,5%) пациентов обследуемой группы. При этом тревога присутствовала вдвое чаще, чем депрессия (соответственно 53,0 и 23,5%), различия достоверны при  $p < 0,01$ .

**Заключение.** В результате проведенного исследования выявлено, что психоэмоциональные нарушения более вероятны у женщин, что, в свою очередь, является общепризнанным фактом. В качестве одной из предположительных причин более значимой частоты тревоги и депрессий у больных старше 45 лет и не имеющих высшего образования в сравнении с более молодыми и имеющими высшее образование пациентами можно назвать наличие у больных второй подгруппы возможностей для более адекватного функционирования в условиях социальной напряженности. Это подтверждается и клиническими наблюдениями – пациенты этой подгруппы гораздо чаще имели в анамнезе предшествующий опыт индивидуальных консультаций у психолога или участия в психотерапевтических группах.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, депрессия, приверженность терапии, тревога, язвенный колит

## Введение

Вопросы приверженности больных лечению принадлежат к одному из наиболее значимых в практическом отношении направлений научных исследований. Это

в полной мере относится к актуальным проблемам современного подхода к лечению больных язвенным колитом (ЯК) [1, 2], поскольку низкая приверженность больных лечению обесценивает результаты исследований,



направленных на повышение его эффективности. Разработка новых лекарственных средств, алгоритмов лечения и программ профилактики обострений заболевания не может привести к практически значимому результату, когда больные не выполняют рекомендации врача.

Не менее актуальным является интерес исследователей к различным аспектам психоэмоциональных нарушений у больных соматического профиля [3, 4]. Одной из предпосылок практической значимости данной тенденции является возрастание частоты психической патологии как в популяции в целом, так и среди больных соматическими заболеваниями. По данным Е.Ф. Bennebroek и соавт. [5], распространенность тревожного расстройства и депрессии у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) существенно выше в сравнении с популяционными показателями (от 13 до 44,4% по результатам разных исследователей у больных ВЗК и 4,4% в популяции). Отсутствие однозначных ответов на коморбидность тревожных и депрессивных расстройств и ЯК отмечается во многих научных работах [6].

Целесообразность продолжения исследований в данном направлении не вызывает сомнений. Необходимость всестороннего изучения обозначенных проблем основана на том, что длительно существующие психоэмоциональные нарушения и соматические заболевания имеют двусторонние влияния – взаимно провоцируют обострения, утяжеляют их течение и исход [7]. В исследованиях, посвященных изучению ЯК, эмоциональный стресс рассматривается как один из возможных триггерных факторов развития заболевания [8]. Не вызывают сомнения и факт усиления восприятия физического дискомфорта и болей в животе у больных ЯК с выраженными психоэмоциональными нарушениями [9], и данные о влиянии возраста, пола и семейного положения на психический статус больных [10].

Особое внимание в научной литературе уделяется рассмотрению психоэмоциональных нарушений в их взаимосвязи с приверженностью лечению. Ряд авторов [11, 12] пришли к заключению, что наличие тревоги или депрессии связано с низкой приверженностью лечению. Однако существует мнение, отрицающее такой вариант взаимодействия этих факторов. Как следствие, обозначенный вопрос соотношения приверженности и психоэмоциональных нарушений не нашел однозначного ответа и нуждается в уточнении.

Можно обозначить несколько малоизученных вопросов данного исследовательского направления. К их числу стоит отнести отсутствие рассмотрения в научной литературе частоты и особенностей проявлений субклинических форм тревоги и депрессии. Этот вопрос крайне важен, поскольку логично предположить, что в соматической практике превалирует именно данная степень психоэмоциональных нарушений. Недостаточно разработанной можно назвать тактику ведения врачами соматических специальностей (в том числе гастроэнтерологами) пациентов с психоэмоциональными нарушениями как с позиций определения степени выраженности имеющихся нарушений, так и в вопросах уточнения показаний для направления больных на консультацию психолога или психиатра.

*Цель* – проанализировать приверженность лечению в сопоставлении с частотой и особенностями проявления тревоги и депрессии у больных ЯК.

### Материал и методы

Проанализированы результаты обследования 370 пациентов с ЯК (158 мужчин и 212 женщин в возрасте старше 18 лет) в период их госпитализации в отделение воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ им. А.С. Логинова по поводу обострения заболевания. Для диагностики приверженности лечению применен модифицированный тест Мориски – Грина. По результатам тестирования все пациенты были разделены на две группы: больные с низкой приверженностью лечению (НПЛ) и больные с высокой приверженностью лечению (ВПЛ).

Для диагностики тревожно-депрессивных нарушений и оценки степени их выраженности была применена госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Результат считался нормальным при значении до семи баллов включительно, от восьми до десяти расценивался как субсиндромальная тревога/депрессия, 11 и более – клинически выраженная тревога/депрессия. На основании полученных результатов больные разделены на две группы в соответствии с наличием субсиндромальных или клинически выраженных нарушений или их отсутствием.

При анализе данных, полученных по шкале Мориски – Грина, и результатов HADS сравниваемые подгруппы разделяли по следующим критериям:

- степени тяжести обострения заболевания – две подгруппы: легкая атака ЯК с индексом Мейо с учетом оценки состояния слизистой оболочки по Schroeder меньше семи баллов и среднетяжелая или тяжелая атака с показателем семь и более баллов;
- распространенности поражения слизистой оболочки толстой кишки в соответствии с Монреальской классификацией – две подгруппы: локальные изменения в виде проктита и/или левостороннего колита и тотальное поражение слизистой оболочки толстой кишки;
- длительности заболевания – две подгруппы: до пяти лет в сравнении с длительностью пять и более лет;
- наличию или отсутствию инвалидности;
- полу и возрасту (первая подгруппа – до 45 лет в соответствии с критериями, предложенными ВОЗ (молодой возраст), вторая подгруппа – 45 лет и больше);
- социальному статусу: образование (высшее, среднее), наличие или отсутствие работы (учебы) в настоящее время, семейное положение (жизнь в семье или вне семьи).

Количественные данные, полученные в исследовании, были преобразованы в соответствии с использованием предложенных градаций к номинальному формату; все номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Для проверки гипотезы использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. В качестве уровня значимости проверки гипотезы использовалась величина 0,05.



## Результаты

Клинические наблюдения свидетельствовали о наличии преходящих или стойких изменений эмоционального состояния больных в период их пребывания в стационаре. При этом было отмечено, что больные редко предъявляли жалобы такого плана, а при целенаправленных вопросах обозначали свое состояние как беспокойство, постоянное эмоциональное напряжение, невозможность расслабиться, мысли негативного содержания, нарушение концентрации внимания; несколько реже отмечали постоянное ощущение подавленности, снижение настроения, нарушения сна. Стоит подчеркнуть и тот факт, что в большинстве случаев подобные нарушения эмоционального плана больные воспринимали как само собой разумеющиеся в ситуации стационарного лечения по поводу тяжелого соматического заболевания или в связи с имеющимися в их жизни стрессовыми ситуациями, не связанными с болезнью. Для уточнения характера и степени психоэмоциональных нарушений проводили психодиагностику с помощью рекомендуемой для применения в соматической практике госпитальной шкалы тревоги и депрессии (табл. 1, 2).

Признаки тревоги и/или депрессии выявлены у абсолютного большинства (76,5%) пациентов обследо-

мой группы. При этом тревога присутствовала вдвое чаще, чем депрессия (соответственно 53,0 и 23,5%), различия достоверны при  $p < 0,01$ .

Полученные данные свидетельствуют о том, что и при тревоге, и при депрессии преобладала субклиническая степень их выраженности; различия достоверны при  $p < 0,01$ . Следует добавить, что во всех 11 случаях клинически выраженной депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии одновременно был повышен балл по субшкале тревоги. В этих случаях проводили более углубленное психодиагностическое обследование и назначали по его результатам консультацию психолога или психиатра. На следующем этапе исследования выявляли характеристики текущего обострения ЯК и особенности анамнеза, влияющие на психоэмоциональное состояние больных (табл. 3).

В исследуемой группе преобладали больные с высоким индексом Мейо (определяющим клинические проявления и степень выраженности изменений слизистой оболочки по шкале Schroeder), со среднетяжелой и тяжелой атакой ЯК и тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки по Монреальской классификации ЯК по протяженности поражения. Предполагалось, что частота эмоциональных нарушений у данной категории больных выше, чем у больных с менее яркими проявлениями заболевания. Однако это предположение не подтвердилось, более того, сравнение продемонстрировало практически полное отсутствие различий в частоте тревожных и депрессивных реакций в данных подгруппах больных.

Единственным достоверно значимым фактором ( $p < 0,01$ ) явился показатель длительности заболевания, подтвердив увеличение частоты психоэмоциональных нарушений у больных с длительностью анамнеза более пяти лет в сравнении с больными при более коротком анамнезе. В сопоставлении с влиянием на эмоциональную сферу тяжести текущего обострения можно сказать, что тревогу/депрессию вызывает сам факт наличия тяжелого хронического заболевания, а не тяжесть текущего обострения. Возможно, данное обстоятельство объясняется тем, что больные обследованы во время их пребывания

**Таблица 1. Результаты оценки психоэмоционального состояния больных ЯК по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS**

Показатели по шкале HADS	n (%)
Тревога	196 (53,0)
Депрессия	87 (23,5)
Отсутствие эмоциональных нарушений	87 (23,5)
Всего	370 (100)

**Таблица 2. Степень выраженности психоэмоциональных нарушений по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии у больных ЯК**

Показатели по шкале HADS	Степень выраженности нарушений	n (%)
Тревога (n = 196)	Субклиническая	172 (88,8)
	Клинически выраженная	24 (11,2)
Депрессия (n = 87)	Субклиническая	76 (87,4)
	Клинически выраженная	11 (12,6)

**Таблица 3. Частота психоэмоциональных нарушений в сопоставлении с особенностями проявлений ЯК**

Показатель	Количество больных	Тревога/депрессия (n = 283)	Отсутствие эмоциональных нарушений (n = 87)	Уровень значимости
По шкале Мейо	до семи баллов	113 (75,8%)	36 (24,2%)	> 0,05
	семь баллов и больше	170 (76,9%)	51 (23,1%)	
Протяженность поражения (по данным колоноскопии)	проктит и/или левосторонний колит	54 (75,0%)	18 (25,0%)	> 0,05
	тотальный колит	229 (76,8%)	69 (23,2%)	
Длительность анамнеза	до пяти лет	117 (69,2%)	52 (30,8%)	< 0,01
	пять лет и больше	166 (82,6%)	35 (17,4%)	
Наличие инвалидности	есть	93 (72,7%)	35 (27,3%)	> 0,05
	нет	190 (78,5%)	52 (21,5%)	



в стационаре и, соответственно, активно проводимого лечения. Многие из них были госпитализированы по поводу повторных обострений, когда диагноз не вызывал сомнений и предшествующее лечение позволяло достигнуть ремиссии заболевания несмотря на тяжесть его обострения. Таким образом, отсутствовали два момента, обычно вызывающие патологические психоэмоциональные реакции: неопределенность диагноза и сомнение в эффективности проводимого лечения.

На психоэмоциональное состояние больных кроме заболевания предположительно влияет еще ряд факторов, анализ которых представлен в табл. 4.

При анализе представленных в таблице характеристик значимыми ( $p < 0,01$ ) оказались результаты сравнения по трем рассматриваемым показателям. Более высокая частота эмоциональных нарушений была характерна для женщин, лиц более старшего возраста и лиц, не имеющих высшего образования.

Рассмотрение полученных данных с точки зрения различных вариантов социального статуса (наличие работы в настоящее время, семейное положение) подтвердило высокий уровень психоэмоциональных нарушений во всех случаях, однако достоверных различий между подгруппами, отличающимися характеристиками социального положения, не выявлено.

Резюмируя полученные результаты, стоит еще раз подчеркнуть большую частоту (76,5%) психоэмоциональных нарушений у больных ЯК в период обострения заболевания. Оценка и коррекция выявленных нарушений проводятся в совместной работе гастроэнтерологов и специалистов службы психического здоровья. С точки зрения гастроэнтерологической практики, важное значение имеет вопрос, влияют ли психоэмоциональные нарушения на приверженность лечению. Для решения этого вопроса больные исследуемой группы с учетом данных шкалы Мориски – Грина разделены на две группы: низкая приверженность лечению – 103 (27,8%) больных и высокая приверженность лечению – 267 (72,2%) больных. Сравнение данных показателей свидетельствует в пользу более часто встречающейся высокой приверженности лечению. Тем не менее нельзя не подчеркнуть, что практически каждый четвертый больной не выполняет рекомендации врача должным образом. Данное обстоятельство свидетельствует о необходимости более углубленного изучения различных факторов, влияющих на формирование приверженности лечению.

Результаты сопоставления данных о приверженности лечению с параметрами, характеризующими особенности заболевания, приведены в табл. 5.

Таблица 4. Частота психоэмоциональных нарушений в сопоставлении с полом, возрастом и социальным статусом больных ЯК

Показатель	Количество больных	Тревога/депрессия (n = 283)	Отсутствие эмоциональных нарушений (n = 87)	Уровень значимости
Пол				
▪ мужчины	158	85 (53,8%)	73 (46,2%)	< 0,01
▪ женщины	212	198 (93,4%)	14 (6,6%)	
Возраст				
▪ до 45 лет	272	198 (72,8%)	74 (27,2%)	< 0,01
▪ 45 лет и старше	98	85 (86,7%)	13 (13,3%)	
Образование				
▪ среднее	171	146 (85,4%)	25 (14,6%)	< 0,01
▪ высшее	199	137 (68,8%)	62 (31,2%)	
Работа (учеба) в настоящее время				
▪ да	259	198 (76,5%)	61 (23,5%)	> 0,05
▪ нет	111	85 (76,6%)	26 (23,4%)	
Семейное положение				
▪ в семье	305	230 (75,4%)	75 (24,6%)	> 0,05
▪ одинокие	65	53 (81,5%)	12 (18,5%)	

Таблица 5. Приверженность лечению у пациентов с ЯК в сопоставлении с особенностями проявлений заболевания

Показатель	Количество больных	ВПЛ (n = 267)	НПЛ (n = 103)	Уровень значимости
По шкале Мейо				
▪ до семи баллов	149	84 (56,4%)	65 (43,6%)	< 0,01
▪ семь баллов и больше	221	183 (82,8%)	38 (17,2%)	
Протяженность поражения (по данным колоноскопии)				
▪ проктит и/или левосторонний колит	72	33 (45,8%)	39 (54,2%)	< 0,01
▪ тотальный колит	298	234 (78,5%)	64 (21,5%)	
Длительность анамнеза				
▪ до пяти лет	169	154 (91,1%)	15 (8,9%)	< 0,01
▪ пять лет и больше	201	113 (42,3%)	88 (85,4%)	
Наличие инвалидности				
▪ есть	128	79 (61,7%)	49 (38,3%)	< 0,05
▪ нет	242	188 (77,7%)	54 (22,3%)	



**Таблица 6. Приверженность лечению у пациентов с ЯК в сопоставлении с полом, возрастом и социальным статусом**

Показатель	Количество больных	ВПЛ (n = 267)	НПЛ (n = 103)	Уровень значимости
Пол				
▪ мужчины	158	100 (63,3%)	58 (36,7%)	< 0,01
▪ женщины	212	167 (78,8%)	45 (21,2%)	
Возраст				
▪ до 45 лет	272	224 (82,4%)	48 (17,6%)	< 0,01
▪ 45 лет и старше	98	43 (43,9%)	55 (56,1%)	
Образование				
▪ среднее	171	99 (57,9%)	72 (42,1%)	< 0,01
▪ высшее	199	168 (84,4%)	31 (15,6%)	
Работа (учеба) в настоящее время				
▪ есть	259	186 (71,8%)	73 (28,2%)	> 0,05
▪ нет	111	81 (73,0%)	30 (27,0%)	
Семейное положение				
▪ в семье	305	238 (78,0%)	67 (22,0%)	< 0,01
▪ одинокие	65	29 (44,6%)	36 (55,4%)	

Данные, представленные в табл. 5, свидетельствуют о том, что приверженность лечению напрямую зависит от тяжести текущего обострения, что подтверждают достоверные различия между подгруппами как по тяжести клинических проявлений текущего обострения, так и в отношении больных к распространенности патологического процесса в толстой кишке. В то же время по мере увеличения длительности заболевания частота пациентов, строго соблюдающих рекомендации врача, снижается. Более того, наличие инвалидности для достаточно большого процента больных данной подгруппы (38,3%) не входит в число факторов, мотивирующих на строгое соблюдение рекомендаций врача по лечению.

Логично предположить, что на отношение к лечению кроме особенностей самого заболевания могут влиять и другие факторы, характеризующие больного и его функционирование в социуме. Это предположение подтвердилось анализом данных, представленных в табл. 6.

Оказалось, что высокая приверженность лечению достоверно чаще свойственна следующим категориям больных: женщинам; больным молодого возраста; лицам, имеющим высшее образование и проживающим в семье. Соответственно, прогнозируя возможность низкой приверженности лечению, гастроэнтерологу стоит обращать внимание на следующие характеристики пациентов: мужской пол, возраст старше 45 лет, отсутствие высшего образования и неустроенность в семейной жизни.

**Таблица 7. Анализ влияния психоэмоциональных нарушений на приверженность лечению у больных ЯК**

Психоэмоциональные нарушения	ВПЛ (n = 267)	НПЛ (n = 103)	Всего (n = 370)
Есть	204 (72,1%)	79 (27,9%)	283 (100%)
Нет	63 (72,4%)	24 (27,6%)	87 (100%)

Представленное выше разделение общего количества больных на группы по оценке психоэмоционального состояния (наличие или отсутствие психоэмоциональных нарушений) и характеру приверженности лечению (низкая и высокая приверженность лечению) позволило провести сопоставление между данными параметрами (табл. 7) с целью выяснения вопроса о влиянии психоэмоциональных нарушений на приверженность лечению.

Результат проведенного сопоставления частоты психоэмоциональных нарушений и характера приверженности лечению продемонстрировал отсутствие системной закономерности в реализации возможной связи между данными факторами ( $p > 0,05$ ). Другими словами, психоэмоциональные нарушения у больных в своей основе имеют гораздо больше причин, чем тревожная или тревожно-депрессивная психологическая реакция на болезнь.

По эмоциональному состоянию больные с низкой приверженностью лечению дифференцировались на две категории. К первой принадлежало большинство больных этой подгруппы (79 из 103; 76,7%). Эмоциональное состояние этих больных характеризовалось наличием нарушений, однако это не мотивировало их к соблюдению рекомендаций врача. Во второй категории (24 из 103 больных; 23,3%) больные не придерживались врачебных рекомендаций и не имели при этом эмоциональных нарушений.

## Обсуждение

Результат лечения такого тяжелого хронического заболевания, как ЯК, зависит от многих факторов. В качестве лидирующего среди них стоит выделить приверженность больных лечению, при этом особое внимание в лечебном процессе должно уделяться больным с низкой приверженностью лечению. Литературные данные по этому вопросу крайне противоречивы, по результатам проведенного исследования, частота низкой приверженности лечению у больных ЯК составила 27,8%.



Полученные в ходе исследования данные позволяют прогнозировать возможность низкой приверженности лечению у следующих больных: по параметрам, касающимся заболевания, – при обострении, характеризующем на основании индекса Мейо как легкая атака ЯК, и длительности анамнеза более пяти лет; по общим характеристикам больных – мужской пол, возраст старше 45 лет, отсутствие высшего образования и неустроенность в семейной жизни.

В начале исследования предполагалось, что больные с тревогой/депрессией более строго соблюдают рекомендации врача. Клинические наблюдения свидетельствовали о том, что во многих случаях это соответствовало действительности. Однако статистическая обработка данных, полученных при обследовании 370 больных, не подтвердила данное предположение. Объяснить этот вывод можно двумя обстоятельствами. Во-первых, патологическая тревога или депрессия охватывает более широкий круг вопросов, нежели тревожная или тревожно-депрессивная реакция на болезнь. Многообразие тревожных состояний может оказаться повышенной тревожностью как чертой характера, нарушением психической адаптации вследствие стресса, предшествовавшего обострению, или коморбидным тревожным расстройством / депрессией. Во-вторых, влияние тревоги на прием лекарств у ряда пациентов может быть прямо противоположным. В качестве доказательства можно привести такие известные факты, как снижение когнитивных функций и концентрации внимания из-за эмоциональной фиксации на тревожащих жизненных ситуациях, вследствие чего больные могут просто забывать принимать лекарства или отменять их (иногда самостоятельно снижать рекомендуемые врачом дозы) сразу после наступления первых признаков улучшения состояния из-за тревоги по поводу предполагаемых ими отрицательных побочных действий лекарств.

Отсутствие прямого влияния психоэмоциональных нарушений на приверженность лечению отнюдь не означает отрицания необходимости исследования эмоциональной сферы больных. Общеизвестным фактом является то, что тревога может быть триггером обострения и поддерживать более тяжелое развитие болезни. Приобретенный опыт свидетельствует о целесообразности применения соматическими врачами госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Данная методика позволяет не только выявить эмоциональные нарушения, но и определить степень их выраженности. К ее достоинствам можно отнести и минимальные затраты времени, необходимые для ответов на поставленные вопросы, а также возможность трактовки полученного результата гастроэнтерологом, не имеющим психологического образования.

По результатам проведенного исследования, частота психоэмоциональных нарушений у больных обследованной группы составила 76,5%, что превышает данные иностранных авторов. Тревога выяв-

лялась вдвое чаще, чем депрессия; в обоих случаях субклиническая степень выраженности психоэмоциональных нарушений присутствовала достоверно чаще, чем клинически выраженная тревога или депрессия.

В соответствии с полученными результатами психоэмоциональные нарушения более вероятны у женщин, что является общепризнанным фактом. В качестве одной из предположительных причин более значимой частоты тревоги/депрессии у больных старше 45 лет и не имеющих высшего образования в сравнении с более молодыми и имеющими высшее образование пациентами можно назвать наличие у больных второй подгруппы возможностей для более адекватного функционирования в условиях социальной напряженности. Это подтверждается и клиническими наблюдениями – пациенты этой подгруппы гораздо чаще имели в анамнезе предшествующий опыт психологической работы в виде индивидуальных консультаций или участия в психотерапевтических группах.

Отсутствие различий эмоционального реагирования, совпадающих с тяжестью текущей атаки ЯК, можно объяснить особенностями индивидуального восприятия болезни. Это подтверждает наблюдения многих авторов о том, что субъективная картина болезни далеко не всегда соответствует ее тяжести по объективным критериям.

Важность изучения эмоциональных реакций особенно актуальна у больных с низкой приверженностью лечению. Анализ эмоционального состояния больных с низкой приверженностью лечению в сопоставлении с их эмоциональным состоянием позволил выделить два варианта. К первому варианту принадлежало большинство больных этой подгруппы (79 из 103; 76,7%). В трактовке этого факта можно рассматривать несколько причин, в частности отсутствие адекватной когнитивной оценки ситуации на фоне эмоциональной нестабильности. Во втором варианте (24 из 103 больных; 23,3%) больные не придерживались врачебных рекомендаций, не имея при этом эмоциональных нарушений. Это, скорее всего, вариант типичного анозогнозического отношения к болезни. Данные вопросы индивидуального психологического реагирования на болезнь могут быть решены только с помощью соответствующих специалистов.

На основании клинических наблюдений больных обследуемой группы в виде многообразия вариантов соотношения психоэмоциональных нарушений и различных аспектов приверженности лечению, а также анализа результатов, полученных в ходе исследования, можно сделать вывод не только о целесообразности, но и о необходимости психологического консультирования больных ЯК. Совместное ведение больных данной категории гастроэнтерологом и клиническим психологом (при необходимости дополненное консультацией психиатра) является залогом повышения эффективности лечения данной категории больных. ●



## Литература

1. Lopez A., Billioud V., Peyrin-Biroulet C., et al. Adherence to anti-TNF therapy in inflammatory bowel diseases: a systematic review. *Inflamm. Bowel Dis.* 2013; 19 (7): 1528–1533.
2. Парфенов А.И., Каграманова А.В., Бабаян А.Ф., Князев О.В. Приверженность терапии больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Терапевтический архив.* 2018; 90 (12): 4–11.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М: Медицинское информационное агентство, 2007.
4. Тревожные расстройства в общей врачебной практике. Под редакцией Л.С. Чутко. СПб: ЭЛБИ-СПб, 2010.
5. Bennebroek E.F., Thijssens N.A.M., Stokkers P.C.F., et al. Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *J. Crohns Colitis.* 2012; 6 (1): 68–76.
6. Graff L.A., Walker J.R., Bernstein C.N. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflamm. Bowel Dis.* 2009; 15 (7): 1105–1118.
7. Психические расстройства у больных соматическими заболеваниями: сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов). Под ред. В.Н. Краснова. Ч. 1. М.: Медпрактика-М, 2012.
8. Иванов В.С. Воспалительные заболевания кишечника и функциональные абдоминалии: лекции по психосоматике. Под ред. А.Б. Смулевича. М.: Медицинское информационное агентство, 2014.
9. Chen J., Winston J., Guptarak Yu., et al. Genesis of anxiety, depression, and ongoing abdominal discomfort in ulcerative colitis-like colon inflammation. *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 2015; 308 (1): R18–R27.
10. Fuller-Thomson E., Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: Findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm. Bowel Dis.* 2006; 12 (8): 697–707.
11. Dimatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160 (14): 2101–2107.
12. Nigro G., Angelini G., Grosso S.B., et al. Psychiatric predictors of noncompliance in inflammatory bowel disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2001; 32 (1): 66–68.

### Adherence to Treatment and Psychoemotional Disorders in Patients with Ulcerative Colitis

A.F. Babayan<sup>1</sup>, L.D. Firsova, PhD<sup>1</sup>, O.V. Knyazev, PhD<sup>1,2</sup>, A.V. Kagramanova, PhD<sup>1,3</sup>, V.V. Ogarev, PhD<sup>1,4</sup>, N.A. Bodunova, PhD<sup>1</sup>, A.I. Parfenov, PhD, Prof.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

<sup>2</sup> Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology

<sup>3</sup> Scientific Research Institute of Healthcare and Medical Management of the Moscow City Health Department

<sup>4</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Contact person: Oleg V. Knyazev, oleg7@bk.ru

**The aim** is to analyze the adherence to treatment in comparison with the frequency and features of anxiety and depression manifestations in patients with ulcerative colitis.

**Material and methods.** Analyzed the results of examination of 370 patients with ulcerative colitis (158 men and 212 women over the age of 18) during their hospitalization in the Department of Inflammatory Bowel Diseases of A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific and Practical Center for exacerbation of the disease.

The modified Morisky – Green test was used to diagnose adherence to treatment, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to diagnose anxiety and depressive disorders and assess their severity.

**Results and discussion.** Signs of anxiety and/or depression were detected in the absolute majority (76.5%) of patients in the examined group. At the same time, anxiety was present twice as often as depression (53.0 and 23.5%, respectively), the differences were significant at  $p < 0.01$ .

**Conclusion.** As a result of the study, it was revealed that psychoemotional disorders are more likely in women, which, in turn, is a generally recognized fact. As one of the possible reasons for a more significant frequency of anxiety and depression in patients older than 45 years and without higher education in comparison with younger and higher-educated patients, it is possible to name the presence in patients of the second subgroup of opportunities for more adequate functioning in conditions of social tension. This is also confirmed by clinical observations – patients of this subgroup were much more likely to have a previous history of individual consultations with a psychologist or participation in psychotherapeutic groups.

**Key words:** inflammatory bowel diseases, depression, adherence to therapy, anxiety, ulcerative colitis