



# Связь приверженности к терапии с показателями психологического статуса пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование

С. А. Помешкина<sup>1</sup>, В. А. Беззубова<sup>1</sup>, А. В. Солодухин<sup>1</sup>, А. В. Серый<sup>1, 2</sup>, Н. Ю. Ардашова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово

<sup>2</sup> Кемеровский государственный университет

**Цель исследования:** выявление ассоциаций между типами внутренней картины болезни (ВКБ), выбираемыми копинг-стратегиями и приверженностью к рекомендованной терапии пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

**Дизайн:** открытое проспективное исследование.

**Материалы и методы.** В исследование включили 378 мужчин с запланированным АКШ. Пациентов обследовали за 5–7 дней до АКШ и через 6 месяцев после него. Оценивали клиническое состояние больного, учитывали данные историй болезни и амбулаторных карт. Для определения ВКБ перед АКШ использовали личностный опросник Бехтеревского института, для определения копинг-стратегий — методику исследования копинг-поведения.

**Результаты.** Отмечена недостаточная приверженность больных к выполнению рекомендаций врачей через полгода после АКШ. Для приверженных пациентов в предоперационном периоде характерны гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни. Кроме того, приверженные пациенты статистически значимо чаще неприверженных предпочитали такие продуктивные копинг-стратегии, как «планирование решения проблем», «принятие ответственности», «самоконтроль». Анализ корреляции между типами ВКБ и копинг-стратегиями обнаружил отрицательные корреляции гармоничного типа ВКБ с копинг-стратегией «бегство — избегание» ( $r = -0,3$   $p = 0,002$ ), эргопатического — со стратегиями «бегство — избегание» ( $r = -0,3$   $p = 0,006$ ) и «дистанцирование» ( $r = -0,19$   $p = 0,001$ ). Зарегистрированы положительные ассоциации тревожного типа отношения к болезни с копинг-стратегией «бегство — избегание» ( $r = 0,31$   $p = 0,001$ ).

**Заключение.** Определение типа отношения к болезни и преобладающей копинг-стратегии пациентов с запланированным АКШ позволяет выявить возможные затруднения, связанные с невыполнением предписаний врача в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** аортокоронарное шунтирование, копинг-стратегии, внутренняя картина болезни, приверженность.



## Linkages between Compliance and Mental Status in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery

S. A. Pomeshkina<sup>1</sup>, V. A. Bezzubova<sup>1</sup>, A. V. Solodukhin<sup>1</sup>, A. V. Seryi<sup>1, 2</sup>, N. Yu. Ardashova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Disease, Kemerovo

<sup>2</sup> Kemerovo State University

**Study Objective:** To identify associations between types of internal picture of disease (IPD) and choices of coping strategy, and compliance with recommended treatment in patients after coronary artery bypass graft (CABG) surgery.

**Study Design:** This was an open-label, prospective study.

**Materials and Methods:** The study looked at 378 male patients who had scheduled CABG. Patients were examined five to seven days before CABG and six months after surgery. The following data were evaluated: patients' clinical state, hospital records, and office charts. IPD was identified before CABG using a personality questionnaire developed by the Bekhterev Institute, and coping strategies were identified by a special tool for evaluating coping behaviors.

**Study Results:** Six months after CABG, patients showed incomplete compliance with doctors' recommendations. Compliant patients had demonstrated balanced or ergopathic attitudes to disease in the preoperative period. Moreover, compared to noncompliant patients, compliant subjects statistically more often had chosen effective coping strategies, such as "planful problem solving," "accepting responsibility," and "self-controlling." Analysis of correlations between types of IPD and coping strategies showed negative correlations between the balanced type of IPD and the "escape-avoidance" strategy ( $r = -0.3$ ;  $p = 0.002$ ) and between the ergopathic type of IPD and the "escape-avoidance" ( $r = -0.3$ ;  $p = 0.006$ ) and "distancing" strategies ( $r = -0.19$ ;  $p = 0.001$ ). A positive correlation was observed between the anxiety type of IPD and the "escape-avoidance" strategy ( $r = -0.31$ ;  $p = 0.001$ ).

**Conclusion:** Determining the type of attitude toward disease and the dominant coping response in patients who have scheduled CABG helps in identifying possible non-compliance problems in the postoperative period.

**Keywords:** coronary artery bypass grafting, coping strategies, internal picture of disease, compliance.

Низкая приверженность к выполнению врачебных назначений и рекомендаций становится основным барьером на пути успешного лечения. По данным литературы, каждый 4-й больной не придерживается терапевтической стратегии, предписанной лечащим врачом [1].

Недостаточную приверженность пациентов к длительной фармакотерапии отмечают прежде всего в случаях, когда отсутствует ярко выраженная клиническая картина заболевания и необходим постоянный, часто на протяжении всей жизни, прием лекарств. Эти два фактора, нередко

Ардашова Наталья Юрьевна — к. м. н., научный сотрудник лаборатории реабилитации ФГБНУ НИИ КПССЗ. 650002, г. Кемерово, Сосновый бул., д. 6. E-mail: ardashova\_natali@mail.ru

Беззубова Валентина Анатольевна — аспирант ФГБНУ НИИ КПССЗ. 650002, г. Кемерово, Сосновый бул., д. 6. E-mail: PerekhodenkoV@gmail.com

Помешкина Светлана Александровна — к. м. н., заведующая лабораторией реабилитации ФГБНУ НИИ КПССЗ. 650002, г. Кемерово, Сосновый бул., д. 6. E-mail: swetlana.sap2@mail.ru

Серый Андрей Викторович — д. п. н., профессор кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий ФГБОУ ВО КемГУ. 650043, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6. E-mail: avgrey@yahoo.com

Солдудухин Антон Витальевич — лаборант-исследователь лаборатории нейрососудистой патологии ФГБНУ НИИ КПССЗ. 650002, г. Кемерово, Сосновый бул., д. 6. E-mail: mein11@mail.ru

### Клинико-anamnestические характеристики пациентов, направленных на аортокоронарное шунтирование (n = 378)

Показатели	Характеристики
Возраст, годы	59,9 ± 6,9
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	215 (57)
Длительность ишемической болезни сердца, годы, Me (Q25; Q75)	3 (1; 9)
Средний функциональный класс стенокардии	2,03 ± 0,36
Средний функциональный класс хронической сердечной недостаточности по New York Heart Association	1,98 ± 0,42
Артериальная гипертензия, n (%)	340 (90)
Сахарный диабет, n (%)	42 (11)
Средний показатель фракции выброса левого желудочка, %	56,9 ± 6,8

присутствующие одновременно, демотивируют больного, и он не следует рекомендациям врача. Очевидно, что состояние после аортокоронарного шунтирования (АКШ) относится именно к такой патологии.

Доказано, что низкая приверженность к терапии является причиной значительного количества смертельных исходов сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Несомненно, последствия недостаточной приверженности нередко серьезны и дорогостоящи.

Постоянно разрабатываются и совершенствуются теории и модели, применение которых на практике позволило бы решить проблему несоблюдения врачебных рекомендаций. В попытках найти способы повышения приверженности не всегда учитывают стресс-преодолевающее поведение пациента (его реакцию на заболевание). Существенное значение имеет внутренняя картина болезни (ВКБ): видение пациентом своего заболевания, отношение к нему и оценка своего будущего, а также копинг-стратегии, то есть стратегии преодоления стрессовой ситуации.

**Цель исследования:** выявление ассоциаций между типами ВКБ, выбираемыми копинг-стратегиями и приверженностью к рекомендованной терапии пациентов, перенесших АКШ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 378 мужчин в возрасте от 41 года до 77 лет со стабильной ИБС и запланированным АКШ в условиях искусственного кровообращения в НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.

Критерии включения: мужской пол (в исследование включали только мужчин, чтобы увеличить статистическую значимость результатов с учетом небольшого числа пациентов в выборке и избежать необходимости деления по признаку пола), планируемое АКШ и добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: отказ больного от участия в исследовании; смерть в интра- и раннем послеоперационном периодах.

Клинико-anamnestические характеристики участников представлены в *таблице 1*.

Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.

Участников эксперимента обследовали за 5–7 дней перед АКШ и через 6 месяцев после него. Оценивали клиническое состояние пациента; результаты лабораторных и инструментальных исследований анализировали с помощью данных историй болезни и амбулаторных карт. В исследовании использовали составленный нами опросник, заполняемый больными самостоятельно и отражавший факторы риска развития ИБС, а также терапию, получаемую до АКШ и в течение 6 месяцев после него.

Для определения ВКБ перед АКШ и диагностики типов отношения к болезни пациентов с хроническими соматическими заболеваниями использовали личностный опросник Бехтеревского института [3, 4].

Для оценки копинг-стратегий выбрана методика исследования копинг-поведения. Степень предпочтительности для пациента стратегии совладания со стрессом определяли на основании следующего условного правила: показатель

меньше 40 баллов — редкое использование, от 40 до 60 баллов — умеренное использование, более 60 баллов — выраженное предпочтение соответствующей стратегии (Р. Лазарус и С. Фолкман; адаптированный вариант Т. А. Крюковой, Е. В. Куфтяк) [5].

Копинг-стратегии группировали в копинговые стили, среди которых выделены функциональные (продуктивный копинг), дисфункциональные (непродуктивный копинг) и направленные на привлечение дополнительных ресурсов от ближайшего окружения для преодоления стрессовых ситуаций [6]. При продуктивном копинге все ресурсы пациента направлены на разрешение трудной ситуации, в то время как при непродуктивном больной избегает решения проблем. К продуктивному копинг-поведению отнесены:

- планирование и решение проблем;
- принятие ответственности;
- самоконтроль в поведении.

Непродуктивные копинг-стратегии включают:

- конфронтацию (активное сопротивление);
- бегство — избегание;
- положительную переоценку;
- дистанцирование.

При использовании ресурсов от окружающих (стратегии поиска социальной поддержки) пациент не избегает трудностей, но пытается решить задачу при помощи окружения, например врачебного персонала, семьи, соседей по палате. Следовательно, копинг-стратегия поиска социальной поддержки относится к промежуточному варианту.

Все больные прошли стационарный этап (11–13 дней). При выписке из стационара на амбулаторное лечение им были даны рекомендации: контролировать факторы риска, включающие избыточную массу тела, АГ, курение и повышенный уровень холестерина, вести активный образ жизни и регулярно принимать назначенные препараты.

Для статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 10.0. Гипотезу о нормальном распределении проверяли с помощью критерия Шапиро — Уилка. Для каждой непрерывной величины с нормальным распределением приведены среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Для величин с ненормальным распределением результаты представлены

в виде медианы (Me), 25-го и 75-го процентилей (Q25; Q75). Различия признавали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Как установлено при анализе модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска, перед АКШ у 83 (22%) пациентов было ожирение ( $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ). В динамике средний ИМТ в течение полугода после АКШ почти не изменился (с  $28,1 \pm 3,4 \text{ кг/м}^2$  до  $27,9 \pm 3,4 \text{ кг/м}^2$ ). При этом у 166 (44%) больных этот показатель увеличился, у 140 (37%) — уменьшился, масса тела 72 человек (19%) не изменилась. Из 110 (29%) пациентов, куривших на момент госпитализации перед АКШ, только 18 (4,7%) отказались от курения через 6 месяцев после операции.

Через полгода после АКШ отмечено статистически значимое снижение уровней общего холестерина (ОХ) (с  $4,9 \pm 1,5 \text{ ммоль/л}$  до  $3,0 \pm 1,1 \text{ ммоль/л}$ ,  $p = 0,001$ ) и ЛПНП (с  $3,0 \pm 1,1 \text{ ммоль/л}$  до  $2,4 \pm 0,6 \text{ ммоль/л}$ ,  $p = 0,001$ ). Однако больных, достигших целевых значений концентрации ОХ (менее  $4,0 \text{ ммоль/л}$ ) [7], было лишь 150 (39,7%), и только у 66 (17,5%) человек зарегистрированы целевые уровни ЛПНП. При этом всего 91 (24%) пациент, независимо от достижения целевых уровней липидного профиля, знал этот показатель и старался контролировать его в течение периода наблюдения. Компенсации АГ через 6 месяцев после операции достигли 257 (68%) пациентов.

Согласно результатам оценки динамики приверженности к медикаментозной терапии, через 6 месяцев после АКШ значимо увеличилось количество пациентов, принимающих препараты рекомендованных групп:

- антиагреганты — с 185 (49%) до 253 (67%);
- $\beta$ -адреноблокаторы — с 215 (57%) до 329 (87%);
- ингибиторы АПФ (иАПФ)/блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) — с 138 (36,5%) до 234 (62%);
- статины — с 166 (44%) до 268 (71%).

Через 6 месяцев получали трех- или четырехкомпонентную терапию 268 (71%) больных.

Затем проанализировали частоту вариантов ВКБ и личностных отношений, связанных с нею, у пациентов с ИБС в зависимости от приверженности к лечению. Как оказалось, в отличие от лиц, не соблюдавших рекомендации врача, среди соблюдавших (в течение 6 месяцев снизивших или не изменивших ИМТ, некурящих, постоянно придерживавшихся трех- или четырехкомпонентной схемы лечения и контролировавших АД) существенно чаще встречали гармоничный и эргопатический типы ВКБ и реже — анозогнозический тип в чистом виде или в сочетании с гармоничным (табл. 2).

Согласно результатам анализа частоты встречаемости той или иной копинг-стратегии, у некурящих пациентов, контролировавших АД и соблюдавших трех- или четырехкомпонентную схему лечения, преобладали продуктивные стратегии копинг-поведения: «планирование решения проблем», «принятие ответственности» и «самоконтроль». Кроме того, некурящие пациенты, контролирующие АД, статистически значимо чаще использовали такой непродуктивный тип, как «дистанцирование», в сравнении с пациентами, не приверженными к терапии (табл. 3).

При корреляционном анализе между типами ВКБ и приверженностью обнаружены положительные корреляции

Таблица 2

**Частота встречаемости типов отношения к болезни в зависимости от приверженности пациентов к терапии после аортокоронарного шунтирования, n (%)**

Тип отношения к болезни	Компенсация артериального давления			Увеличение индекса массы тела			Курение после аортокоронарного шунтирования			Прием лекарственных препаратов			Достижение оптимального уровня общего холестерина		
	да	нет	P	нет	да	P	да	нет	P	нет	да	P	нет	да	P
Гармоничный	42 (11)	18 (5)	0,04	54 (14)	6 (2)	0,004	12 (3)	48 (12)	0,03	6 (2)	54 (14)	0,01	48 (13)	12 (3)	0,03
Эргопатический	24 (6)	6 (2)	0,28	24 (6)	6 (2)	0,280	0	30 (8)	0,01	6 (2)	24 (6)	0,28	24 (6)	6 (2)	0,28
Анозогнозический	24 (6)	12 (3)	0,49	6 (2)	30 (8)	0,100	30 (8)	6 (2)	0,10	18 (5)	18 (5)	0,74	24 (6)	12 (3)	0,49
Тревожный Ипохондрический	12 (3)	12 (3)	0,67	18 (5)	6 (2)	0,440	6 (2)	18 (5)	0,44	12 (3)	12 (3)	0,67	6 (2)	18 (5)	0,44
Гармоничный Эргопатический Анозогнозический	114 (30)	60 (16)	0,03	90 (24)	84 (22)	0,860	36 (9)	138 (36)	0,00	60 (16)	114 (30)	0,03	114 (30)	60 (16)	0,03
Гармоничный Анозогнозический	24 (6)	0	0,04	0	24 (6)	0,040	12 (3)	12 (3)	0,68	6 (2)	18 (5)	0,44	18 (5)	6 (2)	0,44
Эргопатический Анозогнозический	6 (2)	6 (2)	0,61	6 (2)	6 (2)	0,610	6 (2)	6 (2)	0,61	0	12 (3)	0,24	12 (3)	0	0,24
Анозогнозический Ипохондрический	6 (2)	0	0,48	6 (2)	0	0,480	6 (2)	0	0,48	0	6 (2)	0,48	0	6 (2)	0,48
Анозогнозический Неврастенический Сенситивный	0	6 (2)	0,48	0	6 (2)	0,480	0	6 (2)	0,48	0	6 (2)	0,48	6 (2)	0	0,48
Эргопатический Сенситивный	6 (2)	0	0,48	6 (2)	0	0,480	0	6 (2)	0,48	0	6 (2)	0,48	6 (2)	0	0,48

между анозогнозическим отношением к болезни и увеличением ИМТ ( $r = 0,30$   $p = 0,03$ ), неврастеническим отношением и АД ( $r = 0,30$   $p = 0,001$ ). Отрицательные корреляции зафиксированы между гармоничным отношением к болезни и систолическим АД ( $r = -0,30$   $p = 0,001$ ).

Корреляционный анализ копинг-стратегий и приверженности выявил отрицательные корреляции между выраженностью продуктивной копинг-стратегии «планирование решения проблем» и ИМТ, оцененного после АКШ ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,02$ ), а также АД ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,004$ ). Кроме того, зафиксированы отрицательные корреляции между стратегией «принятие ответственности» и АД ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,0001$ ), стратегией «поиск социальной поддержки» и ИМТ ( $r = -0,3$   $p = 0,001$ ). Положительные корреляции отмечены между стратегией «дистанцирование» и концентрацией ЛПНП ( $0,30$ ,  $p = 0,001$ ).

Анализ корреляции между типами ВКБ и копинг-стратегиями обнаружил отрицательные корреляции гармоничного типа ВКБ с копинг-стратегией «бегство — избегание» ( $r = -0,3$   $p = 0,002$ ), эргопатического — со стратегиями «бегство — избегание» ( $r = -0,3$   $p = 0,006$ ) и «дистанцирование» ( $r = -0,19$   $p = 0,001$ ).

Зарегистрированы положительные ассоциации тревожного типа отношения к болезни с копинг-стратегией «бегство — избегание» ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,001$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Мотивированность пациентов и готовность к регулярному наблюдению, соблюдению рекомендаций врача по медикаментозному и немедикаментозному лечению служат важным предиктором эффективности любого лечения. А факторы, влияющие на приверженность больных к терапии, включают субъективные аспекты течения заболевания: ВКБ и используемые копинг-стратегии. В формировании установки больного на начало и продолжение лечения

эти составляющие играют главную роль [8]: в случаях их искажения терапевтическое сотрудничество нарушается.

При недооценке тяжести болезни пациенты преуменьшают или полностью отрицают факт заболевания и пользу терапии, поэтому чрезвычайно сложно обеспечить соблюдение ими медицинских рекомендаций на необходимом уровне в течение всего периода лечения. При неосознанном преувеличении тяжести болезни люди охотно соглашались на предложенное лечение, но в дальнейшем терапевтическое сотрудничество часто нарушается из-за недостаточного, по мнению таких пациентов, успеха [9].

По результатам нашей оценки модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска, около половины пациентов до АКШ курили и только единицы отказались от курения после операции. Количество больных с ожирением через 6 месяцев после АКШ статистически значимо не изменилось, однако число людей с возросшей массой тела увеличилось. Через полгода после АКШ менее 20% пациентов достигли целевых уровней ЛПНП. Количество участников, достигших компенсации АГ, повысилась незначительно (с 62% до 68%,  $p = 0,405$ ).

Как показал анализ приверженности к медикаментозной терапии, менее половины пациентов принимали антиагреганты, иАПФ/БРА, статины. Данные показатели значительно уступают результатам исследования EUROASPIRE III [10]. Через полгода после АКШ отмечено статистически значимое увеличение числа больных, принимавших соответствующие группы препаратов. Однако и эти показатели по-прежнему уступают данным исследования EUROASPIRE III, согласно которому антиагреганты принимали 93% пациентов с ИБС, иАПФ/БРА — 75%, гиполипидемические препараты — 87%.

По результатам нашего исследования, среди пациентов, приверженных рекомендованному лечению: некурящих, достигших определенных успехов в контроле ИМТ, АД, приеме лекарственной терапии — чаще наблюдали гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни,

Таблица 3

### Копинг-стратегии пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от приверженности к терапии после аортокоронарного шунтирования, n (%)

Копинговые стили	Компенсация артериального давления			Курение после аортокоронарного шунтирования			Количество базовых препаратов			Увеличение индекса массы тела			Достижение оптимального уровня общего холестерина		
	да	нет	P	да	нет	P	0–2	3–4	P	нет	да	P	нет	да	P
Планирование решения проблем	72 (19)	18 (5)	0,005	18 (5)	72 (19)	0,005	18 (5)	72 (19)	0,005	42 (11)	48 (13)	0,83	54 (14)	36 (9)	0,37
Принятие ответственности	24 (6)	0	0,040	0	24 (6)	0,040	0	24 (6)	0,040	18 (5)	6 (2)	0,44	18 (5)	6 (2)	0,44
Самоконтроль	18 (5)	0	0,070	0	18 (5)	0,070	6 (2)	12 (3)	1,000	12 (3)	6 (2)	1,00	18 (5)	0	0,07
Поиск помощи от окружающих	24 (6)	36 (9)	0,590	24 (6)	36 (9)	0,590	24 (6)	36 (9)	0,590	24 (6)	36 (9)	0,59	30 (8)	30 (8)	0,79
Конфронтация	30 (8)	18 (5)	0,570	12 (3)	36 (9)	0,140	6 (2)	42 (11)	0,020	36 (9)	12 (3)	0,14	42 (11)	6 (2)	0,02
Бегство — избегание	12 (3)	18 (5)	0,720	18 (5)	12 (3)	0,720	6 (2)	24 (6)	0,280	24 (6)	6 (2)	0,28	18 (5)	12 (3)	0,72
Дистанцирование	72 (19)	24 (6)	0,010	36 (9)	60 (16)	0,010	42 (11)	66 (17)	0,310	42 (11)	54 (14)	0,67	66 (17)	30 (8)	0,09
Положительная переоценка	6 (2)	6 (2)	0,480	0	12 (3)	0,240	6 (2)	6 (2)	0,480	12 (3)	0	0,24	12 (3)	0	0,24

а у неприверженных пациентов — анозогнозический вариант ВКБ. В группе пациентов, достигших целевых уровней ОХ, такая тенденция не прослеживалась. Это можно объяснить недостаточной информированностью больных о целевых уровнях липидного профиля в отличие от АД, необходимости контролировать массу тела и принимать медикаментозную терапию. Соответственно, целью лечения для пациентов не было достижение определенной концентрации ОХ. По данным литературы, одной из основных причин низкой приверженности к терапии является недостаточная информированность о заболевании, о возможностях современной терапии повышать качество жизни и улучшать прогноз [11, 12].

Как показали Е. В. Строкова и соавт., неприверженные пациенты с анозогнозическим типом ВКБ не воспринимают свое заболевание как угрозу здоровью и жизни и игнорируют любые мысли о нем [13]. Напротив, сенситивный вариант ВКБ положительно влияет на приверженность к терапии, поскольку повышенная тревожность и страхи перед осложнениями заставляют четко следовать рекомендациям врача [14]. По литературным сведениям, гармоничный тип ВКБ служит залогом формирования высокого комплаенса, успешной адаптации к стационарным условиям и дальнейшей приверженности врачам [14].

Наиболее предпочитаемыми продуктивными копинг-стратегиями приверженных пациентов были «планирование решения проблем», «самоконтроль», «принятие ответственности». А такую отрицательную копинговую стратегию, как «дистанцирование», использовали как неприверженные, так и неприверженные участники. Возможно, данный стиль помогал больным лишь временно отвлечься от предстоящей операции, и впоследствии они предпочитали другую стратегию. Кроме того, среди основных копинг-стратегий пациентов, не приверженных к терапии, преобладало «избегание» проблемной ситуации.

По данным И. А. Зеленской, продуктивные копинг-стратегии предпочитают более 80% пациентов, участвующих в программе кардиологической реабилитации и приверженных к лечению на постгоспитальном этапе. Среди больных, не соблю-

дающих рекомендации кардиолога, непродуктивное поведение отмечено у 50%. Лица, выбирающие неконструктивные копинг-стратегии, в меньшей степени готовы к регулярному посещению врача и соблюдению его рекомендаций [6].

При анализе связей между ВКБ и приверженностью выявлено, что гармоничный тип отношения к болезни отрицательно коррелирует с АД, анозогнозический — положительно с ИМТ, неврастенический — положительно с АД.

Согласно анализу корреляций между копинг-стратегиями и приверженностью, пациенты, предпочитающие преодолевать сложные ситуации посредством «планирования решения проблем», «самоконтроля» и «поиска социальной поддержки», лучше следят за массой тела после АКШ. Кроме того, больные, выбравшие копинг-стратегию «планирование решения проблем», лучше следят за АД по сравнению с предпочитавшими другие стратегии. Результаты исследования продемонстрировали положительную корреляцию копинг-стратегии «дистанцирование» с уровнем ЛПНП, что может говорить о более слабом внимании таких пациентов к концентрации холестерина. Как обнаружено при изучении взаимосвязи между отношением к болезни и выбором копинг-стратегий, больные с гармоничным и эргопатическим вариантами ВКБ реже использовали такие непродуктивные копинг-стратегии, как «бегство — избегание» и «дистанцирование».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определение типа отношения к болезни и преобладающей копинг-стратегии пациентов с запланированным аортокоронарным шунтированием (АКШ) позволяет выявить возможные затруднения, связанные с низкой приверженностью пациентов к рекомендуемой терапии и невыполнением предписаний врача в послеоперационном периоде. Благодаря представленным данным можно своевременно провести психотерапевтическую работу, которая в сочетании с наблюдением в рамках комплексной мультидисциплинарной реабилитации поможет повысить приверженность к лечению, улучшить качество жизни больных после АКШ и прогноз заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

- Семенова О. Н., Наумова Е. А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения. Бюлл. мед. интернет-конференций. 2013; 3(3): 507–11. [Semenova O. N., Naumova E. A. Faktory, vliyayushchie na priverzhennost' k terapii: parametry VOZ i mnenie patsientov kardiologicheskogo otdeleniya. Byull. med. internet-konferentsii. 2013; 3(3): 507–11. (in Russian)]
- Simpson S. H., Eurich D. T., Majumdar S. R., Padwal R. S., Tsuyuki R. T., Varney J. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006; 333(7557): 15–18.
- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2005. 32 с. [Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachei. SPb.: NIPNI im. V. M. Bekhtereva; 2005. 32 s. (in Russian)]
- Любан-Плоцца Б., Пельдангер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей клинической практике. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2000. 287 с. [Lyuban-Plotsitsa B., Pel'danger V., Kreger F., Lederakh-Khofman K. Psikhosomaticheskie rasstroistva v obshchei klinicheskoi praktike. SPb.: INIPNI im. V. M. Bekhtereva; 2000. 287 s. (in Russian)]
- Крюкова Т. Л., Куфтык Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ). Журн. практического психолога. 2007. 3: 93–112. [Kryukova T. L., Kuftyak E. V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ). Zhurn. prakticheskogo psikhologa. 2007. 3: 93–112. (in Russian)]
- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2009. 38 с. [Vasserman L. I., Iovlev B. V., Isaeva E. R., Trifonova E. A., Shchelkova O. Yu. i dr. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressom i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov. SPb.: NIPNI im. V. M. Bekhtereva; 2009. 38 s. (in Russian)]
- Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. В пересмотр. М.; 2012. 50 с. [Diagnostika i korrektsiya narushenii lipidnogo obmena s tsel'yu profilaktiki i lecheniya ateroskleroza. Rossiiskie rekomendatsii. V peresmotr. M.; 2012. 50 s. (in Russian)]
- Зеленская И. А., Лубинская Е. И., Великанов А. А., Демченко Е. А. Психологические особенности пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе. Вестн. ЮУрГУ. Серия «Психология». 2011; 42: 259. [Zelenskaya I. A., Lubinskaya E. I., Velikanov A. A., Demchenko E. A. Psikhologicheskie osobennosti patsientov, perenesshikh operatsiyu koronarnogo shuntirovaniya, v zavisimosti ot ikh priverzhennosti k uchastiyu v rehabilitatsionnoi programme. Vestn. YuUrGU. Seriya "Psikhologiya". 2011; 42: 259. (in Russian)]
- Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические

- аспекты). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008; 10(1): 13. [Danilov D. S. *Komplaens v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty)*. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2008; 10(1): 13. (in Russian)]
10. Koteva K., Wood D., DeBacker G., De Bacquer D., Pyörälä K., Keil U. et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, III surveys in eight European countries. *Lancet*. 2009; 373(9667): 929–40.
  11. Лукина Ю. В., Гинзбург М. Л., Смирнов В. П., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. *Клиницист*. 2012; 6(2): 41–9. [Lukina Yu. V., Ginzburg M. L., Smirnov V. P., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu. *Priverzhennost' lecheniyu, predshestvuyushchemu hospitalizatsii, u patsientov s ostrym koronarnym sindromom*. *Klinitsist*. 2012; 6(2): 41–9. (in Russian)]
  12. Гинзбург М. Л., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Фокина А. В., Даниэльс Е. В., Захарова А. В. Анализ факторов, влияющих на сроки поступления в стационар пациентов с острым коронарным синдромом (по данным исследования ЛИС — Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2012; 8(2): 141–8. [Ginzburg M. L., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu., Fokina A. V., Daniel's E. V., Zakharova A. V. *Analiz faktorov, vliyayushchikh na sroki postupleniya v statsionar patsientov s ostrym koronarnym sindromom (po dannym issledovaniya LIS — Lyuberetskoe issledovanie smertnosti bol'nykh, perenesshikh ostryi infarkt miokarda)*. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2012; 8(2): 141–8. (in Russian)]
  13. Строчкова Е. В., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. *СИСП*. 2012; 1: 1169–90. [Strokova E. V., Naumova E. A., Shvarts Yu. G. *Vliyanie vnutrennei kartiny bolezni, koping-strategii i samootnosheniya patsientok, perenesshikh infarkt miokarda, na regulyarnost' i priverzhennost' k dlitel'noi terapii ishemicheskoi bolezni serdtsa*. *SISP*. 2012; 1: 1169–90. (in Russian)]
  14. Яковлева М. В., Лубинская Е. И., Демченко Е. А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования. *Вестн. ЮУрГУ. Серия «Психология»*. 2015; 8(2): 59–70. [Yakovleva M. V., Lubinskaya E. I., Demchenko E. A. *Vnutrennyaya kartina bolezni kak faktor priverzhennosti lecheniyu posle operatsii koronarnogo shuntirovaniya*. *Vestn. YuUrGU. Seriya «Psikhologiya»*. 2015; 8(2): 59–70. (in Russian)]
  15. Карвасарский Б. Д. *Клиническая психология*. СПб.: Питер; 2004. 450 с. [Karvasarskii B. D. *Klinicheskaya psikhologiya*. SPb.: Piter; 2004. 450 s. (in Russian)]

## Библиографическая ссылка:

Помешкина С. А., Беззубова В. А., Солодухин А. В., Серый А. В., Ардашова Н. Ю. Связь приверженности к терапии с показателями психологического статуса пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование // *Доктор.Ру*. 2017. № 5 (134). С. 36–41.

## Citation format for this article:

Pomeshkina S. A., Bezzubova V. A., Solodukhin A. V., Sery A. V., Ardashova N. Yu. Linkages between Compliance and Mental Status in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Doctor.Ru*. 2017; 5(134): 36–41.