

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-38-44

Психо-эмоциональный статус у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом

Корочанская Н. В.^{1,2}, Дурлештер В. М.^{1,2}, Сердюк А. А.^{1,3}¹ ФГБОУВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, 350063, Россия, г. Краснодар, ул. Седина, 4² ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2 (ККБ№ 2), 350012, Россия, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6/2,³ ГБУЗ Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Краснодара Министерства Здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ КК БСМП МЗ КК), г. Краснодар, 350042, Россия

Psychoemotional status in patients with duodenal ulcer disease complicated by sub- and decompensated stenosis

N. V. Korochanskaya^{1,2}, V. M. Durlshter^{1,2}, A. A. Serdyuk^{1,3}¹ SBEA HE "Kuban state medical university", Krasnodar 350063, Russia² SBHC "Region clinic hospital Nr2", Krasnodar 350012, Russia³ MBHC "Krasnodar city clinic hospital of emergency care", Krasnodar 350042, Russia

Для цитирования: Корочанская Н. В., Дурлештер В. М., Сердюк А. А. Психо-эмоциональный статус у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;169(9): 38–44. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-38-44

For citation: Korochanskaya N. V., Durlshter V. M., Serdyuk A. A. Psychoemotional status in patients with duodenal ulcer disease complicated by sub- and decompensated stenosis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;169(9): 38–44. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-38-44

✉ **Corresponding author:**

Сердюк Анна Андреевна
Anna A. Serdyuk
harzyann@list.ru

Корочанская Наталья Всеволодовна, Кафедра хирургии № 3 ФПК и ППС, профессор, д.м.н.

Дурлештер Владимир Моисеевич, Кафедра хирургии № 3 ФПК и ППС, заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.

Сердюк Анна Андреевна, Кафедра хирургии № 3 ФПК и ППС, аспирант

Natalia V. Korochanskaya, department of surgery № 3 FRT and PGST, professor, MD

Vladimir M. Durlshter, department of surgery № 3 FRT and PGST, professor, MD

Anna A. Serdyuk, department of surgery № 3, post-graduate

Резюме

Цель исследования: оценка влияния типов отношения к болезни и депрессии на приверженность к лечению пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: 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 объеме дуоденопластики. Комплаентность больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оценивалась на основании разработанного нами опросника. Оценка уровня депрессии у больных проводилась с помощью русифицированной версии опросника Бека (BDI). Для психологической диагностики типов отношения к болезни использовали методику «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанную в лаборатории клинической психологии Института им. В. М. Бехтерева.

Результаты: все 43 пациента по степени приверженности 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. Адаптивные варианты реагирования на болезнь обеспечивают в целом приспособительное поведение за счет адекватной оценки своего состояния, либо за счет 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. У «некомплаентных» пациентов, по сравнению с «комплаентными», как до операции, так и после были выявлены статистически значимые отличия по степени тяжести диагностируемого депрессивного расстройства. У «некомплаентных» пациентов достоверно чаще выявлялась легкая депрессия и депрессия средней степени тяжести, требующая приема психофармакологических препаратов.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стеноз, приверженность к лечению, типы отношения к болезни, депрессия

Summary

The aim of the study was to assess the influence of the types of attitudes to disease and depression on adherence to treatment of patients with duodenal ulcer.

Material and methods: Adherence to treatment was evaluated in 43 patients with sub- and decompensated scar-ulcerative stenosis aged from 21 to 74 years old (the average age being $47,5 \pm 26,5$ years old), who underwent surgical removal of stenosis in the amount of duodenoplasty. The compliance of duodenal ulcer patients was assessed on the basis of the questionnaire developed by us. Assessment of the level of depression in patients was carried out using the Russian version of the Beck questionnaire (BDI). The method "type of attitude to disease" was used for psychological diagnosis of the types of attitude to the disease, the method being developed in the laboratory of clinical psychology of the Institute named after V.M. Bekhterev.

Results: all 43 patients according to the degree of adherence to treatment were divided into 2 groups: compliant (20 patients) and non-compliant (23 people); also the types of attitudes to the disease and the level of depression were assessed. It was found that adaptive types of attitude to the disease were found in 51.2% of patients. Adaptive responses to illness provide overall adaptive behavior due to the adequate assessment of patients' condition, or due to the obsessive desire for active employment, which is typical for ergopathic type of attitude to the disease, or due to the negation of everything associated with the disease with anosognosic type of the relation to disease. In «non-compliant» patients, in comparison with «compliant» ones, both before and after the surgery, statistically significant differences in the severity of the diagnosed depressive disorder were revealed. For «non-compliant» patients significantly more often mild depression and moderate depression were revealed, requiring the reception of psychopharmacological drugs.

Keywords: duodenal ulcer, stenosis, adherence to treatment, types of attitude to disease, depression

Введение

Язвенная болезнь остается одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения взрослого населения [4]. Высокая заболеваемость лиц трудоспособного возраста, рецидивирующее течение, способное привести к развитию тяжелых осложнений, ранней инвалидизации и преждевременной смерти больных, определяют социальную значимость язвенной болезни и диктуют необходимость использования эффективных методов, способных улучшать результаты лечения данного заболевания, а также его осложнений [5].

Большинство исследований тактики противоречивой терапии пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) убедительно

продемонстрировали, что высокий уровень комплаентности является положительным предиктором эффективного лечения.

Комплаентность – это степень соответствия поведения пациента в отношении приема лекарственных средств и выполнения других рекомендаций медицинского работника [6]. В настоящее время вместо термина «compliance» – согласие пациента на терапию [6], врачи предпочитают использовать более широкое понятие «adherence» – приверженность к терапии [7].

Цель исследования: оценка влияния типов отношения к болезни и наличия депрессии на приверженность к лечению пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

Для решения задач, поставленных в работе, проводилось обследование и проспективное наблюдение 43 человек с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки в возрасте от 21 до 74 лет (средний возраст $47,5 \pm 26,5$ лет). В группу лиц с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом вошли пациенты, которым была проведено оперативное лечение в объеме дуоденопластики по В. И. Оноприеву [8] в условиях ГБУЗ ККБ № 2 и МБУЗ КГК БСМП в период с 2007 по 1 полугодие 2014 года.

Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки во всех случаях был подтвержден клинически, эзофагогастродуоденоскопией (ЭФГДС), морфологическим исследованием слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки [9].

Из 43 пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу стеноза двенадцатиперстной кишки, 17 (39,5%) имели декомпенсированный, а 26 пациентов (60,5%) – субкомпенсированный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки [10]. Период динамического диспансерного наблюдения составил от 6 до 96 месяцев. Оценка отдаленных результатов лечения была основана на данных диспансерного наблюдения пациентов в Специализированном комплексе амбулаторного лечения (СКАЛ) ГБУЗ ККБ № 2, предусматривающего: активный вызов через 6 месяцев, 1, 3, 5 и 7 лет, клиническую оценку результатов обследования с помощью современных лабораторных и инструментальных методов, стандартизованных опросников, проведение индивидуализированных реабилитационных мероприятий.

Таблица 1

Критерии комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом

Table 1. Compliance criteria for patients with duodenal ulcer complicated by sub- and decompensated stenosis

Критерии	Комплаентные	Некомплаентные
Обращение за медицинской помощью (посещаемость) в амбулаторных условиях	85–100%	0–84%
Выполнение назначенного обследования в амбулаторных условиях	85–100%	0–84%
Выполнение назначенного медикаментозного лечения (количество принятых лекарственных препаратов) в амбулаторных условиях	70–100%	0–69%
Соблюдение диеты в амбулаторных условиях:		
Режим питания	4 и более раз в сутки	3 раза в сутки и менее
Пищевые погрешности (прием острого, жирного)	1 раз в неделю и менее	2 раза в неделю и более

Комплаентность больных ЯБДПК оценивалась на основании разработанного нами опросника, включавшего вопросы о соблюдении диеты, лекарственных препаратах, принимаемых в амбулаторных условиях, их сочетании, дозировках и длительности приема, данных об их обращаемости за медицинской помощью, а также подсчета количества принятых лекарственных препаратов [1].

В ходе проведения опроса все обследованные из группы пациентов с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом были разделены на 2 группы: комплаентные и некомплаентные. В группу комплаентных (1 группа) были включены 20 (46,5%) человек (14 мужчин, 6 женщин, средний возраст – 53 года), которые строго придерживались рекомендаций лечащего врача. В качестве медикаментозного лечения у данных пациентов использовали эрадикационную терапию первой линии в течение 14 дней, далее прием ингибитора протонной помпы в поддерживающей терапевтической дозе. Из этой группы 7 обследованных пациентов получали медикаментозное лечение менее 6 месяцев, у 13 пациентов медикаментозное лечение продолжалось более 6 месяцев. В группу некомплаентных больных (2 группа) вошли 23 (53,5%) пациента (14 мужчин, 9 женщин, средний возраст – 55,4 года), которые по различным субъективным и объективным причинам не выполняли указаний врачей по количеству и длительности применения предписанных медикаментов, рекомендаций по соблюдению диеты, отказу от курения и злоупотребления алкоголя (табл. 1).

Предложенный нами опросник для оценки комплаентности предполагает самозаполнение (респондент отмечает ответы в самом опроснике). Присутствие исследователя при данной форме опроса не обязательно. Оптимальное время заполнения данной формы – 30 минут. Запрещается предоставлять опросник для коллективного заполнения. Респонденту необходимо объяснить, что крайне важно получить ответы на все вопросы. Однако если на какой-либо вопрос респондент затрудняется дать ответ, то этот вопрос может быть пропущен, в этом случае вопрос оценивается в 0 баллов.

Преимуществами данного опросника являются: экономия времени исследователя; возможность одновременного проведения опроса сразу нескольких респондентов. Недостатком – вероятность неточного (неполного) понимания респондентом смысла некоторых вопросов и предлагаемых ответов (гиподиагностика); возможность приписывания себе

не свойственных текущей патологии состояний, гиперфокусирование на своем состоянии и т.д. (гипердиагностика).

Для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) использовали методику «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанную в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева [3]. Методика представляет собой опросник по 12 темам (сферам отношений личности): 1) самочувствие; 2) настроение; 3) сон и пробуждение ото сна; 4) аппетит и отношение к еде; 5) отношение к болезни; 6) отношение к лечению; 7) отношение к врачам и медперсоналу; 8) отношение к родным и близким; 9) отношение к работе (учебе); 10) отношение к окружающим; 11) отношение к одиночеству; 12) отношение к будущему.

Каждая из тем включает от 10 до 15 утверждений, которые являются составляющими одного или нескольких паттернов-шкал отношения к болезни. В каждой теме испытуемый выбирает два наиболее подходящих утверждения, каждое из которых оценивалось диагностическим коэффициентом. Все диагностические коэффициенты суммировались и графически представлялись на диаграмме в виде «профиля».

При использовании этой методики возможно диагностирование ТОБ по всем 12 темам, по каждой в отдельности или по группе тем. Выявляются следующие ТОБ: 1) гармоничный; 2) эргопатический; 3) анозогностический; 4) тревожный; 5) неврастенический; 6) сенситивный; 7) ипоходрический; 8) меланхолический; 9) апатический; 10) эгоцентрический; 11) паранояльный; 12) дисфорический [11]. Данная методика позволяет диагностировать «чистые» и смешанные типы (стили) реагирования на болезнь (когда определяется совокупность показателей по 2–3 шкалам, совместимым по клиническим критериям). Кроме того, в зависимости от степени и характера нарушения социально-психологической адаптации диагностируются три блока, объединяющих эти типы [12]. У пациентов с ТОБ, включенных в первый блок (гармоничный, эргопатический, анозогностический), наблюдается активное социальное функционирование, сохраняется целостной либо позитивно изменяется вся система ценностных ориентаций личности. У больных с ТОБ, отнесенными ко второму блоку (тревожный, ипоходрический, неврастенический, меланхолический, апатический), наблюдается дезадаптивное поведение с интрапсихической направленностью, т.е. оно направлено на изменение

некоторых внутриличностных структур и систем отношений самой личности. В третий блок вошли типы с интерпсихической направленностью (сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический), при которых нарушение социальной адаптации проявляется в реакциях, имеющих «внешнюю направленность» и связанных, как правило, с преморбидными особенностями личности больных.

Оценка уровня депрессии у больных проводилась с помощью русифицированной версии опросника Бека (BDI) [2], состоящего из 21 группы утверждений. Каждая группа утверждений отражает конкретное проявление депрессии (пониженное настроение, пессимизм, чувство недовольства собой, неудовлетворенности, вины, самообвинение, влечение к смерти, раздражительность,

неспособность к работе, нарушение сна и т.д.). Пациентам предлагалось в каждой группе выбрать то утверждение, которое максимально точно отражает его внутреннее состояние в течение последней недели. Если, по мнению пациента, справедливыми оказываются несколько утверждений из одной группы, то все они учитываются.

Опросник заполнялся пациентом самостоятельно. Обработка и интерпретация данных производилась по следующей схеме: за первое утверждение пациенту присваивалось 0 баллов, за второе – 1 балл, за третье – 2 балла, за четвертое – 3 балла, затем проводилось суммирование баллов и определение уровня депрессии: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 – субдепрессивное расстройство; 16–19 – легкая депрессия; 20–29 – депрессия средней тяжести; 30–63 – тяжелая депрессия.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ показал, что все пациенты группы № 1 – комплаентные (К) – являлись на консультацию к врачу в назначенное время. Больные выполняли рекомендации по обследованию, лечению и соблюдению диеты. Как видно из таблицы 3, причинами обращения за медицинской помощью у лиц группы № 1 (К) были желание проконтролировать лечение, реже необходимость выписать рецепт на лекарство, болевой и диспепсический синдромы.

В группе № 2 – некомплаентные (Н) – самыми частыми причинами обращения за медицинской помощью являлись болевой и диспепсический синдромы, появление рвоты. Пациенты группы № 2 (Н) не соблюдали диету и не проводили в полном объеме назначенное лечение. В качестве причин невыполнения рекомендаций они указывали на невозможность приобрести препараты – 4 (23,5%) пациента, на ухудшение самочувствия – 4 (23,5%), запутанность (сложность) врачебных рекомендаций – 4 (23,5%), страх перед некоторыми

рекомендациями – 2 (11,8%), развитие побочных эффектов – 2 (11,8%), собственную неорганизованность – 1 (5,9%) больной.

Проведенный анализ особенностей течения ЯБДПК, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом, у пациентов группы № 1 (К) и № 2 (Н) представлен в таблице 3.

Анамнез течения заболевания существенно не различался в анализируемых группах; длительность течения заболевания у пациентов варьировала от 1 до 32 лет, средняя продолжительность составила 13,3±8,2. У пациентов группы № 2 (Н) достоверно чаще ($p<0,05$) наблюдалось непрерывно рецидивирующее течение ЯБДПК: у 4 (17,4%) человек против 1 (5%) больного из группы № 1 (К).

Психометрическое тестирование, проводимое пациентам с ЯБДПК, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом луковицы ДПК, на этапах послеоперационной реабилитации, продемонстрировало нарастание частоты выявления ТОБ с наличием психической дезадаптации при

Причины	Группа № 1 (К) (n=20)	Группа № 2 (Н) (n=23)
Желание проконтролировать лечение	8 (40%)	0 (0%) ****
Выписать рецепт на лекарство	4 (20%)	0 (0%) ****
Болевой синдром	5 (25%)	12 (52,2%) ***
Диспепсический синдром	3 (15%)	6 (26,1%) *
Рвота	0 (0%)	3 (13%) **

Таблица 2

Причины обращения больных за медицинской помощью

Примечание:

отмечены достоверные отличия от частоты показателей в группе № 1 (К) (*) – $p<0,05$; (**) – $p<0,01$; (***) – $p<0,001$; (****) – $p<0,0001$.

Table 2.

Reasons for treating patients for medical care

Критерии	Группа № 1 (К) (n=20)	Группа № 2 (Н) (n=23)
Длительность язвенного анамнеза	1–5 лет	4 (20%)
	6–10 лет	5 (25%)
	11–15 лет	4 (20%)
	16–20 лет	1 (5%)
	более 20 лет	6 (30%)
Частота обострений	1 раз в несколько лет	3 (15%)
	1–2 раза в год	14 (70%)
	более 2 раз в год	2 (10%)
	непрерывно рецидивирующее	1 (5%)

Таблица 3.

Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, чел (%)

Примечание:

(*) – отмечены достоверные отличия ($p<0,05$) от группы № 1(К).

Table 3.

Peculiarities of duodenal ulcer

Рисунок 1.

Частота встречаемости различных дезадаптивных типов отношения к болезни у обследуемых больных по периодам наблюдения, %.

Примечание:

«*» отмечены достоверные ($p < 0,05$) отличия от комплаентных пациентов.

Image 1.

Frequency of occurrence of various maladaptive types of attitude to the disease of the examined patients by observation periods, %.

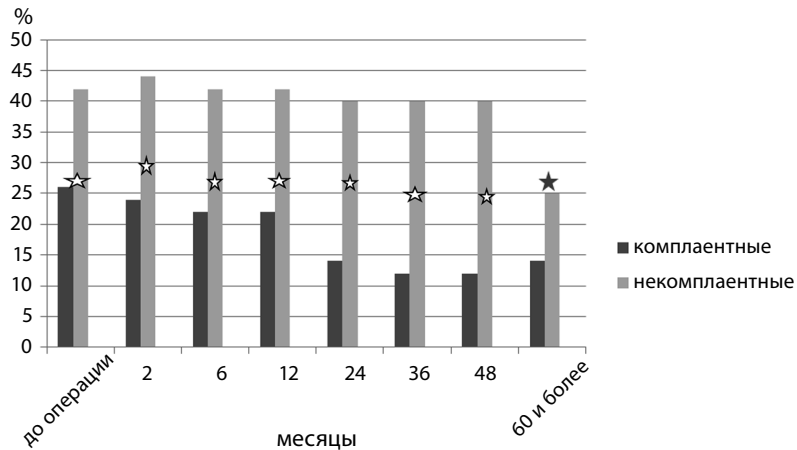


Рисунок 2.

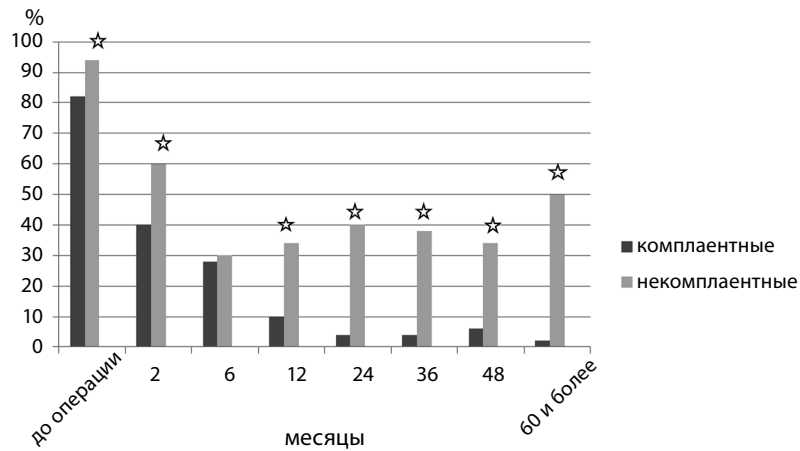
Частота выявления депрессивного расстройства различной степени тяжести у обследуемых больных в различные периоды наблюдения, %.

Примечание:

«*» отмечены достоверные ($p < 0,05$) отличия от комплаентных пациентов.

Image 2.

Frequency of detection of depressive disorders of varying severity in the examined patients in different periods of observation, %.



увеличении длительности язвенного анамнеза, а также при тяжелом варианте послеоперационного течения заболевания [13].

По данным Н. Г. Незнанова и В. Д. Вида [14], внутренняя картина болезни (ВКБ) играет существенную роль в формировании комплаентности пациентов, так как определяет правильное понимание больным наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения.

В нашем исследовании психологическая диагностика ТОО проводилась до и после оперативного лечения с помощью опросника ТООЛ у пациентов с язвенной болезнью луковицы ДПК, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом, в зависимости от уровня их комплаентности.

Адаптивные ТОО (без нарушения психической и социальной адаптации) включали гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. К дезадаптивным ТОО (с нарушениями психической адаптации интра- и интерпсихической направленности) были отнесены сенситивный, неврастенический, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы.

В группе «комплаентных» пациентов, по сравнению с «некомплаентными», как до операции, так и на протяжении всего периода послеоперационного наблюдения достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностировались адаптивные ТОО.

В группе «комплаентных» больных к концу второго года диспансерного наблюдения отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества пациентов с адаптивными ТОО. В группе «некомплаентных» пациентов до и после операции достоверных отличий по ТОО выявлено не было ($p > 0,05$).

В результате проведенного анализа было выявлено, что у пациентов в обеих группах в целом преобладали «чистые» ТОО – у 22 (51,2%) больных. В частности, гармонический тип был установлен у 2 (4,7%) больных, эргопатический – у 14 (32,6%), анозогнозический – у 3 (7%), сенситивный – у 2 (4,7%), тревожный – у 1 (2,3%). Смешанные ТОО были диагностированы у 13 (30,2%) больных. В структуре смешанного типа у 10 (23,4%) больных выявлялся эргопатический радикал, у 5 (11,6%) – анозогнозический, у 6 (14,0%) – сенситивный, у 2 (4,7%) – ипохондрический. Неврастенический, меланхолический и дисфорический типы отношения к болезни встречались у 1 (2,3%) человека. Число больных с диффузным ТОО (комбинацией 3 и более типов) составило 7 (16,3%) человек, где у 6 (14%) больных встречался неврастенический, у 5 (11,6%) – эргопатический, у 3 (7%) – сенситивный, у 3 (7%) – ипохондрический, у 2 (4,7%) – тревожный, у 2 (4,7%) – анозогнозический радикал.

Изложенное выше позволяет сделать вывод о том, что чаще встречались следующие ТОО как в чистых, так и в смешанных вариантах:

эргопатический – у 29 (67,4%), сенситивный – у 11 (25,6%), анозогнозический – у 10 (23,3%), неврастенический – у 6 (14%) пациентов.

Следует отметить, что адаптивные ТОБ были диагностированы у 22 (51,2%) больных. Адаптивные варианты реагирования на болезнь обеспечивают в целом приспособительное поведение за счет адекватной оценки своего состояния, либо за счет одержимого стремления к активной трудовой деятельности, что характерно для эргопатического ТОБ, либо вследствие отрицания всего связанного с болезнью при анозогнозическом ТОБ.

В группе «комплаентных» пациентов депрессия была диагностирована до операции у 16 (80%) больных. На протяжении всего периода послеоперационного наблюдения отмечалось достоверное ($p < 0,0001$) снижение количества пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с дооперационными показателями. К концу третьего года только у одного больного была выявлена субклиническая депрессия. Следует отметить, что депрессия средней степени тяжести, требующая психофармакокоррекции, была диагностирована до операции у 2 (10%) больных, в раннем послеоперационном периоде (2 месяца) – у 1 (5%), а в отдаленном послеоперационном периоде ни у одного больного не было выявлено депрессии

средней степени тяжести. Уменьшение степени выявляемого депрессивного расстройства после ликвидации осложнения методом хирургической коррекции стеноза луковицы двенадцатиперстной кишки и корреляция депрессии с рецидивом ДЯ и ее осложнениями в послеоперационном периоде [15] может свидетельствовать о том, что у большинства больных депрессия обусловлена тяжестью основного заболевания (осложненной ЯБДПК).

В группе «некомплаентных» пациентов депрессия в легкой субклинической форме была выявлена до проведенной хирургической коррекции стеноза луковицы ДПК у 16 (94,1%) больных. В послеоперационном периоде, по сравнению с дооперационными показателями, достоверно ($p < 0,01$) уменьшилось количество пациентов с депрессивными расстройствами и составило 5 (31,3%) больных через 6 месяцев после операции и 2 (12,5%) пациента к концу четвертого года диспансерного наблюдения. У «некомплаентных» лиц, по сравнению с «комплаентными», как до операции, так и после были выявлены статистически значимые отличия по степени тяжести диагностируемого депрессивного расстройства. У «некомплаентных» пациентов достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялась легкая депрессия и депрессия средней степени тяжести, требующая приема психофармакологических препаратов.

Заключение

1. В проведенном нами исследовании продемонстрировано, что приверженность пациентов лечению является важным фактором, влияющим на течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Пациенты с субкомпенсированным стенозом, по сравнению с лицами с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом, характеризуются более высокими показателями приверженности к лечению.
2. Показано, что тип отношения к болезни и наличие депрессии являются важными факторами, влияющими на приверженность к лечению пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, что следует учитывать при планировании тактики послеоперационного ведения данной группы пациентов.

Литература | References

1. Корочанская Н. В., Сердюк А. А. Опросник «Индекс комплаентности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» // Вестник муниципального здравоохранения. – 2015, № 6. [Электронный ресурс] – 12 стр. Korochanskaya N. V., Serdiuk A. A. Questionnaire "Compliance index in patients with peptic ulcer disease". Municipal Health Bulletin. 2015, no. 6. Available at: vestnik.kkb2-kuban.ru/04-2.pdf
2. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry, Vol. 4, June 1961.
3. Шульц Д., Шульц С. Психология и работа. СПб.: Питер, 2003. С. 441. Shulz D., Shulz S. Psychology and work. Saint-Petersburg. Piter, 2003. 441 P.
4. Фирсова Л. Д., Машарова А. А., Бордин Д. С., Янова О. Б. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки // – М: Планида. – 2011. – 52 С. Firsova L. D., Masharova A. A., Borodin D. S., Yanova O. B. Zabolevaniya jeludka i dvenadcatiperstnoi kishki. M: Planida. 2011, 52p.
5. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. / Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей, 2007. – Изд ДЕАН. Valenkevich L. N., Yakhontova O. I. Bolezni organov pischevarenia. Rukovodstvo dlya vrachei, 2007. DEAN.
6. Малеванная О. А., Ед Хаж Надер Самих, Салах М. Х. Представление о «compliance» в современной медицине и офтальмологии. /Профилактическая и клиническая медицина, номер 3(40), 2011, с. 331–335. Malevannaya O. A., Ed Haj Nader Samih, Salah M. H. Predstavlenie o "compliance" v sovremennoi medicine i oftalmologii. Profilacticheskaya i klinicheskaya medicina, 2011;3(40):331–335.
7. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. – New-York, WHO, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>).
8. Оноприев В. И., Генрих С. Р., Мануйлов А. М., Дурлештер В. М. Радикулярная дуоденопластика в лечении осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Труды Республиканского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии. – Краснодар, 2002. – С.-384–423.

- Onopriev V. I., Genrih S. R., Manuilov A. M., Durlshter V.M.* Radicalnaya duodenoplastika v lechenii oslojnennih form yazvennoi bolezni dvenadcatiperstnoy kishki. Trudi Respublikanskogo centra funkcionallyi hirurgicheskoi gastroenterologii. Krasnodar, 2002, pp. 384–423.
9. *Циммерман Я. С.* Современные методы исследования функций желудка и их диагностические возможности // РЖГГК. – 2011. – Т. 21. – № 5. – С. 4–16.
- Zimmerman Ya. S.* Sovremennye metody issledovaniya funkcii jeludka i ih diagnosticheskie vozmojnosti. RJGGK. 2011, Vol.21, No 5, pp.4–16.
10. *Дурлештер В. М.* Декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки. Вопросы диагностики, тактики, хирургического лечения / В. М. Дурлештер, М. Т. Дидигов, Г. К. Карипиди // Актуальные проблемы химии, биологии и медицины: – Коллективная монография, Красноярск (Научно-инновационный центр). – 2011. – С. 74–91.
- Durlshter V.M.* Decompensirovannii rubcovo-yazvennii stenoz dvenadcatiperstnoi kishki. Voprosi diagnostiki, taktiki, hirurgicheskogo lecheniya. Aktualnie problemi himii, biologii i medicini, Kollektivnaya monografiya, Krasnoyarsk, Nauchno-innivacionnii centr. 2011, pp.74–91.
11. *Личко А. Е., Иванов Н., Озерецковский С. Д.* Об использовании ПДО для дифференциальной диагностики между психопатиями и акцентуациями характера. – В кн.: Патохарактерологические исследования у подростков. Л., 1981, с. 28–31.
- Lichko A. E., Ivanov N., Ozereckovskii S. D.* Ob ispolzovanii PDO dlya differencialnoi diagnostiki mejdu psihopatiyami i akcentuaciyami haraktera – Patoharakterologicheskie issledovaniya u podrostkov. L., 1981, pp. 28–31.
12. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология. – М., 2004. – 960 с.
- Karvasarskii B. D.* Clinic psychology. M., 2004. 960 p.
13. *Клименко Л. И.* Хирургическая и медикаментозная профилактика рецидивов осложненной дуоденальной язвы после радикальной дуоденопластики: Автореф. дис... канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). – Краснодар, 2001. – 18с.
- Klimenko L. I.* Surgical and drug prevention of recurrence of complicated duodenal ulcer after radical duodenoplasty: Doct. Diss. – Krasnodar, 2001. 18 p.
14. *Незнанов Н. Г., Вид В. Д.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Том 06, № 4. С. 17–19.
- Neznanov N. G., Vid V. D.* Problema komplensa v klinicheskoi psihiatrii. Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. 2004, Vol. 06, no. 4, pp. 17–19.
15. *Корочанская Н. В.* Принципы поэтапной реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дис. докт. мед. наук (14.00.27;14.00.05).-Краснодар: Кубанская гос. мед. академия,1999.-408с.
- Korochanskaya N. V.* Principles of phased rehabilitation of patients undergoing organ-preserving operations for complicated duodenal ulcer: Doct. Diss. – Krasnodar, Kuban state medical academy, 1999. 408p.