



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТА ЛЕЧЕНИЮ (ОБЗОР)

Джакубекова А.У., Казымбеков К.Р.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра базисной и клинической фармакологии им. М.Т. Нанаевой,
Национальный госпиталь МЗ КР,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Низкая приверженность больных лечению остается по-прежнему насущной и трудноразрешимой проблемой. Увеличивающееся число лекарственных препаратов, предназначенных для оказания лечебного воздействия при условии их рационального использования, еще более усугубляет эту проблему. В данной статье проанализированы основные направления, пути решения и существующие методы изучения данной проблемы.

Ключевые слова: комплаенс, медикаментозный комплаенс, приверженность лечению, согласие, гармония, сотрудничество врач-пациент.

БЕЙТАПТЫН ДАРЫЛАНУУГА КӨНҮҮ МАСЕЛЕЛЕРИНИН АЗЫРКЫ АБАЛЫ (ЖЫЙЫНДЫ)

Джакубекова А.У., Казымбеков К.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасы, Улуттук госпиталь,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Оорулуулардын дарыланууга көнүүсүнүн төмөндүгү мурдагыдай эле өтө кыйын, чечилбей турган маселе бойдон калууда. Дарылануу үчүн сунушталган дары препараттарынын санынын өтө эле көптүгү, аларды рационалдуу колдонуунун шарттары бул маселени андан бетер татаалдатып жатат. Бул макалада аталган маселени изилдөөнүн методдору, чечүүнүн жолдору, негизги багыттары анализден өткөрүлдү.

Негизги сөздөр: комплаенс, медикаментоздук комплаенс, дарыланууга көнүү, макулдук, гармония, дарыгер-бейтап кызматташтыгы.

MODERN STATE OF ADHERENCE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

Dzhakubekova A.U., Kazymbekov K.R.

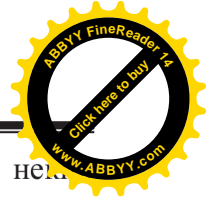
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
M.T. Nanaeva basic and clinical pharmacology department, National hospital,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Low adherence of patients is still remaining as actual and difficulty solved problem. The increased number of newer drugs intended for therapeutic action in conditions of their rational use worsens this problem more over. In this article the main directions, ways of solving and present research methods of this problem are analysed.

Key words: compliance, adherence, medication compliance, concordance, harmony, physician-patient relationship.

Существует ли статистика - сколько пациентов “поддается” лечению? Существует, но не у нас. Согласно проведенным масштабным исследованиям, долгосрочная приверженность пациентов любому лечению, независимо от заболевания, не превышает 50% (ВОЗ, 2003) [1]. Например, для гипертонической болезни - 40%, для сахарного диабета и эпилепсии - 50%, при гиперлипидемии - 62%. В США при лечении добиваются нужного результата примерно 30% больных и 33-69% от числа всех госпитализаций, связанных с медикаментами, обусловлены плохим комплаенсом к лечению,

что обходится стране приблизительно в 100 миллиардов долларов в год, что составляет 10% поступлений в стационар и 23% амбулаторных обращений [2]. В европейских странах адекватно лечатся от гипертонии в лучшем случае 20% пациентов. При этом самостоятельная отмена гипотензивных препаратов происходит в 25% после 6 месяцев от начала приема. А как, резонно отметил американский военный хирург, полковник Эверетт Куп, даже самые эффективные препараты не будут работать у пациентов, которые их не принимают («*Drugs don't work in patients who don't take them*»).



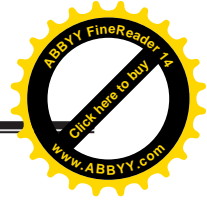
Несоблюдение назначений врача приводит к серьезным медицинским последствиям [3, 4]. Во-первых, нарушение режима терапии существенно снижает эффективность лечения. Самое лучшее лекарство становится бесполезным, если пациент не выполняет назначения врача: в лучшем случае состояние больного не меняется, в худшем – болезнь продолжает прогрессировать. Во-вторых, переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным пересмотрам терапии и назначению новых лекарств. При отсутствии ожидаемого эффекта, врач разочаровывается в успехе лечения, снижается его профессиональный интерес к пациенту, создается впечатление «бесперспективности» больного. В-третьих, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает разочарование и недоверие к профессионализму врача, дискредитирует в глазах больного современную медицину и систему медицинской помощи [5]. Таким образом, возникает порочный круг, в котором сначала больной, а затем и врач способствуют снижению успешности лечения.

Для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача предложен термин «комплаенс» (англ. «compliance» - согласие, уступчивость, податливость) - это добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения, осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи. Это понятие описывает поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения немедикаментозного лечения, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни. Однако чаще всего под комплаенсом понимают соблюдение больным режима лекарственной терапии. COMPLAENС является «терапевтическим инструментом», обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии.

Термин «комплаенс» имеет не совсем негативный оттенок. Он предполагает податливость, уступчивость, послушание, покладистость, подчинение пациента. COMPLAENС отношение подразумевает подчинение пациента рекомендациям врача, выполнение его предписаний, следование его советам. В настоящее время, когда мы движемся в сторону тесного сотрудничества между пациентом и врачом, развиваем партнерские отношения между ними и непосредственное активное участие пациента в составлении программы его лечения, понятие COMPLAENС следовало бы несколько расширить и рассматривать, в большей мере, как согласие, приверженность пациента предписаниям врача (от англ. «adherence»). В пользу правильности последнего положения свидетельствует тот факт, что в последние годы число работ с концептуальным понятием «adherence» или приверженность пациента рекомендациям врача становится больше, чем количество публикаций с употреблением понятия COMPLAENС, как в англоязычной, так и русскоязычной литературе [6-9].

Наряду с этим, в 1997 рабочая группа Королевского Фармацевтического Общества Великобритании заменила термин «compliance» на «concordance», что означает согласие и гармонию, мотивируя это устаревшим пониманием этой проблемы и отражением морально-психологических издержек в самом понятии COMPLAENС [10]. Также предлагалось использовать термины “терапевтический альянс”, “согласие с медицинскими рекомендациями”, “приверженность терапии”, “терапевтическое сотрудничество”. Тем не менее, термин “COMPLAENС” по-прежнему широко используется для описания терапевтического поведения больных.

Первые работы по изучению COMPLAENС или приверженности пациентов лечению были проведены Brian Haynes и David Sackett (1975) [11, 12]. С тех пор были проведены многочисленные исследования и опубликовано огромное количество работ, однако научные результаты носят фрагментированный характер из-за отсутствия всеобщей модели или теории,



регерирующей различные направления исследований в этом аспекте. В конце 70-х годов определение комплаенса было довольно сложным и не столь понятным, и сводилось к проблеме отказа от лечения. В 80-х годах с ростом числа новых и эффективных фармакотерапевтических средств интерес к проблеме комплаенса усиливается. В настоящее время круг вопросов, изучаемых в рамках комплаенса, расширился и носит многопрофильный характер, о чем свидетельствует большое число работ по изучению комплаенса при лечении депрессий, шизофрении, артериальной гипертензии, сахарного диабета, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, у пожилых пациентов и др. [9, 13-18].

Основное внимание проблеме комплаенса уделяется в случае хронической патологии. При хронических заболеваниях медицинские рекомендации долгосрочны, порой пожизненны, и успех лечения достигается только при длительной терапии. Поэтому от больного требуется большое упорство в правильности выполнения назначений врача. При острой патологии лечение краткосрочно, терапия быстро приводит к улучшению состояния, и больные лучше соблюдают врачебные рекомендации.

Исследования показывают, что трудности с приверженностью терапии могут возникнуть в любой возрастной группе (и молодые, и пожилые), как среди мужчин, так и среди женщин, при любом уровне образования, среди пациентов любого социально-экономического статуса. Так почему же пациенты не хотят лечиться и исполнять рекомендации так, как от них этого ждут врачи? Существуют маркеры отсутствия приверженности лекарственной терапии:

- наличие психологических проблем, особенно депрессий;
- наличие когнитивных нарушений, в результате которых пациент просто не может понять, зачем ему лечиться или забывает принять препарат;
- бессимптомное заболевание;
- отсутствие контакта с врачом, неадекватное наблюдение и отсутствие рекомендаций по надлежащему приему лекарств;

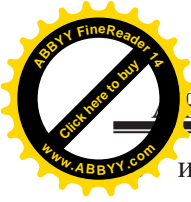
- побочные эффекты;
- плохая информированность о заболевании;
- сложность режима дозирования терапии;
- высокая стоимость лечения.

Стоит отметить, что все трудности, по большому счету связаны с тремя основными причинами:

- причинами, связанными с больным (неприятие лечения, страх перед большим количеством препаратов, и, как следствие, некорректный прием лекарств);
- высокой стоимостью терапии, особенно многокомпонентной;
- сложным режимом приема и, соответственно, большой вероятностью отклонения от схемы (например, при назначении 4-х препаратов вероятность комплаенса снижается вдвое).

Существует несколько методик оценки приверженности лечению:

- Метод опроса пациента или членов его семьи. Зачастую врачи считают, что выявить пациентов с риском несоблюдения режима терапии можно при их опросе. Исследования последних лет, использовавшие более совершенные методы оценки степени соблюдения режима лечения, доказали, что нельзя полагаться только на ответы пациентов [19]. Оценку комплаенса затрудняет то обстоятельство, что уровень его преувеличивают и больной, и врач. Больные избегают открыто демонстрировать расхождение своей точки зрения на лечение с точкой зрения врача, а врачи преувеличивают уровень комплаенса, бессознательно избегая признания возможного недостатка уважения со стороны больного к себе и своей профессии [20].
- Счет препаратов - подсчет количества “неизрасходованных” больным таблеток, учет повторно выписанных рецептов.
- Измерение концентрации препарата в крови. Наиболее достоверным методом оценки соблюдения режима терапии является измерение концентрации лекарственного препарата в крови. Однако такой метод неприменим для массового использования по многим причинам, поэтому для изучения комплаентности используются чаще опосредованные методы. Есть данные



использовании метода рибофлавинового маркера, представляющего собой рибофлавин (витамины группы В), который добавляли к исследуемому препарату и к плацебо. Рибофлавин флюоресцирует при облучении ультрафиолетовым светом, что позволяет легко осуществлять экспресс-контроль его содержания в моче и тем самым контроль приема назначенных препаратов [21].

- Электронные мониторы. Byerly M, Fisher R, Rush AJ et al. (2002) проводили электронный мониторинг приверженности антипсихотическому лечению больных шизофренией [22].

- Самооценка соблюдения режима терапии post factum. По данным Н.Г. Незнанова и В.Д. Вида [20], в литературе имеются ссылки только на одну методику – шкалу установки на лечение DAI (Disease Attitude Inventory) [23]. Этот опросник оперирует данными самоотчета больных и отражает три фактора: общие установки, субъективное самочувствие и ожидания, осознание болезни.

Вопрос оценки комплаенса до сих пор не решен. Каждый из предложенных в настоящее время методов имеет недостатки. Особое значение в условиях продолжительного лечения имеет необходимый и эффективный лечебный альянс врача с пациентом. Добиться доверия, взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом, заинтересованного участия больного в процессе терапии означает минимизировать нарушения предписанных рекомендаций [24, 25]. По данным R.W. Dowing [26], лечащие врачи нравились меньше пациентам, произвольно менявшим дозировку, чем аккуратно выполнявшим протокол лечения. В ряде публикаций, посвященных данному вопросу, особо подчеркивается необходимость правильно разговаривать с пациентом. Наиболее важными условиями являются время и терпение со стороны врача и пациента [27]. С больным надо больше общаться на темы понимания им причин своего заболевания. Существуют рекомендации строить беседу с больным по принципу максимальной доступности и понятности. К сожалению, часто врачи следуют этой формуле, мало заботясь об адекватном

объеме информации, предлагаемой пациенту.

Анализируя вышеизложенное, можно заключить, что очень сложно и не представляется возможным достоверно определить, в чем проблема низкого комплаенса пациента, не подходит ли ему терапия или он просто не принимает лекарства, но мы можем попытаться повысить приверженность лечению следующим образом:

- **При любой возможности четко озвучивать цели лечения.** Если больной не знает или не понимает, зачем его пичкают таблетками, он будет саботировать прием лекарств, а если они еще и дорогие, то подозревать врача во всех тяжких.

- **Обращать внимание на образ жизни пациента.** Если он пьет препараты, но при этом имеет излишний вес и продолжает объедаться, то одними таблетками проблему можно никогда и не решить. У больных сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо попытаться скорректировать пищевое поведение и настоять на увеличении физической нагрузки, если это, конечно, возможно. Пациентам с заболеваниями ЖКТ нужно постоянно напоминать о необходимости диеты как о совершенно необходимом факторе для стабилизации состояния и т.д. и т.п. Правда именно здесь есть очень большая вероятность услышать, что коварные доктора «человека последней радости в жизни лишили». И в итоге получить пациента в еще более худшем состоянии.

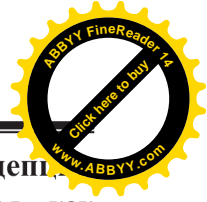
- **Попытаться привлечь пациента к созданию плана лечения.** Это сложно выполнимо в условиях дефицита времени на приеме, но попытаться стоит.

- **Обсуждать вероятность побочных эффектов** от принимаемых препаратов.

- **Назначать приемлемые и предпочтительные с точки зрения пациента лекарственные формы**

- **Назначать фиксированные комбинации и ретардные формы**, если это возможно, что позволит сделать лечение более понятным и менее забываемым.

- **Объяснить пациенту методику - как не забывать принять таблетки ежедневно.** Например, предложить совместить прием



препаратов с ежедневно выполняемыми ритуалами, например, с чисткой зубов. Или поставить «напоминалку» в телефон.

- **Выдавать рекомендации в читабельном виде**, в идеале в виде напечатанных понятных инструкций.

- Как ни грустно, но следует **учитывать финансовые возможности пациента**. Если его доход колеблется в районе прожиточного минимума, вряд ли он все до копейки потратит на таблетки, будь они трижды суперэффективными. Здесь просто необходимо подумать о более дешевых, но достаточно эффективных аналогах.

- Большую роль в решении проблемы могут сыграть и **фармацевты**. Не секрет, что последнее назначение препарата в нашей стране происходит у прилавка в аптеке. Ведь фармацевт может прочитать назначение на рецепте, если почерк плохо читаем, может разъяснить правила приема препаратов, может, если захочет, написать режим приема непосредственно на упаковке препарата.

Каждый из методов повышения приверженности к лечению играет немаловажную роль. В их число также входят обучение пациентов, улучшение схемы дозирования медикаментов, увеличение времени работы медицинских учреждений (включая вечернее время) и, следовательно, сокращение сроков ожидания больных в очереди, улучшение взаимодействия между врачами и пациентами.

Таким образом, мы видим, что проблема приверженности лечению серьезна и многогранна. Говорить о ней можно очень долго, но без ее решения наивно ждать полной отдачи от лекарственной терапии. Хотя бы потому, что пациент может вообще не принимать препараты. Для ее решения нужны совместные усилия всех сторон лечебного процесса, как медиков, так и пациентов.

Анализируя вышеизложенное, можно резюмировать, что современный многоуровневый подход, рассматривающий отказ от терапии как явление, требующее комплексного изучения и анализа не только морально-психологических, но и других внешних (связанных с терапией) и внутренних (связанных с пациентом) факторов, способствующих его

возникновению, представлен в концепции **комплаенса** [28-31], что определяется как степень соответствия поведения пациента медицинским рекомендациям и в основном обуславливается характером взаимодействия врач-пациент. Следовательно, краеугольным камнем в изучении причинно-следственных связей проблемы комплаенса является исследование коммуникативных способностей и образовательной деятельности врача в плане культивирования приверженности и мотивированного отношения пациента к лечению.

Список литературы

1. Goldsmith C.H. The effect of compliance distributions on therapeutic trials. In: Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L., eds. Compliance in HealthCare. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979, p. 63-77.
2. Donovan J.L., Blake D.R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? Social Science and Medicine, 1992, 34, 507-513.
3. Haynes R.B., McKibbin K.A., Kanani R., Brouwers M.C., Oliver T. Interventions to Assist Patients to Follow Prescriptions for Medications. Oxford: The Cochrane Collaboration. Update Software. 1997.
4. Horne R. Representation of medication and treatment: advances in theory and measurements. In: Petrie R, Weinlan J, eds. Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications. London:Harwood Academic, 1997, p. 155-188.
5. Melnikow J., Kiefe C. Patient compliance and medical research: issues in methodology. Journal of General Internal Medicine, 1994, 9, p. 96-105.
6. Dunbar J. Adherence to medical advice: a review. International Journal of Mental Health, 1980, 9, p. 70-87.
7. Lieberman J.A. III. Compliance issues in primary care. Journal of Clinical Psychiatry, 1996, 57 (Suppl. 7), 76-82.
8. Альберт М.А. Комплексная клиническая и медико-психологическая оценка приверженности больных к лечению хронической сердечной недостаточности. - Диссерт. работа на соиск. степени к.м.н. - 2009.



- Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - № 1.
10. Anon. Working Party from Compliance to Concordance. Achieving Shared Goals in Medicine Taking. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997.
11. Haynes B., Taylor D.W., Sackett D.L. Compliance in Health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979.
12. Sackett D.L. Introduction. In: Haynes B, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in Health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979, p. 1-7.
13. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы. //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева -2006. - Том 03. - N 4.
14. Гуревич К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию. // Качественная клиническая практика. – 2003. – №4. – С. 53-58.
15. Карпов О.И. Фармакоэкономическая изнанка комплаенса основных препаратов сульфонилмочевины. //Журнал «Трудный пациент» - 2006. - №10.
16. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С., Леонтьева В.А. О соотношениях между качеством жизни, комплаенсом пациентов и течением язвенной болезни. //Клиническая медицина - 2005. - №10.
17. Газизов Р.М. Основы лекарственной терапии в пожилом и старческом возрасте. //Лекции для врачей общей практики. - К 90-летию Казанской государственной медицинской академии - Спецвыпуск КГМА, 25 апреля 2010.
18. Середа В.П., Свистов А.С. Анализ поддерживающей терапии у больных, госпитализированных с обострением бронхиальной астмы. //Клиническая медицина - 2005. - №12.
19. Littrell K., Jones-Vaughn J.E., MacFarlane J. Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией (реферат). //Психиатр. и психофармакотер. - 2005. - 7 (4).
20. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблемы комплаенса в клинической психиатрии. // Психиатр. и психофармакотер. - 2004. - 6 (4).
21. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии. Обзор психиатр. и мед. психол. - 2005. - 2 (1).
22. Byerly M., Fisher R., Rush A.J. et al. Comparison of clinician vs electronic monitoring of antipsychotic adherence in schizophrenia (poster). Presented at the 41st annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; Dec 10, 2002; San Juan, Puerto Rico.
23. Hogan T. et al. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychol Med 1983; 13: 177–83.
24. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии. //РМЖ. - 2002. - 10 (12–13): 45–9.
25. Дворецкий Л.И. Пожилой больной в практике терапевта. //РМЖ. - 1997. - 5 (20): 58–9.
26. Dowing R.W., Rickels K., King L. et al. Factors influencing dosage deviation and attrition in placebo treated neurotic outpatients. //J. Psychiat Res 1975; 12: 239–56.
27. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии. //Обозрение психиатр. и мед. психол. - 2005. - 2 (1).
28. Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P., Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. // Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. - 2001. - 26, p. 331-342.
29. Fawcett J. Compliance: definitions and key issues. J Clin Psychiatry 1995; 56 [suppl. 1]: p. 4–10.
30. Katon W. et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 924–32.
31. Hollon S.D., Fawcett J. Combined medication and psychotherapy. In Gabbard G, ed. Treatment of Psychiatric Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press 1995; 1221–36.