

*Каратаева Г.Т.*

**КОМПЛАЕНТНОСТЬ, ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ  
ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*G.T. Karataeva*

**COMPLIANCE AND ITS VALUE IN CHRONIC  
DISEASES THERAPY**

*«И самое лучшее лекарство не поможет больному,  
если он отказывается его принять».*

*М. Сервантес.*

*“And the best remedy won't help the patient  
if he refuses to take it.”*

*M. Servantes*

УДК: 616-053.612

*Современные исследования выявили, что врачи в своей практической деятельности редко обращаются к методам, которые способствуют повышению комплаентности при проведении терапии. Это отчасти может быть связано с их недостаточной информированностью в данном вопросе. В данной статье рассматривается проблема комплаентности в терапии хронических заболеваний, факторы, влияющие на комплаентность, а также методы способствующие повышению приверженности к лечению.*

**Ключевые слова:** комплаентность, факторы, влияющие на комплаентность, пути повышения комплаентности.

*Modern researches have revealed that doctors in general are rarely using methods that are increasing compliance in holding of therapy in their practice. Some of this can be linked with the lack of information on this issue. The present article is considering the compliance problem in the treatment of chronic diseases, factors influencing on compliance as well as methods assists for increasing of compliance.*

**Key words:** compliance, factors influencing on compliance, ways for increasing of compliance.

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания как исследователей, так и работников практического здравоохранения. Однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой: как минимум 50% пациентов не выполняют врачебные рекомендации, тогда как отрицательные последствия этого как клинические, так и экономические, ни у кого сомнений не вызывают (1). Так, в России артериальное давление должным образом контролируется менее чем у 17,5% женщин и 5,7% мужчин артериальной гипертензией (ВНОК, 2004). Одна из ведущих причин этого – невыполнение больными врачебных назначений.

Под Комплаентность (англ. Compliance – приверженность) понимают степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученных от врача (Хаунес, Sarchett, 1979).

Приверженность к терапии имеет огромную роль в терапии хронических заболеваний. Наиболее актуальной эта проблема становится при назначении длительной терапии по поводу заболеваний, не сопровождающихся субъективной симптоматикой, прежде всего болевым синдромом. В США низкая приверженность к лечению оценивается в 100 000 000 000 \$ в год только на дополнительные визиты к врачу и госпитализации, которые составляют 19% от числа всех обращений в стационар (2). Кроме того невыполнение врачебных рекомендаций достоверно влияет на выживаемость пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (3).

Приверженность лечению обычно расценивают как неудовлетворительную, когда пациент принимает менее 80% или более 120% предписанных на продолжительный период доз медикамента. Нежелание больных регулярно принимать препараты являются одной из причин безуспешности терапии. Степень приверженности лечению является существенным моментом в лечении практически всех хронических болезней и синдромов, таких, например, как артериальная гипертензия (4) и сердечная недостаточность (5), и др. 38% госпитализаций пожилых американцев являются результатом неудовлетворительного выполнения предписаний по приему препаратов, и в части случаев – его последствий в виде нежелательных лекарственных реакций (6).

Каковы, например, последствия прекращения приема оральных противодиабетических средств? Не удивительно, что они тяжелы. Шестилетние наблюдения за течением болезни у большой группы диабетиков (3.309 чел), которые на продолжительное время отказывались от приема рекомендованных лекарств, показали, что представители этой группы больных в 1,9 раз чаще госпитализировались по экстренным показаниям, а общая смертность в этой группе в 2,9 раза превышала таковую среди контингента приверженного к лечению (7). Таким образом, при проведении длительной терапии необходимо учитывать, что ее успеш-

ность зависит не только от эффективности препарата, но и приверженности больных лечению.

Все причины, приводящие к плохой приверженности к терапии, можно классифицировать как:

- связанные с пациентом,
- связанные с врачом
- социально-экономические
- связанные с характером самой терапии

Нездоровый образ жизни, к которому относится курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия в большей степени связаны с плохой приверженностью к терапии.

Кроме того, больные очень редко сознают, что имеют проблемы с чтением или пониманием информации, полученной от медиков. Проведенные в США «Национальные исследования грамотности взрослого населения» (1993) выявили, что среди различных подгрупп пациентов, в среднем, 20-31% не способны правильно понять, на когда именно запланирован следующий визит к врачу, 10-33% - не могут усвоить инструкцию о правильной подготовке к проведению рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, 21-23% - не способны прочесть инструкцию к препарату и оценить показания обычного термометра, а 24-58% - не понимают, что значит принимать лекарство натощак (!) Исследование, проведенные в одной из американских аптек, показало, что 12% из 500 назначений пациенты поняли неправильно.

В системе здравоохранения проблема не ограничивается только тем, что пациенты должны прочесть напечатанный материал или услышать произнесенную врачом информацию. От них требуется, чтобы они уразумели, осознали, удержали в памяти и применили эту информацию в жизни, изменяя при необходимости свое поведение, вредные привычки, уклад жизни и т.д.

Для успешной терапии «одним требованием является время и терпение, как со стороны врача, так и со стороны пациента» (8).

Полноценному комплаенсу способствует не только понимание со стороны больного, но и вдумчивое отношение самого доктора ко всем аспектам лечебно-диагностического процесса. Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо рассказать о цели терапии, контролировать выполнение пациентом назначенной терапии.

При назначении лекарственного препарата, необходимо убедиться, что пациент усвоил следующее:

- Зачем (с какой целью) назначен препарат
- Как именно (сколько раз в день, до или после еды, каким методом – внутрь, наружно, ректально и т. д.) пациент будет применять препарат

– Что и когда следует ожидать, принимая препарат. Это особенно важно, когда результаты лечения проявятся через определенное время. Реальные прогнозы помогут избежать разочарования и преждевременного прекращения лечения.

Не лишними будут упоминания о совместимости различных препаратов, возможности приема алкоголя, вождения машины, необходимости контрацепции и т.д.

Также весьма полезной будет информация об ориентировочной стоимости тех или иных лекарств, чтобы избежать:

- а) повторного визита со словами «я не могу голодать, чтобы принимать назначенное мне лечение»;
- б) поисков другого врача, чьи назначения будут не столь разорительными для семейного бюджета (9);

Влияние социальных и экономических факторов на комплаентность больного существенно варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. В странах, где затраты на приобретение лекарственных препаратов большей частью покрываются пациентами, стоимость приобретает немаловажное значение в последующей приверженности к терапии. В связи с этим для Кыргызстана важное значение имеют фармакоэкономические аспекты терапии, особенно заболеваний, лечение которых проводится годами.

Выяснение причин плохой приверженности к лечению – важнейшая задача врача. Необходимо оценивать наличие у больного предшествовавшего опыта терапии и ее результативность, убеждения пациента и его отношение к лечению и к болезни, мотивацию к лечению.

Ряд исследований проведены для оценки причин отказа пациентов от приема препаратов. Отчасти приверженность к терапии зависит от пола и возраста пациентов. Она несколько выше у женщин и повышается с возрастом. Однако у пожилых пациентов могут возникать дополнительные проблемы, приводящие к нарушению приверженности, в частности недостаточная доступность препарата.

Характер проводимой терапии, в первую очередь ее переносимость, эффективность и удобство для больного – один из основных факторов, определяющих комплаентность в лечении. Установлено, что переносимость лечения – ведущая причина продолжения или отказа от проводимой терапии, Побочные эффекты терапии – одна из основных причин плохой приверженности к лечению.

Факторы, влияющие на приверженность к терапии приведены в таблице 1.

Потенциальные факторы риска плохой приверженности к лечению

Демографические причины	Факторы риска			
	связанные с препаратом и схемой лечения	связанные с заболеванием	связанные с пациентом	связанные с взаимодействием пациент-врач
- Возраст	- количество препаратов	- отсутствие или наличие симптомов	- понимание болезни и ее осложнений	- обстоятельства при визите
- Пол	- кратность приема	- стабильность клинических симптомов	- понимание выгоды лечения, в том числе экономической	- доступность помощи
- Уровень образования	- размер и вкус	- внимание врача к проблеме комплаентности	- мотивация больного и семьи	- качество и эффективность диалога
- Социально-экономический статус	- длительность терапии		- участие больного в решении	- время визитов
- Социальная занятость	- стоимость лечения			- отношение врача к больному и его болезни
- Этническая принадлежность	- сложность схемы			- адекватность предоставляемой информации
	- побочные эффекты			- кратность визитов

#### Методы улучшения комплаентности

К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести общегосударственные мероприятия, изменение общественного сознания, а также изменение системы здравоохранения. Повышение глобальной приверженности возможно при создании системы обучения пациентов с хроническими заболеваниями и оптимизации контакта врач-пациент. Необходимо отметить, что само внимание врача к проблеме комплаентности, соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствует его повышению.

Итак, факторы, от которых зависит комплаентность, могут быть модифицированы путем:

- уменьшения кратности приема препарата;
- благоприятного профиля безопасности;
- удобной для пациента лекарственной формы препарата;
- обучения пациента, его четкого информирования;
- контроля за процессом лечения (повторные визиты, контакты по телефону и пр.).

Значительно повысить комплаентность при фармакотерапии возможно путем применения в клинической практике препаратов, обладающих оптимальными фармакодинамическими характеристиками, т.е. кратность приема не превышает 1-2 раз в сутки. Результаты исследований показали, что при однократном приеме препарата комплаентность оказывается наибольшей.

Еще одним важным подходом к улучшению комплаентности является использование препаратов с хорошим профилем безопасности (10).

Также имеет значение и экономическая сторона вопроса, ведь чем ниже стоимость препарата, тем вероятнее возможность приобретения пациентом рекомендуемого препарата. Но следует иметь в виду, что стоимость лекарственного препарата зачастую оказывается несопоставимой по сравнению с последствиями возможной терапевтической неудачи. Поэтому порой необходимо настраивать пациента на приобретение более дорогостоящего лекарственного средства, гарантирующего раннее выздоровление, обладающего более привлекательным профилем безопасности, что, в конечном счете, позволяет уменьшить как прямые, так и косвенные затраты на лечение (11). Несомненно, в случае назначения относительно дорогостоящего препарата необходимо выяснить возможность его приобретения пациентом. Для достижения оптимальной комплаентности врач должен проинформировать пациента о необходимости назначения данного препарата, разъяснить как, когда, и в течение какого времени необходимо принимать препарат, предупредить о возможных нежелательных явлениях терапии. Все объяснения должны быть простыми, четкими и сопровождаться письменной версией рекомендаций. Приверженность к лечению может быть также улучшена за счет упрощения самой схемы лечения и введения специальных приемов, помогающих больному не пропускать прием очередной дозы. Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» больного. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привыч-

ным действием в режиме дня – прием пищи, чистка зубов и т.д.

В заключении необходимо добавить, что повышению комплаентности в терапии также большое значение имеют обучение и санитарное просвещение больных. На примере таких заболеваний, как сахарный диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, показано, что информированность больных об имеющемся у них заболевании и обучение основам самоконтроля приводят к уменьшению частоты осложнений, улучшению качества жизни и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение, так как способствует социальной адаптации пациентов и ведут к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение. Итак, врач может и должен использовать для санитарного просвещения и обучения больного каждую консультацию, помня, что целью санитарного просвещения являются поддержание и укрепление здоровья человека, воздействие на факторы риска и на основные причины заболеваемости и смертности, а целью обучения больного – доступное объяснение ему этиологии, и патогенеза болезни, возможных осложнений, принципов лечения и самоконтроля, необходимости соблюдения режима труда и отдыха, двигательной активности, диеты. Акцент при этом необходимо сделать на развитие постоянного партнерства между медицинским работником, пациентом и членами его семьи с целью повышения доверия и удовлетворенности результатами лечения, увеличения приверженности пациента рекомендациям врача и улучшения навыков самоведения заболевания.

#### Литература:

1. WHO; Отчет об исследованиях по комплаентности, 2003;
2. Osteberg L., 2005.
3. Mojtabai M., 2003.
4. Simpson S.H., 2006; Wu J.Y.E., 2006.
5. European Society of Hypertention – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertention*. 2003. 21: 1011-1053.
6. ACC/AHA 2005 Guide line Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *J. Am Coll Cardiol*. 2005; 46; 1-82.
7. Col N, Fanale. JE, Kronholm P. The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. *Arch Intern. Med*. 1990; 150:841-5.
8. Howard T, Stang P, Lydick E, Increased morbidity and mortality associated with discontinuation of oral antidiabetic therapies. Program and abstracts of 35 th Annual Meeting of the European Association for the study of Diabetes; September 28 – October 2, 1999; Brussels, Belgium. Abstract 3.
9. Крафт – Эбинг Р.Ф. «О здоровых и больных нервах. Общие принципы лечения нервных больных», Москва, 1885.
10. Майоров М.В. Заметки занудливого эскулапа// *Новости медицины и фармации*, 2004, декабрь, №19-20, стр.24.
11. Rudd P., Lenert L. Pharmacokinetics as an aid to optimizing compliance with medications. *Clin Pharmacokinet* 1995; 28:1-6.
12. Pechere J.C., Lacey L. Optimizing economic outcomes in antibiotic therapy of patients with acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis. *Antimicrob Chemother* 2000; 45:19-24.

Рецензент: д.м.н., профессор Чубаков Т.Ч.