

Тривале лікування — виклик медицині чи пацієнту?

Визначення впливу комплаєнсу на ефективність тривалих курсів лікування найрізноманітніших хвороб є однією з найбільш дискусійних тем у сучасній медицині. Останнім часом українські фахівці в галузі охорони здоров'я також приділяють пильну увагу вивченню проблеми прихильності хворих до того чи іншого методу терапії, певних лікарських препаратів, їх довіри до лікарів та медичного закладу. Власним баченням цієї проблеми з нашим кореспондентом поділився професор кафедри хірургії та урології Буковинського державного медичного університету, доктор медичних наук Валерій Іванович Зайцев.

Комплаєнс (від англ. compliance) — своєрідний показник прихильності хворої людини до медикаментозної терапії, який в ідеалі має досягати 100%. Хоча при будь-якому хронічному захворюванні та довготривалому лікуванні це малоімовірно. Вважається оптимальним, якщо комплаєнс становить 80%. Майже кожен лікар у власній практиці стикався з пацієнтами, змученими болем, що триває роками, дає рецидиви і не піддається лікуванню, незважаючи на те, що хворі пройшли всі курси терапії та отримали необхідні препарати і процедури. Іноді довготривалий біль навіть змінює психіку людини. Перш ніж звернутися до хірургічних методів боротьби з хворобою, які іноді здаються як медицина, так і пацієнту останньою можливістю, слід поцікавитися, чи виконував хворий рекомендації щодо режиму лікування, чи свідомо ставився до терапії? Причому це стосується не лише призначених препаратів, а й відвідування поліклініки, способу життя, довіри до медиків та до медицини.

Відомий британський хірург Еверетт Куп цілком справедливо зазначив, що навіть найефективніші препарати не подіють на пацієнта, якщо він їх не прийматиме.

На жаль, комплаєнс — той фактор, який першим впливає на тривалість та ефективність лікування і яким не можна знехатати насамперед при лікуванні різних хронічних хвороб (таких як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет (ЦД) та інші ендокринні захворювання), у стоматології, а також у випадку патології нирок та органів сечовивідної системи. Сучасні дослідження показують, що комплаєнс у питанні використання ліків при терапії ЦД не перевищує 60%, при лікуванні астми та гіпертонії — 40%. Ще менше комплаєнс виявляється у дотриманні загального режиму, дієти (до 30%). Тобто тільки один з трьох пацієнтів буде дотримуватися лікарських рекомендацій тривалий час. Цікаве дослідження було проведено стоматологами: більше 17% хворих на пародонтоз не погодилися вчасно почати терапію, 11% пацієнтів не закінчили курс лікування, майже 21% після закінчення першого курсу не з'явилися вчасно до свого лікаря. Тобто 49% учасників не отримали адекватного лікування через погану комплаєнс.

Результатом цього стає недостатнє або невчасне лікування захворювання, дострокове його припинення, що завдає шкоди як самому хворому, так і системі охорони здоров'я загалом. Приміром, до 50% випадків декомпенсації серцевої недостатності є наслідком невиконання пацієнтами медичних вимог. За статистикою США, до 12% усіх госпіталізацій пов'язані з тим, що хворі неправильно або взагалі не приймають ліки. Ця ж проблема стає в наші дні однією з головних причин рецидиву різних хронічних захворювань, у тому числі в сфері

урології та нефрології. В Україні існують поодинокі спостереження щодо цього феномену, приміром торік було проведено одне з небагатьох досліджень комплаєнсу хворих на серцево-судинні та неврологічні розлади. Згідно з результатами опитування 62,63% українців відзначили високий рівень довіри до свого лікаря, 22,89% — помірний і 14,46% — низький (Шестопалова Л.Ф., 2013). На перший погляд, непогані цифри, але, не дивлячись на високий рівень довіри, пацієнти не дотримуються рекомендацій лікарів.

На сьогоднішній день Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає майже 250 факторів, які так чи інакше зумовлюють ставлення хворих до дотримання режиму терапії, призначеного лікарем (табл.).

Спостереження доводять, що комплаєнс знижується через тривалість захворювання, неефективність попереднього лікування, психологічні зміни пацієнта, недовіру та складність доступу до лікаря, незадоволеність візитами до клініки, скрутний фінансовий стан пацієнта. Суттєво знижує рівень комплаєнсу тимчасова відсутність скарг на біль. Якщо пацієнта мало що турбує або взагалі нічого не турбує, то він буде гірше дотримуватися лікарських рекомендацій тривалий час. Так само й під час профілактичного лікування, при якому комплаєнс не перевищує 20%. У той же час треба відзначити, що такі фактори, як стать, рівень освіти, раса та сімейний стан пацієнтів, не впливають на їх прихильність до лікування.

Терапевтичний альянс — запорука успіху

Одним з найбільш важливих факторів є рівень довіри до лікаря, особливо у випадку хронічних захворювань, коли лікар спілкується з пацієнтом тривалий час. Запропоновано навіть термін «терапевтичний альянс», який характеризує тип співпраці лікаря та пацієнта (Шестопалова Л.Ф.). Основними типами

співпраці є партнерський, емпатійний, регламентувальний, формальний, дистантний. Партнерський — це коли лікар та хворий разом вирішують принципи підходу до курсу та тривалості лікування. Лікар при цьому розуміє емоційний стан свого пацієнта і готовий надати допомогу, що стимулює готовність, вмотивованість лікування з боку хворого. Найкращий результат отримують саме у випадку партнерської співпраці і, навпаки, при дистантному варіанті ризик того, що пацієнт не буде адекватно лікуватись, найбільший.

Виходячи з власного досвіду, важливими елементами підвищення комплаєнсу є повага лікаря до пацієнта і рівноправність у взаємовідносинах — це підвищує готовність хворого до лікування.

Слід сформувати адекватне уявлення про хворобу, зобразити хворому «внутрішню її картину», яка б підходила під психотип пацієнта. Розроблено навіть спеціальні психологічні методики, такі як когнітивне втручання (Compliance Therapy, R. Kemp, A. David), методика оцінки довіри-недовіри в системі відносин лікар-пацієнт (Шестопалова Л.Ф., 2013). Окрім довіри до лікаря та медичного закладу, комплаєнс значно залежить від ступеня вмотивованості пацієнта. Чим він вищий, тим ретельніше хворий буде дотримуватися терапевтичних рекомендацій. Пацієнта потрібно запевнити про необхідність закінчення повного курсу лікування, попередити про відсутність швидкого ефекту від терапії, роз'яснити різницю між «не болить» і «вилікувався», а також переконати, що в разі недотримання лікарських рекомендацій можливі серйозні ускладнення, про які він повинен знати. Особливо важливою, як на мене, є необхідність роз'яснення можливих наслідків, коли пацієнт припинить курс лікування передчасно, щоб він міг узяти на себе частину



V.I. Зайцев

відповідальності за результат. Ефективним прийомом є залучення хворого до розробки методики та графіку лікування. Стимулюйте участь пацієнта в процесі терапії: дайте можливість проявити якусь ініціативу. Наприклад, спробуйте скласти разом з ним його власну методику лікування, тривалості курсу і т.д.

Кожен лікар мусить бути прішечкою психологом

Важливе завдання лікаря — стимулювати у хворого підвищення готовності лікуватися, допомогти змиритися з певними моментами, які не вдається повністю вилікувати. Особливо це стосується тих пацієнтів, які тривалий час і неефективно лікуються. Робота з такими хворими має свою специфіку, іноді з ними дуже важко працювати і потрібне втручання психолога.

Затрати часу також впливають на ставлення пацієнтів до процесу лікування. Якщо час перебування в клініці тривалий, то комплаєнс знижується. Ну і, звичайно, не забувайте про ефективність призначених препаратів. Особливо обережно слід поводитися з призначенням генериків, тим паче, що в аптеці сьогодні можуть запропонувати зовсім інший препарат, ніж той, що призначено лікарем. Слід застосовувати різні форми введення ліків, при необхідності змінювати їх періодично, щоб пацієнт довше приймав ліки. Необхідно мати на увазі, що в більшості випадків у старших пацієнтів комплаєнс вищий, ніж у молоді.

Таблиця. Взаємодіючі групи факторів, які впливають на прихильність пацієнтів до фармакотерапії (за даними ВООЗ, 2009 р.)

Соціально-економічні	Пов'язані з медичним персоналом та системою охорони здоров'я	Зумовлені терапією, що застосовується	Пов'язані з пацієнтом	Зумовлені станом хворого на сьогодні
Соціально-економічний статус пацієнта (матеріальний стан, рівень освіти, соціальна підтримка, вартість лікування, ситуація в родині тощо)	Ступінь розвитку медичної системи в цілому Ступінь розвитку системи розподілу медичних послуг	Складний режим прийому препаратів, їх кількість та частота прийому Тривалість лікування	Знання хворого про захворювання Мотивація до лікування Забудькуватість	Виразність симптомів захворювання Динаміка прогресування захворювання
Расові, етнічні особливості	Недостатній розвиток системи відшкодування витрат на лікарські засоби або її відсутність	Частота зміни терапії	Очікування пацієнта від лікування	Фізичний, психічний, соціальний стан пацієнта
Військові дії на території країни	Освіта медичного персоналу (зокрема уявлення щодо проблеми прихильності пацієнтів до фармакотерапії)	Швидкість досягнення ефекту	Нерозуміння інструкції лікаря	Наявність супутньої патології (депресія, алкоголізм)
Вік	Система медичної просвіти хворих та тривалого спостереження за ними Час, що відводиться для консультації пацієнта Наявність медичної підтримки щодо корекції побічних реакцій	Побічна реакція на препарат	Страх перед побічними реакціями, звикання до терапії, зміна способу життя Попередній досвід лікування	Наявність ефективних методів лікування

Окрім таких непростих для реалізації порад, комплаєнс залежить і від елементарних речей, на які лікарі іноді навіть не звертають уваги. Приміром, нерозбірливий почерк лікаря, виписка ліків на шматках паперу тощо. Не потрібно виписувати рецепти похапцем, на якомусь клаптику паперу, так що не тільки провізор, а й ви особисто через кілька днів його не прочитаєте. Тому я б порадив видавати пацієнту друковані та чітко написані приписи ліків, а також намагатися призначити не більше 3-4 препаратів. Крім того, спробуйте порахувати кількість таблеток, які пацієнту необхідно випити за добу або за один прийом, і поміркуйте над тим, чи виконували б ви самі такі рекомендації? Слід зважати й на кратність прийому ліків: статистика свідчить, що за умови прийому препарату один раз на день комплаєнс становить 80%, два – 70%, три – 60% і чотири – лише 30%.

Кому роками дошкуляє біль

Одним з яскравих прикладів в урології є синдром хронічного тазового болю (СХТБ), коли біль на ділянці тазу не має очевидних причин, перш за все носить характер інфекційного ураження та іншої патології певного органу. Слід враховувати, що у таких пацієнтів часто присутні ускладнення, коли біль супроводжується негативними поведінковими та сексуальними проявами, а також дизурією, шлунково-кишковими та гінекологічними розладами, що маскують його і не дають можливості розпізнати істинну причину захворювання.

Часто такі пацієнти вже пройшли тривалу комплексну терапію, результати якої не були задовільними. У хворих спостерігалися зміни психіки, викликані попереднім неефективним лікуванням. Чому в таких пацієнтів достатньо низький комплаєнс? Насамперед, через тривале лікування. На жаль, одного курсу тривалістю 10-15 днів замало для їх одужання. Потрібен довший час, як правило, місяці, а то й роки. За класифікацією Європейської асоціації урологів (ЕАУ) головними видами СХТБ є простатичний, міхуровий, калитковий біль, кожний з яких, відповідно, має власні характеристики. Наприклад, якщо це простатичний біль, то він, як правило, триває більше трьох місяців і посилюється при пальпації простати. Це базові диференційні ознаки такого болю, які можуть служити для його діагностування за умови відсутності доведеного запалення. Хоча частіше це не єдині ознаки. Крім того, присутність бактерій в простаті натеper не вважається однозначною причиною СХТБ.

Серед препаратів, які рекомендовані ЕАУ, слід вказати наступні. По-перше, необхідно призначити оригінальні α -адреноблокатори, які зменшують симптоматику в 1,7-1,8 разів і які дещо недооцінюються лікарями (бо вони звикли призначати їх у випадку дизурії).

Дослідження показали, що оригінальні α -адреноблокатори зменшують не лише дизурію, а й біль та покращують якість життя.

По-друге, рекомендуються антибіотики: фторхінолони протягом 4-6 тиж. Але при їх застосуванні спостерігаються певні проблеми з переносимістю, до того ж фторхінолони не завжди діють на атипіві організми, які в наших реаліях зустрічаються досить часто. Окрім цього, щороку зростає резистентність мікроорганізмів до цієї групи препаратів, що потребує моніторингу чутливості до них. Як інший варіант вказуються препарати групи тетрацикліну (за умови

підозри на внутрішньоклітинні патогени). Дещо дивує відсутність у рекомендаціях макролідів, які ефективно діють якраз на атипіві мікроорганізми та добре переносяться. По-третє, в традиційних рекомендаціях зазначено нестероїдні протизапальні засоби, а також фітопрепарати (квітковий пилок, кверцетин). Ботулотоксин також згадується, його можна використовувати при виражених дізурічних розладах, коли значно знижена емність сечового міхура і інші препарати не допомагають.

По-четверте, застосовують фібринолітик пентозан полісульфат, який, на жаль, не зареєстровано в Україні, але він присутній в рекомендаціях ЕАУ. Міорелаксанти (діазепам, баклофен) – препарати, які в Україні мало застосовують, а то й зовсім не використовують при лікуванні СХТБ. Але спільно з невропатологами вдалося з'ясувати, що важковиліковий біль на ділянці тазу може виникати внаслідок спазму м'язів, зокрема грушеподібного, який взагалі мало хто бере до уваги. Тому в таких ситуаціях, коли багатомісячне лікування не дає результату, після консультації невропатолога можна застосувати міорелаксанти, які можуть зменшити біль.

Поки що маємо мало даних з психологічної терапії та фізіотерапії під час лікування СХТБ, викликаного урологічними причинами. Але коли в пацієнта вже помітні зміни психіки, щоб йому допомогти, не завадять і ці методи. Як не дивно це виглядає у стандартному лікуванні СХТБ, але свої позитивні результати приносить застосування опіоїдів. Звичайно, коли випадки дуже важкі та застарілі. Не рекомендується використовувати алопуринол і прегабалін, бо вони не дають доведеного результату при даному захворюванні.

Якщо ж розглядати проблему СХТБ кризь призму комплаєнс, то слід перш за все починати з адекватної та всебічної діагностики для з'ясування його можливої причини. Безумовно, тільки досвідченому фахівцю слід братися до лікування таких пацієнтів – це не варіант для початківців. Як правило, такі хворі вимагають досить тривалого часу для консультування, особливо при першому візиті. Тому лікар має бути готовий цей час витратити, інакше одразу краще відправити хворого до іншого спеціаліста. Правильно зроблений перший крок для таких пацієнтів та загалом для ефективного подальшого лікування є надзвичайно важливим. Я б радив у важких випадках призначити консультації, у суміжних спеціалістів, щоб не пропустити можливої причини болю. При визначенні тактики лікування слід максимально пояснити хворому, що і навіщо ви пропонуєте, зазначити ваші реальні можливості – тобто, визнати, що повного вилікування не завжди вдається досягти (сформулювати адекватну картину захворювання). Необхідно також наголосити на тривалості лікування, що зменшить можливість передчасного його припинення, якщо, приміром, через 2 тиж не буде вражаючого результату. Крім того, слід уникати одночасного використання великої кількості препаратів, а особливо тих, що вимагають прийому 4-6 таблеток чи капсул на добу. Можна розбити курс лікування на декілька етапів, що краще сприймається та переноситься пацієнтом. Ну а загалом, лікарю у випадку терапії пацієнтів з СХТБ необхідно самому бути психологічно та організаційно готовим до неодноразових та тривалих візитів, без чого лікування навряд чи буде ефективним.

Підготував **Антон Проїдак**



ДАЙДЖЕСТ

Терапія гонореї в епоху росту антибіотикорезистентності возбудителів к цефалоспоринам: результати рандомізованого дослідження

Несмотря на то что цефалоспорины являются основной группой антибактериальных препаратов, рекомендованных для лечения гонореи, существует острая необходимость в альтернативных вариантах терапии для пациентов с аллергическими реакциями на препараты цефалоспоринового ряда и больных с гонококковой инфекцией, резистентной к действию данного класса антибиотиков.

Целью исследования, организованного Центрами по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) и Национальными институтами здоровья (National Institutes of Health – NIH) США, стала оценка эффективности и переносимости двух новых комбинаций известных антибактериальных препаратов в лечении неосложненной урогенитальной гонококковой инфекции. В исследование вошли пациенты с урогенитальной гонореей, получавшие один из двух режимов терапии: гентамицин 240 мг внутримышечно + азитромицин 2 г перорально однократно (режим GENT/AZI) или гемифлоксацин 320 мг перорально + азитромицин 2 г перорально (режим GEM/AZI).

В качестве первичной конечной точки было выбрано микробиологическое излечение от урогенитальной гонококковой инфекции, констатируемое при отрицательном результате культурального исследования на 10-17-й день после завершения лечения. Все участники, которые пришли на визит к врачу в ходе последующего наблюдения и прошедшие культуральное исследование, были включены в анализ в соответствии с протоколом.

Средний возраст пациентов (n=401; GENT/AZI – 202 человека и GEM/AZI – 199) составил 30 лет. Большинство больных являлись гетеросексуальными мужчинами (из них терапию в режиме GENT/AZI прошли 57% участников; GEM/AZI – 51%), меньшее количество исследуемых были представлены гомосексуалистами (лечение GENT/AZI проведено у 33% пациентов; GEM/AZI – у 39%) и женщинами (GENT/AZI – у 9%; GEM/AZI – у 11%). Микробиологическое излечение было достигнуто у 100% лиц в группе GENT/AZI и у 99,5% больных в группе GEM/AZI.

Среди больных, получавших лечение в режиме GENT/AZI, наиболее частыми нежелательными явлениями были легкая или умеренно выраженная тошнота (27% участников), диарея (19%), дискомфорт/боль в животе (7%) и рвота (7%). В группе GEM/AZI наиболее частыми нежелательными реакциями стали тошнота (37% случаев, из них в 8% случаев она была среднетяжелой и тяжелой), диарея (23% случаев) и дискомфорт/боль в животе (11% случаев).

В итоге оба исследуемых режима лечения продемонстрировали высокую эффективность при гонококковой инфекции. При этом нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, особенно тошнота и диарея, отмечались достаточно часто. Полученные результаты открывают новые возможности альтернативной терапии гонореи у пациентов, которые не могут быть излечены с применением цефалоспориновых антибиотиков.

Kirkcaldy R.D. Treatment of Gonorrhoea in an Era of Emerging Cephalosporin Resistance and Results of a Randomised Trial of New Potential Treatment Options. Sex Transm Infect 2013; 89: A14-A15.

Существует ли сезонная вариабельность в тяжести симптомов, показателях урофлоуметрии и графиках частоты-объема мочеиспускания у мужчин с симптомами нижних мочевых путей?

Широко распространено мнение о том, что симптомы нижних мочевых путей (СНМП) могут усугубляться в холодную погоду. В проведенном в 2014 г. исследовании был изучено влияние сезонных колебаний температуры окружающей среды на характер графиков частоты-объема мочеиспускания, тяжесть симптомов и параметры урофлоуметрии у пациентов мужского пола с СНМП.

В период с января 2000 г. по апрель 2004 г. было проведено проспективное исследование мужчин с СНМП в г. Эдинбурге (Великобритания), в местности с умеренным климатом, месячные температуры были получены из национальных метеорологических записей. Все пациенты заполняли анкету IPSS (Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы). Кроме того, каждому из больных перед проведением урофлоуметрии с измерением остаточного объема мочи был составлен трехдневный график объема-частоты мочеиспускания. Критериями исключения из исследования служили предшествующие оперативные вмешательства на мочевом пузыре, направленные на устранение задержки мочи, а также прием антихолинергических препаратов.

В анализ были включены данные 296 пациентов, средний возраст которых составил 62,3 года. За период исследования самым холодным месяцем был январь (средняя температура 4,7 °С), а наиболее теплым – август (15,8 °С). В процессе наблюдения не было обнаружено никаких существенных отличий в оценке симптомов заболевания по IPSS (p>0,05) либо в параметрах графиков частоты-объема мочеиспускания, за исключением снижения медианы частоты ночных позывов к мочеиспусканию в течение летних месяцев (p=0,021). Также не было зарегистрировано значимой корреляции между максимальной скоростью мочеиспускания, остаточным объемом мочи и среднемесячной температурой окружающей среды (p>0,05).

Таким образом, сезонные колебания в никтурии, но не других параметрах (частоте-объеме мочеиспускания, тяжести симптомов заболевания или урофлоуметрических показателях), имеют важное значение у мужчин с СНМП. Предстоящие исследования должны быть направлены на изучение влияния сезонной вариабельности СНМП у обоих полов в более широком диапазоне климатических условий.

Cartwright R., Mariappan P., Turner K.J., Stewart L.H., Rajan P. Is there seasonal variation in symptom severity, uroflowmetry and frequency-volume chart parameters in men with lower urinary tract symptoms? Scott Med J. 2014.

Підготував **Антон Проїдак**