

## Лечиться, чтобы жить: как пациентов к лечению?

**Во всем мире наряду с профессионализмом врача и доступностью эффективных лекарственных средств приверженность пациентов к терапии считается необходимым условием эффективного лечения. С клинической точки зрения высокая приверженность к терапии обеспечивает лучший контроль над симптомами болезни и ее течением, позволяет предотвращать обострения и осложнения заболевания, улучшать качество жизни и увеличивать ее продолжительность.**

Именно поэтому компания «Берингер Ингельхайм» совместно с ведущими клиницистами и практикующими врачами выступила с инициативой обсуждения и последующей реализации в Украине нового медико-социального проекта, направленного на улучшение ситуации с приверженностью к лечению пациентов с хроническими патологиями, такими как хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), бронхиальная астма (БА), артериальная гипертензия, болезнь Паркинсона и др., которые требуют длительного, зачастую пожизненного лечения. Как следствие, такие больные наиболее часто склонны нарушать рекомендации врача.

Вопрос приверженности пациентов к терапии является многоплановым и требует комплексного подхода. Если ранее считалось, что активным участником лечебного процесса является врач, а пациенту отводилась второстепенная роль, то сегодня такой подход больше не является эффективным. Понятие приверженности пациента к терапии также претерпело изменения: ранее использовали термин compliance, под которым понимали желание пациента следовать выбранному курсу терапии, теперь предполагается более активная позиция пациента, что выражается термином adherence, подразумевающим сочетание комплайенса и четкого соблюдения пациентом врачебных назначений, осознания последствий отказа от терапии.



Один из инициаторов создания программы по улучшению приверженности пациентов к лечению — академик АМН Украины, главный специалист МЗ Украины по специальности «Пульмонология и фтизиатрия», директор ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины», заведующий отделом пульмонологии, профессор, доктор медицинских наук Юрий Иванович Фещенко — рассказал об основных задачах этого проекта.

— Целью создания этой программы является повышение эффективности лечения пациентов за счет увеличения их приверженности к назначенной терапии, поскольку зачастую именно по этой причине врачам не удается достичь оптимальных результатов и улучшить прогноз у пациентов с хроническими заболеваниями. Другой немаловажный аспект этой проблемы — фармакоэкономический. Ведь чем в большей степени больные будут доверять врачу, чем лучше и четче будут выполнять его назначения, тем эффективнее будет это лечение, тем меньше будет отмечаться побочных проявлений, обострений хронических заболеваний, на которые приходится львиная доля затрат (прямых и непрямых).

В создании и выполнении программы принимают участие ведущие ученые, врачи-практики, а также медицинские психологи при поддержке Ассоциации фтизиатров и пульмонологов Украины, которые разрабатывают методы улучшения приверженности к терапии для пациентов разных целевых групп. Эти методы будут учитывать не только мировой опыт, но и отечественные реалии: отсутствие в Украине страховой медицины и компенсации стоимости лекарств, менталитет нашего народа, отношение к врачам и назначаемому лечению, финансовые трудности, с которыми сталкиваются пациенты. Неполный курс терапии обуславливает ее недостаточную эффективность: пациент теряет веру в это лечение и во врача — замыкается порочный круг.

Программа по улучшению приверженности нацелена на улучшение сложившейся ситуации; комплексный подход к решению этой проблемы позволит не только улучшить результаты лечения пациентов, но и повысить качество жизни больных.



О проблеме приверженности к лечению у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями, а также о возможных способах ее решения наш корреспондент беседовал с заведующей отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины», доктором медицинских наук, профессором Людмилой Александровной Яшиной.

— Как можно охарактеризовать приверженность к лечению пациентов с хроническими респираторными заболеваниями?

— В целом у больных ХОЗЛ и БА отмечается более низкая приверженность к лечению, чем при других хронических заболеваниях. Так, в США приверженность к лечению пациентов с респираторной патологией составляет всего 40%, в странах ЕС (Франции, Великобритании, Германии, Италии) — от 60 до 70%. Еще более низкой является приверженность пациентов с тяжелой персистирующей БА и ХОЗЛ к базисной терапии — от 17-26% в странах ЕС до 9% — в Японии. Однако пожизненная базисная терапия для пациентов с БА и ХОЗЛ является необходимой. В основе этих заболеваний лежит воспаление, а также гиперреактивность бронхов. Если пациент не информирован об этих механизмах, то зачастую использует только скорпомощные препараты и отказывается применять базисную терапию, направленную на уменьшение воспаления и улучшение легочной функции. Прекращение приема базисной

терапии у пациентов с БА или ХОЗЛ может обусловить развитие обострения, а многократные перерывы в лечении могут привести к ухудшению легочной функции, развитию фиброза легких, эмфиземы и ухудшению прогноза. Хорошая приверженность к лечению у больных ХОЗЛ ассоциируется с уменьшением количества и продолжительности госпитализаций в связи с обострениями, однако значение имеет не только приверженность к медикаментозной терапии, но и изменение образа жизни (отказ от курения, увеличение физической активности), а также адекватный контроль и мониторинг со стороны врача.

Для оценки точности выполнения пациентом рекомендаций врача существуют различные приемы: подсчет дозы, которая расходовалась из ингалятора, и количества принятых таблеток; проведение лабораторных исследований крови или мочи на наличие метаболитов лекарств в организме больного. Однако эти методы дорогостоящи и сложны в использовании. Гораздо проще оценить приверженность пациента к лечению с помощью специальных опросников. Одним из самых известных является опросник Morisky, состоящий из достаточно простых и информативных вопросов, которые позволяют оценить различные причины прекращения терапии:

- Забывали ли вы когда-либо принять назначенный вам препарат?
- Чувствуете ли вы иногда сомнения в отношении правильности применения назначенных вам препаратов?
- Когда вы чувствуете себя лучше, прекращаете ли вы иногда прием назначенного препарата?
- Если вы чувствуете себя хуже в период применения назначенного препарата, перестаете ли вы его принимать?
- Известно ли вам о долгосрочных преимуществах лечения препаратом, назначенным вам врачом или рекомендованным фармацевтом?
- Забываете ли вы иногда вовремя получить новый рецепт на принимаемый вами препарат?

— Какие можно назвать причины отсутствия приверженности к лечению у пациентов с хроническими заболеваниями легких?

— Одной из основных причин отсутствия приверженности пациентов к лечению является неинформированность об особенностях их заболевания, прогноза при отсутствии лечения, а также о механизмах действия назначенных препаратов и различий между базисной и скорпомощной терапией. В четырех городах Украины — Киеве, Харькове, Донецке и Днепропетровске — в 2009 г. в кабинетах «Пульмис» опросили пациентов с БА или ХОЗЛ с длительностью заболевания до 10 лет, чтобы оценить причины низкой приверженности к лечению. Среди причин недостаточной приверженности больных к лечению можно отметить отсутствие информированности пациентов: почти 15% больных отметили, что не получили либо не поняли разъяснений от своего лечащего врача. Также немаловажными факторами, затрудняющими достижение приверженности пациентов

# улучшить приверженность

к терапии, могут быть слишком сложная терапия (многократные ежедневные приемы лекарств), отсутствие навыков использования индивидуальной ингаляционной техники, неспособность пациентов координировать вдох и активизацию дозирующего ингалятора, неспособность сильно вдохнуть при использовании сухопорошковых ингаляторов, отсутствие понимания необходимости долговременной базисной терапии и ее отличий от скорпомощных препаратов. Другими причинами отсутствия приверженности к лечению у пациентов, страдающих БА или ХОЗЛ, могут быть страх развития побочных эффектов терапии, лекарственной зависимости или передозировки медикаментов; неудобство приема лекарства через ингалятор или спейсер большого объема; забывчивость, небрежность при проведении лечения; низкий авторитет врача, назначившего лечение; неготовность изменить образ жизни (например, прекратить курение); высокая стоимость терапии.

## — Как можно улучшить приверженность пациентов с БА и ХОЗЛ к терапии?

— Наиболее доступным и эффективным является улучшение информированности больных, что позволяет врачу наладить тесное сотрудничество с пациентом. Конечно же, объективные реалии таковы, что на прием одного пациента врачу отводится очень ограниченное время; однако хочется отметить, что один раз потраченное время на то, чтобы максимально полно и доступно объяснить пациенту характер заболевания и принципы его терапии, позволяет значительно повысить доверие больного к врачу и терапии. При проведении разъяснительной беседы следует учитывать интеллектуальный и образовательный уровень пациента, а также наличие у него нереалистических ожиданий от лечения. Важно научить его правильно использовать ингаляционные препараты и доставочные устройства, ведь от этого напрямую зависит исполнительность больного. Помимо улучшения информированности пациентов, необходимо создание образовательных программ для врачей, которые бы способствовали более детальному изучению хронических заболеваний легких и улучшению навыков диагностики.

Подбирая препараты для базисной терапии, врач обязательно должен учитывать наличие сопутствующей патологии и образ жизни больного. Кроме того, важно, чтобы пациенты самостоятельно проводили мониторинг своего состояния (при помощи тестов по контролю над астмой, ХОЗЛ), фиксировали показатели и предъявляли их врачу при контрольных осмотрах. Предпочтительным является назначение препаратов пролонгированного действия, что позволяет уменьшить кратность приема до 1-2 р/сут, а также комбинированных средств, действующие вещества которых оказывают взаимопотенцирующий эффект. Правильно подобранное лечение, значительно улучшающее качество жизни, уменьшает вероятность отказа от терапии. Так, у пациентов с ХОЗЛ назначение холинолитика пролонгированного действия тиотропия бромида (Спирива, «Берингер Ингельхайм») позволило достичь значительного улучшения самочувствия уже с первых дней приема, что в дальнейшем способствовало сохранению их приверженности к лечению.

Немаловажным в повышении приверженности пациента к лечению является его мотивирование со стороны врача, который должен ставить перед больным ближайшие и отдаленные цели терапии, разъясняя преимущества проводимого лечения. Решающую роль в этом играют доверительные отношения между пациентом и врачом.

**О проблеме приверженности к терапии в кардиологии наш корреспондент беседовал с заведующей отделом дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Еленой Ивановной Митченко.**



## — Как сегодня можно охарактеризовать приверженность к терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

— Проблема отсутствия приверженности пациента к терапии существует во всех областях медицины, однако в кардиологии она является крайне актуальной ввиду того, что лечение таким боль-

ным требуется принимать ежедневно и пожизненно. В кардиологии не может быть такого понятия, как «курсовая терапия». Лечение, особенно при таких патологиях, как артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, нужно принимать постоянно, в противном случае никакого влияния на прогноз и выживаемость больных не оказывается.

Когда пациент после проведенного лечения выписывается из стационара, он получает рекомендации относительно дальнейшего лечения, однако при проведении мониторинга оказывается, что две трети больных не придерживаются этих рекомендаций, а треть — соблюдает частично либо в виде «курсовой терапии». Большинство пациентов принимают лишь часть назначенных препаратов, при этом больные редко признаются врачу, что не выполняют его рекомендаций. Это незамедлительно сказывается на результате уже проведенного лечения: после успешно выполненного аортокоронарного шунтирования у пациентов, не принимающих антиагрегантную терапию, окклюдированы шунты; значительно увеличивается риск повторного инфаркта; увеличивается риск инсультов у пациентов, которые принимают антигипертензивные препараты лишь для купирования кризов.

## — Многие пациенты страдают сочетанной патологией. На что нужно обращать внимание, назначая терапию таким больным?

— Наличие сочетанной патологии — это неблагоприятная ситуация для пациента. Во-первых, течение заболеваний в таком случае взаимно усугубляется; во-вторых, больные с наличием, к примеру, сердечно-сосудистой и легочной патологии вынуждены принимать большее количество препаратов, что негативно сказывается на приверженности к лечению: ни один пациент не станет принимать терапию, в состав которой входит десять наименований препаратов для лечения кардиоваскулярного заболевания и еще десять — пульмонологического.

С учетом этого в случае сочетанной патологии требования к назначаемым препаратам особенно ужесточаются: во-первых, при выборе терапии следует учитывать возможные побочные эффекты лечения. Так, следует избегать назначения бета-блокаторов пациентам с хроническими респираторными заболеваниями, поскольку эти препараты могут усиливать одышку и бронхообструкцию. Пациентам с наличием язвенной болезни следует с осторожностью назначать антитромбоцитарную терапию.

Известно, что многие больные отказываются принимать лечение из-за возникающих побочных эффектов. Однако хочется подчеркнуть, что грамотный специалист всегда может найти выход из той или иной ситуации и существенно снизить риск развития побочных эффектов. Важно, чтобы при лечении сочетанной патологии специалисты сотрудничали друг с другом, из всего спектра препаратов выбирали те, которые будут оказывать наименьшее неблагоприятное воздействие на сопутствующее заболевание, либо в обязательном порядке назначали лекарственные средства, корригирующие побочные эффекты.

Предпочтение следует отдавать препаратам с продолжительностью эффекта 24 ч. Доказано, что с увеличением кратности приема, особенно при наличии в схеме терапии нескольких групп препаратов, приверженность к лечению резко снижается. Лучше всего использовать комбинированные препараты. Их преимущество заключается в стандартизации дозировки, при этом действующие вещества могут усиливать эффект друг друга и появляется возможность снизить дозу, что уменьшает риск развития побочных эффектов. Принять одну таблетку пациенту психологически гораздо проще; кроме того, уменьшается вероятность, что больной забудет принять часть лекарств (именно по этой причине эффективность лечения может значительно снижаться).

В настоящее время проводится работа по внедрению специальной программы повышения приверженности пациентов к лечению, в создании которой принимают участие ведущие специалисты Украины в различных областях медицины. Отрадно, что многие фармацевтические компании поддержали создание этой программы. Особенно хочется отметить активное участие компании «Берингер Ингельхайм»: она первой откликнулась на эту инициативу и участвовала в разработке программы. Программа приверженности к лечению будет представлять некий универсальный подход к оптимизации результатов лечения, поэтому сможет применяться не только в кардиологии или пульмонологии, но и в других областях медицины.

## — Каким образом лечащий врач может повысить мотивацию пациента к лечению?

— Пока в Украине не существует страховой медицины, пациент не несет ответственности за выполнение врачебных назначений. Так, в ряде зарубежных стран для больных, которые нарушают врачебные рекомендации, стоимость страховки значительно возрастает. Таким образом, пациент заинтересован в выполнении назначений. В Украине такой возможности сегодня не существует.

Всемирная организация здравоохранения выделила несколько групп причин, которые негативно влияют на приверженность пациента к терапии:

— механические (высокая стоимость препаратов, образ жизни, препятствующий соблюдению рекомендаций, неудобный режим приема препаратов и др.);

— информационные (недостаточная информированность пациента, негативный предыдущий опыт или недоверие к врачу);

— отсутствие мотивации.

Частично врач может повлиять на все три группы причин: подобрать удобную дозировку препарата с кратностью приема 1 р/сут, подробно объяснить пациенту особенности его заболевания, прогноз, цель назначения того или иного препарата. Поразительно, но, как выяснилось, большинство пациентов не знают, с какой целью назначено то или иное лекарство и, как результат, не осознают, чем чреват отказ от его приема.

В этом контексте хочется привести как пример случай, рассказанный одним из профессоров на конгрессе кардиологов в России. Когда на прием к кардиологу пришел пациент и пожаловался на высокую стоимость лечения (поскольку все средства он тратил на строительство дачи), профессор спросил у него: «Хотите ли Вы, чтобы через год на этой даче жил новый муж Вашей жены?». Такой вопрос отрезвляюще подействовал на пациента, и он согласился на весь необходимый объем лечения.

Безусловно, этот метод невозможно применять ко всем без исключения больным, однако врач должен сделать все возможное, чтобы максимально конкретизировать, «визуализировать» перед пациентом его перспективы. И тогда, возможно, результат будет получен.

Подготовила Татьяна Спринсян