

Приверженность к терапии: проблема пациента и врача

Представляем вниманию читателей доклад руководителя Центра по исследованию ожирения при Университете провинции Альберта (г. Эдмонтон, Канада), медицинского директора Программы по снижению веса, научного директора Канадской сети по борьбе с ожирением, профессора А.М. Шармы, прозвучавший на специальной конференции по проблемам артериальной гипертензии, организованной фармацевтической компанией **Boehringer Ingelheim** в октябре 2009 г. в Берлине (Германия).

— Проблема приверженности пациента к лечению существует столько же, сколько практическая медицина. В настоящее время вместо термина compliance («согласие пациента на терапию») врачи предпочитают использовать более широкое понятие adherence («приверженность к терапии»).

В медицинском университете нас учили основывать свое решение о назначении терапии на простом аргументе этического характера: «Лечить тогда, когда риск отсутствия лечения превышает риск лечения». Однако в условиях реальной клинической практики Канады, так же как и многих других стран с большими затратами на здравоохранение, на первое место выступает экономический аргумент: «Лечить тогда, когда затраты при отсутствии лечения превышают стоимость лечения». Эти, на первый взгляд, совершенно разные аргументы на самом деле часто пересекаются.

Безусловно, это касается лечения артериальной гипертензии (АГ), особенно у пациентов, относящихся к группе высокого кардиоваскулярного риска. Ярким примером тому является фармакоэкономический анализ лечения АГ у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, проведенный Лу и соавт. (2009). Было установлено, что антигипертензивная терапия 1000 пациентов с АГ и впервые установленным диагнозом СД 2 типа, обеспечивающая снижение артериального давления на 10/4 мм рт. ст. с контролем АД на протяжении 5 лет, в отношении затрат является нейтральной и будет стоить 156 долларов в месяц. Однако за этот же период времени она позволит предотвратить 4 случая смерти, 6 инсультов, 4 инфаркта миокарда, 4 случая развития сердечной недостаточности и 1 случай конечной стадии хронической болезни почек на каждую 1000 пролеченных больных. Это именно те исходы — так называемые жесткие конечные точки, профилактика которых является первоочередной задачей при назначении лечения.

! В конце 1980-х гг. главный военный хирург США, полковник Эверетт Куп сделал гениальное, как и все простое, замечание: «Даже самые эффективные препараты не будут работать у пациентов, которые их не принимают». Задумайтесь еще раз над этой фразой. Мы выписываем пациенту рецепт, говорим, что нужно делать, однако не получаем желаемого результата. И для здравоохранения, и для больного отсутствие приверженности к лечению является дорогим «удовольствием».

По данным Института здравоохранения Новой Англии (NEHI, США, 2007), плохая приверженность к лекарственной терапии, определяемая как любое отклонение от назначенного лечения, является источником значительных экономических потерь национальной системы здравоохранения. Также было установлено, что 30-50% американских пациентов не принимают лекарственные препараты так, как их назначил врач, а затраты на заболеваемость, связанную с лекарственной терапией (в т. ч. вследствие плохой приверженности к ней), составляют 290 млрд долларов в год — около 13% бюджета здравоохранения США.

Шаблоны отсутствия приверженности к лечению

Существует несколько шаблонов отсутствия приверженности к лечению (Greenberg et al., 1984).

Идеальным, т. е. практически не достижимым, является абсолютная приверженность к лечению, когда больной в точности соблюдает все врачебные предписания. Следует ли говорить, что таких пациентов невозможно встретить в реальной клинической практике?

Значительная часть больных ежедневно принимает все дозы препарата, однако с некоторыми нарушениями регулярности приема. Если был назначен так называемый «прощающий» (длительно действующий) препарат, это не оказывает существенного влияния на эффективность терапии.

Другие больные, помимо несоблюдения междозового интервала, периодически забывают принимать отдельные дозы препарата. Как и в предыдущей группе, их «выручают» препараты с пролонгированным периодом действия и хорошей переносимостью.

Некоторые пациенты 3-4 раза в год устраивают себе «лекарственные каникулы» по различным причинам (устали принимать препарат, не смогли обновить рецепт, уехали в отпуск и т. д.). Таким больным может помочь препарат, не только характеризующийся длительным действием и хорошей переносимостью, но и не имеющий синдрома отмены.

Однако есть больные, у которых «лекарственные каникулы» происходят ежемесячно или даже чаще. Некоторые пациенты вообще не принимают назначенного лечения, но создают впечатление хорошей приверженности к терапии. Широко известен феномен «приверженности к белому халату»: доза назначенного препарата обязательно принимается перед посещением врача (Feinstein et al., 1990).

Предикторы отсутствия приверженности к лекарственной терапии

«Чистые» шаблоны плохой приверженности к лечению встречаются редко; большинство пациентов периодически сменяют их, но все равно остаются в той или иной мере не приверженными к терапии. Существуют предикторы отсутствия приверженности к лекарственной терапии, перечень которых постоянно пополняется (Osterberg & Blaschke, 2005):

- наличие психологических проблем, особенно депрессии;
- наличие когнитивных нарушений (пациент просто не может понять, зачем ему назначили лечение);
- бессимптомное заболевание (пациент не понимает, почему он должен принимать препарат, тем более если он обладает побочными эффектами);
- неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке;
- побочные эффекты;
- недостаточная вера больного в пользу лечения;
- недостаточная информированность пациента о его заболевании;
- плохие отношения между медицинским персоналом и больным (возможны также и со средним медицинским персоналом, о чем врач может не знать);
- наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи;
- сложность терапии;
- высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты.

Взаимоотношения между субъектами лечебного процесса

Приведенные выше факторы формируются путем тесных взаимоотношений между тремя основными субъектами лечебного процесса: пациентом, врачом и системой здравоохранения.

В паре «врач-пациент» ключевой проблемой является отсутствие нормальной коммуникации, результатом чего со стороны пациента будет недостаточное понимание сути заболевания, пользы лечения и правильности приема препарата, а со стороны врача — назначение сложных режимов терапии.

На взаимодействие пациента и системы здравоохранения оказывают влияние низкая доступность медицинской помощи, низкокачественное лечение, недоступность эффективных препаратов, высокая стоимость терапии.

Наконец, отдельного внимания заслуживают непростые взаимоотношения врача и системы здравоохранения, проблемы в которых предпочитают особо не афишировать. К последним относятся низкий уровень профессиональной образованности врача, нежелание учитывать стоимость препаратов и затраты на лечение в целом (или некомпетентность в этом вопросе), неудовлетворенность своей работой, низкая оплата труда, коррумпированность системы здравоохранения и т. д.

! Факт сложности и многосторонности предикторов низкой приверженности к лечению не является поводом для



А.М. Шарма

того, чтобы их игнорировать. Следует помнить о том, что впечатляющие результаты многих клинических исследований, формирующие соответствующие экспертные рекомендации, невозможно увидеть в реальной практике без надлежащей приверженности пациентов к терапии.

Приверженность к лечению на примере АГ и СД

Обсуждая вопрос сложности терапии, которую оценивают в основном по количеству принимаемых препаратов и кратности их приема в сутки, нельзя не упомянуть очень интересные наблюдения, полученные недавно Schmittiel и соавт. (2008). Исследователи проанализировали данные 161 697 пациентов с АГ и СД, получавших лечение в известной клинике шт. Северная Калифорния «Кайзер Перманенте» (США). Было установлено, что использование антигипертензивного препарата с режимом приема 1 раз в сутки дополнительно снижало систолическое АД на 6 мм рт. ст., а назначение фиксированных комбинаций увеличивало приверженность к лечению на 10-20%.

Не менее интересные данные относительно консультирования пациента и врача были получены в исследовании Routhie и соавт. (2006). В этом рандомизированном контролируемом исследовании принял участие 1341 пациент (военные пенсионеры) с неконтролируемой АГ, наблюдавшиеся 182 врачами. Средние показатели АД на момент включения были 157/83 мм рт. ст. Обучение врача, состоявшее всего лишь из одного электронного письма с вложенным руководством JNC (Объединенный комитет по профилактике, диагностике и лечению повышенного АД), привело к снижению АД до 145/78 мм рт. ст. Дополнительное использование прибора, который автоматически напоминал врачу измерить давление пациента при его визите, не изменило цифры АД (146/76 мм рт. ст.). Однако при сочетании обучения врача, использования прибора и обучения пациента (электронное письмо с разъяснением, зачем необходимо лечение и как принимать назначенные препараты) было достигнуто значительное снижение АД — до 138/75 мм рт. ст. Такой же результат можно было бы получить при добавлении еще одного антигипертензивного препарата. Таким образом, информирования только одной стороны недостаточно — улучшить контроль АД позволяет комплексный подход, вовлекающий как врача, так и пациента.

Огромное значение имеет проблема инертности врачей. В качестве иллюстрации можно привести ретроспективное исследование Heisler и соавт. (2008). В него включили 38 327 пациентов с АГ, которым был выписан рецепт на не менее чем 1 антигипертензивный препарат. Для каждого эпизода превышения целевых

уровней АД (всего 68 610 событий) проводился анализ приверженности пациента к лечению за последние 12 мес и выяснялось, осуществлял ли врач интенсификацию терапии (повышение дозы или добавление другого препарата). Было установлено, что интенсификация терапии проводилась:

- у 31% пациентов с показателем приверженности к терапии >80%;
- у 34% пациентов с показателем приверженности к терапии 41-80%;
- у 32% пациентов с показателем приверженности к терапии ≤40%.

Таким образом, независимо от приверженности пациентов к лечению врач проводил коррекцию терапии только в каждом третьем случае, что является совершенно неприемлемым.

При многих заболеваниях на приверженность пациента к лечению значительное негативное влияние оказывает сопутствующая депрессия. Одним из таких заболеваний является СД. По данным исследования Jeffrey и соавт. (2007), охватившем 879 пациентов с СД, 19% больных имели критерии большого депрессивного расстройства, а, по крайней мере, 1 симптом депрессии наблюдался у 66,5%. При этом наличие депрессии сопровождалось снижением приверженности к лекарственной терапии (в 2,3 раза), диете, физическим упражнениям и мониторингу гликемии. Если у таких пациентов не распознать депрессию и не провести соответствующую коррекцию, лечение основного заболевания будет неэффективным, что неудивительно, учитывая природу депрессии.

Хорошая переносимость препарата — ключевой фактор высокой приверженности к лечению

Не приуменьшая роль вышеприведенных факторов, следует осознавать, что среди предикторов приверженности к лечению наибольшее значение имеет переносимость назначенного препарата. Особенно это относится к лечению бессимптомных состояний, таких как АГ, гиперхолестеринемия, гипергликемия и т. д. Данный факт убедительно был продемонстрирован в исследовании Bloom и соавт. (1998), в котором приняли участие 21 723 пациента с впервые диагностированной АГ. Через 1 год после назначения антигипертензивной терапии тиазидные диуретики прекратили принимать 62% пациентов, бета-блокаторы — 57%, антагонисты кальция — 50%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента АПФ — 42% больных. Наилучшей приверженностью к лечению характеризовались блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) — лечение этими препаратами прервали только 36% пациентов.

Эти данные были подтверждены в крупнейшем итальянском исследовании Lombardia, охватившем 445 356 пациентов (Сагао et al., 2008). Вероятность прекращения приема БРА вследствие побочных эффектов после 1 года терапии была в несколько раз ниже по сравнению с другими антигипертензивными препаратами, в том числе ингибиторами АПФ.

В исследовании Vossuzzi и соавт. 15 175 больных с АГ наблюдались на протяжении более длительного периода (4 года). Через 12, 24, 36 и 48 мес после назначения антигипертензивной терапии приверженность к лечению БРА была достоверно лучше по сравнению с ингибиторами АПФ, антагонистами кальция, бета-блокаторами и диуретиками.

При этом в конце исследования половина (!) пациентов, которым изначально был назначен диуретик или бета-блокатор, вообще не получали какой-либо антигипертензивной терапии.

Одной из причин плохой переносимости ингибиторов АПФ является кашель, который развивается у 15-30% больных и часто становится причиной прекращения лечения.

В исследовании ONTARGET кашель и ангионевротический отек встречались соответственно в 4 и 2,5 раза чаще в группе ингибитора АПФ рамиприла по сравнению с группой БРА телмисартана. Интересно отметить, что в параллельном

исследовании TRANSCEND, в котором телмисартан сравнивали с плацебо у пациентов с непереносимостью ингибиторов АПФ, прекращение лечения по причине побочных эффектов в группе плацебо происходило даже чаще, чем в группе телмисартана.

Таким образом, в настоящее время существует необходимость внедрения системных подходов, направленных на повышение приверженности больных к лекарственной терапии. Эти подходы будут значительно отличаться в разных странах с различными системами здравоохранения. Однако каждый врач на своем уровне уже сегодня может улучшить ситуацию. Для этого следует использовать простой алгоритм

действий, разработанный Osterberg и Blaschke (2005), который является универсальным для всех стран мира и для врачей любых специальностей:

- идентифицировать факт плохой приверженности к лечению;
- акцентировать внимание пациента на значении приверженности к лечению;
- выслушать пациента;
- упростить схему лечения и предоставить четкие инструкции;
- обсудить побочные эффекты;
- назначить «прощающий» лекарственный препарат с наилучшей переносимостью.

Подготовил **Алексей Терещенко**

37



Єдиний сартан для захисту Ваших пацієнтів із гіпертензією та ризиком серцево-судинних ускладнень.¹

Більшість пацієнтів із гіпертензією потребують більше ніж просто контролю АТ.² Вони потребують захисту життєво важливих органів-мішеней.^{1,3}

Результати дослідження ONTARGET® підтвердили, що Мікардіс® єдиний сартан, що забезпечує такий ж високий рівень захисту серцево-судинної системи, як інгібітор АПФ рамиприл, але з кращою переносимістю та прихильністю широкої популяції пацієнтів з гіпертензією та ризиком серцево-судинних ускладнень.¹

Отже, обираючи МІКАРДИС®, Ви можете бути впевнені в тому, що Ваші пацієнти з гіпертензією і ризиком серцево-судинних захворювань надійно захищені.¹

МІКАРДИС®
ТЕЛМІСАРТАН
Сила та захист

Програма досліджень ONTARGET®, що тривала 5,5 років та включала 30 000 пацієнтів з гіпертензією та кардіо-васкулярним ризиком, є найбільшою програмою з вивчення серцево-судинних захворювань, яка будь-коли проводилася із застосуванням БРА.¹

Посилання:

1. The ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008; 358:1547-1559. 2. Nesbitt SD et al. Is Low-Risk Hypertension Fact or Fiction? Cardiovascular Risk Profile in the TROPHY Study. Am J Hypertens 2005; 18:980-985. 3. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. N Engl J Med 2000; 342:145-53.

Представництво Boehringer Ingelheim Pharma в Україні:

01054, Київ, вул. Тургенєвська, 26
тел.: (044) 494-12-77; факс: (044) 494-23-05

Реєстраційні посвідчення UA/2681/01/01, UA/0465/01/02