

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Проф. Е. А. НАУМОВА, О. Н. СЕМЕНОВА, канд. мед. наук Е. В. СТРОКОВА, проф. Ю. Г. ШВАРЦ

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России»,
Российская Федерация*

Проведен анализ факторов, влияющих на приверженность к длительному лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Используется деление некомплайенса на осознанный (сознательное прекращение или продолжение лечения) и неосознанный (регулярность приема препаратов). Продолжение пациентом терапии и регулярность приема лекарств являются существенно разными критериями оценки приверженности к лечению.

Ключевые слова: приверженность к лечению, невыполнение врачебных рекомендаций, продолжение терапии, регулярность терапии, комплайенс.

Недостаточная приверженность к длительному лечению пациентов с хроническими заболеваниями по-прежнему остается одной из главных причин низкой эффективности терапии многих состояний, в том числе и сердечно-сосудистых заболеваний [1–3]. Эта проблема изучается достаточно давно, но каких-либо существенных достижений в данной области до сих пор нет. Еще в 2003 г. ВОЗ были проанализированы причины неадекватного выполнения рекомендаций пациентами [3]. Все факторы, влияющие на поведение пациентов, были разделены на пять групп: связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения, проводимой терапией, пациентом, состоянием пациента в данный момент; социально-экономические. Однако, как отмечается и в самом руководстве ВОЗ, и рядом других авторов, ни один из описанных факторов не является ни самым важным, ни определяющим поведение пациента.

Параллельно с ВОЗ другие авторы [1, 2, 4, 5] сделали акцент на принципиальном изменении самого подхода к участию пациента в лечебном процессе и более активном привлечении пациента к принятию медицинского решения. В 1997 г. вместо термина «комплаенс» (в переводе с англ. *compliance* — уступчивость, податливость) появляется новый термин — конкордантность (от англ. *concordance* — согласие, соответствие) [5]. Если модель отношений врача и пациента по типу «комплаенс» предусматривает простое выполнение больным врачебных инструкций, то модель «конкордантность» рассматривает процесс лечения как сотрудничество, партнерство врача и пациента. По мнению экспертов, следствием перехода от «комплаенса» к «конкордантности» должно стать появление у пациентов осознанной приверженности к лечению [5]. Однако каких-либо доказательств эффективности подобного подхода, особенно в отношении российских пациентов, в настоящее время нет. Более того,

во всех перечисленных руководствах проблемы пропуска приема пациентом какого-либо количества таблеток из назначенной терапии (например, «традиционный», требуемый в клинических исследованиях комплаенс 80–100%) и полного прекращения лечения обсуждаются вместе, без какого-либо разделения, хотя различия и в отношении пациентов к лечению и последствия такого поведения несомненны.

Нам очень близка теория N. Barber, появившаяся как результат адаптации теории ошибок (*human error model*) [6] к проблеме приверженности пациентов к лечению. Согласно ей [4, 5] все самые разнообразные причины некомплайентности пациента делятся на две большие группы: сознательные (или умышленные) действия пациента и неосознанные (неумышленные) поступки больных (рис. 1).

В случае неумышленных отклонений от предписанной терапии пациенты хотят следовать назначениям врача, но не могут, их желание может быть ограничено забывчивостью (и тогда они пропускают прием очередной дозы препарата), невнимательностью (и тогда пациенты могут путать назначенные им средства), а также непониманием назначений доктора (в связи с языковыми проблемами, сложным режимом назначений, неумением пользоваться специальными приборами (например, ингаляторами) и т. п.). В случае умышленных нарушений врачебных предписаний мы имеем дело с осознанными действиями пациента. Это могут быть ошибки, связанные с недостатком информации о заболевании и лечении (например, пациент не понимает, что имеющееся у него состояние — хроническое заболевание, которое требует постоянного приема лекарственных средств), «правила», придуманные самим пациентом или полученные им от его друзей, знакомых и т. п. (наиболее типичное — необходимость «отдыха от препаратов»). Еще одна группа осознанных действий пациента — это отклонения от предписаний.

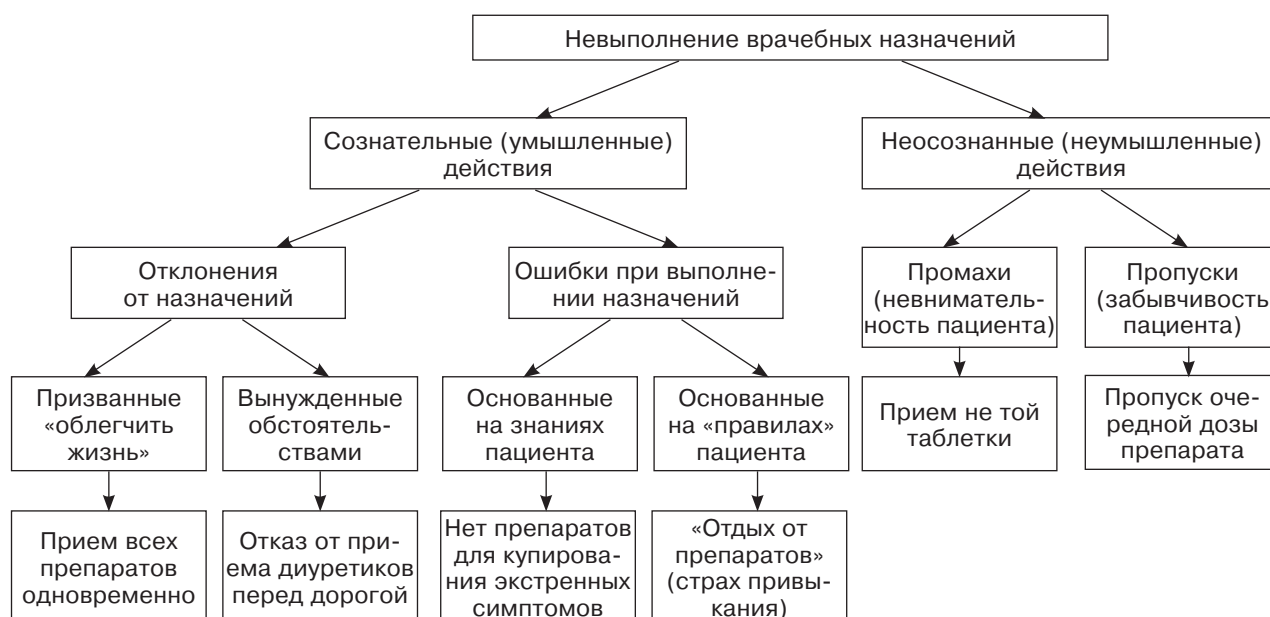


Рис. 1. Причины невыполнения пациентами врачебных назначений

Таблица 1

Общая характеристика проведенных исследований

Цель исследования	Контингент участников	N	Длительность, мес
Выявление факторов, влияющих на продолжение терапии пациентами после выписки из стационара [8, 9, 13]	Пациенты, находившиеся на стационарном лечении по поводу ОКС, декомпенсации ХСН, ГК	150	6
Клинико-лабораторное наблюдение за пациентами с дислипидемией и высоким риском развития ИБС [11]	Пациенты с дислипидемией и высоким риском развития ИБС	94	18
Исследование удовлетворенности пациентов от лечения в кардиологическом стационаре [9]	Пациенты отделения кардиологии	376	6
Психоэмоциональные характеристики пациента и его приверженность к лечению [10, 12]	Пациентки, находившиеся на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда	30	12
Личностные характеристики врача и степень приверженности к лечению его пациентов [12]	Врачи-кардиологи стационара и их пациенты с АГ, ИБС, ХСН	35 / 147	12

Примечание. АГ — артериальная гипертензия. Остальные сокращения приведены в тексте.

Подобные нарушения, оцениваемые пациентами как незначительные, призваны, с их точки зрения, облегчить им жизнь: прием всех таблеток одновременно вместо последовательного, с интервалами. В ряде случаев такие отклонения могут быть вызваны вынужденными обстоятельствами (например, отказ от диуретиков перед дальней дорогой), и тогда такие нарушения носят скорее позитивный характер, нежели негативный. Конечно, не всегда можно провести четкую границу между всеми описанными причинами (к примеру, забывчивость и невнимательность пациентов очень часто связаны с недостаточной мотивацией), но такой подход представляется ценным, особенно с точки зрения поиска вмешательств, направленных на повышение приверженности пациентов к лечению.

Цель исследования — провести анализ факторов, влияющих на приверженность к длительному лечению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями по результатам исследований, проведенных в 2006–2012 гг. на базе кафедры факультетской терапии лечебного факультета Саратовского государственного университета (СГМУ) и отделения кардиологии клинической больницы им. С. Р. Миротворцева СГМУ с точки зрения деления их на осознанное и неосознанное поведение пациента, т. е. отдельно на регулярность терапии и на ее продолжение или нет на амбулаторном этапе.

На протяжении многих лет на базе нашей клиники проводился ряд исследований, направленных на изучение приверженности к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми за-

Факторы, влияющие на продолжение терапии после выписки пациента из стационара

Факторы	Продолжение терапии	Отказ от терапии
Пол [7–13]	Женский [8, 9, 13]	—
Возраст [7–13]	—	Пожилой [8, 9, 13]
Поступление [7–9, 13]	В экстренном порядке [9, 13]	—
Причина поступления в стационар [7–10, 13]	ОКС [9, 13]	Декомпенсация ХСН [9, 13] Дестабилизация АД [9, 13]
Субъективная оценка пациентом своего состояния [7–13]	Хорошее самочувствие* [8, 9, 11, 13]	
Тяжесть состояния пациента [7–13]	Большое количество заболеваний [8, 9, 12, 13] Негативные изменения здоровья (ГК, декомпенсация ХСН и т. д.) [8–10, 12, 13]	—
Удовлетворенность лечением [8, 9, 13]	Удовлетворенность на амбулаторном этапе [9]	Удовлетворенность лечением в стационаре [9, 13]
Тревога и депрессия [9, 11, 12]	—	Наличие тревоги и депрессии [9, 11, 12]
Социальные факторы [10, 12]	—	Высшее образование Неудовлетворенность работой
Внутренняя картина болезни [10, 12]	Тревожная [10, 12]	Анозогнозическая Эйфорическая Неврастеническая Обсессивно-фобическая [10, 12]
Личностные характеристики пациента [10, 12]	Высокое самопринятие Самоценность Наличие друзей [10, 12]	Высокое саморуководство Высокая внутренняя конфликтность [10, 12]
Взаимоотношения с врачом, личностные характеристики врача [10, 12]	Отсутствие «запугивания» врачом Совещательно-договорная модель отношений с врачом Положительная оценка пациентом своего врача (на нее влияют низкий уровень эмоционального истощения у врача, высокий уровень деперсонализации («врачебный цинизм», т. е. восприятие пациента как «совокупности симптомов и синдромов»), высокий уровень редукции личностных достижений) [10, 12]	Потребность в значительной поддержке со стороны врача Крайне низкие эмпатические способности врача [10, 12]

Примечание. Все факторы достоверно значимы, $p < 0,05$; * неоднозначно влияющий фактор (описание в тексте). То же в табл. 3.

болеваниями [7–13], все они были когортными проспективными. В исследования включались давшие согласие пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находившиеся на момент отбора на стационарном лечении в отделении кардиологии по поводу сердечно-сосудистого события: острый коронарный спазм (ОКС), декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН), гипертонический криз (ГК), пароксизм мерцательной аритмии, и имевшие в анамнезе хотя бы одну предыдущую госпитализацию в наш стационар. Во всех случаях опрос и/или анкетирование пациентов проводились на стационарном этапе, в последующем через 3, 6, а в ряде исследований — 12 и 18 мес в режиме контрольных звонков. Только в одном

исследовании осуществлялось наблюдение за пациентами (у них не было ишемической болезни сердца (ИБС), но был высок риск сердечно-сосудистых событий), им был бесплатно выдан препарат (аторвастатин) и, соответственно, они регулярно посещали клинику 1 раз в 3 мес [11].

В данных исследованиях всегда отдельно анализировались факторы, влияющие на продолжение пациентом терапии (осознанное поведение) и на регулярность приема препаратов (в основном неосознанный компонент).

Продолжение терапии пациентом устанавливалось двумя способами: на основании ответа больного на прямые вопросы о приеме препаратов, назначенных ему в нашей клинике, и на основании сопоставления терапии, назначенной

**Факторы, влияющие на регулярность терапии
(при оценке регулярности терапии со слов пациентов)**

Факторы	Регулярно	Не регулярно
Возраст [7–13]	—	Пожилой [9, 11]
Порядок поступления [7–9, 13]	В экстренном порядке [9, 13]	—
Причина поступления в стационар [7–10, 13, 14]	—	Декомпенсация ХСН [9, 13]
Тяжесть состояния [7–13]	Перенесенный инфаркт миокарда [9, 13]	—
Субъективная оценка пациентом своего состояния [7–13]	Хорошее самочувствие* [11]	
Внутренняя картина болезни [10, 12]	Сенситивная [10, 12]	Обсессивно-фобическая [10, 12] Анозогнозическая [10, 12]
Личностные характеристики пациента [10, 12]	Высокий уровень самопрятия и самообвинения Копинг-стратегии (преодоление стресса), направленные на эмоции (эмоциональная разрядка — плач, переживания злости, раздражения), связанные с ограничением жизни болезнью [10, 12]	Копинг-стратегии (преодоление стресса), направленные на решение задачи (проблемы) [10, 12]
Взаимоотношения с врачом [10, 12]	Высокая оценка пациентом своего лечащего врача [10, 12]	—
Удовлетворенность лечением [8, 9, 11, 13]	Удовлетворенность от лечения в настоящее время [11]	—

пациенту в клинике в момент выписки, и того лечения, которое он получает в настоящее время.

Регулярность терапии оценивалась на основании ответов пациента на вопросы о регулярности приема препаратов и о пропуске очередных доз медикаментов. Помимо этого, проводился учет выданного и возвращенного препарата (в тех исследованиях, в которых лекарство выдавалось пациентам бесплатно).

По результатам проведенных исследований мы можем утверждать, что продолжение пациентом терапии и степень выполнения врачебных назначений, т. е. регулярность терапии, являются различными критериями оценки приверженности к лечению, на которые влияют различные факторы.

Желание пациента активно участвовать в принятии медицинского решения изучалось нами в ходе исследования с наблюдением пациентов после выписки из стационара и оказалось никак не связано с дальнейшей приверженностью пациентов к длительному лечению [8, 13].

Субъективная оценка пациентом своего самочувствия — важный, но неоднозначно влияющий на его приверженность к терапии фактор. Хорошее самочувствие пациентов после выписки может приводить как к прекращению дальнейшей терапии, так и, наоборот, к повышению приверженности к длительному лечению. Пациенты, прекратившие прием всех препаратов, причинами своего поведения считали: хорошее самочувствие, недостаток материальных средств, забывчивость. При этом пациенты, продолжавшие прием сердечно-сосудистых

лекарственных средств, указывали следующие причины продолжения своего лечения: препараты улучшают самочувствие, их назначил врач, данное лечение продлевает жизнь. Пациенты, субъективно оценившие свое самочувствие как улучшившееся, чаще продолжали свое лечение и достоверно реже прекращали терапию [8, 9, 11, 13].

Факторы, влияющие на регулярность терапии (т. е. число пропусков в приеме таблеток), приведены в табл. 3.

Была установлена обратная связь самочувствия и частоты пропуска приема препаратов: пациенты, оценивавшие свое самочувствие как улучшившееся, реже, чем те, кто считал, что их самочувствие не изменилось, принимали препараты регулярно. Но пациенты, считавшие, что принимаемые препараты действуют именно на их самочувствие, т. е. на его улучшение, наоборот, принимали препараты более регулярно, чем те, кто считал, что препараты влияют не на самочувствие, а, например, на продление жизни. Субъективное улучшение самочувствия пациента увеличивает число пропусков в приеме препаратов.

В исследовании с наблюдением за пациентами с дислипидемией и высоким риском развития ИБС [11] для выявления факторов, влияющих на продолжение и регулярность терапии (по объективным данным учета выдачи — возврата препарата), было показано, что регулярность приема препарата была достаточно стабильной величиной как для всей группы пациентов (рис. 2), так и для каждого в отдельности, кто продолжал терапию.

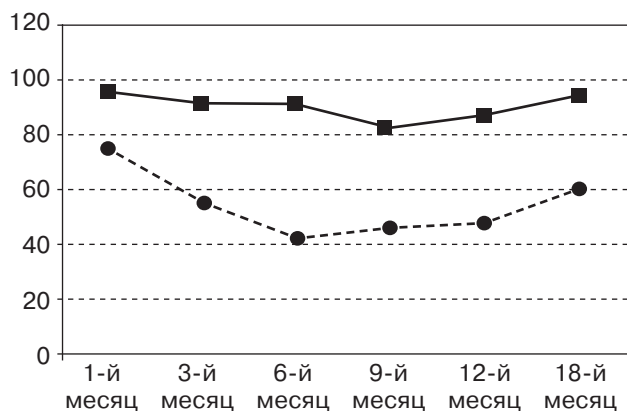


Рис. 2. Регулярность приема (учет выдачи/возврата аторвастатина) пациентами с дислипидемией [11]:
 —■— комплаенс 80–120%; -●- - часто пропускали прием препарата

Все пациенты осознанно согласились лечиться и наблюдаться в нашей клинике и как следствие — продолжали терапию. Отказом от лечения (в крайне редких случаях) были только объективные медицинские показания: 2% пациентов прекратили прием препарата по причинам впервые выявленных новообразований, 5% — из-за развития побочных эффектов (повышение уровня трансаминаз, креатинфосфокиназа), сопровождавшегося клиническими проявлениями, и только 3% отказались участвовать без объяснения причин.

Таблица 4

Факторы, влияющие на регулярность терапии статинами

Опрос пациентов	Учет выдачи/возврата препарата
Забывчивость	Субъективная оценка пациентом своего самочувствия
Хорошее самочувствие	Удовлетворенность лечением в настоящее время (амбулаторный этап)

С одной стороны, данное обобщение носит условный характер, так как исследования проводились в течение 5 лет по отличающимся друг от друга протоколам. С другой стороны, все они охватывали приблизительно одну категорию пациентов отделения кардиологии клинической больницы СГМУ, согласившихся участвовать в исследовании. В самих протоколах также было много общего: это были проспективные когортные исследования с включением пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находившихся на момент отбора на стационарном лечении в отделении кардиологии. Во всех случаях опрос и/или анкетирование пациентов проводились на стационарном этапе, в последующем — в режиме контрольных звонков. Состав врачей отделения за исследуемый период

также существенно не менялся. Все это делает возможным проведение данного обобщения, хотя и с указанными оговорками.

По результатам проведенных исследований продолжение терапии и регулярность приема препаратов были двумя различающимися параметрами. На длительное продолжение лечения влияло большое количество факторов, причем в наших исследованиях они часто повторялись, что подтверждает их неслучайность и воспроизводимость в аналогичных исследованиях (табл. 2). На регулярность терапии влияло меньшее число факторов (табл. 3). Более того, факторы, выявляемые при оценке регулярности приема препаратов на основании ответа пациентов, были похожи на факторы, влияющие на постоянство терапии, а факторы, выявленные при оценке регулярности на основании точного подсчета принятых/пропущенных таблеток, от них отличались. Скорее это связано с восприятием пациентами своего лечения: осознанное продолжение терапии ассоциируется у них с высокой мотивацией и более регулярным приемом таблеток по их собственным представлениям о своем лечении (отсюда и похожесть факторов по оценке самих пациентов). При этом при более объективной оценке регулярности терапии (т. е. оценки на основании подсчета числа реально пропущенных таблеток) в случае осознанного решения лечиться длительно (табл. 4) регулярность остается величиной постоянной и влияют на нее в основном только два фактора: забывчивость и самочувствие пациента (факторы, больше связанные с неосознанной частью его поведения).

В целом пациенты «тяжелые», но с определенными личностными характеристиками (высокая самооценочность, самопринятие, отсутствие «патологического» отношения к болезни, склонность к сотрудничеству с врачом («сотрудничество» в понимании самого пациента не включает его участия в принятии медицинских решений)), получающие от лечения то, что они хотят (высокая удовлетворенность лечением, высокая оценка лечащего врача), более склонны к продолжению длительной терапии и ее регулярности.

В настоящее время существует определенная «путаница» между понятиями — «приверженность к лечению» и «комплаенс» как в отечественной, так и в зарубежной литературе, и понятия «продолжение лечения» и его «регулярность» практически никак не разделены. Представляется, что подобный подход замедляет и усложняет исследование данной проблемы. Продолжение терапии и ее регулярность — совершенно разные понятия, в связи с чем возникает целесообразность анализировать их отдельно при изучении приверженности к лечению.

Проведенное исследование позволяет сделать заключение о том, что приверженность пациентов к лечению — сложное комбинированное понятие, с целым рядом факторов, влияющих разнонаправленно. В исследованиях по оценке приверженности

пациентов к лечению целесообразно анализировать отдельно регулярность приема препаратов и факт полного прекращения пациентом терапии. Для анализа того, как пациент лечится после выписки из стационара, целесообразно проводить оценку двумя способами: на основании ответов пациента о продолжении им лечения и сопоставления терапии, назначенной пациенту в клинике, и препаратами, принимаемыми им после выписки. Для анализа регулярности терапии необходимо

сопоставлять ответы пациентов о частоте пропусков отдельных доз и объективный учет числа выданных/возвращенных таблеток (разумеется, там, где это возможно). Субъективная оценка пациентом своего самочувствия — важный параметр, влияние которого на разных больных неоднозначно. Высокая оценка пациентом своего лечащего врача ассоциируется с повышением его приверженности к регулярному приему назначенных лекарственных средств.

Список литературы

1. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century.— London: DoH, 2001.— 120 p.
2. Osterberg L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // NEMJ.— 2005.— № 353.— P. 487–497.
3. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action.— Geneva: WHO, 2003.— 230 p.
4. Carter S. A question of choice — compliance in medicine taking, a preliminary review / S. Carter, D. Taylor, R. Levenson.— London: University of London School of pharmacy, 2001.— Available at: www.medicinespartnership.org Accessed 04 Dec 2012.
5. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking / The Royal pharmaceutical society of Great Britain. Working Party report.— 1998.— Available at: www.medicinespartnership.org Accessed 05 Dec 2012.
6. Reason J. T. Human error: models and management / J. T. Reason // BMJ.— 2000.— № 320.— P. 768–770.
7. Шварц Ю. Г. Контролируемое исследование влияния стандартизированных наглядных мотивирующих рекомендаций на приверженность к лечению кардиологических пациентов / Ю. Г. Шварц, Е. А. Наумова, Е. В. Тарасенко // Клин. фармакология и терапия.— 2007.— № 4.— С. 9–12.
8. Наумова Е. А. Приверженность к длительному лечению и хорошее самочувствие пациента / Е. А. Наумова, Е. В. Тарасенко, Ю. Г. Шварц // Современные наукоемкие технологии.— 2007.— № 9.— С. 53–54.
9. Наумова Е. А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук; спец. 14.00.06 «Кардиология» / Е. А. Наумова; ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет».— Саратов, 2007.— 236 с.
10. Строкова Е. В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца / Е. В. Строкова, Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Современные исследования социальных проблем.— 2012.— № 1.— С. 1169–1190.
11. Строкова Е. В. Динамика аффективных расстройств на фоне длительного приема аторвастатина, отношение к болезни и приверженность к лечению статином пациентов с высоким риском развития ИБС / Е. В. Строкова, Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Современные проблемы науки и образования.— 2011.— № 6.— С. 18–28.
12. Строкова Е. В. Многофакторный анализ приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук; спец. 14.01.05 «Кардиология» / Е. В. Строкова; ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России.— Саратов, 2012.— 25 с.
13. Тарасенко Е. В. Приверженность к длительному лечению и факторы, на нее влияющие / Е. В. Тарасенко, Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Фундаментальные исследования.— 2007.— № 9.— С. 57–58.
14. Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? / N. Barber // Qual. Saf. Health Care.— 2002.— № 11.— P. 81–84.

ПРОБЛЕМА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Є. О. НАУМОВА, О. М. СЕМЕНОВА, О. В. СТРОКОВА, Ю. Г. ШВАРЦ

Проведено аналіз чинників, що впливають на прихильність до тривалого лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Використано поділ некомплаєнса на свідомий (свідоме припинення або продовження лікування) і несвідомий (регулярність прийому препаратів). Продовження пацієнтом терапії і регулярність прийому ліків є істотно різними критеріями оцінки прихильності до лікування.

Ключові слова: прихильність до лікування, невиконання лікарських рекомендацій, продовження терапії, регулярність терапії, комплаєнс.

**THE PROBLEM OF ADHERENCE TO LONG-TERM TREATMENT OF PATIENTS
WITH CARDIOVASCULAR DISEASES**

E. A. NAUMOVA, O. N. SEMENOVA, E. V. STROKOVA, Yu. G. SHWARTZ

The article analyzes the factors influencing the adherence to long-term therapy in patients with cardiovascular diseases. Division of non-compliance into intentional (intentional stop of treatment or continued treatment) and unintentional (regular drugs taking) is used. Continuation of long-term treatment and regularity of drug taking are significantly different criteria of assessment of adherence to treatment.

Key words: adherence to treatment, non-compliance with medical recommendations, continuation of the therapy, regularity of therapy, compliance.

Поступила 11.02.2014