

Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему

Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России. Москва, Россия

Проблема приверженности лечению — одна из наиболее значимых для современной медицины и общества. В статье рассматриваются основные аспекты проблемы приверженности терапии: современный взгляд на вопросы терминологии по данной проблеме, классификацию различных факторов, влияющих на приверженность, методы диагностики приверженности, представлен краткий обзор способов улучшения приверженности, предлагаемых современной наукой для использования в клинической практике. Подтверждена необходимость рассмотрения вопросов, связанных с приверженностью терапии, с обязательным учетом качества этой терапии, т.к. только приверженность пациентов качественному лечению позво-

лит достичь его главных целей: улучшению прогноза заболевания, жизни и повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: приверженность, многофакторность, качество лечения.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(1): 91–95
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-91-95>

Поступила 08/11-2016

Принята к публикации 15/11-2016

Treatment adherence: modern view on a well known issue

Lukina Yu. V., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu.

National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health. Moscow, Russia

The treatment adherence problem is one of the most significant for medicine and society. The article focuses on the main aspects of the adherence problem: modern view on terminology of this issue, various factors classification influencing adherence, diagnostics of adherence. A review is presented of the ways to improve adherence, that are provided by modern science to apply into clinical practice. The necessity confirmed, to consider the issues related to adherence, with obligatory

taking the quality of such therapy, as only high quality treatment can be, being adhered, successful in the main goals: improvement of prognosis of the disease and life, improvement of patients life quality.

Key words: adherence, compliance, multifactority, treatment quality.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(1): 91–95
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-91-95>

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ВР — врачебные рекомендации, КР — клинические рекомендации.

Введение

Проблема приверженности выполнению врачебных рекомендаций берет свое начало у истоков медицины, однако наибольшего развития и значимости она достигла в эру бурного развития фармакологии и фармакотерапии. Научному изучению проблемы приверженности скоро исполнится полвека: первая публикация, посвященная вопросам выполнения пациентами врачебных назначений, датируется 1967г, и число научных работ по этой теме неуклонно растет из года в год. Это свидетельствует о высокой значимости проблемы приверженности, что было отмечено в специальном докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2003г [1]. Вопросы приверженности не потеряли своей актуальности в наше время: десятилетие спустя после доклада ВОЗ, на европейских, американ-

ских, азиатских, всемирных конгрессах по различным вопросам медицины и здравоохранения проблема приверженности остается в ряду ведущих и особо значимых тем.

В настоящее время неудовлетворительная приверженность является еще одним доказанным фактором риска при любых заболеваниях, который снижает эффективность и повышает затраты на лечение, увеличивает риск развития различных осложнений, ухудшает прогноз заболевания и жизни [2, 3]. Наиболее уязвимыми в отношении неудовлетворительной приверженности лечению являются пациенты с хроническими заболеваниями, протекающими малосимптомно или бессимптомно, требующими длительного, нередко, пожизненного, выполнения врачебных рекомендаций [2, 4, 5].

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: yuvlu@mail.ru

[Лукина Ю. В.* — к.м.н., с.н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, Кутишенко Н.П. — д.м.н., руководитель лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии].



Рис. 1 Терминология по проблеме приверженности.

Результаты многочисленных работ выявили ряд фактов и особенностей рассматриваемой проблемы. Во-первых, отмечено большое многообразие терминов по теме приверженности, что свидетельствует о ее многозначности. Во-вторых, выявлено очень большое количество факторов, оказывающих влияние на приверженность лечению, что существенно усложняет задачи по решению этой проблемы. В-третьих, до сих пор так и не найдены метод “золотого стандарта” диагностики и универсальная стратегия повышения приверженности лечению. За последние 30 лет ряд исследователей, в принципе, отмечает отсутствие заметного прогресса в исследовании проблемы приверженности и малую эффективность большинства предложенных способов по ее улучшению. Таким образом, целый ряд вопросов по проблеме приверженности в настоящее время выглядят нерешенными.

Терминология по проблеме

Историю изменений научных представлений о приверженности и способах решения этой проблемы можно проследить по истории появления разнообразных терминов, связанных с этой тематикой [6]. Первоначально в научных публикациях применялся термин “compliance” (англ. — податливость), в настоящее время используемый все реже, преимущественно, в случаях отражения факта количественного использования лекарственного препарата. При смене патерналистской модели поведения в отношениях “врач-пациент” на модель сотрудничества, появился термин — “concordance” (англ. — согласие), подчеркивающий большую вовлеченность больного в процесс лечения. Наиболее популярным, вытеснившим предшествующие

термины, стало понятие “adherence” (англ. — приверженность, следование), заключающее в себе основной смысл словосочетания “приверженность терапии”, как степень соблюдения врачебных рекомендаций (ВР). Для обозначения продолжительности выполнения больным различных назначений врача используется термин “persistence” (англ. — упорство, настойчивость) [6]. Появляются различные уточняющие эпитеты, отражающие различные аспекты основного понятия:

- намеренная (intentional) — сознательное невыполнение рекомендаций врача, отказ от лечения, и непреднамеренная (unintentional) — как правило, связанная с забывчивостью — приверженность, точнее, неприверженность;
- потенциальная — готовность пациента выполнять назначения врача, и фактическая — реальное следование ВР;
- устойчивые словосочетания: приверженность белого халата — повышение приверженности лечению перед визитом к врачу, “здоровая” приверженность — характеризует модель поведения, свойственную человеку, который самостоятельно стремится к здоровому образу жизни и выполнению всех рекомендаций по улучшению здоровья [3, 5-8].

Помимо термина “приверженность” в английском языке появилось антонимичное ему понятие “неприверженности” (nonadherence), которое по аналогии с приверженностью включает ряд терминов: “defaulting” (англ. — невыполнение обязательств) — отказ больного начинать прием лекарственных препаратов; “nonpersistence” (соответственно, неустойчивость) — несогласие принимать препараты длительно, досрочное самостоятельное

прекращение терапии; рациональная неприверженность — отказ от лечения из-за нежелательных явлений последнего [9] (рисунок 1).

Терминология по проблеме приверженности обычно англоязычная: в русском языке все многообразие терминов вмещает в себя слово “приверженность”, используемое иногда с рядом эпитетов; в ряде случаев, также переводных: намеренная, непреднамеренная, потенциальная, фактическая и т.д. С точки зрения филологии использование термина “приверженность (к) лечению” в русском языке неверно, однако других вариантов и замены этому словосочетанию, ошибочному с точки зрения лексической и семантической сочетаемости, не предложено [10].

Диагностика приверженности

Следует отметить, что метода “золотого стандарта” для диагностики приверженности к лечению до сих пор не существует — ни один из предлагаемых в настоящее время способов не является абсолютно надежным. Все методы подразделяются на прямые — измерение концентраций препаратов и их метаболитов в различных биологических средах: моча, кровь, слюна и др. Эти методы сложно применимы в рутинной клинической практике, дороги, к тому же, в связи с целым рядом этических моментов, доступны к использованию только в рамках клинических исследований, в которых получено согласие пациента на забор у него биологического материала. К косвенным способам оценки приверженности относятся анкетирование и опрос больных, оценка дневников самоконтроля пациентов, подсчет использованного препарата, учет выписанных и реализованных рецептов, оценка различных физиологических маркеров и клинического ответа пациентов, использование различных электронных устройств, начиная от встроенных электронных “чипов” в упаковки препарата и заканчивая современными системами мониторинга приема лекарственных препаратов, состоящих из принимаемого внутрь микросенсора, который активируется в желудочном соке, и наружного датчика, регистрирующего сигналы микросенсора [11, 12]. Последние методы хотя и обладают большей объективностью результатов, однако очень дороги и пока не находят широкого применения в рутинной клинической практике.

Многофакторность приверженности

Сложность решения вопросов, связанных с приверженностью лечению, может объясняться многофакторностью данной проблемы: по данным ВОЗ определено >250 факторов, в той или иной степени влияющих на соблюдение больными ВР. Согласно классификации ВОЗ эти факторы подразделяют на 5 групп: факторы, связанные с пациентами, факторы, связанные с врачами и организацией системы здравоохранения, факторы лекар-

ственной терапии, факторы заболевания и группа социально-экономических факторов [1]. Наиболее хорошо изученной является группа факторов, связанных с пациентами. Однако в результатах многочисленных исследований единообразие данных по данному вопросу отсутствует. Возможными факторами плохой приверженности выполнению ВР разные авторы называют молодой и старческий возраст, мужской пол, низкий уровень доходов, курение, забывчивость, недоверие к врачу, неверие в успех терапии и др. [13, 14]. По мнению других авторов в настоящее время все большее влияние приобретают факторы, связанные с врачами и организацией системы здравоохранения. Бесспорно и значительное влияние группы факторов фармакотерапии [15, 16]. Врачи не всегда назначают лекарственные препараты согласно клиническим рекомендациям (КР) или отменяют препараты с доказанным действием, назначенные в других медицинских учреждениях; нередко инертны в достижении целевых уровней показателей эффективности проводимой терапии, часто безынициативны в выявлении, определении и регистрации нежелательных явлений лекарственного лечения; не следуют положениям официальных инструкций к лекарственным средствам; иногда рекомендуют медикаментозные препараты с недоказанной эффективностью или относящиеся к III классу КР, что соответствует вреду и/или отсутствию пользы от назначения такого лекарственного средства. В таких случаях хорошая приверженность пациента выполнению ВР будет скорее во вред, чем во благо его здоровью. Таким образом, проявляется неразрывная связь проблемы приверженности терапии с вопросами качества этой терапии.

Методы повышения приверженности.

Единая стратегия по повышению приверженности лечению до настоящего времени не разработана, рядом авторов предпринята попытка определить ключевые позиции стратегии. Согласно предложенной Osterberg L и Blaschke T. классификации, все методы улучшения приверженности можно объединить в четыре группы:

— повышение информированности пациентов, т.к. доказано, что человек лучше привержен тем действиям, смысл и цель которых он знает и понимает. С этой целью для больных различными заболеваниями или с факторами риска организуют специальные школы здоровья. Привлечение родственников больного к процессу лечения нередко способствует повышению приверженности терапии;

— оптимизация режима приема лекарственных препаратов. Отмечено, что наилучшим в плане приверженности является режим: “одна пилюля один раз в день”. Однако, учитывая обширную коморбидность, имеющуюся у современных пациентов,

такой режим лечения является крайне редким. Поэтому, для реализации методов данной группы, применяют различные напоминания: создание специальных упаковок лекарственных препаратов с указанием дней недели, времени приема (утро-вечер) лекарства; рассылка sms-сообщений, телефонные звонки больным и др.;

- улучшение доступности медицинской помощи, в т.ч. уменьшение времени ее ожидания;

- создание качественных отношений врач-пациент, обеспечивающих высокую степень доверия больных своим лечащим докторам. Главная задача в осуществлении методов этой группы, а также первой группы, является грамотное, качественное, информативное, достаточное по времени консультирование пациентов [11].

С другой стороны, требуют разрешения вопросы, связанные с врачебной приверженностью выполнению КР. Согласно клиническому руководству NEHI (New England Healthcare Institute), являющегося частью крупного проекта по усовершенствованию системы здравоохранения США, улучшению приверженности врачей способствуют следующие 5 направлений:

- внедрение инноваций в процесс создания и использования КР: привлечение врачей в процесс разработки и обсуждения КР; проведение новых исследований для дальнейшего развития и улучшения КР; создание “работающих” КР, чему способствует ясность и языковая доступность, простота изложения, высокая доказательность, эффективность в достижении желаемых целей, удобство для использования в клинической практике и гибкость подходов (возможность индивидуализации), применение мультидисциплинарных решений (врачи, организаторы здравоохранения, страховщики и др.), обязательное документирование и регулярные обновления КР в свете введения новых достижений науки.

- обучение врачей применению КР в своей клинической практике, начиная со студенческой скамьи и на протяжении всей профессиональной карьеры.

- обмен информацией между врачами, что позволяет работникам практического здравоохранения сравнить данные своей работы с результатами других врачей, способствует повышению приверженности КР.

- инвестиции в информационные (ИТ) инновации, упрощающие использование КР в клинической практике и помогающие врачам в принятии клинических решений.

- совершенствование системы медицинского страхования в ракурсе повышения заинтересованности врачей придерживаться КР на практике [17].

В РФ также предпринимаются первые шаги по усовершенствованию образовательной системы

в области медицины и здравоохранения, в частности, вводится балльная аккредитация медицинских работников в рамках новой системы непрерывного медицинского образования.

Современный взгляд на проблему

Анализ вышеперечисленных аспектов проблемы приверженности терапии выявил следующие факты: при всей важности и признанной значимости группы факторов, связанных с пациентами, и близкой к ней группы факторов заболевания, по-видимому, точка приложения усилий по улучшению приверженности должна быть смещена в сторону факторов двух оставшихся групп: связанных с врачами и с лекарственным лечением. По аналогии с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, факторы групп пациента и заболевания, чаще выглядят, как немодифицируемые, т.к., действительно, сложно поддаются изменениям или не поддаются им вовсе. Именно поэтому большинство современных мер по улучшению приверженности терапии выглядят малоэффективными и в целом дают неудовлетворительные, разочаровывающие результаты. Похоже, что врачебному сообществу в вопросах решения проблемы приверженности придется начинать с себя. Врач должен, во-первых, предоставить пациенту полную информацию о его заболевании, осложнениях болезни, прогнозе здоровья и жизни, основных способах лечения и его задачах, с целью создать мотивацию на строгое и регулярное выполнение всех лечебных и профилактических ВР, во-вторых, назначить качественное лечение, соответствующее современным КР и учитывающее все имеющиеся у пациента показания/противопоказания к назначению такой терапии, что еще раз подчеркивает тесную взаимосвязь и необходимость рассмотрения вопросов приверженности с учетом качества терапии. В связи с этим фактом хорошо известное изречение американского детского хирурга Купа Ч. Э. — “лекарства не действуют, если больной не принимает их” — можно заменить следующим: “Бессмысленно принимать препараты с недоказанным эффектом”. Комплексное исследование проблемы приверженности с учетом качества назначаемого лечения до настоящего времени не проводилось. Безусловно, необходимо признать, что для увеличения степени соблюдения больными всех врачебных назначений следует использовать все имеющиеся в арсенале современной медицины способы, улучшающие приверженность.

Заключение

Несмотря на пять десятилетий, посвященных исследованию научно-клинических вопросов, касающихся приверженности терапии, в настоящее время множество из них так и не решено. Проблема приверженности была и остается одной из самых сложных и трудно решаемых, что при-

знают большинство авторов, занимающихся изучением данной темы. Вероятней всего, это объясняется тем, что в приверженность вносят свой вклад очень большое количество факторов, влияющих на совершенно разные стороны этого многогранного и многоликого (судя по многочисленным тер-

минам) понятия, одним из немаловажных аспектов которого является неотделимость от вопросов качества назначаемого лечения. По-видимому, дальнейшее изучение и решение проблемы приверженности должно идти именно в этом направлении.

Литература

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003; 211 pp.
2. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* 2013; 34: 2940-8.
3. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence. Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009; 119: 3028-35.
4. Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Service Research*, 2007; 7: 55.
5. Pruijm M, Schneider M-P, Burnier M. Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension. *ESH scientific letter*, 2010; 11 (7) available at www.viamedical.pl
6. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence terminology and definition. *Value in Health*, 2008, 11(1): 44-7.
7. Martsevich SY, Navasardyan AR, Kutishenko NP, et al. The assessment of compliance to the use of new oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation according to the PROFILE register. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2014; 10(6): 625-30. Russian (Марцевич С.Ю., Навасардян А.Р., Кутишенко Н.П., Захарова А.В. Оценка приверженности к приему новых оральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий по данным регистра ПРОФИЛЬ. *РФК* 2014; 10(6): 625-30).
8. Laufs U, Retting-Ewen V, Bohm M. Strategies to improve drug adherence. *Eur Heart J* 2011; 32: 264-8.
9. Levina IL. On the term "adherence (to) treatment". *Bulletin of the Kuzbass scientific centre*. 2013; 17: 51-3. Russian (Левина И.Л. О понятии "приверженность (к) лечению". *Вестник Кузбасского научного центра* 2013; 17: 51-3).
10. Garner JB. Problems of nonadherence in cardiology and proposals to improve outcomes. *Am J Cardiol* 2010; 105: 1495-501.
11. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.
12. Eisenberger U, Wüthrich RP, Bock A, et al. Medication adherence assessment: high accuracy of the new Ingestible Sensor System in kidney transplants. *Transplantation* 2013; 96(3): 245-50.
13. Warren JR, Falster MO, Fox D, et al. Factors influencing adherence in long-term use of statin. *Farmacoeconomics and drug safety*. 2013 Published online: [wileyonlinelibrary.com](http://www.wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/pds.3526
14. Khokhlov AL, Lisenkova LA, Rakov AA. Analysis of the determinants of adherence to antihypertensive therapy. *Good clinical practice* 2003; (4): 59-66. Russian (Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная клиническая практика* 2003; (4): 59-66).
15. AB E, Denig P, van Vliet T, Dekker J. Reasons of general practitioners for not prescribing lipid-lowering medication to patients with diabetes: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2009 21; 10: 24.
16. Caulina EM, Didur MD. The problem of low adherence of physicians outpatient practices to undertake comprehensive rehabilitation of patients with arterial hypertension. *Scientific notes of Saint-Petersburg state medical University n.a. Acad. I. P. Pavlov*, 2009; 1: 65 p. Russian (Каулина Е.М., Дидур М.Д. Проблема низкой приверженности врачей амбулаторной практики к проведению комплексных реабилитационных мероприятий у больных артериальной гипертензией. *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова* 2009; 1: 65 с).
17. Improving physician adherence to clinical practice guidelines. *Barriers and strategies for change*. *New England Healthcare Institute* 2008; 55 pp.