

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ГЕРИАТРИИ

В. И. Березуцкий

Днепровский государственный медицинский университет, г. Днепр, Украина,  
[berezui@ua.fm](mailto:berezui@ua.fm)

**Введение.** В последние десятилетия исследователи отмечают увеличение несоответствия между возможностями современных медикаментозных методов лечения и реальными результатами. Одной из наиболее веских причин является низкая приверженность пациентов к терапии [1]. Неточное соблюдение врачебных рекомендаций приводит к прогрессированию заболевания, увеличению длительности и стоимости лечения, развитию осложнений и побочных эффектов. Это, в свою очередь, порождает недоверие у пациента как к врачу, так и к самой идее успешного лечения. Системный анализ результатов 79 исследований (общее число клинических случаев 230 000) установил, что низкая приверженность пациентов с хроническими заболеваниями к медикаментозному лечению приводит к значительному росту финансовых затрат на лечение – в среднем на 83 %. Установлено, что неприверженность к медикаментозному лечению (от англ. *medication non-adherence*) приводит к повышению частоты госпитализации в 2 раза [2].

Проблема комплаенса (от англ. *compliance*) существует столько же, сколько и медицина. Еще в Библии описывается история сирийского военачальника Неемана, который не хотел выполнять советы пророка Илии по лечению проказы. Известна цитата Гиппократа: «Врач должен знать, что пациенты часто лгут, когда говорят, что они принимали лекарства». «Крылатой» стала фраза известного американского хирурга Чарльза Эверетта Купа: «лекарства не помогают, если пациенты не принимают их» [3]. Частота встречаемости «нон-комплаенса» (от англ. *non-compliance*) при хронических заболеваниях, требующих длительной терапии, достигает 60 %. Существует мнение, что полный комплаенс – это всего лишь срединная точка на широком континууме степени приверженности больных проводимой терапии (от полного или частичного сопротивления терапии до злоупотребления ею) [4]. Многочисленные исследования подтверждают сложности достижения комплаентности у больных всех возрастных категорий. Проблема комплаентности полиэтиологична и многогранна, она имеет множество аспектов. Причины снижения приверженности к терапии могут быть самые различные, и они далеко не всегда связаны именно с самим пациентом. Влияние различных факторов на формирование комплаентности раскрывается в их взаимосвязи. Ни один из них по отдельности не оказывает определяющего влияния [5].

**Материалы и методы.** Данная статья имеет целью высветить специфику факторов, влияющих на комплаенс пациентов пожилого и старческого возраста. Гериатрическая группа – преобладающая не только у врача широкого профиля (терапевт, семейный врач), но и у врачей большинства специальностей. Демографическая ситуация, определяющая такое положение дел в последние десятилетия характерна не только для Украины, которую смело можно назвать страной пенсионеров, но и для стран Евросоюза. В США доля людей старше 60 лет составляет

12 %, при этом они потребляют примерно 30 % всех выписываемых в этой стране препаратов. Отсутствие комплаенса у пожилых пациентов встречается на 30 % чаще, чем у людей среднего возраста [6]. Для достижения цели был проведен анализ научных публикаций по проблеме приверженности пожилых пациентов медикаментозной терапии. Для анализа были использованы научные работы, изданные в 2017–2021 годах в журналах, индексируемых в наукометрических базах Scopus, WebOfScience, MedLine и PubMed.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Аналитические исследования причин низкой приверженности фармакотерапии у пожилых пациентов выявили влияние нескольких факторов. Социально-экономический фактор оказывает сильнейшее влияние на комплаентность гериатрических пациентов, особенно в современных условиях кризиса. Стоимость назначенных к приему препаратов часто превышает доходы пенсионера и ставит его в еще большую зависимость от работоспособных родственников. Психология любого человека очень сильно зависит от его доходов и определяет его оценку необходимости в тех или иных товарах и услугах. Сочетание нескольких хронических длительно текущих заболеваний значительно увеличивает количество необходимых для постоянного приема препаратов и, соответственно, – расходы на лечение. Необходимость приема нескольких препаратов негативно сказывается на приверженности пациента даже при очень малой стоимости: существует хорошо известная обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью. При увеличении количества принимаемых препаратов от одного до четырех в день вероятность выполнения назначений больными старше 65 лет снижается вдвое, у больных моложе 65 лет эта зависимость выражена значительно слабее [7]. Кроме того, многокомпонентные и сложные схемы приема препаратов порождают опасения в возникновении побочных эффектов, что обеспечивает отрицательный плацебо-эффект.

Другой важной особенностью, затрудняющей достижение комплаенса, является характерная для гериатрических пациентов полиморбидность (сочетание нескольких длительно протекающих хронических заболеваний) – по статистике у пожилых и старых людей в среднем выявляется до 8 значимых хронических заболеваний одновременно. Полиморбидность гериатрического пациента определяет необходимость наблюдения у нескольких узких специалистов одновременно, что неминуемо порождает полипрагмазию. Даже если каждый из специалистов старается учитывать всю сочетанную патологию (а это, к сожалению, бывает не часто), он назначает не менее 3–4-х препаратов. Нетрудно представить, что общий список будет состоять из 15–20 препаратов и, даже если пациент пытается первое время выполнять все назначения, быстрое появление побочных эффектов сводит комплаенс к нулю [8]. Выраженность побочных эффектов может быть такова, что невольно вспоминается выражение Френсиса Бекона о том, что «лекарство от болезни может быть хуже самой болезни». Проследить связь этих побочных эффектов с отдельными лекарствами при таком количестве принимаемых препаратов крайне сложно. Побочные эффекты – очень важный фактор снижения приверженности терапии в гериатрии. Возрастное снижение функции дезинтоксикационных систем, усиленно прогрессирующее на фоне

хронических заболеваний, создает самые благоприятные условия для их проявления вследствие относительной передозировки [9]. Необходимость приема нескольких групп препаратов усугубляет ситуацию. Абсолютная передозировка, как правило, вызвана забывчивостью вследствие когнитивных нарушений на фоне дисциркуляторной энцефалопатии. Сосудистая деменция той или иной степени выраженности встречается у большинства гериатрических пациентов. У больных отмечаются ослабление памяти на прошлые и текущие события, снижение уровня суждений, астения, заторможенность психических процессов. Дисциркуляторные расстройства снижают слух и остроту зрения. Найти взаимопонимание с человеком, который плохо видит, плохо слышит, плохо понимает увиденное и услышанное и, вдобавок ко всему, очень часто в плохом настроении – задача крайне непростая [10]. Возрастные изменения фармакодинамики и фармакокинетики у пожилых людей вызваны снижением ферментативной активности печени и скорости метаболизма препаратов; уменьшением проникновения препаратов в ткани; снижением функциональных возможностей почек; уменьшением связывания препаратов с белками крови; изменения чувствительности рецепторов. Значительно чаще у пожилых больных развивается синдром отмены, особенно это ощутимо в отношении гипотензивных и психотропных препаратов. Еще один важный фактор, который необходимо учитывать, – психологические особенности пожилого человека. Бесспорно, что ключевой вопрос комплаентности любого пациента, это вопрос доверия лечащему врачу. Многие пациенты, как и Вольтер, считают, что *«доктора – это те, кто прописывают лекарства, о которых мало знают, чтобы лечить болезни, о которых они знают еще меньше, у людей, о которых они не знают вообще ничего»*. Завоевать доверие человека преклонного возраста значительно труднее. С высоты своего жизненного опыта пожилой пациент не только своих вполне солидных по положению в обществе детей и внуков не воспринимает всерьез, но и к врачу может относиться снисходительно [11]. Кроме того, старость – это период жизни человека, который не часто воспринимается позитивно самим человеком. Изменение социального статуса, смена образа жизни, сужение круга общения сказывается на психологическом статусе. В гериатрической практике очень важно отношение членов семьи к пожилому человеку и его болезни. Пожилой пациент очень часто зависит от семьи не только финансово, но и физически. Поэтому комплаентность родственников больного не менее важна. Масштабное исследование норвежских гериатров показало, что эффективность фармакотерапии существенно возрастает, когда лечение пожилых людей в домашних условиях проводится при взаимодействии между гериатром и лечащим врачом [12].

Кроме перечисленных факторов, определяющих комплаентность пожилого пациента, есть еще множество других, связанных с особенностями заболевания, с системой здравоохранения и самим лечащим врачом. Именно он должен учитывать все эти влияния с целью достижения максимальной приверженности пациента. Врач – самый влиятельный агент формирования комплаентности, его авторитет и личностные свойства приобретают особое значение. Гиппократ наставлял помнить о том, что успех врачевания во многом определяется доверием пациента к врачу: *«Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и как таковой значительным и*

человеколюбивым». Тесные и устойчивые связи, которые обычно формируются в гериатрической практике между врачом и пациентом, помогают добиться взаимопонимания. Пациент и его семья проникаются пониманием необходимости выполнения назначений врача, и для этого необходимо предоставление подробной информации в доступной форме. Врач понимает и учитывает при назначении лечения все особенности пожилого пациента и его семьи. Существуют уже оправдавшие себя на практике «технические» приемы решения типичных проблем комплаентности. Так, с целью исключения полипрагмазии лечащий врач берет на себя роль координатора стратегии и тактики ведения пациента и согласовывает назначения всех специалистов [13].

Уильям Ослер писал: «начинающий врач выписывает по двадцать лекарств для каждой болезни; опытный врач – одно лекарство на двадцать болезней». Для уменьшения количества назначений из плана лечения убираются препараты, дублирующиеся по эффекту. Предпочтение при выборе фармпрепаратов отдается лекарствам, обеспечивающим множественные эффекты. Для снижения кратности приема (а соответственно – их количества) выбираются пролонгированные препараты суточного действия. Снижение общего количества приемов достигается также назначением комбинированных препаратов. Известно, что на отношение пациента к лекарству влияет даже его внешний вид и органолептические свойства. Все перечисленные действия позволяют снизить финансовые затраты на терапию, что чрезвычайно важно для повышения комплаентности. Если есть необходимость, возможно дальнейшее снижение стоимости лечения путем замены оригинальных препаратов на генерические. Для преодоления сложностей, обусловленных когнитивными расстройствами, можно использовать различные «напоминалки» (от табличек с крупным шрифтом до электронных гаджетов). Всегда актуально контролирующее участие как родственников, так и самого врача [14].

**Заключение.** Таким образом, достижение высокой приверженности терапии пожилых пациентов возможно за счет комплекса мероприятий, главная организационная роль в котором принадлежит лечащему врачу. Основные условия обеспечения высокой приверженности медикаментозной терапии пожилых пациентов: координирующая роль семейного врача; консультативная помощь гериатра; максимально простые схемы фармакотерапии; приоритет назначения пролонгированных и многокомпонентных препаратов; контроль приема препаратов со стороны членов семьи пожилого пациента; обучение пациента методам самоконтроля приема препаратов; мониторинг функции печени и почек по данным лабораторного исследования. Применение данных принципов фармакотерапии при работе с пожилыми пациентами позволит существенно повысить эффективность проводимого лечения.

### Литература

1. **A systematic** overview of systematic reviews evaluating medication adherence interventions / L. J. Anderson [et al.] // *Am. J. Health-Syst. Pharm.* – 2020. – Vol. 77 (2). – P. 138–147.
2. **Medication** adherence trajectories: a systematic literature review / M. Alhazami [et al.] // *J. Manag. Care Spec. Pharm.* – 2020. – Vol. 26 (9). – P. 1138–1152.
3. **Drugs** don't work in patients who don't take them / J. Lindenfeld [et al.] // *Eur. J. Heart Fail.*

- 2017. – Vol. 19 (11). – P. 1412–1413.
4. **Mohiuddin, A. K.** Patient Compliance: Fact or Fiction? / A. K. Mohiuddin // *Innov. Pharm.* – 2019. – Vol. 10 (1). – P. 3–11.
5. **Mohiuddin, A. K.** Risks and Reasons Associated with Medication Non-Adherence / A. K. Mohiuddin // *J. Clin. Pharm.* – 2019. – Vol. 1 (1). – P. 50–53.
6. **Pharmacoepidemiology** in older people: Purposes and future directions / M. Laroche [et al.] // *Therapies.* – 2019. – Vol. 74 (2). – P. 325–332.
7. **Daily** Medication Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal / D. Gomes [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* – 2020. – Vol. 17 (1). – P. 200–209.
8. **How** chronic is polypharmacy in old age? A longitudinal nationwide cohort study / J. Wastesson [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2019. – Vol. 67 (3). – P. 455–462.
9. **Medication** Discrepancies in Discharge Summaries and Associated Risk Factors for Elderly Patients with Many Drugs / G. Caleres [et al.] // *Drugs – Real World Outcomes.* – 2020. – Vol. 7 (1). – P. 53–62.
10. **Complexity** of Medication Regimen Prescribed on Hospital Discharge in Paediatric and Geriatric Patients with Psychiatric Disorder / A. Kamath [et al.] // *J. Young Pharm.* – 2017. – Vol. 9 (3). – P. 395–402.
11. **Ross, A.** “At 80 I Know Myself”: Embodied Learning and Older Adults’ Experiences of Polypharmacy and Perceptions of Deprescribing // *Gerontol Geriatr Med.* – 2019. – Vol. 5. <https://doi.org/10.1177/2333721419895617>
12. **Cooperation** between geriatricians and general practitioners for improved pharmacotherapy in home-dwelling elderly people receiving polypharmacy / R. Romskaug [et al.] // *Trials.* – 2017. – Vol. 18 (1). – P. 158–164.
13. **Effect** of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial / R. Romskaug [et al.] // *JAMA Internal Medicine.* – 2019. – Vol. 179 (7). – P. 912–919.
14. **Wood, J. G.** The Role of Patient Adherence Programs in Activation and Improved Outcomes / J. G. Wood // *Lynchburg Journal of Medical Science.* – 2019. – Vol. 1 (2). – Available at: <https://digitalshowcase.lynchburg.edu/dmsjournal/vol1/iss2/38>