

Березуцкий В. И.

*кандидат медицинских наук, доцент
ГУ «Днепропетровская медицинская академия»*

Кравченко А. И.

*кандидат медицинских наук, ассистент
кафедры пропедевтики внутренней медицины
ГУ «Днепропетровская медицинская академия»*

ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА В ГЕРИАТРИИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Аннотация: Статья посвящена проблеме приверженности терапии больных пожилого и старческого возраста. На основе обзора научной литературы проведен анализ медицинских, психологических и социальных аспектов комплаентности в гериатрии. Проанализированы существующие способы повышения комплаентности пожилых людей, дана оценка их эффективности.

Анотація: Стаття присвячена проблемі прихильності терапії хворих похилого та старечого віку. На основі огляду наукової літератури проведено аналіз медичних, психологічних і соціальних аспектів комплаентності в гериатрії. Проаналізовано існуючі способи підвищення комплаентності літніх людей, дана оцінка їх ефективності.

Summary: The article covers a problem of middle- and old aged patients compliance. On the basis of scientific literature we have conducted analysis of medical, social and psychological aspects of compliance in geriatrics. Thus, the current methods of increasing compliance have been studied and the efficiency of them has been estimated.

В последние годы увеличивается число работ, посвященных выполнению пациентом назначений врача. На фоне наблюдающегося несоответствия между возможностями современных методов лечения и реальными успехами здравоохранения актуальность этой проблемы очевидна. При описании проблемы используются термины «комплаенс» (англ. *compliance* – согласие); и «приверженность к лечению» (*adherence*), являющиеся по сути дела синонимами и отражающие степень соответствия поведения больного рекомендациям врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других терапевтических мероприятий [1]. Чаще всего эти понятия применяют по отношению к медикаментозному лечению и измеряют степень приверженности количественно, оценивая соотношение принятых/назначенных больному доз препарата [2]. И хотя не существует единой общепризнанной системы оценки комплаентности и даже смысловое содержание у различных авторов отличается, ее значение трудно переоценить. Доказана четкая зависимость между приверженностью к терапии и эффективностью последней [3]. Неточное соблюдение врачебных рекомендаций приводит к прогрессированию заболевания, увеличению длительности и стоимости лечения, развитию осложнений и побочных эффектов. Это в свою очередь порождает недоверие пациента как к врачу, так и к самой идее успешного лечения [4].

Проблема комплаенса существует столько же, сколько и медицина. Еще в Библии описывается история сирийского военачальника Неемана, который не хотел выполнять советы пророка Елисея по лечению проказы. Известна цитата Гиппократов: «Врач должен знать, что пациенты часто лгут, когда говорят, что они принимали лекарства». Частота встречаемости «нонкомплаенса» очень велика, при хронических заболеваниях, требующих длительной терапии, она достигает 60% [5]. Существует мнение, что «полный комплаенс – это всего лишь срединная точка на широком континууме степени

приверженности больных проводимой терапией (от полного или частичного сопротивления терапии до злоупотребления ею) [6]. Многочисленные исследования подтверждают сложность 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 на комплаентность [7].

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 ЛС [8].

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 работающих родственников. Психология любого человека очень сильно зависит от его доходов и определяет его оценку необходимости в тех или иных товарах и услугах. Мария Эбнер Эшенбах точно подметила, что «врачей ненавидят либо из убеждения, либо из экономии». Среднестатистический украинский пенсионер предпочитает отечественные препараты импортным, так как «их не подде-

лывают», а не потому, что дешевле. Он отказывается длительно принимать несколько лекарств, так как это «вредно для печени», а не потому, что не позволяет бюджет. Так же он уверен, что врачи и реклама рекомендуют антикоагулянты и статины потому, что «имеют процент с продаж», а не потому, что в них действительно есть необходимость. Сочетание нескольких хронических длительно текущих заболеваний значительно увеличивает количество необходимых для постоянного приема препаратов и, соответственно – расходы на лечение [9]. 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. Кроме того, многокомпонентные и сложные схемы приема препаратов порождают опасения в возникновении побочных эффектов, что обеспечивает отрицательный плацебо-эффект [10].

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 [11]. Даже если каждый из специалистов старается учитывать всю сочетанную патологию (а это, к сожалению, бывает не часто), он назначает не менее 3-4х 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. 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 детоксикационных систем, усиленно прогрессирующее на фоне хронических заболеваний, создает самые благоприятные условия для их проявления вследствие относительной передозировки [12]. 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 [13]. 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. 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 [14].

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 пациен-

том, помогают добиться взаимопонимания. Пациент и его семья проникаются пониманием необходимости выполнения назначений врача, и для этого необходимо предоставление подробной информации в доступной форме. А 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 [15]. Так, с целью исключения полипрагмазии лечащий врач берет на себя роль координатора стратегии и тактики ведения пациента и согласовывает назначения всех специалистов. 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 [16]. 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. Очень важна возможность быстро связаться с врачом в случае необходимости и получить консультацию.

Таким образом, достижение высокой приверженности терапии пожилых пациентов возможно за счет комплекса мероприятий, главная организационная роль в котором принадлежит лечащему врачу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анохин В.А., Бикмухаметов Д.А. Проблема приверженности лечению в современной медицине // ПМ. 2005. № 5(14). С. 26-28.
2. Богатырёв Н.В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 116.
3. Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б. Медико-психологические и биоэтические аспекты комплаентности // БМИК. 2015. № 5. – С. 558.
4. Жданов М.А. Философско-культурологические проблемы оказания медицинской помощи // МНКО. 2012. № 3. С. 296-299.
5. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению пациентов и факторы на нее влияющие // Фундаментальные исследования. 2007. №9. С.57-58.
6. Ложкина Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии // Изв. Саратов. ун-та. 2015. № 3. С.75-80.
7. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4-12.
8. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте // Сиб. мед. журн. 2014. №5. С.131-134.
9. Поведа А.Г., Поведа В.А. Исследование проблем, возникающих у пожилых людей при приеме лекарственных препаратов // Современные проблемы науки и образования . 2012. № 2. С. 110.
10. Каракулова Е.В. Исследование взаимосвязи медико-социальных факторов и приверженности фармакотерапии больных хроническими заболеваниями// Современные проблемы науки . 2013. № 4. С. 347.
11. Фесенко Э.В., Поведа А.Г. Полиморбидность в пожилом возрасте и проблемы приверженности к фармакотерапии // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2012. № 10-1 (129). С. 12-16.
12. Лаврищева Г.А. Проблемы лиц пожилого возраста в общей врачебной практике // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2012. № 18. С. 72-75.
13. Басов Н.Ф. Учет психологических особенностей людей пожилого возраста в социальной работе // Вестник КГУ. 2013. №3. С.153-156.
14. Киселева Т.Г., Бобик Т.В. Исследование социально-психологических проблем пожилых людей // IN SITU . 2015. № 1. С. 116-118.
15. Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А. Комплаинс: определяющие факторы и пути оптимизации // Сибирское медицинское обозрение. 2010. № 5. С. 94-97.
16. Газизов Р.М. Основы лекарственной терапии в пожилом и старческом возрасте // ПМ. 2010. № 41. С.11-14