



Проблемы приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации

А. А. Шмонин^{1, 2, 3}, М. Н. Мальцева^{1, 3}, Е. В. Мельникова^{1, 2}, Г. Е. Иванова⁴

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Минздрава России

² Городская больница № 26, г. Санкт-Петербург

³ Сообщество поддержки и развития канис-терапии, г. Санкт-Петербург

⁴ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Цель обзора: обобщение основных проблем приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации и обсуждение способов их решения.

Основные положения. Комплаентность определяется как «соблюдение больным режима и схемы лечения». Низкая комплаентность — сложная проблема, которая может иметь как внутренние, так и внешние причины. Принято выделять четыре группы причин: факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с терапией; факторы, связанные с врачом, и факторы, связанные с окружением (социальный аспект).

Мультидисциплинарный подход в реабилитации дает возможность привлечь к решению проблемы низкой комплаентности любого специалиста реабилитационной команды. Это требует от реабилитологов анализа ситуации и планирования терапии на долгосрочной основе с оценкой перспектив всей жизни пациента.

Заключение. Новая модель медицинской реабилитации позволяет получить новые инструменты для повышения приверженности пациентов лечению.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, комплаентность, приверженность, лекарственная терапия, фармакотерапия.

Issues of Compliance with Drug Treatment in Medical Rehabilitation

A. A. Shmonin^{1, 2, 3}, M. N. Maltseva^{1, 3}, E. V. Melnikova^{1, 2}, G. E. Ivanova⁴

¹ I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Russian Ministry of Health

² City Hospital No. 26, St. Petersburg

³ Society for the Support and Development of Dog-Assisted Therapy, St. Petersburg

⁴ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Ministry of Health, Moscow

Objective of the Review: To summarize the main issues of compliance with drug treatment in medical rehabilitation and discuss ways of dealing with them.

Key Points: Compliance is defined as the patient's adherence to a treatment schedule and regimen. Poor compliance is a difficult problem, which may have both internal and external causes. Traditionally the following four groups of causes are described: patient-related, treatment-related, physician-related, and community-related (social aspect) factors.

A multidisciplinary approach to rehabilitation allows any rehabilitation team specialist to participate in dealing with poor compliance. For this purpose, rehabilitation specialists need to analyze the situation and plan long-term treatment, evaluating the prognosis for the patient's entire life.

Conclusion: A new model of medical rehabilitation makes it possible to find new ways of improving patient compliance with treatment.

Keywords: medical rehabilitation, compliance, adherence, drug therapy, pharmacotherapy.

Комплаентность (англ. patient compliance) в литературе определяется как «соблюдение больным режима и схемы лечения». Этот термин был предложен в 70-х годах прошлого столетия [1]. I. E. Leppik дает широкое определение комплаентности с тремя составляющими: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента. При этом тип поведения включает прием препарата, регулярность визитов в клинику

и правильное выполнение других врачебных рекомендаций [1]. Используется также другой термин — «приверженность терапии» (англ. adherence therapy), под которым понимается соблюдение указаний врача. Эти термины близки по своему смыслу и могут применяться как синонимы [2].

Многие авторы рассматривают проблемы эффективности терапии хронических заболеваний (эпилепсии, психических заболеваний, диабета и др.), первичной и вторичной

Иванова Галина Евгеньевна — д. м. н., профессор, заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсульта НИИ ЦВПиИ; заведующая кафедрой медицинской реабилитации факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России; председатель Общероссийской общественной организации содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России»; главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. E-mail: reabilitivanova@mail.ru

Мальцева Мария Николаевна — к. т. н., д. в. н., доцент кафедры психологии и педагогики факультета последипломного образования ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России; директор АНО СПРКТ. 197229, г. Санкт-Петербург, Ольгино, ул. Первомайская, д. 2. E-mail: nmtmaria@mail.ru

Мельникова Елена Валентиновна — д. м. н., доцент, профессор кафедры физических методов лечения и спортивной медицины факультета последипломного образования ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России; заместитель главного врача — руководитель регионального сосудистого центра СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»; главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России в СЗФО. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8. E-mail: melnikovae2002@mail.ru

Шмонин Алексей Андреевич — доцент кафедры физических методов лечения и спортивной медицины факультета последипломного образования ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России; невролог реанимационного отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»; аудитор АНО СПРКТ. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8. E-mail: langendorff@gmail.com



профилактики с точки зрения соблюдения рекомендаций врача [3, 4]. Между тем проблема недостаточной комплаентности существует во всем мире. Например, в Европе хорошую приверженность профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты имели 63% больных. В странах Латинской Америки и Азии хорошая приверженность лечению отмечена лишь у 54% и 55% больных соответственно. В России показатели комплаентности сопоставимы с европейскими (59%) [3–5]. По данным ВОЗ, длительное соблюдение назначений врача при хронических заболеваниях наблюдается лишь в 50% случаев [6].

В России с 2016 г. внедряется новая модель медицинской реабилитации [7]. Согласно этой модели, координацией реабилитационных действий в отношении пациентов с ограничением жизнедеятельности должен заниматься новый специалист — врач-реабилитолог (врач по физической и реабилитационной медицине), а сам процесс реабилитации строится на мультидисциплинарном, пациент-центрированном и проблемно-ориентированном принципах.

Реабилитационная команда работает по реабилитационному плану, сформированному на основе реабилитационного диагноза [7]. Каждая проблема пациента становится задачей реабилитации для одного из участников реабилитационной мультидисциплинарной бригады (МДБ), что отражается в реабилитационном диагнозе. Реабилитационный диагноз может быть инструментом для повышения комплаентности, при этом каждый специалист МДБ может внести свою лепту в обеспечение приверженности терапии. Не только врач, но и эрготерапевт, медицинская сестра, методист ЛФК имеют возможность вносить в реабилитационный диагноз информацию о пациенте, которая относится к их компетенции и влияет на функционирование больного. Таким образом, в нем не только отражаются нарушения функций, которые обычно определяют выбор врачом лекарственного вещества и формы препарата, но и фиксируются убеждения пациента, его установки, особенности характера, негативный опыт, варианты мотивации, родственники, которые могут способствовать или препятствовать приверженности терапии. Анализ показывает, что даже у пациентов с транзиторной ишемической атакой, т. е. у больных без нарушения функций, в остром периоде заболевания в реабилитационных диагнозах имеются домены Международной классификации функционирования (МКФ), связанные с приверженностью.

Следует добавить, что в новой модели реабилитации «школа пациента», проводимая врачом и психологом, рассматривается в качестве важной и эффективной реабилитационной технологии, которая должна оплачиваться, как и другие интервенции. Таким образом, реабилитационный подход позволяет решить многие проблемы, касающиеся обеспечения приверженности терапии.

В целях реализации проблемно-ориентированного принципа новой модели реабилитации планирование лекарственной терапии и обеспечение комплаентности следует начать с вопроса пациенту и реабилитационной команде: «Почему пациент не принимает лекарства?» Стратегия повышения приверженности лечению и реабилитации включает следующие задачи:

- выяснить причину и устранить ее;
- если устранить причину невозможно, то адаптировать пациента к данной проблеме;
- перенести заботу о приеме лекарств на родственников или близких;
- найти эффективный способ контроля за приемом лекарств.

В современной литературе выделены 250 факторов, обуславливающих отношение больных к соблюдению режима терапии [8]. Общеизвестным является их разделение на четыре группы: факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с терапией; факторы, связанные с врачом, и факторы, связанные с окружением (социальный аспект) [9]. Комплаентность отражает сложное взаимодействие этих факторов, состав которых меняется в динамике заболевания и на отдаленных этапах может существенно отличаться от начального [10].

С позиций физической и реабилитационной медицины упомянутые выше факторы следует описывать в реабилитационном диагнозе в категориях МКФ [7]. Так, причины низкой комплаентности должны быть рассмотрены с позиций нарушения функций и структур, ограничения деятельности (активности и участия), влияния персональных факторов или факторов внешней среды. В данном обзоре приводятся все факторы, влияющие на комплаентность, в категориях МКФ, а также предложены способы разрешения проблем.

ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПАЦИЕНТОМ

К данной категории по МКФ следует отнести проблемы с функциями (b) и персональные (личностные) факторы пациента (e) (табл. 1). Многие врачи считают, что приверженность пациентов терапии зависит только от них самих, на самом деле пациентам принадлежит важная, но не исключительная роль. Понимание указанной группы факторов позволит врачам и реабилитационной команде изменить способы общения с больными и за счет этого помочь им принимать лекарства и выполнять предписанные рекомендации.

Остановимся подробнее на некоторых аспектах. *Грамотность* пациента и его родственников означает, что пациент может читать, понимать, помнить медицинские инструкции и действовать согласно полученной информации. Пациенты, имеющие низкий уровень грамотности, менее привержены терапии [13]. Для России характерна ситуация, при которой в деревнях и маленьких городах пациенты не верят в официальную медицину, не доверяют врачам, не привыкли выполнять рекомендации и имеют привычку принимать лекарства курсами, а не постоянно, как это требуется. Данная ситуация связана с низким уровнем организации здравоохранения в этих регионах и с разочарованностью населения оказываемой медицинской помощью. Важной частью проблемы является недостаточное информирование населения о медицине. Если в проблемных регионах повысить качество медицины и проводить регулярные встречи с пациентами и школы для больных и родственников, то в течение нескольких лет проблема может быть решена.

Важным аспектом терапии и реабилитации является *информирование пациента*. Проведенное нами исследование с участием группы пациентов в остром периоде инсульта показало, что если при поступлении в стационар больных информировать о среде и особенностях лечения их заболевания, то у них не развиваются тревога и депрессия [14]. К информированию о среде следует отнести информацию о числе, месяце и годе на момент поступления, о том, что случилось с пациентом, как он попал в больницу, чем болен, сколько времени проведет в больнице и как долго ему придется лечиться, ознакомление со схемой отделения и др. Происходило также информирование родственников. Данное исследование продемонстрировало, что у всех пациентов при поступлении имеется дефицит информации, который впоследствии может приводить к вторичным

эмоционально-аффективным расстройствам, подлежащим лечению с помощью дорогостоящих психоактивных лекарств. Этого можно избежать, если проводить «бесплатную» интервенцию в виде разговора с пациентом, спокойного информирования о среде и ответов на вопросы больного.

В зарубежной литературе появляется все больше данных, свидетельствующих о важности информирования пациентов о деталях заболевания, его возможных осложнениях, об основных принципах и видах лечения в целях повышения приверженности терапии. Обсуждается необходимость рационализации подходов к назначению лекарственных веществ, при этом уделяется внимание не только научно-доказательной обоснованности их применения, но и убеждению пациентов в успешности проводимого лечения, регулярному напоминанию о приеме лекарств, контролю над процессом лечения и соблюдением пациентами рекомендаций [15].

Следует подчеркнуть, что информирование пациента входит в функциональные обязанности врачей, хотя на практике зачастую ими игнорируется.

Доказано, что приверженность выше, если пациент верит в успех терапии [16]. Наряду с грамотным информированием больного большое значение имеет формирование *мотивации* к соблюдению лекарственной терапии и рекомендаций врача.

Мотивацией пациента к приему лекарств могут быть:

- забота о своем здоровье;
- забота о родственниках — им будет тяжелее ухаживать за инвалидом;
- выгода в будущем (в том числе экономическая) — лучше сейчас принимать лекарства, чтобы потом не было инсульта, инфаркта или осложнений, так как при этом потребуются долгая и дорогая реабилитация;
- соответствие моде — принимать хорошее современное лекарство модно;
- избавление от проблемы — пройдет боль, улучшится память и т. д.

При рассказе о лекарствах следует привлечь внимание пациентов к реальным для них результатам терапии понятными для них словами. Например, многие пациенты убеждены, что препараты для лечения артериальной гипертензии принимаются только с целью снижения артериального давления, а характеристики этих лекарственных средств, которыми оперируют врачи, непонятны пациентам и поэтому не могут быть должным образом оценены. В отношении антигипертензивной терапии больные должны быть проинформированы о том, что данное лечение позволяет избежать инсульта и инфаркта, на несколько лет увеличивает продолжительность жизни, предотвращает развитие возрастных

Таблица 1

Факторы снижения приверженности терапии, связанные с пациентом

Проблема	Способ решения проблемы
Недостаточное информирование пациента: пациент не знает, что нужно принимать лекарства, или недооценивает важность терапии и рекомендаций врача	своевременное и полное информирование пациента в доступной для него форме
Отсутствие мотивации принимать лекарства: больной не понимает, зачем это нужно	поиск мотивации
«Пассивный суицид»: больной пытается расстаться с жизнью путем отказа от лекарств	привлечение психолога или психотерапевта
Депрессивные состояния, психические заболевания [11]	
Устойчивые предубеждения против приема лекарств вообще или против определенных лекарственных форм либо определенных препаратов	
Прием препаратов меняет распорядок дня, что причиняет дискомфорт	привлечение эрготерапевта или психолога
Избыточное употребление алкоголя, злоупотребление психоактивными веществами и курение [12]	привлечение нарколога, подключение родственников
Негативный опыт приема лекарств в анамнезе	информирование пациента и привлечение психолога подбор лекарственных препаратов, подходящих для пациента
Непереносимость лекарства и аллергия на препарат	
Нежелательные побочные явления при приеме лекарственных средств	использование препаратов, улучшающих когнитивные функции; привлечение родственников, упрощение схемы терапии, использование подсказок (см. ниже)
Когнитивный дефицит: пациент не может осознать важность приема лекарств или забывает об этом	
Низкий уровень грамотности и образования	работа с населением и родственниками
Проблемы с сенсорными системами: снижение слуха и зрения	подбор слухового аппарата и очков
Языковые и культурные барьеры	подбор врача, знающего язык пациента; привлечение родственников, знающих русский язык; использование технических средств коммуникации
Возраст до 40 лет	привлечение психолога и эрготерапевта
Возраст старше 60 лет	учет особенностей коммуникации с пациентом в пожилом возрасте

нарушений памяти и внимания, связанных с артериальной гипертензией, и позволяет решить многие другие проблемы, о которых не принято говорить пациентам. При таком представлении лекарств многие больные будут с большей приверженностью придерживаться рекомендаций.

Приведем несколько психологических приемов, которые можно использовать в разговоре с пациентом о лекарствах:

1) не пытайтесь напугать пациента: он может быть уже напуган, хоть и не признается в этом, и будет отторгать информацию в виде защитной реакции;

2) заставлять пациента — не лучшая стратегия: пациент начинает сопротивляться тому, что ему навязывают, так возникают распространенные предубеждения относительно того, что «все лекарства вредны», «врачи получают выгоду от назначения лекарств»;

3) предлагайте альтернативу — несколько похожих лекарств на выбор;

4) обсуждайте финансовый вопрос — готов ли больной тратить деньги на лекарства;

5) спросите у больного, расположен ли он принимать лекарства, и если нет, то что ему мешает; предложите больному выбрать вариант решения данной проблемы;

6) уважайте выбор пациента;

7) если пациент чего-то не знает, то это еще не свидетельствует о наличии у него «интеллектуальных проблем»; у больного может быть негативный опыт, и он не всегда в этом виноват;

8) приведите примеры других больных;

9) если вы не справляетесь, обратитесь к специалисту (психологу): привлечение коллег — это свойство профессионала;

10) сотрудничайте с пациентом.

Тревога, страх и депрессия могут повлиять на терапию и соблюдение врачебных предписаний. Если у пациента имеются такие состояния, то это может потребовать дополнительной лекарственной терапии. Однако практика работы МДБ показывает, что в российской реальности имеется гипердиагностика эмоционально-аффективных расстройств. Врачи (неврологи, кардиологи) часто необоснованно выставляют диагноз «депрессия», «тревожное расстройство» или «аффективные нарушения». При наличии в реабилитационной команде психолога возможно более точно определить причины страдания пациента, которые врачами часто интерпретируются как депрессия и тревога. За подобными жалобами могут скрываться: дистресс, переживания по поводу агрессивного поведения персонала, особенности характера пациента (замкнутость, интроверсия, флегматичный темперамент и др.), недостаточная информированность, психологические установки, защитная психологическая реакция в виде торможения или ухода от общения и др.

Одним из самых наглядных симптомов стресса является тревога, и с этой точки зрения не любую тревогу нужно подавлять. Тревога и страх могут стать ресурсом для обеспечения комплаентности: вместо того чтобы иметь риск повторного заболевания и испытывать страх смерти, лучше принимать лекарства.

Следует учесть, что не любая депрессия требует лекарственной терапии: во многих ситуациях пациенту может помочь психолог, что особенно важно при лечении и реабилитации пожилых пациентов. Важно помнить, что депрессия является одним из проявлений *синдрома «пассивного суицида»*. Такая форма суицидальных устремлений не осознается пациентом; больной может заявлять, что хочет поправиться,

и обещать принимать лекарства, однако будет забывать об их приеме, путать прописанные препараты с другими лекарствами, находить множество «объективных причин», чтобы их не купить, не принять и т. п. К данному синдрому, помимо неприема лекарств, следует отнести отказ от соблюдения диеты и модификации образа жизни, «опасный образ жизни» и др. Синдром достаточно часто встречается в российской практике и нередко остается без должного внимания со стороны медицинских работников. Особенность этого состояния заключается в том, что таких пациентов бесполезно пугать последствиями отказа от приема лекарств и заставлять вести правильный образ жизни: данная стратегия может нанести вред пациенту и способствовать усилению суицидальной наклонности, так как неосознаваемая цель больного и заключается в том, чтобы умереть как можно раньше. Синдром «пассивного суицида» может быть выявлен психологом или психотерапевтом, и именно эти специалисты должны с ним работать.

Наличие устойчивых *предубеждений против приема лекарств* вообще или против определенных лекарственных форм либо определенных препаратов также требует подключения психолога. Как правило, пациенты скрывают отрицательное мнение о лекарствах, и при поверхностной беседе с лечащим врачом проблема может быть не выявлена. Необходимо обратить внимание на то, что тревожное, и даже фобическое, отношение к лекарственным средствам встречается все чаще.

Следующая проблема, приводящая к нарушению комплаенса, — неумение пациента *встроить прием препаратов в график привычной жизни*. Если препарат необходимо запивать водой, принимать до или после приема пищи, работающие пациенты достаточно быстро перестают принимать назначенные лекарства систематически. Проблема легко решается при консультировании больного эрготерапевтом, который поможет интегрировать прием лекарств в повседневную жизнь, используя простые приемы и приспособления (мобильные приложения, напоминающие о приеме таблетки за определенное больным время; ношение с собой минимального запаса пищи в тубе, что позволит питаться даже на ходу, и т. п.).

Когнитивные проблемы — распространенные причины, ограничивающие приверженность терапии в разном возрасте. Особенности общения с пациентами, у которых имеются когнитивные нарушения, описаны в статье.

ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДОЙ

Врач, психолог, эрготерапевт, специалист по ЛФК, медицинская сестра и другие специалисты, вовлеченные в оказание медицинской помощи, а также их убеждения и установки являются составляющей здоровья пациента и относятся в МКФ к факторам внешней среды (е). Невежливая медсестра или невнимательный врач могут быть барьером в реабилитации и обеспечении приверженности терапии, а персонал, обученный создавать комфортные условия и уменьшать проявления стресса, способствует успешной реабилитации и повышению комплаентности.

Взаимоотношения между пациентом и медицинским работником — один из факторов, определяющих комплаентность [17, 18]. Доказано, что эмоциональная поддержка, партнерские отношения повышают приверженность лечению, тогда как врачи, которые задают мало вопросов, редко непосредственно контактируют с пациентами,

пишут неразборчивые рекомендации в выписках, имеют большее количество пациентов, не соблюдающих режим и схему лечения [17, 18].

Базовым условием достижения хорошей приверженности больного лечению является врачебная квалификация. По данным С. Н. Мосолова, около 50% случаев неэффективности терапии связаны с ее неадекватным применением. Помимо несоблюдения клинических показаний и противопоказаний при назначении лекарств, распространенными ошибками являются проведение терапии низкими дозами, частая смена препаратов без соблюдения необходимой длительности приема, преждевременная отмена терапии и др. [9].

Чтобы обеспечить должную комплаентность, врачу и реабилитационной команде необходимо правильно определять цели терапии и реабилитации, а также быть настойчивыми в их достижении, иметь возможность соблюдать необходимую кратность встреч с пациентом. Наличие цели в медицинской реабилитации имеет принципиальное значение для ее эффективности [19]. Цель устанавливается по мнемоническому правилу SMART, аббревиатура имеет значение «умная цель» и расшифровывается следующим образом: S — Specific (конкретный), M — Measurable (измеримый), A — Attainable, Achievable (достижимый), R — Relevant (актуальный) и T — Time-bound (определенный во времени). Цель всегда выстраивается с ориентацией на жизнь пациента и его привычную деятельность. Важно озвучить цель для больного, с тем чтобы он стремился к ее достижению.

Реабилитацию пациента проводит мультидисциплинарная реабилитационная команда, а значит, в обеспечении приверженности терапии могут принимать участие все специалисты МДБ. Поэтому расширение знаний младшего и среднего медицинского персонала, психологов, эрготерапевтов, логопедов и специалистов по лечебной физкультуре по вопросам соблюдения режима терапии в немалой степени способствует повышению согласованности действий реабилитационной команды и больного в процессе терапии и реабилитации [9, 20, 21]. В рамках общей работы по обеспечению комплаентности у специалистов МДБ могут быть специфические задачи, соответствующие их базовому образованию, компетенции и функциональным обязанностям. В *таблице 2* приведены примеры задач, которые могут решаться разными специалистами МДБ.

Мультидисциплинарный принцип в работе с приверженностью терапии предусматривает следующие правила:

- каждый участник МДБ должен быть в курсе проводимой лекарственной терапии;
- в команде должно быть единое представление о терапии, так как разногласия могут помешать главной цели — помощи пациенту;
- работа МДБ должна строиться на основе взаимной поддержки и помощи (например, если на занятии по ЛФК пациент сообщил инструктору о своем недовольстве лекарством, то это может стать поводом для рассмотрения вопроса на встрече МДБ);
- в МДБ должен присутствовать единый «командный дух», когда все участники направляют свои силы на обеспечение комплаентности и помощи пациенту.

Ответственным за лекарственную терапию и обеспечение комплаентности является лечащий врач, перед которым стоят следующие задачи:

- подобрать препарат, в наибольшей степени подходящий для пациента (с хорошей переносимостью, минимумом

нежелательных явлений, удобной формой, помогающий, решающий задачи пациента);

- рассказать о препарате в доступной для пациента форме (зачем принимать, какие задачи решает препарат, каковы его плейотропные эффекты);
- написать и объяснить схему приема лекарства и рассказать, как контролировать терапию, когда ждать эффекта;
- обсудить вопрос взаимодействия с другими препаратами;
- найти мотивацию приема препарата.

Информирование больного может происходить во время беседы с врачом, посредством буклетов и информационных материалов (информационные стенды) и путем проведения «школ пациента».

«Школа пациента»:

- снижает нагрузку на врача в части рассказа о лекарствах и заболевании;
- позволяет пациенту увидеть, что есть такие же больные, как он, которые выздоравливают, принимая те же лекарства;
- дает возможность пациенту задать вопрос или услышать ответ на вопрос, который он боится задать;
- может посещаться пациентом неоднократно, что создает условия для повторения;
- является «клубом по интересам», что способствует снижению коммуникативной депривации;

Таблица 2

Задачи по обеспечению приверженности терапии, решаемые специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады

Специалист	Задачи
Врач	<ul style="list-style-type: none"> • подбор лекарства; • информирование пациента; • оформление документации
Медицинская сестра	<ul style="list-style-type: none"> • контроль за приемом лекарства; • психологическая поддержка
Логопед	<ul style="list-style-type: none"> • оценка возможности глотать; • подбор размера и формы таблетки; • решение вопроса о возможности/необходимости раздробить лекарства
Психолог	<ul style="list-style-type: none"> • выявление черт характера и привычек больного для подбора терапии; • помощь пациентам, имеющим синдром «пассивного суицида»; • работа с патологическими установками пациента (на болезнь, страдание, умирание и др.)
Эрготерапевт	<ul style="list-style-type: none"> • формирование и укрепление мотивации; • помощь в выборе схем лечения, выполнимых и принимаемых пациентом; • упрощение схемы терапии; • предложение вспомогательных средств для упрощения приема лекарств; • содействие в выработке навыков и привычек (в отношении приема лекарств, соблюдения диеты, регулярного измерения артериального давления и др.) с учетом возможностей пациента и тех, кто за ним ухаживает

- осуществляет деятельность, которая занимает пациента;
- представляет собой один из способов реабилитации (и должна оплачиваться по соответствующему тарифу).

При проведении школы должна сохраняться атмосфера комфорта и уюта. Не должно быть принуждения к занятиям: посетитель получает новые знания, потому что ему это интересно, а не потому что его заставляют.

При проведении школ для больных с когнитивными нарушениями необходимо многократно обучать пациентов алгоритмам поведения при изменении в состоянии их здоровья. Многие пациенты с когнитивными нарушениями нуждаются в том, чтобы информация, воспринимаемая при помощи зрительного анализатора, была максимально простой для запоминания.

Приведем аспекты приема лекарств, наиболее актуальные для «школ пациента»:

- лекарства подбираются индивидуально, не следует принимать то же, что принимает сосед;
- не все лекарства вредны;
- многие препараты нужно принимать длительно;
- «лекарственных каникул» не существует;
- вредно пропускать прием лекарства;
- многие препараты для профилактики инсульта обладают массой других полезных свойств (сохраняют память и внимание, увеличивают продолжительность жизни, позволяя избежать инсульта, снижают артериальное давление);
- всегда надо иметь запасную упаковку лекарства;
- готовясь к поездке на дачу или в отпуск, следует продумать количество лекарств, чтобы их хватило на весь период.

ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕРАПИЕЙ

Лекарства являются факторами среды (е) для пациента и могут стать как барьерными факторами (полипрагмазия, сложные схемы и неудобные формы приема лекарства), так и поддерживающими (комбинированные препараты, простые схемы приема).

Данные литературы демонстрируют, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного данному лечению. Меньшее число смен терапевтических схем оказывает позитивное психологическое действие на больного и способствует повышению его комплаентности. Например, при внесении в течение первых 6 месяцев лечения одного изменения в терапию количество некомплаентных пациентов в последующие 6 месяцев составляет лишь 7%, а при двукратном изменении — уже около 25% [9].

Сложность медикаментозного режима (высокая кратность приема препарата и прием нескольких препаратов) негативно сказывается на комплаентности пациентов, а следовательно, и на эффективности лечения. При однократном приеме лекарств комплаентны 87% пациентов, при двукратном — 81%, при трехкратном — 77%, при четырехкратном — всего 39% [12, 13].

Имеется также обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью лечению [9]. Авторы выделяют три основные причины:

- 1) субъективное отношение больного, включая страх приема относительно большого количества препаратов;
- 2) более высокая стоимость многокомпонентной терапии по сравнению с однокомпонентной;
- 3) сложность режима приема и, соответственно, большая вероятность нарушений (например, при увеличении коли-

чества ежедневно принимаемых таблеток от одной до четырех вероятность соблюдения режима снижается вдвое).

На комплаентность влияет продолжительность лечения. Пациенты обычно комплаентны в первый месяц терапии (уровень приверженности составляет 79,4% [22]). Увеличение сроков течения заболевания и продолжительности лечения приводит к ухудшению комплаентности [9].

К медицинским факторам относят также побочные эффекты лекарств. Важнейшим условием, определяющим соблюдение режима терапии, является хорошая переносимость, т. е. отсутствие каких-либо неприятных субъективных переживаний (дополнительного дистресса), связанных с приемом лекарственного препарата [9]. Важно проинформировать пациента о возможных нежелательных явлениях, что позволит психологически подготовить его к трудностям приема лекарств. Предписывая лекарство, врач должен в письменном виде указать, как его применять: в каком режиме, в какой дозировке и по сколько таблеток в день, в какое время, в течение какого периода, какие обследования ассоциированы с лекарством и каким должен быть контроль эффективности терапии (дневник артериального давления при лечении артериальной гипертензии, дневник боли при лечении болей, контроль липидного спектра при использовании гиполипидемической терапии, контроль МНО при приеме варфарина и т. д.). Эту информацию надо отражать в документах, выдаваемых пациенту на руки, чтобы он в любой момент мог обратиться к ним и уточнить особенности приема лекарственного препарата.

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

Данная группа факторов по МКФ относится к категории факторов окружающей среды (е). Она включает в себя безработицу, ранний выход на пенсию, инвалидность, определяющие низкий уровень жизни, недостаточно развитую систему медицинского страхования. В эту группу входят также такие факторы системы здравоохранения, как низкая доступность медицинской помощи, длительное ожидание визита к врачу, неудачные посещения поликлиники, которые существенно снижают приверженность лечению [9]. Внедрение в рамках новой модели медицинской реабилитации пациент-центрированного принципа позволит частично решить данную проблему [7]. С другой стороны, развитие технологии дистанционных реабилитационных и лечебных интервенций будет способствовать увеличению доступности медицинской помощи и поможет получить дополнительный инструмент по контролю лекарственной терапии.

Имеются данные, что пациенты, получающие эмоциональную и социальную поддержку со стороны семьи, друзей и медицинских работников, более привержены терапии [23]. Благополучное семейное положение (замужество или женитьба) благоприятно сказывается на комплаентности [13, 24].

При развитии заболевания и, особенно, инвалидности могут страдать не только сами пациенты, но и их родственники [24]. На последних могут быть возложены обязанности по уходу за пациентом, проведению простых реабилитационных мероприятий и контролю за приемом лекарств. Показано, что чем больше ограничена мобильность пациента, тем большую выраженность имеют депрессия и тревога у родственников [24]. Поэтому у родственников таких пациентов обычно имеется мотивация принимать активное участие в реабилитации. Те из них, кто готов участвовать в процессе реабилитации, могут быть обучены специалистами МДБ.

В плане обеспечения приверженности лечению и контроля над лекарственной терапией родственники могут:

- полностью взять на себя выдачу препарата;
- следить за применением лекарств и за режимом приема;
- подготавливать и заполнять таблетницы;
- помогать применять препарат, когда пациент сам не может этого сделать (лекарства могут выдаваться через зонд или добавляться в пищу).

СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

Основа выстраивания стратегии обеспечения приверженности терапии — всесторонний проблемно-ориентированный анализ ситуации пациента, изучение особенностей жизни, видов деятельности и привычек больного, что позволит определить опорные позиции для подбора терапии. Ниже приводятся некоторые пути повышения комплаентности:

1. Упрощение схемы, например:

- назначение комбинированных препаратов типа «2 в 1» снижает нагрузку по запоминанию и выполнению схемы в 2 раза;
- однократный прием лучше, чем многократный.

2. Выработка навыков и привычек: обучение алгоритму приема лекарств, связанному с подсказками (будильник, программа для телефона, визуальное расписание), модификация среды (таблетницы, таблетницы с таймером и т. п.).

В настоящее время среди пациентов популярны приложения на смартфонах. Такие приложения могут сообщить пациенту о терапии, но не могут произвести никакого действия, т. е. они не решат проблему, но помогут упростить работу над приверженностью. Наиболее популярными приложениями на русском и английском языках для iOS и Android являются: Medisafe, MyTherapy, Tabletten Erinnerung + Sprache, «Пилулинг», Medication, «Мои Таблетки — напоминания», AnyTimer Pill Reminder, «Напоминалка», Light Pill Reminder и Dosecast.

Перспективным приспособлением для обеспечения комплаентности являются таблетницы с таймером. Наиболее известные из них: GlowCap, AdhereTech, MedReady 1700, MedCenter System [25]. Данные системы связаны с приложением в телефоне и имеют следующие опции:

- напоминают о необходимости приема лекарства;
- отсылают информацию родственникам о принятии/непринятии лекарства пациентом;

ЛИТЕРАТУРА

1. Leppik I.E. Compliance during treatment of epilepsy. *Epilepsia*. 1988; 29(Suppl. 2): S79–84.
2. Jin J., Sklar G.E., Oh M.N.S., Li S.C. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther. Clin. Risk Manag.* 2008; 4(1): 269–86.
3. Zaninelli A., Hu D.Y., Kaufholz C., Schwappach D. Physicians' attitudes toward post-MI aspirin prophylaxis: findings from an online questionnaire in Asia-Pacific. *Postgrad. Med.* 2010; 122(1): 108–17.
4. Zaninelli A., Kaufholz C., Schwappach D. Physicians' attitudes toward post-MI aspirin prophylaxis: findings from an online questionnaire in Europe and Latin America. *Postgrad. Med.* 2009; 121(6): 44–53.
5. Rojas-Fernandez C.H., Kephart G.C., Sketris I.S., Kass K. Underuse of acetylsalicylic acid in individuals with myocardial infarction, ischemic heart disease or stroke: data from the 1995 population-based Nova Scotia Health Survey. *Can. J. Cardiol.* 1999; 15(3): 291–6.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. URL: <http://www.who.int/>

- могут работать как дозатор, контролируя количество таблеток, принятых пациентом;
- ведут дневник приема лекарств;
- контролируют количество оставшихся препаратов;
- отсылают автоматический запрос в ближайшую аптеку с просьбой восполнить запас закончившихся таблеток.

3. Использование дополнительной терапии, влияющей на энергетический баланс. Прием препаратов может существенно влиять на поведение и циклы активности пациента, что, в свою очередь, оказывает влияние на его мотивацию и выбор активностей. Так, назначение препаратов, усиливающих метаболические процессы, является отличной основой для проведения тренировок на запоминание или выработку нового навыка (например, иного алгоритма использования руки при парезе).

4. Применение лекарств, влияющих на поведение, при этом надо помнить, что:

- пациенту могут быть назначены препараты, влияющие на мотивацию и нейрогенез, однако сами по себе, без необходимой активности пациента, они будут менее эффективны;
- разведение во времени курса лечения препаратами и программы реабилитации снизит эффективность работы по восстановлению пациента;
- препараты для лечения деменции и коррекции когнитивных процессов позволят повысить внимание и контроль над терапией.


5. Использование дневника приема лекарств и контроля лабораторных тестов, частоты сердечных сокращений и артериального давления; дневника деятельности. Участие пациента в своей судьбе организует его и способствует укреплению дисциплины в целом, что позитивно влияет на процесс лечения и реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низкая комплаентность — это сложная проблема, причинами которой могут быть как внутренние, так и внешние факторы. Мультидисциплинарный подход в реабилитации дает возможность привлечь к решению проблем комплаентности любого специалиста реабилитационной бригады. Новая модель медицинской реабилитации позволяет получить новые инструменты по работе с приверженностью. Реабилитационный подход требует от реабилитологов анализа ситуации и планирования терапии на долгосрочной основе с оценкой перспектив всей жизни пациента.

chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (дата обращения — 01.08.2017).

7. Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шмонин А. А., Аронов Д. М., Белкин А. А., Беляев А. Ф. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол. *Вестн. Ивановской мед. академии*. 2016; 21 (1): 6–11. [Ivanova G.E., Mel'nikova E.V., Shmonin A.A., Aro-nov D.M., Belkin A.A., Belyaev A.F. i dr. Pilotnyi proekt "Razvitiye sistemy meditsinskoj reabilitatsii v Rossiiskoi Federatsii". *Obshchie printsipy i protokol. Vestn. Ivanovskoi med. akademii*. 2016; 21(1): 6–11. (in Russian)]
8. Bond W.S., Hussar D.A. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1991; 48(9): 1978–88.
9. Вагина М. А., Волкова Л. И. Факторы, влияющие на комплаентность к терапии антиконвульсантами при эпилепсии (обзор литературы). *Вестн. Уральской мед. академ. науки*. 2014; 2 (48): 166–9. [Vagina M.A., Volkova L.I. Faktory, vliyayushchie na komplaentnost' k terapii antikonvulsantami pri epilepsii (obzor

- literatury). *Vestn. Ural'skoi med. akadem. nauki*. 2014; 2(48): 166–9. (in Russian)]
10. Семенова О. Н., Наумова Е. А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения. *Бюлл. мед. интернет-конференций*. 2013; 3 (3): 507–11. [Semenova O.N., Naumova E.A. Faktory, vliyayushchie na priverzhennost' k terapii: parametry VOZ i mnenie patsientov kardiologicheskogo otdeleniya. *Vyull. med. internet-konferentsii*. 2013; 3(3): 507–11. (in Russian)]
 11. Петрова Н. Н., Кучер Е. О. COMPLAINTS больных с депрессивными расстройствами. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 2009; 4: 21–4. [Petrova N.N., Kucher E.O. Komplains bol'nykh s depressivnymi rasstroistvami. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva*. 2009; 4: 21–4. (in Russian)]
 12. Cramer J.A. Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. *Drugs Aging*. 1998; 12(1): 7–15.
 13. Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br. J. Gen. Pract.* 1994; 44(387): 465–8.
 14. Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Шмонин А. А., Судникова И. А., Иванова А. В. Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии. *Consilium Medicum*. 2015; 17 (9): 63–5. [Mal'tseva M.N., Mel'nikova E.V., Shmonin A.A., Sudnikova I.A., Ivanova A.V. Vliyaniye informirovannosti patsienta s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniya vo vremya gosпитализации o srede okruzheniya na razvitiye postinsul'tnoi depressii. *Consilium Medicum*. 2015; 17(9): 63–5. (in Russian)]
 15. Рафальский В. В., Багликов А. Н. COMPLAINTS — определяющий фактор эффективности профилактического применения ацетилсалициловой кислоты. *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика*. 2011; 10 (2): 102–9. [Rafal'skii V.V., Baglikov A.N. Komplaintnost' — opredelyayushchii faktor effektivnosti profilakticheskogo primeneniya atsetilsalitsilovoi kisloty. *Kardiovaskulyar. terapiya i profilaktika*. 2011; 10(2): 102–9. (in Russian)]
 16. Bartlett E.E., Grayson M., Barker R., Levine D.M., Golden A., Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J. Chronic Dis.* 1984; 37(9–10): 755–64.
 17. Feinstein A.R. On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch. Intern. Med.* 1990; 150(7): 1377–8.
 18. Gonzalez J., Williams J.W.Jr., Noël P.H., Lee S. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2005; 18(2): 87–96.
 19. Levack W.M., Weatherall M., Hay-Smith E.J., Dean S.G., McPherson K., Siegert R.J. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 7. CD009727.
 20. Christensen D.B. Drug-taking compliance: a review and synthesis. *Health Serv. Res.* 1978; 13(2): 171–87.
 21. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: DoH; 2001: 120.
 22. Modi A.C., Morita D.A., Glauser T.A. One-month adherence in children with new-onset epilepsy: white-coat compliance does not occur. *Pediatrics*. 2008; 121(4): e961–6.
 23. Kyngas H. Predictors of good compliance in adolescents with epilepsy. *Seizure*. 2001; 10(8): 549–53.
 24. Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью. *Учен. записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2016; XXIII (3): 40–3. [Mal'tseva M.N., Shmonin A.A., Mel'nikova E.V. Fenomen "semeinoi invalidnosti", ili depressiya u rodstvennikov, ukhazhivayushchikh za patsientom s invalidnost'yu. *Uchen. zapiski PSPbGMU im. akad. I.P. Pavlova*. 2016; XXIII(3): 40–3. (in Russian)]
 25. Головин С. Таймеры для таблеток. Четыре устройства, которые помогут вам вовремя принять лекарства. 2014. URL: http://www.ferra.ru/ru/health/review/mHealth-PillReminders/#.V_ih4eiLTIU (дата обращения — 01.07.2017). [Golovin S. Taimery dlya tabletok. Chetyre ustroystva, kotorye pomogut vam vovremya prinyat' lekarstva. 2014. URL: http://www.ferra.ru/ru/health/review/mHealth-PillReminders/#.V_ih4eiLTIU (data obrashcheniya — 01.07.2017). (in Russian)] 

Библиографическая ссылка:

Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Иванова Г. Е. Проблемы приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации // *Доктор.Ру*. 2017. № 11 (140). С. 19–26.

Citation format for this article:

Shmonin A. A., Maltseva M. N., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Issues of Compliance with Drug Treatment in Medical Rehabilitation. *Doctor.Ru*. 2017; 11(140): 19–26.