

Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции

А.О.Конради, Е.В.Полуничева

НИИ кардиологии им. В.А.Алмазова МЗ и СР РФ, Санкт-Петербург

И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять
М.Сервантес

Приверженность к лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [1]. В узком смысле под комплаентностью в лечении артериальной гипертензии (АГ) понимают корректный прием антигипертензивных препаратов (не менее 80% должного). Прием некорректной дозы рекомендованных препаратов или их прием в некорректное время, пропуски в приеме и/или отказ от лечения представляют собой различные формы нарушения приверженности. Как правило, наиболее частым вариантом недостаточной комплаентности является прием недостаточных доз лекарств и пропуски в течение 2–3 дней [1].

Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает сомнения [2]. Вероятность успешной нормализации артериального давления (АД) напрямую зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов. Однако несмотря на постепенное осознание важности соблюдения комплаентности и врачами, и пациентами, проблема приверженности к терапии остается нерешенной. Сегодня мы можем констатировать, что около половины назначенных лекарственных препаратов при хронических заболеваниях реально не принимаются пациентами [3].

Актуальность проблемы подтверждена прогностическими исследованиями, выполненными относительно недавно, которые продемонстрировали связь между недостаточной приверженностью к лечению и сердечно-сосудистым риском. В одном из них оценивали течение АГ и повторные госпитализации у больных (113 пациентов), которые были госпитализированы по поводу АГ. Длительность наблюдения составила 18 мес, в течение которых оценивали приверженность к терапии (на основании счета принятых таблеток). Количество пропусков в терапии у больных, которые были госпитализированы повторно, составило 39% (28 пациентов), что было существенно больше в сравнении с больными, которые не нуждались в повторной экстренной госпитализации (11%, $p < 0,05$) [4]. В другом исследовании оценивали экономическую сторону вопроса – стоимость лечения АГ в течение 1 года после начала антигипертензивной терапии. В исследование были включены 6419 больных старше 40 лет. При этом 5504 (86%) больных прекратили прием препаратов за оцениваемый период, что сопровождалось увеличением стоимости их лечения за счет госпитализаций и осложнений на 873 дол. США в год по сравнению с теми 915 больными, которые следовали полученным рекомендациям [5]. Это исследование еще раз продемонстрировало, что лечение АГ является экономи-

чески выгодным, а его успех зависит от приверженности больного к лечению.

Кроме этого, следует учитывать то, что плохая приверженность к лекарственному лечению, как правило, подразумевает и плохую приверженность в отношении немедикаментозных методов лечения, что еще более препятствует снижению АД [6]. Наконец, недостаточная приверженность к лечению, сопровождающаяся частой отменой и последующим возобновлением лечения, увеличивает вероятность осложнений, связанных с первой дозой приема препаратов и синдромом отмены [1].

Методы оценки приверженности к лечению

Плохая приверженность к лечению является одной из основных причин недостаточного контроля АД. Если у пациента не наблюдается ответа на назначаемую терапию, врачу необходимо определить, является ли больной действительно резистентным к терапии, или он недостаточно комплаентен.

К сожалению, достаточно надежного метода, который позволял бы оценивать приверженность к лечению в повседневной практике, не существует. Принципиальным моментом является то, что АД в достаточной мере не может служить отражением приверженности к лечению [7]. Прежде всего даже у чрезвычайно комплаентного больного возможна резистентность к назначенной терапии, тогда как у ряда больных может иметь место снижение или даже нормализация АД при условии плохого соблюдения рекомендаций по лечению. Однако, другие объективные данные в виде снижения АД, изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС), динамики массы тела все же могут служить дополнительным косвенным признаком хорошего или плохого следования рекомендациям. В частности, уменьшение ЧСС отражает регулярность приема β -блокаторов и увеличения физической активности [1].

Методы оценки комплаентности приведены в табл. 1. Если пациент достаточно открыт при разговоре или активно возражает против проводимого лечения, то соблюдение комплаентности может быть легко оценено при непосредственном опросе. Однако объективная информация не будет получена в случае, если у больного имеется какая-то причина скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов. В качестве таких причин чаще всего выступает наличие обстоятельств, приводящих к желанию больного продемонстрировать неэффективность терапии. Подобные факторы могут быть чрезвычайно разнообразны (от простого желания получить группу инвалидности до сложных психологических проблем, связанных с «уходом в болезнь» и манипулированием поведением близких людей). В такой ситуации прямой вопрос не имеет смысла и необходимы более объективные методы оценки приверженности. Кроме этого, пациент может скрывать перерывы в лече-

Таблица 1. Методы оценки приверженности к лечению

Метод	Преимущества	Недостатки
Прямой вопрос Счет препаратов	Простота Относительная простота	Необъективность Нет информации об истинно принятых препаратах и соблюдении режима приема
Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в крови (или в моче)	Доказательство приема препарата	Техническая сложность Высокая стоимость Отсутствие данных о регулярности приема
Электронные мониторы	Информация о режиме приема Ежедневный мониторинг	Техническая сложность Высокая стоимость Отсутствие доказательства истинного приема препаратов

нии и несоблюдение других рекомендаций в силу боязни навлечь на себя гнев со стороны лечащего врача или расстроить последнего, что также нередко служит причиной не вполне откровенного ответа на вопросы, касающиеся приверженности к лечению. Иллюстрацией такого поведения служит так называемый феномен зубной щетки, который выражается в том, что больные тщательно чистят зубы перед походом к стоматологу. Таким образом, расспрашивая больного, мы нередко можем получить ту информацию, которую хотим услышать, а не ту, что отражает действительность [1].

Косвенными признаками хорошей или плохой приверженности служит отношение больного к тем записям, которые были сделаны врачом в качестве назначений, ведение дневника самоконтроля АД, отметки на нем приема препаратов и т.д. Существуют наблюдения о том, что самым ранним признаком ухудшения комплаентности служит прекращение больными занесения информации о приеме препаратов в индивидуальный дневник [1]. В ряде случаев может быть полезной беседа с родственниками (или соседями по палате). Наконец, следует помнить о том, что плохая приверженность к лечению – скорее норма человеческого поведения, чем какая-то личная особенность. Больные могут просто не отдавать себе отчет в том, что они плохо соблюдают предписанные рекомендации по приему препаратов, особенно если речь идет о многократном приеме в течение суток. Для того чтобы повысить информативность опроса больных в отношении приверженности к лечению, создаются специализированные вопросы и шкалы оценки приверженности. Они, как правило, включают в себя не только вопросы, имеющие непосредственное отношение к соблюдению рекомендаций по приему препаратов и немедикаментозных методов лечения, но и вопросы общепсихологического характера, касающиеся готовности больного к взаимодействию, ответственности, следованию советам и т.д. Некоторые из таких шкал сегодня уже валидизированы и рекомендованы к широкому применению [8].

Одним из самых простых тестов оценки приверженности к лечению является тест Мориски–Грина [9], который включает 4 вопроса: 1) забывали ли вы когда-либо принять препараты? 2) не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? 3) не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо и 4) если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли вы следующий прием? Комплаентными согласно данному тесту являются больные, набирающие 4 балла, некомплаентными – менее 3. Иногда могут иметь смысл дополнительные вопросы, касающиеся того, принимает ли больной препараты, если находится вне дома, в поездках, при приеме алкоголя и др. [10].

Одним из развивающихся сегодня направлений в оценке приверженности становятся телемедицинские технологии. Передача информации об уровне АД и приеме препаратов по телемедицинскому каналу обеспечивает объективную оценку приверженности и способствует ее повышению у больных, участвующих в данном процессе [11].

Другие методы оценки приверженности, как правило, используются в клинических исследованиях. Чаще всего речь идет о подсчете количества выданных и возвращенных препаратов. Считается, что удовлетворительной приверженностью к лечению, оцененной данным методом, является 80% и выше [12]. Данный метод позволяет оценивать приверженность количественно, но также не доказывает факта приема препаратов и правильного соблюдения режима приема. Как правило, комплаентность, оцененная данным методом, является завышенной, так как нередко больные возвращают не все оставшиеся у них таблетки. Это может происходить по различным причинам, чаще всего в силу попытки представить себя как комплаентного больного или “экономить” выданный препарат. При этом не следует забывать о том, что 100% соблюдение комплаентности невозможно при длительном лечении и отклонения в приверженности неизбежны.

Прямое измерение концентрации препаратов или их метаболитов в крови и других биологических средах, с одной стороны, предоставляет максимально объективную информацию об истинном приеме препарата, что невозможно ни при одном из других методов. С другой стороны, если данная процедура выполняется лишь при очередном визите к врачу, то и она не освобождена от возможного эффекта “зубной щетки” и не доказывает регулярности лечения. Применение электронных устройств, которые монтируются во флакон с препаратом и фиксируют в памяти время и кратность открытия крышки флакона, позволяет обеспечить ежедневный мониторинг не только регулярности приема препаратов, но и отследить интервал между дозами. К сожалению, даже столь сложный метод не позволяет с уверенностью говорить о том, что лекарственный препарат был действительно принят пациентом. В идеале он должен дополняться фармакокинетическим анализом, что возможно лишь в очень ограниченных исследованиях. В условиях стационара контроль приема препаратов в крайних случаях может осуществляться медицинским персоналом. Технически сложные методы оценки комплаентности, безусловно, не могут быть использованы в повседневной клинической практике. Однако именно эти методы позволили сегодня изучить проблему комплаентности в лечении и получить данные о нормальных показателях, характеризующих этот параметр. Проведенное сравнительное исследование различных методов оценки комплаентности, включая электронные мониторинговые системы и измерение концентрации препарата в моче, показали, что если по данным электронного мониторинга комплаентность составляет 58%, то при других субъективных методах оценки она может быть завышена до 80–90%. При этом лучше всего показатель мониторинга коррелирует с параметрами счета лекарственных препаратов [13].

Факторы, влияющие на комплаентность

Причины плохой приверженности к лечению

Причин плохой приверженности к лечению множество. Как ни странно, такие факторы, как пол, уровень образования и социально-экономический фактор, не являются предикторами приверженности к лечению [1]. Больные пожилого возраста, как правило, лучше соблюдают рекомендации по лечению, но это эффект нередко нивелируется количеством прописанных препаратов, что всегда ухудшает комплаентность [2]. Нездоровый образ жизни, в частности курение, злоупотребление алкоголем и гиподинамия в большей степени связаны с плохой приверженностью к терапии. В целом приверженность к лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях [1]. Все причины, приводящие к плохой приверженности к терапии, можно классифицировать как: 1) связанные с пациентом, 2) связанные с врачом, 3) социально-экономические и, наконец, 4) связанные с характером самой терапии (табл. 2).

Проблемы, связанные с врачами

Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо самому правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении, учитывать в своей практической деятельности роль приверженности к терапии в ее успехе и, наконец, иметь возможность осуществлять должную кратность визитов пациентов и проведения с ними необходимых бесед в целях повышения приверженности к терапии.

Одним из барьеров успешного лечения АГ сегодня по-прежнему остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим стандартам лечения. Несмотря на то что приведенные клинические исследования продемонстрировали возможность достижения целевых значений АД у большой доли больных АГ, в том числе пожилых (68% целевого АД в исследовании ALL-HAT) [14], у врачей по-прежнему остается скептицизм в отношении успеха в лечении таких пациентов [2]. По данным исследования NHANES III [15], у 2/3 больных при нормальном уровне диастолического АД остается повышенным уровень систолического АД. Врачи нередко отказываются от интенсификации медикаментозной те-

Таблица 2. Потенциальные факторы риска плохой приверженности к лечению

Демографические причины	Связанные с препаратом и схемой лечения	Связанные с заболеванием	Связанные с пациентом	Связанные с взаимодействием пациент–врач
Возраст Пол Уровень образования (?) Социально-экономический статус (?) Социальная занятость Этническая принадлежность	Количество препаратов Кратность приема Размер и вкус таблетки Упаковка Длительность терапии Стоимость лечения Побочные эффекты	Отсутствие или наличие симптомов Стабильность клинических симптомов	Понимание болезни и ее последствий Принятие угрозы здоровью Понимание выгоды лечения, в том числе экономический Мотивация больного и семьи Участие больного в решении	Обстоятельства при визите Доступность помощи Качество и эффективность диалога Время визитов Отношение врача к больному и его болезни Адекватность предоставляемой больному информации Кратность визитов [7]

рапии под влиянием убеждений пациентов о плохой личной переносимости снижения АД, что не всегда объективно [16]. Наблюдения за поведением врачей показали, что повторные замеры АД, как правило, выполняют при высоких значениях АД, из-за субъективного желания обнаружить более низкие значения [17]. Ряд подобных причин ведет к тому, что сами врачи по не вполне изученным причинам могут способствовать ухудшению приверженности больного к лечению с течением времени и далеко не всегда настойчивы в достижении целевых значений АД.

Отсутствие готовности врача к интенсификации терапии (из-за боязни побочных эффектов, возможных метаболических эффектов, осложнений, страха увеличения стоимости лечения, а также отсутствия субъективной убежденности в необходимости снижения АД у конкретного больного) приводит и к ухудшению комплаентности пациентов [18].

Социально-экономические причины

Влияние социальных и экономических факторов на комплаентность больного в лечении существенно варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. В странах, в которых затраты на приобретение лекарственных препаратов полностью покрываются пациентами, что справедливо в большой степени для России, стоимость лечения приобретает немаловажное значение в последующей приверженности к терапии. Данные, полученные в Петроградском районе Санкт-Петербурга по наблюдению за больными в течение 1 года после подбора антигипертензивной терапии и достижении целевых значений АД, показали, что 62% больных отказываются от продолжения лечения по соображениям стоимости, тогда как такие факторы, как побочные эффекты терапии, уходят на второй план среди причин ухудшения комплаентности [19].

При этом следует учитывать то, что затраты на лечение АГ определяются не только стоимостью лекарственной терапии, но и стоимостью визитов к врачу, госпитализаций, потерей трудоспособности, инвалидизацией и т.д. При этом затраты на лечение больного, у которого происходит смена терапии, на 20% выше, чем продолжающаяся первоначально назначенная эффективная терапия [20].

С целью оценки роли частоты визитов в приверженности к терапии в Канаде было предпринято рандомизированное сравнительное исследование двух режимов визитов больных АГ: каждые 3 мес и каждые 6 мес [21]. Удивительно, что среди 609 больных, включенных в исследование, не было выявлено никаких различий в приверженности к лечению и достижении целевого АД в зависимости от кратности визитов, при этом 20% больных в обеих группах оставались некомплаентными.

Следует отметить, что осознание проблемы плохой приверженности к лечению существенно различается между врачами и пациентами. Так, если 70% врачей считают, что некомплаентность – причина недостаточной эффективности терапии, то лишь 16% соответствующих пациентов разделяет эту точку зрения [22].

Проблемы, связанные с пациентами

Целый ряд исследований был предпринят для оценки причин отказа пациентов от приема исследуемых препаратов.

Побочные эффекты терапии – одна из основных причин плохой приверженности к лечению. Как известно,

большинство больных АГ не имеют клинической симптоматики, поэтому лишь 40–50% из них действительно начинают чувствовать себя лучше на фоне проводимого лечения [23]. У многих больных самочувствие не меняется или даже ухудшается либо за счет быстрого снижения АД, либо за счет истинных побочных эффектов лекарств. При этом не всегда пациент может связывать ухудшение самочувствия с лекарственной терапией и, наоборот, побочные эффекты присущи в определенной доле случаев и плацебо, что отражает субъективность оценки данного показателя.

В одном из исследований, в котором изучали отказы от продолжения лечения в зависимости от возникновения проблем, связанных с побочными эффектами, было показано, что увеличение числа побочных эффектов приводит к увеличению доли больных, прекративших лечение или самостоятельно изменивших режим терапии. Если доля больных, изменивших лечения, при отсутствии каких-либо проблем составила 17%, то по мере появления от 1 до 3 побочных эффектов она увеличивалась до 29, 41 и 58% соответственно [24]. Самостоятельный отказ от лечения отмечается при побочных эффектах довольно часто. Это еще раз было подтверждено исследованием, проведенным в Великобритании, в котором из 948 больных у 322 (34%) наблюдали в процессе лечения побочные эффекты. Лишь 78% сообщили о них своему врачу, тогда как остальные самостоятельно прекратили прием препаратов [25]. При этом побочные эффекты терапии когда-либо отмечаются у 36% пациентов, а у 17% больных они сохраняются на фоне продолжающегося лечения [26].

Выявление причин плохой приверженности к лечению – важная задача врача. Необходимо оценивать наличие у больного предшествующего опыта терапии и ее результативность, убеждения пациента и его отношение к лечению и болезни, мотивацию к лечению [1].

Необходимо отметить, что готовность к регулярной терапии может существенно варьировать у различных больных. Ряд исследований показал, что некоторые пациенты предпочитают жесткий режим приема препаратов, тогда как другие проявляют большую готовность к гибкому режиму в соответствии с симптомами и своей социальной активностью, для того чтобы у них сохранялось ощущение “нормальной жизни” [27].

Если говорить о предпочтениях пациентов, то по данным Benson (2003 г.) [26], 66% пациентов предпочитают не принимать постоянно лекарственных препаратов, что связано во многом с тем, что они опасаются вреда от проводимого лечения (41%). Проведенный опрос больных гипертонической болезнью в Санкт-Петербурге показал, что готовность к постоянной терапии у больных с установленным диагнозом ГГ более года составляет не более 30% [28].

Причиной, побуждающей больного к регулярному приему препаратов, в Великобритании лишь в 50% случаев служит реальное улучшение самочувствия [26]. При этом 87 и 92% принимают препараты регулярно в связи с тем, что доверяют врачу и ожидают хороших результатов в будущем [26], что уже напрямую зависит от квалификации врача.

К важнейшим негативным факторам, которые определяют дальнейшую готовность к лечению, относятся отношение к заболеванию как к безнадежному состоянию, тревожность, вызываемая частыми измерениями АД, а