

Л. И. Конопкина
ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНСА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Вначале хотелось бы сказать несколько слов о таком «страшном», на первый взгляд, термине, как «комплаенс».

Согласно данным оксфордского словаря английского языка, «комплаенс» (англ. compliance) означает действие в соответствии с запросом или указанием, повиновение. Существует еще понятие «медицинский комплаенс», которое означает степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача [8]. В медицине также используются синонимы термина «комплаенс», такие как «осознанная исполнительность», «согласие с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество». И несмотря на то, что все они имеют несколько разную смысловую окраску, при определенных обстоятельствах могут быть взаимозаменяемыми.

Практическое значение медицинского комплаенса заключается в том, что пациент принимает лекарство в принципе, что он принимает его вовремя, что он принимает лекарственный препарат в нужной дозировке и, наконец, что больной не заканчивает лечение преждевременно. В то же время у терапевтических больных достаточно часто наблюдается низкий комплаенс.

По мнению J. Naughtey с соавторами [1], низкий комплаенс может быть двух видов. Непреднамеренно низкий – в результате либо неправильного понимания пациентом врачебных назначений, либо забывчивости самого больного; если же это касается ингаляционной терапии – то либо результатом неправильной техники ингалирования, либо вследствие технических сложностей при использовании ингалятора. Преднамеренно низкий комплаенс связан с решением пациента не следовать рекомендациям врача, что может быть обусловлено его сомнениями в необходимости постоянного приема медикаментов или боязнью побочных эффектов от приема лекарственных средств.

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) входит в число болезней с наиболее низким уровнем приверженности лечению [3], несмотря на то, что именно приверженность лечению необходима как для успешного контроля симптомов, так и для предотвращения (или отсрочки) развития осложнений, включая инфекционные обострения заболевания [3, 7, 9, 11]. Низкая приверженность лечению отмечается у большого количества больных ХОЗЛ – более чем у 50 %, в то время как доля пациентов, использующих лекарственные препараты даже на последнем году жизни, достаточно велика и составляет 52 % [9].

Цели лечения больных ХОЗЛ касаются, с одной стороны, улучшения симптоматики (устранения симптомов, повышения толерантности к физической нагрузке, улучшения самочувствия), а с другой – уменьшения рисков (предотвращения прогрессирования заболевания, предотвращения развития и/или лечения обострений, уменьшения смертности). В связи с этим

и лечение больных должно быть ориентировано как на краткосрочные, так и на долгосрочные цели успешной терапии.

К пациентам с высоким риском развития обострений ХОЗЛ относятся больные категорий С и D. Для их лечения в качестве препаратов первой линии рекомендуются фиксированные комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и бета-агонистов длительного действия (ИГКС/БАДД). Так чего же эти больные ожидают от лечения? Более 55 % их – быстрого устранения симптомов, около 40 % – более продолжительных периодов между обострениями, 36 % – меньшего количества побочных реакций при приеме лекарственных препаратов, 27 % – хорошей повседневной активности и снижения затрат на лечение, 23 % – удобства дозирования ингаляционных средств.

Большинство больных ХОЗЛ категорий С и D принимают препараты слишком поздно в течение дня: еще в постели – лишь 5 %, сразу встав с постели – тоже не много (30 %), во время или после завтрака – менее 20 %. Наиболее частым утренним симптомом у больных с тяжелым течением ХОЗЛ является одышка. А утро – наиболее тяжелое время суток для этих больных, когда симптомы заболевания наиболее выражены и затрудняют выполнение самых обычных утренних процедур: подъем с постели, поход в ванную, самостоятельное умывание, одевание и вытирание, приготовление завтрака [12]. Именно поэтому в быстром уменьшении симптомов заболевания ключевую роль играет быстрое начало действия лекарственного препарата.

Симбикорт® Турбухалер® является препаратом, который отвечает всем самым насущным для больных ХОЗЛ требованиям: обладает быстрым стартом действия [6], способствует улучшению качества жизни больных [10] и снижению количества обострений [5], имеет простую схему лечения и является доступным для пациентов [2, 5]. Так, быстрота наступления клинического эффекта обусловлена особенностями химического строения бета-агониста, входящего в состав препарата – формотерола, который по этому признаку аналогичен салбутамолу. Статистически достоверное улучшение качества жизни больных продемонстрировано по результатам динамики показателей анкеты Госпиталя Святого Георгия [4, 10]. Уменьшение количества обострений у больных ХОЗЛ с высоким риском доказано как в сравнении с плацебо, так и в сравнении с тиотропием бромидом [4, 5, 10]. Режим дозирования лекарственного препарата очень прост: рекомендуется применять 160/4,5 мг по 2 ингаляционные дозы 2 раза в день. Доставочное же устройство – Турбухалер® – простое и удобное в использовании.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что клинический эффект при применении Симбикорта® Турбухалера® зависит и от доставочного устройства (его механических характеристик, размеров частиц, распыляемых устройством, техники применения ингалятора), и от составляющих лекарственного препарата (физических и химических их характеристик, доз, депозиции и растворимости лекарственных средств),

и от поведения пациента (взаимоотношения «врач–пациент», желания больного лечиться и использовать лекарственные средства в принципе, а также от готовности следовать всем инструкциям врача).

ЛИТЕРАТУРА

1. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control [Text] / J. Haughney et al. // *Respir Med.* – 2008. – Vol. 102. – P. 1681–1693.
2. Combination of budesonide/formoterol more effective than fluticasone/salmeterol in preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: the PATHOS study [Text] / Larsson K. [et al.] // *J. Intern. Med.* – 2013. – Vol. 273. – P. 584–594.
3. Di Matteo, M. R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research [Text] / M. R. Di Matteo // *Med. Care.* – 2004. – Vol. 42 (3). – P. 200–209.
4. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease [Text] / Szafranski W. [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2003. – Vol. 21. – P. 74–81.
5. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / Welte T. [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2009. – Vol. 180. – P. 741–750.
6. Effect on lung function and morning activities of budesonide/formoterol versus salmeterol/fluticasone in patients with COPD [Text] / Partridge M. R. [et al.] // *Ther. Adv. Respir. Dis.* – 2009. – Vol. 3(4). – P. 147–157.
7. Global Initiative for COPD, 2013 [Ел. ресурс]. Режим доступу: <http://www.goldcopd.org>
8. Horne, R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment [Text] / R. Horne // *Chest.* – 2006. – Vol. 130 (1 suppl). – P. 655–725.
9. Lareu, S. C. Improving adherence with inhaler therapy in COPD [Text] / S. C. Lareu, B. P. Yawn // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2010. – Vol. 5. – P. 401–406.
10. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / Calverley P. M. [et al.] // *ERJ.* – 2003. – Vol. 22(6). – P. 912–919.
11. Restrepoetal, R. D. Medication adherence issues in patients treated for COPD [Text] / R. D. Restrepoetal // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2008. – Vol. 3. – P. 371–384.
12. Perception of symptom variability in patients with severe COPD: Impact on morning activities and therapeutic behavior [Text] / Vogelmeier C. [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2010. – Vol. 181. – A5957.