

Л. И. Конопкина

ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНСА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

В течение последних десятилетий благодаря достижениям современной пульмонологии были расширены представления об этиологии и патогенезе как хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ), так и бронхиальной астмы (БА), предоставлены новые возможности эффективного лечения больных, появились понятия «базисная» и «симптоматическая» терапия. Целью лечения больных стало не только облегчение симптомов, но и эффективный контроль над заболеванием (особенно при БА) [9, 10]. Однако любые успехи на любом этапе ведения пациентов могут быть нивелированы их низким комплаенсом (*англ.* compliance).

В современной медицине существует понятие «медицинский комплаенс», что означает степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.

О высоком комплаенсе может идти речь в том случае, если: а) пациент принимает лекарство в принципе; б) пациент принимает лекарство вовремя; в) пациент принимает лекарство в нужной дозировке; г) пациент не заканчивает лечение преждевременно.

Низкий комплаенс может быть двух видов: непреднамеренно низким и преднамеренно низким. Непреднамеренно низкий комплаенс у больных ХОЗЛ и БА, как правило, является результатом неправильного понимания назначений врача, забывчивости пациента, неправильной техники ингалирования лекарственных средств или технических сложностей при использовании ингалятора. Преднамеренно низкий комплаенс чаще всего обусловлен решением самого пациента не следовать назначениям врача из-за сомнений в необходимости постоянного приема медикаментов или боязни развития побочных эффектов при приеме лекарственных препаратов [3].

Трудности с приверженностью терапии могут возникнуть в любой возрастной группе (и среди молодых, и среди пожилых); как у мужчин, так и у женщин; у лиц с разным уровнем образованности; среди пациентов любого социально-экономического статуса (общезвестно, что экономить на здоровье пытаются и миллионеры, и люди с достатком ниже прожиточного минимума). Причин трудностей с приверженностью терапии существует несколько [1], и у больных ХОЗЛ и БА они могут быть связаны с:

- 1) отсутствием эффективной коммуникации «врач–больной»;
- 2) психологическими особенностями пациента;
- 3) клиническими особенностями самой болезни;
- 4) особенностями терапевтической программы при том или ином заболевании;

- 5) развитием у больных побочных эффектов при приеме лекарственных средств;
- 6) социально-экономическими факторами;
- 7) особенностями организации медицинской помощи в конкретной стране.

Относительно эффективной коммуникации «врач–больной» следует констатировать, что успеха можно достичь только в том случае, если у врача будет и желание, и время для общения с пациентом. Важным должно стать завоевание доверия к врачу, и главное здесь — живая беседа, а не механическое выписывание рецепта, теряющего свою значимость при неправильной подаче информации. Всегда необходимо учитывать индивидуальность пациента, особенно страдающего тяжелым недугом. Причем должна быть индивидуальность не только в лечении, но и в преподнесении информации. Как писал когда-то Н. И. Пирогов, «одинаковых больных нет — есть люди, страдающие одной болезнью».

В последние годы в специальной литературе появилось понятие «коммуникативная компетентность врача» — это профессионально значимое качество. Самыми значимыми с точки зрения пациентов признаны такие качества врача, как:

- 1) ум (указало 74 % опрошенных больных);
- 2) внимание к пациентам (57 %);
- 3) увлеченность своей работой (52 %);
- 4) чуткость, тактичность, терпеливость по отношению к больному (по 49 %);
- 5) чувство долга (45 %);
- 6) спокойствие (40 %);
- 7) серьезность (38 %);
- 8) чувство юмора (38 %).

Как оказалось, качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт с пациентом, оцениваются больными наиболее высоко [2].

Главная же задача больного в повышении приверженности терапии и достижении более высокого контроля над течением своего заболевания — это выработка у него осознанного подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям [4, 5]. Необходимо на практике научиться пользоваться полученной информацией, и, прежде всего, — информацией от врача.

Что касается психологических особенностей пациента — зачастую он просто не может понять, зачем необходимо лечиться, забывая вовремя принять лекарственный препарат. У больных ХОЗЛ часто наблюдается депрессия, связанная с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется им сплошной цепью неудач и

неприятностей, формують ощущение безсхідності, безнадійності, которое проєцируется в будуще. У больных же БА чаще формуються тривога — это эмоція, направлена в будуще, зв'язана з прогнозуванням, предвосхищенням, очікуванням можливих невдач, с формуванням неблагоприятних отношецій и установок. Эти особенности больных необходимо учитывать и вовремя корригувати.

Относно клінічних особливостей болезней, следует помнить, что при тяжелом теченні ХОЗЛ требуется постійний прием ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), основой же терапии всегда являются бронходилататоры. При БА, даже при нетяжелом теченні болезни, необходим постійний прием базисной терапии (ИГКС); появление же острых симптомов у больных требует применения бронходилататоров.

Одной из ключевых ошибок в лечении больных ХОЗЛ и БА является необоснованная полипрагмазия, которая в итоге приводит к экстракции больным из «списка-простыни», составленного врачом, препаратов более дешевых, но менее важных. Назначать же необходимо только патогенетически обоснованное лечение и предпочтительно — оригинальные препараты.

Одним из способов решения проблемы ведения как больного ХОЗЛ, так и больного БА, является назначение Симбикорта® Турбухалера® (будесонид/формотерол), который обеспечивает быстро наступающий бронходилатирующий эффект, улучшение качества жизни пациента, уменьшение количества обострений. Кроме того, прием препарата отличается простотой схемы терапии [6, 7, 8, 11].

Лечение больных БА Симбикортом в режиме SMART соответствует целям лечения болезни согласно европейского рекомендательного документа GINA (2014). Фиксированная комбинация будесонид/формотерол может использоваться как для поддерживающей терапии, так и для купирования острых симптомов. При этом доказано уменьшение частоты обострений и улучшение контроля астмы при применении относительно низких доз ИГКС (уровень доказательности А). Приверженность больных терапии значительно повышается [9].

Не менее важным в достижении лучшей приверженности больных назначенной терапии является участие их в социальных программах, благодаря которым пациенты могут приобретать медицинские препараты по более доступным ценам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демко, И. Бронхиальная астма: клинично-экономический аспект [Текст] / И. Демко, И. Артюхов, М. Петрова // Врач. — 2007. — № 5. — С. 74–76.
2. Ташлыков, В. А. Клинично-экспериментальное исследование взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии [Текст] / В. А. Ташлыков // Неврозы и пограничные состояния. — Ленинград, 1972. — С. 38–41.
3. Achieving asthma control in practice: understanding the reasons for poor control [Text] / Haughney J. et al. // Respir. Med. — 2008. — Vol. 102. — P. 1681–1693.
4. Barnes, P. J. Scientific rationale for using single inhaler for asthma control [Text] / P. J. Barnes // Eur. Respir. J. — 2007. — Vol. 29, № 3. — P. 587–595.
5. Braman, S. The global burden of asthma [Text] / S. Braman // Chest. — 2006. — Vol. 130, № 1. — P. 4–12.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Published November 2007–2014 [Electronic Resource] — Режим доступу : <http://www.ginasthma.org>.
10. GOLD Report, Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (updated 2014) [Electronic Resource] — Режим доступу : <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.htm>.
11. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / Calverley P.M. et al. // Eur. Respir. J. — 2003. — Vol. 22 (6). — P. 912–919.