

УДК: 616.24-007.272

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ХОЗЛ: ЧИ ДІЙСНО ЦЕ КРИТИЧНО ВАЖЛИВО?

Ю. М. Мостовой, А. А. Сідоров, Н. С. Слепченко

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Резюме. Недостатня прихильність є великою перешкодою на шляху до оптимізації лікування пацієнтів, що страждають на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). 40–60 % пацієнтів мають прихильність на рівні 80 % та більше від призначених доз препарату. Головними причинами низької прихильності до лікування є відсутність навичок використовувати інгалятор коректно, похилий вік, когнітивні та депресивні розлади, недостатнє пояснення пацієнту мети та режиму лікування, недостатня довіра до лікаря та його рекомендацій. Ключові заходи для поліпшення прихильності до лікування пов'язані з встановленням високого рівня співпраці між пацієнтом та лікарем, пояснення пацієнту мети та режиму лікування та повторні тренінги щодо коректного користування інгалятором. Результати нашого дослідження свідчать, що прихильність до лікування ХОЗЛ може бути підвищена з 43,7 % до 83,5 % протягом 2 місяців.

Ключові слова: ХОЗЛ, прихильність, комплаєнс.

Ю. М. Мостовой

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Заведуючий кафедрою пропедевтики внутрішньої медицини

ВНМУ ім. М. І. Пирогова, професор, доктор медичних наук,

вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна

e-mail: yura.mostovoy@gmail.com

Астма та Аллергія, 2019, № 3, С. 56–60.

ADHERENCE TO COPD TREATMENT: IS IT REALLY OF CRUCIAL IMPORTANCE?

Y. M. Mostovoy, A. A. Sidorov, N. S. Slepchenko

Abstract. Poor adherence is a major challenge on the way to treatment optimization of the treatment of in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The 40–60 % of the patients with COPD have adherent level of adherence 80 % or more of prescribed doses. The main reasons of low adherence are absence lack of skills to use inhaler correctly, old age, cognitive and depressive disorders, poor explanation of the target and regimen of the treatment regimen and its goals to patient, insufficient trust to in doctor and his/her recommendations. The keys measures to improve adherence to treatment are associated with establishment of the high-level doctor-patient cooperation between the patient and doctor, explanation to the patient target of goals and treatment regimen of the treatment and repeated trainings to use in correct inhaler use correctly. Our results states that adherence to treatment could be improved from 43.7 to 83.5 % within 2 months.

Key words: COPD, adherence, compliance.

Yuriy M. Mostovoy

National Pirogov Memorial Medical University Vinnytsya

MD, PhD, Dr. Med. Sc., Professor, Honored Doctor of Ukraine

Head of Chair of Propedeutics of Internal Medicine

str. Pirogova, 56, Vinnytsia, Ukraine, 21018

e-mail: yura.mostovoy@gmail.com

Asthma and Allergy, 2019, 3, P. 56–60.

© Мостовой Ю. М., Сідоров А. А., Слепченко Н. С., 2019

www.search.crossref.org

DOI: 10.31655/2307-3373-2019-3-56-60

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ХОЗЛ: ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ЭТО КРИТИЧЕСКИ ВАЖНО?

Ю. М. Мостовой, А. А. Сидоров, Н. С. Слепченко

Резюме. Недостаточная приверженность является большим препятствием на пути к оптимизации лечения пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ). У 40–60 % пациентов с ХОЗЛ приверженность к лечению находится на уровне 80 % и больше от назначенных доз препарата. Главными причинами низкой приверженности к лечению являются отсутствие навыков корректного пользования ингалятором, старческий возраст, когнитивные и депрессивные расстройства, недостаточное объяснение пациенту цели и режима лечения, недостаточный уровень доверия к врачу и его рекомендациям. Ключевые мероприятия для улучшения приверженности к лечению связаны с установлением высокого уровня сотрудничества между пациентом и врачом, объяснение пациенту цели и режима лечения, а также повторные тренинги по корректному использованию ингалятора. Результаты нашего исследования свидетельствуют о возможности повышения приверженности к лечению ХОЗЛ с 43,7 % до 83,5 % на протяжении 2 месяцев.

Ключевые слова: ХОЗЛ, приверженность, комплаенс.

Ю. М. Мостовой

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
кафедра пропедевтики внутренней медицины

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины
ВНМУ им. Н.И. Пирогова, профессор, доктор медицинских наук,
ул. Пирогова, 56, г. Винница, 21018, Украина

e-mail: yura.mostovoy@gmail.com

Астма и Аллергия, 2019, №3, С. 56–60.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) створює значний медичний та економічний тягар для пацієнтів, їхніх сімей та для суспільства в цілому. Поширення цього захворювання в світі складає 9–10 % серед дорослих осіб у віці 40 та більше років. ХОЗЛ — третя за поширеністю причина смерті у світі з 2012 р. У той же час необхідно відзначити, це захворювання може бути попереджене та ліковане [1]. Проте, відсутність прихильності до базисної терапії — одна з найбільших перешкод у лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ в усьому світі.

Комплаенс та прихильність до лікування: у чому різниця?

Комплаенс асоційований з пасивною поведінкою пацієнта, що сприймає призначення лікаря як поступливий споживач, погоджується з режимом та особливостями лікування.

Більш пізній термін «**прихильність до лікування**» точніше відображає активну роль пацієнта у схваленні призначень лікаря та згоді їх дотримуватися.

Прийнятний рівень прихильності до лікування — 80 % прийнятих доз ліків від тих, що були призначені. Цей рівень прихильності називається «кількістю днів, покритих лікуванням». Для обчислення кількості днів, «покритих лікуванням», кількість днів, під час яких пацієнт приймав лікування, поділяється на кількість днів, під час яких лікування слід було приймати згідно призначень лікаря.

Відсутність прихильності називається неприхильністю, неприхильність може бути навмисною та ненавмисною.

Навмисне неприхильність — активне рішення пацієнта не дотримуватися призначень лікаря та припинення лікування загалом, спостерігається у 15 % пацієнтів з ХОЗЛ.

Ненавмисне неприхильність — пасивний процес, у ході якого пацієнти не дотримуються призначень лікаря через причини, які слабо ними контролюються. Такими причинами є вікові когнітивні зміни, супутні захворювання та соціально-економічні умови. Ненавмисна неприхильність спостерігається у 20–50 % пацієнтів, що страждають на ХОЗЛ.

Рівень прихильності пацієнтів до лікування різний залежно від його умов. Прихильність до лікування складає 70–90 % у клінічних дослідженнях, 40–60 % у спеціалізованій клінічній практиці та лише 10–40 % у звичайній практиці (табл. 1).

Таблиця 1. Рівень прихильності залежно від умов лікування пацієнтів з ХОЗЛ

Умови лікування	Рівень прихильності до лікування
Клінічні дослідження	70–90 %
Спеціалізована практика	40–60 %
Звичайна практика	10–40 %

Прихильність до лікування ХОЗЛ є комплексною та мультифакторіальною проблемою [3].

Головні групи причин ненавмисне прихильності до лікування ХОЗЛ наступні [2–6]:

- 1) соціально-економічні;
- 2) пов'язані з ліками;
- 3) пов'язані з пацієнтом;
- 4) пов'язані з захворюванням;

5) пов'язані з системою охорони здоров'я та медичними фахівцями.

Соціально-економічні причини низької прихильності до лікування:

- 1) відносно висока вартість лікування;
- 2) відносно низький рівень заробітної плати/соціальних виплат пацієнтів.

Група причин низької прихильності до лікування, пов'язаних з препаратом наступні:

- 1) велика кількість ліків, які пацієнт змушений приймати з приводу ХОЗЛ та супутніх захворювань;
- 2) труднощі у використанні доставочного і більше того, якщо пацієнт використовує кілька інгаляторів, частота помилок буде вищою, ніж у випадку, якщо б він користувався одним інгалятором [12, 15];
- 3) побічні ефекти ліків.

Для більшості медикаментів, що приймаються перорально, рекомендації лікаря, що їх призначив, зосереджені на коректній дозі та часі прийому протягом доби. Ускладнюючим фактором для інгаляційної терапії є те, що належна техніка використання інгалятора також має дуже важливе значення, що призводить до навіть нижчого показника прихильності до лікування за звичайних умов (не у клінічних дослідженнях) у порівнянні з ліками, що призначені з приводу інших захворювань.

Причини низької прихильності до лікування, пов'язані з пацієнтом [2–6]:

- 1) відсутність навичок правильного використання доставочного пристрою;
- 2) похилий вік;
- 3) когнітивні порушення, пов'язані з супутніми захворюваннями;
- 4) депресивні розлади — наявні у 10–42 % пацієнтів з ХОЗЛ за різними оцінками [13].

Причини низької прихильності до лікування, пов'язані з системою охорони здоров'я та з медичними фахівцями:

- 1) недостатня інформація щодо цілей терапії надана пацієнту, недостатнє пояснення та/чи розуміння режиму лікування;
- 2) недостатня довіра до лікаря та його рекомендацій.

Фактори, що впливають на рівень прихильності, пов'язані з препаратом:

- 1) частота прийомів протягом доби (табл. 2);
- 2) швидкий початок дії (табл. 3);
- 3) зручність використання інгалятора;
- 4) можливість для пацієнта визначити прийом дози препарату — відчуття характерного смаку, поява характерного звуку при використанні доставочного пристрою, візуальний ефект — капсули з отворами (*Breezhaler*), зміна кольору у віконці доставочного пристрою (*Genuair*) [7–8, 16].

Встановлено відсутність зв'язку між прихильністю до лікування ХОЗЛ та демографічними факторами (стать, рівень освіти, рівень забезпеченості та статус куріння), важкість ХОЗЛ, тривалість захворювання. Незважаючи на велику кількість факто-

Таблиця 2. Прихильність до лікування ХОЗЛ та число прийомів засобу базисної терапії протягом доби

Кількість інгаляцій/доби	Кількість пацієнтів з високим ступенем прихильності, % від загальної кількості
1	43
2	37
3	30
4	23

Таблиця 3. Препарати, що мають відносно швидкий та відносно повільний початок дії

Препарати, що починають діяти через 5 хв після прийому	Препарати, що починають діяти через 30 хв після прийому
Індакатерол	Тіотропіум
Глікопіроніум	Аклідиніум
Формотерол	Сальметерол

рів, які були виявлені, як такі, що можуть мати негативний вплив на прихильність до лікування з різним ступенем значимості, жоден з факторів не може бути представлений як такий, що у повній мірі передбачає чи найбільшою мірою відповідальний за низький рівень прихильності до лікування. Зараз вважається, що найімовірніше, різноманітність факторів більшою мірою здатних повпливати на недостатню прихильність, ніж один окремих фактор [10].

Показник прихильності також залежить від способу його оцінки. В окремих дослідженнях виявлено, що 40–60 % пацієнтів мають оптимальний показник прихильності. Для оцінки показника прихильності у цих дослідженнях використовувалися методи саморепортування пацієнтів. Це могло призвести до переоцінки показника прихильності до лікування, так як пацієнти могли надавати соціально бажані відповіді, а не такі, що відображають їхню особисту ситуацію принаймні частково. Пацієнти можуть хвилюватися, що надання відвертих відповідей може мати негативний вплив на стосунки з лікарем та надання допомоги в майбутньому. В іншому дослідженні наведено більш реалістичні результати. Лише 6 % пацієнтів, що страждають на важкий ХОЗЛ мали прихильність до лікування понад 80 % після виписування зі стаціонару, у якому перебував у зв'язку з лікуванням загострення ХОЗЛ. У результатах більшості досліджень стверджується, що частота неприхильності до базисної терапії серед пацієнтів, що страждають на ХОЗЛ, коливається від 20 % до 60 % [11]. У Німеччині близько 2/3 пацієнтів не продовжують лікування ХОЗЛ через 12 місяців після його початку [9].

Існує підхід, коли пацієнтів можуть класифікувати як прихильних (прихильність $\geq 80\%$), з легким ступенем неприхильності (прихильність $50\% < 80\%$), з неприхильністю середнього ступеня важкості (прихильність $30\% < 50\%$) та з важкою неприхильністю (прихильність $< 30\%$). Незва-

жаючи на нечисленні дані про те, що значимі відмінності щодо частоти загострень ХОЗЛ між пацієнтами з належним рівнем прихильності та з легким ступенем неприхильності відсутні, необхідно докласти всіх зусиль для підвищення рівня прихильності до оптимального.

Рівні прихильності залежать також від класу препаратів, що використовується для лікування. У різних дослідженнях прихильність до лікування варіює від 18 % до 40 % для інгаляційних глюкокортикоїдів, від 17 % до 29 % для комбінованих препаратів, від 13 % до 80 % для симпатоміметиків.

Низька прихильність до лікування призводить до підвищення ризику госпіталізації з приводу загострення ХОЗЛ на 20 %, а також збільшує витрати на лікування пацієнтів з ХОЗЛ на 50 %.

Підвищення прихильності до лікування ХОЗЛ може зменшити смертність від ХОЗЛ на 57 %, вартість госпітального лікування — на 28,2 %, вартість амбулаторного лікування з приводу ХОЗЛ — на 12,8 %.

Підвищення прихильності до лікування ХОЗЛ на 5 % веде до зменшення ризику госпіталізації з приводу ХОЗЛ на 2,6 %. При цьому тривалість госпіталізації зменшується на 2 %, а витрати на невідкладну допомогу — на 1,8 %.

Методи оптимізації прихильності до лікування у пацієнтів з ХОЗЛ [2–6, 14]:

- 1) залучення пацієнтів до терапевтичної стратегії з повідомленням цілей лікування, обговорення ризиків загострень і ускладнень;
- 2) встановлення високого рівня співробітництва лікаря і пацієнтів;

- 3) лікування супутніх захворювань та станів, особливо тривожних розладів і депресії;
- 4) ретельне навчання правильної техніки користування доставочним пристроєм;
- 5) регулярні нетривалі зустрічі з пацієнтом для оцінки прихильності до лікування та правильності техніки користування доставочним пристроєм.

У відповідності до наших власних даних, реальною метою є підвищення прихильності до лікування з 43,7 % до 83,5 % протягом 2 місяців. Це призвело до збільшення об'єму форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$) з 44,1 % до 52,3 %. Показник шкали mMRC (*modified Medical Research Council*) зменшився з 2,4 до 1,8. У випадку регулярних коротких зустрічей пацієнтів з лікарем щомісяця прихильність до лікування утримується на рівні понад 80 %. На момент завершення 12-місячного дослідження з поліпшення прихильності рівень прихильності складав 82,4 %. Найважливішими факторами, що дозволяють поліпшити прихильність до лікування ХОЗЛ та підтримувати її на належному рівні є високий рівень співробітництва між лікарем та пацієнтом, а також комунікація пацієнта з низьким рівнем прихильності та інших пацієнтів, що підвищили свою прихильність до лікування та досягнули клінічного покращення.

Спираючись на дані сучасної наукової літератури та власні дані, ми робимо **висновок**, що прихильність до лікування ХОЗЛ — один з найважливіших факторів, що впливає на успіх лікування. Важливість прихильності до лікування ХОЗЛ надзвичайно висока і її значення близьке до критичного.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мостовий ЮМ. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. 24-е вид., перероб. Київ: Центр ДЗК; 2019. 686 с.
2. Blackstock FC, ZuWallack R, Nici L, Lareau SC. Why don't our patients with chronic obstructive pulmonary disease listen to us? *Annals ATS*. 2016;13(3):317–323. doi: 10.1513/AnnalsATS.201509-600PS.
3. Boven van JFM, Lavorini F, Dekhuijzen PNR, Blasi F, Price DB, Viegi G. Urging Europe to put non-adherence to inhaled respiratory medication higher on the policy agenda: a report from the First European Congress on Adherence to Therapy. *Eur Respir J*. 2017 May 19;49(5):2–5. doi: 10.1183/13993003.00076-2017.
4. Davis JR, Wu B, Kern DM, et al. Impact of Nonadherence to Inhaled Corticosteroid/LABA Therapy on COPD Exacerbation Rates and Healthcare Costs in a Commercially Insured US Population. *American health & drug benefits*. 2017 Apr;10(2):92-102.
5. Horvat N, Locatelli I, Kos M, Janežič A. Medication adherence and health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Acta Pharm*. 2018 Mar 1;68(1):117-125. doi: 10.2478/acph-2018-0006.
6. Jain VV, Allison R, Beck SJ, et al. Impact of an integrated disease management program in reducing exacerbations in patients with severe asthma and COPD. *Respiratory medicine*. 2014 Dec;108(12):1794-800. doi: 10.1016/j.rmed.2014.09.010.
7. Koehorst-Ter Huurne K, Kort S, van der Palen J, et al. Quality of life and adherence to inhaled corticosteroids and tiotropium in COPD are related. *International journal of COPD*. 2016 Jul 26;11:1679-88. doi: 10.2147/COPD.S107303.
8. Montes de Oca M, Menezes A, Wehrmeister FC, et al. Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSYC study. *Plos one*. 2017 Nov 15;12(11):e0186777. doi: 10.1371/journal.pone.0186777.

REFERENCES

1. Mostovyy YuM. Suchasni klasyfikatsii ta standarty likuvannya zahvoriuvan vnutrishnih organiv (Modern classifications and standards of the treatment of internal organs diseases). 24th ed., reviewed. Kyiv: Center DZK; 2019. 686 p.
2. Blackstock FC, ZuWallack R, Nici L, Lareau SC. Why don't our patients with chronic obstructive pulmonary disease listen to us? *Annals ATS*. 2016;13(3):317–323. doi: 10.1513/AnnalsATS.201509-600PS.
3. Boven van JFM, Lavorini F, Dekhuijzen PNR, Blasi F, Price DB, Viegi G. Urging Europe to put non-adherence to inhaled respiratory medication higher on the policy agenda: a report from the First European Congress on Adherence to Therapy. *Eur Respir J*. 2017 May 19;49(5):2–5. doi: 10.1183/13993003.00076-2017.
4. Davis JR, Wu B, Kern DM, et al. Impact of Nonadherence to Inhaled Corticosteroid/LABA Therapy on COPD Exacerbation Rates and Healthcare Costs in a Commercially Insured US Population. *American health & drug benefits*. 2017 Apr;10(2):92-102.
5. Horvat N, Locatelli I, Kos M, Janežič A. Medication adherence and health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Acta Pharm*. 2018 Mar 1;68(1):117-125. doi: 10.2478/acph-2018-0006.
6. Jain VV, Allison R, Beck SJ, et al. Impact of an integrated disease management program in reducing exacerbations in patients with severe asthma and COPD. *Respiratory medicine*. 2014 Dec;108(12):1794-800. doi: 10.1016/j.rmed.2014.09.010.
7. Koehorst-Ter Huurne K, Kort S, van der Palen J, et al. Quality of life and adherence to inhaled corticosteroids and tiotropium in COPD are related. *International journal of COPD*. 2016 Jul 26;11:1679-88. doi: 10.2147/COPD.S107303.
8. Montes de Oca M, Menezes A, Wehrmeister FC, et al. Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSYC study. *Plos one*. 2017 Nov 15;12(11):e0186777. doi: 10.1371/journal.pone.0186777.

9. Mueller S, Wilke T, Bechtel B, et al. Non-persistence and non-adherence to long-acting COPD medication therapy: A retrospective cohort study based on a large German claims dataset. *Respiratory Medicine*. 2017 Jan;122:1-11. doi: 10.1016/j.rmed.2016.11.008.
10. Nishi SPE, Maslonka M, Zhang W, Kuo YF, Sharma G. Pattern and Adherence to Maintenance Medication Use in Medicare Beneficiaries with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2008-2013. *Journal of the COPD foundation*. 2018 Jan 24;5(1):16-26. doi: 10.15326/jcopdf.5.1.2017.0153.
11. Patel JG, Coutinho AD, Lunacsek OE, Dalal AA. COPD affects worker productivity and health care costs. *International journal of COPD*. 2018;1:2301-2311. doi: 10.2147/COPD.S163795.
12. Pothirat C, Chaiwong W, Phetsuk N, et al. Evaluating inhaler use technique in COPD patients. *International journal of COPD*. 2015 Jul 8;10:1291-8. doi: 10.2147/COPD.S85681.
13. Qian J, Simoni-Wastila L, Rattinger GB, et al. Association between depression and maintenance medication adherence among medicare beneficiaries with COPD. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Jan;29(1):49-57. doi: 10.1002/gps.3968.
14. Shenolikar R, Mao J, Altan A. COPD medication adherence and persistence among managed medicare enrollees. *The American journal of pharmacy benefits*. 2016;8(1):14-21.
15. Sriram KB, Percival M. Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients. *Chronic respiratory disease*. 2016 Feb;13(1):13-22. doi: 10.1177/1479972315606313.
16. Sulaiman I, Cushen B, Greene G, et al. Objective assessment of adherence to inhalers by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2017 May 15;195(10):1333-1343. doi: 10.1164/rccm.201604-0733OC.
9. Mueller S, Wilke T, Bechtel B, et al. Non-persistence and non-adherence to long-acting COPD medication therapy: A retrospective cohort study based on a large German claims dataset. *Respiratory Medicine*. 2017 Jan;122:1-11. doi: 10.1016/j.rmed.2016.11.008.
10. Nishi SPE, Maslonka M, Zhang W, Kuo YF, Sharma G. Pattern and Adherence to Maintenance Medication Use in Medicare Beneficiaries with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2008-2013. *Journal of the COPD foundation*. 2018 Jan 24;5(1):16-26. doi: 10.15326/jcopdf.5.1.2017.0153.
11. Patel JG, Coutinho AD, Lunacsek OE, Dalal AA. COPD affects worker productivity and health care costs. *International journal of COPD*. 2018;1:2301-2311. doi: 10.2147/COPD.S163795.
12. Pothirat C, Chaiwong W, Phetsuk N, et al. Evaluating inhaler use technique in COPD patients. *International journal of COPD*. 2015 Jul 8;10:1291-8. doi: 10.2147/COPD.S85681.
13. Qian J, Simoni-Wastila L, Rattinger GB, et al. Association between depression and maintenance medication adherence among medicare beneficiaries with COPD. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Jan;29(1):49-57. doi: 10.1002/gps.3968.
14. Shenolikar R, Mao J, Altan A. COPD medication adherence and persistence among managed medicare enrollees. *The American journal of pharmacy benefits*. 2016;8(1):14-21.
15. Sriram KB, Percival M. Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients. *Chronic respiratory disease*. 2016 Feb;13(1):13-22. doi: 10.1177/1479972315606313.
16. Sulaiman I, Cushen B, Greene G, et al. Objective assessment of adherence to inhalers by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2017 May 15;195(10):1333-1343. doi: 10.1164/rccm.201604-0733OC.

Надійшла до редакції 27.06.2019 р.

Прийнято до друку: 02.07.2019 р.

Ю. М. Мостовой

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-7041-1230>

А. А. Сідоров

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-4135-7455>

Н. С. Слєпченко

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-1656-0232>