

УДК 616.12-008.331.1:616-082

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

**Корж А. Н.**, доктор медицинских наук, профессор

Харьковская медицинская академия последипломного образования (Харьков, Украина)

**Резюме.** Под приверженностью лекарственному лечению понимается способность к началу терапии, правильному выполнению режима и постоянству в выполнении предписанной схемы дозирования. Отсутствие приверженности приводит к серьёзным последствиям, увеличивая неблагоприятные клинические исходы и соответственно расходы в системе охраны здоровья. При этом отсутствие приверженности можно условно разделить на намеренную, когда больной не хочет выполнять врачебные рекомендации, и ненамеренную, когда несмотря на желание пациента, существуют практические проблемы в следовании рекомендациям. Продемонстрирована способность различных воздействий улучшать приверженность к лечению путём использования коммуникативных стратегий, таких как мотивационное интервьюирование и инструктирование, упрощение режима применения лекарственных препаратов, а также улучшение качества на системном уровне.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, приверженность.

**Резюме.** Під прихильністю лікуванню розуміється здатність до початку терапії, правильного виконання режиму і постійності у виконанні запропонованої схеми дозування. Відсутність прихильності призводить до серйозних наслідків, збільшуючи несприятливі клінічні наслідки і відповідно витрати в системі охорони здоров'я. При цьому відсутність прихильності можна умовно розділити на навмисну, коли хворий не хоче виконувати лікарські рекомендації, і ненавмисну, коли незважаючи на бажання пацієнта, існують практичні проблеми у виконанні рекомендацій. Продемонстрована здатність різних впливів покращувати прихильність до лікування шляхом використання комунікативних стратегій, таких як мотиваційне інтерв'ювання та інструктування, спрощення режиму застосування лікарських препаратів, а також поліпшення якості на системному рівні.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, профілактика, прихильність.

**Summary.** The compliance to drug treatment is the ability to the beginning of therapy, the correct implementation of the regime and consistency in the implementation of the prescribed dosing regimen. Lack of commitment leads to serious consequences, increasing the adverse clinical outcomes and costs in the health care system respectively. In this case, the lack of compliance can be divided into intentional, when the patient does not want to carry out medical advice, and involuntary, when in spite of the patient desire, there are practical problems in following the guidelines. Demonstrated the ability of various treatments to improve adherence to treatment through the use of communication strategies, such as motivational interviewing and coaching, simplification of the use of drugs, as well as improving quality at the system level.

**Key words:** cardiovascular diseases, prevention, compliance.

Сохраняющиеся высокие уровни заболеваемости и смертности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), несмотря на наличие эффективных технологий первичной и вторичной профилактики, обусловили необходимость проведения исследований по изучению качества оказания медицинской помощи, особенно идентификации барьеров на пути внедрения современных стандартов.

Успешное выполнение рекомендаций по снижению сердечно-сосудистого риска зависит от врачей, обеспечивающих оценку соответствующих факторов риска, воздействие на них и образование пациентов. Однако, несмотря на то, что большинство врачей, оказывающих первичную помощь поддерживают концепцию превентивного сердечно-сосудистого воздействия, применение доказанных знаний в клинической практике неудовлетворительное [1]. Другой важной проблемой является выполнение больным рекомендаций полученных от врача. Несмотря на наличие большого количества антигипертензивных средств, только 65% пациентов получают необходимое лечение и

только 50% пациентов, которым терапия была назначена, продолжают её принимать по истечении одного года лечения [2]. Следовательно, врач должен правильно подобрать адекватную терапию для достижения и поддержания оптимального уровня артериального давления (АД) и при этом учитывать приверженность больных назначенному лечению.

Отсутствие приверженности приводит к серьёзным последствиям, увеличивая неблагоприятные клинические исходы и соответственно расходы в системе охраны здоровья. Так в одном из метаанализов разница в клинических исходах составила 27% между пациентами с низкой и высокой приверженностью [3]. В другом исследовании оценивалась польза “идеальной” по сравнению с “типичной” приверженностью у больных с гипертензией и гиперлипидемией. Обнаружено практически удвоение относительного риска развития инфаркта миокарда, стенокардии и инсульта в течение трёх лет наблюдения у пациентов с отсутствием приверженности по сравнению с “идеальной” [4].

### **Определение приверженности**

Изменения образа жизни и приверженность к выполнению физических упражнений и диетических рекомендаций являются очень важной составляющей достижения цели профилактики и лечения ССЗ и других хронических заболеваний. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет приверженность как степень соответствия поведения, приёма медикаментозных средств, диеты и/или изменений образа жизни согласованным рекомендациям [5]. Под приверженностью лекарственному лечению понимается способность к началу терапии, правильному выполнению режима и постоянству в выполнении предписанной схемы дозирования [6]. При этом отсутствие приверженности можно условно разделить на намеренную, когда больной не хочет выполнять врачебные рекомендации, и ненамеренную, когда, несмотря на желание пациента, существуют практические проблемы в следовании рекомендациям.

Приверженность также рассматривается как комплексное взаимодействие пациента, врача и системы здравоохранения: поведенческий процесс подвергается сильному влиянию окружающей среды, в которой пациент живёт, медицинские работники практикуют, и система охраны здоровья функционирует [7]. Большинство исследований сфокусировано на идентификации и минимизации барьеров к нормальной приверженности, имеющих у пациента. Однако, медицинские работники также играют роль в улучшении приверженности посредством интерпретации рекомендаций, образования и мотивирования пациентов, контролируя ответ на назначенное лечение и осуществляя обратную связь.

### **Причины низкой приверженности**

Причины низкой приверженности к здоровому образу жизни и приёму лекарственных средств идентифицированы в многочисленных исследованиях [8, 9]. Эти причины могут быть связаны с пациентом, медицинским работником или системным уровнем обеспечения помощи [7]. Сложность проблемы состоит в трудности определения, кто будет или не будет придерживаться данных ему рекомендаций. При этом выявлено около 200 переменных, влияющих на возможность индивидуумов изменить своё поведение [10]. Сложность этого заключается в необходимости изменения целого ряда привычек. Указанная проблема наиболее хорошо иллюстрируется примером, в котором пациенту с сахарным диабетом следует придерживаться рекомендаций по диете, начать программу физических упражнений, ежедневно измерять уровень глюкозы в крови, быть готовым реагировать на возможные симптомы гипер- и гипогликемии, а также принимать лекарственные средства не только для лечения диабета, но также гиполипидемические и антигипертензивные препараты.

Наиболее изученными причинами отсутствия приверженности к приёму медикаментов и изменению образа жизни являются факторы, связанные с самим пациентом. Для больных с клиническими проявлениями ССЗ необходимость изменений очевидна вследствие сердечно-сосудистого события. Однако по мере отдаления от произошедшего события отмечается

снижение приверженности с течением времени, несмотря на доказанный факт ухудшения при этом прогноза.

Барьерами к изменению образа жизни и правильному приёму препаратов являются отсутствие знаний о пользе изменений, предыдущие неудачи связанные с изменением поведения, что повышает сомнения в их перспективности, отсутствие уверенности в своих способностях и социальной поддержки, а также сложность необходимых мероприятий.

Наиболее важными препятствиями медикаментозному лечению являются забывчивость приёма лекарств, побочные эффекты, стоимость препаратов, сложность режима дозирования и нарушение ежедневного порядка. Трудности пожилых пациентов часто обусловлены когнитивными изменениями, отсутствием социальной поддержки и необходимостью терапии множественных хронических заболеваний. Такие пациенты часто имеют дело с проблемами боли и эмоциональными нарушениями, например, депрессией, что в дальнейшем осложняет адаптацию и поддержание здорового образа жизни.

Причинами недостаточного назначения лекарственных средств являются отсутствие ознакомленности с рекомендательными документами, низкая мотивация и низкая ожидаемость результата, неспособность согласовать рекомендации с предпочтениями пациента, врачебная инерция, недостаток времени или ресурсов [11].

Кроме того, врачи часто недооценивают действительный сердечно-сосудистый риск своих пациентов: реальный риск может быть почти в три раза выше воспринимаемого риска (по оценке врача) [12]. Кроме того, возможны региональные барьеры (такие как плохое распространение знаний о здоровье и ограниченная экономика здравоохранения), культурные барьеры (связанные с позициями пациентов, врачей, системы здравоохранения), социально-экономические барьеры (социально-экономический статус, страхование, уровень возмещения) для оптимальной диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии.

При правильно назначенном лечении пациенты не всегда выполняют предписанных назначений. Многие пациенты делают непредумышленные ошибки в приёме медикаментов вследствие забывчивости; однако, намеренное невыполнение рекомендацией является значительной проблемой, особенно, среди тех, кто требует долгосрочного лечения. Причинами намеренного невыполнения предписаний врачей являются сложность режима приёма препаратов, число медикаментов (особенно среди пожилых пациентов), озабоченность потенциальными побочными эффектами и субъективно оцениваемое отсутствие эффективности (при отсутствии физических доказательств лечебного эффекта) [11, 13].

Кроме того, другие факторы, такие как отсутствие у пациента понимания природы и тяжести своего заболевания и неправильное понимание инструкции врача также играет роль. Проблема в дальнейшем осложняется недооценкой врачом отсутствия приверженности у пациента. При иницировании лечения у пациента или мониторинговании эффективности терапии врачи должны всегда обратить внимание на плохую приверженность пациента и попытаться её улучшить. Последнее может быть достигнуто путём вовлечения пациентов в диалог и обсуждение вопросов необходимости лечения, особенно их специфического режима и путём адаптации режима к индивидуальным особенностям пациента и его образу жизни [14].

Наконец, вера в своего врача является особенно важной для процесса общения и осуществления изменений поведения. Улучшению приверженности пациентов лечению в значительной мере способствуют когнитивные и поведенческие стратегии, образование пациентов, обучение самопомощи и использование напоминаний.

Медицинские работники обосновывают необходимость изменений образа жизни и поддержания высокой приверженности приёму медикаментов. Однако вследствие сконцентрированности на острых заболеваниях, у них часто отсутствует необходимое время на обучение и консультирование пациентов.

Лечебные учреждения также играют важную роль в реализации превентивных мероприятий. Успешному решению поставленных задач способствуют процесс постоянного улучшения качества и финансовые инициативы для медицинских работников, вовлечённых в работу по профилактическим мероприятиям.

Многие из причин отсутствия приверженности у пациентов обусловлены тем, что современные лечебные модели были разработаны для помощи в острых случаях и, следовательно, часто неэффективны у больных, требующих долгосрочного лечения. Долгосрочное ведение пациентов с хроническими заболеваниями требует теоретического понимания поведения пациента, особенно, относительно мотивирующих факторов, определяющих приверженность.

### **Оценка приверженности**

Приверженность должна мониториться как важный клинический параметр. В последнее время изучаются новые методы повышающие точность и надёжность измерений приверженности в дополнение к общепринятой оценке со слов больного и подсчёта таблеток (компьютеризированный учёт рецептурных бланков, электронное мониторирование и т.д.) [14].

Однако оценка приверженности – это прежде всего определение необходимости предоставления пациенту информации и поддержки, которую следует проводить при назначении лечения и в ходе его мониторирования.

### **Стратегии улучшения приверженности**

Важность проблемы приверженности требует необходимой подготовки медицинских работников. Продемонстрирована способность различных воздействий улучшать приверженность к лечению путём использования коммуникативных стратегий, таких как мотивационное интервьюирование и инструктирование, а также улучшение качества на системном уровне. Необходимо предоставлять пациенту ясную, чёткую информацию о необходимом поведении, образе жизни, объясняя ему цели лечения и применяемые терапевтические подходы, обсуждая потенциальные барьеры на пути правильного выполнения рекомендаций с последующей работой по их преодолению совместно с пациентом [7, 15].

Элементы изменения поведения являются уникальными и должны применяться мудро при структурировании воздействий. Так самоконтроль, обратная связь и постановка целей применимы для таких задач, как инициирование физической активности, снижение веса и диета. Так как забывчивость отмечается наиболее общей причиной некомплаентности к терапии, подсказки и напоминания будут важнейшей стратегией. Кроме того, социальная поддержка является важнейшим фактором для принятия и поддержания физической активности.

Следовательно, наиболее действенным эффектом обладает применение множественных стратегий. Например, при постановке цели особенно полезно использование дневников, журналов или календарей. Всё это имеет наибольшую ценность в первые недели применения. Для поддержания правильного поведения особо важно регулярное общение, тренинг по предупреждению обострений и социальная поддержка.

Выделяют следующие факторы, связанные с улучшенной приверженностью: упрощение режима применения лекарственных препаратов, информирование и образование пациентов, активное взаимодействие с пациентом (постоянное наблюдение, телефонные контакты, использование напоминаний касательно медикаментов и последующих визитов к врачу), сочетание приёма медикаментов с ежедневными событиями пациента, а также вовлечение членов семьи.

Существует определённый потенциал, позволяющий улучшить клинические результаты путём правильного назначения антигипертензивных средств. Следует начинать терапию в соответствии с национальными рекомендациями, модифицируя её в зависимости

от индивидуальных особенностей пациента и проводя корректировки до достижения целевого АД. При этом, важно убедить пациента в необходимости поддержания целевого АД в течение всей жизни. Режим назначения препаратов должен быть простым настолько, насколько это возможно с одно- или двукратным приёмом медикаментов в сутки. При этом мониторинг приверженности является важным клиническим параметром.

Наиболее перспективным путём повышения эффективности контроля за АД является комбинация двух и более антигипертензивных препаратов. Комбинированная гипотензивная терапия одновременно воздействует на разные звенья патогенеза АГ, что приводит к более выраженному и длительному снижению АД. В результате одновременного воздействия нескольких препаратов на различные механизмы повышения АД увеличивается круг больных, чувствительных к терапии, а также уменьшается вероятность ошибки при выборе препарата. Более того, рациональная комбинация лекарственных препаратов позволяет снизить риск развития побочных эффектов, свойственных каждому из этих препаратов в отдельности [16, 17, 18].

Одной из наиболее рациональных в лечении АГ признана комбинация ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и тиазидного диуретика (ТД). Антигипертензивное действие ИАПФ основано в первую очередь на уменьшении продукции ангиотензина II. Поэтому наиболее выраженное гипотензивное действие они оказывают на пациентов с повышенной активностью ренин-ангиотензиновой-альдостероновой системы (РААС), что было показано в целом ряде исследований. Диуретики, обладая мочегонным и вазодилатирующим действием, вызывают, наоборот, активацию системы ренин-ангиотензин, усиливая эффект ИАПФ. Совместное применение ИАПФ и мочегонных позволяет расширить круг пациентов, "отвечающих" на терапию, так как эта комбинация эффективна не только у пациентов с высокой активностью ренин-ангиотензиновой системы, но и у пациентов с нормо- и даже гипорениновой формами АГ [19, 20, 21].

Нейтральный или благоприятный эффект ИАПФ на липидный и пуриновый обмен, толерантность к глюкозе и инсулинорезистентность нивелируют негативные метаболические эффекты диуретической терапии. Эффективность таких комбинаций доказана при низко-, нормо- и высокорениновой АГ. У пациентов с разным уровнем ренина частота антигипертензивной эффективности комбинации диуретика и ИАПФ достигает 80% и выше.

Синергизм действия препаратов, входящих в состав комбинаций, позволяет применять их в низких дозах, при этом добиваясь лучшего гипотензивного эффекта, чем у полнодозовой монотерапии [22]. Повышенный интерес к низкодозовым комбинациям неслучаен: при условии применения подобных препаратов заведомо достигается не только потенцирование гипотензивного эффекта и увеличивается число больных, отвечающих на терапию, но и, что не менее важно, снижается риск побочных явлений. В Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ, а также в VII докладе экспертов Объединённого национального комитета по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления (США) низкодозовая комбинированная гипотензивная терапия рекомендуется для оптимального контроля АД и увеличения приверженности пациентов проводимому лечению [23].

Подходы к дозированию тиазидов эволюционировали параллельно с углублением нашего понимания их механизма действия и взаимоотношений между дозой и наблюдаемыми эффектами. Первоначальное использование высоких доз было основано на представлении о том, что эффективность данных лекарственных средств прямо связана с количеством выделяемого почками натрия и уменьшением объема плазмы крови; большая доза предполагала большее снижение артериального давления.

Таким образом, в рутинной клинической практике раннее медикаментозное вмешательство у лиц с зарегистрированными подъемами АД может способствовать

достижению гораздо более успешного контроля АД, сопровождаемому регрессом изменений сосудистой стенки, свойственных ранним стадиям АГ.

Применение препаратов в рациональном комбинированном режиме требует соответствия ряду обязательных условий: безопасность и эффективность компонентов; вклад каждого из компонентов в ожидаемый результат; разный, но взаимодополняющий механизм действия компонентов; лучший результат по сравнению с таковым каждого из компонентов; сбалансированность компонентов по биодоступности и продолжительности действия; усиление органопротективных свойств; воздействие на универсальные (наиболее частые) механизмы повышения АД; уменьшение количества нежелательных явлений и улучшение переносимости.

Таким образом, в качестве начальной терапии больных АГ следует выбирать монотерапию или низкодозовую комбинированную терапию с последующим наращиванием дозы или добавлением нового средства, причем у пациентов с АГ II–III степени или с высоким/очень высоким сердечно-сосудистым риском предпочтение следует отдавать комбинированной терапии даже в начале медикаментозного лечения.

При проведении лечения следует постоянно и активно общаться с пациентом о важности выполнения предписанных рекомендаций, поощрять самомониторинг АД, использовать электронную почту и другие технологии для поддержания контакта и получения обратной связи касательно достигнутого прогресса в достижении и поддержания целевого АД.

При общении с пациентом следует подчёркивать его ведущую роль и ответственность в заботе о своём здоровье, оценивать знание, способности и поведение пациента, а также препятствия в достижении приверженности. Помогать пациенту выявлять и решать проблемы, препятствующие достижению целевого АД, учитывая при этом стоимость медикаментов и способность пациента приобрести их.

Несколько тактических подходов могут рассматриваться для убеждения пациентов и врачей оптимизировать свои поведенческие стратегии касательно снижения риска. Экономические и другие виды вознаграждения могут иметь позитивные эффекты. Новые технологии для врачей и пациентов могли бы помочь в образовании, мониторинге и улучшении результатов.

Создание и распространение международных и национальных междисциплинарных консенсусов и руководств привело бы к согласованному подходу в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Важное значение имеет вовлечение преподавателей медицинских ВУЗов, исследователей и других экспертов в создание образовательных программ. Наконец, существенным является мультимодальное образование пациентов и работников здравоохранения по вопросам понимания заболеваний, оценке риска, профилактики и лечения.

### **Литература**

1. Hobbs F.D.R., Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the reassessing European attitudes about cardiovascular treatment (REACT) survey // *Fam. Pract.*-2002.-Vol.19.-P.596-604.
2. Vrijens B., Vincze G., Kristano P. et al. Adherence to prescribed anti-hypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories // *BMJ.*-2008.-Vol.336.-P.1114-1117.
3. Di Matteo M.R., Giordani P.J., Lepper H.S. et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta analysis // *Med. Care.*-2002.-Vol.40.-P.794-811.