



ТОМСКИЙ НИМЦ
НИИ КАРДИОЛОГИИ

А.Н. Репин

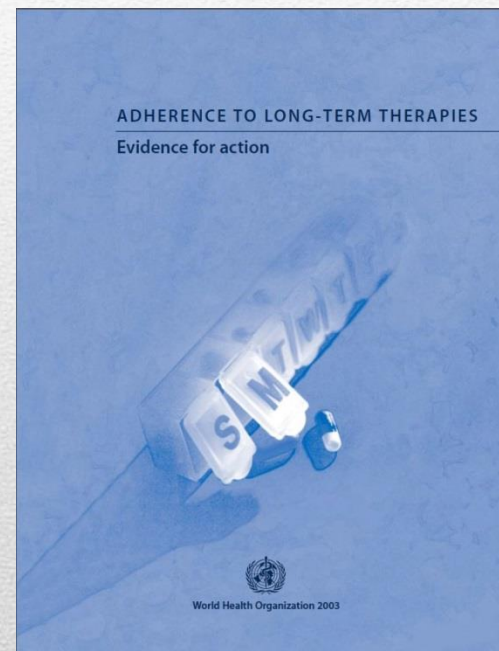
**Приверженность к лечению. Врач-Пациент.
Что это такое и что необходимо делать?**



*Кемерово, VIII съезд кардиологов СФО
10 октября 2019 г*

Автор заявляют об отсутствии конфликта
интересов

- Первая публикация, посвященная вопросам выполнения пациентами врачебных назначений, датируется 1967г, и число научных работ по этой теме неуклонно растет из года в год.
- ВОЗ 2003.
- Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему



Актуальность проблемы

ПУТАНИЦА В ТЕРМИНАХ

«Комплаентность» (compliance) — податливость, согласие (англ.)

Согласие пациента на терапию [Cramer JA. *American Journal of Managed Care*. 1995;1:45-52.].

Соответствие реального количества принимаемых

препаратов предписанному [Конради А.О., Полуничева Е.В. *Артериальная гипертензия*. 2004;10:3:137-143].

«Комплаенс белого халата», доза назначенного препарата

обязательно принимается перед посещением врача [Чукаева И.И. *Артериальная гипертензия*. 2012;18:1:46-51].

«Приверженность лечению» (adherence) – соблюдение (англ.)

Приверженность к длительной терапии - мера, до которой поведение пациента (прием лекарственных препаратов и модификация образа жизни) соответствует назначенным медицинским рекомендациям [ВОЗ, 2003].

«concordance» (соответствие, сотрудничество)

Терминология



РЕЛИФ

- 58,2% пациентов с АГ принимают препараты только при повышении артериального давления (АД);
- 63,6% не принимают ЛС ежедневно;
- 39,7% прекращают лечение после нормализации АД;
- 32,9% пропускают прием ЛС по забывчивости;
- 3,3% не пропускают прием ЛС.

1) в течение года количество пациентов, принимающих ЛС, снижается до 50% вне зависимости от класса препарата;

2) утром приверженность выше, чем вечером;

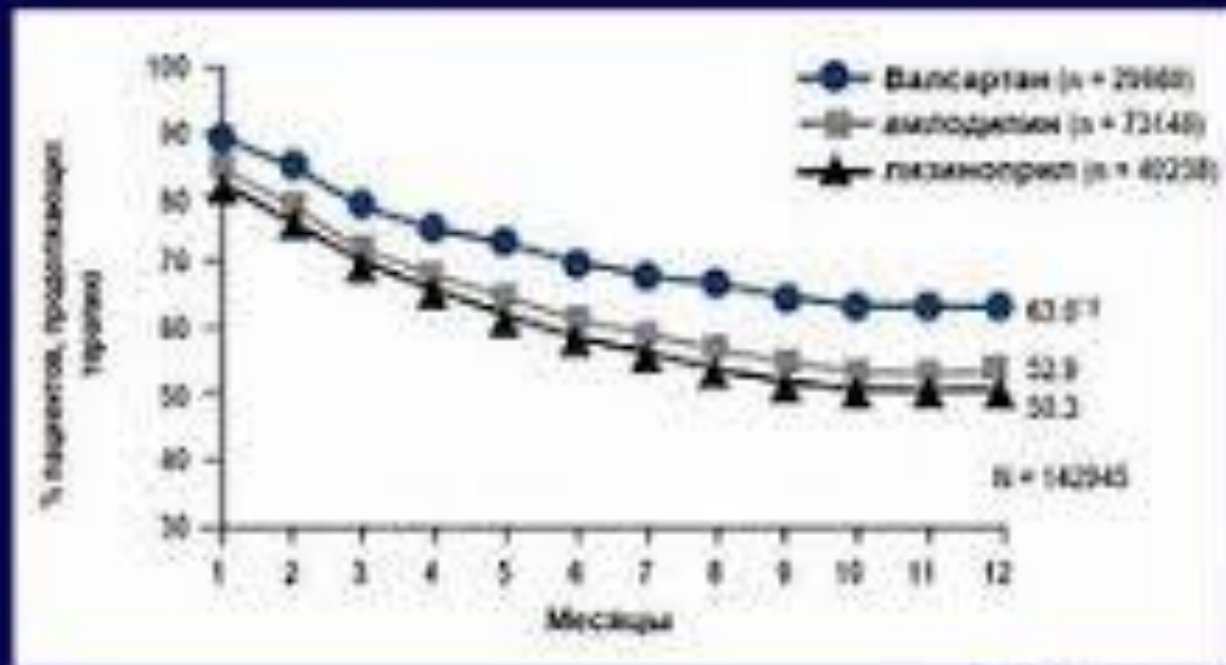
3) комбинированная терапия в фиксированной дозе повышает приверженность на 24%

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Исследование, количество пациентов, продолжительность	АРА	ИАПФ	Антагонисты кальция	β -блокаторы	Диуретики
Jones (1995), n = 10222, 6 мес	Нет данных	45	41	49	41
Blooms (1998), n = 21723, 1 год	64	58	50	43	38
Caro (1999), n = 22918, 4,5 года	Нет данных	53	47	49	40
Morgan (2004), n = 82824, 1 год	56	56	52	54	49
Perreault (2005), n = 21011, 3 года	59	58	58	57	48
Polluzzi (2005), n = 6043, 3 года	52	43	39	47	23
Simons (2008), n = 48690, 33 мес	84	84	72	Нет данных	Нет данных

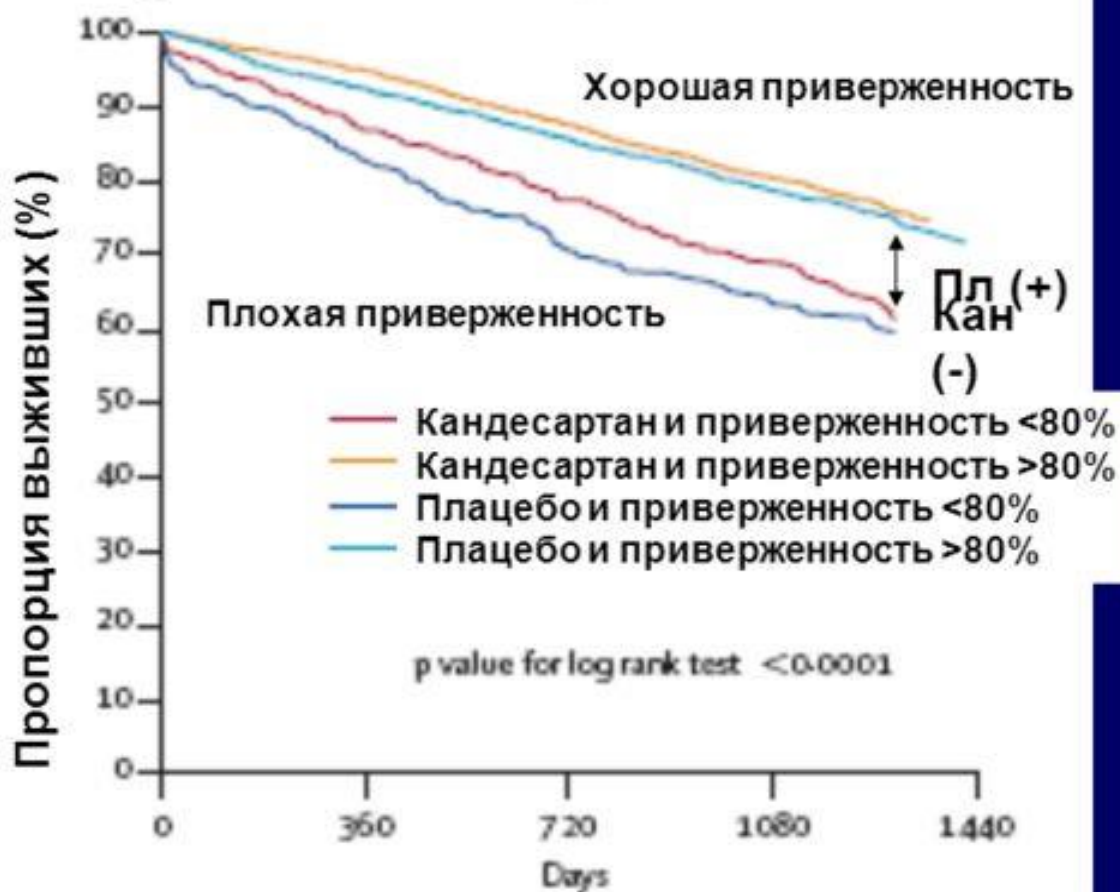
Обозначения: АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина II, ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Сартаны безопаснее иАПФ и обеспечивают большую приверженность к лечению

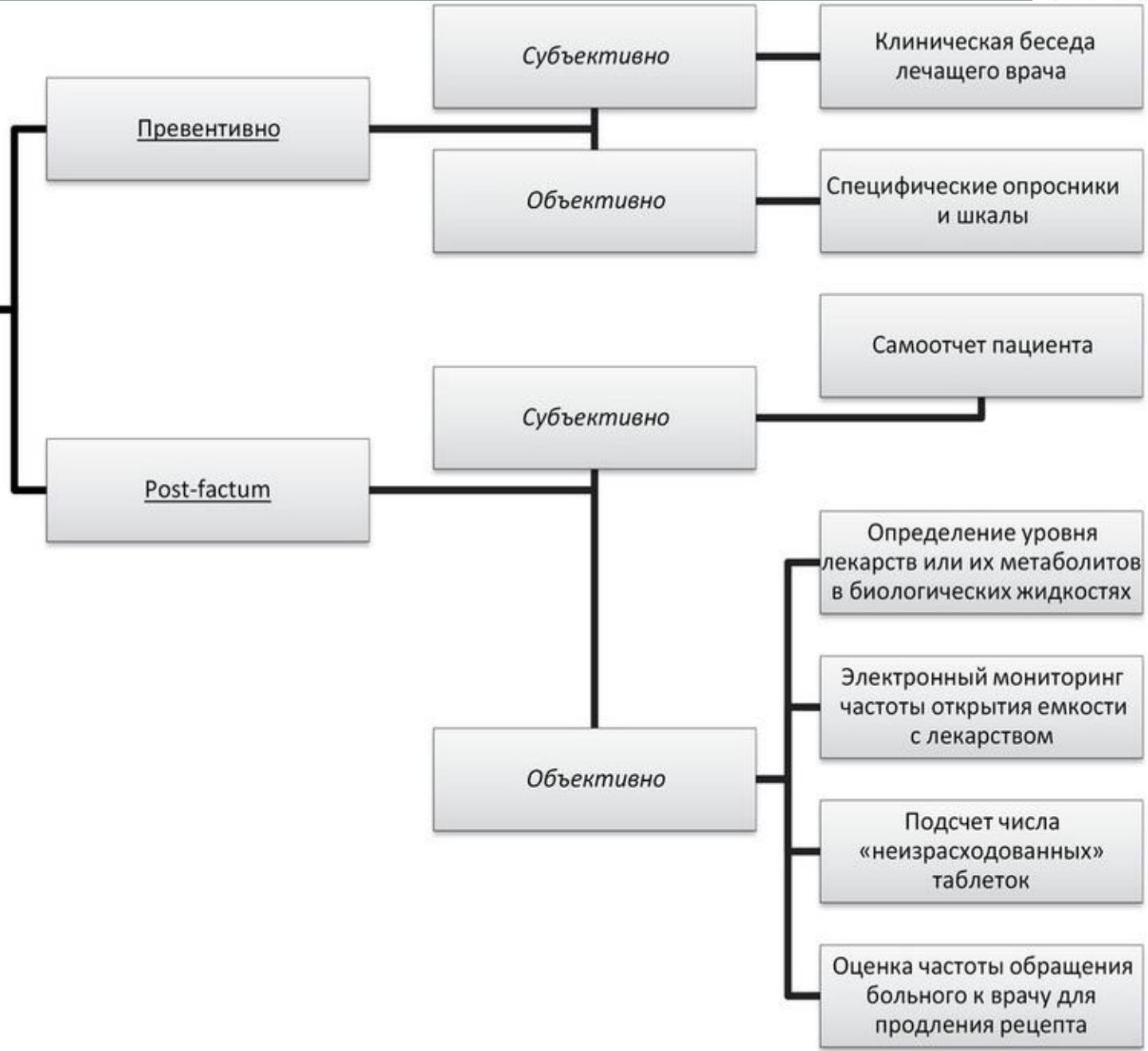


Приверженность к лечению – важнейшая медико-социальная проблема

Приверженность к приему препаратов и смертность в исследовании SCHARM



Диагностика приверженности к лечению



- **Прямые** – измерение концентраций препаратов и их метаболитов в различных биологических средах: моча, кровь, слюна и др.
- **Косвенные** – анкетирование и опрос больных, оценка дневников самоконтроля пациентов, подсчет использованного препарата, учет выписанных и реализованных рецептов, оценка различных физиологических маркеров и клинического ответа пациентов, использование различных электронных устройств и т.д.
- Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему

Диагностика приверженности



Текст опросника Мориски-Грина

- 1. Вы когда-нибудь забывали принять препараты?
- 2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарственного средства?
- 3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- 4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарственного средства, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Интерпретация шкалы: комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла и выше. Больные, набравшие 2 балла и менее, считаются не приверженными. Больные, набравшие менее 3 баллов, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

Факторы риска неприверженности

Связанные с заболеванием	Связанные с пациентом	Связанные с врачом	Связанные с лечением
Хроническое заболевание	Отрицание болезни	Нехватка времени	Сложный режим дозирования
Отсутствие симптомов	Личные убеждения	Отказ от увеличения дозы для достижения цели лечения	Длительность лечения
Отсутствие немедленного результата при нарушении режима или низкой дисциплине	Молодой возраст	Длительное время ожидания приема	Некорректируемые побочные эффекты
	Социальная изоляция	Недостаточное взаимодействие врача, пациента и фармаколога	Стоимость лечения
	Психиатрическая патология		
	Мужской пол		
	Низкий уровень образования		
	Недостаток знаний о заболевании		
	Недостаточная вовлеченность в план лечения		
	Несоблюдение предписаний		

- Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии)

ИБС с ДЕПРЕССИЯМИ

(n = 1600)

Тревога выявлялась в 49,6% случаев, а депрессия – в 41,6% (по шкале HADS).

У 75% пациентов, имеющих симптомы депрессии и тревоги по данным самоопросников, диагноз был подтвержден клинически.

«Большая депрессия» выявлена в 23% случаев

Всего психиатром было осмотрено 918 человек, в 58,3% случаев потребовалась антидепрессивная терапия.

Рекомендуемый прием СИОЗС – 12 мес.

Общая длительность приема антидепрессантов составила 3 (1-6) месяцев. У респондеров 5 (1-6) месяцев. У нонреспондеров 1 (1-1) месяц.

ИБС с ДР: СУИЦИДЫ

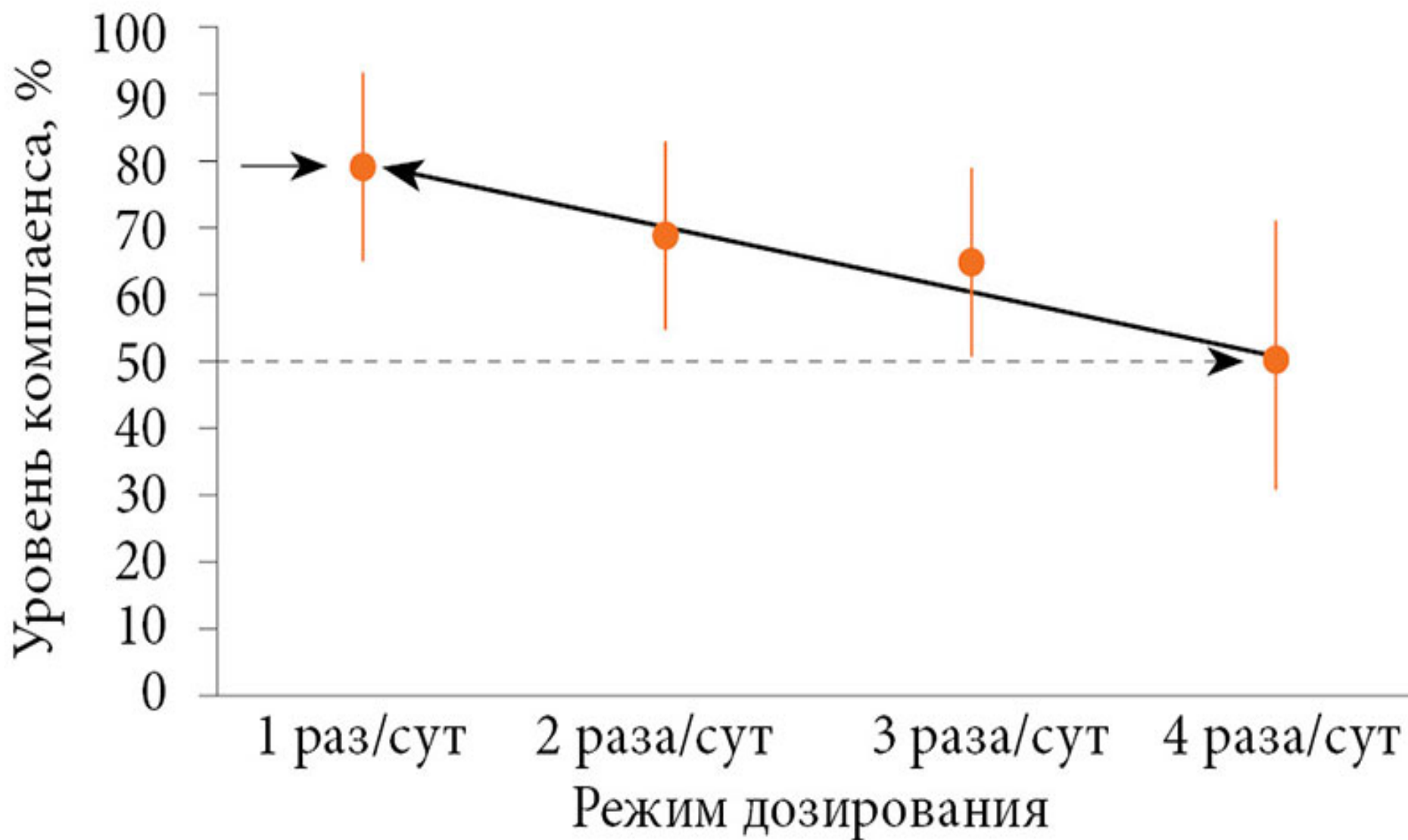
- ЧАСТОТА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЗНАЧИМО ВЫШЕ (16,3% против 7,9%; $P = 0,0054$)
 - СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СВЯЗАНО СО СЛУЧАЯМИ СМЕРТИ ЧЕРЕЗ БАЛЛ ДЕПРЕССИИ (BDI), ТРЕВОГИ (ShARP), НИЗКИЙ УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ, ***ОТСУТСТВИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ***
 - МОДЕЛИРОВАНИЕ СИТУАЦИИ ГАРАНТИРОВАННОГО НЕПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ
-

Особенные для больных хронической ИБС суицидальные планы и намерения

- Моделирование пациентом ситуации гарантированного неполучения помощи: уехать из дома без лекарств и увеличить физическую нагрузку («оставлю дома нитроглицерин и буду долго идти/бежать, пока не умру от инфаркта», «один поеду на рыбалку/охоту без лекарств»).
- В любом случае, установленной причиной смерти будет не суицид, а инфаркт миокарда (как социально приемлемый способ ухода из жизни)
- Другой вариант – отказ от оперативного вмешательства («зачем продлевать страдания и беспомощность»).
- Среди других предпочтительных способов ухода из жизни пациенты размышляли о приёме больших доз назначенных лекарств, о падении под транспорт или о падении с высоты. В их основе лежит недиагностированное психическое, чаще аффективное расстройство.

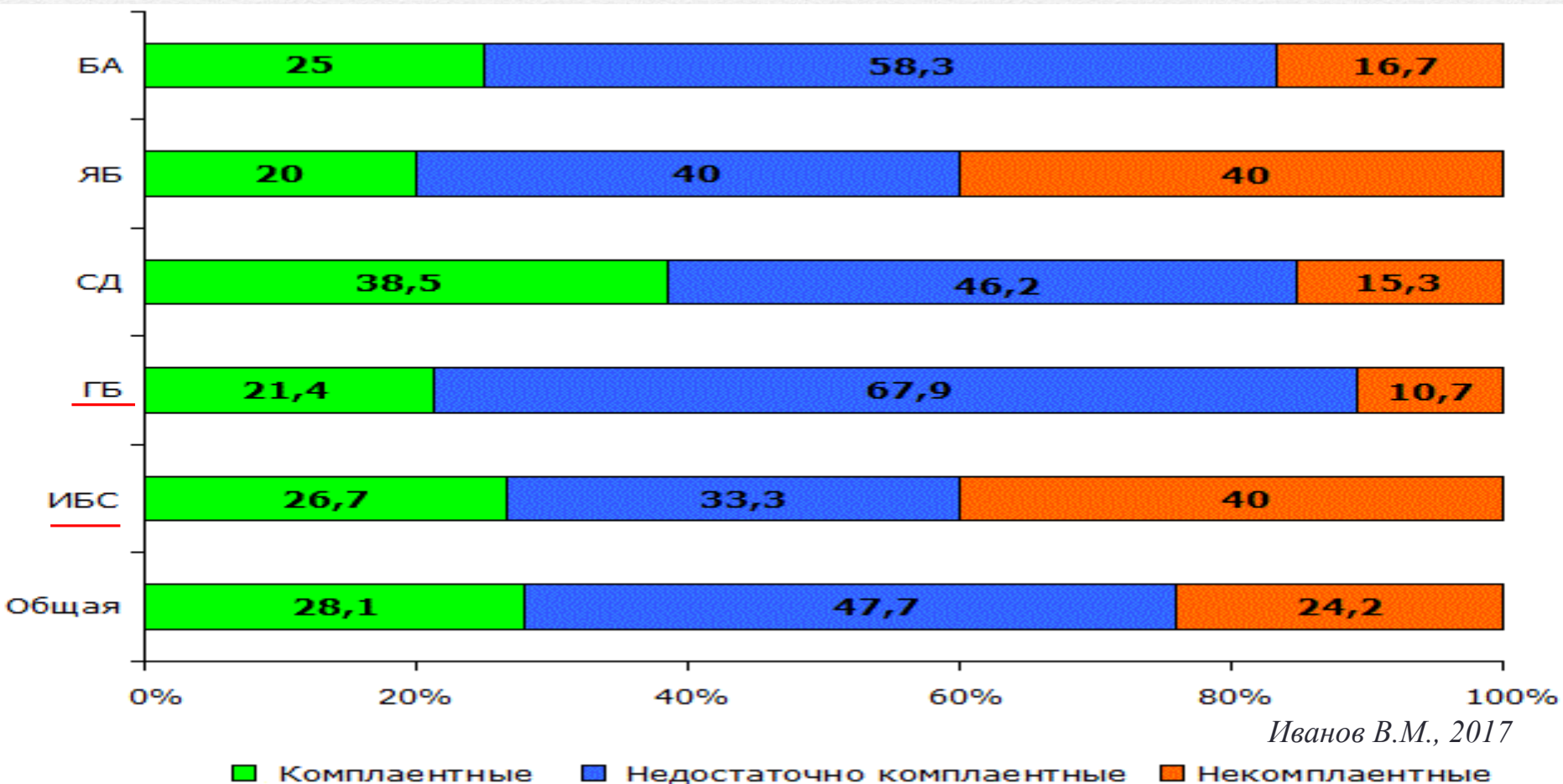
«НЕПРЯМОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ»





- **Эффективность лечения с позиции больных —повышение качества жизни (КЖ)**
- Улучшение КЖ мотивирует больных к приему лекарственных средств
- Напротив, ухудшение самочувствия больных, плохая переносимость лечения и сложный режим приема лекарств снижает КЖ

Распределение больных по степени комплаентности



СЕРПЕУС II

80 сайтов из 25 городов по всей России



CEPHEUS II Russia

Цель исследования:

оценка доли пациентов с СС риском от умеренного до очень высокого, получающих гиполипидемическую терапию, у которых достигнуты целевые значения ХС-ЛПНП.

Средний возраст 62,7 ($\pm 10,0$) года. Включено 1436 (53,1%) мужчин и 1267 (46,9%) женщин.

АГ - 92,2% пациентов, у (35,6%), отмечалось раннее начало ИБС, у 24,0% - СД, 18,2% пациентов были курильщиками. В целом, 91,2% пациентов были отнесены к категории очень высокого СС риска.

Все пациенты получали гиполипидемическую терапию.

Средний уровень ХС-ЛПНП на визите исследования составил 2,76 ($\pm 1,016$) ммоль/л. Лишь у 17,4% (95% ДИ: 15,9 - 18,8%) достигнуты целевые значения ХС-ЛПНП (менее 1,8 мм/л).

Различия в оценке сердечно-сосудистого риска исследователем и контрольной оценкой

- При оценке сердечно-сосудистого (СС) риска врачами-исследователями и при контрольной оценке риска *подавляющее большинство пациентов имели очень высокий СС риск (72,3% и 91,2%, соответственно)*
- У 546 (21,3%) пациентов были выявлено *ошибочное определение риска врачами*, по сравнению с контрольным:
 - *недооценка риска исследователями* обнаружена у 19,4% (497) пациентов;
 - завышение риска исследователями выявлено у 1,9% (49) пациентов
- Разница между оценкой СС риска врачами и контрольной оценкой риска была статистически значимой ($p < 0,001$)

Позитивные и негативные предикторы достижения целевого уровня ХС ЛПНП*

Позитивные предикторы достижения целевого уровня ХС ЛПНП

- ✓ удовлетворенность пациента текущей гиполипидемической терапией
- ✓ **приверженность пациента** (отсутствие пропусков приема препарата)

Негативные предикторы достижения целевого уровня ХС ЛПНП

- ✓ семейный анамнез раннего начала ИБС
- ✓ наличие ИБС
- ✓ **мнение пациента о приемлемости пропуска приема препарата чаще, чем один раз в неделю**
- ✓ обеспокоенность пациента по поводу текущей гиполипидемической терапии

*На основании данных многомерного регрессионного анализа

Основные выводы исследования

- Только 17,4% пациентов достигали целевого уровня ХС ЛПНП, определенные согласно рекомендациям 5-й Европейской объединенной рабочей группы (2012).
- Подгруппа пациентов первичной профилактики продемонстрировала значительно более высокий уровень достижения целей ХС ЛПНП (19,7%) по сравнению с пациентами вторичной профилактики (16,1%)
- Многомерный регрессионный анализ показал, что вероятность достижения целевого уровня ХС ЛПНП была ниже у пациентов с семейным анамнезом раннего начала ИБС; **у пациентов с ИБС; у пациентов без соблюдения режима терапии; у пациентов, которые были не удовлетворены или обеспокоены эффективностью гиполипидемической терапии**

Основные выводы исследования

Результаты неинтервенционного исследования CERNEUS II показали, что, несмотря на гиполипидемическую терапию статинами, значительное количество пациентов до сих пор не достигают целевого уровня ХС ЛПНП, согласно рекомендациям 5-й Европейской объединенной рабочей группы (2012). Одна из вероятных причин может быть *связана с недооценкой сердечно-сосудистого риска врачами* и, как следствие, недостаточной или неадекватной дозировке гиполипидемических препаратов. *Другой возможной причиной может быть недостаточный комплаенс пациентов.*

Полученные результаты согласуются с результатами других подобных проектов, в том числе крупномасштабного исследования EUROASPIRE IV, проведенного в 79 центрах из 24 европейских стран, в котором только 19,3% больных ИБС достигали целевого уровня ХС ЛПНП $<1,8$ ммоль/л

1. Perk J, et al. Eur Heart J. 2012;33(13):1635–701.

2. Kotseva K. et al. Eur J Prev Cardiol. 2016 Apr;23(6):636-48

НИИ кардиологии, ТОМСК «Регистр острого инфаркта миокарда»

Больные с перенесенным ИМ, 5 лет, n =115

- Приверженность сохранили 45%

Причины:

- Забывчивость - 42%
- Страх побочных – 16%
- Отсутствие эффекта -12%
- Сомнения в правильности назначения – 14%
- Большое количество препаратов – 12%
- Стоимость лечения – 4%

48% согласились с необходимостью соблюдения режима терапии после визита к врачу, 14% отказались возобновить прием...

О бесплатных (льготных) лекарствах

На вопрос: «Будете ли вы принимать лекарство точно по рекомендациям, если они будут бесплатными»

ответили:

36,16% - буду

54,02% - не уверен(а)

9,82% - не буду

Индивидуальное и групповое обучение пациентов - эффективная стратегия для улучшения приверженности.



- Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии

Методы повышения приверженности

Связанные с пациентом	Связанные с врачом	Связанные с лечением
<p>Повысить уровень знаний о заболевании и влиянии лечения на его течение; поощрять участие в образовательных программах</p> <p>Вовлечь в процесс принятия решений и проведение мониторинга АД</p> <p>Обеспечить эмоциональную и практическую поддержку со стороны семьи и друзей</p> <p>Использовать немедикаментозные средства, например изменение образа жизни</p>	<p>В случае неэффективности назначенных ЛС <u>исключить неприверженность</u> к лечению</p> <p>Установить цели лечения</p> <p>Приспособить терапию и приверженность к ней к нуждам пациента</p> <p><u>Разделить с пациентом ответственность за прием ЛС и составить распорядок дня</u></p> <p>Поддерживать связь с теми пациентами, которые плохо выполняют назначения</p> <p>Тесно сотрудничать с фармацевтами</p> <p><u>Корректно высказываться о других врачах</u></p>	<p>Использовать системы приема ЛС</p> <p>Выбирать ЛС с небольшим количеством побочных эффектов и длительным периодом полувыведения</p> <p>Отдавать предпочтение комбинированной терапии</p> <p>Распределять приемы индивидуально; большинство пациентов предпочитают утренний прием</p> <p>Избегать сложного режима приема ЛС</p> <p>Учитывать стоимость ЛС</p>

- Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертонии)
-

Формирование взаимоотношений между врачом и пациентом

Авторитет врача

Желание раритета

Консенсус

Взаимоотношения

Последовательность и настойчивость

Приверженность и симпатия

- Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии

Развенчание мифов о приверженности

Миф 1:

- отсутствие приверженности — особенность конкретного заболевания.

Миф 2:

- забывчивость является основной причиной недостаточной приверженности.

Миф 3:

- медицинские работники предоставляют пациентам достаточное количество информации о лекарственных препаратах, что обеспечивает приверженность.

Миф 4:

- медицинские работники и пациенты регулярно обсуждают приверженность

- **Миф 1: особенность конкретного заболевания**

Недостаточная приверженность является проблемой как среди хронических (длительных), так и среди кратковременных заболеваний. Отсутствие приверженности *не связано* с типом заболевания.

Миф 2: забывчивость Забывчивость вызывает нерегулярные и *случайные пропуски* в приверженности к лечению. Долгосрочная приверженность является результатом процесса принятия решений и оценки пациентом своих убеждений и опыта лечения.

Миф 3: медицинские работники предоставляют информацию, что обеспечивает приверженность

Исследования продемонстрировали, что *медицинские работники не последовательны в информировании* о рецептурных лекарственных препаратах. Пациенты хотят получать информацию о лекарственных препаратах, которые им назначены, и разочаровываются, когда предоставленных им сведений недостаточно.

Миф 4: медицинские работники и пациенты регулярно обсуждают приверженность

Медицинские работники полагают, что их пациенты являются приверженными. В действительности же *пациенты не всегда сообщают о своих намерениях в приверженности* медицинским работникам.

McHorney CA. The Adherence Estimator: A brief proximal screener for propensity to adhere to medications for chronic disease. *CMRO*, 25(1), 2009, 215-38.

Одним из барьеров успешного лечения сегодня по-прежнему остается **недостаточная приверженность самих врачей** к существующим стандартам лечения. Отсутствие готовности врача к интенсификации терапии (из-за боязни побочных эффектов, возможных метаболических эффектов, осложнений, страха увеличения стоимости лечения и т.д.) приводит к ухудшению комплаентности пациентов.



- **Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии**
-

Методы повышения врачебной приверженности клиническим рекомендациям (КР)

- внедрение инноваций в процесс создания и использования КР;
 - обучение врачей применению КР в своей клинической практике;
 - обмен информацией между врачами;
 - инвестиции в информационные (IT) инновации, упрощающие использование КР в клинической практике и помогающие врачам в принятии клинических решений.
 - совершенствование системы медицинского страхования в ракурсе повышения заинтересованности врачей придерживаться КР на практике.
- Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему
-

Методы повышения приверженности к лечению

- 1) обучение пациентов (в школах ИБС, СД, АГ и т.д.);
- 2) улучшение схемы дозирования ЛС, фиксированные комбинации в одной таблетке (лечащий врач);
- 3) улучшение взаимодействия между врачом и пациентом - общий язык с пациентом, доверительные отношения (обучение врачей, проведение тренингов);
- 4) престиж лечения и медицины в обществе в целом и в глазах пациента в частности.
- 5) системное ведение пациента, включающее не только терапию основного заболевания, но и коррекцию сопутствующих состояний, в том числе повышение КЖ (лечащий врач).



- **Выводы:**

Приверженность к лечению **зависит от пациентов и медицинских работников, сотрудничающих** для обеспечения того, что пациент:

- *вовлечен в принятие решения;*

- **знает способ** применения лекарственного препарата;

- подробно **проинформирован** лечащим врачом;

- **намерен** принимать лекарственный препарат;

- **способен** принимать лекарственный препарат;

- **И** чувствует, что **в состоянии понять** информацию о назначенном лекарственном препарате.

КОНЕЧНЫЕ ЦЕЛИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

- **предупреждение осложнений и повторных госпитализаций**
- **снижение смертности и инвалидизации**
- **увеличение продолжительности и качества жизни**
- **возвращение к исходному социальному статусу**





Благодарю за внимание!