

Механизмы формирования комплайенса и современные подходы к его оптимизации.

Данилов Д.С.

Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, Кафедра психиатрии и медицинской психологии.

Цель лекции: Освещение современных данных о механизмах формирования комплайенса при различных заболеваниях и методах его оптимизации.

Результаты: Несоблюдение больными медицинских рекомендаций значительно снижает успешность лечения. Многочисленные исследования свидетельствуют о широкой распространенности нонкомплаенса среди больных различными заболеваниями. На формирование комплайенса оказывают влияние многие факторы. Большое значение имеют психологические особенности больного, клинические особенности заболевания, терапевтические и социальные факторы. Важную роль при индивидуальном прогнозировании модели терапевтического поведения больного играет комплексная оценка перечисленных характеристик. В последнее время разработаны различные методы, направленные на формирование и оптимизацию терапевтического сотрудничества.

По оценке ВОЗ примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации. Несоблюдение назначений врача приводит к серьезным медицинским последствиям. Во-первых, нарушение режима терапии существенно снижает эффективность лечения. Самое лучшее лекарство становится бесполезным, если пациент не выполняет назначения врача: в лучшем случае состояние больного не меняется, в худшем – болезнь продолжает прогрессировать. Во-вторых, переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным пересмотрам терапии и назначению новых лекарств. При отсутствии ожидаемого эффекта врач разочаровывается в успехе лечения, снижается его профессиональный интерес к пациенту, создается впечатление «бесперспективности» больного. В-третьих, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает недоверие к профессионализму врача, дискредитирует в глазах больного современную медицину и систему медицинской помощи. Таким образом, возникает порочный круг, в котором сначала больной, а затем и врач способствуют снижению успешности лечения.

Для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача предложен термин «комплаенс» (англ. «compliance» – уступчивость, податливость). Это понятие описывает поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильно-

сти приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни. Однако чаще всего, под комплаенсом понимают соблюдение больным режима лекарственной терапии. Значение, которое вкладывается в термин «комплаенс», наделено оттенком патернализма. Поэтому для описания терапевтического поведения больных был предложен ряд других понятий, подчеркивающих необходимость уважения точки зрения больного в отношении возможных методов лечения, формирования партнерских отношений между врачом и пациентом, совместного определения тактики терапии. Предлагается использовать термины «терапевтический альянс», «согласие с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество». Тем не менее, термин «комплаенс», по-прежнему, широко используется для описания терапевтического поведения больных.

Основное внимание проблеме комплаенса уделяется в случае хронической патологии. При хронических заболеваниях медицинские рекомендации долгосрочны, порой пожизненны, и успех лечения достигается только при длительной терапии. Поэтому от больного требуется большое упорство в правильности выполнения назначений врача. При острой патологии лечение краткосрочно, терапия быстро приводит к улучшению состояния, и больные лучше соблюдают врачебные рекомендации.

Модели поведения больных, противоречащие рекомендациям врачей, различны. Несоблюдение больным медицинских назначений может проявляться намеренным или случайным изменением дозировки препарата, нерегулярным приемом лекарств, неточностью времени приема или полным отказом от лечения. Иногда больные принимают те лекарства, от которых, по их мнению, можно получить больше пользы или меньше вреда, чем от препаратов, назначенных врачом. Необходимо учитывать, что терапевтическое поведение больных динамично, и его модели могут меняться на различных этапах лечения.

Вопрос оценки комплаенса до сих пор не решен. Каждый из предложенных в настоящее время методов имеет недостатки. Используется определение уровня лекарств или их метаболитов в биологических жидкостях, подсчет количества «неизрасходованных» больным таблеток, учет повторно выписанных рецептов или электронный мониторинг при помощи микропроцессора, вмонтированного в крышку емкости с лекарством. В условиях практической медицины эти методы обременительны, поэтому на практике терапевтическое сотрудничество чаще оценивается при расспросе больного. Как правило, во время беседы, построенной на партнерстве, уважении точки зрения пациента, благожелательном отношении к нему, врач может получить все необходимые данные. При возникновении сомнений в искренности больного для подтверждения полученной информации необходимо расспросить родственников. На отсутствие комплаенса могут указывать частые пропуски запланирован-

ных посещений врача, полная потеря контакта с больным или низкая эффективность терапии. Регулярные посещения больным лечащего врача или консультации по телефону, активное участие больного в обсуждении вопросов лечения, доверительное отношение к врачу свидетельствуют о высоком уровне терапевтического сотрудничества.

Терапевтическое сотрудничество формируется под воздействием различных клинических, психологических и социальных факторов. Например, больные могут не соблюдать медицинские рекомендации из-за недооценки тяжести своего состояния, убежденности в бесперспективности лечения, побочных эффектов терапии, отсутствия уверенности в профессионализме врача, физической беспомощности, отсутствии возможности приобретения лекарств. В условиях клинической практики приверженность больного врачебным рекомендациям зависит от сочетания различных факторов, которые взаимно усиливают или ослабляют влияние на комплаенс. Выявление этих факторов позволяет понять, почему больной не соблюдает медицинские рекомендации, и оптимизировать лечебную программу.

На формирование терапевтического сотрудничества оказывают влияние:

- Психологические особенности больного
- Клинические особенности заболевания
- Особенности терапевтической программы
- Социально-экономические факторы
- Факторы, связанные с организацией медицинской помощи

Комплаенс и психологические факторы.

В формировании установки больного на начало и продолжение лечения главную роль играет *внутренняя картина болезни*. Больной стремится к сотрудничеству с врачом и соблюдает медицинские рекомендации только при осознании факта заболевания и его последствий для здоровья, понимании пользы терапии, превышающей неудобства, связанные с ней. Правильная оценка больным своего состояния (*гармоничный тип* внутренней картины болезни) является главным залогом формирования комплаенса. В этом случае значение других факторов, снижающих терапевтическое сотрудничество, значительно уменьшается. Так, если больной осознает смертельную опасность болезни или возможность инвалидизации, то, скорее всего, он будет соблюдать все назначения врача, несмотря на побочные эффекты, длительность лечения, сложность лекарственного режима и экономические затраты. В случаях невольного искажения внутренней картины болезни терапевтическое сотрудничество нарушается. При недооценке ее тяжести (*гипонозогнозия, анозогнозия*), больные преуменьшают или полностью отрицают факт заболевания и пользу лечения. Установить контакт с такими больными и объяснить им необходимость терапии достаточно сложно. Еще сложнее под-

держат терапевтическое сотрудничество и обеспечивают соблюдение медицинских рекомендаций на необходимом уровне в течение всего периода лечения. Поскольку в основе гипнозогнозии лежит активизация незрелой формы психологической защиты – *отрицания*, этот тип внутренней картины болезни распространен среди больных молодого возраста и у взрослых пациентов с чертами психического инфантилизма. При невольном преувеличении тяжести болезни (*гипернозогнозия*) больные ищут помощи врача, охотно соглашаются на предложенное лечение. Однако в дальнейшем терапевтическое сотрудничество часто нарушается из-за недостаточного, по мнению таких пациентов, успеха терапии. Эта модель наблюдается в случае склонности больных к *ипохондри*.

Формирование терапевтического сотрудничества неразрывно связано с *личностными особенностями* больного. Доминирующие черты личности первоначально определяют тип внутренней картины болезни и установку на лечение, а в дальнейшем влияют на соблюдение медицинских рекомендаций. Больные с повышенной тревожностью, чувством постоянной неуверенности, склонностью к сомнениям (*тревожно-мнительные личности*), как правило, точно выполняют предписания врача. Случайный пропуск приема лекарств приводит к усилению тревоги, размышлениям о возможных последствиях случившегося. Однако терапевтическое сотрудничество у таких больных формируется только при их уверенности в профессионализме врача, доверии к нему. В противном случае, особенно при недостаточной эффективности терапии, эти пациенты начинают обращаться к другим специалистам и часто меняют терапию. Больные с чертами ригидности, упорства в достижении цели, настойчивости и эгоцентризма (*застревающие личности*) четко следуют медицинским рекомендациям. Желание избавиться от недуга полностью охватывает сознание таких пациентов, и они прикладывают все усилия для выздоровления. Напротив, *гипертимные* больные часто нарушают предписания врача из-за легкой переключаемости, неустойчивости интересов, недооценки тяжести заболевания. Улучшение состояния воспринимается ими как полное выздоровление и возможность прекратить лечение. При преобладании *гипотимических* черт пессимистический настрой больного способствует формированию терапевтического сотрудничества вследствие переоценки тяжести своего состояния, гипернозогнозии. Однако усиление пессимизма, чувства обреченности, развитие *депрессии*, к которой склонны такие больные, приводит к обесцениванию жизни, «пониманию» безнадежности своего состояния, бесперспективности лечения и отказу от него. Больные с *шизоидными чертами личности* имеют особое отношение к окружающему миру, их позиция часто не соответствует общепринятым взглядам. Установить контакт с такими больными, вызвать их доверие непросто. Эти пациенты предпочитают лечиться не так, как советует врач, а так, как они считают нужным. Среди них рас-

пространено самолечение, основанное на медицинских знаниях, полученных из книг и телепередач.

Некоторые больные отказываются от лечения или не соблюдают медицинские рекомендации в процессе терапии вследствие *негативного отношения к лекарствам* («лекарства – это яд», «лекарства могут повредить здоровью», «нужно лечиться природными средствами»). Часто такая позиция обусловлена *особенностями воспитания и культуральными факторами* и тесно связана с мировоззрением не только больного, но и его родственников. Поэтому убедить пациента в ошибочности его мнения и заручиться поддержкой семьи достаточно сложно. Опасение вредных последствий приема лекарств заставляют больного противодействовать терапевтическим назначениям. Если же терапию все-таки удалось начать, то появление побочных эффектов укрепляет негативное отношение больного к лечению. В некоторых случаях, особенно у больных молодого возраста, к отсутствию терапевтического сотрудничества приводит негативное отношение к лекарствам родственников больного, а не самого пациента.

Обращаясь за помощью к врачу, больной надеется на быстрое улучшение самочувствия. Однако возможности современной медицины ограничены. В ряде случаев субъективно тягостные симптомы заболевания сохраняются долгое время, и для облегчения состояния необходимо продолжительное лечение. Важно объяснить больному, что для достижения желаемого эффекта терапия должна быть длительной. Иначе, при несоответствии результатов лечения ожиданиям на скорейшее выздоровление больной испытывает *разочарование*, начинает сомневаться в профессионализме врача, правильности терапии, снижается его доверие к врачу. Больные перестают соблюдать медицинские рекомендации («зачем принимать эти лекарства, если они не помогают»), отказываются от помощи врача, консультируются у новых специалистов.

Комплаенс и клинические факторы.

Большинство заболеваний манифестируют и протекают в виде *субъективно тягостной симптоматики*. Страдание, дискомфорт, вызванные заболеванием, определяют обращение больного за медицинской помощью, формируют установку на лечение. В этих случаях назначение лекарственных препаратов воспринимается пациентом как спасение от болезни, способ избавления от недуга. При назначении лекарственной терапии в таких случаях можно ожидать высокого терапевтического сотрудничества и выполнения медицинских рекомендаций. Как следствие, облегчение состояния после начала терапии укрепляет доверие больного к лечению. Напротив, некоторые виды патологии развиваются исподволь и протекают *бессимптомно*, не принося больному существенного физического дискомфорта. В этих случаях заболевание часто выявляется случайно, например, при диспансерном осмотре, и только

объективные данные свидетельствуют о необходимости лекарственного лечения. В случаях бессимптомной патологии («у меня ничего не болит») уровень терапевтического сотрудничества довольно низок. После назначения врачом лекарственной терапии, диеты или других лечебных мероприятий, больные часто выполняют рекомендации врача в течение непродолжительного времени или с самого начала отвергают медицинскую помощь. Подобным образом терапевтическое сотрудничество может нарушаться в случае выраженного улучшения состояния больного на фоне лечения. Поскольку в период *качественных ремиссий* больные не испытывают тягостных симптомов болезни, мотивация к лечению существенно снижается, больные перестают придерживаться рекомендаций врача вплоть до обрыва терапии. Только новое обострение заставляет пациентов вновь обратиться за медицинской помощью.

При лечении *острых патологических состояний* терапевтическое сотрудничество более устойчиво, чем при *хронических заболеваниях*. Внезапно возникшая острая патология сопровождается резким ухудшением состояния больного и требует непродолжительного периода лечения. Кроме того, при остром состоянии или обострении хронической патологии медицинская помощь часто оказывается стационарно, и контроль над выполнением рекомендаций осуществляется врачом и медицинскими сестрами. При хронических заболеваниях в большинстве случаев лечение проводится амбулаторно, и основная ответственность за прием лекарств ложится именно на больного.

Комплайенс и особенности терапии.

Терапевтическое сотрудничество зависит от *продолжительности лечения*. Установлено, что при *длительной терапии* *комплайенс* больных значительно ниже, чем при *краткосрочном приеме лекарств*. При долгосрочном лечении больной должен постоянно следить за соблюдением схемы терапии. Поэтому терапевтическое сотрудничество может нарушаться из-за того, что больные просто забывают принять лекарство. В условиях длительного лечения значение, ценность терапии в глазах больного уменьшается. Больной «свыкается» с заболеванием, осознает невозможность полного выздоровления. Если же ожидания больного не соответствуют результатам терапии, происходит разочарование в профессионализме врача и эффективности современных методов лечения. Общее правило заключается в том, что чем больше длительность терапии, тем ниже комплаенс.

Одним из основных препятствий на пути формирования терапевтического сотрудничества являются *побочные эффекты* лекарственной терапии. В первую очередь это относится к *неожиданным, субъективно тягостным и длительным* нежелательным реакциям. Если после начала лечения у больного развилось, например, сильное головокружение, о котором он не был предупрежден заранее, это правомерно вызовет испуг пациента. В свою очередь страх возможного ухудшения состояния от приема препарата может привести к отказу от

продолжения лечения, по крайней мере, до следующего посещения врача. Иногда побочные эффекты терапии могут быть субъективно настолько непереносимы, что по сравнению с ними страдание от болезни воспринимается больным как меньшее зло. Большое значение имеет *субъективное отношение больного* к нежелательным последствиям терапии, например, появление необильной сыпи на теле у больного, для которого внешность не имеет большого значения, не приведет к нарушению комплайенса, а пациент, фиксированный на своем внешнем виде, скорее всего, прекратит лечение.

Важным терапевтическим фактором, влияющим на комплайенс, является *режим приема лекарств*. Простота и удобство схемы лечения (небольшое количество лекарств, однократный или двукратный суточный прием таблеток в удобное время, простой способ дозирования) способствуют соблюдению больными назначений врача. И напротив, большое количество различных медикаментов, необходимость приема лекарств несколько раз в день в строго определенное время без учета жизненного стиля больного, трудность дозирования приводят к нарушению лекарственного режима. Показательны случаи, когда больным, которые едят дважды в день, назначался четырехкратный прием лекарств во время еды. Другим примером является назначение больному, который просыпается в полдень, однократного приема лекарства в 8 утра.

Комплаенс, организация медицинской помощи и социальные факторы.

Организация медицинской помощи играет важную роль в формировании терапевтического сотрудничества. Уровень комплайенса связан с регулярностью медицинских осмотров. Описан, так называемый, *феномен «белого халата»*: больные лучше соблюдают лекарственные назначения в течение недели до посещения врача и после него. Поэтому при планировании терапевтической программы большое значение должно уделяться *диспансерному наблюдению* с частыми осмотрами. В свою очередь регулярность посещений больным медицинского учреждения зависит от *доступности медицинской службы*. Чем проще попасть на прием к врачу, тем чаще больной будет обращаться за помощью при ухудшении состояния, пользоваться диспансерным наблюдением и лучше соблюдать медицинские рекомендации. Больной будет охотнее пользоваться помощью врачей, если медицинское учреждение расположено в удобном для него месте, до него легко добраться, потратив на дорогу немного времени, если попасть на прием можно, не дожидаясь очереди. Многие пациенты ведут активный образ жизни, ежедневно работают по строгому графику, поэтому, назначая прием, врач должен учитывать их *жизненный стиль*. Терапевтическое сотрудничество формируется лучше, если больной знает, что в любое время при необходимости может связаться с лечащим доктором, например по телефону. Например, в случае развития непредвиденного побочного эффекта терапии, телефонная консультация успокоит больного и предотвратит на-

рушение терапевтического сотрудничества. При беспомощности больного, тяжелом течении заболевания, ограничивающим возможность посещения амбулатории, терапевтическое сотрудничество будет выше при активном *патронаже больного* на дому врачами и медицинскими сестрами.

Большую роль в формировании комплайенса играют *взаимоотношения врача и больного*. Менторский тон врача, безапелляционная позиция в отношении выбранного лечения полезна лишь у ограниченного числа больных. В большинстве случаев терапевтическое сотрудничество формируется лучше, если взаимоотношения врача и больного построены на уважении, доверии и партнерстве. Каждый больной рассчитывает не только на квалифицированную медицинскую помощь, но и на хорошие межличностные отношения. Если больному комфортно во время беседы с врачом, он будет охотнее принимать помощь и соблюдать медицинские назначения в течение всего периода лечения, чем больной, для которого посещение врача является испытанием. Очень важно активное участие пациента в разработке плана терапии, учет его мнения при выборе лечения. При соблюдении этого условия у больного появляется чувство ответственности за успех терапии, и он будет лучше следовать совместно выработанной тактике лечения.

На терапевтическое сотрудничество влияет *социальное и семейное положение* больного. При наличии работы, активной социальной позиции, высоком уровне образования у больных формируется более крепкая установка на выздоровление из-за возможности снижения социального статуса в связи с болезнью. Такие пациенты лучше соблюдают медицинские рекомендации, чем больные с низким социальным положением. Терапевтическое сотрудничество выше у больных, имеющих семью, чем у одиноких пациентов. Наличие близких людей способствует формированию у больного понимания ценности жизни. Некоторые больные стремятся к выздоровлению из-за нежелания быть обузой для родных. Формированию терапевтического сотрудничества способствует активное вовлечение родственников в процесс лечения.

Подходы к формированию и оптимизации комплайенса.

Выявление факторов, определяющих отсутствие терапевтического сотрудничества, позволяет включить в лечебную программу специальные методы, направленные на его коррекцию (табл. 1). Не менее важно применение этих методов на этапе начала лечения для предотвращения нарушения больными медицинских рекомендаций. Для достижения комплайенса полезно использовать несколько методик сразу, например, упрощение режима терапии, улучшение ее переносимости и привлечение к лечению родственников больного.

Образовательные программы направлены на предоставление больному информации о заболевании, его причинах, последствиях, методах лечения, обучение больного способам

распознавания ухудшения состояния и особенностям поведения в связи с болезнью. На таком принципе основаны школы больных диабетом, гипертонической болезнью, шизофренией, которые создаются на базе медицинских учреждений и предполагают занятия больных в группе. Обучение может проводиться врачами или квалифицированными медсестрами в зависимости от поставленных задач.

Оптимизация индивидуальной терапевтической программы, прежде всего, заключается в достижении лучшей переносимости лечения, своевременном выявлении побочных эффектов терапии. При субъективной тяжести нежелательных реакций, если возможно, необходимо пересмотреть терапевтическую тактику и назначить лекарства с лучшей переносимостью или сопутствующие препараты для коррекции побочных эффектов. Оптимизация терапии подразумевает подбор удобного режима приема лекарств и его включение в жизненный стиль больного. Необходимо использовать минимальную кратность приема, например один или два раза в день в удобное для больного время. В связи с этим предпочтительны препараты с длительным периодом полувыведения или пролонгированные формы лекарств. Назначая лечение, необходимо дать больному четкие инструкции о приеме лекарств (в том числе, письменные) и убедиться, что пациент понял их. Упрощение лекарственного режима, учет распорядка дня и жизненного стиля особенно важны у работающих, социально активных больных.

Формирование партнерства и доверия между врачом и больным играет важную роль в соблюдении медицинских рекомендаций. Если больной не доверяет врачу, скорее всего он не только не будет следовать его рекомендациям, но и откажется от его помощи. Больной охотнее будет выполнять назначения врача, если взаимоотношения между ними будут соответствовать ожиданиям больного. Кроме того, пациент должен быть уверен в профессионализме специалиста. Поскольку больной всегда рассчитывает на хорошие межличностные отношения с врачом, беседа с ним должна проводиться вежливо и уважительно. Для формирования партнерства и доверия необходимо учитывать пожелания больного и, если возможно, использовать их при выработке тактики терапии. Необходимо дать понять пациенту, что его мнение имеет большое значение в выборе метода лечения. Соблюдение этих условий поможет сформировать у больного чувство уверенности в успехе терапии и собственной ответственности за достижение результата.

Оптимизации терапевтического сотрудничества способствуют регулярные осмотры больного при *диспансерном наблюдении*. Напоминание о предстоящем визите, например, при помощи телефонного звонка, помогает вовлечь больного в процесс взаимодействия с врачом и повысить эффективность диспансерного наблюдения. Если больной пропустил посещение врача, то полезно связаться с ним и узнать о причинах пропуска визита. Посещения врача

должны происходить в удобное для больного время. При необходимости пациент должен иметь возможность внеочередного визита к врачу. В процесс диспансерного наблюдения должны быть вовлечены медсестры или социальные работники, в обязанности которых может входить активный патронаж больного. Регулярные посещения больным врача необходимы не только для оценки эффективности лечения, но и для поддержания доверительных отношений, повторных подкрепляющих инструкций о приеме лекарств.

Привлечение семьи в процесс терапии в ряде случаев более важно, чем участие самого врача или больного. Так у беспомощных пациентов именно родственники могут контролировать соблюдение медицинских рекомендаций. Во всех случаях большую роль играет психологическая поддержка больного, которую могут оказать близкие ему люди.

Методы поведенческой терапии заключаются в использовании больными специальных размеченных контейнеров, в которые, например, один раз в неделю раскладываются лекарства в соответствии с назначенной схемой лечения. Это значительно упрощает процедуру приема препаратов. Можно рекомендовать больному использовать для напоминания о приеме лекарств звуковые сигналы, например, наручных часов или телефона. При приеме лекарств несколько раз в неделю пациентам рекомендуется делать отметки в календаре даты последнего и предстоящего приема. Планируя схему лечения, необходимо поинтересоваться о привычках и распорядке дня больного. Например, если больной перед сном регулярно читает, можно рекомендовать хранить лекарства, принимаемые на ночь, рядом с книгами.

В широком смысле любой метод, направленный на формирование и оптимизацию терапевтического сотрудничества, включает в себя *психотерапевтический компонент*, который иногда даже более важен, чем непосредственная суть метода. Вместе с тем, для формирования терапевтического сотрудничества используются специальные *психотерапевтические методики*, направленные на коррекцию внутренней картины болезни, особенностей личностных черт и механизмов психологической защиты, препятствующих формированию комплайенса. Психотерапия должна проводиться подготовленным специалистом, т.к. разрушение устойчивых защитных механизмов, которые больной использует для преодоления стресса, связанного с болезнью, приводит к фрустрации. Поэтому одновременно с выработкой адекватного реагирования на заболевание, больной нуждается в психологической поддержке в связи с актуализацией неприятной, стрессовой информации (признание болезни).

Одной из специальных психотерапевтических методик является *Комплайенс-терапия* – метод психотерапии, направленный на повышение готовности к лечению психически больных. При проведении комплайенс-терапии врач побуждает больного к обсуждению симптомов психического заболевания, целью которого является повышение критики к болезненным переживаниям, умению распознавать ухудшение состояния. Проводится совме-

стная оценка пользы лечения в прошлом. Психическое заболевание сравнивается врачом с соматической патологией, тем самым достигается снижение самостигматизации больного. И, наконец, внимание пациента акцентируется на необходимости приема длительной терапии для поддержания стабильности состояния и достижения тех жизненных задач, которые ставит перед собой пациент.

Комплаенс в клинике внутренних болезней.

При *гипертонической болезни* терапевтическое сотрудничество определяется субъективной тяжестью симптомов заболевания. Больные чувствуют ухудшение физического состояния в основном при развитии гипертонических кризов или сопутствующей стенокардии. В межкризовые периоды самочувствие больных не страдает, и у них создается ошибочное впечатление своего здоровья. Поэтому типичная модель терапевтического поведения больных гипертонией заключается в эпизодическом приеме лекарств только при ухудшении состояния. После купирования гипертонического криза часть больных прекращают принимать лекарства, следить за уровнем АД и выполнять другие рекомендации врача. При бессимптомном течении гипертонической болезни большинство больных не догадываются о наличии заболевания. Повышение АД не ухудшает самочувствия больных и, как правило, выявляется случайно. Важность лечения недооценивается этими пациентами, половина из них прекращают принимать лекарства в течение года после снижения АД. Иногда комплаенс к антигипертензивной терапии нарушается из-за развития побочных эффектов, например, продолжительный сухой кашель при приеме ингибиторов АПФ доставляет больным значительный дискомфорт. Для формирования комплаенса при гипертонической болезни большое значение имеют психологические факторы. Свойственная многим больным гипертонией психофизиологическая конституция в виде преобладания гипертимных черт препятствует установлению прочного терапевтического сотрудничества. Кроме того, склонность больных гипертонической болезнью к подавлению в условиях конфликта внешних форм поведения (агрессивности) препятствует открытому выражению несогласия с врачом. Поэтому таким больным проще уйти от лечения, чем вступить в полемику со специалистом, высказать свои пожелания в отношении терапии.

Терапевтическое сотрудничество больных *ишемической болезнью сердца*, также как и при гипертонической болезни, связано с тяжестью заболевания. Причиной обращения к врачу чаще всего является тягостное, мучительно состояние, возникающее при развитии «грудной жабы». Поэтому при приступах стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда больные лучше соблюдают предписания врача, чем при малосимптомном течении болезни. Несоблюдению медицинских назначений при ишемии миокарда способствуют преморбидные особенности личности таких пациентов (установка на самоутверждение, стремление к успеху,

потребность в конкуренции с окружающими, настроенность на активный образ жизни.). Рекомендации соблюдения диеты, отказа от курения, ограничения употребления алкоголя, длительного четкого приема лекарств, дозирования физических нагрузок несовместимы со стремлением скорейшего возвращения к привычной жизни, характерным для большей части таких пациентов. Показателен случай 43-летнего бизнесмена, который на третий день после перенесенного инфаркта миокарда стал делать приседания. Врачам он объяснил, что «должен скорее вернуться в форму».

При всех формах сердечно-сосудистой патологии терапевтическое сотрудничество ограничивается длительностью, пожизненностью терапии, необходимостью ежедневного приема лекарств. Наличие сопутствующих заболеваний и развитие осложнений (гиперхолестеринемия, системный атеросклероз, диабет, инсульт, инфаркт миокарда, нефропатия, энцефалопатия) значительно усложняет схему лечения, увеличивает количество рекомендованных лекарств и кратность их приема.

Для улучшения соблюдения больными сердечно-сосудистой патологией медицинских рекомендаций необходимо использовать образовательные программы (объяснение больным последствий заболевания, необходимости лечения), причем наиболее эффективны групповые программы; упростить лекарственный режим; достичь доверия больного и врача. Важную роль играет психотерапевтическое воздействие, направленное на коррекцию личностных черт, создание новых жизненных установок, коррекцию отношения к заболеванию.

Больные *сахарным диабетом* должны пожизненно принимать инсулин и другие противодиабетические средства. Медицинские рекомендации при сахарном диабете достаточно сложны из-за необходимости парентерального введения инсулина через строго определенные промежутки времени, приема пероральных препаратов несколько раз в день, соблюдения диеты, контроля уровня сахара крови. Сложный лекарственный режим является предиктором низкой приверженности лечению. Однако комплаенс больных сахарным диабетом обеспечивается широко распространенными образовательными и обучающими программами (школа больных диабетом). Большое значение имеет диспансерное наблюдение, которое в совокупности с доверием больного к врачу обеспечивает поддержание терапевтического сотрудничества. Применение созданных в последнее время пролонгированных форм инсулина также улучшает комплаенс пациентов. Серьезным ограничением на пути достижения терапевтического сотрудничества у больных с поздними стадиями заболевания является формирование психоорганического синдрома и нарастание беспомощности. На этом этапе ответственность за правильностью соблюдения терапии ложится на родственников больного.

Комплаенс при злокачественных новообразованиях.

Больные *онкологической патологией* нарушают рекомендации врача реже, чем при других хронических заболеваниях. Хотя часть врачей при выявлении злокачественного процесса не информируют пациентов о диагнозе, больные в большинстве случаев догадываются о тяжести своего состояния. «Рак» воспринимается большинством людей как тяжелая болезнь, быстро приводящая к смерти. Поэтому при обнаружении опухолевого процесса больной начинает лечение в надежде на выздоровление или продление жизни, несмотря на то, что лучевая или химиотерапия ассоциируется в сознании пациента с тяжелыми побочными эффектами. Поскольку лечение злокачественных новообразований, как правило, проводится в стационаре, соблюдение терапии контролируется в большей степени врачами и медицинскими сестрами, чем самим больным. Однако в некоторых случаях терапевтическое сотрудничество онкологических больных остается недостаточным. Отсутствие комплайенса в большинстве случаев связано с недооценкой пациентом тяжести своего состояния (гипонозогнозия и анозогнозия на этапе «отрицания» онкологического заболевания), развитием депрессии или побочными эффектами лечения. На поздних стадиях болезни терапевтическое сотрудничество, как правило, высоко, т.к. паллиативная терапия, в том числе прием анальгетиков, облегчает мучительное состояние больного. Однако в этот период некоторые больные, например врачи, осведомленные о тяжести своего состояния, могут отказаться от проведения лучевой или химиотерапии. Для обеспечения комплайенса больных злокачественными новообразованиями необходима психологическая поддержка больного членами семьи и медицинскими работниками, патронаж больных на дому.

Комплайенс при хронических инфекционных заболеваниях.

При лечении *ВИЧ-инфекции* важно достичь понимания больным необходимости четкого соблюдения назначений врача. Это связано с тем, что снижение дозировки антиретровирусных препаратов всего лишь на 5%-10% от рекомендуемой дозы существенно уменьшает подавление репликации, формирует устойчивость к лечению в связи с быстрым размножением и мутацией вируса в организме. Хотя общеизвестно, что ВИЧ-инфекция приводит к смерти, по данным ВОЗ только треть ВИЧ-инфицированных придерживаются медицинских рекомендаций. Низкая приверженность терапии связана со сложным лекарственным режимом, необходимостью многократных суточных приемов большого количества препаратов, соблюдения диеты из-за несовместимости лекарств с некоторыми продуктами. Лекарственная терапия ВИЧ-инфекции плохо переносится. Возникновение диареи, тошноты, рвоты, периферической нейропатии в условиях длительного приема лекарств заставляет больных нарушать режим лечения. Высокая цена антиретровирусных препаратов, необходимость приобретения сопутствующих лекарств, также влияет на следование рекомендациям врача. Больные ВИЧ-инфекцией часто сталкиваются с социальной изоляцией, потерей поддержки в

семье. Реактивные психические расстройства (депрессия) или предшествующая психическая патология (наркомания, психопатия) значительно затрудняют возможность начала терапии и поддержания комплайенса. Для обеспечения терапевтического сотрудничества больных ВИЧ-инфекцией необходима организация постоянной психологической помощи со стороны врачей, родственников больного, психологов и социальных работников. Большое значение имеет развитие программ по обеспечению этой группы больных бесплатными лекарствами.

Хронические вирусные гепатиты в большинстве случаев в течение долгого времени протекают бессимптомно. Поэтому рекомендации врачей о необходимости симптоматической или этиотропной терапии на до манифестных стадиях болезни могут отвергаться больными в связи с отсутствием субъективно тягостных симптомов заболевания и незнанием его отдаленных последствий. Прекращение приема лекарств после начала противовирусного лечения чаще всего связано с субъективно тягостными побочными эффектами, например, гриппоподобной симптоматикой, и значительными затратами на приобретение лекарств. Важное значение для обеспечения терапевтического сотрудничества больных вирусными гепатитами имеет первоначальная мотивация на лечение. При ее формировании большинство больных завершают курс терапии, несмотря на тяжесть физического состояния и расходы на лекарства. Поэтому проведение массовых образовательных программ, индивидуальное разъяснение врачом отдаленных последствий вирусного поражения печени способствует согласию больного начать прием лекарств. Поддержанию прочной установки на выздоровление от вирусной инфекции способствует высокий уровень образования и социального положения. При сочетании вирусного гепатита с наркоманией в стадии активного злоупотребления и связанными с ней изменениями личности установка на лечение формируется редко. Даже в случае начала терапии у таких больных, высок риск ее обрыва. Режим симптоматического лечения вирусных гепатитов часто нарушается больными в связи с его длительностью и необходимостью соблюдения диеты.

Комплайенс больных *туберкулезом* ограничивается плохой переносимостью противотуберкулезной терапии и ее длительностью. В то же время успех лечения зависит от четкого следования пациента назначениям врача, т.к. неправильный прием лекарств приводит к формированию резистентных штаммов микобактерий. Соблюдению медицинских рекомендаций больными туберкулезом способствует система обязательного стационарного лечения и диспансерного наблюдения. Хотя при лечении больных туберкулезом взаимоотношения врача и больного во многом основаны на патернализме, необходимость регулярных посещений медицинского учреждения вплоть до выздоровления повышает уровень терапевтического сотрудничества. COMPLAINT больных туберкулезом также связан с клинически выраженными симптомами болезни и осознанием больными тяжести заболевания. Труднее всего наладить

терапевтическое сотрудничество при развитии туберкулеза у больных алкоголизмом, психическими заболеваниями и у асоциальных пациентов.

Комплаенс при кожных заболеваниях.

Основными факторами, обеспечивающими терапевтическое сотрудничество при хронических кожных заболеваниях, например, *псориазе* или *экземе*, являются субъективное ухудшение состояния и стигматизация больных. Тягостные ощущения, в первую очередь зуд, доставляют больным значительный дискомфорт. Изменение кожных покровов нарушает взаимоотношение больных с окружающими из-за стыда и понимания своей непривлекательности (самостигматизация). Брезгливое отношение окружающих к внешности больного или их страх перед заражением усиливает социальную изоляцию пациента. Поэтому у больных с хронической кожной патологией первоначально, как правило, формируется установка на выздоровление. Желание вылечиться особенно выражено у больных с высоким уровнем образования и активной жизненной позицией. У некоторых пациентов, например, при сверхценном отношении к своей внешности, изменение кожных покровов играет роль сильнейшего психотравмирующего фактора. В этих случаях необходимость устранения косметического дефекта полностью овладевает сознанием больного, доминирует в иерархии мотивов, подавляя другие жизненные потребности. С другой стороны, при низкой эффективности лечения, частых рецидивах заболевания, его большой продолжительности ценность лечения в глазах больных падает. В определенной степени это связано с тем, что больные привыкают к своему заболеванию, «сживаются» с ним. Кроме этого, может произойти разочарование больного в успешности современных методов терапии. Для формирования и поддержания терапевтического сотрудничества при кожных заболеваниях большую роль играет психологическая и социальная поддержка больного врачом и членами семьи.

Комплаенс при неврологических заболеваниях.

Больные, перенесшие *инсульт* часто теряют способность к самообслуживанию из-за развития двигательных расстройств и нарушения чувствительности. Гибель нервной ткани приводит к развитию психоорганического синдрома со снижением критики, эмоциональными расстройствами, нарушением памяти и осмысления ситуации. Поскольку стационарное лечение таких больных контролируется медицинским персоналом, то основные препятствия к достижению терапевтического сотрудничества возникают на амбулаторном этапе терапии. В этой ситуации первостепенное значение в проведении лечения имеет участие семьи больного. Родственникам больного необходимо объяснить значение терапии и дать четкие рекомендации по лечению в домашних условиях. У одиноких больных большую роль играет патронаж медицинскими и социальными работниками. При нарушении двигательной активности у психически сохранных больных необходимо обеспечить удобство приема лекарств, на-

пример, оставлять препараты для разового приема в специальной емкости рядом с креслом пациента.

Лечение *эпилепсии* направлено на предотвращение развития припадков. Хотя при эпилепсии необходим длительный прием противоэпилептических препаратов, больные охотно начинают лечение, поскольку припадки являются сильным стигматизирующим фактором. Терапевтическому сотрудничеству больных эпилепсией на ранних стадиях заболевания способствуют характерные изменения личности (ригидность, пунктуальность, эгоцентризм). У таких больных можно ожидать четкого соблюдения назначений врача. Однако на поздних стадиях заболевания формирование эпилептического слабоумия приводит к разрушению терапевтического сотрудничества. Препятствием на пути начала терапии может стать предубеждение больных в отношении противосудорожных препаратов, которые «могут изменить психику». Поэтому врач должен объяснить пациенту необоснованность такого мнения. На этапе длительной терапии необходимо обеспечить хорошую переносимость лечения и упростить лекарственный режим. Важную роль играет поддержка больного членами семьи, их участие в лечении, диспансерное наблюдение и формирование доверительного отношения больного к врачу.

Приверженность терапии на начальных стадиях *болезни Паркинсона* достаточно высока, поскольку двигательные расстройства затрудняют жизнедеятельность и стигматизируют больных. Облегчение состояния, которое наступает после начала лечения, укрепляет терапевтическое сотрудничество. Однако на этом этапе необходимо применение образовательных программ, направленных на разъяснения больному необходимости продолжения терапии в связи с хроническим течением заболевания. При амбулаторном лечении двигательные расстройства затрудняют соблюдение больными лекарственного режима, например, из-за неспособности открыть пузырек с лекарством. Поэтому большое значение имеет упрощение процесса приема лекарств, вовлечение в терапевтический процесс семьи больного. При формировании деменции при болезни Паркинсона терапевтическое сотрудничество снижается из-за нарушения осмысления ситуации. В этом случае также необходимо участие в терапии родственников больного.

Комплаенс при психических заболеваниях.

При психической патологии достигнуть терапевтического сотрудничества сложнее, чем при соматических заболеваниях. Это связано с особенностями клинической картины психических расстройств. У больных психозами (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, органические психозы) часто *отсутствует критика* к своему состоянию. Болезненность психопатологических переживаний (бред, галлюцинации, расстройства настроения) отрицается пациентами. Попытки оказания медицинской помощи воспринимаются ими как

насилие и вызывают активное противодействие. Нежелание принимать лечение может быть связано с бредовым толкованием событий, например, назначение лекарств может трактоваться больным как попытка отравления. При выраженной депрессии больной может не принимать лекарства не только из-за отсутствия критики к своему состоянию, но и вследствие ощущения бесперспективности, бессмысленности жизни, двигательной заторможенности. Убедить или уговорить больных принимать лекарства в период психоза почти невозможно, поэтому лечение психозов начинается в стационаре. Улучшение состояния, формирование критики к переживаниям способствует достижению комплайенса, больные начинают принимать лекарства без принуждения, продолжают лечение после выписки. Однако при амбулаторной терапии терапевтическое сотрудничество непродолжительно. Чаще всего нарушение медицинских рекомендаций связано с развитием побочных эффектов, которые особенно тяжело переносятся больными в домашних условиях; опасением, что лечение может повредить здоровью; стигматизацией («лекарства не дают мне забыть о болезни»). Некоторые больные в период ремиссии считают, что вылечились, хотя признают болезнь в прошлом. При ремиссиях невысокого качества нарушение терапевтического сотрудничества связано с сохранением психопатологических расстройств. Обеспечение комплайенса в период амбулаторного лечения достигается благодаря диспансерному наблюдению, вовлечению семьи в процесс лечения, образовательным программам, применению комплайенс-терапии. Большое значение имеет доверие больного к врачу.

При заболеваниях, сопровождающихся развитием слабоумия (атрофические процессы, сосудистое поражение головного мозга), терапевтическое сотрудничество нарушается из-за нарушений памяти, осмысления ситуации, снижения критики. Больные становятся беспомощными, нуждаются в уходе, не могут самостоятельно обеспечить правильный прием терапии. В случае развития деменции прием лекарств контролируется родственниками больного, им необходимо объяснить значение лечения, дать инструкции о схеме терапии.

При психической патологии невротического уровня (неврозы, невротическая депрессия, вялотекущая шизофрения) психопатологические расстройства, как правило, тяжело переживаются больными, они критичны к своему состоянию, стремятся к помощи. Хотя большинство таких пациентов охотно начинают принимать терапию, для некоторых больных характерно предубеждение против психотропных препаратов, которые «вызывают зависимость», «разрушают мозг». Нарушение комплайенса также связано с развитием побочных эффектов, значительно ухудшающих самочувствие больных. После улучшения состояния больные перестают принимать лекарства, несмотря на необходимость длительного лечения, из-за убежденности в выздоровлении. Комплайенс при расстройствах невротического уровня достигается улучшением переносимости терапии, коррекцией отношения больных к побоч-

ным эффектам, объяснением необходимости длительного лечения и последствий его обрыва, формированием доверия больного к врачу.

Комплайенс в педиатрии.

Психика ребенка отличается от психики взрослого человека. В детском возрасте эмоции более развиты, чем мышление, первая сигнальная система преобладает над второй. Восприятие заболевания у детей, внутренняя картина болезни ограничиваются переживанием неприятных физических ощущений. Ребенок не прогнозирует последствий болезни, не может оценить пользу терапии. От окружающих он ждет помощи, которая быстро облегчит его состояние. Прием лекарств у детей контролируется их родными. Однако родственники могут столкнуться с нежеланием ребенка принимать лекарства из-за испуга перед таблеткой; прошлого опыта, когда прием лекарств вызвал неприятные ощущения («таблетка горькая»); страха укола. Протест против лечения проявляется детскими способами эмоционального реагирования (плач, крик) и примитивными реакциями избегания (сжимает губы, убегает, прячет лекарства). При нежелании ребенка принимать лечение необходимо использовать игровые методы, цель которых заключается в повышении интереса и мотивации к приему лекарств. Приоритет отдается препаратам в цветной оболочке, которая, однако, не должна пугать ребенка, форме драже или сиропа с приятным вкусом. Терапевтическое сотрудничество в педиатрии может нарушаться из-за несогласия родных ребенка с рекомендациями врача, основанного на особой жизненной позиции или недоверии к врачу («лекарства вредны для здоровья», «Вы лечите не так, как нужно»). Для убеждения родных ребенка в необходимости выполнения назначений врача полезно воспользоваться помощью коллег, пригласив их на совместную консультацию; предложить осмотр другого специалиста, заручившись его поддержкой; отдельно побеседовать со всеми взрослыми членами семьи, чтобы выделить возможного партнера.

Комплайенс у больных пожилого и старческого возраста.

У пожилых больных часто выявляется сразу несколько болезней, поражающих разные органы и системы, лечение которых проводится различными специалистами. Хронический обструктивный бронхит, ишемическая болезнь сердца, венозная недостаточность, диабет, хронический холецистит, глаукома требуют проведения специфической терапии. Больные вынуждены принимать большое количество лекарств в разных дозировках и в разное время, своевременно приобретать препараты. Сложный режим терапии затрудняет формирование терапевтического сотрудничества. Появление побочного эффекта от приема одного лекарства может нарушить комплаиенс к другим хорошо переносимым препаратам.

В старческом возрасте больные часто теряют способность к самообслуживанию из-за снижения выносливости к нагрузкам, общего одряхления, нарушения зрения (катаракта),

неврологических расстройств (парезы, нарушение функции тазовых органов), психических изменений (психоорганический синдром), патологии костной системы (перелом шейки бедра). Беспомощность пациента нарушает комплайенс даже в случае согласия больного с предложенным лечением, готовностью лечиться. Соблюдение режима терапии у таких больных обеспечивается благодаря помощи членов семьи или домашних сиделок. У более сохранных пациентов полезно использовать специальные приспособления для приема лекарств, звуковые сигналы, напоминающие о приеме препаратов. Важно, чтобы лекарства хранились в доступном месте или на виду у больного. Необходимо в понятной форме объяснить больному, как нужно принимать лекарства, предоставить четкие письменные инструкции. Поддержанию терапевтического сотрудничества способствует активный патронаж таких больных на дому.

Рекомендуемая литература.

- 1) Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Механизмы психологической защиты. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1997; 2: 44-8.
- 2) Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя? Международный журнал медицинской практики. 2006; 1:48-60.
- 3) Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003, 110 p.
- 4) Cox K., Stevenson F., Britten N., Dunder Y. A systematic review of communication between patients and health care professionals about medicine-taking and prescribing. 2004. London: Medicine Partnership (www.medicines-partnership.org), 249 p.
- 5) Carter S., Taylor D., Levenson R. A question of choice – compliance in medicine taking (a preliminary review). 2003. London: Medicine Partnership (www.medicines-partnership.org), 101 p.
- 6) Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatric Services. 1998; 49: 196–201.
- 7) Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. New England Journal Medicine. 2005; 5:487-97.
- 8) Haynes R.B., Yao X., Degani A., Kripalani S., Garg A., McDonald H. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005, Issue 4.

Таблица 1. Основные факторы, снижающие комплайенс, и методики его коррекции.

Предикторы отсутствия терапевтического сотрудничества	Методы коррекции терапевтического сотрудничества
Гипонозогнозия, анозогнозия, некоторые варианты гипернозогнозии	✓ Психотерапия (коррекция внутренней картины болезни, механизмов психологической защиты)
Гипертимные, шизоидные черты личности	✓ Психотерапия (коррекция личностных особенностей)
Негативное отношение к лекарствам («лекарства – это яд»)	✓ Образовательные программы (разъяснение больному ошибочности его взглядов) ✓ Формирование доверия больного к врачу
Бессимптомное течение болезни, не вызывающее субъективный дискомфорт	✓ Образовательные программы (разъяснение больному последствий заболевания) ✓ «Активное» диспансерное наблюдение
Хронические патологические состояния и длительная терапия	✓ «Активное» диспансерное наблюдение ✓ Применение лекарств с длительным периодом полувыведения или пролонгированных форм ✓ Психотерапия (коррекция жизненного стиля больного)
Побочные эффекты терапии	✓ Улучшение переносимости лечения ✓ Образовательные программы
Сложный лекарственный режим	✓ Упрощение лекарственного режима ✓ Обучение поведенческим методам
Одинокое больные, отстраненность родственников больного от терапевтической программы	✓ Диспансерное наблюдение с высокой регулярностью ✓ Патронаж больного на дому ✓ Привлечение социальных работников ✓ Психологическая поддержка

Информация об авторах.

Данилов Дмитрий Сергеевич, кандидат медицинских наук (в настоящее время соискатель ученой степени доктора медицинских наук) – кафедра психиатрии и медицинской психологии ММА им. И.М.Сеченова, клиника психиатрии им. С.С.Корсакова.

Адрес: 119021, Москва, ул.Россолимо, д.11, стр.9, клиника психиатрии им. С.С.Корсакова

Тел: 247-30-81 (раб), 8-903-674-46-16 (моб).

e-mail: clinica2001@inbox.ru

Лапина Ирина Александровна, кандидат медицинских наук – кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета РГМУ.

Хохлова Валентина Александровна, аспирант кафедры кардиологии ФППО МГМСУ.

Данилова Людмила Михайловна, кандидат медицинских наук, заведующая клинико-диагностической лабораторией ГКБ №55 г.Москвы.