

Актуальные вопросы приверженности пациентов к лечению в практике педиатра

И.В.Василевский

Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Беларусь

(Опубликовано: Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2018.- № 4 – С. 99-103.)

Введение. Проблема приверженности пациентов к лечению остается одной из актуальных для современной медицины и общества. Общеизвестным является факт, что приверженность пациентов к лечению в значительной степени влияет на эффективность лечения и исходы заболевания, имеет существенную экономическую составляющую.

Цель. На основании новейших литературных данных и собственного многолетнего опыта проанализировать состояние вопроса о приверженности пациентов к лечению при бронхиальной астме (БА) и ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) в реальной педиатрической практике, обсудить новые подходы по оптимизации практического решения указанной важнейшей проблемы.

Методы. Проанализированы доступные литературные источники, включая базу данных Pubmed (Medlain), а также использован собственный опыт врача-педиатра.

Результаты и обсуждение. В англоязычной литературе степень приверженности терапии обозначается разными терминами: «compliance» (комплаентность), «adherence» (строгое соблюдение), «comprehensive disease management» (комплексное управление заболеванием), «concordance» (согласование), «persistence» (постоянство). Независимо от терминологии неоспоримым фактом является представление о том, что самое правильное лечение, назначенное самым грамотным врачом, помогает только в том случае, если пациент сам хочет лечиться.

Особые сложности в лечении возникают при необходимости приема лекарственных средств (ЛС) в течение продолжительного периода, поскольку лечение хронических заболеваний требует высокой приверженности для достижения поставленной цели. Под приверженностью к лечению принято понимать степень выполнения больным рекомендаций врача в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Приверженность – это один из важнейших факторов, характеризующих качество лечения и непосредственно влияющих на прогноз заболевания и жизни. Главным условием повышения приверженности к лечению является полноправное участие пациента в лечебном процессе. В связи с значительным развитием фармакологии и фармакотерапии проблема приверженности к лечению приобрела особое значение для современной медицины и общества, что нашло отражение в специальном докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), посвященном основным вопросам этой проблемы [1]. Согласно положениям доклада ВОЗ неудовлетворительная приверженность к лечению признана доказанным фактором риска, снижающим эффективность терапии, увеличивающим риск развития осложнений основного заболевания, ведущим к повышению затрат на лечение, ухудшению прогноза заболевания и жизни. Важным разделом доклада ВОЗ является предложенная классификация факторов, оказывающих влияние на приверженность, которые распределены в 5 групп: 1) факторы, связанные с пациентами, 2) факторы, связанные с врачами и организацией системы здравоохранения, 3) факторы лекарственной терапии, 4) факторы заболевания и 5) группа социально-экономических факторов [1].

Бронхиальная астма (БА) остается одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что примерно половина больных БА, как взрослых, так и детей, имеют низкую приверженность назначенной терапии для контроля симптомов БА. Согласно статистическим данным в Минске 1,5% детей (около 5000 детского населения) страдают бронхиальной астмой. Основной целью лечения БА является достижение и поддержание контроля над заболеванием. Контроль – это динамический критерий, который включает в себя не только купирование симптомов болезни, но и оценку потенциального риска обострений. Одной из причин отсутствия контроля над астмой является низкий уровень приверженности назначенной терапии. У детей наибольшая распространенность и заболеваемость астмой отмечается в подростковом возрасте. Следует подчеркнуть, что это один из критических переходных периодов жизни. Дети в подростковом возрасте особенно уязвимы с точки зрения социально-психологической адаптации. Из-за особенностей психоэмоциональной сферы подростка (инфантильность, невротичность, тревожность) часто возникают трудности контроля над заболеванием, связанные с низкой приверженностью к проводимой терапии.

Комплексный подход к лечению при подтвержденном диагнозе бронхиальной астмы включает целый ряд компонентов: медикаментозную терапию (как при обострении заболевания, так и базисную противорецидивную); воздействие на факторы риска обострения (борьба с курением и пр.); обучение (информация об астме, техника ингаляции и режим, письменный план действий, постоянный мониторинг, регулярное клиническое обследование); аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) (по показаниям); немедикаментозные методы лечения. Каждый элемент играет важную роль в достижении успеха. К сожалению, несмотря на значимое продвижение в понимании различных аспектов детской астмы и прилагаемые усилия по созданию руководств по ее лечению, многие пациенты по-прежнему не могут контролировать свою астму. Существуют убедительные доказательства, что основной причиной недостаточной эффективности терапии в реальной врачебной практике является пренебрежение к ежедневному использованию базисной терапии. Об этом свидетельствуют и наши данные по экспертной оценке эффективности базисной терапии у детей с БА, проведенной в условиях детской поликлиники г.Минска [2]. Мы согласны с результатами многочисленных исследований по данному вопросу и выводам о том, что повышение приверженности у детей с бронхиальной астмой — наиболее эффективный метод достижения контроля над болезнью.

Возраст пациента может иметь существенное значение в отношении приверженности лечению. Маленькие дети зависят от родителей, которые дают им лекарственные средства и следят за их правильным применением, поэтому приверженность противоастматической терапии у детей определяется степенью образования родителей (по поводу БА и противоастматического лечения). Проводимый анализ показывает, что наиболее низкой приверженностью характеризуются подростки [3]. Подростки, как правило, недооценивают важность профилактического применения лекарственных средств, нередко для них характерно особое поведение (употребление табака, алкоголя) и депрессии. Всё это может обуславливать низкую, нестабильную приверженность назначенной терапии. Значимым элементом достижения контроля над астмой является правильное использование необходимых лекарственных средств в виде ингаляций. В подростковом возрасте наиболее частыми факторами, влияющими на режим использования ингалятора при БА, могут быть следующие: а) отрицание заболевания и непонимание цели лекарственной терапии подростком; б) ошибочное понимание природы астмы (астма воспринимается как эпизодическое состояние, а не как хронический процесс); в) лекарственные средства для базисной терапии используют по потребности; г) повышенная занятость/высокая учебная нагрузка.

Применение лекарств по назначению — один из навыков самоконтроля, которому вполне легко обучиться. Приверженность не является постоянной характеристикой

пациента, она может меняться в зависимости от разных причин и ситуаций:

- освоения информации;
- приема лекарственных препаратов;
- управления симптомами;
- контроля психологического состояния;
- изменения образа жизни;
- использования социальной поддержки;
- эффективного общения (взаимодействие, коммуникация с врачом).

Необходимо отметить, что отсутствие контроля над астмой у пациентов детского возраста может быть обусловлено несоблюдением принципов ведения детей с астмой в соответствии с клиническими рекомендациями. Особенно широко такие расхождения и ошибки, по данным проведенных наблюдений, встречаются в первичном звене [2]. Результаты ряда международных исследований свидетельствуют о назначении высоких доз ИГКС детям при отсутствии диагноза персистирующей астмы. Например, ИГКС длительно получали пациенты, у которых не было ни одного эпизода бронхиальной обструкции и свистящего дыхания в течение последних 2 лет, при этом стратегия терапии не пересматривалась. Встречаются случаи, когда комбинированное лечение (ИГКС + β_2 -агонисты длительного действия) назначается детям длительным курсом без предшествующей монотерапии ИГКС. Исследования по всему миру свидетельствуют о подобном несоблюдении основных принципов ведения астмы. Нередки случаи, когда ИГКС используют в виде коротких курсов только при появлении симптомов. Кроме того, ИГКС назначаются детям с неспецифическими симптомами респираторных заболеваний, у которых нет диагноза БА. Исследования, анализировавшие организацию работы астмашкол, показали часто бессистемное и нерегулярное проведение мероприятий и низкую их посещаемость больными. Выявленные в первичном звене здравоохранения проблемы характерны для многих стран мира.

Современные клинические рекомендации по лечению астмы у детей нацеливают практических врачей на необходимость достижения постоянного контроля [4]. Оценивая состояние ребенка с бронхиальной астмой, требуется:

1) определить степень контроля над болезнью:

- контроль симптомов за последние 4 нед;
- факторы риска;
- показатели функции внешнего дыхания;

2) проконтролировать терапию:

- технику ингаляции и степень приверженности;
- нежелательные явления;
- наличие индивидуального письменного плана терапии;
- отношение пациента и его родителей к астме;
- совместно сформулировать цели лечения;

3) исключить влияние сопутствующей патологии, которая может ухудшить течение астмы, стать причиной обострений и результатом снижения качества жизни:

- риносинусит, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, ожирение, депрессию, тревожные расстройства.

Согласно последнему пересмотру Глобальной инициативы по бронхиальной астме (Global Initiative for Asthma, GINA, 2018), контроль БА имеет два компонента:

- контроль симптомов (за последние 4 нед, показатели функции внешнего дыхания каждые 3–6 мес);
- факторы риска неблагоприятных исходов БА (симптомы неконтролируемого течения,

низкий уровень приверженности терапии, чрезмерное использование короткодействующих β_2 -агонистов, курение и другие аэрополлютанты, коморбидные неаллергические заболевания, психологические и социальные барьеры, тяжелые обострения с госпитализациями и интубацией).

Регулярный и своевременный мониторинг вышеперечисленных критериев в комбинации с эффективным взаимодействием врач–пациент позволит снизить риски тяжелого течения болезни, обеспечить адекватные дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС)/ИГКС в комбинации с длительно действующими β_2 -агонистами (ДДБА) и повысить контроль над заболеванием.

Факторы риска низкой приверженности ранжируют по следующим признакам: демографические (пол, возраст, расовая принадлежность, уровень образования, социально-экономический статус); признаки, обусловленные медицинским вмешательством (кратность приема, размер и вкус таблетки) или характером болезни (ремиссия или обострение); индивидуальные особенности пациента (адекватная оценка своего состояния болезни, мотивация пациента и его семьи); тандем пациент–врач (доступность медицинской помощи, отношение врача к пациенту, эффективность диалогов).

Немаловажным негативным обстоятельством является стероидофобия и непониманием подростком того, почему он с легкой формой БА должен лечиться такими лекарственными средствами, как гормоны. Особенно часто дети не соблюдают режим использования ИГКС. Низкая приверженность назначенному режиму применения ИГКС значительно снижает эффективность лечения, приводит к неконтролируемой БА и увеличивает расходы бюджетных средств. Современная фармакология позволяет при проведении базисной терапии БА широко использовать в качестве альтернативы ингаляционным глюкокортикостероидам перорально монтелукаст (ингибитор лейкотриеновых рецепторов), который способствует повышению приверженности лечению БА у подростков.

В настоящее время ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) - одно из наиболее частых ревматических заболеваний. Высокая частота встречаемости по сравнению с другими ревматическими заболеваниями детского возраста, тенденция к ранней инвалидизации и возможность системных проявлений с вовлечением в патологический процесс внутренних органов, диктует необходимость более тщательного и комплексного обследования и подбора адекватной терапии. Лечение ЮИА носит комплексный непрерывный, этапный характер и включает рациональные сочетания медикаментозной терапии и немедикаментозных средств воздействия на патологический процесс, для положительной динамики процесса требует тщательного соблюдения принципов приверженности к лечению.

В настоящее время к категории «базисных антиревматических» препаратов, т.е. болезнь–модифицирующих препаратов, относятся: глюкокортикоиды (ГК) для перорального, внутривенного и внутрисуставного введения, препараты золота, сульфасалазин, лефлуномид, иммуносупрессанты из групп: антимагнетоболитов (метотрексат) и селективные иммуносупрессанты (циклоsporин). Базисная терапия существенно улучшила клиническое состояние у многих больных и качество их жизни. Однако у многих пациентов возможность достижения стойкой ремиссии с помощью традиционных базисных противоревматических препаратов по-прежнему остается маловероятной. Угроза инвалидизации таких больных определяет необходимость разработки и внедрения новых подходов к патогенетической терапии, основанных на современных медицинских технологиях и расшифровке фундаментальных механизмов развития ревматоидного воспаления.

Прогресс в лечении ревматических заболеваний, наблюдающийся в последние годы, связан с разработкой принципиально новой группы лекарственных средств, которые получили название «биологические агенты». В настоящее время к ним относят несколько

препаратов, синтезированных с помощью методов генной инженерии: моноклональные антитела против определенных детерминант иммунокомпетентных клеток или «провоспалительных» цитокинов, «антивоспалительные» цитокины и ингибиторы цитокинов (растворимые рецепторы, антагонисты) и др.

В обзорной публикации Никишиной И.П. с соавт. [5] обсуждается на наш взгляд важная ситуация, которая касается приверженности пациентов к лечению ЮИА. Авторы указывают [5], что накопленный детским отделением ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой опыт долгосрочного наблюдения пациентов с ЮА, получающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), выявил тревожную тенденцию отмены по немедицинским показаниям назначенной педиатрами терапии ГИБП у пациентов, достигших 18-летнего возраста. Из 812 пациентов с ЮА, которым в клинике были назначены ГИБП в период 2002–2017 гг., взрослого возраста достигли 292 человека, их средний возраст (в декабре 2017 г.) составил 21 год (максимально – 32,8 года; медиана – 20,75 года). Причиной отмены являлся отказ в обеспечении ГИБП (отсутствие преемственности детской и взрослой ревматологической служб в ведении пациентов указанного профиля, лишение статуса инвалидности, блокирующее возможность льготного обеспечения лекарственными препаратами).

Необходимость обеспечения непрерывного мониторинга фармакотерапии, особенно при применении ГИБП, и все вышеуказанные трудности, связанные с обеспечением преемственности в курации пациентов с ЮИА между детской и взрослой ревматологической службой, поставили эту проблему в ранг наиболее актуальных для современной ревматологии. Кроме специфических ревматологических проблем организации преемственности между врачами педиатрических и терапевтических специальностей, есть много сложностей, связанных с физиологическими, психологическими и социальными особенностями «переходного» возраста, выпадающего на самый напряженный период жизни молодых людей, когда они сталкиваются с глобальными переменами, связанными с выбором профессиональной ориентации, многообразными аспектами вхождения в социум, новыми жизненными ситуациями, несмотря на течение ЮИА. Если в этот период меняется система медицинского наблюдения, то, как и в случаях с пациентами с бронхиальной астмой, это добавляет дополнительные сложности и риски утраты контроля за проведением лечения и мониторингом активности заболевания [5].

Заключение.

В 2017 году в Беларуси функционировало 59 астма-школ (в Минске – 19).

Литература

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO; 2003.
2. Василевский И.В., Скепьян Е.Н., Бабич Н.О. Клинико-фармакологическая оценка лечения у детей с бронхиальной астмой в условиях детской поликлиники / Сборник материалов 3 Российского Форума с международным участием «Современная педиатрия. Санкт-Петербург – Белые ночи – 2018». Санкт-Петербург, 13-14 июня 2018.- СПб., 2018.- С. 22-23.
3. Василевский И.В. Взаимодействие медицинского персонала и родителей – важное звено в борьбе за приверженность лечению детей, больных бронхиальной астмой / Аллергология и иммунология.- 2018.- Том 19.- № 1.- С. 65.
4. Новик Г.А., Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Приверженность: роль в достижении контроля над бронхиальной астмой у детей / Педиатрическая фармакология.- 2015.-Т. 12.- № 2.- С. 190-196.

5. Никишина И.П., Костарева О.М. Ювенильный артрит в детской и взрослой ревматологической службе – проблема преемственности в ведении пациентов / Научно-практическая ревматология.- 2018.- Т.56.- № 2.- С. 138-143.