

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.В.Василевский

Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Беларусь

(Опубликовано: Рациональная фармакотерапия «Золотая осень» : сборник материалов XVI международного научного конгресса. Санкт-Петербург 14–16 октября 2021 г. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2021. – С.37-40).

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 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. В англоязычной литературе степень приверженности терапии обозначается разными терминами: «compliance» (комплаентность), «adherence» (строгое соблюдение), «comprehensive disease management» (комплексное управление заболеванием), «concordance» (согласование). 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 ЛС, 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. 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].

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 [2]. 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 [3,4].

На данном этапе к категории «базисных антиревматических» препаратов, т.е. болезнь-модифицирующих препаратов, относятся: глюкокортикоиды (ГК) для перорального, внутривенного и внутрисуставного введения, сульфасалазин, лефлуномид, иммуносупрессанты из групп: антимагнетоболитов (метотрексат) и селективные иммуносупрессанты (циклоsporин). Базисная терапия существенно улучшила клиническое состояние у многих больных и качество их жизни [5]. Однако у многих пациентов возможность достижения стойкой ремиссии с помощью традиционных базисных противоревматических препаратов по-прежнему остается маловероятной. Даже у пациентов, у которых получена положительная динамика в состоянии, риск обострения болезни в течение одного года составляет 49% [6]. Rapoff M.A. et al. указывают на весьма негативный факт, что при ЮИА средний показатель приверженности к лечению составляет 50% [7]. Favier L.A. et al. важными факторами (препятствиями) для достижения приверженности при ЮИА определили беспокойство о будущих последствиях проводимой терапии, побочные эффекты ЛС, боль, забывчивость [8].

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. [2,5].

Никишина И.П. с соавт. [9] обсуждают на наш взгляд важнейшую ситуацию, которая касается приверженности пациентов к лечению ЮИА. Авторы указывают, что накопленный детским отделением ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой опыт долгосрочного наблюдения пациентов с ЮИА, 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 ЮИА, 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. Причиной отмены являлся отказ в обеспечении ГИБП (отсутствие преемственности детской и взрослой ревматологической служб в ведении пациентов указанного профиля).

Выводы. 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 проблем организации преемственности между врачами педиатрами и терапевтами есть много сложностей, связанных с физиологическими, психологическими и социальными особенностями «переходного» возраста, выпадающего на самый напряженный период жизни молодых людей. Керреке L.F. et al. в уникальном исследовании по рассматриваемой проблеме отмечают ряд факторов риска нарушения приверженности к лечению ЮИА у подростков: «чувство всемогущества», когда у пациентов возникает мысль, что опасные ситуации не имеют последствий; «стремление к быстрым результатам», хотя лечение ЮИА требует длительного периода; подростки предпочитают принимать решения сами, но не имеют навыков, необходимых для того, чтобы брать на себя единоличную ответственность за соблюдение схем лечения [10].

Библиографический список

1. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization.
2. Василевский И.В. Эволюция клинико-фармакологической стратегии лечения ювенильного идиопатического артрита // Медицинские новости, 2019.- № 2.- С. 37-43.
3. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение // Вопросы современной педиатрии, 2015.- Т. 14.- № 1.- С.78-94.
4. Василевский И.В. Актуальные вопросы приверженности пациентов к лечению в практике педиатра // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2018.- № 4 – С. 99-103.
5. Насонов Е.Л., Олюнин Ю.А., Лиля А.М. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности к терапии // Научно-практ.ревматология, 2018.- Т. 56.- № 3.- С.263-271.
6. Guzman J. et al. The risk and nature of flares in juvenile idiopathic arthritis: results from the ReACCh-Out cohort // Ann Rheum Dis., 2016. -75.- P.1092–1098.
7. Rapoff M.A. The Handbook of Health Behavior Change. Springer Publishing Company; 2009. Adherence issues among adolescents with chronic diseases; P.545–583.
8. Favier L.A. et al. Barriers to Adherence in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Multicenter Collaborative Experience and Preliminary Results // J Rheumatol., 2018. - 45(5).- P.690–696.
9. 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.
10. Keppeke L.F. et al. Psychological characteristics of caregivers of pediatric patients with chronic rheumatic disease in relation to treatment adherence // Pediatr Rheumatol Online J.,2018. – 16.- P 63.