

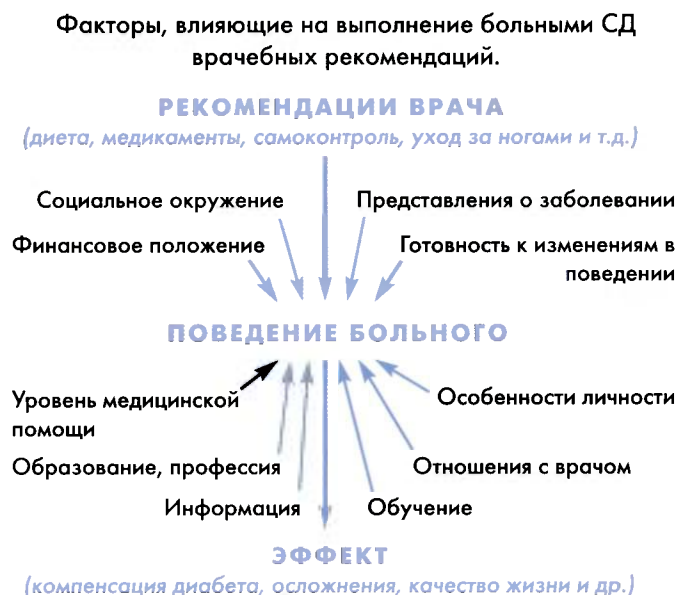
Соблюдение больными сахарным диабетом рекомендаций врача: влияние на эффективность терапии, методы оценки, пути воздействия

Е.В. Суркова

ГУ Эндокринологический научный центр
(дир. — акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

Эффективность лечения сахарного диабета (СД) определяется не только адекватным использованием современного арсенала терапевтических средств, но и участием пациента в процессе контроля и лечения заболевания. Врач определяет терапевтическую тактику в зависимости от типа СД, тяжести состояния больного, сопутствующей патологии и формулирует для пациента перечень рекомендаций, как правило, весьма обширный. Однако результаты лечения при этом заболевании всегда **опосредованы** поведением пациента, так как именно он выполняет (в той или иной мере) назначения врача, касающиеся диеты, физических нагрузок, самоконтроля гликемии, приема медикаментов и др.

Соблюдение больным рекомендаций врача является важнейшей составляющей **поведения пациента, связанного с заболеванием** (или «медицинского поведения»), которое формируется под воздействием множества факторов как внешнего, так и внутреннего характера (см. схему).



Проблема согласия больных СД с врачебными рекомендациями находится в центре внимания исследователей; изучаются различные составляющие контрольно-терапевтического режима при этом заболевании: осуществление самоконтроля гликемии [9], использование разгрузочных повязок при язвенных дефектах стоп [2], прием медикаментов [12, 16].

Обзор исследований по теме показывает, что лишь небольшая часть больных диабетом полностью придерживается рекомендаций, касающихся терапевтического режима, например, инсулинотерапии — 20%, питания — 65%, физических нагрузок — 19%. Выполнение всех предписанных мероприятий отмечено лишь у 7% пациентов [18]. Такое положение объяснимо, так как наиболее низкий уровень выполнения медицинских рекомендаций ассоциируется с терапевтическими режимами, которые, во-первых, сложны, во-вторых, должны выполняться на протяжении всей жизни и, в-третьих, имеют профилактический характер [14]: все перечисленные характеристики полностью применимы к лечению СД.

Степень, в которой поведение больного совпадает с рекомендованным лечением, в англоязычной литературе обозначается двумя терминами: *compliance* (в переводе — согласие, податливость, уступчивость) и *adherence* (приверженность). В отечественной литературе первый приводится либо в русской транскрипции (комплаэнс, комплайнс), либо в трансформированном виде (комплаентность). Второй (*adherence*) может быть переведен дословно как «приверженность лечению». Оба понятия применительно к диабету и другим хроническим заболеваниям широко обсуждаются в литературе [18, 20]; в том числе встречаются публикации критической направленности. [15, 17]. Следует отметить, что эта критика относится не к правомочности их использования или изучения, а к такой постановке вопроса, при которой согласие пациента с лечением представляется пассивным актом, и причины той или иной степени соблюдения врачебных рекомендаций не анализируются. Неизбежным и, безусловно, нежелательным следствием такой точки зрения является разделение больных на комплаентных («послушных») и некомплаентных («непослушных»).

Некоторые авторы считают более приемлемым термин «приверженность лечению» [20], так как он в меньшей степени ассоциируется с директивным врачебным подходом, применение которого при хронических заболеваниях является малоэффективным [1, 17].

Широта и многогранность проблемы отношения больных СД к лечению не позволяют охватить ее целиком в пределах одной публикации. В связи с этим будет освещена лишь часть проблемы, касаю-

шаяся **приверженности медикаментозному лечению** (ПМЛ), и, преимущественно, вопросы пероральной сахароснижающей терапии при СД типа 2.

Недостаточная ПМЛ является серьезной проблемой медицины; уровень ПМЛ достаточно высок: при различных заболеваниях он составляет 13-93% [5]. Результатом недостаточной ПМЛ является рост как смертности, заболеваемости и других негативных медицинских исходов [3, 11], так и расходов в области здравоохранения [21].

Полное прекращение пероральной сахароснижающей терапии по собственной инициативе больными СД типа 2 — распространенное явление, оно встречается в 8-16% случаев [4, 8].

В исследовании S.J. Vossuzzi и соавт. было показано, что уровень ПМЛ неуклонно снижается с увеличением длительности СД типа 2 [4]. Этот факт должен особенно настораживать медицинских работников, так как известно, что прогрессирующий характер заболевания требует с течением времени все более интенсивного медикаментозного воздействия (увеличения дозы, комбинации препаратов).

Существуют различные методы оценки ПМЛ. **Прямые методы** представляют собой определение содержания препарата или его метаболитов в крови или моче [19]. Они достаточно дороги, представляют определенные неудобства для пациентов и, главное, разработаны лишь для очень небольшого числа препаратов. Ограничивает возможность этих методов также то обстоятельство, что они могут охарактеризовать ПМЛ только в короткий период перед взятием пробы. **Непрямые методы** включают расчет (клиническое интервью) больного, подсчет доли принятых единиц препарата, компьютеризированный учет предписанных и полученных пациентами препаратов в аптечной сети [10]. Иногда применяются специальные флаконы для лекарств со встроенным микропроцессором, регистрирующим сколько раз и в какое время пациент открывал флакон [26]. К косвенным методам относят также оценку медицинских результатов применения лекарственных средств.

Все перечисленные методы имеют свои недостатки, среди которых высокая стоимость (флаконы, оснащенные микропроцессорами), временные затраты (подсчет препарата) и недостаточная информативность. Большинство косвенных методов оценки ПМЛ не позволяют ответить на вопрос, какие именно нарушения режима приема лекарственных средств допускает пациент, и к тому же не могут исключить фальсификаций.

Недорогим и относительно информативным методом является опрос больного (полуструктурированное клиническое интервью). В ходе опроса может быть установлен не только факт нарушения режима приема препарата (например, пациент при-

нимает больше или меньше таблеток, чем предписано врачом), но и особенности отклонений от него. Так, могут быть уточнены нарушения времени или способа приема препарата: до или после еды, проглатывается или применяется сублингвально. В ряде исследований данные, полученные в результате опроса больных, обнаружили высокую корреляцию с другими методами оценки ПМЛ: подсчетом количества препарата [25] или определением его концентрации в крови [13].

ПМЛ является многофакторной проблемой. Среди факторов, которые вносят вклад в ее формирование, можно выделить социальные, экономические, медицинские и психологические. Часть из них имеет отношение к заболеванию (приверженность лечению хуже при хронических и бессимптомных заболеваниях), другая — к пациенту (снижение памяти, персональные представления о здоровье, финансовое положение и др.); ряд факторов связан с лекарственным средством (реальные или предполагаемые побочные эффекты, путь введения, сложность режима дозирования) (см. таблицу).

Из перечисленных влияний на ПМЛ особого по-

Факторы, улучшающие и ухудшающие ПМЛ (G. Nichols-English, S-Polera // J Am Pharm Assoc 40(4):475-485, 2000)

Факторы, улучшающие ПМЛ	
Связанные с заболеванием	Тяжесть заболевания (в настоящем или в перспективе); предполагаемый риск прогрессирования заболевания, развития осложнений.
Связанные с лечением	Предполагаемая польза от лечения; письменные или устные инструкции; удобство терапевтического режима; непосредственное облегчение симптомов.
Связанные с пациентом	Хорошая коммуникативность и удовлетворенность отношениями с врачом; участие в составлении плана лечения; уверенность во враче, диагнозе и лечении; поддержка семьи и друзей; знания о заболевании.
Факторы, ухудшающие ПМЛ	
Связанные с заболеванием	Хроническое заболевание; скудная симптоматика.
Связанные с лечением	Необходимость существенных перемен в поведении; актуальные или предполагаемые побочные эффекты; сложность и продолжительность лечения; длительный период времени до наступления эффекта.
Связанные с пациентом	Интеллектуальные расстройства; физическая нетрудоспособность; недостаток социальной поддержки; низкий образовательный уровень или языковые проблемы; низкий приоритет здоровья среди других жизненных ценностей; конфликтная «модель убеждений в области здоровья»; экономические проблемы; негативные ожидания или предубеждения в отношении лечения.

яснения требует такое понятие, как «модель убеждений в области здоровья» (health belief model). Понятие было сформулировано социологами в процессе изучения факторов, определяющих склонность человека предпринимать превентивные меры в отношении своего здоровья [24]. Первоначально исследовали участие в различных профилактических программах, в дальнейшем модель была распространена на отношение хронических больных к своему заболеванию и его лечению. Хотя обсуждаемый психологический конструкт не может служить «диагнозом», предсказывающим особенности медицинского поведения каждого больного, он все же является полезным для понимания позиции, которую занимает больной, следуя или не следуя предписанному лечению [17].

Упрощенная версия модели убеждений в области здоровья сводится к следующему. Чтобы больной выполнял врачебные рекомендации, в частности, по медикаментозному лечению, он должен: 1) быть уверен, что болен; 2) понимать, что заболевание и его последствия могут быть серьезными; 3) осознавать, что следование лечению будет полезным; 4) верить, что польза от лечения «перевесит» побочные явления, а также возможный психологический, социальный и финансовый ущерб от этого лечения [7]. Такая модель достаточно полно описывает позицию пациента в отношении его согласия с терапевтическими рекомендациями, причем учитывает факторы, связанные как с заболеванием в восприятии больного (1 и 2), так и, собственно, с лечением (3 и 4). Пациент должен принимать все четыре перечисленные позиции, в противном случае он может относиться к лечению небрежно, отвергать и даже полностью прекращать его. Для изучения особенностей модели убеждений в области здоровья применяют специальные шкалы [6].

Знания и представления о заболевании и его лечении могут влиять на результаты терапии (через медицинское поведение больного), но и, наоборот, эффект лечения воздействует на субъективную картину заболевания у пациента. Так, положительный опыт больного в связи с применением определенного сахароснижающего препарата: устранение симптомов гипергликемии/гликозурии, улучшение уровней гликемии по данным самоконтроля — может повышать его ПМЛ. В то же время отсутствие положительной динамики показателей углеводного обмена или разного рода побочные явления могут приводить к отказу от применения данного препарата и поиску других методов лечения.

Позиция больного по отношению к своему заболеванию и его лечению не является универсальной и статичной; она подвержена различным влияниям, включая собственный опыт пациента, поступление информации из различных источников, отношения с врачом и др.

Роль медицинских работников в формировании у больного мотивации по отношению к лечению очень велика. Умение распознать и продуктивно обсудить с больным барьеры на пути к адекватному медицинскому поведению, использование методов терапевтического обучения [17] являются такими же обязательными навыками в работе врача, занимающегося лечением пациентов с хроническими заболеваниями, как и владение современными диагностическими и терапевтическими алгоритмами.

В частности, разделы программ обучения больных СД типа 2, касающиеся применения сахароснижающих препаратов, должны лишь в минимальной степени освещать подробности механизмов их действия и перечисление показаний и противопоказаний к применению. Эта информация является компетенцией врача. Более важно с точки зрения повышения ПМЛ знакомить пациента с местом, занимаемым медикаментозной терапией в комплексной терапии СД, ее ролью в достижении клинических и метаболических целей, а также с необходимыми контрольными мероприятиями для оценки эффективности применения препарата. Больной еще до начала медикаментозного лечения должен быть осведомлен о примерных сроках появления терапевтического эффекта препарата, наиболее частых побочных явлениях и необходимых действиях при их возникновении, а также основаниях для срочного обращения к врачу. Главное же, чтобы пациент в результате обучения отчетливо осознавал основную цель в лечении СД: достижение и постоянное поддержание уровней гликемии, максимально приближенных к нормальным, и рассматривал прием сахароснижающих медикаментов как средство достижения этой цели, а не как самоцель в абстрактном смысле «лечения диабета».

Кроме перечисленных факторов, связанных с пациентом, на ПМЛ влияет ряд характеристик сахароснижающих препаратов. Прежде всего это режим приема. Показано, что большее число приемов препарата в день сопряжено с менее строгим соблюдением предписаний врача. Однократный прием лекарства в течение дня характеризуется достоверно более высокой ПМЛ по сравнению с дву- и трехкратным [22, 23]. Замена препарата с многократным режимом приема на препарат, который принимается один раз в день, может способствовать повышению уровня ПМЛ у хронических больных [27]. Ключевую роль играет хорошая переносимость: отсутствие или низкий уровень побочных явлений для сахароснижающих препаратов, прежде всего гипогликемий. Это и предыдущее качество (режим приема — один раз в день) оптимально сочетает препарат Диабетон МВ (Сервье). Частота эпизодов гипогликемий (ни одного случая тяжелой гипогликемии) при приеме этого препарата не превышала 1,2/100 больных в месяц [12], что не сказалось отрицательно на состоянии

компенсации углеводного обмена. Диабетон МВ также успешно применяется у больных пожилого возраста, а это одна из категорий высокого риска в отношении недостаточной ПМЛ.

Суммируя сказанное, можно обозначить основные направления в работе по повышению ПМЛ. Это, с одной стороны, учет факторов возможных влияний на ПМЛ при создании новых сахароснижающих препаратов. С другой, не меньший потенциал заключен в целенаправленной работе врача с больным, включая обучение, создание адаптированной литературы, а также правильно построенные беседы на приеме, обходе в стационаре. Общение врача с пациентом, особенно активное выявление представлений последнего о влиянии назначенного препарата на его нынешнее и будущее состояние здоровья, могут приводить к значительному повышению ПМЛ [16]. Так, к отказу от лечения нередко приводят воображаемые побочные явления, например, повышение АД, совпавшее с началом приема нового сахароснижающего препарата. При этом в ходе разговора выясняется, что с приемом препарата совпало не повышение АД, а начало его самостоятельного измерения больным. Иногда врач неосторожным высказыванием сам может спровоцировать появление «побочных эффектов». «Поприимайте этот препарат, а если он будет повышать аппетит, мы заменим его другим». Можно только предполагать, сколько больных после такого напутствия начнут страдать от усилившегося аппетита...

Отсутствие врачебного мониторинга эффективности сахароснижающего препарата также отрица-

тельно сказывается на ПМЛ. Длительно принимая минимальную дозу препарата и не наблюдая достаточного снижения гликемии по данным самоконтроля, больной может отказаться от лечения, не посоветовавшись с врачом, если только последний не назначил обязательного визита через определенный срок и с определенной целью (оценить эффективность препарата и при необходимости изменить дозу). Важно также поддерживать с больным обратную связь: назначая препарат, всегда желательна переспросить, понял ли больной, как его принимать. Порой повторение инструкций может очень удивить врача. Чтобы свести к минимуму возможное непонимание, необходимо четко объяснять, переспрашивать, уточнять рекомендации, записывать их или просить больного это сделать. Все это приобретает особую важность в работе с пожилыми пациентами.

Наконец, только врач может адекватно объяснить пациенту смысл назначения препарата именно в его случае и ответить на все вопросы, связанные с обсуждаемым лекарственным средством. В частности, необходимо обсудить ту пользу для состояния здоровья, которая последует в результате лечения, а также дать разъяснения по поводу возможных опасений, которые часто возникают при прочтении больным аннотации.

Роль врача в формировании согласия больного с лечением и грамотного следования терапевтическому режиму трудно переоценить. Можно с полным основанием утверждать, что влияние врача является одним из наиболее весомых факторов, формирующих медицинское поведение больного СД.

Литература

- Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Суркова Е.В. Обучение больных сахарным диабетом. М., «Берег», 1999.
- Armstrong D.G., Lavery L.A., Kimbriel H.R., Nixon B.P. and Boulton A.J.M. // *Diabetes Care* 26:2595-2597, 2003
- Berg J.S., Dishler J., Wagner D.J. et al. // *Ann Pharmacoter.* 1993; 27(9 Suppl): S 1-24
- Boccuzzi S.J., Wogen J., Fox J., Sung J.C.Y., Shah A.B., Kim J. // *Diabetes Care* 2001, 24:1411-1415.
- Bond W.S. Hussar D.A. // *Am J Hosp Pharm.* 1991; 48:1978-1988
- Bradley C. et al. // *Diabetic Med* 1984; 1: 213-218
- Bradley C. // J.-Ph. Assal and A. P. Visser, editors. Elsevier 1995).
- Brown J.B., Nichols G.A., Glauber H.S., Bakst A. // *Clin Ther* 1999, 21:1045-1057
- Burge M.R. // *Diabetes Care* 24:1502-1503, 2001,
- Christensen D.B., Williamce B., Goldberg H.I. et al. // *Med Care.* 1997; 35 (11): 1164-1170
- Cramer J. // *Am J Hosp Pharm.* 1995; 52 (suppl 3): S 27-29;
- Drouin P. // *J Diabetic Complications*, 2000, 14: 185-191
- Fletcher S.W., Pappius E.M., Harper S.J. // *Arch Intern Med.* 1979; 139(6): 635-638).
- Follansbee D.J., LaGreca A.M., Citrin W.S. // *Diabetes* 1983; 32 (suppl 1): 37A.
- Glasgow R.E., Anderson R.M. // *Diabetes Care* 1999, V. 22, N 12, p.2090-2091
- Grant R.W., Devita N.G., Singer D.E., Meigs J.B. // *Diabetes Care*, 26(5): 1408-1412
- Lacroix A., Assal J.-Ph. Therapeutic education of patients. New approaches to chronic illness. 2-nd edition. Maloine, 2003;
- McNabb W. // *Diabetes Care*, 1997, Vol. 20, № 2, P.215-218.
- Miura T., Kojima R., Mizutani M. et al. // *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57 (1): 77-83
- Nichols-English G., Poirer S. // *J Am Pharm assoc* 40(4):475-485, 2000
- Noncompliance with medication regimens: an economic tragedy. Emerging issues in pharmaceutical cost containing. Washington, DC: National pharmaceutical Council; 1984: 7-16.
- Paes A.H., Bakker A., Soe-Agnie C.J. // *Diabetes Care* 1997, 20:1512-1517.
- Pullar T., Birtwell A.J., Wiles P.G., Hay A., Feely M.P. // *Clin Pharmacol Therap*, 1998, 44: 540-549
- Rosenstock I.M. et al. // *Health Educ Q.* 1988; 15 (2):175-183.
- Stewart M. // *Am J Prev Med.* 1987; 3(2): 95-100
- Straka R.J., Fish J.T., Benson S.R., Suh J.T. // *J Clin Pharmacol* 1996; 36 (7): 587-594
- Waeber B., Erne P., Saxenhofer H., Heynen G. // *J Hypertens*, 1994, 12, S67-71.