

УДК 616.12-008.46-039-036.12-08

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Жиленко О.М., Кукенгемер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П.**

*ФГБОУ ВО «Омский Государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», Омск, e-mail: julija-loseval@yandex.ru*

В данном обзоре рассматриваются вопросы эффективности лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в аспекте приверженности к терапии, способы оценки приверженности, а также определяющие ее факторы. Показано, что тест Мориски-Грина является наиболее простым и часто используемым способом качественной оценки приверженности к лечению. Однако для получения расширенного представления об особенностях приверженности у больных ХСН может быть использован метод количественной оценки приверженности, предложенный в 2015 году и показавший результативность в оценке приверженности у больных артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий, но не использованный ранее для оценки приверженности у больных ХСН. Используя количественные данные о приверженности к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни возможна разработка индивидуализированных подходов к лечению больных ХСН.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, приверженность

## ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE

**Zhilenko O.M., Kukengemer V.S., Neyfeld M.S., Skirdenko Y.P.**

*Omsk State Medical University of the Russian Federation Ministry of Health, Omsk, e-mail: omsk-osma@mail.ru*

This review addresses the efficacy of treatment of patients with chronic heart failure (CHF) in the aspect of adherence to treatment, adherence assessment methods, as well as its determinants. It is shown that Moriscos-Green test is the simplest and most commonly used method of qualitative assessment of adherence to treatment. However, to obtain an expanded understanding of the peculiarities of adherence in patients with CHF can be used quantify adherence to the method proposed in 2015, which showed effectiveness in the evaluation of adherence in patients with hypertension and atrial fibrillation, but not previously used to assess adherence in patients with CHF. Using quantitative data on adherence to drug therapy, medical support, lifestyle modification is possible to develop individualized approaches to the treatment of patients with CHF.

**Keywords:** chronic heart failure, adherence

Актуальность проблемы приверженности к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) продиктована неуклонным ростом частоты встречаемости этой патологии во всех странах мира, несмотря на значительные успехи в изучении патогенеза и разработке действенных методов лечения [27]. На сегодняшний день ХСН является одним из самых частых осложнений ряда всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, в значительной степени определяющее прогноз и тяжесть основного заболевания, а также является главной причиной смертности больных пожилого и старческого возраста [4].

По эпидемиологическим данным, полученным в течение последних десяти лет в рамках исследований ЭПОХА – ХСН и ЭПОХА – О – ХСН, выявлен рост общего числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью примерно на 1,2 человека на 1000 в год, в том числе повышение частоты случаев заболевания людей трудоспособного и раннего пенсионного воз-

растов [18]. Одной из ведущих проблем связанных с приверженностью у больных ХСН является значимое повышение риска развития осложнений, за которыми следуют уменьшение качества и продолжительности жизни, а так же увеличение стоимости лечения из-за повторных госпитализаций и осложнений, что ведет к увеличению “стоимости” ХСН примерно на 64%, в то время как само лечение этого заболевания является самым затратным в кардиологии [11, 15].

Хроническая сердечная недостаточность является потенциально терминальным заболеванием, ежегодная смертность от которой имеет неуклонный рост [10, 40]. Поэтому, главными задачами в лечении ХСН являются улучшение качества жизни пациента и дальнейшего прогноза, снижение прогрессирования заболевания, частоты госпитализаций, а также органопротекция [20]. Достижение этих целей напрямую зависит от соблюдения диеты, рекомендаций по модификации образа жизни, и особенно, от регулярности приема лекарственных средств [6]. Доктора Грейнджер и

Сведберг в исследовании CHARM проанализировали группы больных ХСН с разной степенью приверженности к лечению, и выявили, что у пациентов с высокой приверженностью к терапии качество и продолжительность жизни достаточно превышают эти же аспекты жизни у больных с низкой приверженностью к лечению. Следовательно, приверженность пациентов к терапии является одной из ключевых составляющих эффективного лечения [9, 12, 25, 33]. Однако несмотря на осознание важности комплаенса пациентами, проблема недостаточной приверженности остается нерешенной, так как около половины лекарственных средств пациентами не принимаются [14, 30].

Для оценки приверженности больных к лечению используют различные методы, в том числе опросы, тесты, анкетирование. Однако все они являются универсальными, а не специализированными в отношении ХСН [2]. Наиболее прост и широко используем в условиях клинической практики является тест Мориски-Грина [16].

По результатам исследований, включающих тест Мориски-Грина, а также его модификаций, можно выделить 5 основных групп, ассоциированных с низкой приверженностью к терапии у больных ХСН:

- факторы, связанные с пациентом (пол, возраст, уровень образования, личностные особенности)

- факторы, связанные с врачом (информированность о заболевании и пользе терапии, установка доверительных отношений с врачом, неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке)

- факторы социально-экономического плана (стоимость препаратов)

- факторы, связанные с характером терапии (результативность, сложность режима приема, побочные эффекты)

- факторы, связанные с заболеванием (бессимптомность течения, психо-эмоциональное состояние, наличие депрессии, когнитивных нарушений) [11, 34].

Среди факторов, связанных с пациентом, немаловажными являются пол и возраст. В результате многочисленных исследований было отмечено, что старшие возрастные группы являются более приверженными, они выполняют большую часть врачебных рекомендаций, а пациенты старческого возраста и молодые возрастные группы до 29 лет являются менее приверженными к лечению. При этом, представители женского пола являются более приверженным к терапии и к врачебным рекомендациям, чем мужской [3, 38].

По результатам исследования, проведенного С.В. Гарькиной, было установлено, что пациенты, которые имеют высшее образование привержены к лечению в 2,1 раза больше, чем пациенты со средним образованием [31]. Авторы других исследований так же показали, что в группе пациентов с высшим образованием уровень приверженности составил 60%, в то время как в группах со средним и средне-специальным образованием - около 11% [11].

Частой причиной снижения приверженности к лечению пациенты с ХСН указывают забывчивость. Около 40% больных признаются, что не придерживаются схемы лечения из-за нарушения памяти [19].

Немаловажной причиной отказа пациентов от терапии является недостаточная информированность о своем заболевании, способах его лечения и важности проводимой терапии [17]. Причинами низкой информированности пациентов является недостаточное разъяснение лечащим врачом особенностей данного заболевания и важности проводимой терапии. По данным исследований, около 17% пациентов, нарушивших режим приема лекарственных средств, назвали основной причиной желание "отдохнуть от лекарств" [1,8,19].

По данным зарубежной и отечественной литературы, немаловажным условием для повышения приверженности служат доверительные отношения, создание благоприятной психологической обстановки между пациентом и больным, мотивация пациента к длительному лечению, заинтересованность врача в достижении положительного результата [11,23]. Важной частью успеха в лечении для врача является составление «портрета» пациента, при котором он должен оценить все имеющиеся у больного факторы, способствующие снижению приверженности к лечению и исходя из этого выбрать наиболее продуктивный подход к пациенту и тактику сотрудничества с ним [11,12,40].

Многие пациенты с ХСН одной из основных причин несоблюдения режима приема лекарственных средств выделяют высокую стоимость назначенных препаратов, особенно при необходимости их длительного применения. По результатам исследования, в котором приняли участие 201 пациент, установлено, что 11,9% прекратили прием препаратов в основном из-за финансовых проблем [8]. Известно, что при предоставлении пациентам бесплатных лекарственных средств приверженность к лечению возрастала при условии, если это делалось длительно [22].

Также, на степень приверженности больных влияет результативность проводимой терапии. Было установлено, что основанием, побуждающим пациентов к соблюдению назначенного врачом лечения, служит улучшение общего состояния и качества жизни больных на фоне приема назначенных лекарственных средств [11, 17].

На снижение приверженности немалую роль играет полипрагмазия и сложность схемы терапии (количество доз в день, кратность приема, указания по поводу связи приема лекарств с пищей и т.д.) [32]. Установлено, что чем сложнее схема приема препаратов, тем менее пациенты привержены к ее соблюдению, особенно люди старческого возраста и работающие пациенты [17].

Для многих больных ХСН ведущей причиной низкой приверженности являются побочные действия принимаемых препаратов и плохая переносимость терапии. Пациенты отмечают усугубление течения имеющейся патологии, а в следствие этого, ухудшение качества жизни [26,31].

В большинстве исследований было выявлено, что степень приверженности пациентов с хроническими заболеваниями положительно коррелирует с тяжестью течения данных патологий, т.е, чем меньше яркой симптоматикой проявляется ХСН, тем меньше у пациентов мотивация к долгосрочному приему лекарственных средств и соблюдению рекомендаций врача, и наоборот [13,21].

Также авторы многих исследований отмечают, что больные ХСН с депрессивными и тревожными расстройствами имеют низкую приверженность к терапии [5, 11, 17, 35, 36,37,39].

### Заключение

Все описанные выше факторы, приводящие к низкой приверженности больных к лечению ХСН, были выявлены преимущественно с помощью теста Мориски-Грина и некоторых его модификаций. Очевидным преимуществом этого теста являются быстрота и простота выявления пациентов, потенциально неприверженных к терапии. Но, с другой стороны, этот метод является скрининговым, он касается поверхностных аспектов комплаентности и не рассматривает специфические, не менее важные составляющие. Кроме того, результаты его не всегда достоверны и точны, так по оценке самих авторов теста, чувствительность его составляет около 44% [9]. В то время как оптимальный способ оценки приверженности, к которому стремятся исследователи, должен давать максимально точные резуль-

таты, а также быть количественным и дифференцированным.

Поэтому на сегодняшний день тест Мориски-Грина и его модификации не могут являться определяющим в оценке приверженности к лечению больных ХСН, т.к. они лишь дают оценку приверженности по принципу высокая/низкая, что является недостаточным для разработки методов повышения приверженности. Для наиболее точного и глубокого анализа причин, приводящих к снижению приверженности больных к лечению ХСН, необходимо детальное исследование, учитывающее приверженность к лекарственной терапии, модификации образа жизни, медицинскому сопровождению. В 2015 г., на основе более чем десятилетней коллективной работы авторов, Н.А. Николаевым с соавторами была предложена универсальная отечественная система оценки приверженности к лечению, учитывающая все эти факторы [33]. Эта модель оценки, учитывая индивидуальные особенности пациента, позволяет количественно оценить приверженность к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни, а также рассчитать интегральную приверженность. Кроме того, предложенная система оценки акцентирует внимание именно на том виде приверженности, которая присуща конкретному пациенту, что позволяет в дальнейшем разработать специфическую для данного больного терапию [33].

Результаты проведенной количественной оценки приверженности у пациентов с артериальной гипертензией [24] и фибрилляцией предсердий [28, 29], основанные на данном методе, показывают, что выявление особенностей приверженности позволяет разрабатывать эффективные подходы к лечению, индивидуализированные под определенного больного, которые приводят к значимому улучшению состояния, повышению клинической эффективности терапии.

На данный момент нет данных о количественной приверженности пациентов с ХСН. Так как актуальность низкой приверженности к лечению ХСН сохраняется, необходимо более детально изучить индивидуальные аспекты, “оттенки” приверженности к лекарственной терапии, модификации образа жизни, медицинскому сопровождению у больных ХСН. Проведение данной оценки позволит сформулировать основные принципы пациентоориентированной терапии больных ХСН, а также разработать новые рекомендации по управлению приверженностями.

## Список литературы

1. Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Фофанова Т.В. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? // Сердечная недостаточность. — 2011. — № 4(66). — С. 238-243.
2. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.И., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии // Сердечная Недостаточность. — 2013. — № 7(81). — С. 380-381.
3. Алексеева Т.С. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции // Системные гипертензии. — 2013. — № 12. — С. 19-22.
4. Алиева А.М., Голухова Е.З., Пинчук Т.В. Вариабельность сердечного ритма при хронической сердечной недостаточности // Архив внутренней медицины. — 2013. — № 6. — С. 47.
5. Альберт М.А., Сабитов И.А., Шутлов А.М. Роль личностных особенностей больных хронической сердечной недостаточностью в формировании приверженности к терапии // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2012. — № 1. — С. 31-38.
6. Арутюнов Г.П., Колесникова Е.А., Рылова А.Н. Современные подходы к реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиосомастика. — 2010. — № 1. — С. 20-24.
7. Викторова И.А., Лисняк М.В., Трухан Д.И. Влияние социально-демографических и психологических факторов на приверженность к антигипертензивной терапии // Сибирское медицинское обозрение. — 2014. — № 5. — С. 75-78.
8. Гарькина С.В. Гармонизация лечения больных пожилого возраста с дисфункцией миокарда: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Самара, 2010. — 27 с.
9. Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности // Клиническая медицина. — 2015. — № 9. — С. 20-24.
10. Ефремова О.А., Камышникова Л.А. Современные подходы к лечению хронической сердечной недостаточности // Научные ведомости. — 2009. — № 12(67). — С. 11.
11. Журавская Н.Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговую инсульт, диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук // Государственный научно — исследовательский центр профилактической медицины. — М. 2015.
12. Коиради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. — 2007. — № 6(4). — С. 8-11.
13. Коц Я.И., Митрофанова И.С. Способы повышения приверженности к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 7(6). — С. 193.
14. Кошелева Н.А., Ребров А.П. Качество жизни и прогноз при различных подходах к ведению больных хронической сердечной недостаточностью // Современные проблемы науки и образования. — 2011. — № 5. — С. 15.
15. Лазебник Л.Б. Причины повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и их стоимостные характеристики // Сердечная недостаточность. — 2005. — № 1(6). — С. 19-22.
16. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2016. — № 12(1). — С. 63-65.
17. Лисина М.О., Степанов М.М. Проблема низкой приверженности к терапии при сердечной недостаточности и пути ее решения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. — 2014. — № 3. — С. 18-27.
18. Мареев В.Ю. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Сердечная недостаточность. — 2013. — № 7(81). — С. 379-472.
19. Митрофанова И.С., Коц Я.И., Вдовенко Л.Г., Новые пути повышения эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. — 2016. — № 4. — С. 164-166.
20. Моисеев В.С. Диагностика и лечение хронической и острой сердечной недостаточности // Клинические рекомендации. Кардиологический вестник. — 2016. — № 2. — С. 3-33.
21. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома? // Клиническая фармакология и терапия. — 2011. — № 4. — С. 34-40.
22. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности к лечению в сердечно-сосудистых заболеваниях: Автореф. дис. док. мед. наук. — Саратов, 2007. — 41 с.
23. Нелидова А.В. Факторы, влияющие на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 4. — С. 364.
24. Николаев Н.А. Пациенториентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей // Врач. — 2016. — № 4. — С. 82-85.
25. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация // Качественная клиническая практика. — 2016. — № 1. — С. 50-59.
26. Семенова О.Н., Наумова Е.А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2013. — № 3(3). — С. 507-511.
27. Ситникова М.Ю., Лясникова Е.А., Трушкина М.А. Хроническая сердечная недостаточность: как оценить объем проблем и оптимизировать терапию пациентов с ее тяжелыми формами // Трансляционная медицина. — 2013. — № 1(18). — С. 67-74.
28. Скирденко, Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора оральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2016. — № 5. — С. 494-502.
29. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению у больных фибрилляцией предсердий // Международный журнал экспериментального образования. — 2016. — № 4. — С. 510.
30. Темникова Е.А., Нечаева Г.И. Приверженность к терапии пациентов старческого возраста, страдающих ХСН // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 1(27). — С. 156-160.
31. Фесенко Э.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2011. — № 22. — С. 95-99.
32. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии // Качественная клиническая практика. — 2003. — № 4. — С. 59-66.
33. Штегман О.А., Поликарпов Л.С., Новиков О.М. Приверженность к лечению амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью // Сибирский медицинский журнал. — 2013. — № 2(28). — С. 78-82.
34. Harkness K. The older patient with heart failure: high risk for frailty and cognitive impairment / K. Harkness, G. A. Heckman // Expert Review of Cardiovascular Therapy. — 2012. Vol. 10, № 6. — P. 779-795.
35. Hwang S.L., Liao W.C., Huang T.Y. Predictors of quality of life in patients with heart failure // Jpn. J. Nurs Sci. — 2014. — № 11(4). — P. 290- 98.
36. Johnson T.J. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations // J. Card Failure. — 2012. — Vol. 18(3). — P. 246-52.
37. Kindermann I. Cognitive function in patients with decompensated heart failure: the Cognitive Impairment in Heart Failure (CogImpair-HF) study // Eur J. Heart Fail. — 2012. — Vol. 14(4). — P. 404-413.
38. Larina V.N. Factors affecting the course and prognosis of chronic heart failure in an older, aged scrap // Vestnik Russian State Medical University. — 2012. — Vol. 5(4). — P. 10.
39. Rattinger G.B. The effect of dementia on medication use and adherence among medicare beneficiaries with chronic heart failure // Am J Geriatr Pharmacother. — 2012. — Vol. 10(1). — P. 69-80.
40. Simpson S. M. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / S. M. Simpson, D. T Eurich // BMJ. — 2006. Vol. 333, № 7557. — P. 15.