

Ю. М. Мостовой, А. А. Сідоров
ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ХОЗЛ: ЯК ДОСЯГТИ І ЩО В РЕЗУЛЬТАТІ?

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

При курації пацієнта з будь-якими захворюваннями існує ряд важливих розділів діяльності, виконання яких здатне забезпечити її успіх. Ключовими з них є діагностика захворювання, рекомендації щодо лікування, забезпечення високої прихильності до нього та реабілітація.

Проблема прихильності до лікування настільки важлива, що низький рівень прихильності може знівелювати як високу якість, так і правильну схему лікування [1].

Прихильність до лікування – це готовність пацієнта жорстко дотримуватися вказівок лікаря щодо модифікації способу життя, рекомендацій щодо тривалості обов'язкового регулярного прийому ліків та самоконтролю їх ефективності [2].

Високий рівень прихильності можливий лише за умови, коли пацієнт розуміє сутність захворювання, має повну довіру до лікаря, є активним та повноправним учасником лікувального процесу. Існує досить багато методів визначення прихильності до лікування. Наведемо найбільш поширені:

опитувальники для саморапорування пацієнтами, рапорування особою, що піклується про пацієнта, або лікарем;

клінічний моніторинг здійснюється у вигляді прямого нагляду за тим, як пацієнт приймає ліки, або шляхом підрахунку кількості доз за допомогою лічильника, які пацієнт прийняв, що поділяються на загальну кількість доз, які слід було прийняти. Показник вимірюється у %.

1) електронний моніторинг;

Прихильність до лікування = $\frac{\text{початкова к-сть доз} - \text{к-сть доз, що залишилися}}{\text{к-сть днів, коли пацієнт} \times \text{к-сть прийманий за добу}}$ повинен був приймати ліки

2) біохімічне визначення препарату або його метаболітів у плазмі крові, сечі, тканинах пацієнта [3].

Причини неприхильності до лікування досить різноманітні. Всі вони можуть бути об'єднані в 3 групи: соціально-економічні, медичні та індивідуальні. Кожна з них має кілька ключових складових. Серед соціально-економічних це низький рівень заробітної плати, пенсії, висока вартість ліків, що не компенсується соціальною підтримкою. Медичні причини неприхильності пов'язані в основному з діяльністю лікаря та медичної сестри. Лікар не зміг переконливо проінформувати пацієнта щодо сутності захворювання, його ролі в погіршенні загального здоров'я, зниженні якості життя, вірогідної інвалідизації, смерті. Лікар не звернув увагу пацієнта на важливість тривалого регулярного прийому ліків.

Недостатньо переконливо вказав, що саме виконання рекомендацій щодо лікування здатне попереджувати загострення, зменшити кількість і тривалість госпіталізацій пов'язаних з вказаними загостреннями, зменшити економічні витрати, пов'язані з закупівлею ліків.

Серед складових неприхильності, що пов'язані з роллю пацієнта, слід виділити:

1) активне рішення пацієнта припинити лікування або змінити схему в зв'язку з покращанням стану;

2) відмова від лікування у зв'язку з розчаруванням від очікуваного ефекту або погіршення стану, або у зв'язку з інформацією (почутою, побаченою) про побічні ефекти.

Визначальна роль в успішності курації хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) безумовно належить високій прихильності пацієнтів до базисної терапії. Саме висока прихильності до лікування здатна стримувати його прогресування, мінімізувати загострення хвороби, забезпечити задовільну та добру якість життя. Різні умови проведення лікування по-різному впливали на прихильність хворих на ХОЗЛ до лікування. Так, за даними Kawata A.K. (2014), в умовах звичайної практики прихильність до лікування у хворих на ХОЗЛ складала 10–40 %, а коли пацієнти знаходилися в умовах клінічних досліджень, вона зростала до 70–90 %.

Існує велика кількість досліджень, в яких вивчалася роль різних факторів, які здатні вплинути на прихильність [4–6]. Отримані дані досить суперечливі та неоднозначні [7–9].

В зв'язку з цим у світлі дослідження впливу прихильності на результати лікування 156 хворих ХОЗЛ, ми вивчали взаємозв'язок віку, статі, рівня освіти, стажу ХОЗЛ, вміння користування доставковим пристроєм з прихильністю до базисної терапії. Нами не було встановлено взаємозв'язку вищеперерахованих факторів з прихильністю до лікування. Єдиним чинником, що вплинув на прихильність до лікування ХОЗЛ, був фактор взаємодії пацієнта з лікарем. На початку дослідження, коли рівень прихильності до лікування у хворих на ХОЗЛ, за нашими даними, складав 40%, рівень взаємодії пацієнта з лікарем складав $4,2 \pm 0,08$ балів за 10-бальною шкалою. В кінці дослідження він склав $(7,7 \pm 0,05)$ балів, що призвело до суттєвого підвищення рівня прихильності. Враховуючи це при розробці програми підвищення прихильності до базисної терапії при ХОЗЛ ми особливу увагу звертали на зміст бесід з пацієнтом під час візитів. На кожному з візитів ми зосереджували увагу пацієнта на сутності захворювання. Переконливо його інформували, що ХОЗЛ – це важке системне захворювання, що вражає не лише бронхо-легеневу систему, але й серцево-судинну систему, мозок, кістки (остеопороз). Захворювання, якщо його невірно лікувати, суттєво зни-

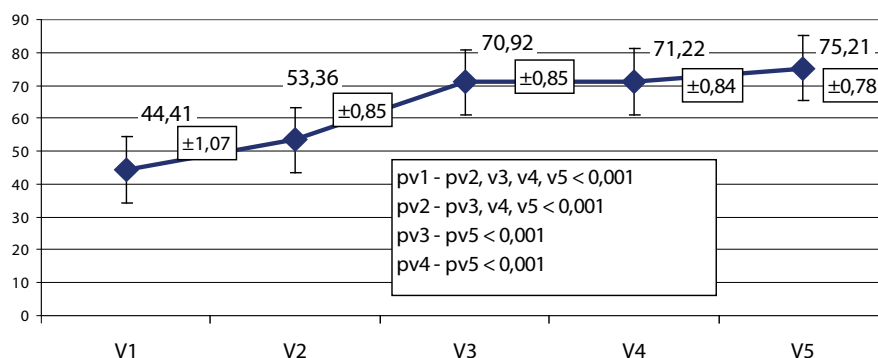


Рис. 1. Динаміка прихильності до лікування ХОЗЛ серед загального контингенту пацієнтів на різних етапах дослідження (%)

жує якість життя, здатне призвести до інвалідизації, передчасної смерті. Акцентували увагу пацієнтів на ролі базисної терапії, вказували, що вона обов'язково має бути тривалою та регулярною. Саме тривалий, регулярний прийом ліків призупиняє прогресування захворювання, сприяє профілактиці загострень, полегшує їх перебіг та тривалість при їх виникненні.

Ми раз на 2 місяці комунікували з пацієнтом на візитах, 1 раз на 2 тижні мали телефонний контакт, нагадували про сутність ХОЗЛ та значення базисного лікування. В

результаті проведеної роботи прихильність вдалося підвищити з 44,4 % до 75,3 % (рис. 1).

В подальшому ми вивчали вплив зростаючої прихильності на показники тягаря загострень та фармакоекономічні параметри.

Як видно з наведених у таблицях 1, 2, 3 даних зростання прихильності призвело до покращення всіх без винятку показників, що відображають тягар загострень, що в свою чергу позитивно позначилося на фармакоекономічних показниках.

Таблиця 1

Вплив прихильності до лікування ХОЗЛ на показники тягаря загострень (n = 156)

Показники	Етапи дослідження		P
	V1 (рівень прихильності – 44,41%)	V5 (рівень прихильності – 75,21%)	
Середня кількість загострень ХОЗЛ протягом року	2,31 ± 0,07	1,45 ± 0,05	<0,0001
Середня кількість днів загострень ХОЗЛ у пацієнта протягом року, дні/пацієнт	22,36 ± 0,80	14,42 ± 0,38	<0,0001
Середня кількість днів тяжких загострень ХОЗЛ у пацієнта протягом року, дні/пацієнт	20,64 ± 0,72	12,31 ± 0,74	<0,0001

Таблиця 2

Вплив прихильності до лікування ХОЗЛ на показники тягаря загострень (n=156)

Показники	Етапи дослідження		P
	V1 (рівень прихильності – 44,41%)	V5 (рівень прихильності – 75,21%)	
Середня кількість днів госпіталізацій з приводу загострень ХОЗЛ протягом року, дні/пацієнт	19,33 ± 0,60	12,31 ± 0,74	<0,0001
Середня кількість днів непрацездатності з приводу загострень ХОЗЛ протягом року	26,3 ± 0,67	17,65 ± 0,38	<0,0001
Загальна кількість звернень до сімейного лікаря протягом року	5,85 ± 0,13	2,84 ± 0,10	<0,0001
Загальна кількість звернень до пульмонолога протягом року	2,75 ± 0,07	1,53 ± 0,06	<0,0001

Таблиця 3

Вплив прихильності до лікування ХОЗЛ на фармакоекономічні параметри (n = 156)

Фармакоекономічні показники	Етапи дослідження		Динаміка середньої величини, грн	P
	1-ий рік (рівень прихильності – 44,41%)	2-ий рік (рівень прихильності – 75,21%)		
Середні витрати на лікування неважких загострень ХОЗЛ, грн	2011,68 ± 51,49	1257,37 ± 99,54	-754,31	<0,001
Середні витрати на госпіталізації з приводу тяжких загострень ХОЗЛ, грн	34675,27 ± 3827,00	20637,31 ± 1181,81	-14037,96	0,007
Витрати на позапланові консультації сімейного лікаря, грн	857,23 ± 19,46	470,97 ± 60,15	-386,26	<0,0001
Витрати на позапланові консультації лікаря-пульмонолога, грн	522,71 ± 13,91	288,06 ± 11,10	-234,65	<0,0001
Сумарні витрати, грн	30331,97 ± 2794,89	11164,61 ± 781,01	-19167,36	<0,0001

Все вище наведене стосується, в тому числі і прихильності до приймання препарату будесонід/формотерол (Симбікорт), який застосовувався у пацієнтів з частими загостреннями. Його застосування призводило до подовження часу між загостреннями та зменшення частоти загострень, що потребували госпіталізацій [10–11].

Заключення

Високий рівень прихильності до базисної терапії при ХОЗЛ є одним з найважливіших компонентів успішності лікування цього контингенту хворих.

Вирішальною складовою, що дозволяє досягнути високого рівня прихильності, є ефективна взаємодія лікаря з пацієнтом. Вкрай важливим є переконливе інформування пацієнта щодо сутності захворювання ХОЗЛ та ролі базисної терапії.

Високий рівень прихильності достовірно позитивно впливає на більшість показників, що характеризують тягар загострень при ХОЗЛ, достовірно покращують фармакоекономічні параметри, це в тому числі стосується і використання комбінації будесонід / формотерол (Симбікорт).

ЛІТЕРАТУРА

1. Humenberger M, Horner A, Labek A, et al. Adherence to inhaled therapy and its impact on chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*. 2018;18(163):1–6.
2. Lopez-Campos JL, Gallego E, Hernandez L. Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment. *International journal of Chronic obstructive pulmonary disease*. 2019;14:1503–1515.
3. Nishi S, Maslonka M, Zhang W, et al. Pattern and Adherence to maintenance medication use in medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease: 2008–2013. *Journal of the COPD foundation*. 2018;5(1):1–18.
4. Albecht JS, Park Y, Hur P, et al. Adherence to Maintenance Medications among Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease The Role. *Respiratory Care*. 2016 Sep;13(9):1497–1504
5. Bryant J, McDonald V, Boyes A, et al. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respiratory Research*. 2013;14(109):1–8.
6. Exuzides A, Colby C, Briggs A, et al. Statistical Modeling of Disease Progression for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Data from the ECLIPSE Study. *Medical Decision Making*. 2017;37(4):453–468.
7. Boven FM, Chavannes NH, Molen T, et al. Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: A systematic review. *Respiratory Medicine*. 2014;108:103–113.
8. George M, Bender M. New insights to improve treatment adherence in asthma and COPD. *Patient preference and adherence*. 2019;13:1325–1334.
9. Lipari M, et al. Adherence to GOLD Guidelines in the Inpatient COPD Population. *Journal of Pharmacy*. 2017;31(1):29–33.
10. Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, et al. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*. 2003;22(6):912–919.
11. Calverley PM, Kuna P, Monso E, et al. Beclomethasone/formoterol in the management of COPD: a randomised controlled trial. *Respiratory Medicine*. 2010;104(12):1858–1868.

REFERENCES

1. Humenberger M, Horner A, Labek A, et al. Adherence to inhaled therapy and its impact on chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*. 2018;18(163):1–6.
2. Lopez-Campos JL, Gallego E, Hernandez L. Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment. *International journal of Chronic obstructive pulmonary disease*. 2019;14:1503–1515.
3. Nishi S, Maslonka M, Zhang W, et al. Pattern and Adherence to maintenance medication use in medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease: 2008–2013. *Journal of the COPD foundation*. 2018;5(1):1–18.
4. Albecht JS, Park Y, Hur P, et al. Adherence to Maintenance Medications among Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease The Role. *Respiratory Care*. 2016 Sep;13(9):1497–1504
5. Bryant J, McDonald V, Boyes A, et al. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respiratory Research*. 2013;14(109):1–8.
6. Exuzides A, Colby C, Briggs A, et al. Statistical Modeling of Disease Progression for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Data from the ECLIPSE Study. *Medical Decision Making*. 2017;37(4):453–468.
7. Boven FM, Chavannes NH, Molen T, et al. Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: A systematic review. *Respiratory Medicine*. 2014;108:103–113.
8. George M, Bender M. New insights to improve treatment adherence in asthma and COPD. *Patient preference and adherence*. 2019;13:1325–1334.
9. Lipari M, et al. Adherence to GOLD Guidelines in the Inpatient COPD Population. *Journal of Pharmacy*. 2017;31(1):29–33.
10. Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, et al. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*. 2003;22(6):912–919.
11. Calverley PM, Kuna P, Monso E, et al. Beclomethasone/formoterol in the management of COPD: a randomised controlled trial. *Respiratory Medicine*. 2010;104(12):1858–1868.