І. О. Новожилова ПРОБЛЕМА КОМПЛАЄНСА У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЄНСА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

И. А. Новожилова

Резюме

Вне зависимости от внедрения в практику современных эффективных способов лечения результативность терапии любого заболевания во многом зависит от комплаенса или осознанного сотрудничества между врачом и пациентом, которое реализуется в соблюдении больным рекомендаций по приему лекарств, проведении процедур, диеты, ограничения вредных привычек и прочих условий.

Статья содержит анализ данных литературы о комплаенсе в медицине и у больных туберкулезом, в частности. Актуальность проблемы комплаенса, особенно у больных с хроническими заболеваниями, подтверждена данными разных исследований. Рассмотрены такие вопросы комплаенса, как маркеры его отсутствия, методики оценки, формирующие его факторы и прочее.

Особое внимание уделено комплаенсу при туберкулезе с учетом особенностей заболевания и проблемы недостаточной результативности лечения, в том числе из-за досрочного его прекращения. В частности, приведена характеристика типов комплаенса у больных туберкулезом и их психодиагностические критерии, дан анализ факторов (объективных и субъективных, социальных и психологических), от которых зависит комплаенс, а также обозначены некоторые пути его повышения.

Сделан вывод о недостаточно углубленном исследовании комплаенса у больных туберкулезом, необходимости алгоритма оценки возможных рисков отказа от лечения и программы психологической поддержки больных.

Ключевые слова: комплаенс, лечение, туберкулез.

Укр. пульмонолог. журнал. 2019, № 4, С. 67–72.

Новожилова Ірина Олександрівна

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та

організаційних проблем фтизіопульмонології

Кандидат мед. наук, старший наук. співроб.

10, вул. М. Амосова, Київ, 03038

Tel. 38 (044) 2754122, novozhilova@ifp.kiev.ua

THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN TUBERCULOSIS PATIENTS

I. A. Novozhylova

Abstract

Despite introduction of modern therapeutic options the effectiveness of therapy much depends on patient's compliance or conscious collaboration between the physician and the patient, which relies on the adherence of the patient to recommendations on drugs use, medical procedures, diet, harmful abuse avoidance and some other issues.

The article contains the analysis of literature data on the problem of compliance in general with special focus on patients with tuberculosis. Actuality of compliance problem, especially in patients with chronic diseases, has been confirmed in different studies. Such aspects as compliance markers, methodology of evaluation, influencing factors and others were reviewed.

A special attention was paid on compliance in tuberculosis patients considering disease features and high treatment failure rate. Particularly, a characteristics of compliance types, their psycho-diagnostic criteria, the analysis of compliance-modifying factors (objective and subjective, social and psychological) were presented. Certain methods of its improvement were also highlighted.

It was concluded that compliance in tuberculosis patients require further research and development of possible treatment refusal risk management program, as well as psychological support improvement for these patients.

Key words: compliance, treatment, tuberculosis.

Ukr. Pulmonol. J. 2019;4:67–72.

Iryna O. Novozhylova

SI "National Institute of Phthysiology and Pulmonology

named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine"

Senior research associate, department of epidemiology

and organization of phthysiopulmonology service

PhD, senior research associate

10, M. Amosova str., Kyev, 03680, Ukraine

Tel./fax: 38 (044) 2754122, novozhilova@ifp.kiev.ua

*«Якими б не були шедеври сучасної медицини,
її технічні можливості, людина завжди буде
чекати і вірити лікареві, який зуміє вислухати,
схвалити, проявити співчуття»
Антуан де Сент-Екзюпері*

Комплаєнс (англ. compliance — згода, відповідність; походить від дієслова to comply — виконувати) буквально означає дію відповідно до запиту або вказівки; покор, податливість, поступливість. Комплаєнс — це відповідність будь-яким внутрішнім або зовнішнім вимогам, нормам. В медичній практиці термін "комплаєнс" використовується для визначення точності дотримання хворим рекомендацій лікаря: прийому ліків (пацієнт вчасно приймає ліки, приймає їх у повній дозі), виконання про-

цедур, дотримання дієти, обмеження шкідливих звичок тощо. Отже, комплаєнс у медицині або комплаєнтність — це добровільне дотримання пацієнтом призначеного режиму лікування.

Проблема згоди і виконання хворими лікувальних призначень за вказівкою лікаря, те, що позначається терміном "compliance", нині вкрай актуальна. Найчастіше під терміном комплаєнс або комплаєнтність мається на увазі усвідомлена співпраця між лікарем і пацієнтом, а також членами його сім'ї, і це є обов'язковою умовою будь-якого лікування, що забезпечує його ефективність. Попри впровадження в практику сучасних ефективних засобів лікування, смертність при багатьох хронічних захворюваннях (цукровий діабет, бронхіальна астма, ниркова недостатність), інфекційних захворювань (туберкульоз, ВІЛ - інфекція) та іншої патології, залишається високою, із-за ігнорування лікарських рекомендацій щодо прийому ліків. Незважаючи на очевидну теоретичну і практичну значущість вивчення цієї проблематики, на сьогодні в клінічній психології ще слабо

вивчено понятійний апарат, що описує феномен комплаєнтності, відсутні систематизовані уявлення щодо закономірності його формування і функціонування, залишаються неопрацьованими основні психодіагностичні критерії. Існуючі дослідження в цій області, як правило, теоретично недостатньо обґрунтовані, нечисленні і фрагментарні, а дослідження комплаєнса хворих з хронічними соматичними захворюваннями взагалі залишаються поодинокими [1].

За даними ВООЗ, близько 50 % хворих із хронічною патологією не виконують медичних рекомендацій; у кращому разі його стан просто не змінюється, а в гіршому — хвороба прогресує. Недисциплінованість хворого, вчасно не зрозуміла, призводить до перегляду терапії і призначення нових ліків. Але окрім нових побічних дій або просто відсутності очікуваного ефекту з'являються ще і психологічні "ускладнення": лікар розчаровується в успіху лікування, а пацієнт виявляє недовіру і до професіоналізму лікаря, і до усієї сучасної медицини, виносячи свою думку далеко за стіни медичної установи. У форумних листуваннях або бесідах з колегами і медичними представниками лікарі висловлюють думку щодо ефективності того або іншого препарату, доходячи іноді до відвертих суперечок. І це зрозуміло: власний "досвід" куди переконливіше! Але що ховається за цим досвідом, особливо досвідом негативним? [2, 3].

Комплаєнс у медицині і методи його оптимізації

Згідно з проведеними масштабними дослідженнями терапевтичний комплаєнс у цілому не перевищує 50 %. Зокрема, для гіпертонічної хвороби — 40 %, для цукрового діабету і епілепсії — 50 %, при гіперліпідемії — 62 %. Самостійна відміна гіпотензивних препаратів відбувається в 25 % випадків після 6 місяців від початку їх прийому.

Дослідження довели, що відсутність комплаєнса може бути у будь-якій віковій групі, як серед чоловіків, так і серед жінок, по усьому спектру вченості, серед пацієнтів будь-якого соціально-економічного статусу.

Так чому ж пацієнти не хочуть лікуватися і виконувати рекомендації так, як від них цього очікують лікарі?

Існують *маркери відсутності комплаєнса*:

- наявність психологічних проблем, особливо депресій;
- наявність когнітивних порушень, в результаті яких пацієнт просто не може зрозуміти, навіщо йому лікуватися або забуває прийняти препарат;
- безсимптомний перебіг захворювання;
- відсутність контакту з лікарем, неадекватне спостереження і рекомендації, написані погано читаним почерком;
- побічні ефекти;
- погана інформованість щодо захворювання;
- складність терапії;
- висока вартість лікування.

Слід відмітити, що усі труднощі, за великим рахунком, пов'язані з трьома головними чинниками:

- чинниками, пов'язаними з хворим (неприйняття лікування, страх перед великою кількістю препаратів, і, як наслідок, некоректний прийом ліків);

- високою вартістю терапії, особливо багатокomпонентної;
- складним режимом прийому і, відповідно, великою вірогідністю відхилення від схеми (так, при призначенні 4-х препаратів вірогідність комплаєнса знижується удвічі).

Існує декілька методик оцінки комплаєнса:

- пряме запитання. Однак, основна проблема у тому, що, не усі пацієнти скажуть правду;
- рахунок препаратів. Це непридатне ніде, окрім як в клінічних дослідженнях;
- зміна концентрації препарату в крові. Непридатне через відсутність фармакокінетичних лабораторій у більшості територій країни;
- електронні монітори. Знову ж таки непридатне для наших умов.

Як бачимо, достовірно визначити, у чому проблема з пацієнтом, що не компенсується, чи не підходить йому терапія або він просто не приймає ліки, ми не можемо. Але ми можемо спробувати підвищити *комплаєнс*.

Зробити це можна наступним чином:

- *При першій-ліпшій можливості чітко озвучувати цілі лікування.* Якщо хворий не знає або не розуміє, навіщо його напихають пігулками, він саботуватиме прийом ліків, а якщо вони ще і дорогі, то підозрюватиме лікаря в усіх тяжких.
- *Звертати увагу на спосіб життя пацієнта.* Якщо він приймає препарати, але при цьому має зайву вагу і продовжує її набирати, то одними пігулками проблему можна ніколи не вирішити. У хворих із серцево-судинними захворюваннями необхідно спробувати скоректувати харчову поведінку і наполягти на збільшенні фізичного навантаження, якщо це, звичайно, можливо. Пацієнтам із захворюваннями шлунково-кишкового тракту треба постійно нагадувати про необхідність дієти як про абсолютно необхідний чинник для стабілізації стану.
- *Спробувати залучити пацієнта до складання плану лікування.*
- *Обговорювати вірогідність побічних ефектів від призначених препаратів.*
- *Призначати фіксовані комбінації і ретардні форми,* якщо це можливо, що дозволить зробити лікування зрозумілішим і таким, що менш забувається.

Пояснити пацієнтові методику — як не забувати приймати пігулки щодня. Наприклад, запропонувати поєднати прийом препаратів з щодня виконуваними ритуалами, наприклад, з чищенням зубів. Чи поставити "нагадування" у телефоні.

- *Видавати рекомендації у читабельному виді, в ідеалі у вигляді надрукованих зрозумілих інструкцій.*

Слід враховувати *фінансові можливості пацієнта*. Якщо його дохід коливається в межах прожиткового мінімуму, навряд чи він все до копійки витратить на пігулки. Тут просто необхідно подумати про дешевші, але досить ефективні аналоги.

Велику роль у вирішенні проблеми можуть зіграти і *фармацевти*. Не секрет, що останнє призначення препарату в нашій країні відбувається біля прилавку в аптеці. Адже фармацевт може прочитати призначення на рецеп-

ті, якщо почерк лікаря погано читається, може роз'яснити правила прийому препаратів, може написати режим прийому безпосередньо на упаковці препарату [4].

Проблема комплаєнса різна при гострій і хронічній патології. У першому випадку лікування короткострокове і терапія зазвичай швидко призводить до поліпшення стану, отже, і хворі краще дотримуються лікарських рекомендацій. При хронічних захворюваннях успіх лікування досягається лише при тривалій терапії, що вимагає більшої завзятості у правильності виконання призначень. І моделі поведінки хворих, які суперечать рекомендаціям лікарів, різні. Недотримання хворим медичних призначень може проявлятися навмисною або випадковою зміною дозування препарату, нерегулярним прийомом ліків, неточністю часу прийому або повною відмовою від лікування. Іноді хворі вживають ті ліки, від яких, на їх думку, можна отримати більше користі або менше шкоди, ніж від препаратів, призначених лікарем [3].

У переважній більшості випадків проблема полягає у відсутності ефективної комунікації "лікар-пацієнт" [2, 5]. При цьому мають значення не лише психологічні особливості пацієнта, але і здатність лікаря розпізнати ці особливості і відповідно до них побудувати план лікування. При будь-якому психологічному типі хворого головною в перспективі лікування має бути завойована довіра до лікаря.

Описана безліч способів і схем, але головне — жвава розмова, а не механічне виписування рецепту, ґрунтоване на клінічних досягненнях в лікуванні конкретної нозології, які втрачають свою значущість за умови неправильного подання інформації. Адже "однакових хворих немає — є люди, що страждають однією хворобою" (М.І. Пирогов), отже, індивідуальність не лише в лікуванні, але і у поданні призначень має глибокий сенс.

Професійне зростання без симбіозу із психологічними знаннями схоже на велетня, що шкутильгає на одну ногу. Не побачивши співчуття або упевнений у своїх "медичних знаннях", обережно вислуховуючи лікаря, що не вселив довіри, або не переконаний лікарем у тяжкості свого стану, пацієнт (особливо у випадках заперечення хвороби або безсимптомної патології ("у мене нічого не болить")) чи беззаперечно виконуватиме найправильніші призначення?! Ми дивуємося і нарікаємо на парамедичних шарлатанів, які використовують голу психологію пацієнтів і відривають левову частку пацієнтів, які потребують професійної допомоги, але які йдуть туди, де до них не буде застосовано нічого, окрім людського ставлення!

Об'єктивізація комплаєнса значно ускладнена. Визначення рівня ліків або їх метаболітів у біологічних рідинах, підрахунок кількості "не витрачених" хворим пігулок, облік повторно виписаних рецептів або електронний моніторинг за допомогою мікропроцесора, вмонтованого в кришку ємності з ліками, і тому подібне в умовах практичної медицини важко здійснені [6]. Тут може допомогти розпитування родичів, особливо при виникненні сумнівів в щирості хворого, пропусках запланованих відвідувань лікаря, повній втраті контакту з хворим або низькій ефективності терапії.

Оптимізація індивідуальної лікувальної програми передусім полягає в досягненні кращої переносимості лікування, своєчасному виявленні побічних ефектів, підборі зручного режиму прийому ліків із мінімальною кратністю прийому в слушний для хворого час. Призначаючи лікування, необхідно дати хворому чіткі інструкції щодо прийому препаратів (у тому числі письмові) і переконатися, що пацієнт зрозумів їх. Спрощення лікарського режиму, облік розпорядку дня і життєвого стилю особливо важливі у працюючих, соціально активних хворих. Для формування партнерства і довіри необхідно дати зрозуміти пацієнтові, що його думка має велике значення у виборі методу лікування. Дотримання цих умов допоможе сформувати у хворого почуття впевненості в успіху терапії і власної відповідальності за досягнення результату, в чому і приховано успіх лікарської майстерності.

На комплаєнтність пацієнта, як його готовність виконувати рекомендації лікаря або провізора, його сумлінність і схильність до лікування, можуть впливати такі чинники: а) вік, рівень освіти і емоційний стан; б) частота дозування лікарських препаратів (зазвичай співвідношення "частота прийому/сумлінність" має чітку обернену залежність — чим частіше прийом, тим нижча сумлінність пацієнта); в) кількість таблеток на добу (велика кількість таблеток препарату не лише незручна для пацієнта, але й може похитнути його довіру і до препарату, і до лікаря, навіть стати причиною відмови від лікування); г) лікарська форма препарату (нерідко нею не можна приховати неприємний смак препарату або вона незручна для застосування); д) швидкість настання очікуваного лікувального ефекту; е) обмеження при застосуванні препарату (неможливість керувати автомобілем, вживати певну їжу тощо); ж) побічні ефекти лікування (часто пацієнти відмовляються від призначених їм препаратів через неприємні відчуття, запор, нудоту тощо); з) повнота і доступність інформації щодо препарату; і) ціна препарату і вартість усього курсу лікування.

Ключову роль для формування комплаєнтності, особливо при відпуску препаратів без рецепту, відіграють взаємовідносини хворого та провізора. Провізор, керуючись принципами фармацевтичної опіки, може істотно підвищити комплаєнтність, пояснивши мету застосування препарату, умови його раціонального використання, час настання очікуваного ефекту тощо [7].

Успішна фармакотерапія інфекційних і неінфекційних захворювань дуже часто залежить не лише від правильного призначення препаратів, їх лікарської форми, якості, але і від дотримання пацієнтом лікарських рекомендацій і в досить значному ступені від бажання пацієнта співпрацювати з лікарем. Усвідомлена співпраця хворого і членів його сім'ї з лікарем, метою якої є досягнення фармакотерапевтичного ефекту, це і є комплаєнс. Така співпраця підвищує зацікавленість пацієнта в лікуванні, забезпечує максимально точне виконання лікарських призначень і є інструментом підвищення ефективності лікування.

На даний момент ідентифіковані близько 250 чинників, що беруть участь у формуванні комплаєнса. Визначені і найбільш значимі чинники, які впливають на

його формування. Найчастіше вони пов'язані з особово-психологічними якостями пацієнта, з індивідуальністю лікаря, особливостями фармакотерапії, соціально-економічними аспектами і організацією медичної допомоги.

До особово-психологічних особливостей пацієнта, сприяючих формуванню комплаєнса, відносять: поведінка і емоційні реакції хворого у відповідь на призначення курсу фармакотерапії, усвідомлення пацієнтом своєї ролі і відповідальності за ефективність лікування, очікування перспектив лікування і побоювання можливих негативних ефектів терапії, ставлення до методів лікування та інші.

Терапевтична співпраця пацієнта і лікаря, в результаті якої формується усвідомлення пацієнтом наявності захворювання, його небезпеки і негативних наслідків для здоров'я, необхідності лікування відносять до чинників, пов'язаних з індивідуальністю лікаря.

Соціально-економічні аспекти представлені якістю життя, матеріальним становищем пацієнта, наявністю сімейної і соціальної підтримки, віком, статтю та інше. Усе це має велике значення і особливу важливість для ефективності лікування і планування реабілітаційних заходів, поведінки пацієнта і його готовності до лікування. Серйозні медичні наслідки виникають у разі невиконання хворими медичних рекомендацій. Це, передусім, значно знижує ефективність лікування, призводить до неодноразового перегляду схем лікування, а неефективна терапія породжує у пацієнта недовіру до сучасної медицини [8].

Комплаєнтність у фтизіатрії

Характерною особливістю надання медичної допомоги хворим на туберкульоз є необхідність тривалого лікування, що робить проблему терапевтичного комплаєнса у цих хворих особливо актуальною. Одними з головних причин низької ефективності лікування вперше виявлених хворих на туберкульоз, є передчасне припинення лікування або перерви у прийомі протитуберкульозних препаратів з вини самого пацієнта [9]. Причини недотримання пацієнтом призначеного курсу лікування вивчені недостатньо. Самі хворі на туберкульоз, в якості таких причин, вказують необхідність заробляти на життя, вживання алкоголю, а 25-30 % з тих, хто перервав терапію, не вбачали необхідності в прийомі препаратів і вважали себе здоровим.

Низька комплаєнтність це одна з найбільш значимих проблем контролю за туберкульозом у різних регіонах світу, проте цій проблемі присвячено відносно небагато досліджень [10, 11, 12, 13, 14].

Психодіагностичними критеріями зазначених типів є показники ступеня:

- інформованості щодо методів лікування;
- довіри до лікаря;
- психоемоційного стану пацієнта;
- задоволеності терапевтичними результатами;
- готовності до змін у поведінці, необхідних для видужання;
- підтримки з боку сім'ї.

Терапевтична співпраця може вважатися оптимальною, якщо цілі і завдання лікувального процесу його учасники однаково усвідомлюють та правильно трактують, і кожен відповідальний за виконання своїх зобов'язань. Проте слід враховувати особистісні риси хворих на туберкульоз, які можуть ускладнювати процес прийняття діагнозу, усвідомлення необхідності лікування та стабілізацію досягнутих терапевтичних результатів [15].

Автори запропонованого способу підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз, який полягає у визначенні ступеня прихильності хворого до лікування шляхом анкетування на початку основного курсу з подальшим визначенням прогнозу та корекцією лікування, вирізняють суб'єктивні та об'єктивні чинники комплаєнса [16]. До суб'єктивних чинників комплаєнса вони відносять: стрес, фрустрацію, стигматизацію, навіюваність, пристрасть до алкоголю. До об'єктивних чинників комплаєнса, на їх думку, належать: соціально-психологічний статус, побічні реакції на лікування, відсутність ефекту лікування, взаємовідносини, що не склалися, з медперсоналом, економічне неблагополуччя.

Інші дослідники аналізували соціальні та психологічні чинники комплаєнтності хворих на туберкульоз легень, тобто міру відповідності поведінки пацієнта і призначень лікаря [17]. Дослідження проводилося за допомогою спеціальної анкети. Усі питання анкети були поділені на п'ять розділів: загальна інформація щодо пацієнтів, соціальні чинники ризику, інформованість пацієнтів щодо захворювання, їх ставлення до хвороби, відношення із соціумом. Дослідження було націлене на вирішення наступних завдань: 1) виявити соціально-

Характеристика типів комплаєнса хворих на туберкульоз

Тип комплаєнса	Характеристика типу
Конструктивний	Усвідомлення симптомів і наслідків хвороби, установка на отримання допомоги, довіра до лікаря, стабільність під час дотримання вимог терапії
Формальний	Часткове усвідомлення хвороби, зовнішні установки на отримання допомоги, вибірковість щодо методів лікування, формальне ставлення до терапевтичних домовленостей
Пасивний	Слабкі спонукальні функції мотивів, інертність, фаталістичні установки, знецінення результатів лікування, пасивне підпорядкування лікувальним процедурам
Симбіотичний	Невпевненість в оцінці хвороби та лікування, прагнення уникнути відповідальності, тривожність, залежність від лікаря, інфантильна поведінка
Нестабільний	Спонтанність, непослідовність, недостатня організованість, амбівалентне ставлення до лікарських рекомендацій, імпульсивна поведінка
Негативістичний	Заперечення хвороби, брак емпатії, опір терапевтичним заходам та чинення дій, протилежних до вимог і очікувань лікаря
Дефіцитарний	Прояви когнітивного дефіциту, брак критики хвороби, байдужа або ейфорійна поведінка

демографічні чинники, що обумовлюють низький терапевтичний комплаєнс (стать, вік, наявність роботи, освіти і сім'ї, матеріального добробуту, шкідливі звички); 2) визначити рівень знань пацієнтів щодо захворювання і особливостей перебігу туберкульозного процесу; 3) вивчити особливості формування інформаційного середовища хворих на туберкульоз; 4) дослідити характер ставлення до захворювання та лікування. Результати дослідження виявили наявність деяких спотворень в оцінці характеру захворювання і його прогнозів внаслідок недостатньої інформованості. Також було встановлено, що пацієнти вважають за краще отримувати інформацію від медичного персоналу лікарні за допомогою міжособової довірчої взаємодії.

Що лікар-фтизіатр може і повинен зробити для підвищення комплаєнтності своїх пацієнтів?

1. На усіх етапах лікувально-діагностичного процесу лікар має бути, передусім, об'єктивним і чесним з хворим. Тільки так він може "завоювати" його довіру, добитися взаємоповаги і партнерства з хворим. У його діях не повинно бути метушні і невизначеності. Не потрібно жаліти час на бесіди з хворим, він повернеться сторінцею. Роль "доброї тітоньки" або "дбайливої матусі" непристойна і згубна для авторитету лікаря.

2. Пам'ятайте, що хвору людину цікавлять всього три питання: що з ним сталося і чому це, як можна ситуацію виправити, і, що ж з ним, врешті-решт, буде? Якщо ви хочете добитися високого комплаєнса у пацієнта, ці питання не повинні залишитися без зрозумілої, але авторитетної відповіді.

3. Поки Ви не визначилися з діагнозом, ніколи не говоріть хворому, що ви його вилікуєте, адже це може бути брехнею. Хворий це швидко зрозуміє і вашому авторитету кінець і не лише у цього конкретного хворого, але і усіх пацієнтів палати, в якій він лежить. З перших контактів з хворим орієнтуйте його на можливу необхідність хірургічного етапу в лікуванні його захворювання.

4. Якщо Ви хочете, щоб Ваш хворий акуратно проходив обстеження (навіть якщо необхідні дослідження вкрай неприємні або хворобливі), поясните йому їх суть і значення саме для його випадку. Результат не змусить на себе довго очікувати.

5. Якщо Ви хочете, щоб ваш хворий акуратно лікувався, він повинен заздалегідь знати, що зробить в його організмі хорошого і, що може бути поганого, кожна з призначених вами пігулок. Оскільки основою лікування туберкульозу є антибактеріальні засоби, ви зобов'язані доступно пояснити хворому, чому важлива регулярність їх прийому і що буде, якщо ця умова не виконується.

6. Не забувайте про важливу роль родичів у формуванні комплаєнса Вашого пацієнта, приділяйте особливу увагу роботі з ними. Не забувайте, що ефективніші групові бесіди. Тому намагайтеся проводити їх з усіма хворими, після кожного Вашого відвідування палати [18].

У Республіці Узбекистан проводилися дослідження з вивчення комплаєнса у пацієнтів з лікарсько-стійким туберкульозом легень та його впливу на ефективність лікування. Обстежено 45 хворих у віці від 18 до 65 років з лікарсько-стійким туберкульозом легень із використанням тесту Моріса-Гріна [19].

Результати дослідження довели низьку інформованість пацієнтів щодо їх захворювання. Встановлено, що лише у 40 % пацієнтів був комплаєнс. При цьому мають значення демографічні чинники: соціальний статус, соціальна зайнятість, а також чинники, пов'язані з особистістю пацієнта: розуміння хвороби та її наслідків, мотивація сім'ї хворого тощо. Анкетування виявило, що комплаєнтність висока у жінок (80 % проти 60 % у чоловіків), у пацієнтів, які перебувають у шлюбі (80 %), у працюючих (70 % проти 44 % безробітних), у первинних пацієнтів (85 % проти 47 % у повторних), низька — у самотніх пацієнтів (44 %), у хворих з побічними реакціями на протитуберкульозні препарати (45 %).

Висновки

1). Попри впровадження в практику сучасних ефективних засобів лікування результативність терапії будь-якого захворювання значною мірою залежить від комплаєнса або усвідомленої співпраці між лікарем і пацієнтом, яка реалізується у дотриманні хворим рекомендацій лікаря щодо прийому ліків, виконання процедур, дієти, обмеження шкідливих звичок тощо. Головними чинниками, від яких залежить комплаєнтність, є: психологічні особливості хворого, клінічні особливості захворювання, особливості терапевтичної програми, соціально-економічні чинники та чинники, пов'язані з організацією медичної допомоги. Об'єктивізація комплаєнса значно ускладнена, оскільки, незважаючи на існування декількох методик оцінки прихильності до лікування, більшість з них не застосовна в умовах нашої країни.

Особливо гостро проблема комплаєнса дає про себе знати при лікуванні хронічної патології, оскільки успіх лікування цих захворювань досягається лише за умови тривалої і складної терапії, що вимагає більшої завзятості у правильності виконання призначень. За оцінками ВОЗ біля 50 % хворих із хронічною патологією не виконують терапевтичних рекомендацій.

2). Характерною особливістю надання медичної допомоги при туберкульозі, особливо при хіміорезистентному, є необхідність тривалого лікування. Важливими причинами низької ефективності лікування хворих на туберкульоз вважається передчасне припинення лікування або перерви у прийомі протитуберкульозних препаратів. До об'єктивних чинників відсутності комплаєнса у хворих на туберкульоз належать: несприятливий соціально-психологічний статус, побічні реакції на лікування, відсутність ефекту лікування, взаємовідносини, що не склалися, з медперсоналом, економічне неблагополуччя.

Поодинокі дослідження комплаєнтності хворих на туберкульоз виявили наявність деяких спотворень в оцінці ними характеру захворювання і його прогнозів внаслідок недостатньої інформованості. Встановлено, що лише 40 % хворих із хіміорезистентним туберкульозом мають терапевтичну комплаєнтність, однак причини недотримання ними призначеного курсу лікування вивчені недостатньо; 25-30 % з тих, хто перервав терапію, пояснювали це необхідністю заробляти на життя, не вбачали необхідності в прийомі препаратів і вважали себе здоровим або були алкогозалежними.

3). Проблема комплаєнса у фтизіатрії величезна та важко вирішувана з огляду на те, що туберкульоз є інфекційним захворюванням, яке потребує довготривалого комплексного лікування в умовах епідагледу, а поширення хіміорезистентного туберкульозу, лікування якого ще складніше та триваліше, робить її ще

гострішою. Потрібні нові дослідження, розробка алгоритму оцінки можливих ризиків відмови від лікування та впровадження програми психологічної підтримки хворих та туберкульоз для формування у них комплаєнса і створення мотивації на довготривалий прийом ліків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кадиров РВ, Асриян ОБ, Ковальчук СА. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Мор. гос. ун-т. 2014;74 с.
2. Данилов ДС. Комплаєнс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). Режим доступа: <http://www.gkb2.grodno.by/health/gkb2/ing20/>
3. Байрак Д. Комплаєнс в медицине: знание — ключ к успеху. Газета «Новости медицины и фармации». 2014;354; Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/17058>
4. Карпов ОИ. Комплаєнс антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей. Антибиотики и химиотерапия. 1999;44:8.
5. Федотова АВ. Комплаєнс. Эффективная коммуникация врач — пациент. Вейновские чтения. 2009. Режим доступа: <http://paininfo.ru/events/vein09/2544.html4>.
6. Байрак ДМ. О проблеме полипрагмазии вообще и в оториноларингологии в частности. Новости медицины и фармации. 2009;16:290.
7. Бертрам Г. Катцунг А. Базисная и клиническая фармакология. Клиническая фармакология в практике врача. М. 1998. Режим доступа: <https://www.pharmacencyclopedia.com.ua/article/3636/komplayens>
8. Квитчатая АИ, Пиминов АФ. Высокий комплаєнс как фактор эффективности лечения. Ежедневник Аптека. 2012;50:871.
9. Валиев РШ, Идиятуллина ГА. К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулезе. Проблемы туберкулеза. 2012;1:4–7.
10. Jurcev L, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 2013;65:6–24.
11. Богородская ЕМ. Больные туберкулезом: мотивация к лечению. Туберкулез. 2009;9(86):3–10.
12. Пьянзова ТВ. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких. Бюллетень сиб. мед. 2012;6:216–217.
13. Паролина ЛЕ, Баринбойм ОН, Локторова НП. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом. Туб. 2011;5(88):100–101.
14. Филипсон ОН. Влияние отношения больных туберкулезом к заболеванию на эффективность лечения. Проблемы туберкулеза. 2000;3:11–15.
15. Мельник ЛА, та ін. Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів. Київ. 2017;112 с.
16. Коломиец ВМ, и др. Способ повышения эффективности лечения больных туберкулезом Пат. А61Р31/06; Владельцы патента RU 2611398: Коломиец ВМ; Режим доступа: <http://www.findpatent.ru/patent/261/2611398.html>.
17. Петунова СА. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом. Современные проблемы науки и образования. 2015;3. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18727>.
18. Кравченко СС. Проблема повышения комплаентности пациентов во фтизиатрии. 2011. Режим доступа: <http://www.kptd.ru/index.php?mid=1>
19. Ташпулатова ФК, и др. Уровень комплаєнса у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом. Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы III Междунар. науч. конф. М.:Буки-Веди. 2016;46–50; Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/med/archive/193/9466/>

REFERENCES

1. Kadyrov RV, Asriyan OB, Kovalchuk SA. Oprosnik «Uroven komplayentnosti» (Questionnaire "Level of Compliance"). Vladivostok: Mor. gos. un-t. 2014;74p.
2. Danilov DS. Komplayens v meditsine i metody yego optimizatsii (klinicheskiye, psikhologicheskiye i psikhoterapevticheskiye aspekty) (Compliance in medicine and methods for its optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)). Available at: <http://www.gkb2.grodno.by/health/gkb2/ing20/>
3. Bayrak D. Komplayens v meditsine: znaniye — klyuch k uspekhu (Compliance in medicine: knowledge is the key to success). Gazeta «Novosti meditsiny i farmatsii». 2014;354. Available at: <http://www.consilium-medicum.com/article/17058>
4. Karpov OI. Komplayens antibiotikoterapii infektsiy dykhatelnykh putey (Compliance with antibiotic therapy for respiratory tract infections). Antibiotiki i khimioterapiya. 1999;44:8.
5. Fedotova AV. Komplayens. Effektivnaya kommunikatsiya vrach — patsiyent (Compliance Effective communication doctor — patient). Veynovskiy chteniye. 2009. Available at: <http://paininfo.ru/events/vein09/2544.html4>
6. Bayrak DM. O probleme polipragmazii voobshche i v otorinolaringologii v chastnosti (About the problem of polypharmacy in general and in otorinolaryngology in particular). Novosti meditsiny i farmatsii. 2009;16:290.
7. Bertram G, Katsung A. Bазисная и клиническая фармакология (Basic and clinical pharmacology). Klinicheskaya farmakologiya v praktike vracha. M. 1998. Available at: <https://www.pharmacencyclopedia.com.ua/article/3636/komplayens>
8. Kvitchataya AI, Piminov AF. Vysokiy komplayens kak faktor effektivnosti lecheniya (High compliance as a factor in the effectiveness of treatment). Yezhenedelnik Apteka. 2012;50:871.
9. Valiyev RSH, Idiyatullina GA. K probleme vzaimootnosheniya vracha i bolnogo pri tuberkuleze (To the problem of the relationship between the doctor and the patient with tuberculosis). Problemy tuberkuleza. 2012;1:4–7.
10. Jurcev L, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 2013;65:6–24.
11. Bogorodskaya YeM. Bolnye tuberkulezom: motivatsiya k lecheniyu (Tuberculosis patients: motivation for treatment). Tuberkulez. 2009;9(86):3–10.
12. Pyanzova TV. Psikhologicheskiye prediktory nizkoy komplayentnosti bolnykh v pervyye vyyavlen-nym tuberkulezom legkikh (Psychological predictors of low compliance in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis). Byulleten sib. med. 2012;6:216–217.
13. Parolina LE, Barinboym ON, Loktorova NP. Priverzhennost k lecheniyu v pervyye vyyavlennykh bolnykh lekarstvenno-ustoychivym tuberkulezom (Adherence to treatment of newly diagnosed patients with drug-resistant tuberculosis). Tub. 2011;5(88):100–101.
14. Filipson ON. Vliyaniye otnosheniya bolnykh tuberkulezom k zabolevaniyu na effektivnost lecheniya (The influence of the attitude of tuberculosis patients to the disease on the effectiveness of treatment). Problemy tuberkuleza. 2000;3:11–15.
15. Melnyk LA, et al. Sotsio-psykholohichna pidtrymka khvorykh na tuberkuloz dlya formuvannya prykhylnosti do likuvannya. Navchalnyy posibnyk dlya studentiv i likariv-interniv VNMZ IV rinvny akredytatsiyi ta likariv (Socio-psychological support for tuberculosis patients to form adherence to treatment. Tutorial for students and interns of VNMZ IV level of accreditation and doctors). Kyiv. 2017;112p.
16. Kolomiets VM, et al. Sposob povysheniya effektivnosti lecheniya bolnykh tuberkulezom. Pat. A61P31/06; Vadeltsy patenta RU 2611398: Kolomiets VM; (A way to increase the effectiveness of treatment of tuberculosis patients Pat. A61P31 / 06; The owners of the patent RU 2611398: Kolomiets VM) Available at: <http://www.findpatent.ru/patent/261/2611398.html>
17. Petunova SA. Psikhologicheskiye faktory komplayentnosti bolnykh tuberkulezom (Psychological factors of compliance of patients with tuberculosis). Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2015;3. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18727>
18. Kravchenko SS. Problema povysheniya komplayentnosti patsiyentov vo ftiizatrii (The problem of increasing patient compliance in TB). 2011. Available at: <http://www.kptd.ru/index.php?mid=1>
19. Tashpulatova FK, et al. Uroven komplayensa u bolnykh s lekarstvenno ustoychivym tuberkulezom. Meditsina: vyzovy segodnyashnego dnya: materialy III Mezhdunar. nauch. Konf (The level of compliance in patients with drug-resistant tuberculosis. Medicine: today's challenges: materials of the III International scientific conference). M.:Buki-Vedi. 2016;46–50; Available at: <https://moluch.ru/conf/med/archive/193/9466/>