**Приверженность пациентов к лечению**

**Комплаентность** (от англ. *patient compliance*), **приверженность лечению** — степень соответствия между поведением **пациента** и рекомендациями, полученными от **врача**. Приверженность пациента к лечению может проявляться как в отношении приёма препаратов, так и в других врачебных назначениях, но чаще этот термин используется именно по отношению к лекарствам. В отношении других указаний врача чаще используется термин «приверженность к терапии» (англ. *adherence to therapy*), который означает «соблюдение указаний врача». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2003 опубликовала бюллетень, в котором приверженность к терапии определяется как соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни. Приверженность лечению считается неудовлетворительной в том случае, когда пациент принимает ≤80% или ≥120% доз назначенных на длительный период медикаментов (*World Health Organisation (2003*)

Проблема приверженности пациентов лечению является одной из ключевых для системы здравоохранения. Стоит вопрос: Как заставит пациента лечиться? Данные ВОЗ свидетельствуют о том, длительное соблюдение назначений врача при хронических заболеваниях наблюдается лишь в 50% случаев. По данным различных исследований, от 25 до 75% пациентов не соблюдает режим приема препаратов. Американские врачи отметили, что ежегодно из-за последствий низкой комплаентности, погибает около 125000 пациентов с различными заболеваниями.

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых наиболее значимы:

**Удобство приёма препарата -** чем меньше приёмов в сутки, меньше комбинаций/сочетаний/прочих условий приёма, тем проще пациенту будет соблюдать лечение. **Озабоченность собственным заболеванием.** Если пациент не считает своё заболевание достойным внимания, реально существующим, излечимым и т.д., то и принимать лекарства по этому поводу он не будет. **Контакт врача и пациента.** Если врач не смог найти с пациентом "общий язык", то комплаентность снижается. **Престиж лечения и медицины** в обществе в целом и в глазах пациента в частности. Если пациент не уважает врача и медицинское сообщество, то низкий уровень доверия будет снижать комплаентность. **Вторичные выгоды от заболевания** (получение денежных выплат, пособий, льгот по инвалидности) будут снижать комплаентность, даже если они не осознаны. **Психические расстройства любого уровня**: от невротических тревожно-депрессивных реакций на факт наличия заболевания, требующего лечения до психотических расстройств и умственной отсталости.

Основные факторы низкой приверженности следующие: 64% - забывают принимать лекарства, 36% - считают, что симптомы заболевания «проходят сами», 35% - хотят сэкономить деньги; 33% - не верят, что лекарства эффективны, 31% - говорят, что они не думали, что лекарства им так необходимы, 28 % - боятся побочных эффектов, 25% - говорят, что лекарства ограничивают их деятельность *(National Council on Patient Information Source: PharmExecutive 05-2005, 09-2005)*

Мужчины менее привержены лечению, чем женщины, работающие - менее привержены лечению, чем неработающие, пациенты, не достигшие пенсионного возраста менее привержены лечению, чем пенсионеры, не имеющие инвалидности, менее привержены лечению, чем инвалиды. Приверженность к лечению это динамический показатель, начиная с 6-8-ого месяца лечения, приверженность даже самых дисциплинированных пациентов снижается, из-за развития побочных эффектов.Очень важен контакт врача и пациента. Отмечено, что через час после посещения врача 60% пациентов не могут вспомнить и сказать, что конкретно им рекомендовал врач

Необходимо проводить количественную оценку приверженности к лечении, так хорошая приверженность предполагает 80–100% приема препаратов, неудовлетворительная ниже 70–80% или более 100 %. Нельзя забывать, что приверженность может быть и более 100% – при самостоятельном приеме дополнительных доз.

Существует несложный тест для оценки приверженности к лечению (тест Мориски–Грина), который необходимо внедрить в рутинную практику:

1. Вы когда- нибудь забывали принимать/вводить препараты?

2. Вы когда- нибудь забывали принимать/вводить препараты в назначенное время и по назначенной схеме, в назначенных дозах?

3. Вы пропускаете прием/введение препаратов, если чувствуете себя хорошо и у вас нет кровотечений ?

4. Вы пропускаете следующий прием, если чувствуете себя плохо после предыдущего введения препаратов?

Если получается - менее 3 «нет», то это означает отсутствие приверженности к лечению.

Кроме того, в повседневной практике необходимо проводить: опрос пациента во время визита; опрос пациента с помощью специальных тестов: ведение пациентом дневников; подсчет количества таблеток/флаконов, принятых пациентом за определенный промежуток времени; учет рецептов, контроль за отовариванием их в аптеке; проведение фармакокинетики, позволяющей объективно оценить эффективность проводимого лечения; внедрение электронного мониторинга приверженности

Оценка приверженности в рутинной практике может основываться на подсчёте оставшихся таблеток /флаконов. Недостаток – пациенты могут выбрасывать таблетки /флаконы; на самоотчётах пациентов – ведение дневников. Недостаток - подвергаются внутренней цензуре; на основе клинических шкал, заполняемых специалистом*.* Недостаток: трудоёмкость и неидеальная корреляция с собственной приверженностью.

Как указано в статье Stetka B.S. (2016), цвет лекарственной формы препарата может влиять на приверженность пациента к лечению. Было выявлено статистически значимое предпочтение капсул белого и желтого цветов относительно серого, карамельного и темно-бордового; отношение пациентов к темно-бежевому цвету было противоречивым; предпочтение капсул серого цвета изменяется с возрастом: люди пожилого возраста были менее склоны выбирать этот цвет.

Существуют методы улучшения приверженности к терапии   
и возможности её контроля, к ним можно отнести: обучение пациентов в школах поболезням, улучшение схем дозирования лекарств (применение фиксированных схем, однократный прием в сутки); использование больших упаковок лекарств; таблеток, удобных для деления; снижение стоимости препаратов; системное ведение пациента, включающее не только терапию основного заболевания, но и сопутствующих состояний, что обеспечивает улучшение качества жизни, улучшение взаимодействия между врачом и пациентом – доверительные отношения ( обучение врачей, проведение тренингов, работа конфликтных менеджеров по выявлению «болевых точек»).

ГЦЛГ: Андреева Т.А., Залепухина О.Э, Лавриченко И.А., Константинова В.Н.