

# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ К ФАРМАКОТЕРАПИИ: РЕАЛИИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

*Поведа Падилья А.Г.<sup>1,3</sup>, Проццаев К.И.<sup>2,3</sup>, Аргвлиани Л.Н.<sup>2</sup>*

**1** Университет полуострова Санта-Елена, г. Санта-Елена, Эквадор; **2** АНО «НИМЦ «Геронтология», г. Москва; **3** Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород

**Введение.** Проблема приверженности к проводимой лекарственной терапии является одной из наиболее широко обсуждаемых в современной научной и практической медицине [4]. Известно, что в условиях необходимости постоянного, пожизненного применения медикаментозной терапии, особенно при сердечно-сосудистой патологии, пациенты нередко не соблюдают рекомендации лечащего врача вследствие длительности приема препаратов, отсутствия быстрого эффекта, сложности его измерения, боязни побочных эффектов [1]. По этому вопросу существует немало исследований, практических рекомендаций по вопросу повышения приверженности к проводимой лекарственной терапии [2,3]. Вместе с тем, совершенно особенной и фактически малоизученной проблемой является приверженность к проводимой лекарственной терапии людей старших возрастных групп.

**Цель работы** - выявить особенности приверженности к проводимой лекарственной терапии у людей пожилого возраста в реальной клинической практике.

**Материал и методы исследования.** В работе проанализированы данные, полученные при проведении опроса, осмотра и клинического наблюдения пожилых людей в Республике Эквадор с июня 2009 г. по сентябрь 2011 г. в городах Ла Либертад, Салинас, Санта-Елена (провинция Санта-Елена), город Кито, столица Республики Эквадор (провинция Пичинча). Базами исследования явились: некоммерческие центры социальной поддержки при клинике «Басте» (провинция Санта-Елена); государственный геронтологический центр (провинция Санта-Елена); государственный дом для пожилых (Кито, провинция Пичинча). Всего было обследовано 111 пожилых пациентов, возраст респондентов варьировал от 60 до 74 лет (средний возраст  $67,2 \pm 3,2$  года), мужчин – 49 чел., женщин – 62 чел. Эти пациенты составили основную группу. Контрольную группу составили пациенты среднего возраста, получавшие лечение в амбулаторных центрах клиники «Басте» (провинция Санта-Елена). Всего было обследовано 88 пациентов среднего возраста, возраст респондентов варьировал от 40 до 49 лет (средний возраст  $47,1 \pm 2,8$  года), мужчин – 46 чел., женщин – 42 чел.

**Диагностика заболеваний.** Диагностика данных заболеваний проводилась в соответствии с действующими рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и Национальными рекомендациями Министерства здравоохранения Республики Эквадор, принципиально не отличающихся от действующих подходов к диагностике соответствующих заболеваний на территории Российской Федерации.

**Методика интервьюирования.** Интервьюирование пожилых пациентов на предмет приверженности к принимаемой терапии проводилось по оригинальной анкете и включало в себя вопросы открытого типа (рассчитанные на расширенный и долгий ответ собеседника), которые позволяли пожилым пациентам точнее выразить отдельные проблемы, возникающие при приёме отдельных лекарственных форм. Вопросы анкеты были адресованы пожилым людям, принимающим рецептурные препараты, с целью выявления проблем при лечении разными лекарственными формами, при этом особым образом подчеркивались трудности, возникающие при применении той или иной формы препарата. Анкета включала в себя детальные вопросы о различных производственных формах препаратов, принимаемых пожилыми пациентами (таблетки в пластинах, таблетки во флаконах, шипучие таблетки, капли для внутреннего приёма, глазные капли, инъекции, ингаляторы, гели и кремы, клеи для кожи) с целью выявления наиболее неудобной для применения лекарственной формы.

**Экспертная оценка.** Результаты опроса пациентов были подвергнуты экспертной оценке. Для этого сформирована экспертная группа, состоящая из 5 специалистов-геронтологов, главная цель которой состояла в разработке путей повышения приверженности людей пожилого и старческого возраста к проводимой медикаментозной терапии.

**Статистическая обработка данных.** Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 6.0. Достоверность различий между исследуемыми группами определяли с помощью t-критерия Стьюдента, хи-квадрат. Для разработки путей повышения приверженности людей пожилого и старческого возраста к проводимой лекарственной терапии применен метод анализа таблиц сопряженности (Аптона). Статистически достоверными считали отличия, соответствующие величине ошибки достоверности  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования было обнаружено, что при основных нозологических формах при одних и тех же заболеваниях степень приверженности к назначаемой врачом терапии была достоверно выше у людей среднего возраста (табл. 1). Общая степень приверженности к терапии у людей пожилого возраста составила 53,2% и была достоверно ниже, чем у пациентов среднего возраста (78,4%),  $p < 0,05$ .

В ходе интервьюирования пациентов пожилого возраста выявлено, что проведение им лекарственной терапии **сопровождалось значительным количеством проблем**, отличных от проблем, возникающих у пациентов среднего возраста. Так, в пожилом возрасте достоверно чаще способствовали снижению приверженности к терапии по сравнению с пациентами среднего возраста ( $p < 0,05$ ) такие факторы как боязнь побочных эффектов терапии, забывчивость при приеме медикаментов, наличие суставного синдрома и прочих физических трудностей, затрудняющих прием медикаментов, неудобный размер таблетированных форм, экономическая несостоятельность пациентов, необходимость приема большого количества препаратов (полипрагмазия), медицинская неграмотность пациента. В связи с выявленными

возрастными особенностями в формировании приверженности к терапии и степени ее выраженности, мы решили детализировать ряд характеристик, присущих пациентам пожилого возраста.

Таблица 1

*Приверженность к терапии у людей разных возрастов при ведущих нозологических формах*

Ведущие нозологические формы	Степень приверженности к терапии		p
	Пациенты среднего возраста (чел./%)	Пациенты пожилого возраста (чел./%)	
Артериальная гипертензия	19 из 26 (73,1%)	24 из 50 (48,0%)	<0,05
Ишемическая болезнь сердца	11 из 12 (91,7%)	12 из 18 (66,7%)	<0,05
Остеоартроз	9 из 13 (69,2%)	10 из 26 (38,4%)	<0,05
Сахарный диабет 1 и 2 типов	7 из 7 (100%)	13 из 18 (72,2%)	<0,05
Хроническая обструктивная болезнь легких	4 из 6 (66,7%)	3 из 8 (37,5%)	<0,05
Общая степень приверженности	69 из 88 (78,4%)	59 из 111 (53,2%)	<0,05

Выявлено, что не только возраст и возраст-ассоциированные особенности физикального и психического статуса являлись самостоятельными факторами снижения приверженности к назначаемой медикаментозной терапии. Самостоятельным фактором, влияющим на степень приверженности к терапии, могут быть и формы лекарственных средств, назначаемых врачом. Показано, что наиболее часто в пожилом возрасте приверженность снижалась при назначении таких лекарственных форм как глазные капли, инъекционные формы препаратов, препараты, содержащиеся во флаконах и непосредственно таблетированные формы препаратов.

Выявлено, что указанные проблемы находятся в основе снижения приверженности пациентов пожилого возраста к проводимой лекарственной терапии. При этом причины снижения приверженности разнятся в зависимости от нозологических форм.

Так, выявлено, что при артериальной гипертензии в пожилом возрасте важны «забывчивость» при приеме препаратов,  $\chi^2 = 7,9$ ; наличие сопутствующего остеoarтроза с болевым синдромом, что нарушало тонкую моторику пальцев рук и приводило к затруднениям при извлечении препарата из фабричной упаковки,  $\chi^2 = 7,6$ ; большие размеры таблетированных лекарственных форм, что создавало объективные трудности при глотании,  $\chi^2 = 7,5$ ; опасения побочного действия лекарств из-за полипрагазии,  $\chi^2 = 7,4$ ; невозможность приобретения препаратов из-за экономических трудностей,  $\chi^2 = 7,3$ ,  $p < 0,05$ .

При ревматоидном артрите - суставной болевой синдром,  $\chi^2 = 8,2$ ; «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 8,0$ ; нарушение функции опорно-двигательного аппарата и низкая, в этой связи, доступность аптеки,  $\chi^2 = 7,9$ ; боязнь полипрагмазии,  $\chi^2 = 7,7$ ; большие размеры таблетированных лекарственных форм,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ . На фоне остеоартроза достоверно значимыми были такие факторы как суставной болевой синдром и сопутствующее ему нарушение тонкой моторики пальцев кисти,  $\chi^2 = 7,9$ ; «забывчивость» при приеме препаратов,  $\chi^2 = 7,8$ ; боязнь развития побочных эффектов,  $\chi^2 = 7,7$ ; причины экономического плана,  $\chi^2 = 7,6$ ; боязнь последствий полипрагмазии,  $\chi^2 = 7,4$ ,  $p < 0,05$ .

При сахарном диабете причинами снижения приверженности были «забывчивость» при приеме медикаментов на фоне разных степеней диабетической энцефалопатии,  $\chi^2 = 8,1$ ; большие размеры принимаемых медикаментов в виде таблеток,  $\chi^2 = 7,9$ ; наличие полипрагмазии,  $\chi^2 = 7,7$ ; боязнь побочных эффектов назначенного медикаментозного лечения,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ . При остеопорозе - «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 7,9$ ; страх перед побочными эффектами медикаментов,  $\chi^2 = 7,7$ ; болевой суставной синдром,  $\chi^2 = 7,7$ ; ограничение физической подвижности и низкая, в этой связи, доступность аптеки,  $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ . При болезни Альцгеймера - «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 8,2$ ; трудности восприятия информации о медикаментозной терапии,  $\chi^2 = 8,2$ ; суставной болевой синдром на фоне сопутствующего остеоартроза,  $\chi^2 = 8,1$ ; низкая доступность аптеки и медикаментов,  $\chi^2 = 7,9$ ,  $p < 0,05$ . При других нозологических формах приверженность к терапии снижалась по следующим причинам: нейросенсорная тугоухость - «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 8,1$ ; суставной болевой синдром,  $\chi^2 = 7,9$ ; большие размеры и объем таблетированных лекарственных форм,  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ; хронический гастрит и неалкогольный стеатогепатоз - «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 8,0$ ; боязнь побочных эффектов медикаментозной терапии,  $\chi^2 = 7,9$ ; наличие экономических сложностей при приобретении лекарственных средств,  $\chi^2 = 7,7$ ,  $p < 0,05$ ; доброкачественная гиперплазия предстательной железы - «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 8,0$ ; низкая доступность медикаментов в связи с нарушением функции мочевыделительной системы и опорно-двигательного аппарата,  $\chi^2 = 7,8$ ,  $p < 0,05$ ; миопия высокой степени - «забывчивость» при приеме медикаментов,  $\chi^2 = 7,8$ ; страх возникновения побочных эффектов,  $\chi^2 = 7,6$ ; трудности в установлении контактов с пациентом,  $\chi^2 = 7,5$ ,  $p < 0,05$ .

### Выводы

1. У людей пожилого возраста степень приверженности к лекарственной терапии составляет 53,2% и является достоверно более низкой, чем у пациентов среднего возраста, у которых этот показатель составляет 78,4%. Это позволяет

считать пожилой возраст самостоятельным фактором снижения степени приверженности к назначаемой врачом лекарственной терапии.

2. У людей пожилого возраста наиболее значимыми причинами снижения степени приверженности к лекарственной терапии являются такие факторы как боязнь побочных эффектов терапии (в 3,6% случаев), забывчивость при приеме медикаментов (33,3%), наличие суставного синдрома и прочих физических трудностей, затрудняющих прием медикаментов (18,9%), неудобный размер таблетированных форм (8,1%), экономическая несостоятельность пациентов (7,5%), необходимость приема большого количества препаратов (полипрагмазия) (5,6%), медицинская неграмотность пациента (1,8%). При этом эти факторы встречаются достоверно чаще среди пациентов пожилого возраста, чем среди пациентов среднего возраста.

3. В пожилом возрасте, помимо самого возраста и возраст-ассоциированных особенностей физикального и психического статуса являлись, самостоятельными факторами снижения приверженности к назначаемой медикаментозной терапии, могут быть формы лекарственных средств, назначаемых врачом. Наиболее часто в пожилом возрасте приверженность снижается при назначении таких лекарственных форм как глазные капли, инъекционные формы препаратов, препараты, содержащиеся во флаконах и непосредственно таблетированные формы препаратов.

4. Повышение приверженности пожилых больных к лекарственной терапии является необходимым не только для улучшения жизненного прогноза, но также и для подготовки пожилых пациентов к переносимости потенциального острого стресса, коим могут быть, например, экстренные оперативные вмешательства по поводу острой хирургической патологии.

#### **Литература**

1. Перфильева Г.М. Пожилой пациент. - М.: Издательский дом «Русский врач», 2003. - 104 с.
2. DiMatteo M.R. Variations in patient's adherence to medical recommendations - a quantitative review of 50 years of research // Med. Care. - 2004.- Vol. 42, N 3. - P. 200-209.
3. DiMatteo M.R., Giordani P.J., Lepper H.S. et al. Patient adherence and medical treatment outcomes - a meta-analysis // Med. Care. - 2002. – Vol. 40, N 9: - P. 794-811.
4. Loghman Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation // Am. J. Manag. Care. - 2003. – Vol. 9, N 2. - P. 155-171.

*Работа выполнена в рамках Договора о научном сотрудничестве между Автономной некоммерческой организацией «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (г. Москва, Россия) и Университетом полуострова Санта-Елена (г. Санта-Елена, Эквадор).*