

Чукаева И. И.¹, Ларина В. Н.¹, Карпенко Д. Г.¹, Позднякова А. В.²

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

² ГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Москва

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, приверженность к лечению, комплаенс, пожилой возраст.

Ссылка для цитирования: Чукаева И. И., Ларина В. Н., Карпенко Д. Г., Позднякова А. В. Приверженность к лечению пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиология. 2017;57(10):65–72.

РЕЗЮМЕ

Обзор посвящен проблеме приверженности к лечению пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Обсуждаются особенности подхода к ведению лиц пожилого возраста в амбулаторных условиях, группы факторов, ассоциируемых с приверженностью к лечению, а также возможные пути ее повышения у лиц старшей возрастной группы с ХСН.

Chukaeva I. I.¹, Larina V. N.¹, Karpenko D. G.¹, Pozdnyakova A. V.²

¹ The Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov, Moscow, Russia

² Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

MEDICATION ADHERENCE OF ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Keywords: heart failure; medication adherence; treatment compliance; elderly age, patients.

For citation: Chukaeva I. I., Larina V. N., Karpenko D. G., Pozdnyakova A. V. Medication Adherence of Elderly Patients With Chronic Heart Failure. Kardiologiya. 2017;57(10):65–72.

SUMMARY

The review is devoted to the problem of medication adherence in elderly patients with chronic heart failure. We consider here specificity of approach to management of elderly outpatients, groups of factors associated with medication adherence, and possible ways to improvement of compliance to treatment in patients from the senior age group with heart failure.

Проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) в современном обществе сохраняет медицинскую и социальную актуальность в связи со значительной распространенностью, высоким уровнем инвалидизации и смертности. Результаты исследований свидетельствуют о недостаточной вторичной профилактике ХСН как на популяционном уровне, так и среди лиц с высоким риском ее развития. Среди причин такой ситуации особое место отводится недостаточной приверженности пациентов к медикаментозной и немедикаментозной терапии. Приверженность к медицинским назначениям является наиболее важным компонентом лечебных программ в старшей возрастной группе и в последние годы расценивается как самостоятельный фактор риска прогрессирования ХСН [1–3].

Разрабатываемые экспертами клинические рекомендации, в частности, по ведению больных с ХСН, рассматриваются в качестве «помощника» врача для улучше-

ния здоровья пациента и его качества жизни с учетом влияния на прогноз. Согласно существующим рекомендациям, терапия ХСН предполагает длительный прием лекарственных препаратов (ЛП) и соблюдение некоторых ограничений, касающихся образа жизни пациента. При этом эффективность лечения во многом определяется степенью совпадения поведения больного с рекомендациями врача [4, 5].

В 1997 г. специалисты Американской ассоциации сердца предложили рассматривать степень выполнения медицинских рекомендаций как «сложный поведенческий процесс, сильно зависящий от окружающей среды, в которой живут пациенты, медицинских работников и организации системы здравоохранения». Согласно этому определению, «комплаенс» пациента является многофакторным понятием и зависит от организации медицинской помощи, экономики и других аспектов системы здравоохранения.

В дальнейшем «комплаенс» пациента все чаще заменяется на «приверженность к лечению» (medication adherence). Переход от «комплаенса» к «приверженности» отражает фундаментальное изменение в понимании отношений между пациентом и врачом, поскольку «приверженность» подразумевает именно сотрудничество между пациентом и врачом, назначающим лечение, а не пассивное выполнение предписаний врача (рис. 1).

Согласно определению, предложенному экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приверженность к лечению – это «степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача в отношении регулярности приема ЛП, его дозы и интервала между приемами, а повышение эффективности мероприятий, направленных на улучшение приверженности к лечению, может иметь гораздо большее влияние на здоровье населения, чем усовершенствование каких-либо отдельных медицинских процедур» [6].

Одной из самых трудных, с точки зрения достижения приверженности к лечению, является группа пожилых больных с ХСН. Низкая приверженность к лечению встречается у 15,3–25% больных с ХСН, а в пожилом возрасте частота ее увеличивается до 50% [4, 7, 8].

Приверженность пациентов с ХСН к дополнительным лечебным мероприятиям колеблется от 0 (проведение вакцинации против пневмококка) до 82% (достижение систолического артериального давления – АД <140 мм рт. ст.) и ни по одному показателю не достигает 100%. Эти данные были получены по результатам дополнительного анализа проспективного когортного исследования IMPROVE-HF с участием 15 381 амбулаторного пациента, медиана возраста которых составила 70 лет, с ХСН I–IV функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤35% [9].

В пожилом возрасте ряд заболеваний могут способствовать развитию ХСН, в то время как сама ХСН также может быть причиной формирования и усугубления течения некоторых заболеваний [10]. Наличие несколь-

ких заболеваний у одного больного, как связанных, так и не связанных между собой патогенетически или генетически, типично для лиц старшей возрастной группы и нередко обусловлено инволютивными изменениями стареющего организма [11–13].

Полиморбидность неизбежно ведет к полипрагмазии (от «poly» – много и «pragma» – предмет, вещь; синоним – политерапия, избыточное лечение, полифармация) – избыточности медицинских назначений, которая продолжает оставаться распространенной и малоизучаемой проблемой в современной клинической медицине. Полипрагмазия увеличивает риск взаимодействия ЛП, используемых для лечения как ХСН, так и сопутствующих заболеваний, ухудшает течение ХСН и приверженность к лечению пациентов [14, 15]. Назначение большого количества ЛП на длительный период времени в большинстве случаев ухудшает ответ на терапию. Иногда пациенты сознательно пропускают прием ЛП, получая одновременно терапию по поводу сопутствующего заболевания, опасаясь за неблагоприятный исход вследствие лекарственных взаимодействий.

Неприверженность к лечению может быть непреднамеренной и преднамеренной. К первой относят ситуации, когда пациент не понимает, что от него ожидают, вследствие неэффективного взаимодействия с врачом, и не следует рекомендациям. При преднамеренной неприверженности пациент знает, что от него ждет врач, но осознанно не выполняет его рекомендации.

Виды неприверженности к лечению:

1. *Непреднамеренная*: забывчивость, психические заболевания, ограничения, связанные с условиями работы.
2. *Преднамеренная*: недоверие, боязнь побочных эффектов (действительных или мнимых), стоимость препарата, психические заболевания, отсутствие веры в пользу лечения, боязнь зависимости от лекарств, боязнь опасности лекарства для организма, нежелание лечиться, отсутствие очевидной выгоды.

Приверженность к лечению – многокомпонентный феномен, определяемый пятью основными составляю-

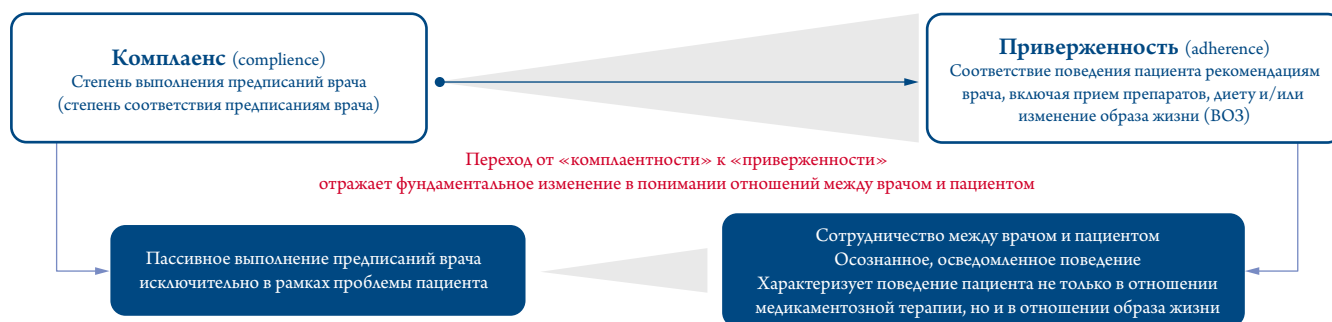


Рис. 1. COMPLAINTS AND ADHERENCE TO TREATMENT.

щами: социальными/экономическими факторами, врачом и системой здравоохранения в целом, заболеванием, лечением и пациентом (рис. 2) [6].

В настоящее время отсутствуют убедительные доказательства, рассматривающие социально-экономическое положение в качестве независимого предиктора приверженности лечению. Однако показано, что некоторые его аспекты (низкий социальный/экономический статус, в том числе низкий уровень дохода и образования, отсутствие работы и социальной поддержки, нестабильные жилищные условия, неурядицы в семейной жизни, удаленность от медицинского учреждения и высокая стоимость общественного транспорта, высокая цена на ЛП) вносят существенный вклад в снижение приверженности к лечению. Другие факторы, ассоциируемые с приверженностью к лечению, представлены в табл. 1 [6].

На приверженность к лечению влияют пол и возраст пациента: она выше у женщин и повышается с возрастом [16]. J. Lalic и соавт. наблюдали высокую приверженность к лечению в возрастной группе до 65 лет ($p < 0,01$), однако в возрасте 65 лет и старше приверженность к терапии прогрессивно снижалась [17]. Возможно, что когнитивные и функциональные расстройства, коморбидность и связанная с ней многокомпонентная терапия, изменения фармакокинетики и фармакодинамики препаратов в пожилом и старческом возрасте снижают приверженность к лечению.

Микросоциальная среда человека (семья, друзья, коллеги по работе, соседи по дому и палате в больнице) определяет ценности в повседневной жизни. Ее положительное состояние, по системе сложившихся в обществе оценок, оказывает существенное влияние на повышение мотивации к лечению и соблюдение рекомендаций врача. Семья выполняет посредническую и защитную функции в отношениях между индивидом и обществом по важным для сохранения здоровья вопросам, таким как лекарственная терапия, медицинская и коммуникативная активность, характер питания, режим сна и др. [18, 19]. На психологическое состояние пожилого пациента влияют как симптомы заболевания, так и восприятие близкими людьми его болезни. Понимание серьезности состояния заболевшего

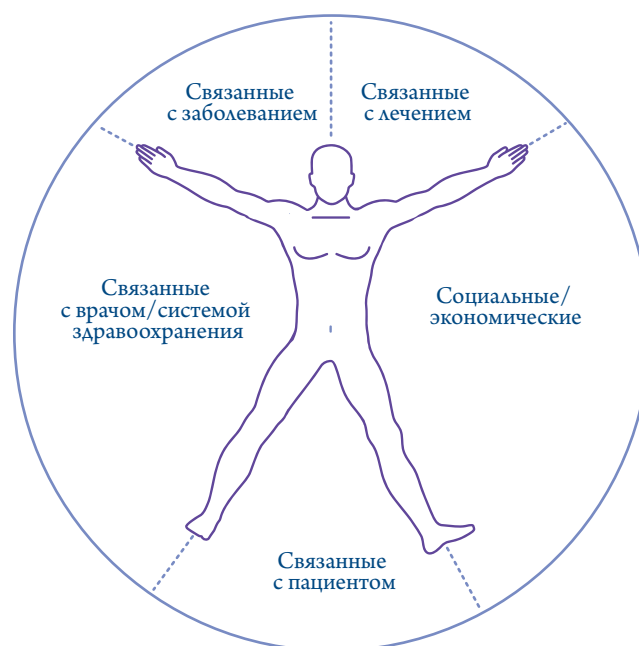


Рис. 2. Пять составляющих приверженности к лечению.

члена семьи, как в клиническом, так и психологическом плане, может способствовать улучшению приверженности к терапии и качества жизни [20, 21].

Нежелание пациента принимать рекомендованные врачом ЛП, прием несоответствующей дозы или прием препаратов в неправильное время, «пропуск по забывчивости», самовольное прекращение лечения («лекарственные каникулы»), непосещение врача и несоблюдение рекомендаций по изменению образа жизни снижают приверженность к лечению. Нередко прерывание лечения сказывается на состоянии пациента более значимо, чем полное его отсутствие. Например, частая самовольная отмена лекарственной терапии (β -адреноблокаторов, диуретиков, пероральных антикоагулянтов) и последующее возобновление лечения увеличивают вероятность осложнений, связанных с эффектом первой дозы или синдромом отмены, что настораживает пациента в отношении необходимости следования рекомендациям врача. Недостаточная приверженность к лечению может быть обусловлена тем, что необходимый режим дозирования

Таблица 1. Факторы, ассоциируемые с недостаточной приверженностью к лечению

Связанные с болезнью	Связанные с пациентом	Связанные с лечением	Связанные с врачом
- Хроническое бессимптомное течение заболевания; - сопутствующие психические расстройства (например, депрессия, тревожность)	- Молодой возраст; - физические нарушения (проблемы со зрением, передвижением); - когнитивные расстройства; - психологические поведенческие факторы (отсутствие мотивации, низкая самооценка, импульсивность и др.)	- Стойкие побочные эффекты, связанные с лечением; - сложная схема приема лекарственных препаратов	- Низкое качество оказываемой пациенту помощи; - отсутствие достаточных знаний о препаратах и/или основных рекомендациях; - недостаток общения (недостаток времени на осмотр пациента); - ограниченные, сложные или ложные объяснения значения терапии); - отсутствие доступа к услугам здравоохранения; отсутствие преемственности оказания медицинской помощи

и его значение не были адекватно объяснены пациенту, или из-за того, что пациент неправильно понимает необходимость приема конкретных дозировок ЛП.

Для успешного лечения пациентов необходима также приверженность врача принципам рациональной терапии и рекомендациям, разработанным экспертами, по ведению больных с ХСН. К сожалению, не всегда врачи интересуются вопросами приверженности как к медикаментозной, так и немедикаментозной терапии, или дают рекомендации по ее достижению. В случае, если врач, зная о недостижении пациентом целевых уровней липидов, АД, глюкозы или других показателей, не предпринимает попыток изменить или усилить лечение, это расценивается как терапевтическая инертность. Терапевтическая инертность может быть обусловлена многими факторами: преувеличенной оценкой числа пациентов, достигших целевого уровня этих показателей; недостатком знаний в отношении диагностики, лечения и профилактики заболевания; убеждением врача в том, что пациент не будет следовать большинству рекомендаций.

Пациенты нередко оценивают компетентность врача по уровню общения и его отзывчивости на медицинскую проблему, а не по его клиническим навыкам. Недостаточно корректное поведение врача может способствовать неприверженности пациента к лечению, а отсутствие доходчивой информации при назначении терапии может снизить приверженность у самых мотивированных пациентов.

Правила поведения с людьми в обычных жизненных ситуациях могут оказаться неприемлемыми при оказании помощи больному человеку. Поэтому врачам необходимо быть внимательными к тому, что они говорят и как это делают. Взаимоотношения врача и больного, основанные на доверии, уважении и взаимопонимании, несомненно, способствуют повышению приверженности к лечению, удовлетворенности пациента и улучшению состояния его здоровья [22].

Процесс установления контакта с пациентом складывается из следующих моментов: вербальный – то, что мы говорим; паравербальный – как мы это делаем (интонация, тембр, громкость голоса); невербальный – что в этот момент мы делаем (поза, жесты, положение тела). Большое значение имеет окружающая обстановка: наличие помех общению, недостаток времени (суэта в кабинете, чрезмерная загруженность врача), планировка кабинета (высокий стол, приоткрытая дверь), организация работы врача (спешка, шум, плохое ведение документации, неудобная кушетка, невозможность раздеться и одеться в уединении, телефонные звонки во время приема и т. д.).

Работать с пожилыми больными, особенно страдающими ХСН, сложно. С одной стороны, пациентам приходится менять образ жизни, которого они придерживались

на протяжении многих лет. С другой стороны, данное состояние требует длительного и регулярного приема ЛП. Психологически это сложно, нередко пациент прекращает лечение через некоторое время, не веря в его эффективность. Но если пациент видит, что лечащий врач убежден в правильности своего выбора терапии, вероятность успеха многократно возрастает.

Залогом высокой приверженности к лечению являются своевременное выявление заболевания, правильно разработанная тактика ведения пациента и его постоянное наблюдение [23]. К сожалению, существуют трудности выявления ХСН у лиц пожилого возраста на амбулаторном этапе. Во-первых, пожилые пациенты склонны «преуменьшать симптомы» и не всегда обращаются к врачу, поскольку считают свое состояние (трудно подниматься по лестнице, утомляемость, необходимость в дневном отдыхе; «мне уже 85 лет...») неотъемлемой частью старения. Во-вторых, пациенты часто обращаются за помощью к терапевту, а не кардиологу, так как не знают, что у них может быть ХСН. В-третьих, терапевт амбулаторного звена нередко не распознает симптомы ХСН, особенно на ранних этапах ее развития, из-за полиморбидности и атипичности клинической картины. Нередко в пожилом возрасте симптомы ХСН маскируются под усталость, что затрудняет своевременное их выявление.

Старение организма ассоциировано с рядом клинических гериатрических состояний: старческая астения, когнитивные расстройства, недержание мочи, головокружения, остеопороз, падения и др. В повседневной клинической практике врач-терапевт не уделяет достаточно внимания гериатрическим состояниям, хотя показано, что старческая астения и когнитивные расстройства являются факторами неприверженности к немедикаментозному и медикаментозному лечению и влияют на течение заболевания, частоту госпитализаций и прогноз жизни пожилых больных с ХСН (рис. 3) [24–26].

Старческая астения ассоциируется с неблагоприятными медицинскими последствиями и представляет собой возрастное снижение физиологического резерва организма [27–29]. Три из нижеперечисленных показателей свидетельствуют о наличии этого синдрома:

1. Беспочинное снижение массы тела;
2. Снижение функциональной активности (слабость, недостаток сил, медленная скорость при ходьбе);
3. Неоднократные падения в анамнезе;
4. Тест подъема со стула более 10 с;
5. Нарушение психологического и эмоционального статуса [30].

Ведущие черты старческой астении имеют много общего с типичными симптомами ХСН, а ее распространенность увеличивается с возрастом, достигая 70% среди лиц старше 80 лет с ХСН [31].

Нарушение когнитивного статуса пожилых больных с ХСН также тесно связано со снижением приверженности к лечению за счет ухудшения памяти, концентрации внимания и/или интеллекта [32, 33]. Мета-анализ 22 исследований с участием 2937 больных с ХСН и 14848 больных без ХСН показал, что риск развития когнитивных расстройств в 1,6 раза выше при наличии ХСН, чем без нее (отношение шансов 1,61 при 95% доверительном интервале от 1,48 до 1,79) [34].

Эксперты ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (2016 г.) рекомендуют выявлять пациентов с гериатрическими синдромами, оказывать им и членам семьи не только медицинскую, но и психологическую помощь с обязательной консультацией гериатра, других специалистов системы здравоохранения и работника службы социальной поддержки [23].

Одним из подходов в лечении ХСН является организация лечебной программы с обучением больных, которая может осуществляться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе [35].

При анализе ответов 2438 жителей разных стран (Германия 33%, Литва 42%, Румыния 8%, Словения 17%), принимавших участие в «Дне знаний о сердечной недостаточности» в 2013 г., были получены следующие данные. Среди опрошенных 53% составляли женщины, большинство которых были в возрасте старше 60 лет, 11% работали в медицинской сфере, 82% слышали о сердечной недостаточности ранее. «Одышка» и «усталость» были верно определены как симптомы ХСН в 71 и 61% случаев соответственно, однако только 52% опрошенных признали «отек стоп и лодыжек» симптомом ХСН; 31% считали, что ХСН является нормальным проявлением старения, и только 38% осознают возможность неблагоприятного прогноза после госпитализации, связанной с ХСН. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной информированности населения о ХСН, что требует более широкого проведения образовательных и просветительских мероприятий как среди населения, так и пациентов

[36]. Грамотность в вопросах здоровья играет ключевую роль. Пациентам трудно принимать лекарство, если они не понимают, для чего это необходимо, каково действие препарата и какие профилактические эффекты он дает.

В настоящее время имеется достаточно аргументов в пользу целесообразности обучения больных, так как это формирует правильное представление о заболевании, факторах риска его возникновения и прогрессирования, способствует лучшему выполнению комплекса врачебных рекомендаций. Одним из компонентов лечебной программы, помимо образования больного, является формирование у него навыков самоконтроля: контроль массы тела, АД, пульса, распознавание симптомов и нестабильности клинического состояния и др. Самоконтроль базируется на собственных ресурсах человека и представляет собой ряд мер, направленных на заботу о себе, поддержание собственного здоровья и хорошего самочувствия.

Образование пациента не является решающим при определении приверженности к лечению, тем не менее пациенты могут только в том случае быть привержены к терапии, когда у них имеется хотя бы минимальный уровень знаний относительно заболевания и соблюдения его режима. Около 50% больных с диагнозом «сердечная недостаточность» отказываются от приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), β -адреноблокаторов, спиронолактона, статинов в течение последующих 5 лет. Первый месяц после назначения терапии при ХСН является критическим для формирования приверженности в будущем. В связи с этим именно на данном этапе важно проинформировать пациента доступным образом о ХСН, целях ее лечения, методах самоконтроля и самопомощи [37]. Хорошая переносимость препарата, простота, удобство режима терапии, подбор эффективного лечения за короткий период времени – факторы, определяющие приверженность к лечению, особенно в пожилом возрасте.

Регулярное наблюдение пациента с ХСН способствует большей приверженности к лечению, чем просто обучение пациента [38]. В исследовании A. Gjesing и соавт. [5], в котором приняли участие 8792 пациента (средний возраст 69 лет) с ХСН, была выявлена высокая приверженность к медикаментозной терапии пациентов, наблюдавшихся в специализированных амбулаторных клиниках сердечной недостаточности, которая сохранялась и в дальнейшем при их наблюдении врачом общей практики. За 90 дней до поступления в клиники 87% пациентов получали блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Спустя 90 дней наблюдения 95% больных оставались на терапии препаратами этой группы. Аналогичная ситуация наблюдалась по приему β -адреноблокаторов (72 и 88% больных соответственно) и спиронолактона (30 и 38% соответственно). Спустя год



Рис. 3. Взаимосвязь между гериатрическими синдромами и исходами у пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью.

после того как пациенты находились под наблюдением врачей общей практики, число больных, принимавших блокаторы РААС, β -адреноблокаторы и спиронолактон, составило 89, 89 и 72% соответственно. Высокая приверженность к приему блокаторов РААС и β -адреноблокаторов сохранялась и на протяжении последующих 5 лет, в то время как приверженность к приему спиронолактона была несколько ниже. Наблюдалась также высокая приверженность пациентов к рекомендуемым дозам ЛП. Что касается перерывов в лечении, то некоторые пациенты самостоятельно отказывались принимать ЛП, но большинство из них возобновили лечение. При этом чаще всего перерывы в терапии не превышали одной недели. Полученные результаты свидетельствуют о сохранении высокой приверженности к лечению пациентов при постоянном наблюдении их лечащим врачом.

Целью многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования COACH-2 (Comparative study On guideline Adherence and patient Compliance in Heart failure patients – 2) было сравнение приверженности к медикаментозному лечению 97 пациентов с ХСН, длительно наблюдающихся в условиях обычной амбулаторной практики, и 92 – в специализированных клиниках ХСН [39]. Средний возраст больных составил 72 года, из них 62% мужчин, тяжесть ХСН соответствовала II–III ФК по классификации NYHA. Сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, фибрилляция предсердий с одинаковой частотой встречались в двух группах больных. Поскольку наличие оптимальной терапии ХСН было одним из критериев включения в исследование, высокая приверженность к лечению в двух группах больных была одинаковой: 90 и 92% пациентов принимали ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II соответственно. Спустя 12 мес наблюдения отмечалась одинаковая приверженность к лечению (81 и 80% больных соответственно). В целом 94% больных 1-й группы и 90% больных 2-й группы принимали β -адреноблокаторы; 43 и 53% больных соответственно принимали антагонисты минералокортикоидных рецепторов. За период наблюдения летальность ($p=0,480$) и частота госпитализаций ($p=0,090$) пациентов двух групп была сопоставима. Результаты данного исследования свиде-

тельствуют, что для повышения приверженности к лечению необходимо постоянное наблюдение пациентов с ХСН, независимо от условий, в которых они находятся (наблюдение по месту жительства или в специализированной клинике). Выполнение этой цели возможно при наличии преемственности между госпитальным и амбулаторным этапом ведения пациента с СН в тесном сотрудничестве врачей разных специальностей (междисциплинарный подход).

В связи с высокой актуальностью проблемы приверженности к лечению в последние годы предложены пути ее повышения (табл. 2) и разработаны подходы к ее оценке.

Оценка приверженности к лечению должна проводиться врачами и пациентами с помощью показателей, которые должны быть простыми, надежными и применяться в течение длительного периода времени.

В клинической практике применяют физические (зафиксированное пополнение запасов препарата – наличие пустых упаковок, подсчет числа оставшихся таблеток, информация аптеки о покупке лекарства и т. д.), фармакологические (определение концентрации препарата в биологических средах) и клинические (о приверженности свидетельствует посещение врача в назначенное время, улучшение состояния больного) методы оценки приверженности к лечению.

Микроэлектронные устройства (Medication Event Monitoring System, Electronic Drug Exposure Monitor), созданные в конце XX века, также позволяют контролировать прием лекарственных препаратов. Электронная микросхема, помещенная в крышку стандартного контейнера, позволяет регистрировать каждый эпизод его открытия. Благодаря тому, что при открытии устройства препарат не только извлекается человеком из контейнера, но и принимается им, можно оценить приверженность к лечению с высокой точностью. Кроме того, применяя данное устройство, можно проводить количественную оценку приверженности к терапии. Дополнительные финансовые затраты на приобретение данных устройств и отсутствие доказательств истинного приема препарата пациентом являются в настоящее время ограничениями для использования данных устройств в широкой клинической практике.

Таблица 2. Пути повышения приверженности к лечению

Обучение пациента	Предоставление пациенту достаточных знаний о заболевании, режиме приема препаратов, о важности приема препаратов и соблюдении немедикаментозного режима
Структурированное длительное наблюдение за пациентом	Постоянное наблюдение пациента с фиксированными визитами к врачу (например, в начале терапии, через 1, 3 и 6 мес и т. д.)
Программы междисциплинарного подхода (возможно обучение среднего медицинского персонала под руководством врача)	Специально обученный средний медицинский персонал в качестве основного связующего звена с пациентом
Телемониторинг приема лекарственных препаратов	Информация о приеме/пропуске лекарственного препарата/несоответствующих дозировок может использоваться для необходимости вмешательства с целью улучшения приверженности

В повседневной работе врача удобнее использовать простые скрининговые вопросы, стандартизированные опросники/шкалы или структурированные клинические интервью, не требующие временных затрат и предназначенные для предварительной оценки приверженности. К ним относятся шкала Мориски–Грин, опросник отношения к лекарственным средствам (Drug Attitude Inventory), шкала оценки медикаментозного комплаенса (Medication Adherence Rating Scale), методика оценки лекарственных воздействий (Rating of Medication Influences), опросник осведомленности и отношения к лечению (Insight And Treatment Attitudes Questionnaire). Каждый из перечисленных подходов имеет недостатки и преимущества, поэтому для достоверной оценки приверженности лучше применять их комбинацию.

Таким образом, при ведении пожилого пациента с ХСН следует уделять внимание не только сопутствующей патологии и полипрагмазии, типичных для лиц старшего возраста, но и гериатрическим синдромам. Для успешного лечения необходима не только приверженность к лечению пациентов, но и приверженность врача принципам рациональной терапии и рекомендациям, разработанным экспертами, по ведению больных с ХСН. В связи с этим преимуществом госпитального и амбулаторного звена здравоохранения, постоянное наблюдение пациентов пожилого возраста с целью коррекции режима и медикаментозной терапии в тесном сотрудничестве с врачами других специальностей, гериатрами и социальными работниками являются идеальным подходом к повышению приверженности больного к лечению.

Сведения об авторах:

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

Кафедра поликлинической терапии лечебного факультета

Ларина В. Н. – д.м.н., проф. кафедры.

Чукаева И. Н. – д.м.н., проф., зав. кафедрой.

Карпенко Д. Г. – ассистент кафедры.

ФГБУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Москва

Факультет фундаментальной медицины

Позднякова А. В. – студентка 5 курса.

E-mail: larinav@mail.ru

Information about the author:

The Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov, Moscow, Russia

Vera N. Larina – MD, professor.

E-mail: larinav@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lainscak M., Cleland J., Lenzen M. Nonpharmacologic measures and drug compliance in patients with heart failure: data from the EuroHeart Failure Survey. *Am J Cardiol* 2007;99 (6B): 31–37.
2. van der Wal M., van Veldhuisen D., Veeger N. et al. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J* 2010;31 (12):1486–1493.
3. Pazos-López P., Peteiro-Vázquez J., Carcía-Campos A. et al. The causes, consequences, and treatment of left or right heart failure. *Vascular Health and Risk Management* 2011;7:237–254.
4. Muzzarelli S., Rocca H., Pfister O. et al. Adherence to the medical regime in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2010; 12: 389–396.
5. Gjesing A., Schou M., Torp-Pedersen C. et al. Patient adherence to evidence-based pharmacotherapy in systolic heart failure and the transition of follow-up from specialized heart failure outpatient clinics to primary care. *Eur J Heart Fail* 2013;15 (6):671–678.
6. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2003;211 p. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>.
7. Ефремова Е. В., Мевзоров М. В., Сабитов И. А. Commitment to treatment of patients with chronic heart failure in the conditions of a komorbidnost. *Clinical medicine* 2015;10:20–24. Russian (Ефремова Е. В., Мевзоров М. В., Сабитов И. А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. *Клиническая медицина* 2015;10:20–24).
8. Larina V. N., Bart B. Ya., Golovko M. G. et al. The factors which are negatively influencing the current and the forecast of chronic heart failure at advanced age. *Bulletin of RSMU* 2012;5:10–14. Russian (Ларина В. Н., Барт Б. Я., Головкин М. Г. и др. Факторы, негативно влияющие на течение и прогноз хронической сердечной недостаточности в пожилом возрасте. *Вестник РГМУ* 2012;5:10–14).
9. Yancy C., Fonarow G., Albert N. et al. Adherence to Guideline-Recommended Adjunctive Heart Failure Therapies Among Outpatient Cardiology Practices (Findings from IMPROVE HF). *Am J Cardiol* 2010;105:255–260.
10. McMurray J., Pfeffer M. Review of the current state of the art in heart failure. *Heart failure. Lancet* 2005;365:1877–1889.
11. Proshchayev K. I., Ilnitski A. N., Postnikova L. I. et al. The clinical pathology of polymorbidity in geriatrics practice. *Advances in gerontology* 2011;2:285–289. Russian (Процаев К. И., Ильницкий А. Н., Постникова Л. И. и др. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике. *Успехи геронтологии* 2011;2:285–9).

12. Lazebnik L.B., Efremov L.I., Konev Yu.V. Semantic difficulties at a polymorbidnost. *Clinical gerontology* 2015;3–4:44–46. Russian (Лазебник Л.Б., Ефремов Л.И., Конев Ю.В. Семантические трудности при полиморбидности. *Клиническая геронтология* 2015;3–4:44–46).
13. Braunstein J., Anderson G., Gerstenblith G. et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1226–1233.
14. van Deursen V., Urso R., Laroche C. et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey. *Eur J Heart Fail* 2014;16:103–111.
15. McMurray J., Adamopoulos S., Anker S. et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2012;14:803–869.
16. Altıparmak S., Altıparmak O. Drug-using behaviors of the elderly living in nursing homes and community-dwellings in Manisa, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;54: e242 – e248.
17. Lalić J., Radovanović R., Mitić B. et al. Medication adherence in outpatients with arterial hypertension. *Acta Facultatis Medicæ Naissensis* 2013;30 (4):209–218
18. Kadyrov R. V., Asriyan O. B., Kovalchuk S. A. Oprosnik “komplajentnost level”. Monograph. Vladivostok: Pestilence. State. Un-t. 2014; 74 p. Russian (Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «уровень комплаентности». Владивосток: Мор Гос Ун-т 2014; 74 с.).
19. Molloy G., Perkins-Porras L., Bhattacharyya M. et al. Practical support predicts medication adherence and attendance at cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome. *J Psychosom Res* 2008;65 (6):581–586.
20. Yap A., Thirumoorthy T., Kwan Y. Medication adherence in the elderly. *J Clin Gerontol Geriatr* 2016;2 (7):64–67.
21. Yap A., Thirumoorthy T., Kwan Y. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2015. Oct 20. doi: 10.1111/ggi.12616. [Epub ahead of print].
22. Chukaeva I. I. What is compliance and what can we do to improve it? *Medical case* 2012;2:21–27. Russian (Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии). *Лечебное дело* 2012;2:21–27).
23. Ponikowski P., Voors A., Anker S. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; doi:10.1093/eur-heartj/ehw128.
24. Mentz R., Kelly J., von Lueder T. et al. Noncardiac Comorbidities in Heart Failure With Reduced Versus Preserved Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol* 2014;64 (21):2281–2293.
25. Chaudhry S., Wang Y., Gill T., Krumholz H. Geriatric conditions and subsequent mortality in older patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:309–316.
26. Dodson J., Chaudhry S. Geriatric conditions in heart failure. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 2012;6 (5):404–410.
27. Santos-Eggimann B., Cuenoud P., Spagnoli J., Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64A (6):675–681.
28. Stephen W., Janssen I. Sarcopenic-obesity and cardiovascular disease risk in the elderly. *J Nutr Health Aging* 2009;5 (13):460–466.
29. Beard J., Officer A., de Carvalho I. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016;387:2145–54.
30. Fried L., Ferrucci L., Darer J. et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J Gerontology: Medical Sciences* 2004;3 (59):255–263.
31. Vidan M., Sanchez E., Fernandez-Aviles F. et al. FRAIL-HF, a study to evaluate the clinical complexity of heart failure in nondependent older patients: rationale, methods and baseline characteristics. *Clin Cardiol* 2014;37:725–732.
32. McLennan S., Pearson S., Cameron J., Stewart S. Prognostic importance of cognitive impairment in chronic heart failure patients: Does specialist management make a difference? *Eur J Heart Failure* 2006;8:494–501.
33. Halil M., Kizilarslanoglu M., Kuyumcu E. et al. Cognitive aspects of frailty: mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. *J Nutr Health Aging* 2015;19 (3):276–283.
34. Vogels R., Scheltens P., Schroeder-Tanka J., Weinstein H. Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature. *Eur J Heart Fail* 2007;5 (9):440–449.
35. Fredericks S., Beanlands H., Spalding K., De Silva M. Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patients education interventions: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nursing* 2010;9:30–37.
36. Störk S., Kavoliuniene A., Vinereanu D. et al. What does the lay public know about heart failure? Findings from the Heart Failure Awareness Day Initiative. *Eur J Heart Fail* 2016;18:66–70.
37. van der Wal M., Jaarsma T., Mose D. et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006;27:434–440.
38. Mareev V. Yu., Begrambekova Yu. L., Danielyan M. O. et al. What questions are asked and answered by studies of non-drug treatment in patients with heart failure. Lessons from the CHANCE study. *Heart failure* 2014;15 (6):383–396. Russian (Мареєв В. Ю., Бергамбекова Ю. Л., Даниелян М. О. и др. Какие вопросы задаются и на какие вопросы способны ответить исследования по немедикаментозному лечению пациентов с сердечной недостаточностью. *Уроки исследования ШАНС. Сердечная недостаточность* 2014;15 (6):383–396.).
39. Luttik M., Jaarsma T., van Geel P. et al. Long-term follow-up in optimally treated and stable heart failure patients: primary care vs. heart failure clinic. Results of the COACH-2 study. *Eur J Heart Failure* 2014;16:1241–1248.

Поступила 14.08.16 (Received 14.08.16)