References

1. Aktualnye problemy narkosituatsii v molodezhnoy srede: osnovaniya, tendentsii, profilaktika. Moskva: «Meditsina»; 2004. P. 24.
2. Barbashin I. V. *Analitychesky vestnik Soveta Federatsii RF.* – *Analytical Bulletin of Federation Council of RF.* 2005;34:9.
3. Vsemirny doklad o narkotikakh – Upravleniye Verkhovnogo Komissara OON po borbe s narkotikami i prestupnostyu. 2008.
4. Salnikov V. P. Narkotiki v Rossii: prestupleniya i rassledovaniya. Nauchnoye izdaniye. SPb.; 1999. 470 p.
5. Narkougroza i protivodeystviye. Moskva: «Mezhdunarodnyy Komitet po borbe s narkotikami»; 2000. 332 p.
6. Reutskaya L. A., Pyshnin T. I. Retsept. – *Recipe.* 2002;3:37-39.
7. Trifonov O. I. Psikhicheskiye i povedencheskiye rasstroystva u osuzhdennykh podrozkov, zavisimyykh ot narkotikov (diagnostika, organizatsiya meditsinskoy pomoshchi, terapiya i reabilitatsiya). Moskva; 2008. 20 p.
8. Centre for Addictions and Mental Health. Educating students about drug use and mental health – risk and protective factors: Youth and substance abuse – 2004. Toronto; 2004.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПОДХОДЫ К БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ Ю. В. МИХАЙЛОВА, А. Ю. АБРАМОВ

INTERNATIONAL APPROACH TO THE NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES EXPANSION CONTROL MIKHAYLOVA Yu. V., ABRAMOV A. Yu.

Проведен комплексный анализ международного сотрудничества по правовым и организационным подходам к борьбе с распространением наркотических и психотропных веществ как научно-правовой основы для разработки Российских законодательных норм по данной проблеме. Объектом исследования явились международные правовые акты, программы, механизмы контроля над оборотом наркотических средств и психотропных веществ за пятьдесят лет (1961–2012 гг.).

Сделан вывод, что решение проблемы наркотиков является общей и совместной обязанностью государств, которая требует эффективного и более широкого международного сотрудничества, а также применения комплексного, междисциплинарного, взаимоукрепляющего и сбалансированного подхода в рамках стратегий сокращения предложения и спроса.

Ключевые слова: наркотические средства, психотропные вещества, международно-правовое регулирование

Complex analysis of international collaboration experience in narcotic and psychotropic substances expansion control was performed for developing scientific legal framework of Russian legislative regulation. The study objects were international legal acts, programs and control mechanism for the narcotic and psychotropic substances expansion that were in force for the last 50 years.

The authors consider that solution of a problem of the narcotic and psychotropic substances expansion requires wide international collaboration and also complex interdisciplinary balanced approach toward the supply and demand reducing.

Key words: narcotic substances, psychotropic substances, international legal regulation

© А. А. Койчуев, 2013
УДК 616-08-07-082.3:615
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08016>
ISSN – 2073-8137

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ: МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ, ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

А. А. Койчуев

Ставропольский государственный медицинский университет

Термин «приверженность терапии» означает «соблюдение указаний врача». Несмотря на незначительные различия, термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» (с англ.

«compliance» – соблюдение больничного режима и схемы лечения) и в клинической практике часто его заменяет.

«Приверженность терапии» обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники), и ее соответствие рекомендациям врача [16]. Степень комплаентности варьирует от пациента, который строго выполняет

Койчуев Арсен Аскерович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 89283180604; e-mail: kum672002@mail.ru

все рекомендации врача, до пациента, который никогда им не следует [11].

Методы оценки приверженности можно разделить:

- на фармакологические (удостовериться в должном приеме лекарства можно с помощью определения концентрации препарата в биологических средах);
- клинические (о приверженности свидетельствует посещение врача в назначенное время, улучшение состояния больного, в случае артериальной гипертензии (АГ) – стабилизация показателей АД);
- физические (зафиксированное пополнение запасов препарата – наличие пустых упаковок, подсчет числа оставшихся таблеток, информация аптеки о покупке лекарства и т. д.).

В практике большее распространение получил тест Мориски – Грина. Согласно критериям данного теста, комплаентными считаются пациенты, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» более 3 раз (набравшие более 3 баллов):

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да)
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет / да)
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет / да)
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? [13].

Исследования уровня приверженности пациентов лечению показали, что уровень приверженности тесно взаимосвязан с целым рядом факторов/обстоятельств:

- пол и возраст (у мужчин, пожилых >65 лет и молодых пациентов <35 лет приверженность к лечению ниже);
- характерологические особенности пациента, уровень его образования (отрицание заболевания, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества, низкий уровень образования и интеллекта и др.);
- особенности течения заболевания (рефрактерность к лечению);
- правильный выбор препарата: его достаточно быстрая и хорошая эффективность (пациент неудовлетворен затянувшимся достижением гипотензивного эффекта) и хорошая переносимость;
- схемы лечения, в частности количества назначенных препаратов, частота их приема в течение суток (сложная схема приема лекарств затруднительна для работающего пациента, полипрагмазия ухудшает приверженность);
- наличие в аптеках назначенных врачом препаратов [7].

Как показывают исследования степени приверженности пациентов лечению, часто самостоятельный отказ от лечения отмечается при появлении побочных эффектов. Например, доля больных, изменивших лечение при отсутствии

каких-либо проблем, составила 17 %, но по мере появления от 1 до 3 побочных эффектов она увеличивалась до 29, 41 и 58 % соответственно [18].

Одним из важных условий соблюдения режима терапии пациентами является профессионализм врача; так, около 50 % случаев неэффективности терапии связано с ее неадекватным применением [4]. В процессе формирования комплаентного поведения пациентов важную роль играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личностные характеристики: дипломатичность (100 % ответов), организованность (94,2 % ответов), общительность (75,0 % ответов), творческий подход к своей работе (73,8 % ответов). Меньшее число пациентов привлекают такие свойства личности врача, как практичность (58,3 % ответов), конформность (41,6 % ответов) и прямолинейность (22,6 % ответов). На эффективность интеракций в системе «врач – пациент» оказывают влияние характер профессиональной адаптации и организация личностных качеств, формирующих медика как компетентного специалиста. Нельзя не учитывать, что большую роль в повышении приверженности играет авторитет врача [9, 10].

Одним из барьеров успешного лечения сегодня по-прежнему остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим стандартам лечения. Отсутствие готовности врача к интенсификации терапии (из-за боязни побочных эффектов, возможных метаболических эффектов, осложнений, страха увеличения стоимости лечения, а также отсутствия субъективной убежденности в необходимости снижения АД у конкретного больного) приводит к ухудшению комплаентности пациентов [14].

Как показывают результаты некоторых исследований приверженности лечению, причиной низкой приверженности может являться тревога.

Сами же врачи считают причинами некомплаентного поведения пациентов: страх (или ожидание боли) перед лечебным вмешательством; недооценка пациентом серьезности патологии; недостаточный санитарный и культурный уровень пациента; материальные затраты, связанные с лечением; отсутствие диспансерного наблюдения и обязательных медицинских осмотров различных групп населения, особенно «в группах риска». Так, например, достаточно остро проблема комплаентности стоит при лечении пациентов пожилого и старческого возраста. Было изучено, что только 39,2 % больных постоянно соблюдают предписанную терапию, при этом основная часть таких пациентов приходится на лиц пожилого возраста – 69,2 %.

Не менее сложной проблемой является приверженность лечению детей и подростков. Это тем более важно, что навыки, привитые в детстве, повлияют на отношение пациента к любой терапии и в зрелом возрасте [15].

Еще одной группой, для которой проблема приверженности чрезвычайно важна, являются пациенты с психиатрическими заболеваниями. Имеются сообщения о том, что 48 % таких паци-

ентов не соблюдают лечебные рекомендации в течение первого года терапии и 74 % – первых двух лет [5, 19].

Специалисты отмечают определенные проблемы приверженности лечению ВИЧ-инфицированных пациентов. ВИЧ-инфекция с антиретровирусной терапией (АРВТ) выделяется из общего ряда заболеваний, приверженность в 80 % считается при этой патологии достаточно высокой. Минимальная приверженность, необходимая для эффективности АРВТ, составляет 90–95 % [10, 12, 17].

Стоит уделить особое внимание проблеме приверженности лечению в терапии гипертонической болезни, которая является чрезвычайно острой в связи с ее широким распространением в популяции. Согласно статистическим данным, в настоящее время частота АГ среди женского населения России составляет 40,1 %, мужского – 37,2 %. При этом по прогнозам специалистов количество больных АГ будет постоянно увеличиваться. В то же время данные современных исследований показали, что активное привлечение пациентов к регулярному лечению и контролю АД приводит к снижению смертности от инсульта на 48 % [6].

К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести общегосударственные мероприятия, изменение общественного сознания, а также изменение системы финансирования. Существенная роль в повышении приверженности лечению отводится следующим рекомендациям:

- 1) информирование пациента о заболевании и лечении;
- 2) оценка понимания и принятия заболевания пациентом, его ожидания от длительного наблюдения и лечения;
- 3) обсуждение имеющихся сомнений и прояснение непонятных вопросов;
- 4) использование памяток, напоминание пациенту о предстоящем визите по телефону, электронной почте;
- 5) планирование более частых визитов для пациентов, не приверженных лечению;
- 6) назначение пациенту даты следующего визита, прежде чем он покинет кабинет;
- 7) налаживание контакта с пациентами, пропустившими визит;
- 8) поощрение самоконтроля;
- 9) обучение членов его семьи для обеспечения ежедневной поддержки в достижении контроля лечения при согласии пациента;
- 10) получение помощи от других членов семьи, друзей и в случае необходимости – социальных служб;
- 11) информирование пациента о рекомендуемых изменениях образа жизни, терапии и обеспечение его письменной информацией о назначениях;
- 12) выявление проблем, которые беспокоят пациента, предоставление ему возможности выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций;
- 13) включение терапии в образ жизни пациен-

та. Подбор индивидуального режима терапии с простыми, понятными инструкциями и упрощенной схемой лечения;

- 14) обеспечение перехода на использование низких доз для снижения побочных эффектов терапии. Использование препаратов, требующих приема 1 раз в сутки, для упрощения схем дозирования;
- 15) использование длительно действующих препаратов для смягчения синдрома рикошета вследствие пропусков в терапии (лечении), а также применение комбинированной терапии для уменьшения длительности подбора лечения и использование фиксированных комбинаций с целью исключения полипрагмазии и снижения стоимости терапии [3];
- 16) закрепление достигнутого результата лечения.

Одной из эффективных стратегий для улучшения приверженности пациентов лечению является индивидуальное и групповое обучение пациентов.

Нижеследующие принципы обучения помогут врачу повысить уровень комплаентности пациента:

- четкое формулирование пользы новых сведений для пациента (взрослые обучаются гораздо эффективнее при осознании конечной цели);
- выстраивание порядка изложения материала по принципу «от простого к сложному»;
- поощрение стремления пациента к практическому использованию приобретенных навыков;
- повторение усвоенного на предыдущих занятиях материала;
- ведение разговора на языке пациента, соответственно его социально-культурному уровню, с использованием фраз, ранее услышанных от других больных;
- использование вопросов, требующих развернутых ответов, чтобы лучше вникнуть в проблему и установить хороший доверительный контакт с пациентом;
- поддержка, а не осуждение пациента в процессе общения [1, 2].

Несмотря на обилие современных методов влияния на уровень приверженности пациента лечению по-прежнему ведущую роль играет формирование взаимоотношений между врачом и пациентом. По мнению специалистов, наиболее эффективными являются следующие:

- авторитет врача. «Если эксперт скажет, что это правда, то это должно быть именно так». Люди склонны следовать рекомендациям тех, кто для них является безоговорочным авторитетом (следует показать сертификаты, дипломы и т. д. тех лиц, которые дают советы больным, в том числе самого врача);
- желание раритета. «Я не могу это иметь, но я хочу его еще больше». Люди склонны переоценивать значение вещей редких или таких, в доступности которых существует ограничение (следует показывать, что

можно потерять редчайшую возможность вследствие отказа следовать наставлениям врача);

- консенсус. «Большинство пациентов в цивилизованном мире выбирают именно такой путь лечения». Люди склонны смотреть на поведение окружающих при принятии собственного решения (следует показать, что другие пациенты в аналогичных условиях достигли значительных результатов, следуя таким рекомендациям);
- взаимоотношения. «Дай и возьми». Люди чувствуют себя обязанными, когда им заранее что-нибудь дали (следует применять систему уступок для привлечения пациента к исполнению рекомендаций: сделайте комплимент, используйте систему вознаграждений как мотивацию к приверженности лечению);
- последовательность и настойчивость. «Начни с чего-нибудь легкого, а потом постепенно требуй большего». Люди должны чувствовать некоторое давление для того, чтобы быть последовательными в своих действиях (желательно, чтобы пациенты взяли определенные обязательства относительно своего здоровья);

– приверженность и симпатия. «Подружись с тем, кого хочешь приобщить к своей вере». Люди легче принимают условия от тех, кто им нравится (следует демонстрировать свою преданность в работе с пациентом на протяжении всего периода лечения) [8].

Если обеспечить приверженность лечению представляется маловероятным, следует рассмотреть возможность применения тех препаратов, на эффективность которых пропуск дозы или задержка приема не влияют: препараты с большим периодом полужизни, депо-формы (с замедленным высвобождением), трансдермальные средства.

Таким образом, повышение приверженности пациента лечению является актуальной проблемой общественного здравоохранения, в значительной степени определяющим эффективностью мер медицинского характера. Применение же современных методологических подходов повышения приверженности лечению обеспечивает высокую эффективность выполнения поставленных задач в оказании медицинской помощи пациенту, что в свою очередь ведет к повышению качества и продолжительности его жизни.

Литература

1. Кобалава, Ж. Д. Формирование приверженности к лечению гиполлипидемическими препаратами / Ж. Д. Кобалава, С. В. Виллевалде : Электр. ресурс. – URL: <http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?articleid=10431>.
2. Конради, А. О. Значение приверженности, к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А. О. Конради // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 4, № 6. – С. 21–25.
3. Конради, А. О. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции / А. О. Конради, Е. В. Полунчева // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, № 3. – С. 137–143.
4. Мосолов, С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С. Н. Мосолов // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10, № 12/13. – С. 45–49.
5. Незнанов, Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
6. Оганов, Р. Г. Здоровье Украины / Р. Г. Оганов, С. Р. Гиляревский, Ф. Т. Агеев // Мед. газета. – 2008. – № 9. – С. 47–49.
7. Ощепкова, Е. В. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению / Е. В. Ощепкова, Л. Г. Исаева // Атмосфера. Кардиология: Журнал для практикующих врачей. – 2003. – № 3. – С. 33–36.
8. Сиренко, Ю. Приверженность лечению — залог его успеха / Ю. Сиренко // «Еженедельник АПТЕКА». – № 547 (26). – 2006. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.apteka.ua/article/3260>.
9. Benson, J. Keep taking the tablets / J. Benson, N. Britten // BMJ. – 2003. – № 326. – P. 1314–1317.
10. Benson, J. Patients decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study / J. Benson, N. Britten // BMJ. – 2002. – Vol. 18. – P. 325–373.
11. Leppik, I. E. Compliance during treatment of epilepsy / I. E. Leppik // Epilepsia. – 1988. – Vol. 29, № 2. – P. 79–84.
12. McNabb, J. Adherence to highly active antiretroviral therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic / J. McNabb, J. W. Ross, K. Abriola [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2001. – Vol. 33, № 5. – P. 700–705.
13. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Med. Care. – 1986. – № 24. – P. 67–73.
14. Neutel, J. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension / J. Neutel, D. Smith // J. Clin. Hypertens. – 2003. – № 5. – P. 127–132.
15. Osterberg, L. Adherence to Medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 353. – P. 487–497.
16. Paschal, A. M. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions / A. M. Paschal, S. R. Hawley, T. S. Romain [et al.] // Epilepsia. – 2008. – Vol. 49, № 7. – P. 1115–1122.
17. Paterson, D. L. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection / D. L. Paterson, S. Swindells, J. Mohr [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2000. – Vol. 133, № 1. – P. 21–30.
18. Wallenius, S. H. Self-initiated modification of hypertension treatment in response to perceived problems / S. H. Wallenius, K. K. Vainio, M. J. Korhonen [et al.] // Ann. Pharmacother. – 1995. – Vol. 29. – P. 1213–1217.
19. Weinden P. J. Causes of neuroleptic non-compliance / P. J. Weinden, E. Shaw, J. J. Mann // Psychiatric Annals. – 1986. – Vol. 16. – P. 571–575.
3. Konradi A. O., Polunicheva Ye. V. *Arterialnaya gipertenziya. – Arterial hypertension*. 2004;10(3):137–143.
4. Mosolov S. N. *Russky meditsinsky zhurnal – Russian Medical Journal*. 2002;10(12 / 13.):45–49.
5. Neznakov N. G., Vid V. D. *Psikhiatriya i psikhofarmakologiya. – Psychiatry and psychopharmacology*. 2004;6(4):159–162.

6. Oganov R. G., Gilyarevsky S. R., Ageyev F. T. *Meditinskaya gazeta*. – Medical Newspaper. 2008;9:47-49.
7. Oshchepkova, Ye. V., Isayeva L. G. *Atmosfera. Kardiologiya*. – Atmosphere. Cardiology. 2003;3:33-36.
8. Sirenko Yu. *Ezhenedelnik APTEKA*. – Weekly Journal PHARMACY. 2006;547(26). [Elektronnyy resurs]. Rezhim dostupa: <http://www.apteka.ua/article/3260>.
9. Benson J., Britten N. *BMJ*. 2003;326:1314-1317.
10. Benson J., Britten N. *BMJ*. 2002;18:325-873.
11. Leppik I. E. *Epilepsia*. 1988;29(2):79-84.
12. McNabb J., Ross J. W., Abriola K. et al. *Clin Infect Dis*. 2001;33(5):700-705.
13. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. *Med Care*. 1986;24:67-73.
14. Neutel J., Smith D. J *Clin Hypertens*. 2003;5:127-132.
15. Osterberg L., Blaschke T. N *Engl J Med*. 2005;353:487-497.
16. Paschal A. M., Hawley S. R., Romain T. S. et al. *Epilepsia*. 2008;49(7):1115-1122.
17. Paterson D. L., Swindells S., Mohr J. et al. *Ann Intern Med*. 2000;133(1):21-30.
18. Wallenius S. H., Vainio K. K., Korhonen M. J. et al. *Ann Pharmacother*. 1995;29:1213-1217.
19. Weinden P. J., Shaw E., Mann J. J. *Psychiatric Annals*. 1986;16:571-575.

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ:
МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ, ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ
НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ**
А. А. КОЙЧУЕВ

**ADHERENCE TO TREATMENT:
TECHNIQUES, TECHNOLOGIES CORRECTING
INADEQUATE ADHERENCE TO THERAPY**
KOYCHUEV A. A.

В статье рассматривается понятие приверженности лечению и комплаентности пациентов. Описаны фармакологические, клинические и физические методы оценки приверженности лечению. Определены факторы, влияющие на приверженность пациентов. Описаны методики, повышающие приверженность: установление доверительных отношений с пациентом, заинтересованность врача в получении согласия и выздоровлении больного, осознание пациентом серьезности своего заболевания и возможности его контроля с помощью лечения.

Ключевые слова: приверженность лечению, комплаентность, методы повышения приверженности лечению

The article discusses the concept of adherence and patient compliance. Were described the pharmacological, clinical and physical methods of adherence assessment. The factors that influence patient compliance were presented. The techniques that improve adherence: confidentiality, physician interest in obtaining consent and recovery of the patient, patient awareness of the severity of the disease and the possibility of effective treatment were presented.

Key words: adherence, compliance, methods to improve adherence

© А. Ю. Ненарокомов, 2013
УДК 614.2(475)
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08017>
ISSN – 2073-8137

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Ю. Ненарокомов

Волгоградский государственный медицинский университет

В последние годы интерес отечественной клинической науки к проблеме контроля качества жизни в процессе лечения значительно возрос. В подавляющем числе случаев в этой связи подразумевается так называемое «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖСЗ), которое ограничивает широту социологического понятия «качество жизни» лишь факторами здоровья [1, 3, 4].

Существуют различные определения этого понятия, исходя из которых КЖСЗ – это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества. Методология исследования КЖСЗ позволяет выявить факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ею смысла. Во многом действенность этих факторов зависит от настроения самого индивида и его представлений о своем статусе [5, 6, 7].

Типичным методом оценки статуса здоровья является сбор стандартных ответов на стандартные вопросы. В настоящее время насчитывается более пятидесяти общих и специальных опро-

Ненарокомов Александр Юрьевич,
ассистент кафедры онкологии с курсом онкологии
и гематологии ФУВ
Волгоградского государственного медицинского университета;
e-mail: poisson1967@yandex.ru