

УДК 338

doi: 10.26456/2219-1453/2021.4.104–112

## **КОМПЛАЕНТНОСТЬ ТЕРАПИИ КАК СПОСОБ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В РОССИИ**

**Э.Б. Селецкий**

ООО «Русский Регистр – Уральское Качество», г. Екатеринбург

Цель статьи – выявить причины нон-комплаентности терапии с использованием ряда статистических методов. Проведенное исследование проблематики помогло автору связать низкую приверженность терапии с субъективными причинами, что ассоциируется с трехкратным повышением риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Данное обстоятельство впоследствии отразится на состоянии здоровья граждан, а кроме того, – обернется дополнительными экономическими издержками. Автор акцентирует внимание на основных направлениях решения проблем в области управления здравоохранением по вопросам улучшения приверженности к лечению, как на региональном, так и на федеральном уровнях. Элементами научной новизны являются предьявленные возможности улучшения качества медицинских услуг.

**Ключевые слова:** *комплаентность, приверженность к лечению, диаграмма Исикавы, диаграмма Парето, причинно-следственная матрица, сердечно-сосудистые заболевания, совершенствование качества медицинских услуг.*

Эффективность лечения таких длительно-текущих заболеваний, как артериальная гипертония, всецело зависит от степени комплаентности пациента. Нередко именно несоблюдение врачебных рекомендаций приводит к ухудшению состояния пациента.

«Комплаенс» – от лат. *complere* (совершение, исполнение, выполнение), или от англ. *compliance* (согласие, приспособление, разделение взглядов, «приверженность к лечению» (*adherence*)). COMPLAINTным называют поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением. Данный термин «комплаентность» подразумевает точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. Он вошел в обращение с 1970-х гг. по большей части при обсуждении лекарственной терапии.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет приверженность больных к лечению как «степень, в которой поведение пациента относительно приема препаратов соответствует ранее согласованным с ним рекомендациям врача». Согласно различным исследованиям, от 25 до 75 % пациентов не соблюдают режим приема препаратов.

Данные ВОЗ констатируют факт, что длительное соблюдение назначений врача при хронических заболеваниях замечено лишь в 50 % случаев. Такие исследования проводились И.П. Лапиным [5, с. 112–115],

который указывает в качестве причины отказа от лекарств отсутствие их эффективности. М.В. Леонова и Н.В. Мясоедова по вопросам комплаентности рассматривали практические аспекты лечения АГ. [6, с. 55–56]. Комплаентность в качестве медико-социальной и этической педиатрии рассматривались Г.Л. Микиртичан, Т.В. Кауровой, О.К. Очкур [7, с. 5–10]. Зависимость качества жизни психосоматических больных от отношения к комплаентности выявлялась И.А. Новиковой, В.В. Поповым [8]. Вопросы взаимоотношений врача и пациента в качестве определяющего фактора комплаентности раскрыты И.В. Фирсовой, Д.В. Михальченко, О.Н. Скачковой [10, с. 20].

Около 1/3 пациентов, а это весьма значительная часть, прерывает рекомендованную терапию в течение 12 месяцев после перенесенного сердечно-сосудистого события. А.Т. Агеев и др. отмечают, что именно субъективные причины обуславливают низкую приверженность терапии, что приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений, а риск развития заболевания повышается примерно втрое. Так, низкая приверженность лечению является одной из ведущих причин неконтролируемого повышения АД [2]. При этом С.А., Бойцовым Е.В. Филипповым и др. в рамках пилотного проекта ЭССЕ-РФ выявлено, что в структуре причин заболеваемости от ССЗ на долю АГ приходится 39,9 % (с первично установленным диагнозом – 25,2%), ишемической болезни сердца – 23 % (24,9 %), цереброваскулярных болезней – 21,6 % (24,5 %) [3, с. 48–54].

В настоящее время в ходе множества исследований проблем комплаентности терапии различных заболеваний, в том числе и заболеваний сердечно-сосудистой системы (далее ССС), учёные пришли к принятию уровня пациентского комплаенса, в их понимании как «удовлетворительного», равным 80 % и более.

Принимая во внимание серьёзные последствия нон-комплаенса для здоровья больного, а также негативного влияния дополнительной экономической нагрузки на систему здравоохранения, следует считать целесообразным стимулирование повышения пациентского комплаенса с помощью ряда мер.

А.Т. Агеевым и др. направления по повышению приверженности к терапии классифицированы по следующим группам: 1) обучение пациентов; 2) организационные мероприятия (напоминания, пометки на истории болезни и т. п.); 3) психологические (консультирование, поведенческая терапия, мульти-профессиональные команды и др.); 4) технологические (крышки для упаковок с напоминаниями, лекарственные формы, телемониторинг и т. п.); 4) экономические (денежные и немонетарные стимулы); 5) комплексные [2].

Автор поддерживает мнение И.В. Фесенко и др., касающегося отнесения **общегосударственных мероприятий**, изменения общественного сознания и системы финансирования здравоохранения, к мерам, которые могут привести к улучшению приверженности к лечению.

Однако данные мероприятия по улучшению приверженности, являясь достаточно затратными по времени или слишком сложными для внедрения,

способны увеличить ее не более чем на 10 %. Требуется актуальный поиск новых путей по увеличению приверженности. Особенно это касается пожилых пациентов [9, с. 95–99].

Автором проведен ряд исследований комплаентности терапии сердечно-сосудистых заболеваний на примере кардиологического отделения Полевской ЦГБ (опрошено было 20 пациентов) и ведомственной поликлиники ПАО «Северский трубный завод» во время плановых приёмов у терапевтов (28 посетителей). Результаты апробации: на вопросы в части регулярности приёма лекарственных препаратов ответы распределились следующим образом.

1. Поликлиника ПАО «Северский трубный завод» (опрошено 28 чел.):

– **Да, забываю** принимать лекарства от давления (в разных вариациях), ответило 10 человек из 28, или **36 %**.

– **Нет, не забываю**, ответило 16 человек, или **57 %**

– Затруднились ответить 2 человека – **7 %**.

Таким образом, с учётом 2 человек, которых можно отнести к категории тех, кто забывает принимать лекарства, некомплаентными пациентами оказались **43 %**. Приверженными к лечению АГ считают себя **57 %** опрошенных. Средний возраст мужчин – **50** лет (9 чел.), средний возраст женщин – **53** года (19 чел.).

2. В кардиологическом отделении Полевской ЦГБ (опрошено 20 чел.):

– **Да, забываю** принимать лекарства от давления (в разных вариациях), ответило **4** человека из 20, или **20 %**.

– **Нет, не забываю**, ответило **15** человек, или **75 %**

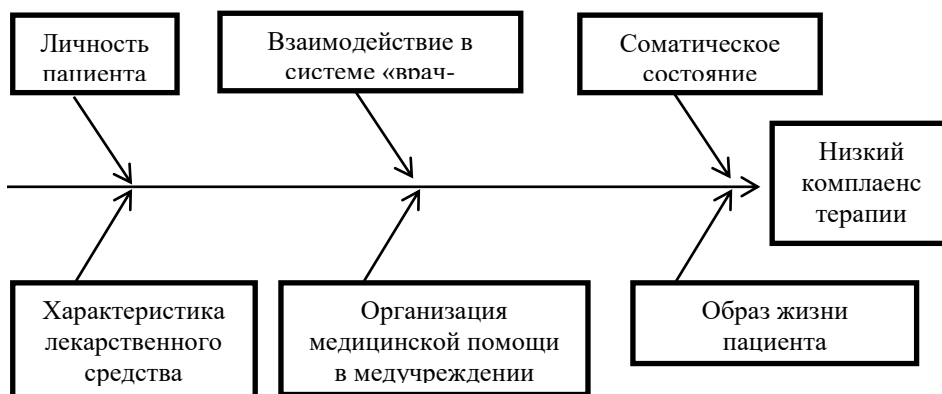
– **Затруднился ответить** **1** человек – **5 %**.

Таким образом, с учётом 1 человека, которого можно отнести к категории тех, кто забывает принимать лекарства, некомплаентными пациентами оказались **25 %**. Приверженными к лечению АГ считают себя **75 %** опрошенных. Средний возраст мужчин – **55** лет (6 чел.), средний возраст женщин – **71** года (16 чел.).

Согласно результатам анализа, люди в возрасте  $52 \pm 2$  года в работоспособном состоянии менее привержены лечению АГ, чем пациенты старшего возраста с выраженными заболеванием АГ, находящиеся в кардиологическом отделении.

В «опросе–эксперименте» участвовало две группы. Контрольная группа была протестирована, и больше мы к ней не возвращались, а экспериментальная протестирована, и под контролем медицинских сестёр принимала своевременно лекарственные препараты. Можно отметить, что результаты высокого комплаенса к терапии ССЗ достигались, в том числе, и постоянным участием медсестёр в лечении пациентов кардиологического отделения.

Причин некомплаентности множество. Среди значимых групп факторов (как показал опрос пациентов и анализ литературы) можно выделить такие, как (рис. 1, см. ниже):



Р и с . 1. Диаграмма Исикавы для процесса управления комплаентностью терапии

Применяя матрицу причин и следствий, как квазинаучный качественный инструмент, который помогает установить корреляцию – насколько важны определённые входы (X) для достижения целей, представленных конкретными выходами (Y), автору удалось проранжировать «входы процесса» (их более 40) и определить их рейтинг, затем построить диаграмму Парето с целью визуализации. Результаты исследования показаны в табл. 1 и табл. 2, рис. 2 и рис. 3:

Т а б л и ц а 1

Матрица причин и следствий

Рейтинговая важность для потребителя		8	
		1	
Входы процесса		Выходы процесса	
		Низкий комплаенс терапии при ССЗ	Кумулятивный, %
1	Финансовая недоступность препарата (дороговизна)	916	3%
2	Недостаточная доступность медицинской помощи (нехватка врачей)	900	7%
3	Множественность лекарственных препаратов	840	10%
4	Возраст до 35 лет и старше 65 лет	822	12%
5	Низкий уровень доверия к врачу	812	15%
6	Недостаточная осведомлённость о заболевании	812	18%
7	Личные особенности врача (низкий уровень эмпатии, агрессивность, конфликтность)	788	21%
8	Малоподвижный образ жизни (гиподинамия)	777	24%
9	Большие очереди к врачу (в случае поликлиники)	748	27%
10	Низкое качество жизни	747	29%
11	Отсутствие ремиссии (улучшения) в течение заболевания	738	32%
12	Неадекватность предоставляемой пациенту информации	736	35%

Входы процесса		Выходы процесса	Низкий комплаенс терапии при ССЗ	Кумулятивный, %
13	Низкий престиж врача		730	37%
14	Бессимптомное течение заболевания		724	40%
15	Замкнутая («закрытая») жизнь		724	42%
16	Время и кратность визита к врачу		720	45%
17	Низкий уровень образования		718	48%
18	Специфика патологии		717	50%
19	Отсутствие веры в лечение		716	53%
20	Медленный эффект (наступающий через длительное время)		700	55%
21	Низкие волевые качества		694	58%
22	Долговременный приём		684	60%
23	Низкий престиж медицинского учреждения		680	63%
24	Употребление алкоголя		680	65%
25	Обстоятельства визита к врачу		678	68%
26	Невротические расстройства (депрессия, тревога)		664	70%
27	Снижение интеллекта		648	72%
28	Рефрактерность (невосприимчивость) к лечению		627	75%
29	Недоступность препаратов (редко бывают в аптеке)		614	77%
30	«Нетерпеливость» в ожидании результата		610	79%
31	Тип отношения к болезни: анозогностический (пренебрежение к болезни, лёгкость нарушения врачебных рекомендаций)		604	81%
32	Плохая переносимость ЛП		594	83%
33	Пол мужской		586	85%
34	Курение		581	87%
35	Пол женский		574	89%
36	Неудобство приёма лекарственного препарата (ЛП)		560	91%
37	Низкий социально-экономический статус		524	93%
38	Тип отношения к болезни: гипогностический (завышенное ожидание результатов лечения)		488	95%
39	Характер упаковки		480	97%
40	Размер и вкус лекарственного препарата		450	98%
41	Вторичные «выгоды» от заболевания (группа инвалидности, выплаты и т.д.)		432	100%
			27837	

Как следует из табл. 2, наибольшее количество баллов у показателя «Финансовая недоступность препарата (дороговизна)». Указанная проблема имеет социально-экономический характер и относится, в большей степени, к федеральному уровню (низкие пенсии, дороговизна лекарственных препаратов).

Т а б л и ц а 2

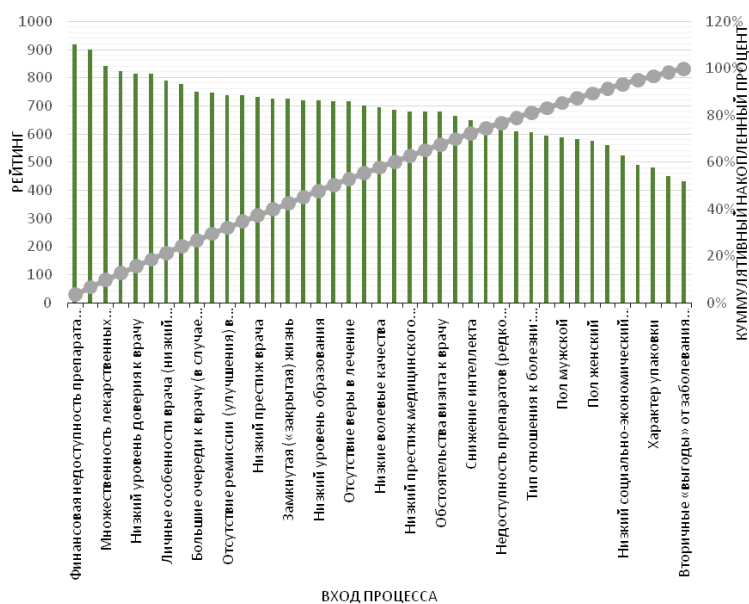
Приоритетные причины низкого комплаенса терапии ССЗ

№ п/п	Приоритетные причины низкого комплаенса терапии ССЗ	Баллы	Доля факторов в общем объеме, %	Кумулятивный %
1	Финансовая недоступность препарата (дороговизна)	916	3	3
2	Недостаточная доступность медицинской помощи (нехватка врачей)	900	3	7
3	Множественность лекарственных препаратов	840	3	10
4	Возраст до 35 лет и старше 65 лет	822	3	13
5	Низкий уровень доверия к врачу	812	3	15
6	Недостаточная осведомлённость о заболевании	812	3	18
7	Личные особенности врача (низкий уровень эмпатии, агрессивность, конфликтность)	788	3	21
8	Малоподвижный образ жизни (гиподинамия)	777	3	24
9	Большие очереди к врачу (в случае поликлиники)	748	3	27
10	Низкое качество жизни	738	3	29
30	«Нетерпеливость» в ожидании результата	610	2	80

Вторая позиция также важна, но при этом не в полной мере зависит от медицинского учреждения в части обеспеченности его врачами.

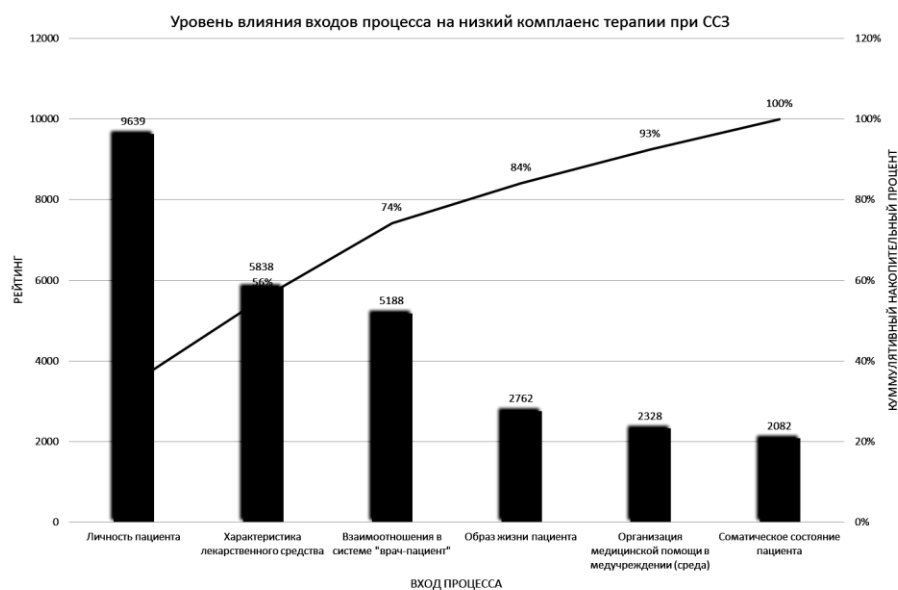
Третья – девятая позиции управляются на уровне лечебного учреждения, но для успешного решения этих проблем, по мнению автора, помощь регионального и федерального уровня министерств здравоохранения всё же необходима.

Десятый показатель, касающийся качества жизни пациента и создания мотивации к лечению больного, также как и 1-й показатель, выходит за пределы решения проблемы только силами медицинского персонала больниц.



Р и с . 2. Уровень влияния входов процесса на низкий комплаенс терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Эта задача может быть решена только при условии комплексной работы государства, учреждений здравоохранения и образовательной системы.



Р и с . 3. Уровень влияния входов процесса на низкий комплаенс терапии сердечно-сосудистых заболеваний

В результате исследования проблем низкого комплаенса для целей совершенствования управления здравоохранением РФ в проведении мероприятий по повышению приверженности к терапии, в нашем примере,

сердечно-сосудистыми заболеваниями, автором были установлены его приоритетные причины. **В диапазон 80 % вошли порядка 30 причин из 41.**

Результат, по мнению автора работы, мог быть более корректный, но фактическая выборка была небольшая по объёму (по составу репрезентативная). Однако для исполнительского уровня (медицинская сестра, врачи ЦГБ) вполне достаточно для понимания направления совершенствования качества медицинских услуг.

Более информативное исследование может увенчаться успехом в случае применения данного метода в рамках Министерства здравоохранения РФ и Свердловской области, при значительном количестве исследуемых кардиологических (терапевтических) отделений.

Проведенные и изученные исследования позволили автору сделать вывод, что результаты лечения больных и исход заболевания достоверно зависят от соблюдения полного комплаенса лечения.

### **Список литературы**

1. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 11 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2012 г./ с изменениями и дополнениями.
2. Агеев Ф.Т. Повышение приверженности к терапии: «дело техники» / Ф.Т. Агеев, и др. // Сердечная Недостаточность. 2014. Т. 12. № 4(66).
3. Бойцов с.а., Филиппов Е.В. и др. Факторы риска неинфекционных заболеваний населения рязанской области (по данным исследования меридиан-ро как пилотного проекта исследования эссе-рф) //Профилактическая медицина. 2013. Т.16. №6. С. 48–54.
4. Журавская Н.Ю. / Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенёсших мозговой инсульт /Дис. на соискание ученой степени канд. Мед. наук. Москва 2015.
5. Лапин И.П. Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012. № 3. С. 112–115.
6. Леонова М.В., Мясоедова Н.В. Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность // Российский кардиологический журнал. 2013. № 2. С. 55–56.
7. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. 2013. № 11(6). С. 5–10.
8. Новикова И.А., Попов В.В. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. – N 6(35) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
9. Фесенко Э.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии /Э.В. Фесенко и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2013. Т. 22(117). № 16/1. С. 95–99.
10. Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Скачкова О.Н. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность // Социология медицины. 2014. № 1. С. 20.

*Об авторе:*

СЕЛЕЦКИЙ Эдуард Борисович – кандидат экономических наук, главный специалист по развитию и маркетингу, ООО «Русский Регистр – Уральское Качество», г. Екатеринбург, ул. Коминтерна, офис 808; [seletskiyeb@rusregister.ru](mailto:seletskiyeb@rusregister.ru), Orcid ID 0000-0002-5496-5524.



## COMPLIANCE WITH THERAPY AS A WAY TO IMPROVE THE PROCESS HEALTHCARE MANAGEMENT IN RUSSIA

**E.B. Seletskiy**

Russian Register – Ural Quality LLC, Yekaterinburg

The purpose of the article is to identify the causes of non-compliance of therapy using a number of statistical methods. The issue study conducted helped the author link low adherence to therapy with subjective causes, which is associated with a threefold increase in risk of developing cardiovascular complications. This circumstance will subsequently affect the state of health of citizens, first of all, and, secondly, will entail additional economic costs. The author focuses on the main directions of solving problems in the field of health management on improving adherence to treatment, both at the regional and federal levels. Elements of scientific novelty are presented opportunities to improve the quality of medical services.

**Keywords:** *compliance, adherence to treatment, Ishikawa diagram, Pareto diagram, causal matrix, cardiovascular diseases, improving the quality of medical services.*

*About the author:*

SELECKIJ Jeducard Borisovich – candidate of economic sciences, Chief Specialist for Development and Marketing, LLC “Russian Register – Ural Quality”, Yekaterinburg, Kominternast., office 808; [seletskiyeb@rusregister.ru](mailto:seletskiyeb@rusregister.ru), Orcid ID 0000-0002-5496-5524.

### References

1. Federal'nyj zakon № 323 ot 21.11.2011 g. «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii». St. 11 nastojashhego Federal'nogo zakona vstupaet v silu s 1 janvarja 2012 g. / s izmenenijami i dopolnenijami.
2. Ageev F.T. Povyshenie priverzhennosti k terapii: «delo tehniki» / F.T. Ageev, i dr. // Serdechnaja Nedostatochnost'. 2014. T. 12. № 4(66).
3. Bojcov S.A., Filippov E.V. i dr. Faktory riska neinfekcionnyh zabojevanij naselenija rjazanskoj oblasti (po dannym issledovanija MERIDIAN-RO kak pilotnogo proekta issledovanija JeSSE-RF) // Profilakticheskaja medicina. 2013. T.16. №6. S. 48–54.
4. Zhuravskaja N.Ju. / Izuchenie priverzhennosti lekarstvennoj terapii bol'nyh serdechno-sosudistymi zabojevanijami, perenjoshih mozgovoj insul't / Dis. na soiskanie uchenoj stepeni kand. Med. nauk. Moskva 2015.
5. Lapin I.P. Otnoshenie pacienta k jeffektam lekarstva kak prichina otkaza ot farmakoterapii // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii im. V.M. Behtereva. 2012. № 3. C. 112–115.
6. Leonova M.V., Mjasoedova N.V. Prakticheskie aspekty lechenija AG: jeffektivnost' i komplaentnost' // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2013. № 2. S. 55–56.
7. Mikirtichan G.L., Kaurova T.V., Ochkur O.K. Komplaentnost' kak mediko-social'naja i jeticheskaja problema pediatrii // Voprosy sovremennoj pediatrii. 2013. № 11(6). S. 5–10.
8. Novikova I.A., Popov V.V. Komplaentnost' i kachestvo zhizni psihosomaticheskikh bol'nyh // Medicinskaja psichologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. 2015. – N 6(35) [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: chch.mm.gggg).
9. Fesenko Je.V. Sovremennye problemy obespechenija priverzhennosti pacientov pozhilogo vozrasta s serdechno-sosudistoj patologiej k farmakoterapii / Je.V. Fesenko i dr. // Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Medicina. Farmacija. 2013. T. 22(117). № 16/1. S. 95–99.
10. Firsova I.V., Mihal'chenko D.V., Skachkova O.N. Vzaimootnoshenija vracha i pacienta kak faktor, opredelajushhij komplaentnost' // Sociologija mediciny. 2014. № 1. S. 20.