

## Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии

И.П. Лапин

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

**Резюме.** Отношение пациента к ожидаемым побочным и лечебным эффектам часто больше, чем сами эффекты, что определяет отказ от фармакотерапии. Совладание с побочными эффектами и верное понимание быстроты наступления и проявления лечебного действия уменьшают риск отказа от фармакотерапии

**Ключевые слова:** отношение пациента к эффектам лекарств, отказ от лекарств, успешность фармакотерапии.

### Relation of a patient to the effects of drug as the reason of refusal of pharmacotherapy

I.P. Lapin

St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute

**Summary.** Relation of a patient to the expected side and therapeutic effects of a given drug determines the refusal of pharmacotherapy. Coping with the side effects and correct expectations of the therapeutic action diminish the risk of refusal of pharmacotherapy.

**Key words:** expectations of a patient to effects of a drug, instructions for patients, coping, refusal of pharmacotherapy

**Ц**ель статьи — обратить еще раз внимание на несколько ключевых причин отказа от лекарств. Отказ от необходимых, часто жизненно необходимых, лекарств — одна из насущных современных проблем здравоохранения.

Опрос 28 врачей терапевтических, кардиохирургических и неврологических отделений больниц Санкт-Петербурга установил, что, по их впечатлению (без специального подсчета), примерно половина пациентов не принимает рекомендованные препараты, или принимают нерегулярно, или занимаются самолечением случайными лекарствами вместо рекомендованных врачом или в комбинации с ними.

Почему нельзя не оговорить, что здесь речь идет о *вредном* отказе, чреватом ухудшением состояния пациента, часто тающим высоким риском опасности. Если открыть любую информационную систему в Интернете, например Google, на слова «отказ от лекарств» сначала встретишь источники об отказе как положительном, полезном явлении, свидетельствующем о хорошем самочувствии. Когда оно поддерживается здоровым образом жизни во всем его многообразии. Информации о полезном отказе от лекарств бывает так много, что сообщения о вреде отказа от жизненно необходимых пациенту лекарствах могут отойти на задний план.

Предупреждение и преодоление отказа — практическая задача всех областей медицины и всех классов лекарств. Такая универсальность проблемы определяется тем, что отказ основан на *психологии* пациента как личности, то есть на системе его отношений. Прежде всего к себе, врачу, болезни, лекарствам [5, 7, 8]. Финансовые трудности,

недостаточная самодисциплина и другие факторы контролировались специально. Пациенты были обеспечены бесплатными лекарствами, их прием тщательно контролировали члены семьи или социальные работники.

Здесь уместно рассмотреть главное в проблеме отказа от лекарств — отношение к побочным эффектам и отношение к лечебному действию. Понятие «отношение» можно в целях экономии времени и места ограничить «ожиданием».

#### Отношение к побочным эффектам

Прежде всего нельзя не подчеркнуть, что здесь конструктивно различение *пережитых* (лично испытанных) нежелательных эффектов и *ожидаемых* (лично не испытанных) явлений [2, 6].

#### Пережитые побочные эффекты

Классическим красноречивым примером можно считать случай с лечением Ивана Андреевича Крылова [10]. Он, как известно, страдал от тяжелой подагры. После очередного приступа один доброжелатель, виноторговец, прислал ему ящик вина, уверяя, что оно прекрасно вылечивает от подагры. Попробовав вино, Иван Андреевич тотчас вернул его с запиской: «Благодарю за любезность! Попробовал вино, но, извините, предпочитаю остаться со своей подагрой».

В медицинской практике немало похожих примеров. Переживание, часто страдание, вызванное осложнениями фармакотерапии в виде тягостных явлений, оказываются для пациента важнее риска ухудшения состояния из-за отсутствия помощи от лекарства. Побочные эффекты в виде тошноты, отсутствия аппетита, сонливости или,

наоборот, бессонницы, поносы или запоры и другие огорчения, часто неожиданные, склоняют его к отказу от этого лекарства, а часто и вообще от всех лекарств. «От греха подальше», «одно лечат, другое калечат», «мне с лекарствами не везет». Разве единичны такие определения, поясняющие отказ от лекарств?

Определяющей отказ причиной часто является не наличие или отсутствие нежелательного эффекта, а отношение пациента к нему, совладание с ним.

Как не вспомнить студенческие практикумы по физиологии боли. Когда определяли и порог чувствительности к боли при электрокожном раздражении и *переносимость* тока. По порогам испытываемые часто не отличались друг от друга. У всех порог 2–3 вольта. Но максимально переносимый ток мог отличаться в несколько раз. К примеру, 5 и 25 вольт.

Подобное происходит и с побочными эффектами. У того и другого пациента тяготящая тошнота. Ее не измеришь. Не сравнишь количественно. Но один пациент совладевает с этим осложнением («раз надо»), другой не согласен принять наличие тошноты, смириться с ней и не согласен продолжать лечение.

Излишне говорить, что врач всегда старается устранить или ослабить нежелательные явления. Снижает дозу в попытках сохранить лечебное действие, но уменьшить побочное. Назначает корректуры. Но если переносимость побочного действия сохраняется и в крайних случаях приводит к отказу от лекарства, сохраняет силу психотерапия. Рациональная или иная — не суть. Отношение пациента к нежелательному действию и осознание необходимости продолжать лечение могут быть радикальным образом улучшены. Практика успешной фармакотерапии имеет много примеров такого успеха. Тут статистика сравнения слишком громоздкая и медленная. Принимать решения приходится оперативно, основываясь на интуиции и на взаимопонимании пациента и врача.

Когда есть жалобы на побочное действие препарата, может возникнуть естественный вопрос — не возник ли у пациента *отрицательный плацебо-эффект*? Известно [4, 5], что отрицательные побочные эффекты по силе и разнообразию могут мало отличаться от побочных эффектов. Как ответить на этот вопрос? Назначить пациенту плацебо и оценить действие в условиях двойного слепого контроля? Это было бы идеально. Но в условиях больницы и на фоне продолжающейся фармакотерапии нереально. Остаются косвенные свидетельства вероятности отрицательного плацебо-эффекта у этого пациента [6].

Однако по непрямым данным можно предположить вероятность отрицательного плацебо-эффекта как причины жалоб. Информативными могут стать ответы пациента на вопросы: наблюдалось ли такое явление (в нашем примере — тошнота), когда пациент принимал другие лекарства (другое лекарство) или/и когда пациент вообще не принимал никаких лекарств. Утвердительный

ответ на первый вопрос может укрепить предположение об отрицательном плацебо-эффекте, если известно, что в «перечне» побочных эффектов этого препарата тошнота «не числится». Положительный ответ на второй вопрос может склонить к предположению о наличии у пациента скрытой патологии (например, желудочно-кишечного тракта) или так называемого *locus resistendiae minoris*. Этот участок наименьшей резистентности может быть спровоцирован разнообразными воздействиями, в том числе и приемом плацебо.

#### «Инструкции по медицинскому применению»

*Форма*. Без микроскопа, да под большим увеличением, не прочитать. Даже пациенту с нормальным зрением. Размер — раньше были в полладони — ладонь, теперь — два листа А4. Кто теперь не знает? Сложенные в гармошку. Чтобы прочитать такую гармошку надо растягивать мехи во всю ширь плеч. Не отпугивает? Столько времени прочесть! Что и где важнее прочитать, перед тем как начинать прием. Кто возьмет в руки книгу в тысячу страниц, когда времени на чтение нет?

*Содержание* (Текст). Для кого он написан? Первый вопрос. Может ли не специалист в медицине понять, например, такое. А если и понять, нужен ли такой текст ему, пациенту, родственнику, коллеге?

Например: «Ренитек (энаприла малеат) относится к средствам, влияющим на ренин-ангиотензивную систему — ингибиторам АПФ и является высокоспецифичным, длительно действующим, не содержащим сульфгидрильную группу ингибитором АПФ...» Все поняли?

Даже у врача не фармаколога больше вопросов к каждому слову, чем ответов. «С чем это кушать?» И время потрачено зря. Бесполезно.

Амиодорон (Корларон).

Как спрашивали, рассказывали, в Одессе: Это нам-таки надо?»

Такие и подобные излишества текста если не отпугивают, то отворачивают пациента и его близких от данного лекарства. Избыточная информация, называемая в информатике шумами, только осложняет фармакотерапию.

#### Отношение к ожидаемым лечебным эффектам

Оно включает как *разнообразие* эффектов (что считать терапевтическим), так и *быстроту* их проявления. Важность этих моментов ясна лучше на примере лекарств «немгновенного» действия.

*Антидепрессанты*. Строго доказанным и многократно подтвержденным фактом является наступление истинного антидепрессивного (тимоаналептического) эффекта через 10–14 дней после начала лечения антидепрессантами. Различия в скорости наступления терапевтического действия между препаратами отдельных групп антидепрессантов незначительны. Незначительные улучшения состояния в более ранние сроки определяются, как доказано в специальных исследованиях,

плацебо-эффектом, влиянием терапевтической среды и другими случайными причинами. Если пациент и его семья не информированы о позднем наступлении антидепрессивного эффекта, весьма вероятен отказ от дальнейшего приема антидепрессанта из-за неудовлетворенности лечением. Такая опасность наиболее вероятна, разумеется, в случаях первых приемов антидепрессанта. Известны прискорбные случаи таких ошибок среди психиатров. Вместо немедленной госпитализации нового пациента в поднадзорную палату пациенту назначали антидепрессант для амбулаторного лечения с рекомендацией показаться врачу «где-то на следующей неделе». Пациент совершал суицид через пару дней после визита к психиатру. Члены семьи пациента тоже не были информированы психиатром о том, что они должны обеспечить непрерывный прием антидепрессанта и повторный визит к психиатру в ближайшие дни. Предотвратить неудовлетворенность пациента антидепрессантом из-за того, что в первые дни приема он не ощущает облегчения.

*Соли лития.* Почти всегда — это карбонат (углекислый) лития. Эффективность профилактики фаз маниакально-депрессивного психоза литием многократно доказана на протяжении многих лет [11]. Отношение пациента и его близких к результатам этой фармакопрофилактики особенно важно в обеспечении эффективности. Благоприятным фактором фармакопрофилактики (маниакально-депрессивного психоза) и фармакотерапии (маниакальных состояний) литием является возможность определения концентраций катиона лития в крови. В этом преимущество контроля фармакотерапии и фармакопрофилактики литием перед другими психотропными препаратами.

С помощью относительно несложной методики пламенным фотометром можно регулярно измерять эффективную концентрацию и регулировать дозу для постоянного поддержания оптимальной для профилактики концентрации. Многочисленными измерениями установлено, что эффективная и безопасная концентрация — в коридоре 0,3 — 0,6 мэкв./литр. Определения концентрации лития производили каждые две недели у всех амбулаторных и стационарных пациентов.

Тем не менее даже при поддержании оптимальной концентрации от 30 до 40 % пациентов резистентны к литию. Примерно такие же цифры резистентности установлены для классических антидепрессантов. Поэтому проблема резистентности аффективных психозов к фармакотерапии продолжает оставаться актуальной трудностью психофармакотерапии. Намечены только перспек-

тивные подходы к определению биологических причин резистентности [5].

Знать ожидания пациента и его семьи в отношении результата профилактики литием особенно важно главным образом потому, что профилактический эффект лития может проявиться через небывало длительное время от начала приема препарата. Описаны случаи, когда успешная (!) профилактика проявляется только через несколько месяцев от начала приема. Есть случаи, когда профилактический эффект лития начинается примерно через год. Дальнейшее наблюдение пациента в течение многих лет показывает, что на фоне лития полностью исчезли симптомы маниакально-депрессивного психоза.

Если пациент и его семья не информированы заранее о таком продолжительном латентном периоде профилактического эффекта лития, упущена возможность предупредить фрустрацию начальных этапов профилактики и даже отказ от нее как неэффективной.

#### Комплаенс врача, пациента и его близких

Излишне повторять известное положение о значимости комплаенса (*взаимодействия, сотрудничества*) врача, пациента и его семьи) в лечении любого заболевания, в том числе и психического [1, 3]. COMPLAENS определяет любое общение, например, слушателя и докладчика или лектора [7]. Нельзя не подчеркнуть, что до последнего времени внимание уделяют только комплаентности пациента. Пишут и говорят о «хорошей комплаентности», когда пациент точно следует рекомендациям врача, в том числе и в приеме лекарств.

В качестве объективного критерия комплаентности пациента используют концентрацию назначенного препарата в крови или моче. Открывается препарат — значит, пациент принимает препарат, назначенный врачом, значит, комплаентен. Не открывается — не комплаентен. В основном, чаще всего это действительно так. Однако остаются в тени такие важные практические вопросы комплаентности, какой удельный вес отношения к фармакотерапии пациента, врача и семьи, есть ли скептические ожидания результатов терапии, не сочетал ли пациент рекомендованное лечение с самолечением случайными препаратами, есть ли реалистические представления об улучшении качества жизни в результате фармакотерапии. Таким образом, знание того, принимает ли пациент назначенный препарат, оставляет открытыми многие практические вопросы.

#### Литература

1. *Врач-пациент. Общение и взаимодействие.* — ВОЗ, Женева. — 1996. 55 с.
2. *Лапин И.П. Психологические факторы фармакотерапии* // *Клин. мед.* — 1990, № 8. — С. 17–23
3. *Лапин И.П. Согласие — фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения (Обзор 47 назв.)* // *Клин. мед.* — 1999. — Т 77. — № 11. — С. 15–18.
4. *Лапин И.П. Плацебо и терапия.* — Лань, СПб. — 2000. — С. 223.

5. Лапин И.П. *Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии.*— Деан, СПб.— 2001.— С. 414.
6. Лапин И.П. *Как уменьшить психологические помехи фармакотерапии. Приглашение к поиску* // Психиатрия наркология в XXI веке / Сборник научных статей под редакцией А.Г. Софронова и А.Ю.Егорова).— СПб.— 2008.— С. 110–117.
7. Лапин И.П. *Отказ пациентов от лекарств. Что можно сделать? Актуальные аспекты психосоматики в общемедицинской практике.* Вып. IX.— МАПО, СПб.— 2009.— С. 63–65
8. Лапин И.П. *Комплаенс лектора и слушателя* // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.— 2009.— Т. 16, № 4.— С. 19–21.
9. Лапин И.П. *Стиль сообщения—основа качества коммуникации.*— Научные труды конференции «Врачебное искусство в психиатрии», посвященной 80-летию со дня рождения профессора Федора Измайловича Случевского.— Фонд «Содружество».— СПб.— С. 210–230.
10. *Знаменитые шутят* / Сост. Лобарев Г.П. «Республика».— М.— 1994.— С. 442.
11. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. *Аффективные психозы.*— Медицина, Ленинград.— 1988.— С. 264.

**Сведения об авторе:**

**Лапин Изяслав Петрович**—доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения клинических и экспериментальных исследований новых психотропных средств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: slavlapin@gmail.com