

Г.Л. Микиртчичан, Т.В. Каурова, О.К. Очкур

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Российская Федерация

## Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии

### Contacts:

Mikirtichan Galina L'vovna, professor, PhD, Head of the Department of Humane Disciplines and Bioethics of St. Petersburg State Pediatric Medical Academy

Address: 2, Litovskaya Street, St. Petersburg, 194100, Tel.: (812) 416-52-64, e-mail: glm306@yandex.ru

Article received: 11.10.2012, Accepted for publication: 06.12.2012

Статья посвящена клинко-социологическому анализу проблемы комплаентного поведения в педиатрической практике, исследованию влияния различных факторов на приверженность пациента и его окружения к лечению. Для оценки приверженности к лечению по специально разработанным анкетам были опрошены врачи, дети в возрасте от 13 до 18 лет (295 человек), страдающие аллергодерматозами, и их родители (270 человек). Полученные данные свидетельствуют о том, что в педиатрической практике отмечается снижение приверженности пациентов к лечению. Этот показатель выше у девочек старшего возраста по сравнению с мальчиками.

**Ключевые слова:** дети старшего возраста, комплаенс, приверженность пациента к лечению, предикторы.

(Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (6): 5–10)

В настоящее время, несмотря на внедрение высоких технологий в клиническую педиатрию, увеличивается число работ, посвященных, казалось бы, такой простой проблеме, как соблюдение пациентом назначений врача. Однако эта проблема не так проста, как кажется на первый взгляд. Она особенно актуальна в условиях амбулаторной педиатрии, т.к. затрагивает все ее аспекты: профилактику, успешность лечения и охрану здоровья ребенка в целом.

В медицину вошли такие понятия, как «комплаенс» (от лат. *complere* — совершение, исполнение, выполнение, или от англ. *compliance* — согласие, приспособление, разделение взглядов); «приверженность к лечению» (*adherence*), а также «*noncompliance*» (неподчинение), «*nonadherence*» (несоблюдение, невыполнение).

Поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением, называют комплаентным. Термин

«комплаентность» — точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения — стал применяться врачами с 1970-х гг. в основном при обсуждении лекарственной терапии.

Эти рекомендации относятся как к приему препаратов, так и изменению стиля жизни (отсутствие вредных привычек, правильное питание, физическая активность и распорядок дня ребенка). Под термином «приверженность лечению» (*adherence*) понимают степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача, т.е. приверженность к лечению — функция самого пациента.

Понятие «комплаенс» (и «нон-комплаенс») вошло в обиход после основополагающей работы D.L. Sackett (1976) [1]. Одно из первых качественных исследований

G.L. Mikirtichan, T.V. Kaurova, O.K. Ochkur

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Russian Federation

## Compliance as a medico-social and ethic problem of pediatrics

The article represents the clinic-sociological analysis of the compliance among pediatric patients and the estimation of various factors influence on the patients' and their surroundings' adherence to the treatment regimen. For the compliance assessment physicians, children with allergic dermatosis at the age of 13–18 years old ( $n = 295$ ) and their parents ( $n = 270$ ) were interrogated with the special questionnaires. Received data confirms that there is decrease in compliance among the pediatric patients and their parents. It is more significant in older girls than in boys.

**Key words:** older children, compliance, adherence to treatment, predictors.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2012; 11 (6): 5–10)

проблемы соблюдения назначений врача в педиатрии было проведено в 1983 г. J.G. Jones. [2]. Эта проблема очень стара. Известна цитата Гиппократов: «Врач должен знать, что пациенты часто лгут, когда говорят, что они принимали лекарства». Еще более древняя иллюстрация проблемы приведена в Библии (4 Цар 5:1–14), где рассказывается про сирийского военачальника Неемана, заболевшего проказой. Служанка жены его, пленная израильская девочка, сказала жене Неемана: «Если бы господин мой побывал у пророка, который в Самарии, то он снял бы с него проказу его». Нееман отправился к царю Израильскому, от него — к пророку Елисею. Пророк выслал сказать ему: «Поди омойся семь раз в Иордане, и обновится тело твое у тебя, и будешь чист». Это показало Нееману издевательством, так что он заявил: «Разве Авана и Фарфор, реки Дамасские, не лучше всех вод Израильских? Разве бы я не мог омыться в них и очиститься?» Но слуги его подошли к нему и сказали: «Ежели бы пророк велел тебе сделать что-либо трудное, неужели бы ты не сделал? А он тебе сказал только: омойся и очистишься». По совету благоразумных слуг, Нееман отправился на Иордан, окунулся в него семь раз, и тело его сделалось совершенно чистым.

К сожалению, многочисленные исследования и отчеты врачей указывают на сложности достижения комплаентности в педиатрии [3–5].

В конце XX в. в США проблема неисполнения назначений стала рассматриваться как экономическая угроза в осуществлении реформ здравоохранения. По данным National Pharmaceutical Council, в начале 1990-х гг. без необходимости ежегодно тратилось 8,5 млрд долларов на госпитализации и визиты врачей в результате несоблюдения пациентами графика приема и дозировки препаратов.

В литературе приводятся различные показатели комплаентности. Так, в работе D.M. Matsui (1997) средний показатель соблюдения врачебных назначений в педиатрии был приблизительно равен 50% [6]. По данным американских исследователей, основанных на анализе медицинской литературы, информации Американской академии педиатрии и личном клиническом опыте авторов, уровень комплаентности в педиатрической практике колеблется в широком диапазоне — от 11 до 93% [5].

Комплаентность важна при лечении как острых, так и хронических заболеваний. Очевидно, что более серьезные проблемы приверженности возникают при длительных курсах приема препаратов. Однако D.M. Matsui (1997) отметил фактические равные показатели неисполнения врачебных назначений при долго- и кратковременных курсах лекарственной терапии [6].

По крайней мере, 1/3 пациентов не соблюдают режим приема препаратов даже при относительно краткосрочном лечении [5]. При снижении качества жизни, связанном с хроническим заболеванием, больные также могут проявлять низкую приверженность к лечению: у 30–60% пациентов с хроническими заболеваниями (энурез, эпилепсия, астма, диабет, atopический дерматит и др.) отмечена низкая степень соблюдения врачебных предписаний из-за длительности лечения, многочисленности препаратов и периодов симптоматической ремиссии

[4]. Национальный институт детского здравоохранения и развития человека США учредил программу исследований, касающихся поведенческих аспектов в педиатрии и охране здоровья. Одним из компонентов этой программы является исследование проблем комплаентности. Это является важным показателем заинтересованности государства в данном вопросе [5].

Последствия неисполнения назначений затрагивают многие аспекты лечебного процесса. Авторы, работающие в этой области, сходятся во мнении, что проблема комплаентности — междисциплинарная: и клиническая, и социально-психологическая, и организационная, и этико-правовая.

Прежде всего, неточное соблюдение врачебных рекомендаций создает дополнительные риски в виде затянувшейся болезни ребенка, что приводит в результате к излишней длительности лечения, изменению назначений или дополнительным назначениям, или, как в случае иммунизации, к повышенной восприимчивости к заболеваниям и развитию осложнений. Некоторые родители самостоятельно уменьшают или увеличивают дозировки лекарств без консультации с врачом, что может вызвать токсические эффекты. Несоблюдение правил приема препаратов может привести к негативным последствиям из-за особенностей взаимодействия лекарств. Неисполнение врачебных назначений может быть основной причиной безуспешности терапии (отторжение пересаженного органа, судорожные припадки, диабетическая кома и др.). Кроме того, плохая приверженность к лекарственному лечению, как правило, подразумевает и плохую приверженность в отношении немедикаментозных методов лечения [7, 8].

Организационные последствия включают нецелесообразное использование ресурсов здравоохранения, увеличение затрат на лечение, ведут к дополнительным врачебным посещениям или госпитализации, затруднениям в адекватной оценке качества оказываемой медицинской помощи и др.

Обычно в такой ситуации пациенты и их родители теряют веру в успех лечения, и, как следствие, межличностные взаимоотношения в триаде «врач–пациент–законный представитель ребенка» осложняются, что еще более негативно сказывается на приверженности, тем самым замыкая круг проблемы.

Все причины, приводящие к снижению приверженности к терапии в педиатрической практике, можно классифицировать как связанные:

- с пациентом и его семьей;
- врачом;
- системой взаимоотношений «врач–пациент–родители»;
- социально-экономическими факторами;
- спецификой той или иной патологии, а следовательно, с характером самой терапии.

Очевидно, что влияние различных факторов на формирование комплаентности раскрывается в их взаимосвязи. Ни один из них по отдельности не оказывает определяющего влияния на комплаентность [4].

Традиционно вина за невыполнение предписаний возлагается на недобросовестного больного. На самом деле, пациент при общении с врачом нередко сталкивается с бесконечными строгими рекомендациями, которые

иногда непонятны ему. Современная концепция информированного согласия позволяет устранить «страх неизвестного» и ограничить терапевтическую привилегию врача, но порождает новую проблему — страх пациента перед рисками лечения, о которых врач его проинформировал [9]. И то, и другое побуждает пациента настороженно относиться к рекомендациям врача и зачастую не следовать им, что, в свою очередь, усугубляет картину болезни, не способствует положительной динамике патологического процесса. К сожалению, многие дети и подростки, считая себя условно здоровыми, не признают важности соблюдения врачебных рекомендаций. В педиатрической практике имеют значение особенности семьи ребенка, а именно: ее социальное и финансовое положение, медицинская грамотность, образование, культура и, как следствие, представления о здоровье, предубеждения в отношении лечения; когнитивные нарушения и т. д. Большую роль играет уровень комплаентности родителей больных детей, который во многом зависит от внутрисемейных взаимоотношений, особенностей распорядка дня семьи, отношений членов семьи к ребенку и его болезни. Так, например, исследования показали, что в стоматологии, где зарегистрирован один из самых высоких уровней фобийности пациентов, комплаентность родителей имеет решающее значение в профилактике заболеваний зубов у детей раннего возраста [3, 9]. Дети не принимают лекарства из-за того, что родители недостаточно хорошо понимают диагноз, у них возникают сомнения в эффективности терапии и опасения насчет побочных эффектов. Чаще всего это происходит в случае хронических заболеваний, особенно среди детей, страдающих астмой, эпилепсией и диабетом. Исследование, проведенное среди родителей детей с астмой, продемонстрировало, что низкая комплаентность ассоциируется с беспокойством родителей из-за использования препаратов контроля. Родители могли прекратить ежедневную ингаляцию, если ребенок чувствовал себя лучше, полагая, что так они предупреждают развитие негативных последствий от использования медикаментов [4]. Длительность течения заболеваний, многочисленные препараты и сложные приемы их дозирования, опасения побочных действий лекарств, необходимость поддерживающей противоречивой терапии негативно сказываются на приверженности к лечению, таким образом, оказывая большое влияние на качество жизни родственников больного. Родители теряют веру в успех лечения, передавая свое недоверие детям. Очевидно, что в рамках диспансеризации детей с различной хронической патологией необходимо особое внимание уделять повышению комплаентности родителей.

Часть факторов имеет отношение к заболеванию (например, уровень приверженности лечению снижается с увеличением длительности заболевания). Ряд причин, под влиянием которых формируется отношение семьи больного к врачебным рекомендациям, связан с лекарственным средством (форма, путь введения, сложность режима дозирования, вкусовые свойства, реальные или предполагаемые побочные эффекты, число назначенных препаратов и т. д.). Учитывая, что большинство клинических испытаний лекарственных средств проводят с участием взрослых, экстраполировать данные этих иссле-

дований на детей следует с осторожностью. Существует небольшое число исследований, показавших, что прием растолченных таблеток (обычная практика в педиатрии) может негативно сказаться на активности лекарства и комплаентности. Запивание лекарства соком для маскировки вкуса может изменить биологическую доступность препарата [10]. Действие вкусовых добавок на фармакокинетику и фармакодинамику исследовано крайне недостаточно.

Самым влиятельным агентом формирования комплаентности является врач. Педиатрическая практика — один из тех видов медицинской помощи, где регулярно повторяющиеся социальные контакты субъектов этой помощи образуют устойчивые, а значит — более предсказуемые и управляемые социальные отношения, причем эти принципы общения реальны и взаимовыгодны для обеих сторон.

В 1984 г. M. Lipkin и соавт. определили т. н. пациент-центрированную модель как подход к пациенту с учетом личностных особенностей и его роли в лечении заболевания [11]. Повышенный интерес к моделям «совместного принятия решения» и согласованных действий (concordance) наблюдается с конца 1990-х гг., когда начались попытки переосмысления модели взаимоотношений в медицине. Новая модель акцентирует внимание на достижении согласия между врачом и пациентом, соответственно, и законным представителем ребенка, т. е. на диалоге, с учетом мнений и пожеланий пациента относительно режима и приема препаратов. Положительной стороной такого общения становится возможность глубже проникнуть в мир пациента. При использовании модели согласованных действий (concordance model) пациент и его родители знают, что к их взглядам относятся уважительно, и допускают возможность обсудить все сложности, возникающие в ходе лечения. Понятие «concordance» подразумевает также, что законные представители ребенка и/или совершеннолетний пациент должны принять на себя большую ответственность за лечение, хотя не всегда они это могут и/или хотят сделать, что создает трудности на пути настоящего партнерства врача и пациента [7, 12].

Врачи знают, что основными факторами, способствующими выполнению пациентом врачебных рекомендаций, т. е. повышению комплаентности, является не только информирование в понятной для пациента и его родственников форме относительно заболевания, характера терапии, ее доступности, но и понимание пациентами предоставляемой информации и необходимости следования рекомендациям педиатра.

Для этого врачу необходимо время, чтобы объяснить пациенту и членам семьи план лечения и важность соблюдения режима приема препаратов, чтобы выяснить семейные обстоятельства и проверить, насколько хорошо он был понят. Например, требуется время для обсуждения наилучшего режима приема препаратов, объяснения ограничений режима и др. Целесообразно, чтобы пациент смог задать вопросы и рассказать, что его беспокоит и, самое важное, смогут ли пациент, члены его семьи или лица, осуществляющие уход, соблюдать предписанный режим. Педиатру следует выяснить уровень знаний пациента по своему заболеванию и приему препаратов.

Зачастую пациенты получают информацию из самых разнообразных источников: фармацевтические компании напрямую рекламируют свою продукцию потребителям, Интернет предоставляет доступ к медицинской информации, которая может быть полезна с точки зрения просвещения пациентов, но часто находится вне контекста и понимания пациентами, не обладающими достаточным опытом и знаниями, различных клинических, психологических и социологических факторов, взаимодействующих в реальной медицине. Интернет-информация может составляться врачами, но при этом не учитывается индивидуальность пациента. В настоящее время врачу приходится иметь дело с «псевдограмотностью» населения, с более независимыми решениями пациентов, что может отразиться на комплаентности, и нужно учиться использовать возможные источники для получения информации из других источников для улучшения комплаентности [13]. Таким образом, недостаточная и/или недостоверная осведомленность пациентов и их родителей о заболевании становится одним из важных предикторов низкой комплаентности в педиатрической практике.

Важным фактором комплаентности является понимание врачом и учет при общении с пациентами того, что каждая семья, в которой есть больной ребенок, имеет свои индивидуальные особенности. Принятие и поддержание здорового образа жизни, следование предписанному врачом режиму, результаты лечения зависят от культурных, этнических и социоэкономических факторов. G. S. Liptak (1996) определил, что образование и культура существенно влияют на понимание, а также на время и усилия, затрачиваемые в каждом конкретном случае [14]. В последние годы в повседневную врачебную практику вошло понятие «социальный статус пациента», важнейшей составляющей которого является уровень доходов и материального достатка членов семьи. Разнообразный спектр медицинских услуг, большое разнообразие оригинальных препаратов и их аналогов на фармацевтическом рынке, с одной стороны, — результат расслоения общества, с другой — породило необходимость оценивать эффективность врачебного вмешательства не только с чисто медицинских, но и с экономических позиций, определяемых желанием и/или возможностью пациента и его семьи затратить часть доходов на лекарства, коррекцию образа жизни, диеты, пребывание в санатории и др.

На комплаентность негативно влияет наличие стрессов и типичных семейных конфликтов, определенные типы психопатологии, особенно в среде детей подросткового возраста. Пациенты с психической коморбидной патологией представляют серьезную проблему для членов семьи, лиц, осуществляющих уход за ними [5]. Психические расстройства существенно снижают качество жизни больных и ведут к отрицательному отношению пациентов к базисному лечению. Таким образом, необходимо учитывать психологический статус пациента, производить оценку типа отношения пациента к собственному заболеванию как меры комплаентности. В таких ситуациях необходимо привлечение специалистов — психиатров и психотерапевтов.

Необходимо учитывать и общую ситуацию, в которой находится пациент: например, дисфункциональные

семьи с нарушенным общением; случаи, когда пациента приводят к врачу лица, не осуществляющие основной уход за пациентом; или когда уход осуществляют разные люди, делящиеся информацией и координирующие лечебный режим; или же ситуации, когда пациента водят по разным медицинским учреждениям/специалистам в течение недели или даже одного дня, что затрудняет координацию лечения и желание либо способность следовать врачебным назначениям.

Некоторые аспекты не находятся в зоне непосредственного контроля педиатров: вкусовые качества препаратов, форма выпуска, цена и т. п. [5].

Для обеспечения должной степени приверженности пациента к лечению врачу необходимо самому правильно оценивать цели проводимой терапии, быть настойчивым в убеждении больного и его родственников в необходимости следовать всем рекомендациям, подробно разъяснять преимущество применения того или иного средства именно для данного больного. Пациенты должны испытывать удовлетворенность от сотрудничества с врачом, быть с ним искренними. Такие отношения отвечают гуманистическим ориентациям современной медицины и являются важной предпосылкой эффективного лечения. При этой форме взаимодействия медперсонала с пациентом и его родственниками отражается и учитывается личностная реальность пациента, его социальный и психический статус, интересы, потребности, желания, мотивы, настроения, озабоченность здоровьем, а также право получить необходимую поддержку и информацию, т. е. во многом «идеальным» делает больного сам лечащий врач. Способствует комплаентному поведению пациентов и наличие постоянного врача, к которому они испытывают доверие, который вовлекает пациентов, членов его семьи и родственников в активное участие в лечении, оказывает надежную социальную поддержку, вселяет оптимизм и формирует позитивное отношение в сложившейся ситуации. Однако на практике это не всегда удается сделать. Так, одним из барьеров успешного лечения различной патологии сегодня остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим стандартам лечения, что может способствовать снижению приверженности больного к лечению с течением времени. Что еще хуже — врачи и пациенты зачастую не обсуждают между собой невыполнение предписаний [7]. В литературе упоминается о разнообразных причинах отсутствия такого обсуждения. Возможно, пациенты, умалчивая о своих сомнениях по поводу данных рекомендаций и назначений, таким образом демонстрируют уважение к врачу или, наоборот, испытывают недоверие, что порождает страх, напряженность в случае признания ими несоблюдения предписаний.

Относительно недавно в литературе появилось понятие «врачебная инертность» (*physician's inertia*), под которым понимается отсутствие какой-либо модификации лечения определенной патологии при наличии к этому объективной необходимости, например отсутствия целевого уровня артериального давления при гипертензии [15]. Классическими причинами инертности врача считаются переоценка успеха проводимого лечения, сознательное использование различных предлогов для изменений в терапии и в меньшей степени отсутствие

должных навыков и знаний, которые могут вести к таким проблемам, как использование нерациональных лекарственных комбинаций.

Перемены в системе организации здравоохранения и финансирования медицины (в т.ч. медицинского страхования) сказались на атмосфере медицинской практики. Для педиатра время является недостающим ресурсом. Постоянные организационные сложности лишают врачей возможности уделять достаточно времени не только диагностике, но и выяснению потребностей пациента и членов семьи, просвещению пациента, обсуждению плана лечения, выбору препаратов, что влияет на уровень комплаентности. Краткосрочность приема, большие очереди а, следовательно, беспокойство и тревога детей, психологическое напряжение родителей и самого врача ограничивают возможность полноценного общения с большим ребенком и его родителями. Нередко родителями дают краткие и поверхностные рекомендации. Непрерывность оказания медицинской помощи может нарушаться из-за вынужденной смены лечащего врача или обращения пациента в разные медицинские учреждения.

Нами было проведено изучение степени приверженности к лечению, а также влияния различных факторов на приверженность в педиатрической практике. По специально разработанным анкетам были опрошены врачи, дети в возрасте от 13 до 18 лет, страдающие аллергодерматозами (295 человек), и их родители (270 человек). Кроме того, при изучении этой проблемы уделяли внимание личностным особенностям пациентов, их ценностной ориентации и медико-социальной характеристике семьи.

Ряд вопросов был сформулирован для выяснения отношения родителей и подростков к рекомендациям врачей. На вопрос, точно ли родители и сам подросток выполняют назначения лечащего врача по поводу своего заболевания, 56,4% родителей ответили «да, всегда точно»; 43,6% — «по мере возможности». Среди причин последнего родители называли нехватку времени, трудности в соблюдении такого жесткого режима, питания, не всегда считали оправданным назначение большого числа препаратов, витаминов, биологически активных добавок, дорогостоящих наружных средств, причем, если дома уже было что-то из подобных по действию средств, то они производили замену самостоятельно (например, противоаллергические препараты). Не видя эффекта от терапии, многие отчаивались и не всегда выполняли предписания, стремились получить мнение других специалистов и только потом уже прийти к какому-то решению. Кроме того, родители не всегда расположены к приему ряда препаратов: например, по мнению некоторых из них, длительное использование антигистаминных средств действует на печень, нередко также боятся использовать стероидные мази, т.е. изначально настроены негативно.

Подростки на этот вопрос ответили следующим образом. 20,2% респондентов выполняли назначения врача всегда точно, 79,8% — по мере возможности, при этом было несколько пояснений: «не всегда возможно следовать назначениям по диете, приему лекарств»; «не всегда есть возможность приобрести все назначенные препараты», «уже использовал выписанное средство, но результата не было».

По нашим данным, 40,1% подростков и 38,2% родителей предпочитали не рассказывать врачу о нарушениях режима питания и лечения. Следует отметить, что и родители, и сами подростки не всегда видят непосредственную связь обострений болезни с какими-либо конкретными факторами, например нарушением диеты, несерьезно относятся к рекомендациям такого рода.

Было важно оценить, насколько врачи учитывают индивидуальные особенности родителей и пациентов. По результатам опроса, большинство врачей (77,5%) старались максимально учитывать при беседе с родителями и пациентами их индивидуальные особенности, предоставляя информацию о заболевании и планируя дальнейшую тактику ведения больного ребенка; 17,3% — иногда; 5,2% — никогда. Структура учитываемых врачами индивидуальных особенностей: 58,9% врачей в своей работе всегда учитывали условия, в которых живет ребенок, 30,8% — как правило; 10,3% — иногда.

Опрос родителей показал, что только 30,9% имеют достаточную, на их взгляд, информацию по заболеванию ребенка, 52,7% хотели бы получить более подробную информацию, а 16,4% считают, что имеют весьма скудную информацию по данному заболеванию. Только 50% опрошенных родителей считали, что лечащий врач подробно сообщает об альтернативных методах лечения, о тех или иных осложнениях врачи в большинстве случаев предпочитают не осведомлять.

Неполная удовлетворенность родителей получаемой от врача информации косвенно подтверждалась ответом на вопрос, откуда родители получают сведения о заболевании ребенка: только 46,2% — от лечащего врача, 26,2% — из средств массовой информации и/или Интернета, 20,0% — из популярной литературы, 4,6% — в своей семье, 1,5% — от знакомых, 1,5% — из специальной медицинской литературы. 52,7% родителей доверяют информации врачей лишь отчасти.

Важным является и мнение самих подростков. Так, только 63,8% респондентов ответили, что врачи достаточно подробно рассказывают о питании, режимных мероприятиях, тогда как 52,5% — что врач скорее не осведомляет подробно о лекарственных препаратах, 36,2% — об альтернативных методах лечения врачи не рассказывают совсем или рассказывают поверхностно, 30,1% — информируют о возможных осложнениях. В то же время необходимо отметить, что как недостаток информации влияет на приверженность к лечению, так и излишняя информация по заболеванию может напугать ребенка и его родителей, и это также негативно скажется на мотивации к лечению. Страх пациента перед рисками лечения, о которых врач его проинформировал, побуждает его настороженно относиться к рекомендациям врача и зачастую не следовать им, что в свою очередь усугубляет картину болезни. Все это создает предпосылки для не совсем точного и адекватного информирования родителей, что в свою очередь отягощает контакт родителей с врачом, провоцируя недопонимание между ними и влияя в т.ч. на комплаентность.

В процессе формирования комплаентного поведения пациентов важную роль играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личностные характеристики. Среди импонирующих личностных харак-

теристик подростками были названы внимательность, неформальное отношение (57,6% ответов), доброжелательность, доброта, душевность (19,4%), вежливость, корректность (26,8%), уравновешенность, сдержанность (10,1%), сочувствие (9,9%), наличие коммуникативных навыков, общительность (6,7%). Не всегда испытывали доверие к лечащему врачу 52,7% опрошенных матерей и 50,1% подростков, а 2,5% подростков не доверяют вообще.

Сами врачи считают причинами некомплаентного поведения пациентов недооценку ребенком и его родителями серьезности патологии, недостаточный санитарный и культурный уровень семьи пациента, материальные затраты, связанные с лечением, отсутствие диспансерного наблюдения, а также большую нагрузку на приемах.

В заключении необходимо отметить, что приведенные выше данные свидетельствуют о том, что в педиатрической практике можно констатировать снижение приверженности пациентов к лечению. Показатели приверженности к лечению выше у девочек старшего возраста по сравнению с мальчиками.

Основными предикторами низкой комплаентности в педиатрии являются особенности самой патологии, психологические проблемы больного, отношение больного и его семьи к лечению заболевания, отсутствие веры пациента в лечение, недостаточная осведомленность пациента и его родителей о заболевании, длительность лечения, не всегда эффективного и не оправдывающего ожидания больных, нарушение межличностных отношений в триаде «врач–ребенок–родители».

В этих условиях важную роль играют профессиональные и личностные качества врача, соблюдение им принципов медицинской этики. Задача врача состоит в предоставлении адекватной информации в зависимости от типа личности ребенка, завоевании доверия пациента и его родственников, недопущении конфликтных ситуаций. Действия врача, работающего с детьми разного возраста, — это своеобразный творческий процесс, который не должен ограничиваться только его профессиональной

ролью, поскольку врач выступает и как воспитатель-педагог, и как психотерапевт, и, что главное, как непосредственный агент социализации ребенка. Очень важно помочь осознать пациенту ценность собственной личности, научить его принимать себя таким, какой он есть со своим заболеванием, помочь поверить в эффективность лечения, ориентировать психологически на выздоровление или улучшение состояния. Просвещение и информационная поддержка должны осуществляться последовательно, постоянно и с учетом потребностей конкретного пациента, стадий болезни и вмешательства социальных и медицинских перемен. К важным факторам улучшения комплаентности относятся также вовлечение пациентов, членов семьи и родственников в активное обсуждение всех моментов, касающихся болезни, надежная социальная поддержка, поддержание оптимизма и позитивного отношения.

Занимаясь практической деятельностью, взаимодействуя с пациентами, врач входит в сферу, где простого упорства и твердого следования правилам и положениям науки мало. Чем больше врач вносит в свою деятельность увлечения, поиска, творчества, поэзии, тем он ценнее, желаннее для пациента. Врачу необходимо все время быть чуть-чуть впереди с точки зрения прогнозов, анализа, планов [16].

Не менее значимым является воспитание культуры потребления медицинских услуг и формирование ответственного отношения к болезни и лечению у пациентов. Только при тесном взаимодействии и заинтересованности самого подростка, его родителей, лечащего врача, а иногда привлечения и медицинского психолога, можно добиться выполнения рекомендаций по сохранению здоровья ребенка или стойкой ремиссии хронических заболеваний.

Проблема мотивации населения к сохранению здоровья и высокой комплаентности — это, с одной стороны, проблема индивидуального ценностного отношения человека к своему здоровью, а с другой — доступность медицинских и социальных мер, поддерживающих приоритетное направление — профилактику.

## REFERENCES

- Sackett D.L. Compliance with therapeutic regimens. *London: John Hopkins University Press*. 1976. P. 1–25.
- Jones J.G. Compliance with pediatric therapy. *Clin. Pediatr.* 1983; 22 (4): 262–265.
- Kuyumzhidi N.V. *Mediko-sotsiologicheskii analiz vliyaniya komplaentnosti roditel' na effektivnost' profilaktiki zabolovaniy zubov u detei rannego vozrasta*. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk [Medical and Social Impact Analysis of Parents' Adherence on Dental Preventive Maintenance Efficiency in Children of Young Age. Author's abstract]. Volgograd, 2010. 24 p.
- Dawood O.T., Ibrahim M.I.M., Palaian S. Medication compliance among children. *World J. Pediatr.* 2010; 6 (3): 200–202.
- Winnick S., Hartman A., Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics*. 2005; 115 (6): 718–724.
- Matsui D.M. Drug compliance in pediatrics. *Pediatr. Clin. North Am.* 1997; 44: 1–14.
- Bezreh T., Barton Laws M.B., Taubin T. et al. Challenges to physician–patient communication about medication use: a window into the skeptical patient's world. *Patient Prefer Adherence*. 2012; 6: 11–18.
- Horvathova H., Kimlikova K., Balazovjeh I., Kyselovic I. Compliance and the therapeutic effect in patients with arterial hypertension. *Bratisl. Lek. Listy*. 2003; 104 (4–5): 149–154.
- Firsova I.V. *Kontsepsiya komplaentnosti v stomatologicheskoi praktike*. Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk [Concept of Adherence in Dentistry. Author's abstract]. Volgograd, 2009. 52 p.
- Dresser G.K., Bailey D.G., Leake B.F. et al. Fruit juices inhibit organic anion transporting polypeptide-mediated drug uptake to decrease oral availability of fexofenadine. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2002; 71: 11–20.
- Lipkin M.Jr., Quill T.E., Napodano R.J. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann. Intern. Med.* 1984; 100 (2): 277–284.
- Aronson J.K. Compliance, concordance, adherence. *Brit. J. Clin. Pharmacol.* 2007; 63 (4): 383–384.
- Donovan J.L. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int. J. Technol. Assess Health Care*. 1995; 11: 443–455.
- Liptak G.S. Enhancing patient compliance in pediatrics. *Pediatr. Rev.* 1996; 17: 128–134.
- Konradi O.A. *Ross. Med. Vesti — Russian medical news*. 2010; XV (4): 51–55.
- Tabatadze V.G. *Vzaimootnosheniya vracha-ortodonta i rebenka-patsienta v stomatologicheskoi praktike*. Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk [Relationships between Orthodontist and Child-Patient in Dental Practice. Author's abstract]. Volgograd, 2007. 24 p.