

Комплаенс в рамках профилактики инсульта: проблемы общения врача и пациента

С. М. Крыжановский, В. И. Шмырев, Е. А. Пельменёва, О. А. Кладовая
 ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ,
 ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Статья посвящена актуальной теме неврологии – оптимизации и повышению эффективности вторичной профилактики развития инсультов.

Актуальность рассматриваемого вопроса связана с тем, что в настоящее время обеспечение эффективной профилактики повторных инсультов ограничивается рядом проблем, одной из которых является крайне низкий комплаенс. Именно эта сложная ситуация и возможности ее преодоления стали темой представленной статьи.

Авторами представлены обзор проблемы, собственные клинические наблюдения, анализ полученных результатов.

The paper is devoted to an actual problem in neurology – optimization and increase of effectiveness in the secondary prophylactics of strokes.

The actuality of the discussed problem is determined by the fact that currently, an effective prophylactics of repeated strokes is limited by some moments, one of which is a very low compliance. The subject of the present paper is the problem of compliance and possibilities to overcome it.

The authors present a review of the problem, their own clinical observations and analysis of the obtained results.

Слово «Общение.» (греч. койнония) подразумевает «тесную связь», «близкие отношения, характеризующиеся наличием взаимных прав и обязательств», в которых одна из сторон может иметь некоторые преимущества;

Библейская энциклопедия Брокгауза (1994)

Актуальной проблемой современной ангионеврологии является профилактика повторного инсульта. Выяснено, что пациенты, ранее перенесшие нарушение мозгового кровообращения (НМК), имеют в 6 - 9 раз выше риск развития повторного инсульта, нежели люди такого же пола и возраста в популяции [4,7,10]. В этой связи профилактика повторного инсульта приобретает еще большую актуальность.

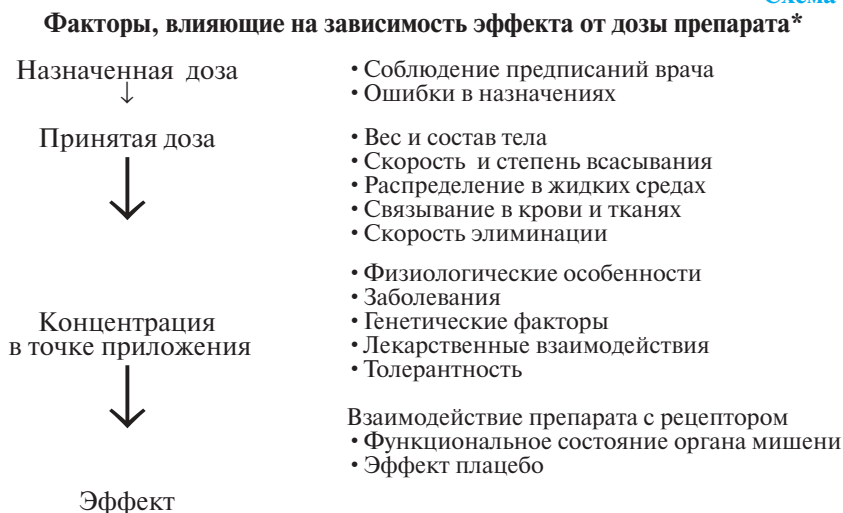
Для осуществления и разработки мероприятий по профилактике факторы риска (ФР) разделены на модифицируемые и немодифицируемые. С клинической точки зрения, все факторы риска, отнесенные к модифицируемым могут стать потенциальными мишенями для терапевтического воздействия. Важным направлением профилактики, в особенности первичных серьезных сосудистых событий является воздействие на модифицируемые ФР объединенных в группу факторов образа жизни. Имеется мнение что в рамках вторичной профилактики, а также у пациентов пожилого и старческого возраста ранее не имевших инсульт подобные мероприятия являются малоэффективными [12]. В связи с этим, более актуальным представляется совершенствование медикаментозной коррекции патологических процессов у данной категории населения.

Современные принципы и методы проведения клинических испытаний позволили доказать эффективность не-

скольких классов лекарственных препаратов с целью предотвращения инсульта: антиагреганты, антикоагулянты, гипотензивные препараты, средства, корригирующие липидный обмен. Показано, что пациенты по-разному реагируют на медикаментозное вмешательство. Основные факторы, влияющие на зависимость эффекта представлена на схеме 1 [5].

Из схемы видно что, уже на самом первом этапе может возникнуть опасность неэффективности как препарата, так и всего комплекса профилактических мероприятий, и причина лежит в правильности и регулярности приема назначаемой терапии, соблюдения рекомендаций врача. В настоящее время эта проблема приобретает все большую актуальность и начинает рассматриваться как самостоятельный ФР развития инсульта, а также в аспекте резистентности организма пациента к препарату, к примеру, антиагрегантов. В связи с этим необходимым и важным звеном эффективности вторичной профилак-

Схема 1



* – Koch-Weser, 1972 [5]

тики является комплаенс к фармакологической терапии. Детальное изучение комплаенса в долгосрочном аспекте необходимо, прежде всего, для совершенствования и целенаправленной фокусировки стратегии вторичной профилактики [9].

Термин «комплаенс» можно определить как соблюдение режима приема лекарственного препарата пациентом, определяемое как нежелательными реакциями на препарат, так и с необходимостью изменять свое поведение или привычки при проведении терапии [1]. Проведенное исследование в группе пациентов после перенесенного инсульта выявило, что высокий уровень комплаенса к антиагрегантной, гиполипидемической и гипотензивной терапии характерен для пациентов старших возрастных групп, с более тяжелым неврологическим дефицитом, или при кардиоэмболическом генезе инсульта. Основными факторами, влияющими на приверженность к терапии, были: стоимость препарата и его побочные эффекты, мотивация к продолжению приема препаратов у пациентов с отсутствием или мягкой степенью инвалидности. Немаловажную роль играет структура оказания медицинской помощи, в частности степень участия страховых компаний в покрытии расходов на медикаменты, а также доступность методов контроля за действием антиагрегационных препаратов. Авторы исследования признают, что исследование было ограничено рядом обстоятельств и результаты подобных исследования могут различаться в разных странах, причинами тому является разные системы оказания медицинской помощи [13].

Для нашей страны, большее значение на приверженность больного к терапии оказывает адекватный контакт пациента с врачом и разъяснение больному необходимости постоянного приема лекарственных средств. В одном из исследований было показано, что у больных, перенесших инсульт, кратность и неудобный режим дозирования лекарственных препаратов не оказывала существенного влияния на приверженность пациентов терапии. Более существенным является неправильность назначения самим врачом: нередко отдельные врачи назначают прием антиагрегантов курсами по 3–4 месяца, или антиагреганты назначаются без учета патогенетического варианта инсульта [8].

Учитывая важность взаимоотношений врача и пациента для эффективного осуществления профилактических мероприятий, мы провели исследование с целью выявления особенностей отношения пациента к назначениям врача, и факторы, влияющих на регулярность приема препарата.

Исследование выполнялось несколькими этапами: на первом этапе было проведено глубинное интервью с целью выявления основных гипотетических предположений с целью дальнейшего определения направления сбора данных, а также возможных вариантов ответов. Опрос больных проводился на базе отделения неврологии и кардиологии ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» и ГКБ № 51. Опрошено 32 больных, из которых 21 перенесли инсульт, а остальные инфаркт миокарда. Длительность анамнеза сосудистого эпизода составила от 6 месяцев до 1 года 4 месяцев. Опрос был сфокусирован на исследовании приема трех основных групп препаратов, эффективность которых была доказана в рандомизированных исследованиях: гипотензивных, гиполипидемических и антиагрегантных препаратов. Анализ приема антикоагулянтов не проводился в связи

с особенностями приема и узкой категории населения принимающих их с целью профилактики инсульта. Несмотря на то, что препараты были назначены врачами, некоторые пациенты усомнились в необходимости постоянного. В связи с этим, был задан вопрос о доверии пациента к мнению врача, по - мимо полного доверия врачу, ряд пациентов отметили, что доверие возрастает, если мнение врача совпадает с предчувствиями (подозрениями) самого пациента. Известно, что гиполипидемические и гипотензивные препараты нуждаются в коррекции доз. Было сделано предположение, что пациенты могут самостоятельно изменять дозировки препаратов и следующие вопросы выясняли как пациенты меняют дозировку препарата. Также, выяснялось устраивает ли пациентов объяснение врача в необходимости постоянного приема препаратов и как активно пациенты интересуются, почему были назначены именно эти препараты. После формулировки вопросов и наиболее частых ответов была составлена анкета. Ответы были внесены в анкету так, как пациенты отвечали на них во время интервью. Последующий сбор информации осуществлялся рассылкой по почте зарегистрированным посетителям специализированного сайта в интернете, посвященному проблемам инсульта. В 86% случаях заполненные анкеты были от респондентов, находящихся в центральном регионе России. Было разослано 1370 анкет и получено 420 анкет, однако в статистическую обработку вошли 244 анкет. Критерием для включения в статистическую обработку стало количество вопросов с ответами: анкета должна быть заполнена более чем на 70%.

В опросе приняли: 123 (50,2 %) женщин, 107 (44,7 %) мужчин и 14 (5,1 %) — не известно, большую половину (48,1 %) составили респонденты в возрасте от 40–60 лет. На рисунке 1 представлено распределение респондентов по возрасту. Около трети пациентов 76 (31,02%) перенесли инсульт или ТИА, 2,04% — инфаркт миокарда и 144 (58,78%) не переносили НМК, из них 117 (81%) ухаживают за пациентами перенесших инсульт. Больше половины опрошенных (146 (60%) респондентов) принимают гипотензивные препараты, при этом из них 86 (59%) принимают препараты регулярно, 16 (11,0%) — не регулярно и 49 (34%) — нерегулярно, в зависимости от уровня артериального давления. 135 (55,0%) принимают антиагреганты, из них 92 (68,1 %) — принимают ежедневно, регулярно, остальные — нерегулярно. Анализ подгруппы респондентов, занимающихся уходом за больными показал, что из 117 респондентов 64 принимают антиагреганты из них 51 (80%) принимают регулярно. 31 респондент принимает гиполипидемические препараты из них 28 (90%) — регулярно.

Особый интерес представляет группа пациентов перенесших инсульт, которые составляют высокую группу ри-

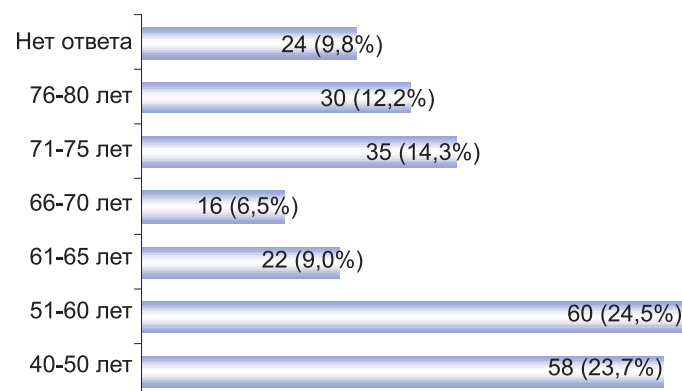


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту.

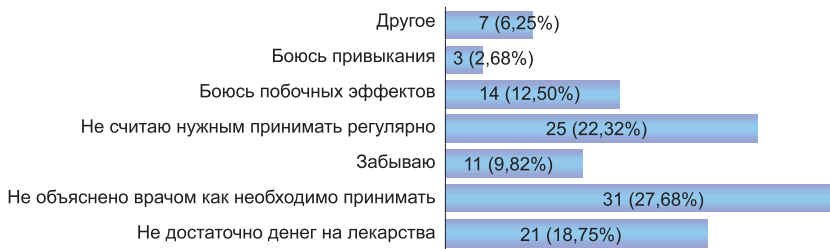


Рис. 2. По каким причинам Вы принимаете препараты не регулярно?

ска в отношении развития повторных сосудистых событий. Анализ данной подгруппы показал, что 21 (28%) респондент из 76 не принимают антиагрегантов, остальные принимают, но только половина 32 (55%) – регулярно. Гиполипидемические средства назначены только 18 (24%) респондентам и для них характерен регулярный прием.

На рисунке 2 представлены результаты причин нерегулярности приема препаратов, на этот вопрос отвечали респонденты которые ответили, что нерегулярно принимают препараты. Как видно, ведущей причиной стало отсутствие объяснения как необходимо принимать препарат. На вопрос: «По вашему мнению, в достаточной ли мере врач объясняет Вам необходимость приема препарата и его режим?» ответили, что достаточно только 40 (16,3%) респондентов, остальные в недостаточной мере были удовлетворены объяснением врача (88 (35,9%) респондентов ответили «нет, не достаточно», 80 (32,5%) - «не всегда достаточно» и 14% респондентов не ответили на вопрос).

Для выяснения степени соблюдения рекомендации врача, был задан вопрос «Как Вы будете принимать препарата, который Вам назначил врач?». 114 (46,53%) респондентов будут принимать препараты, как было назначено врачом, остальным респондентам требуется дополнительные источники информации для окончательного принятия решения о приеме препарата (результаты представлены на рисунке 3).

Предварительное интервью с пациентами показало, что респонденты, в случае «неэффективного» приема препарата, отменяют препарат или изменяют дозу. В связи с этим были сформулированы следующие вопросы: «Если, по Вашему мнению, препарат назначенный врачом не эффективен, то Вы...?» и « Изменяете ли Вы дозы препаратов?» Результаты представлены на рисунках 4 и 5. Последний вопрос был сформулирован достаточно абстрактно «Доверяете ли Вы врачу?». Результаты представлены на рисунке 6.

Таким образом, социодемографический анализ показал, что приняли участие в исследовании лица среднего и пожилого возраста, многие, из которых еще не перенесли серьезных сосудистых событий, но уже начали прием



Рис. 3. Как Вы будете принимать препарат, который Вам назначил врач?

гипотензивных и антиагрегационных препаратов. Большую часть последней группы составили лица, принимающих участие в уходе за больными после инсульта и таким образом потенциально знающих о данной проблеме. И напротив, была сформирована группа респондентов, перенесших НМК. Это группа способна к самообслуживанию и участию в социальной жизни, в частности использование интернета. С позиций профилактических мероприятий и государственной стратегии по поддержанию трудоспособности населения

эта группа является целевой и таким пациентам должно уделяться пристальное внимание врачей с целью предотвращения повторных эпизодов, которые усугубляют инвалидизацию больных если не физическую, то интеллектуальную. В нашем исследовании треть пациентов не получала антиагрегантов и более половины препаратов снижающих уровень липидов в крови. Это является не допустимым. В этой связи актуальным становится вопрос, кто ответственен за это: врач или пациент.

Наше исследование подтвердило ранее полученные результаты, что материальный фактор не является ведущим среди причин, побуждающих человека прервать прием препарата. Для регулярности приема большее значение имеет знание и понимание необходимости регулярного приема препаратов. С этой точки зрения, врач играет роль носителя знания и за счет этого обеспечивается индивидуальный подход, как одной из принципа вторичной профилактики. Результаты показали, что пациента не доверяют врачу полностью и не

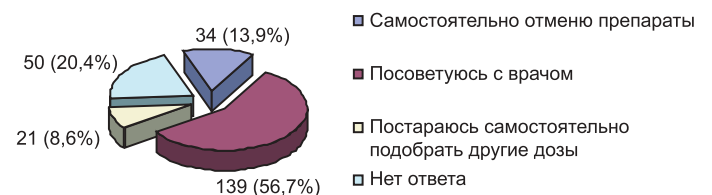


Рис. 4. Если по Вашему мнению препарат неэффективен.

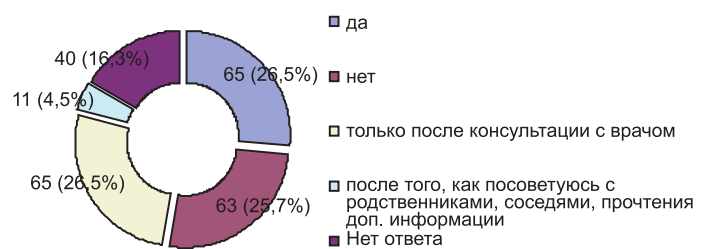


Рис. 5. Изменяете ли Вы дозы препаратов?

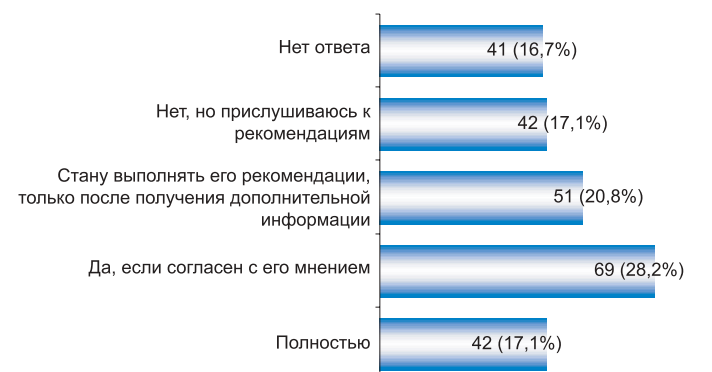


Рис. 6. Доверяете ли Вы врачу?

удовлетворены той информацией, которая им представляется. Отчасти это можно объяснить нехваткой времени у врача для детального разъяснения причин назначения, условия приема препарата, в каких случаях необходимо повторная консультация и т.д. Пациент начинает самостоятельно искать дополнительные источники информации (родственники, соседи, интернет, газеты и т.д.), однако нет гарантии, что дополнительные источники смогут дать объективную и правильную с точки зрения клинициста информацию. Немаловажным фактором является психологическая совместимость врача и пациента: в частности умение врача понять страхи и опасения пациента и если это происходит, то степень доверия возрастает. Но все таки , авторитет врача имеет значение при принятии решения о прекращении терапии или коррекции дозы, что дает надежду на повторное обращение к врачу и соответственно правильно скорректированное лечение. Вызывает опасения, что пятая часть опрошенных самостоятельно прекращают прием и корректируют дозы. Из клинической практики известно, что после прекращения приема препаратов, в особенности профилактической направленности, не сразу возникают те события, ради которых эти препараты принимаются. Это создает иллюзию у пациента об отсутствии необходимости приема препаратов. Интересные, в какой-то степени закономерные, получены данные о регулярности приема антиагрегантов в группе лиц ухаживающих за больными после инсультом. Если в группе пациентов чуть более половины принимают антиагреганты регулярно, то в данной группе этот процент достигает до 80 %. Это свидетельствует, что вовлечение в уход за пациентом, перенесшим инсульт, может быть мотивационным фактором для понимания и регулярного приема профилактических препаратов, в данном случае антиагрегантов.

Одних из направлений не только вторичной и первичной профилактики инсульта является выстраивание взаимоотношений врач - пациент. При этом, учитывая занятость врача, необходимо разграничить какая информация должна быть предоставлена врачом, а какая может быть представлена виде дополнительных материалов (выпуск специальных брошюр, участие в обществах пациентов перенесших инсульт и т.д.). В тоже время, необходимо отдавать отчет о том, что пациенты или родственники также должны четко следовать рекомендациям врача, так как эффективность профилактических мероприятий может быть достигнута только путем сотрудничества врача и пациента. Всем умным людям следует находиться во взаимном общении (Плавт Тит Макций).

Литература

1. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г. *От научных доказательств – к качественной клинической практике Качественная клиническая практика №2 (81).*
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Ощепкова Е.В. *Профилактика нарушений мозгового кровообращения. Пособие для врачей. М., 2003.,*
3. Виленский Б.С. *Инсульт: профилактика, диагностика и лечение.— СПб.: Фолиант, 2002. — 397 с.*
4. *Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики./ Под. Ред. Н.В. Верещагина, М.А.Пирадова, З.А.Суслиной.— М.: Интермедика, 2002. — 44 с.*
5. *Клиническая фармакология по Гудману и Гильману. Под общей редакцией А.Г.Гилмана, редакторы Дж. Хардман и Л.Лимберт. Пер. с англ. — М., Практика, 2006. — 51с.*
6. Скворцова В.И. *Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта.// Болезни нервной системы. — 2004. — № 4. — С. 34.*
7. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А., Мешкова К.С., Алексеева Г.С. *Цереброваскулярные заболевания Как правильно выбрать антиагрегант для вторичной профилактики ишемического инсульта Consilium medical. Неврология. Том 09 — N 2 — 2007.*
8. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А., Мешкова, Алексеева Г.С. *Антиагреганты в профилактике ишемического инсульта: пути повышения эффективности. Справочник поликлинического врача — 2006. — Т 4. — N 2.*
9. Easton J.D., Diener H-C., Bornstein N.M., Einh upl K., Gent M., Kaste M., Sacco R.L., Tijssen J.G.P., van Gijn J. *Antiplatelet therapy: views from the experts. Neurology. 1999; 53 (suppl 4): 32–37.*
10. Hardie K., Hankey G.J., Jamrozik K., Broadhurst R.J., Anderson C. *Ten-Year Risk of First Recurrent Stroke and Disability After First-Ever Stroke in the Perth Community Stroke Study.// Stroke. — 2004.— Vol. 35. — P. 731.*
11. Hellen T., Coshall C., Tilling K. et. al. *Cause of stroke recurrence is multifactorial: patterns, risk factors, and outcomes of stroke recurrence in the South London stroke register.// Stroke — 2003; 34 (6): 1457–63.*
12. Kuller L.H., So, *What's New? Stroke 2007; 38; 1427–1429.*
13. Sappok T., Faulstich A., Stuckert E., Kruck H., Marx P. *Koennecke H-C Compliance With Secondary Prevention of Ischemic Stroke: A Prospective Evaluation Stroke 2001; 32; 1884–1889.*
14. Yusuf S., Reddy S, Ounpuu S. *Global of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors and impact of urbanization// Circulation — 2001; 104 (22): 2746– 53.*