

КОМПЛАЕНС В МЕДИЦИНЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Новикова Р. А., ²Полевкова Н.Я., ¹Богусевич К. И., ¹Кулеш В. И.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница», г. Минск,
Республика Беларусь

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания, как исследователей, так и работников практического здравоохранения, однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой. По данным ВОЗ, примерно половина пациентов с хроническими заболеваниями не выполняет медицинские рекомендации (Carter S., 2001, WHO 2003). Порядка 50% прерывают терапию в течение 6 месяцев от ее начала, и только 15% продолжает лечение до 1 года (Carter S., 2001, Osterberg L., 2005). Несоблюдение пациентами врачебных назначений приводит к серьезным последствиям и существенно снижает эффективность лечения, создает проблему бессмысленности разработки новых подходов к терапии больных [1-3]. Причины низкой приверженности к лечению не всегда ясны. Приверженность терапии – это соблюдение указаний врача, этот термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» (англ. «compliance»), означающего «соблюдение» пациентом режима и схемы лечения [3].

Цель работы: выявить основные причины низкой комплаентности к лечению у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и соответственно изыскать возможные пути оптимизации лечения.

Задачи: оценить приверженность к лечению у исследуемых больных. Выявить значимые факторы, оказывающие влияние на выполнение врачебных назначений. Изучить гендерные и возрастные влияния на приверженность к лечению, а также качество жизни и психологические особенности у этих пациентов.

Материалы и методы: исследовано 120 пациентов с ИБС различными формами – 57 мужчин и 63 женщины в возрасте от 30 до 80 лет. Степень комплаентности определяли по тесту Мориски-Грина [4], получившему большое распространение в практике. 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?

Проводилось физикальное исследование. Для определения качества жизни использовали анкету (часть Миннесотского опросника) [5]. Наличие у пациентов тревожных и депрессивных расстройств выявляли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Гамельтона [6]. Для определения приверженности к лечению анализировали 4 составляющие комплаенса в лечении больных: связанные с больным, с высокой стоимостью терапии, со сложным режимом приема лекарств, связанные с органами здравоохранения (анкета РНПЦ «Кардиология» РФ). Анализировались результаты записанных ЭКГ (интервал ST, зубец T и наличие признаков перенесенного инфаркта миокарда), ЭхоКГ с анализом ФВ, КДО, зон гипокинеза. Определялся липидный спектр сыворотки крови. Статистическая обработка результатов исследования выполнена на компьютере с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statics 20.0. Математические закономерности при исследовании данных выявляли с помощью непараметрических методов.

Результаты исследования: По показателям теста Мориски-Грина все пациенты распределились на 3 группы.

I-я группа – приверженные к лечению 25% больных, из них в возрасте до 40 лет – 62,5% и 30% – 40-60 лет. Это пациенты, имеющие, как правило, высшее образование (40,0%), средний социально-экономический уровень жизни 80,0%. Качество жизни у них довольно высокое (10% высокое, 50% ближе к высокому) 40% мужчин и 60% женщин. У них достоверно менее выражена депрессия по сравнению со II и III группами ($p < 0,05$). Нерезко выражены изменения ЭКГ и ЭхоКГ.

II-я группа – недостаточно приверженные к лечению 35%. Здесь 40% пациентов больше 60 лет и 30% – 40-60 лет, больше женщин 55%, большинство имеют среднее образование (44,5%), значительно ниже социально-экономический уровень, а у 33,3% ниже среднего. Средний уровень качества жизни у 66,7%, чаще выражены депрессивные расстройства (33,3% субклинически и 22,3% клинически).

III-я группа: неприверженные к лечению – 40%. Среди них 44% старше 60 лет и только 21% моложе 40 лет, 54% мужчин, у 43,75% низкий уровень образования, у 43,75% низкое качество жизни. Тем не менее депрессивные и тревожные симптомы у них нерезко выражены: 12,3% и 6,2% , соответственно.

Уровень холестерина соответственно в группах 5 – 5,3 – 4,9 ммоль/л, триглицеридов 1,36–1,69–1,67 ммоль/л. Характер изменений на ЭКГ достоверно ($p < 0,05$) более выражен в III-й группе, в которой отмечаются наиболее частые изменения ишемического характера , что подтверждается и на ЭхоКГ (зоны гипокинеза).

Анализируя причины нерегулярного приема лекарств выяснилось, что назвали высокую стоимость лекарств 69,8% пациентов, наличие побочных эффектов – 22,5%, отсутствие контакта с врачом 12,5%.

Заключение: Таким образом привержены к лечению только 25,0% больных ИБС. В большинстве это женщины в возрасте до 60 лет, чаще с высшим образованием, имеющие средний социально-экономический уровень. У них достоверно ($p < 0,05$) выше качество жизни, они менее других подвержены тревожным и депрессивным расстройствам и, как результат у них отмечаются значительно менее выраженные изменения со стороны ЭКГ и ЭхоКГ.

Пациенты, не подверженные лечению, составляют довольно большой процент (48,0%). Чаще это мужчины с более низким уровнем образования, естественно, имеющие достоверно ($p < 0,05$) более низкое качество жизни. Обращает на себя внимание, что у них меньше выявляется депрессивных и тревожных расстройств. Возможно потому, что они меньше придают значение всем жизненным нюансам в силу того, что несколько ниже уровень образования и в этой группе больше мужчин, а возможно сказывается и более старший возраст. Изменения на ЭКГ и ЭхоКГ у них достоверно ($p < 0,05$) более глубокие. Однозначно все больные одним из факторов неприверженности отмечают высокую стоимость лекарств, сложность терапии. Немаловажно, что 12,5% больных указали на отсутствие контакта с врачом.

Выводы:

1. Результаты лечения больных и исход заболевания достоверно зависит от соблюдения полного комплаенса лечения.

2. Степень приверженности больных к лечению зависит от субъективно-объективных факторов: от личностных особенностей больного, грамотности и выполнения этических правил врача, а также от органов здравоохранения.

3. При работе с пациентом, необходимо должное внимание уделять категории больных старших возрастных групп, интеллекту больного и его экономическим возможностям.

4. При выписке рецептов врач должен обращать внимание на стоимость лекарства, возможности замены его на менее дорогое, но полноценное и при необходимости ставить вопрос перед администрацией о льготных препаратах.

5. Серьезно относиться к вопросам полипрогмазии и сложности терапии.

6. Пожилым и малообразованным пациентам организовывать не реже одного раза в месяц патронаж медицинской сестры для контроля за выполнением рекомендаций врача.

7. Регулярный анализ комплаенса лечения у пациентов с ИБС и необходимость в постоянной коррекции его составляющих должны стать одним из стимулов повышения эффективности лечения.

8. В медицинских учреждениях должна издаваться вспомогательная литература в помощь больным с низким комплаенсом лечения.

9. Обеспечение максимально полной комплаентности в лечении больных ИБС, естественно, улучшит исход заболевания, уменьшит частоту госпитализации, повысит качество жизни больных ИБС и даст экономический эффект.

Литература

1. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы/ Ф.Р. Банщиков //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. –2006.–Т.3.–№4.–С.24-27.

2. Биккинина Г.М. Приверженность к лечению у пациентов с различным типом отношения и мотивацией к приему медикаментов / Биккинина Г.М., Исхаков Э.Р. // Современные наукоемкие технологии. 2007. - № 4. - С. 94-95.

3. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача.–2007.–Т.4.–№6.–С.21-25.

4. Morisky D.E. Тест Мориски-Грина / D.E. Morisky, L.W Green .– 1986.

5. Новик А.А., Ионова Г.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.– 2002.

6. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. «Шкала Гамильтона для оценки депрессии».– Минск, 2010.– С.577-582.