

УДК 616.83:384.692	UDC 616.83:384.692
ИНСУЛЬТ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ	INSULT AND COMPLIANCE OF PATIENTS TO TREATMENT
Антипова Людмила Николаевна – к.м.н. ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	Antipova Liudmila Nikolaevna – MD SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
<p>Инсульт – одно из самых тяжелых заболеваний, возникающее и развивающееся на фоне сердечно-сосудистой патологии. Первичная и вторичная профилактика инсульта опирается на длительную коррекцию модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В этом контексте значимым фактором достижения результата является комплаентность пациента к рекомендациям специалистов по лечению и профилактике. Факторы риска первичного и повторного инсульта принципиально не различаются, более того, при отсутствии коррекции их спектр может расширяться. В статье представлен портрет пациента с высоким риском первичного и повторного инсульта, формирующийся с учетом его комплаентности к рекомендациям врача по коррекции выявленных факторов риска первичного и повторного инсульта. Представлено одно из направлений преодоления низкой комплаентности пациентов к профилактике инсульта – качественное диспансерное наблюдение с установленными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта.</p>	<p>Insult is one of the most severe diseases that occurs and develops on the background of cardio-vascular pathology. The primary and secondary prophylaxis of insult is based on long-lasting correction of cardio-vascular risk factors. The patient compliance to specialists' recommendation to treatment and prophylaxis is an important factor for good results. The primary and secondary insult risk factors have no significant differences. They can widen without correction. The article presents the clinic case of patient with high risk of primary and secondary insult based on his compliance to doctor's recommendations of the disease correction. One of directions of low compliance overcoming to insult prophylaxis is shown. It is a regular medical check-up of cardio-vascular risk factors and insult.</p>
Ключевые слова: ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КОМПЛАЕНТНОСТЬ	Keywords: PROPHYLAXIS OF INSULT, CARDIO-VASCULAR DISEASES, CARDIO-VASCULAR RISK FACTORS, COMPLIANCE

Инсульт относится к самым тяжелым инвалидизирующим заболеваниям и поражает людей независимо от возраста, пола, места проживания и социального статуса. При этом в развитии 90 % случаев инсульта значимыми оказываются 10 причин: повышенное артериальное давление, низкая физическая активность, несбалансированная еда, высокий уровень холестерина (липопротеидов низкой плотности), лишний вес (высокий индекс массы тела или большой размер талии), курение, злоупотребление алкоголем, нарушение ритма сердца, сахарный диабет и неинформированность населения о факторах риска.

Первичная и вторичная профилактика инсульта основана на модификации факторов риска благодаря изменению образа жизни и фармакологической коррекции сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на значительную доказательную базу, на практике эффективность предлагаемых стратегий первичной и вторичной профилактики инсульта недостаточна.

В данном контексте особое значение приобретает позиция пациента в отношении соблюдения рекомендаций врача при проведении длительной терапии, направленной на профилактику ухудшения состояния здоровья, или его комплаентность. По определению Всемирной организации здравоохранения, комплаентность – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием лекарственных препаратов (ЛП), соблюдение диеты и/или изменение образа жизни [4].

Проблема комплаентности включает в себя несколько аспектов, но основное значение придается ее медицинскому аспекту. Например, согласно опубликованным данным, в США более 125 000 американцев каждый год умирают в результате несоблюдения режима приема рецептурных лекарств, что примерно вдвое превышает статистику погибших в автомобильных авариях [3]. В то же время около 11 % всех

госпитализаций являются следствием несоблюдения приема медикаментов.

В составе приверженности к лечению выделяют понятие «постоянство», определяемое длительностью периода получения препарата. Постоянство оценивается количеством дней, в течение которых пациент получал терапию на протяжении определенного периода, или индексом использования препарата – частное от деления количества дней приема полной дозы препарата на длительность в днях периода исследования.

При этом если индекс использования препарата достигает 80 % и более, то комплаентность считается приемлемой [5].

Причины некомплаентности связаны с характером заболевания (длительность, тяжесть, наличие клинических симптомов); зависят от пациента (пол, возраст, уровень образования, уровень дохода, информированность о заболевании, психический статус и мотивированность к лечению), врача (профессиональный уровень, возраст, знание рекомендаций, навыки профилактического консультирования), коммуникации пациента и врача (обстоятельства при визите, доступность помощи, качество и эффективность диалога, время визита, отношение врача к больному и его болезни, адекватность предоставляемой больному информации, кратность визитов); обусловлены характером самой терапии (количество и кратность приема препаратов, схема приема, побочные эффекты, длительность), социально-экономическими факторами (стоимость лекарств, особенности системы здравоохранения, стоимость визитов) [5]. Исследователями отмечается снижение комплаентности к лечению с течением времени, особенно при хронических заболеваниях, когда и само заболевание накладывает отпечаток на особенности личности пациента.

Проявления некомплаентности к медикаментозному лечению разнообразны: «забыл» принять лекарство, нарушение схемы и времени приема лекарства, необоснованная замена лекарственных препаратов, изменение назначенной дозы лекарственного средства (уменьшение или увеличение дозы), преждевременное прекращение приема препарата, прием двойной дозы лекарства взамен пропущенной, сочетание назначенного лекарства с неподходящими едой и/или напитком.

Среди причин некомплаентности пациента выделяют две большие группы: сознательные (или умышленные) и неосознанные (неумышленные) действия. В случае неумышленных отклонений от предписанной терапии пациенты хотят следовать назначениям врача, но их желание может быть ограничено забывчивостью, невнимательностью, а также непониманием назначений доктора. В случаях умышленных нарушений врачебных предписаний имеют место осознанные действия пациента, решившего не следовать врачебным назначениям. По результатам анализа публикуемых данных предлагаются направления коррекции сниженной комплаентности в зависимости от влияющих на это факторов (таблица 1).

Глобально вопрос комплаентности пациента к лечению связан с эффективностью коммуникации «врач – пациент» и созданием системы обучения пациента отношению к болезни и предлагаемым лечебным мероприятиям. В этом контексте немаловажная роль принадлежит качественно организованному диспансерному наблюдению, формированию и проведению образовательных школ для пациентов.

Согласно литературным данным от 30 до 50 % пациентов с инсультом в течение года после выписки из стационара прекращают прием рекомендованных препаратов вторичной профилактики этого заболевания [7, 8].

Таблица 1 – Факторы, снижающие комплаентность, и пути их коррекции (Штегман О. А., Петрова М. М., Вырва П. В., 2014 [2])

Факторы, снижающие комплаентность	Направления коррекции
Гипертимные черты личности	Психотерапия (коррекция личностных особенностей)
Негативное отношение к лекарствам	Образовательные программы (разъяснение пациенту ошибочности его взглядов)
Бессимптомное течение болезни	Образовательные программы (разъяснение пациенту ошибочности его взглядов); Активное диспансерное наблюдение
Хроническое заболевание и длительная терапия	Активное диспансерное наблюдение; Применение длительно действующих лекарств
Побочные эффекты терапии	Улучшение переносимости терапии; Образовательные программы
Сложный лекарственный режим	Упрощение лекарственного режима; Обучение поведенческим методам
Одинокое пациенты, отстраненность родственников от терапевтической программы	Диспансерное наблюдение с высокой регулярностью Патронаж пациента на дому; Привлечение социальных работников

Отмечается значимость и эффективность вторичной профилактики инсульта, зависящие от модификации рисков и снижения повторного заболевания. Исследователи считают, что несоблюдение пациентами медицинских рекомендаций повышает риск заболевания. Пациенты после нефатального инфаркта имеют низкую приверженность к соблюдению медицинских рекомендаций. Исследователями из США и Кореи предложена Новая организационная модель повышения эффективности вторичной профилактики инсульта – модулирующий коучинг инсульта (transition coaching for stroke или TRACS) [6], включающий персонализированное образование пациента относительно факторов риска инсульта, необходимой медикаментозной терапии, звонки и визиты медицинской сестры. Она разъясняет необходимость приема медикаментов, соблюдения доз и кратности их приема, помогает решению возникающих проблем, преодолению побочных эффектов. Такой вариант наблюдения повышает эффективность вторичной профилактики инсульта

до 80 % по сравнению с 60 % без коучинга. В сущности, TRACS имеет сходство с предлагаемым нами активным диспансерным наблюдением пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения.

Высокие показатели соблюдения приема лекарственных препаратов с целью вторичной профилактики инсульта с индексом комплаентности – от 87 до 100 % через 6 недель и с аналогичными результатами через 6 месяцев после выписки из стационара показали авторы из Окленда при индивидуальном консультировании медсестры и использовании информационных пакетов по инульту [7]. Отдельно подчеркивается значение участия медицинской сестры в образовании пациентов и осуществлении консультирования [9].

Интересные выводы получены при исследовании комплаентности пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), наблюдающихся в амбулаторном звене. Среди этих пациентов 64 % некомплаентны, а подавляющее большинство из них и амбулаторных врачей первичного звена нуждаются в дополнительном изучении аспектов лечения ХСН [2].

В этом контексте имеет большое значение продолжение образовательных программ как для больных, так и для врачей и медицинских сестер, осуществляющих диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Список литературы

1. *Наумова Е. А.* Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дисс... д-ра мед. наук / Е. А. Наумова. – Саратов, 2007.
2. *Штегман О. А.* Медицинские факторы, определяющие комплаентность амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью / О. А. Штегман, М. М. Петрова, П. В. Вырва // Интернациональный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 5. – С. 98–101.
3. Интернет-ресурс Medication Reminders // <https://www.epill.com/adherence1.html>
4. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf
5. *Филиппова Ю. М.* Комплаентность больных с артериальной гипертензией и пути ее улучшения / Ю. М. Филиппова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2012. – С. 63–67.
6. *Bushnell Ch., Arnan M., Han S.* A new model for secondary prevention of stroke: transition coaching for stroke // *Frontiers in Neurology-Stroke* – October 2014. Volume 5. Article 219.
7. *Johnson C., Lane H., Barber P. A., Charleston A.* Medication compliance in ischaemic stroke patients // *Intern. Med. J.* –2012. – Apr.; 42 (4): p. 47–52.
8. *Jiang Y., Yang X., Li Z., Pan Y., Wang Y., Wang Y., Ji. R., Wang C.* Persistence of secondary prevention medication and related factors for acute ischemic stroke and transient ischemic attack in China // *Neurol. Res.* – 2017. June; 39 (6): 492–497.
9. *Wang W., Chia G. Sэ, Tan I. F., Tye S. N. J., Wang X., Zhu B, Jiang Y.* Independent predictors of medication adherence among Singaporean patients following an ischaemic stroke or transient ischaemic attack // *J. Clin. Nurs.* – 2017. Dec.; 26 (23–24): 5016–5024.