

УДК 616.12-005.4-036.82

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бакалец Н. Ф., Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Для современной клинической практики все более актуальными становятся не только особенности течения, диагностики и лечения ишемической болезни сердца (ИБС), но и уровень приверженности пациентов медицинским рекомендациям на всех этапах лечения.

По определению Всемирной организации здравоохранения, приверженность к лечению — это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и (или) других изменений образа жизни) по отношению к рекомендациям врача или медицинского работника [3]. Приверженность к лечению — мультифакторная проблема с выраженными последствиями для здоровья индивидуума и общества в целом. В последние годы низкая приверженность к лечению при артериальной гипертензии (АГ) расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска ИБС и цереброваскулярных осложнений, а низкая приверженность к лечению при ИБС, как фактор неблагоприятных исходов и смерти. Сегодня пожилые люди составляют большинство пациентов ИБС, и более чем в 50 % случаев смерть лиц старше 65 лет наступает от осложнений ИБС [3, 4].

В клинической медицине накоплен богатый опыт и с помощью доказательной медицины апробированы методы восстановительного лечения (ВЛ) пациентов с ИБС и ее осложнений. Основной целью медицинской реабилитации (МР) пациентов с ИБС является профилактика инвалидности путем комплексного воздействия на последствия болезни посредством как медикаментозных, так и немедикаментозных методов, эффективность которых напрямую зависит от соблюдения основных принципов реабилитации: раннего начала, непрерывности, преемственности и последовательности на всех этапах [1, 2].

Для консервативного лечения пациентов с ИБС ведущими являются медикаментозные средства, причем терапия сложного комплекса патогенетических изменений миокарда требует применения препаратов различных групп. Однако, многоэтапный и взаимосвязанный патогенез данного заболевания требует разработки также комплексной терапии ИБС с целью воздействия на возможно большее число патогенетических звеньев заболевания, предупреждение его прогрессирования, восстановление компенсаторно-адаптационных механизмов организма и улучшение качества жизни пациентов. Поэтому лекарственная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является дополнением к максимально возможным немедикаментозным методам.

Однако положительный эффект МР пациентов с ИБС может быть достигнут только при активном участии пациента в данном процессе с помощью образовательных программ.

Цель образовательной программы — направляемое врачом участие пациента и (или) родственников в процессе МР для изменения образа жизни, соблюдения предписанных схем лечения лекарственными средствами, контроля за физиологическими параметрами, результатами лечения, возможными осложнениями и т. п. Выполнение их без участия пациента невозможно, ведь он должен получать полезные знания относительно заболевания, овладеть самокоррекцией и самопомощью и осознавать личную ответственность за свое здоровье, получать необходимые средства контроля, приобре-

сти мотивацию к проведению реабилитации. Взаимопонимание врача и пациента позволяет установить единство действий, избежать осложнений, осуществить правильный контроль над течением болезни со своевременной и адекватной коррекцией в лечении. В обучении пациентов чаще всего используется групповой метод, получивший воплощение в широко распространенных «школах» на этапах ВЛ. Обсуждение проблем вместе с пациентами, сопоставление усвоенной информации и индивидуальных позиций участников дискуссии приводят к более адекватному и глубокому пониманию путей решения проблем и способствуют выработке правильных установок и активной позиции пациентов [2, 4].

В большинстве исследований и обзоров, посвященных рассматриваемой проблеме, анализируются различные аспекты приверженности только к медикаментозной терапии, тогда как проблема приверженности гораздо шире и включает также соблюдение рекомендаций врача в отношении образа жизни пациентов, являющихся неотъемлемой частью вторичной профилактики. Низкая приверженность пациентов к мероприятиям по вторичной профилактике чаще всего обусловлена низкой мотивацией к изменению образа жизни в желательном направлении, отсутствием отношения к собственному здоровью как к приоритету, низкой информированностью о факторах риска, недоверием к советам лечащего врача. В последние годы низкая приверженность к лечению ИБС рассматривается как фактор риска неблагоприятных исходов и смерти.

Цель

Определить факторы для оптимизации приверженности к реабилитации пациентов с ИБС.

Материал и методы исследования

Нами проведен анализ приверженности к медикаментозной терапии 186 пациентов (мужчин — 124 (66,7 %) и женщин — 62 (33,7 %) с ИБС (стабильная стенокардия напряжения, III функциональный класс), находившихся на диспансерном наблюдении в филиале № 8 Гомельской городской центральной поликлиники в 2018 г. в возрасте от 55 до 75 лет.

В рамках психодиагностического исследования использовалось структурированное интервью, направленное на оценку представлений пациентов о причинах, сущности, подконтрольности заболевания, способах лечения и необходимых изменениях образа жизни.

Следует отметить, что только 98 (52,7 %) из 186 пациентов регулярно принимали медикаменты. Женщины оказались более обязательными к медикаментозному лечению, чем мужчины (32,5 % и 20,2 % соответственно).

У 120 (64,5 %) пациентов с ИБС отмечалась артериальная гипертензия (АГ). Причем, анализируя приверженность к антигипертензивной терапии, выяснилось, что только 65 (54,2 %) лиц регулярно принимали гипотензивные медикаменты, а у остальных 55 пациентов регистрировалось артериальное давление более 140/90 мм рт. ст., что свидетельствовало о неадекватности терапии, проводимой на амбулаторно-поликлиническом этапе. Так, 25 (45,5 %) пациентов с ИБС в сочетании с АГ из 55 принимали медикаменты только при ухудшении состояния, 11 (20 %) — ограничивали прием лекарств из-за боязни побочных эффектов, а 19 (34,5 %) человек лечились нерегулярно из-за высокой стоимости препаратов.

Результаты исследования и их обсуждение

Представленные данные свидетельствуют о том, что основной контингент лиц составляют пациенты с ИБС в сочетании с АГ (64,5 %). Вполне объяснимо наиболее частое обращение пациентов с данной сочетанной патологией: во-первых, это самые распространенные болезни системы кровообращения, во-вторых, они взаимно отягощают состояние пациентов, предопределяя необходимость ВЛ.

Приверженность к лечению трудно измерить, поэтому в клинической практике низкая приверженность к лечению в большинстве случаев остается недиагностирован-

ной. Терапевтический ответ не соответствует ожидаемому, как правило, в двух случаях — при низкой приверженности к выполнению рекомендаций или резистентности к терапии.

Однако, сталкиваясь с «трудными» клиническими случаями, врачи чаще склонны видеть причину неуспеха в резистентности к терапии. Между тем показано, что, например, действительно рефрактерная АГ наблюдается только у 2–5 % пациентов, а псевдорефрактерная по причине нерегулярности терапии или приема субоптимальных доз препаратов имеет место у 2/3 пациентов. Недооценка низкой приверженности к лечению ведет к неправильной терапевтической тактике: коррекции терапии, увеличению доз препаратов. При этом недооценивается факт, что пациент нерегулярно принимает или не в адекватных дозах принимает терапию, рекомендованную ранее. Отмечено, что плохой контроль артериального давления ассоциирован с более высокими затратами на лечение АГ [1, 3].

Известно, что уровень приверженности пациентов с ИБС невысок и варьирует в пределах 20–70 % в отношении разных рекомендаций. После некоторого улучшения в связи с обострением болезни (инфарктом миокарда, дестабилизацией стенокардии) приверженность пациентов вновь постепенно снижается. Данный процесс детерминруется сложным взаимодействием факторов, связанных как с ситуацией получения медицинской помощи, так и с психологическими особенностями пациента [1, 5].

Кроме того, на приверженность индивидуума к лечению влияет целый ряд факторов (называемые факторами комплайнса); наиболее значимыми среди них являются: отсутствие соответствующих медицинских образовательных программ, неудобный режим терапии, отсутствие желаемых результатов, наличие побочных эффектов, высокая стоимость лекарственных средств, — все это снижает уровень медико-социальной коммуникативности и степени доверия индивидуума медицинскому персоналу, а также повышает склонности к медико-социальному дистанцированию и склонности к самолечению клинически неапробированными методами, что неизбежно приводит к самопроизвольному прекращению следования рекомендациям врача [2, 4].

Необходимо учитывать и социальный статус пациентов с ИБС в приверженности к терапии. По сравнению с лицами, имеющими высшее образование, лица со средним и начальным образованием в 2,8 раза чаще называли высокую стоимость в качестве причины нерегулярного лечения. То же касается информированности пациентов о необходимости постоянного приема лекарственных препаратов. Больше половины пациентов с низким образовательным цензом не убеждены в необходимости регулярного лечения. В частности, отмечено, что у пациентов с низким уровнем образования в 1,3 раза чаще регистрировалась стабильная стенокардия, функциональный класс III, тогда как аритмии чаще отмечались у лиц с высшим образованием.

Принимая во внимание социальный портрет пациента с ИБС, необходима достаточная и доступная информированность и доказательность проведения реабилитационных мероприятий.

Отмечена особенно высокая приверженность к реабилитации пациентов с более длительным анамнезом ИБС, так как они более склонны к поиску различных, в том числе немедикаментозных, способов улучшить свое здоровье, замедлить прогрессирование заболевания, тогда как пациенты, заболевшие недавно, могут недооценивать серьезность своего состояния. Показано, что значительное число сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт, операция аортокоронарного шунтирования и т. д.) коррелируют с высокой приверженностью к лечению [2, 5].

Определение психосоциологических характеристик показало, что люди, деятельность которых связана с повышенной ответственностью и высокими профессиональными требованиями, могут быть отнесены к группе высокого риска. При изучении особенностей склада личности среди неблагоприятных факторов, влияющих на сердечно-сосудистый исход, были также выделены безнадежность и пессимизм. Безнадежность

определяется как постоянные отрицательные эмоции и снижение мотивации, что ведет к более отрицательным оценкам новых ситуаций, ощущению бессмысленности каких-либо действий и является самостоятельным фактором риска развития ИБС [3].

Заключение

Таким образом, анализ причин невысокой приверженности к медикаментозной терапии пациентов с ИБС, в особенности лиц мужского пола, свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения качественных образовательных программ для пациентов с ИБС на современном уровне, а также малозатратных эфферентных методов МР.

Эффективность реабилитации пациентов с ИБС может быть достигнута при соблюдении комплексного подхода с осуществлением мер по выполнению физического, медицинского, психологического и психофизиологического аспектов ВЛ, а также борьбы с сопутствующими факторами риска (гиперхолестеринемией, АГ, курением, ожирением, гиподинамией, нарушением толерантности к глюкозе). Мотивация знаний современных подходов к терапии ишемии миокарда и интерес к изучению основных методов реабилитации весьма высоки. Реабилитация теснейшим образом связана с вторичной профилактикой в единый неразрывный комплексный процесс, наиболее полно отвечающий задачам современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы кардиологии: учебное пособие / под ред. С. С. Якушина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 — 496 с.
2. Андреев, Д. А. Кардиореабилитация / Д. А. Андреев, А. А. Долецкий, А. В. Свет и др. — М.: МИА, 2016. — 240 с.
3. Погосова, Г. В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца — ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г. В. Погосова, И. Е. Колтунов, А. Н. Рославцева // Кардиология. — 2007. — № 3. — С. 79–85.
4. Сумин, А. Н. Особенности кардиологической реабилитации в старших возрастных группах / А. Н. Сумин, О. Л. Барбараш // Кардиосомастика. — 2012. — № 1. — С. 38–43.
5. Jackevicius, C. A. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction / C. A. Jackevicius, P. Li, J. V. Tu // Circulation. — 2008. — Vol. 117. — P. 1028–1036.

УДК 616-036.82

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

Бандель В. Е., Михайлова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Прогресс развития медицинской науки, изменение структуры заболеваемости населения и акцент на уважение прав пациента как личности привели к созданию новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения. Наряду с достоверными критериями, характеризующими «количество жизни» все шире стали применять критерии, характеризующие «качество жизни» [КЖ], поскольку стало очевидным, что объективное уменьшение патологических симптомов (данных физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследований) не обязательно сопровождается улучшением самочувствия больного [1].

В последние годы насчитывается более 4,5 млн публикаций, посвященных изучению КЖ, и эта тенденция повышенного внимания к качеству жизни растет с каждым годом. Судя по данным информации в современной литературе, КЖ в медицине является широко используемым термином, будучи интегральным показателем, отражающим степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [1, 2].