

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

12-16 апреля в Москве состоялся XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Ежегодное проведение Конгресса высоко оценивается специалистами и вызывает большой общественный интерес. Представительный медицинский Форум собирает ведущих ученых, специалистов в области здравоохранения, практикующих врачей из разных регионов страны, руководителей профильных ведомств, молодых ученых, студентов для серьезного обсуждения актуальных вопросов медицины. В престижном медицинском Форуме приняло участие более 2600 официальных участников из 8 Федеральных округов Российской Федерации. В рамках конгресса 13 апреля 2010 года состоялось обсуждение проблемы приверженности пациентов при длительной терапии. Со своими докладами выступили профессор Ж.Д. Кобалава, доктор медицинских наук С.В. Виллевалде и А.Ж. Моносова.



Ж.Д. Кобалава, д.м.н., профессор, РУДН, Москва

Проблема приверженности пациентов к лечению становится все более актуальной. Еще Гиппократ 500 лет до нашей эры говорил о том, что мы должны быть бдительными, поскольку больные склонны умалчивать, как они в действительности принимают назначенное лечение. Мы должны неизменно задаваться вопросом в каждой непонятной клинической ситуации, а принимает ли пациент назначенные лекарства, и соблюдает ли он рекомендованные медикаментозный и немедикаментозный режим. Это обязательное условие успешного лечения любого хронического заболевания. Если мы не задаемся таким вопросом, если мы не способны диагно-

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ

стировать низкую приверженность наших пациентов к лечению, то мы ошибочно приходим к заключению о тяжелом течении болезни, о лекарственной резистентности, которой не существует в помине, назначаем пациенту лишнее обследование. И очень часто и необоснованно госпитализируем таких пациентов. Мы должны представлять, что несоблюдение антигипертензивной терапии на 58% повышает общую смертность и на 44% – риск любой госпитализации. Необходимо помнить о том, что самыми ценными мероприятиями для первичной и вторичной профилактики, которые являются залогом для реализации эффективности медикаментозной терапии, является соблюдение немедикаментозных мер: отказ от курения, оздоровле-

ние режима питания, режим физической активности и так далее. Так не бывает, чтобы человек не соблюдал мероприятия по здоровому образу жизни и при этом дисциплинированно, строго по рекомендованному нами расписанию принимал медикаментозный режим лечения и наоборот. Проблема приверженности пациентов к терапии – общемировая проблема. Через 2 месяца лечения хронических неинфекционных заболеваний половина больных прекращает лечение. Мы говорим о том, что наши пациенты должны лечиться годы, а мечтаем о том, что они будут лечиться десятилетия. Однако данные свидетельствуют, что через год лечения в условиях, когда все затраты пациентов на лечение компенсируются, меньше



Рисунок 1. Профилактика сердечной недостаточности

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

40% пациентов остаются в числе тех, кто регулярно принимает препараты.

Российская программа ПРИЗМА, которую провело Всероссийское научное общество кардиологов при организационной поддержке компании «Сервье», продемонстрировала, что 2/3 как амбулаторных, так и госпитальных больных не привержены к режиму антигипертен-

исследований отметим – все то, за что мы боремся, убедительно продемонстрировал Престариум А как эффективный инструмент для победы в этой борьбе: снижение общей сердечно-сосудистой смертности, смертности от инфаркта, инсульта. Что касается профилактики сердечной недостаточности, то мы говорим о двух кардиологических эпидемиях XXI века: мерцательной

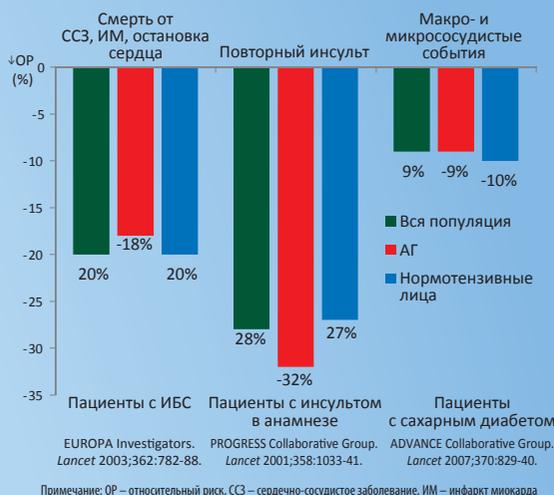


Рисунок 2. Эффективность Престариума А у пациентов с АГ и нормотензивных пациентов

зивной терапии. Эта образовательная программа была направлена на повышение приверженности и мотивации пациентов к антигипертензивной терапии. Она длилась 6 месяцев. В качестве лекарства для повышения приверженности в рамках независимой научной программы был выбран препарат Престариум. На первом этапе, во время первого визита, любой ингибитор заменяли на Престариум, и на один месяц больной получал первую бесплатную упаковку. В начале второго месяца проводились различные мероприятия в рамках повышения мотивации и приверженности к лечению. Далее препарат не предоставлялся. На пятом визите больных переводили на новую лекарственную форму Престариум А, и начинался второй этап программы.

Наше стремление – выбрать наиболее изученный ингибитор АПФ, каковым на сегодняшний день является Престариум. Данные, которые мы получили за 6 лет исследований, касаются самых разнообразных клинических состояний: цереброваскулярные болезни, стабильная ишемическая болезнь, артериальная гипертензия высокого риска, острый инфаркт миокарда с последующим развитием диастолической сердечной недостаточности, сахарный диабет. Объединяет эти результаты однонаправленное положительное улучшение исходов, оцененных по жестким точкам. Исходя из данных мета-анализа этих

аритмии и сердечной недостаточности. В отношении мерцательной аритмии есть очень обнадеживающие данные об эффективности Престариума А. Предупреждение сердечной недостаточности – глобальная стратегическая проблема превентивной кардиологии. Вне зависимости от того, какая популяция была объектом изучения, мы видим высокодостоверную и существенную эффективность по профилактике сердечной недостаточности (рисунок 1).

Сегодня мы говорим о ценности наиболее универсальных режимов. Вновь Престариум А продемонстрировал свою эффективность как в общей популяции, так и у пациентов с артериальной гипертензией и у пациентов, которые имели нормальное давление (рисунок 2). Смерть от сердечно-сосудистых за-

болеваний, повторного инсульта, сахарный диабет, ожирение – это новые тенденции в изменившемся ландшафте сердечно-сосудистой патологии, и по всем этим направлениям эффективен Престариум А. Мне очень импонирует сегодняшний возврат и акцент интересов на патофизиологические механизмы болезни. Мы имеем массив очень привлекательных данных о том, что терапия Престариумом А уменьшает ригидность крупных артерий, восстанавливает их упруго-эластические свойства, нормализует центральное давление в аорте. Сегодня мы ставим задачу восстановить градиент давления в плечевой артерии и в аорте – сделать так, как это функционирует у лиц молодого возраста.





С.В. Виллевалде, д.м.н., РУДН, Москва

Программа «Призма» была организована под эгидой секции по доказательной кардиологии Всероссийского общества кардиологов, разработана и предложена коллективом кафедры кардиологии и клинической фармакологии РУДН, которую возглавляет Ж.Д. Кобалава. Программа проводилась в 17 регионах Российской Федерации. В программе участвовало 240 врачей и 2300 пациентов. Исследования на местах координировались руководителями региональных проектов компании «Сервье». Задачами и целями этой программы было изучение и повышение мотивации и приверженности пациентов с артериальной гипертензией (АГ) к длительной антигипертензивной терапии, основанной на ингибиторе АПФ Престариуме / Престариуме А.

Среди анализируемых показателей рассматривалось количество пациентов с неконтролируемой АГ, исходный уровень приверженности и мотивации среди пациентов с неконтролируемой АГ; динамика мотивации и приверженности; динамика АД, частота достижения целевого АД; процент больных, оставшихся на терапии Престариумом / Престариумом А; оценка связи динамики уровня АД с изменением мотивации и приверженности.

РОССИЙСКАЯ ПРОГРАММА

Программа состояла из 3 основных этапов: подготовительный этап, эпидемиологический этап и основной этап или вмешательство. На подготовительном этапе были подготовлены и предоставлены методические материалы (брошюра и набор слайдов) региональным координаторам. Проводилось обучение врачей-участников исследования по методическим материалам. Также проводилась подготовка обучающих материалов для пациентов.

Задачами эпидемиологического этапа были: оценка распространенности неконтролируемой АГ, потенциально связанной с низкой приверженностью к лечению, среди больных, обращающихся в поликлинику; оценка исходного уровня приверженности к антигипертензивной терапии у пациентов с неконтролируемой АГ; оценка исходного уровня мотивации к изменению образа жизни и лечению у неприверженных пациентов с неконтролируемой АГ.

Методы исследования: регистрация в течение 2-х недель всех больных с известной АГ, у которых в амбулаторной карте зарегистрировано назначение антигипертензивной терапии продолжительностью ≥ 6 месяцев; оценка контроля АД в соответствии с рекомендациями ВНОК; анкетирование пациентов с неконтролируемой АГ (оценка приверженности – опросник Мориски-Грина, оценка мотивации у неприверженных лечению пациентов); отбор пациентов для оценки эффективности повышения мотивации и приверженности с использованием Престариума / Престариума А. Результаты: 21% пациентов с неконтролируемой АГ оказались приверженными и 79% с неконтролируемой гипертензией были не привержены к антигипертензивной терапии. Число немотивированных пациентов составило 30%, мотивированных – 70%.

Кого же отбирали в последующие группы вмешательства или контроля? Это были пациенты с неконтролируемой гипертензией (не принимавшие ранее назначенную

терапию, зарегистрированную в амбулаторной карте; имевшие недостаточно эффективную терапию), пациенты, которые не имели противопоказаний/анамнеза непереносимости ИАПФ; пациенты, не имеющие льгот на приобретение антигипертензивных препаратов. На основном этапе соотношение пациентов было 5:1. Были распределены в группу вмешательства – 5, и группу контроля – 1 пациент. На первом визите эти группы совпадали по тем вмешательствам, которые осуществлял доктор. Предлагалась короткая информационная обучающая программа с использованием наглядных материалов «Артериальная гипертензия – диалоги» (информация о риске, пользе лечения и необходимости самостоятельного контроля АД), выдавался дневник самоконтроля и паспорт здоровья. В группе вмешательства пациентам выдавалась первая упаковка Престариума бесплатно в дозировке 4 мг (рисунок 3).

На втором визите, через 2 недели, только в группе вмешательства с помощью наглядных материалов пациенты обучались методам самостоятельного измерения АД. Через 1,5 месяца на третьем визите пациенты обсуждали немедикаментозные меры по лечению артериальной гипертензии, в частности, были даны письменные рекомендации по коррекции диеты и использованию соли с помощью наглядных материалов. На четвертом визите только в группе вмешательства обсуждались проблемы повышения



«ПРИЗМА»

физической активности пациентов с артериальной гипертонией. Были даны письменные рекомендации. На пятом визите пациентам выдавались и обсуждались с ними брошюра «Если бы сердце могло говорить». Еще одним важным компонентом комплексной программы по повышению приверженности и мотивации к длительной терапии были телефонные напоминания о визитах в группе вмешательства, которых не было в группе контроля.

Антигипертензивная терапия пациентов в группе вмешательства и контроля (рисунок 3).

Группа вмешательства.

Визит 1: прием ИАПФ – замена на Престариум 4 мг/сутки; не-ИАПФ (1 препарат) – дополнительное назначение Престариума 4 мг; первая упаковка Престариума на 1 месяц – бесплатно.

Визит 2: при необходимости повышение дозы Престариума до 8 мг/сутки. Рецепт на Престариум.

Визит 3: назначение дополнительных препаратов при недостижении целевого АД. Рекомендации продолжить прием Престариума.

Визит 4: коррекция терапии при необходимости. Рекомендации продолжить прием Престариума.

Визит 5: коррекция терапии при необходимости. Замена Престариума 4-8 мг на усовершенствованную форму Престариум А 5-10 мг. Первая упаковка Престариума А – бесплатно.

Группа контроля.

Любая антигипертензивная терапия на усмотрение врача. Визиты в

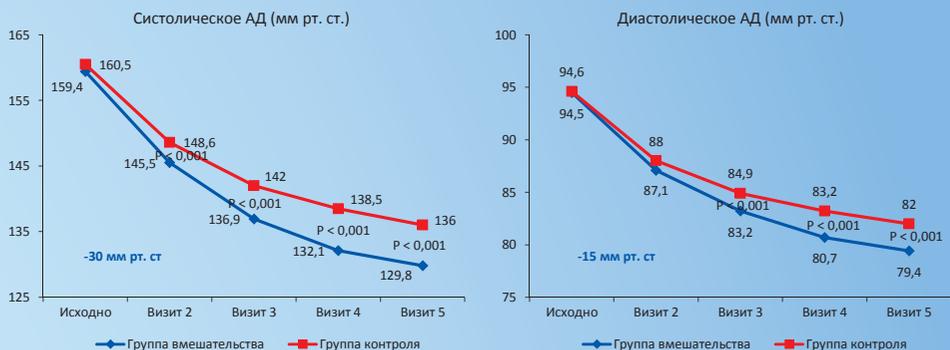


Рисунок 3. Динамика АД в зависимости от группы вмешательства

те же сроки, что и в группе вмешательства. Оценка приверженности и мотивации исходно, через 3 и 6 месяцев.

Режим назначения

Престариума / Престариума А в группе вмешательства:

- Престариум 4 мг (бесплатная выдача 1 упаковки);
 - назначение Престариума пациентам, не получающим антигипертензивной терапии;
 - замена другого ингибитора АПФ в низкой или средней дозе на Престариум;
 - дополнительное назначение Престариума пациентам, получающим 1 антигипертензивный препарат другого класса;
 - перевод пациентов на усовершенствованную форму Престариум А 5-10 мг.
- Пациенты информировались о необходимости приносить на визиты пустые упаковки Престариума.

Выводы:

- 79% неконтролируемой АГ потенциально связано с неприверженностью к антигипертензивной терапии;
- 70% неприверженных больных

потенциально готовы начать антигипертензивную терапию и готовы стать участниками образовательных программ;

- 79% неконтролируемой АГ потенциально связано с неприверженностью к антигипертензивной терапии;
- 70% неприверженных больных потенциально готовы начать антигипертензивную терапию и готовы стать участниками образовательных программ;
- комплексное вмешательство способно существенно повысить приверженность мотивированных пациентов к лечению и улучшить контроль АД и значительно снизить риск возврата на более низкую ступень мотивации. Комплексное вмешательство включает образовательную программу для врачей по вопросам приверженности и мотивации пациентов к длительной терапии; длительную структурированную образовательную программу для пациентов с предоставлением письменных рекомендаций и наглядных материалов по немедикаментозным методам лечения; самоконтроль АД с ведением дневника; назначение терапии с высокой эффективностью и хорошей переносимостью; систему напоминания о визитах.

Нужно понимать необходимые позиции команды, наблюдающей больного: больной не будет мотивирован командой, которая сама мотивирована лишь частично; мотивация в отношении больного должна заключать в себе отношение к нему как к личности, а не основываться на лечении заболевания; между больным и командой должно быть взаимное доверие. 



ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ГЛАЗАМИ ПСИХОЛОГА



А.Ж. Моносова, кандидат психологических наук,
директор по развитию тренингового агентства *Ars vitae*

Психологи очень давно занимаются проблемой взаимодействия врача и пациента. Сейчас пациенты стали более информированными – и информированность эта бывает истинной или ложной. К тому же теперь они совершенно по-другому относятся к своим правам – у них сейчас гораздо больше свободы. В итоге пациент оказывается в ситуации огромного количества информации, в которой не может разобраться. У него появляется недоверие к врачу, недоверие к лечению, растерянность и тревожность: он слышит множество мнений и конкретному врачу не доверяет. Все это очень усложняет работу современных врачей: им трудно взаимодействовать с таким пациентом. Как и прежде, на врачей возложен высокий уровень ответственности, а административного ресурса, который был раньше, уже нет. В итоге у специалистов возникает коммуникативный и профессиональный стресс, синдром выгорания. Разберем одну из схем взаимодействия врача и пациента, которая

позволяет доктору добиться своих целей без потерь. Э. Берн в своей работе «Транзактный анализ» описал, что в каждом человеке существует три аспекта личности: родитель, взрослый и ребенок. Человек в родительской позиции уверен в том, что он обладает верной информацией, знает, как надо поступать. При этом он опирается на некие нормы и догмы. Он опекает, жалеет, если он опекающий родитель; может оценивать, осуждать, если он критический родитель. Наша взрослая часть отвечает за то, что мы делаем самостоятельно. Взрослый объективен, опирается на факты, тщательно взвешивает, логически анализирует, отвечает за себя и за то, что он считает своей зоной ответственности. А детская часть позволяет нам развиваться, приобретать что-то новое, двигаться дальше. Ребенок эмоционален, импульсивен, нелогичен, непредсказуем, очень творческое создание. При этом он ни за что и ни за кого не отвечает.

Как только у разных людей возникает пересечение разных позиций, немедленно происходит конфликт. Любой коммуникативный конфликт возникает именно по этой схеме. Например, врач с позиции родителя задает больному вопрос: «Ну и что на этот раз с вами случилось?» Что ему будут отвечать? Будут или оправдываться, или сопротивляться, ведь больной оказывается в позиции ребенка. В итоге информацию врач не получит! Получается, выбранная позиция не соответствует цели. Также нужно правильно оценивать возможности и ресурсы.

Например, врач выбирает позицию критического родителя, действует в приказном порядке, но при этом не может проконтролировать больного: пациент ушел из стационара и живет, как хочет.

Позиция опекающего родителя хороша, когда вам нужно оказать поддержку, вызвать доверие, расположить к себе. Но опекающий родитель берет на себя все, он перегружен ответственностью. Позиция критического родителя хороша, когда достаточно ресурсов, чтобы приказать и обеспечить выполнение вашего приказа. Но эта позиция вызывает сопротивление, отторжение. Позиция взрослого – одна из самых универсальных позиций. Четкая, полезная, практичная. Это сотрудничество с больным. Хороша, когда надо добиться самостоятельности у пациента, для достижения долгосрочных целей. Слабая ее сторона – пациенту будет не хватать эмоциональной поддержки.

Позиция ребенка – самая редкая для врачей. Это минимальный стресс, легкость отношений, но, конечно, потеря авторитета и невозможность достичь целей.

Как мы выбираем оптимальную позицию? Если нужно приказать – критический родитель; успокоить, пожалеть, похвалить – опекающий родитель. Если нужно проанализировать факты, убедить, сравнить варианты, добиться самостоятельности – это взрослый. Ну а если нужно оправдаться, попросить о помощи, переложить ответственность, установить контакт – это детская позиция. 



Материал подготовила Я. Соловьева

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ...

ПРЕСТАРИУМ® А от 5 до 10 мг

ПЕРИНДОПРИЛ АРГИНИН

1 раз в день



ПРЕСТАРИУМ А – ГАРАНТИЯ ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.
тел.: (495) 937 07 00; факс: (495) 937 07 01.
Рег. номер: ЛСР-000257/08 от 29.01.2008



на правах рекламы