Погляд на проблему

УДК 616.12-005.4-036-082.3-053.9

Трефаненко І. В., Гречко С. І., Шумко Г. І., Шупер В. О., Рева Т. В.

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПОХИЛОГО ВІКУ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Сьогодення в медицини має цікаву рису - це глибокий розрив між науково-дослідними надбаннями, які прогресують в геометричній прогресії, та показниками результатів лікування. Сучасна медицина має відповіді на більшість питання чому, як виникає хвороба, як її діагностувати та лікувати, але на захворюваності, показниках смертності і тривалість життя людей це принциповим чином не впливає. У осіб похилого віку найбільш значущими залишаються атеросклероз, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця. Проблема комплаенсу в цій когорті пацієнтів займає провідне місці. Тому метою роботи було простежити основні чинники негативного комплаенсу у хворих на ішемічну хворобу серця похилого віку та спробуємо визначити можливі шляхи вирішення даної проблеми. До суб'єктивних причин слід включати когнітивні особливості пацієнта похилого віку, вплив на їх поведінку засобів масової інформації, сусідів, інших хворих з черги до лікаря. Хворий похилого віку часто може «пропустити» прийом таблеток. Майже всі препарати в лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця похилого віку за стандартними протоколами потребують зайнятості хворого впродовж дня, уважність, часту зміну дози препарату та пожиттєвий прийом, тому медикаментозна терапія може бути самостійно припинена або «спрощена» хворим після досягнення позитивної динаміки у перебігу захворювання або за відсутності швидкого очікуваного ефекту від лікування. Низький комплаенс в лікуванні хворих похилого віку на хронічні форми ішемічну хворобу серця може бути обумовлений власне менталітетом лікаря. Багато лікарів в своїх призначеннях використовують другорядні препарати, які не мають доказової бази, це обумовлено бажанням отримати позитивний швидкий ефект в лікуванні хворого. Тому при підборі схеми лікування слід надавати перевагу препаратам, які мають доказову базу та впливають на прогноз життя хворих, при цьому краще зменшити кількість призначень, але обґрунтувати хворому на ішемічну хворобу серця похилого віку доцільність тривалого прийому. Формувати схему лікування з урахуванням фармакоекономіки тобто притримуватись принципу «ціна-якість». Разом із хворим лікар має прилаштувати схему лікування в повсякдення хворого так, щоби вона не заважала хворому на ішемічну хворобу серця похилого віку відчувати себе задоволеним в житті.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, похилий вік, комплаенс.

Дана робота є фрагментом НДР «Особливості коморбідного перебігу захворювань внутрішніх органів: чинники ризику, механізми розвитку та взаємообтяження, фармакотерапія», № держ. реєстрації 0114U002475.

Вступ

Сьогодення в медицини має цікаву рису - це глибокий розрив між науково-дослідними надбаннями, які прогресують в геометричній прогресії, та показниками результатів лікування. Сучасна медицина має відповіді на більшість питання чому, як виникає хвороба, як її діагностувати та лікувати, але на захворюваності, показниках смертності і тривалість життя людей це принциповим чином не впливає.

Захворюваність серцево-судинної системи невпинно зростає. Проблема має соціально-економічне важливе значення, оскільки у людей похилого та старечого віку вона набуває епідемічного значення. За даними Американської асоціації серця (AHA) "Heart Disease and Stroke Statistic – 2015 Update" кожну хвилину помирає 1 людина від гострого інфаркту міокарда, а в Європі інфаркт міокарда є причиною смерті кожного шостого чоловіка і кожної сьомої жінки [5]. В Україні: 25,9 млн (53%) осіб мають хвороби системи кровообігу, із них працездатного віку – 9,3 млн. Найбільш значущими залишаються атеросклероз, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця (ІХС) [4]. Клініко-епідеміологічні дослідження, проведені в Україні, свідчать, що поширеність ІХС з віком поступово збільшується. Уже в 30–39-річному віці діагностують усі форми ІХС, у віці 40–49 років ознаки ІХС має кожен десятий чоловік, а після 50 років – кожен четвертий. Ці дані збігаються з результатами відомого Фремінгемського дослідження, відповідно до результатів якого частота ІХС у чоловіків віком 55–62 років становить 18%, а в жінок того самого віку – 13%. Максимальне зростання поширеності ІХС визначають в осіб віком 50–59 років. У цьому віці частота інфаркту міокарда утричі вища, ніж у 40–49 років, і в 9 разів вища, ніж у 30–

39 років. У цьому ж віці у 2,5 разу збільшується частота безболісних форм ІХС [1].

Тому проблемам ІХС приділяється багато уваги з боку науковців та лікарів різних спеціальностей: кардіологів, судинних хірургів, терапевтів, сімейних лікарів, ендокринологів, невропатологів тощо. Однією з важливих проблем на шляху до підвищення результативності в лікуванні хворих на ІХС є їхня недостатня прихильність до лікування або низький комплаенс.

Комплаенс (від анг. compliance – погодження, відповідність, виконання, дотримання) у медицині — це бажання, внутрішній обов'язок, добровільне слідування пацієнтом запропонованому йому режиму лікування. Комплаенс лежить в основі успішної терапії більшості хронічних хвороб, а саме тих, які вимагають від пацієнта тривалої, часто пожиттєвої, активної, свідомої участі в лікуванні. Згідно з проведеним масштабним дослідженням, довгострокова прихильність пацієнтів будь-якого лікування, незалежно від захворювання, не перевищує 50%. Наприклад, для гіпертонічної хвороби — 40%, для цукрового діабету та епілепсії — 50%, при гіперліпідемії — 62%. При цьому самостійне скасування гіпотензивних препаратів відбувається в 25% після 6 місяців від початку прийому [3]. Проблема низького комплаенсу має велике значення, тому що призводить до збільшення частоти загострень захворювання, значної тривалості останніх, і як наслідок – до збільшення частоти ускладнень (інфаркт міокарда, нестабільна стенокардії, аритмії та блокади), прогресування хронічної серцевої недостатності.

Основна частина

Сучасний багатокомпонентний підхід до терапії ІХС та профілактики її ускладнень вимагає необхідність призначення кожному хворому багатьох лікарських препаратів на пожиттєвий прийом. Зазвичай у пацієнта похилого віку окрім ІХС є ще коморбідні захворювання, з яких найбільш часто має місце цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, порушення ритму, хронічні обструктивні захворювання легень, захворювання ЦНС, органів травної системи, нирок та простати у чоловіків та багато інших. Так, на одного хворого у віці від 21 до 40 років припадає 2,9 одночасно перебігаючих захворювань, в інтервалі від 41 до 60 років – 4,5, у віці 61 – 75 років – 5,8. Зрозуміло, що хворий отримує щоденно в середньому 4,3±2,5 препарату.

Серед найбільш значущих чинників, що визначають недостатню прихильність хворих на ІХС похилого віку до лікування, такі:

– медичні - погана інформованість про захворювання; складність терапії; часто відсутня спадкоємність лікування, якщо хворий спостерігається в декількох медичних установах; відсутність контакту з лікарем, неадекватне спостереження і рекомендації; складна схема прийому препаратів;

– економічні співвідношення пенсії та вартості препаратів;

– суб'єктивні - пацієнт не отримує достатньої інформації про необхідність виконання рекомендацій лікаря; психологічні проблеми (особливо депресія), когнітивні порушення (пацієнт просто не може зрозуміти, навіщо йому лікуватися або забуває прийняти препарат).

Простежимо основні чинники негативного комплаенсу у хворих на ІХС похилого віку та спробуємо визначити можливі шляхи вирішення даної проблеми.

Такі фактори, як соціальний, сімейний, матеріальний, рівень освіти, тривалість терапії, соціальна ізоляція не мають чітких впливів на профіль комплаенсу пацієнта, тому що не існує «ідеального» хворого, який в повному обсязі пожиттєво буде виконувати призначення лікаря. Якщо вести мову про суб'єктивні причини, то перш за все слід враховувати когнітивні особливості пацієнта похилого віку, а саме індивідуальність хворого як особистості: різне ставлення до можливості отримання побічних дій від препаратів, недооцінювання свого стану, незрозумілість лікарських порад, недостатню мотивацію, відчуття страху, що прийом препаратів зробить його організм навічно залежним від них.

Істотний вплив на поведінку хворих надають засоби масової інформації, які нерідко безвідповідально і непрофесійно виявляють негативне ставлення до вітчизняної медицини. Хворі пацієнти, особливо похилого віку, керуються інформацією, яку отримують від сусідів або інших хворих у чергах до лікаря, а зовсім не доказовою медициною. Тому зазвичай сам хворий починає вирішувати, що саме йому приймати та як довго.

Хворий похилого віку часто може «пропустити» прийом таблеток. Чим більше частота прийому лікарських препаратів, тим складніше йому дотримуватись призначень лікаря. Схеми терапії хронічних форм ІХС включають препарати з різною фаракодинамікою та фармакокінетикою. Такі препарати як антиагреганти та статини хворий має приймати один раз на день, однак перші після їжі, а статини бажано на ніч не залежно від прийому їжі (виняток ловастатин, він після їжі) [2]. Для нітропрепаратів важливо зберігати рівні проміжки часу між прийомами, які залежать від форми та діючої речовини препарату. Окремо стоять бета-адреноблокатори, для них необхідно застосовувати метод титрування, який передбачає поступове збільшення дози при постійному контролі артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Якщо в листку призначення є діуретини та інгібітори АПФ, то хворий має їх приймати натще зранку. Отже схема лікування ІХС за стандартними протоколами передбачає зайнятість хворого впродовж дня, а ще уважність та часту зміну дози препарату. Комбіновані препарати також не вирішують цю проблему, тому що втрачається індивідуальний підбір дози для хворого. Майже всі препарати у хворих даної групи потребують пожиттєвого прийому, тому медикаментозна терапія може бу-

ти самостійно припинена або «спрощена» хворим після досягнення позитивної динаміки у перебігу захворювання або за відсутності швидкого очікуваного ефекту від лікування.

Низький комплаенс в лікуванні хворих похилого віку на ІХС може бути обумовлений власне менталітетом лікаря. Основні підходи до медикаментозного лікування хворих на ІХС розглядаються щорічно на конгресах кардіологів. Однак на практиці ми спостерігаємо консервативне ставлення лікарів, переважно терапевтів та сімейних лікарів, до виконання протоколів ведення таких хворих. Наприклад, за даними літератури статини регулярно приймають не більше 24% хворих на ІХС (дослідження PULSAR 2009). Натомість, багато лікарів в своїх призначеннях використовують другорядні препарати, які не мають доказової бази, але вважаються «модними». Це можна пояснити, бажанням доктора отримати позитивний швидкий ефект в лікуванні хворого. До таких груп медикаментів можна віднести майже всі метаболічні препарати, які не діють на патогенетичні ланки захворювання та не відповідають вимогам доказової медицини**.** А от статини, антиагреганти не надають симптоматичної дії (хворий не може побачити ефект одразу), але в них є найбільший рівень доказового впливу на прогноз життя хворого за умов тривалого прийому.

Слід також зауважити, що хворі на ІХС, які пройшли хірургічне втручання на судинах серця, також вважають що вони «вилікувались» тому припиняють пити ліки надалі. Отже, в цих випадках комплаенс стрімко падає вниз до наступного погіршення стану здоров‘я.

Проблем досить багато, вплинути на всі лікар звісно не може, однак є ряд моментів, які здатні підвищити комплаенс.

Лікар повинен при першій зустрічі чітко озвучувати мету лікування, яку повторювати постійно при повторних зверненнях хворого, для того щоб створити певні стабільні чіткі асоціативні зв‘язки. Пацієнт повинен розуміти навіщо приймає препарат, які результати він вже отримав від його прийому та чому має приймати надалі.

Саме лікар може звернути увагу на спосіб життя пацієнта. Якщо він п’є препарати, але при цьому має зайву вагу і продовжує об’їдатися, то одними таблетками проблему можна ніколи і не вирішити. У хворих на ІХС похилого віку необхідно спробувати скоригувати харчову поведінку відповідно до діагнозу, віку та соціального статусу. Також наполягти на постійне фізичне навантаження впродовж дня, якщо це, звичайно, можливо. Це потрібно проводити систематично з надаванням конкретних прикладів, але щоб не викликало у хворого відчуття, що його «останньої радості в житті позбавили».

Спробувати скласти схему лікування разом із хворим, щоб останній відчув себе не тільки виконавцем, але і керівником цього заходу. Таким чином обговорювати ймовірність побічних ефектів від прийнятих препаратів, призначати фіксовані комбінації і ретардні форми, якщо це можливо. Створити разом з пацієнтом схему прийому — як не забувати прийняти таблетки щодня.

Потрібно враховувати фінансові можливості пацієнта. Тут просто необхідно подумати про більш дешеві, але досить ефективні аналоги. Тому першими в списку мають стояти найбільш вагомі препарати в плані доказової медицини. Майже всі препарати для лікування хворих на ІХС на фармацевтичному ринку мають більше двадцяти-тридцяти аналогів, тому важливо підібрати ліки за доступною ціною на досить довгий час прийому.

Не секрет, що останнім часом призначення препарату в нашій країні відбувається біля прилавка в аптеці. Тому лікар має наголосити на обов‘язкову купівлю ліків, які вказані ним в рецепті, щоб запобігти заміні препаратів або сумніву в їх покупці взагалі.

Висновки

1. Проблема комплаенсу в лікуванні у хворих на ішемічну хворобу серця похилого віку залишається однією з вагомих при сучасних методах діагностики та лікування.
2. При підборі схеми лікування слід надавати перевагу препаратам в першу чергу, які мають доказову базу та впливають на прогноз життя хворих, при цьому краще зменшити кількість призначень, але обґрунтувати хворому на ІХС похилого віку доцільність тривалого прийому.
3. Формувати схему лікування з урахуванням фармакоекономіки, тобто притримуватись принципу «ціна-якість». Разом із хворим лікар має прилаштувати схему лікування в повсякдення хворого так, щоби вона не заважала хворому на ІХС похилого віку відчувати себе задоволеним в житті.

Перспективи подальших досліджень

Ми бачимо, що проблема комплаенсу у хворих на ІХС похилого віку величезна і важко вирішувана. Без її вирішення неможливо чекати повної віддачі від лікарської терапії. Тому потрібно розробити основні положення взаємодії лікар-пацієнт, які допоможуть пацієнту пристосовувати своє лікування під себе, тобто вплести його в своє сьогодення.

Література

1. Горбась І. М. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика / І. М. Горбась // Здоров’я України. – 2009. – № 3/1. – С. 34–35.
2. Загидуллин Н. Ш. Комплаенс при терапии статинами / Н.Ш. Загидуллин, Ш. З. Загидуллин // Проблемы женского здоровья. - 2008. – Т. 3, № 1. – С. 57-61.
3. Молотков А. О. Комплаенс или приверженность терапии: современное состояние проблемы и особенности при бронхиальной астме / А. О. Молотков, А. А. Пунин, С. А. Молоткова [и др.] // Весник Соленской государственной медицинской академии. - 2012. - № 1. - С. 56-62.

4. Поширеність провідних хвороб системи кровообігу серед дорослого населення в Україні (2010 рік) / Державна служба статистики України. – Київ:, 2012. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/.
5. Go A. S. Heart Disease and Stroke Statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association / A. S. Go, D. Mozaffarian, V. L. Roger [et al.] // Circulation. – 2015. – Vol. 127 (1). – P. 245.

Реферат

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Трефаненко И. В., Гречко С. И., Шумко Г. И., Шупер В. А., Рева Т. В.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, пожилой возраст, комплаенс.

В медицине сегодня мы наблюдаем интересный факт, образуется разрыв между научно-исследовательскими достижениями, которые прогрессируют в геометрической прогрессии и показателями результатов лечения. Современная медицина получила ответы на многие вопросы почему, как возникает болезнь, как ее диагностировать и лечить, но на показатели заболеваемости, смертности, длительности жизни это принципиально не повлияло. У пациентов пожилого возраста на сегодняшний день остаются наиболее распространенными атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. Проблема комплаенса в этой категории больных занимает приоритетное место. Поэтому целью работы было выявить основные причины негативного комплаенса у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста и найти пути решения этой проблемы. К субъективным причинам следует отнести когнитивные особенности самого пациента, влияние на его поведение средств массовой информации, других больных из очереди к врачу. Почти все препараты для лечения ишемической болезни сердца согласно стандартам лечения требуют круглосуточной занятости пациента, частую смену дозы и главное пожизненный прием, поэтому медикаментозная терапия может быть самостоятельно прекращена или значительно упрощена при достижении положительного эффекта или наоборот при отсутствии быстро ожидаемого эффекта в лечении. Низкий комплаенс может быть обусловлен также ментальностью врача, а именно назначением препаратов без доказательной базы, симптоматических, но влияющих на качество жизни. Поэтому в первую очередь должны быть назначены препараты с доказательной базой, которые влияют на прогноз жизни, при этом лучше уменьшить количество назначенных препаратов, но обосновать больному ишемической болезнью сердца их пожизненный прием. Также врачу необходимо сформировать схему лечения с учетом фармакоэкономики препаратов, следовать принципу «цена-качество». Вместе с больным врач должен вплести схему лечения в повседневную жизнь больного на ишемическую болезнь сердца пожилого возраста, чтобы она не мешала ощущать себя удовлетворенным в жизни.

Summary

ISSUE ON COMPLIANCE IN ELDERLY PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Trefanenko I. V., Grechko S. I., Shumko H. I., Shuper V. O., Reva T. V.

Key words: ischemic heart disease, elderly age, compliance.

Modern medicine is characterized by a profound gap between research assets that are progressing in geometric progression and indicators of treatment outcomes. Nowadays the healthcare has got answers to the majority of questions like why and how a disease develops, how to diagnose and treat it, but it does not affect the morbidity, mortality and life expectancy of people. For elderly people, the most prevalent illnesses are atherosclerosis, arterial hypertension, and ischemic heart disease. Therefore, compliance issue is of outmost importance for this group of patients. This is caused by the cognitive characteristics of patients, multi-component treatment, pharmacokinetics, pharmacodynamics and drug pharmacology, and other causes. Thus, the purpose of the work was to determine the main factors of negative complication in elderly patients with ischemic heart disease and to make an attempt to identify possible ways to solve this problem. Subjective causes include cognitive peculiarities, mass media impact, communication with neighbours and other people in medical setting. Elderly patients are liable to “missing” turns of taking pills. Almost all drugs in the treatment of patients with ischemic heart disease under the standard protocols require patients to be attentive during the day and control time and dose of medicine they are taking; together with disappointment from lack of fast relief and positive treatment effect that may cause self-termination or "simplification" of treatment by patients. Low compliance in the treatment of elderly patients in chronic forms of IHD may be due to the mentality of a doctor. Many doctors prescribe secondary drugs that do not have an evidence base due to the desire to get a positive effect in the treatment of the patient quicker. Therefore, when selecting the treatment scheme, priority should be given to drugs which have an evidence base and affect the prognosis of patients’ life. It is better to reduce the number of medicine prescribed and explain to the patient importance of long-term treatment. To form a proper treatment scheme a doctor should take into account pharmacoeconomics which means to adhere to the principle "price-quality". A doctor in cooperation has to adapt the treatment to the routine of the aged patient routine for him to feel satisfied and easy.