

МЕНИДЖМЪНТ НА РИСКА И КЪМПЛАЙЪНС ПРИ ЛИЦА, ПРЕЖИВЕЛИ ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

М. Дякова

Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София

Резюме. Успешният мениджмънт на рисковите фактори и на сърдечно-съдовия риск при пациент, преживял остро сърдечно-съдово заболяване, и неговото възстановяване изискват комплексни и продължителни интервенции в сравнение с преките рехабилитационни мероприятия и медикаментозна терапия. Успехът на изхода от заболяването зависи също така и от осигуряване на съгласието и сътрудничеството на пациента за спазване на предписаното лечение и препоръки, т.нар. къмплайънс. Настоящото проучване изследва мениджмънта на сърдечно-съдовия риск и къмплайънса на лица, преживели ОМИ. Методиката включва телефонно интервю на 114 случайно подбрани лица, преживели остър сърдечно-съдов инцидент с давност повече от 1 година, в периода 2005-2006 г. Събраната информация обхваща: здравното състояние на интервюираните, тяхната работоспособност, оплаквания, къмплайънса относно предписаната медикаментозна и немедикаментозна терапия, промените в стила на живот, периодичността на профилактичните прегледи и получената информация от лекуващия лекар и фармацевта. Получените резултати разкриват непълноценно възстановяване и нарушена работоспособност при анкетираните лица; липса на целенасочена и дългосрочна профилактика на ССЗ и на обучение в здравословен стил на живот; недостатъчна информация от лекуващия лекар (ОПЛ/кардиолог) и фармацевта; липса на целенасочено здравно образование и обучение. Оценката на здравното състояние и начина на живот на лица, преживели ОМИ, разкрива недостатъчни здравни знания и слаб къмплайънс на пациентите при спазване на първоначално назначената терапия.

Ключови думи: къмплайънс, кардиоваскуларен риск, мениджмънт, остър миокарден инфаркт, профилактика, рехабилитация, стил на живот

M. Dyakova. CARDIOVASCULAR RISK MANAGEMENT AND COMPLIANCE IN PATIENTS, SURVIVING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Summary. The successful cardiovascular risk management in patients, surviving an acute coronary incident (acute myocardial infarction-AMI), and their complete recovery require complex and sustained interventions, not only adequate medication and rehabilitation procedures. It also requires the agreement and cooperation of the patient in following the prescribed treatment and recommendations, e.g the compliance of the person. The presented cross-sectional study investigated the management of cardiovascular risk and the compliance of people, who survived AMI. The information was gathered through a telephone interview of 114 randomly selected patients, having AMI more than a year ago in the period 2005-2006. The data comprised: health status of the interviewed, their complaints and ability to work (disability), compliance with prescribed medication and lifestyle therapy, changes in lifestyle, prophylactic check-ups and received information from their physician and pharmacist. The results from the study revealed incomplete recovery of the respondents, different levels of disability, lack of sustainable cardiovascular prevention activities and healthy lifestyle education. The health information and knowledge of the patients as well as their compliance with treatment and given advices were insufficient.

Key words: compliance, cardiovaacular risk, management, acute myocardial infarction, prevention, rehabilitation, lifestyle

ВЪВЕДЕНИЕ

тер с

Според принципите на *Новото обществено здраве* грижите за пациент, преживял остро сърдечно-съдово заболяване (ССЗ) – остър миокарден инфаркт (ОМИ), и неговото възстановяване имат комплексен и продължителен харак-

много по-широк обхват на интервенциите в сравнение с преките рехабилитационни мероприятия [7]. Мениджмънтът на рисковите фактори и на абсолютния сърдечно-съдов риск става интегрална част от този процес. Съвременните препоръки включват промени в стила на живот и отказване от вредните навици, стриктен контрол на артериалното налягане, нивото на серумните липиди и диабета, приемането на профилактични медикаменти, мениджмънт на стреса, психологично консултиране и специализирано обучение. Тази еволюция на сърдечно-съдовата рехабилитация е отразена в последната дефиниция на СЗО: „Рехабилитацията на пациентите със ССЗ е съвкупност от дейности, *необходими за положителното повлияване на подлежащите причини за заболяването*, както и осигуряване на най-добрите възможни физически, психични и социални условия, с цел *пациентите със собствени* усилия да запазят или възстановят нормалната си позиция в обществения живот. Рехабилитацията не може да се възприема като изолиран начин на лечение, а трябва да бъде интегрирана в цялостна терапевтична стратегия, от която специфичното медикаментозно лечение е само една малка част”. Посочените тенденции и развитие на сърдечно-съдовата профилактика – вторична и третична, поставят не само лекаря, но и пациента в активна позиция – информиран, съзнателен и отговорен за собственото си здравно състояние и работоспособност. В този смисъл *симбиозата лекар (общопрактикуващ лекар)–пациент се превръща в базова предпоставка за успеха на превантивните интервенции*.

В контекста на гореизложеното и поради сравнително слабото проучване на проблема насочихме нашето внимание към мениджмънта на сърдечно-съдовия риск и къмплайънса на пациентите, преживели ОМИ, да изпълняват стриктно предписаната им терапия.

Целта на настоящото проучване е да се установят степента на изпълнение (къмплайънс) на препоръчаните промени в начина на живот и назначената терапия на лица, преживели ОМИ, и факторите, имащи отношение към това.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Извършено е изследване на здравното състояние, къмплайънса и промените в стила на живот на лица, преживели остър инфаркт на миокарда преди повече от 6 месеца, анкетираны чрез телефонно интервю. През 2007 г. прове-

дохме телефонно интервю със 114 случайно подбрани лица, преживели остър коронарен инцидент (ОМИ) в периода 2005-2006 г. Средният период, изминал от наличието на ОМИ, е една година. При настъпила смърт на лицето или невъзможност за директна връзка с него данните са получавани от близък роднина, живеещ с него. Всички анкетираны са включени в проучването, а липсата на данни по отношение на някои въпроси е отразена при анализа на резултатите.

Приложен е социологическият метод – пряко индивидуално интервю (анкетен метод), за установяване на социално-демографски параметри; мотивация и къмплайънс. Приложени са структурирани стандартизирани въпросници.

Всички данни в разработката са обработени с помощта на специализиран статистически пакет за персонален компютър – SPSS for Windows, ver. 13.0.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

Обща характеристика на интервюираните лица. Въпреки малкия брой проучени пациенти ясно личи значението на факторите пол и възраст – лицата с ОМИ са предимно мъже (71% от изследваните). Висок е относителният дял на преживелите ОМИ във възрастовата група 55-64 год. – 44.7% (табл. 1). В тази активна трудова възраст високата заболяемост има сериозно материално, психично и социално отражение както върху отделните индивиди и техните семейства, така и върху цялото общество. Това е времето, отредено за пълноценна социална реализация на хората, за себеутвърждаване и усъвършенстване [6]. Именно тук ефективната рехабилитация, високият къмплайънс и възможно най-пълното възстановяване на пациентите са от решаващо значение за връщане на индивида към нормално ежедневие и пълноценно трудово и социално съществуване [2, 5]. Заболелите жени с ОМИ в този възрастов диапазон са по-малко. Броят на мъжете обаче намалява в напреднала възраст, когато се отбелязва увеличаване броя на заболелите жени, тъй като при тях сърдечно-съдовите инциденти са изместени с една декада по-късно.

Таблица 1. *Разпределение на интервюираните лица по възраст*

Възрастови групи (год.)	Брой	%
45-54	21	18,4
55-64	51	44,7
65-74	30	26,3
> 75	12	10,5

Всичко	114	100,0
--------	-----	-------

Висок е относителният дял на интервюираните, които определят здравето си състоянието като добро – 45%. Възрастовите групи, в които най-често се появява ОМИ, обхващат лица с 2 или повече хронични неинфекциозни заболявания. Вероятно значение за твърде високия резултат има и начинът на провеждане на интервюто – по телефона. От значение е и фактът, че един от всеки 10 интервюирани (11%) са преживели повторен ОМИ, т.е. вторичната и третичната профилактика при тях е била неефективна, което е довело до възникване на повторен СС инцидент. 19% определят състоянието си като влошено. Само при 3% има летален изход.

Само 15.8% от интервюираните лица са трудно заети след прекаран ОМИ. Факторът пол не корелира с трудоспособността след прекаран миокарден инфаркт ($p > 0.05$). Относителният дял на изгубена трудоспособност над 90.5% нараства значително след 64-годишна възраст (табл. 2).

Таблица 2. Групи инвалидност, придобита от лицата, преживели ОМИ

Инвалид	Брой	%
Не	60	52,6
1 група	12	10,5
2 група	27	23,7
3 група	15	13,2
Общо	114	100,0

Над половината от интервюираните (52%) съобщават за оплаквания от сърдечно-съдовата система през последната 1 година, като сутрешно главоболие, световъртеж, задъхване при физическо усилие, болка в гърдите и др., които най-често са симптоми на ССЗ. Наличието на подобни оплаквания нарушава качеството на живот, но същевременно поддържа пациентите сензитивизирани към здравните им проблеми и те осъзнават, че за тях терапията е жизнено необходима. Субективните оплаквания и дискомфорт могат да се дължат на недостатъчен контрол на рисковите фактори и неконтролирано здравно състояние (АХ, ИБС) на болните.

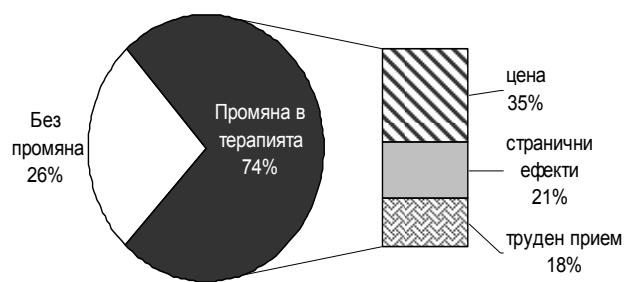
Промяна в назначената терапия и контрол на рисковите фактори за ССЗ. От особено значение е връзката лекар–пациент, тъй като по правило лекарят е основният информационен източник. Добър къмплайънс има при болни, чувстващи се в не много добро здраве, имащи доверие в лекаря и убеденост в необходимостта от терапия. За съжаление нашите

данни сочат, че приблизително 1/3 от интервюираните самостоятелно са сменили лечението си, без лекарска намеса (табл. 3). Основните причини за неспазване на лекарското предписание според интервюираните пациенти са представени на фиг. 1.

Таблица 3. Промяната в изписаното от болницата лечение

Новоизписано лечение от:	Брой	%
Болничен кардиолог	24	21,1
ОПЛ	31	27,2
Амбулаторен кардиолог	24	21,1
Самостоятелно	35	30,7
Всичко	114	100,0

Само 26% от интервюираните не са сменили първоначално назначената терапия. Прави впечатление, че повече от 1/3 от пациентите посочват, че високата цена на изписаните медикаменти и невъзможността на семейството да ги набави са наложили промяната (фиг. 1). Икономическата достъпност се затруднява и от трудната възвращаемост на средствата за лекарствата независимо от действащото законодателство, според което медикаментите, които се използват при лечението на ОМИ, се реимбурсират напълно или частично от НЗОК. Спазването на лекарските предписания зависи от: страничните ефекти на лекарствата, психичните особености на пациента, природата на заболяването, сложността на режима на лечение, цената на лекарствата и не на последно място – от личността и авторитета на лекуващия лекар.



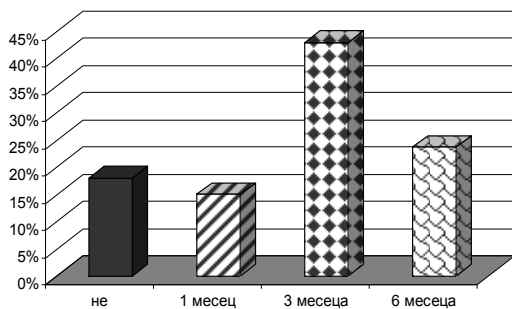
Фиг. 1. Промяна в изписаното от болницата лечение и причини за промяната, посочени от участниците (%)

Приблизително 1/5 (18%) от интервюираните изобщо не контролират здравето си състояние при лекар. Посещението при ОПЛ или специалист е само при възникнала необходимост (фиг. 2).

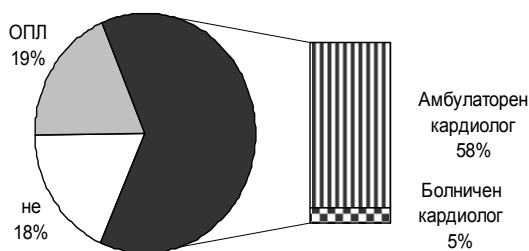
Най-често пациентите предпочитат да посещават специалист от извънболничната медицинска помощ – амбулаторен кардиолог – над 50% (фиг. 3). Това е една твърде неблагоприятна от

икономическа гледна точка тенденция, тъй като в системата на здравно осигуряване ОПЛ трябва да играе ролята на „пазач“ – “gate keeper”, към специализирана медицинска помощ, която е значително по-скъпа. Едва 19% от интервюираните се доверяват на личния си лекар за провеждане

на контролен преглед – факт, който е показателен и за качеството на услугите и особено на превантивните и контролните, предоставяни от ОПЛ. Ограниченото време и отсъствието на подходящо специализирано обучение, както и липсата на материална и морална мотивация на семейните лекари водят до неадекватна и неефективна профилактична дейност (най-вече първична), насочена към сърдечно-съдовия риск.



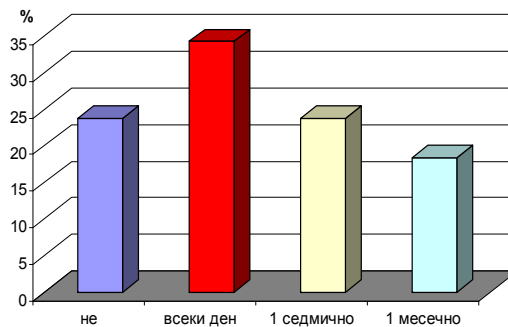
Фиг. 2. Честота на контролните лекарски прегледи



Фиг. 3. Вид посещаван лекар (Какъв лекар най-често посещавате?)

От практическа гледна точка най-важният въпрос е какъв е резултатът от приложението на превантивните стратегии и профилактичните мерки, преценен чрез спазването на инструкциите от пациентите. Става дума за кмплайънса на болните и един от най-важните въпроси е: Колко често пациентите мерят артериалното си налягане? Резултатите, представени на фиг. 4, показват, че над 1/3 от лицата с ОМИ следят стой-

ностите на артериалното си налягане всеки ден. Същевременно почти 1/4 от интервюираните изобщо не мерят кръвното си налягане, освен ако не посетят лекар.



Фиг. 4. Контрол на артериалната хипертония (АХ)

Интересен факт е относително редовният контрол на холестерола и кръвната захар – най-голям процент от респондентите провеждат лабораторни изследвания на всеки 6 месеца (32%), 28% – на всеки 3 месеца, а 17% – веднъж в годината. Само 16% никога не си правят профилактични лабораторни изследвания. Една от вероятните причини може би е покриването на това изследване от здравната каса, както и частичното реимбурсиране на антилипидните медикаменти (статици) от касата след преживян ОМИ [1].

В интервюираната група наблюдаваме спад в процента на редовните пушачи, както и увеличаване броя на бившите пушачи. Това вероятно се дължи на съзнателното отказване на част от пациентите от вредния навик (след преживяването на ОМИ), както и на по-високата възраст на проучваните лица (като цяло делът на пушачите намалява с възрастта). Въпреки наблюдаваната благоприятна тенденция за намаляване на тютюнопушенето, все още над 1/5 от пациентите продължават да пушат (табл. 4). Основно значение за отказване от вредния навик имат персоналната консултация, съвет и окуражаване от страна на лекаря дори при единична рутинна консултация. Това е особено ефективно при пациенти, преживели ОМИ. Скорошно проучване, сравняващо ефекта при интензивно съветване и обикновен съвет за отказване от тютюнопушенето при пациенти с ОМИ, установява, че интензивната препоръка още в кардиологичното отделение, последвана от повторни съвети и консултации в периода на възстановяване и проследяване, може да убеди 62% от пушачите да се откажат от вредния навик завинаги [4]. Разбира се,

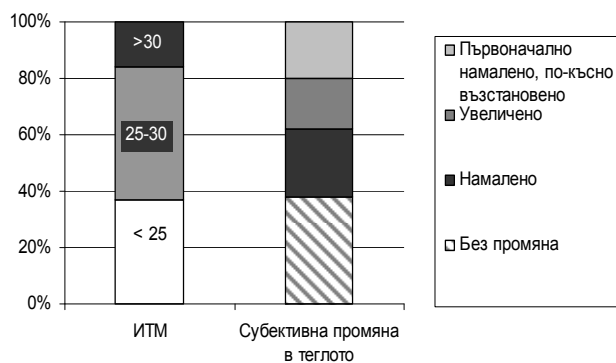
никотин-заместващата терапия е едно от най-ефективните и препоръчвани средства, най-вече за краткосрочна помощ на желаещите да се откажат.

Таблица 4. Честота на тютюнопушене

Тютюнопушене	Брой	%
Непушачи	42	36,8
Бивши пушачи	48	42,1
Настоящи пушачи	24	21,1
Общо	114	100,0

Един от най-важните косвени рискови фактори (РФ) за възникване на ОМИ е наднорменото тегло и затлъстяването. То повлиява негативно много от останалите РФ – АН, LDL и HDL холестерола, триглицеридите и глюкозния толеранс. Почти 2/3 от извадката са с наднормено тегло (ИТМ > 25 – 63,2%), а около 15% са със затлъстяване. Субективната оценка на интервюираните също не показва благоприятна тенденция – 1/3 остават без промяна в теглото, а при 1/4 то даже е увеличено.

Интересен факт е първоначалното понижаване на теглото с последващо възстановяване – много характерен за непостоянството при спазване на хранителен и двигателен режим, т.е. кратковременен къмплайънс на пациента към препоръките на лекаря. Един от основните механизми за редуциране на наднорменото тегло е стриктен диетичен режим (намаление на цялостния калориен прием + редуциране на всички мазнини под 30%, а на наситените – под 10% от общия калориен прием), комбиниран с повишена физическа активност. За съжаление много пациенти и лекари пренебрегват значението на здравословния хранителен режим във вторичната профилактика на коронарните заболявания (ОМИ). Съвременни интервенционни проучвания доказват, че адекватният диетичен режим има положителен ефект, надхвърлящ намаляването на нивото на серумните липиди, и увеличената консумация на ненаситени и полиненаситени мазнини може да редуцира значително повторните случаи на ОМИ, включително и на коронарна смърт [3].



Фиг. 5. Сравнение между субективната промяна в теглото и ИТМ по данни от интервюто (%)

Първоначалното ни предположение за нивото на къмплайънс при лица, прекарвали ОМИ, включващ цялостна промяна в начина им на живот (физическа активност, прием на сол, на пресни плодове и зеленчуци и т.н.), е, че степента на спазване би трябвало да е висока, защото контролът от лекарите при лица с прекаран ОМИ е по-системен и характерът на заболяването е такъв, че спазването на определен начин на живот е животоспасяващо. Резултатите от проучването потвърждават това наше предположение (фиг. 6). Повече от половината (56.3%) от интервюираните съобщават за интензивно физическо натоварване повече от 30 min на ден. Същевременно 1/4 (25.8%) изобщо нямат двигателна активност.



Фиг. 6. Промяна в стила на живот като цяло според интервюираните (%)

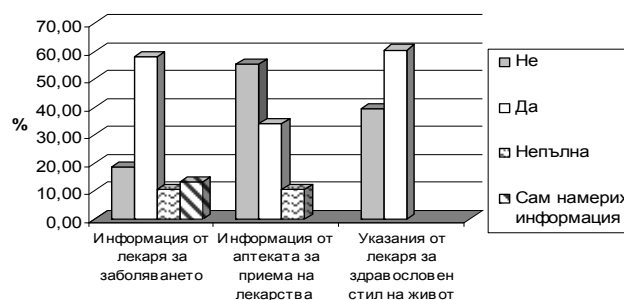
Способността на лекаря да разясни на пациента по подходящ и разбираем за него начин характера на заболяването и предвидените терапевтични мероприятия представлява съществен фактор, повлияващ къмплайънса на пациента, а оттам и терапевтичния резултат. Целта е да се достигне нивото на добре информиран и

мотивиран пациент, който на базата на получената информация за заболяването си, за вредните рискови фактори при него и за начина на действие на предписаните медикаменти действително да се мотивира да промени начина си на живот и да приема предписания му медикамент/и.

По-голяма част от интервюираните са получили нужната информация относно заболяването си от лекуващия лекар – 57.9%, а 60.5% са били запознати от него с необходимите промени в стила на живот. Около 1/3 от пациентите не са получили никаква информация за заболяването, лечението или здравословния стил на

живот. Сами са потърсили и намерили информация 13.2%.

Само 34.2% от интервюираните са на мнение, че фармацевтите са обяснили добре начина на прилагане на лекарствения препарат при неговото закупуване и нежеланите странични явления, които могат да настъпят по време на лечението със закупените от аптеката лекарства, а 10.5% са получили непълна информация за това. Повечето от интервюираните смятат, че фармацевтите не отделят достатъчно време за всеки пациент в аптеката, за да го информират за лекарството, което той купува (фиг. 7).



Фиг. 7. Сравнение на получената информация от лекаря и от фармацевта (%)

Изводи

Настоящото проучване разкрива:

- Непълноценно възстановяване и нарушение на работоспособност при анкетирания лица, преживели ОМИ.
- Липса на целенасочена и дългосрочна профилактика на ССЗ и обучение в здравословен стил на живот при анкетирания група.
- Недостатъчна информация от ОПЛ/специалиста и фармацевта.
- Липса на целенасочено здравно образование и обучение (програми).

Оценката на здравното състояние и начина на живот на лица, преживели ОМИ, разкрива недостатъчни здравни знания и слаб къмплайънс на пациентите при спазването на първоначално назначената терапия.

Библиография

1. Бенишева, Т. и П. Трендафилова. Нормативна рамка за осигуряване на лекарствени продукти в лечебните заведения. – Здравен мениджмънт, 8, 2008, № 2, 56-65.
2. Караславова, Е. Необходима ли е преоценка на настоящата рискова констелация за сърдечно-съдови заболявания – I част. – Наука Кардиология, 2008, № 3, 115-118.

3. Караславова, Е., М. Дякова, Т. Златанова, Д. Тодорова и П. Трендафилова. Няколко предложения за превенция на сърдечно-съдовите заболявания чрез обучение на населението и създаване на здравносъхраняваща околна среда. – Сестринско дело, 40, 2008, № 2, 14-19.
4. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. – Eur. Heart J., 18, 1997, 1569-1582.
5. Kesteloot, K. Disease management: A new technology in need of critical assessment. – Intern. J. Technol. Assessment Health Care, 15, 1999, 506-519.
6. WHO Regional Office for Europe. The European health report 2002. A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2004 (<http://www.euro.who.int>).
7. WHO. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for Assessment and Management Of Cardiovascular Risk. Geneva 2007.

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р Марияна Дякова, д.м.
Факултет по обществено здраве
Медицински университет – София
ул. „Бяло море“ № 8
1527 София

✉ Постъпила – 02.02.2009 г.