КЪМПЛАЙЪНС ПРИ ЛИЦА, ПРЕЖИВЕЛИ ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ – РЕАЛНОСТИ И ПРЕПОРЪКИ

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 осигуряването на съгласието и сътрудничеството на пациента за спазване на предписаното лечение и препоръки, т.нар. кумплайънс. Оценката на здравното състояние и на начина на живот на лица, преживели ОМИ, разкрива недостатъчни здравни знания и слаб кумплайънс на пациентите при спазване на първоначално назначената терапия. Настоящата статия разкрива също и съвременните стандарти и европейски препоръки за мениджмънт на кардиоваскуларния риск и на вторичната профилактика на сърдечно-съдовите заболявания. Дискутират се и резултатите от няколко европейски проучвания.*

Ключови думи: *кумплайънс, кардиоваскуларен риск, мениджмънт, остър миокарден инфаркт, вторична профилактика*

M. Dyakova. *COMPLIANCE IN PATIENTS WHO HAVE GONE THROUGH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION – REALITIES AND RECOMMENDATIONS*

Summary. *Successful cardiovascular risk management in patients, who have gone through acute myocardial infarction (AMI) and subsequent recovery, requires complex and time-consuming interventions, when compared to immediate therapeutic and rehabilitation procedures. Successful outcome depends also on patient's agreement and cooperation in adhering to administered treatment and recommendations, i.e. patient's compliance. The evaluation of health status and lifestyle of patients, who have gone through AMI, has revealed insufficient health knowledge and poor compliance in adhering to initially administered therapy. The article also presents contemporary standards and European guidelines for cardiovascular risk management and cardiovascular disease secondary prevention. Results from several studies are discussed.*

Key words: *compliance, cardiovascular risk, management, acute myocardial infarction, secondary prevention*

Кумплайънсът (compliance) е готовността на пациента да съдейства при терапевтични и диагностични процедури съответно на указанията на лекаря или да осъществява последователността на тези указания. Докато по-рано тежестта на интерпретацията на понятието падаше върху съблюдаването на лекарските указания, днес се подчертава все повече готовността на пациента за сътрудничество на базата на отношение на партньорство между лекар и пациент. Успехът на изхода от заболяването в много случаи зависи от осигуряване на съгласието и сътрудничеството на болния за спазване на предписаното лечение и препоръки. Това съгласие не може да се осигури само чрез законодателни, икономически или чисто медицински мерки. Все повече се обръща внимание на етичната същност на проблема в комбинация с добро информационно осигуряване на здравните специалисти и пациентите.

Кумплайънсът е важен не само от медицинска, но и от здравно-икономическа гледна точка по две причини. На първо място, недостатъчен кумплайънс означава разпиляване на ресурси, когато лекарствата са предписани и набавени, а от медицинска гледна точка – например когато приемът е преждевременно преустановен. Второ, недостатъчният кумплайънс може да намали вероятността за успех на лечението и оттам да доведе до следващи по-високи разходи, като нови амбулаторни консултации, допълнителен болничен престой, удължена нетрудоспособност или като краен резултат увеличение на смъртността [1, 2].

От икономическа гледна точка отраженията на недостатъчния кумплайънс понастоящем се разглеждат само бегло. Причината за липсата на

достатъчно сигурни данни е тяхното трудно и сложно събиране. Друга причина е, че данните, събрани от клинични изследвания, за доказване на действието на медицински методики или лекарства често съзнателно омаловажават гледните точки на естественото обкръжение. За оценяване на икономическото предимство на една медицинска услуга не са достатъчни обаче данните от идеализираните условия на изследването, в случай че тяхната действителна ефективност в практиката е намалена от липсващ къмплайънс. Ако един медикамент е с доказана ефективност, но поради неприятен вкус или сложна схема на прием се взема само от време на време, неговата действителна ефикасност в практиката и съответно икономическото му предимство пред други медикаменти намалява [1].

Втората работна група към Европейското дружество по кардиология (ASC) ревизира таргетните стойности за основните рискови фактори и актуализира препоръките си от 1998 г. [9]. Новите препоръки от 2003 г. дефинират следните приоритети за промяна в стила на живот и таргетните стойности за РФ [4]:

– спиране на тютюнопушенето;
– изграждане на здравословни хранителни навици;
– повишена физическа активност;
– поддържане на ИТМ (BMI) < 25 kg/m^2;
– АН < 140/90 mm Hg;
– общ холестерол < 5.0 mmol/l;
– LDL холестерол < 3.0 mmol/l;
– употреба на подходяща профилактична лекарствена терапия.

Препоръчва се също така извършването на скрининг на близките кръвни роднини на пациенти с ранно възникнало коронарно заболяване (ОМИ).

Резултатите от някои европейски проучвания показват, че най-често при лекарите, които контролират пациентите си, болните са с добър къмплайънс (приемат редовно изписаните медикаменти и променят стила си на живот) в първите 6 месеца до 1 година от изписването от болничното заведение [2, 5]. В този период пациентите са сенсибилизирани към проблема си – наличното диагностицирано ССЗ, и спазват указанията и съветите на лекуващия ги лекар. Ако те успеят да изградят и затвърдят необходимите навици за редовно приемане на предписаното лечение, точно спазване на лекарските инструкции и здравословни промени в стила на живот, то тези новици могат да се запазят и за по-дълъг период. Ако обаче пациентът не получи необходимата информация относно заболяването си, ако не бъде разбираемо и точно инструктиран и контролиран относно начина си на живот и приемането на изписаните медикаменти и ако по различни причини не успее да възприеме необходимите превантивни навици, то вероятността за възникване на втори СС инцидент, най-често фатален, е много висока. Затова именно през този период ролята на лекуващия лекар – общопрактикуващ лекар (ОПЛ) или амбулаторен кардиолог, е от решаващо значение за профилактиката на повторно, фатално ССЗ или на влошаване на здравното състояние и качеството на живот в дългосрочна перспектива.

Няколко съвременни европейски проучвания (напр. Европейското проучване EUROASPIRE I и II, американското проучване ACCEPT project и др.) установяват, че мениджмънтът на рисковите фактори и промяната в стила на живот при преживелите остър коронарен инцидент са далеч от оптималните в цяла Европа. Това се вижда и от настоящата публикация. Според EUROASPIRE II (2002-2004 г.) всеки един от пет болни продължава да пуши, около половината от всички пациенти имат артериално налягане над 140/90 mm Hg, 44% от лицата със ССЗ продължават да са с хиперхолестеролемия над 5,5 mmol/l, а 14% – над 6,5 mmol/l. Само 32% от болните са били на липидопонижаващи медикаменти. От пациентите на активна холестерол-понижаваща терапия 49% не са достигнали прицелните нива според критериите на ESC. Направен е изводът, че има празнина между препоръчваните ръководни линии за лечение и клиничната практика. Изходът от тази ситуация е в колаборацията между кардиолози, интернисти, лекари на обща практика, рехабилитатори и средни медицински кадри и обществеността [5].

Същевременно провеждането и участието в специализирана рехабилитационна програма за мениджмънт на коронарните заболявания (ОМИ) и рисковите им фактори имат значителна ефективност за понижаване нивото на РФ (сигнификантна разлика – $p < 0.05$) и съответно на абсолютния СС риск. Това е показателно за значението на профилактичните мерки, особено когато са систематични, последователни и постоянни във времето.

Въпреки че лечението, базирано на указания (guidelinies), отдавна се е доказало като по-добро по отношение на получените резултати (достигане на таргетните стойности за АН, холестерол и т.н., намалена заболяемост и смъртност), много лекари продължават да пренебрегват препоръките на професионалните организации при лечението на пациентите и разчитат повече на своите собствени впечатления, отколкото на доказателствата от научните проучвания. Това може да се нарече „импресионистичен подход" или „медици-

на, базирана на самочувствие", за разлика от „медицината, базирана на доказателства". В областта на кардиологията са проведени голям брой клинични и епидемиологични проучвания в продължение на повече от 30 години и голяма част от тях доказват ефективността на различни терапевтични методи, определена лекарствена терапия, диагностични процедури или интервенции за промяна в стила на живот. Информацията в тези проучвания е включена в база данни, регистри, метаанализи и др. Този огромен поток от информация, насочен към кардиолозите, е необходимо да бъде обобщен и представен в подходяща и леснодостъпна форма, която да предлага подход при диагностиката и лечението на съответната болест. Така се стига до създаването на "указания за клиничната практика" – т.нар. "guidelines", които са изготвени на базата на строги протоколи от утвърдени в областта и избрани от научните общества експерти.

Проучвания посочват, че голяма група от лекарите знае за съществуването на указанията и утвърдените протоколи в специалността си, но въпреки това не ги използва в медицинската практика. Част от причините са известни. Някои лекари смятат, че са претоварени с твърде много информация и плетора от указания. Икономическите рестрикции в рамките на дадена система на здравеопазване или болница също биха могли да дадат обяснение за непълното внедряване на определени указания. В някои случаи лекарите не ги използват просто защото не вярват на съдържащата се в тях информация. Дори при най-конкретни доказателства нихилизмът при част от лекарите също може частично да обясни това отношение. Всичко казано дотук означава, че приложението на животоспасяващо лечение или подобрението в качеството на живот се ограничава поради най-различни причини – със или без основание. Медицинската литература е богата на примери, демонстриращи, че в недостатъчна степен се използват профилактични процедури и лечение, които биха могли евентуално да предотвратят летален изход. Въпросът е как да се противопоставим на това и да убедим лекарите, че медицинската практика не може да разчита на обучението от университета. Обемът от информация, получен по време на следването, е важна основа, но със сигурност лекарят трябва да се стреми да разшири познания си, да е информиран за новостите и активно да ги прилага в клиничната си практика. В такъв аспект указанията трябва да се разглеждат като важен източник за програмите по продължително медицинско образование.

Друг важен момент е, че указанията трябва да бъдат въведени, като се вземат предвид особеностите на здравната система, в която лекарите работят. Вярно е, че невинаги е възможно пълното приложение на указанията в условията на различни здравни системи и в различен икономически контекст. Европейската асоциация на кардиолозите е приела политика да изработва указания с най-добра научна доказателствена стойност, която да не бъде обвързана с икономическия аспект на въпроса. Анализът цена/полза се извършва на национално ниво. За професионални организации като Европейската общност на кардиолозите е важно указанията да отразят най-добрите резултати от медицинска гледна точка. Задължение на професионалистите на национално ниво е да представят, да оценят приложимостта и икономическата полза и да правят предложения пред правителството за поощряване на медицинските практики, които прилагат медицина, базирана на доказателствата, както и предложения за реимбурсиране на лекарствени средства и профилактични схеми.

ЗАЩО КЪМПЛАЙЪНСЪТ НА ЛЕКАРИТЕ И ПАЦИЕНТИТЕ Е НЕДОСТАТЪЧЕН И КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА ИЗОСТАВА ОТ УКАЗАНИЯТА?

Въпреки че повечето медицински специалисти осъзнават важността от намаляване нивата на липидите в кръвта, много малко от тях прилагат на практика това знание и предприемат спрямо пациентите си необходимите мерки. Няколко причини се установяват за тази липса на активност, в това число – липсата на рутинни консултации, повишеното натоварване на ОПЛ, липсата на мотивация (материална и морална), колебания по отношение на резултатите или пък достоверността на доказателствата, несигурност поради тяхната сложност и взаимосвързаност в общ алгоритъм, практическата организация, сътрудничеството и съдействието от страна на пациента. Необходимо е по-активно насочване на вниманието на личните лекари към превантивната медицина чрез разработването на цялостни профилактични програми за мениджмънт на СС риск.

Мениджмънтът на пациентите със ССЗ включва комплексна стратегия, обединяваща промяна в начина на живот и медикаментозно лечение на някои рискови фактори. Въпреки широкото разпространение на практическите насоки, указания и протоколи прилагането на знанията в клиничната практика, едновременно с цел промяна в стила на живот и медикаментозно лечение, се оказва незначително. Това е наречено от съвременните епидемиолози „guidelines gap" или „knowing/doing gap", т.е. несъответствие между знание и действие. Пречките за успешното

изпълнение на насоките в клиничната практика се съсредоточават върху здравната система, лекарите и пациентите.

Пречки от страна на лекаря:

- Липса на осведоменост и/или осъзнаване на значението на указанията и/или нисък къмплайънс.
- Ниска мотивация и/или ниски очаквания към резултатите.
- Неспособност за съгласуване на насоките с предпочитанията на пациента.
- Недостатъчно време и/или ресурси (финансови стимули, човешки).

Пречки от страна на пациента:

- Липса на осведоменост и разбиране.
- Ограничен достъп до здравни услуги и грижи.
- Ниска степен на къмплайънс – нежелание за вземане на медикаменти цял живот; липса на придържане към промени в начина на живот.

КЪДЕ ПАЦИЕНТИТЕ ПОЛУЧАВАТ ИНФОРМАЦИЯ ЗА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ РИСКОВИ ФАКТОРИ И ЗАБОЛЯВАНИЯ? [7, 8]

Все по-голяма част от лицата получават информация от интернет. В американското проучване REACT лекарят е посочен от болните като най-честия източник на информация, следван от телевизията и други медии. Несъмнено лекарят играе основна роля при предоставянето на здравна информация и поставя началото на процеса на здравно информиране, образование и обучение. Пациентът може да се обърне и към други места за допълнителен съвет, например към медицинската сестра или интернет. Основен проблем е, че повечето знания често не са достатъчни да доведат до промяна в поведението или в начина на живот. Дори в рутинната клинична практика предоставянето на информация често е неадекватно, противоречиво и неточно. Според данните от JNC VI report 68% от хипертониците знаят, че имат високо кръвно налягане, но само 27% го лекуват оптимално. Относителният дял на пациентите с АХ, които постигат добре контролирано артериално налягане (под 140/90 mm Hg), е, както следва: в САЩ 27.4%, в Канада 16%, в Австралия 19%, във Финландия 20.5%, в Шотландия 17.5%, в Англия 5.9%, в Германия 22.5% и в Испания 20%. Ето защо в европейските страни и САЩ е много актуален въпросът за къмплайънса на пациентите с АХ към антихипертензивната терапия и този проблем се смята за нерешен. Според резултатите от едно проучване на Gallup причините за преустановяване на антихипертензивната терапия са: странични ефекти на медикаментите – при 11% от болните, недобре разбрани лекарски предписания при 25%; пациентът се смята за излекуван при 46% и финансови причини при 6%. Според Grassi 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, личността на лекаря. Обсъждат се различни стратегии за намаляване броя на хипертониците, които не лекуват своето заболяване, като: обучение на пациентите относно характера на заболяването, подходящ избор на лекарства в зависимост от възможностите на пациента да ги приема, намаляване на времето за чакане пред лекарския кабинет, съдействие от близките, самостоятелно измерване на артериалното налягане, прилагане на комбинирана терапия.

Измерването на къмплайънса е трудно, защото и то зависи от сътрудничеството на пациента [6]. За повечето изследователски цели индиректните методи (например съобщения на пациентите или измервания на постепенното излъчване на медикамента) не са достатъчно точни. Къмплайънсът от страна на пациента зависи от редица фактори, като особено значение имат характерът на болния и свързаните със заболяването страдания, сложността на указанията за лечение (например назначението за прием на лекарствено средство по различно време на деня), умението и готовността за сътрудничество на пациента, както и от неговата информираност относно заболяването, лечението и алтернативното лечение. Налице са много доказателства, че благоприятното модифициране на стила на живот и свързаните с него рискови фактори води до забавяне на прогресията на ИБС и смъртността, свързана с нея. Редица големи дългосрочни клинични изпитвания установяват значими благоприятни ефекти от едновременната корекция на всички налични коригируеми рискови фактори и адекватната терапия със: бета-блокери, АСЕ инхибитори, статини и антитромбозни медикаменти и т.н.

Лошият къмплайънс се свързва със [6]:

- женски пол;
- възраст под 45 и над 75 години;
- недобър социално-икономически статус;
- цветнокожи;
- неколкократен прием на лекарствата;
- асимптомни пациенти, чувстващи се в добро здраве;
- коморбидност – деменция, депресия, миокарден инфаркт, реализиран след започването на статиновата терапия.

Добър къмплайънс има при болни, чувстващи се в лошо здраве, с доверие в лекаря и убеденост в необходимостта от терапия, коморбидност – диабет, хипертония, мозъчносъдов инцидент, сърдечна недостатъчност.

За в бъдеще е необходимо да се предприемат интервенции, насочени към пациентите [3]. Някои от успешните намеси включват:

- повече указания за пациентите (писмени, устни, обучение);
- подобряване на удобствата при лечение (опростена дозова честота, цена, доставяне на работното място);
- включване на пациентите в грижите за самите тях (самонаблюдение и себеобгрижване);
- редовен контрол и подсещане (по телефона, пощата), от фармацевта и медицинската сестра;
- подкрепа и/или възнаграждение за добър къмплайънс – последователността и лечебния отговор (напр. ограничена честота на посещенията, заплащане на апарат за измерване на кръвно налягане и т.н.).

Предлагат се различни интервенции за подобряване на къмплайънса на пациентите. Те са в три направления: към пациентите, към лекарите и към здравеопазната система [3, 8].

- Дейностите, насочени към пациентите, са: прости, индивидуализирани предписания, информиране относно болестта и необходимостта от лечение, съдействие от семейството и приятелите на болния.
- Към лекарите: добра комуникация и редовен контакт с пациентите, обучение на лекарите за прилагане на утвърдени „Ръководства за добра медицинска практика".
- Към организацията на здравеопазването: създаване на болници за промоция на здраве, използване на фармацевтични грижи за болните и специално обучение на сестри по управление на здравните грижи.

За повишаване на къмплайънса могат да се вземат различни мерки, които зависят от характера на заболяването и конкретния статус на пациента. Една промяна на формата на медикамента (например от интравенозна на перорална), по-добрата информация на пациента (напр. в рамките на един изчерпателен разговор с лекаря или стандартизирана програма на обучение) или ефективен мениджмънт на болестта могат чрез кооперирание на фармацевта с лекуващия лекар да доведат до по-висока степен на идентификация на пациента със съответното лечение и оттам до промяна в неговото поведение [7].

От изключителна важност е международните указания да бъдат пригодени към национално и местно ниво – към регионалните, културните, социалните и икономическите фактори и към начина, по който е организирана медицинската практика. Разбираемо е желанието на лекарите да играят активна и водеща роля при създаването на насоките за клиничната практика, което би им позволило да привлекат други здравни професионалисти, като медицински сестри, фармацевти, психолози, социални работници и диетолози. Това създава чувство за „принадлежност" и специфичност на указанията. Кардиолозите би трябвало да работят с общопрактикуващите лекари, както и с други медицински и немедицински специалисти, за да съставят лечебни схеми и профилактични програми, които да предложат на пациентите [7, 8].

Библиография

1. Караславова, Е., Д. Тодорова, Т. Търновска и Б. Чомпалова. Влиянието на икономическия преход върху коронарната болест на сърцето в България. – Соц. мед., 2007, № 2, 35-39.
2. Караславова, Е. Риск за остър инфаркт на миокарда по време на преход в постсоциалистическа България. – Наука кардиология, 2008, № 3, 100-109.
3. Трендафилова, П. и Л. Спасов. Потребността от качествено здравно обслужване в ценностната система на подрастващите. – Педагогика, **18**, 2008, № 6, 39-46.
4. De Backer, G. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. – Eur. Heart J., **24**, 2003, 1601-1610.
5. EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. – Eur. Heart J., **18**, 1997, 1569-1582.
6. Kesteloot, K. Disease management: A new technology in need of critical assessment. – Int. J. Technol. Assessm. Health Care, **15**, 1999, 506-519.
7. 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).
8. WHO. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva 2007.
9. Wood, D. et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. – Eur. Heart J., **19**, 1998, 1434-1503.

✉ *Адрес за кореспонденция:*

Д-р Марияна Дякова, дм
Катедра по превантивна медицина
Факултет по обществено здраве
Медицински университет
ул. „Бяло море" № 8
1527 София

Постъпила – 02.02.2009 г.