

УДК 616.12-008.46

МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КОМПЛАЕНТНОСТЬ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Штегман О.А., Петрова М.М., Вырва П.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, e-mail: cvb2@list.ru

Проведен анализ комплаентности амбулаторных больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также медицинских факторов, способных оказывать влияние на комплаентность. Установлено, что 64% амбулаторных больных ХСН являются некомплаентными. Комплаентность больных может зависеть от проблем льготного лекарственного обеспечения. Подавляющее большинство пациентов и амбулаторных врачей первичного звена нуждаются в дополнительном обучении по вопросам ХСН.

Ключевые слова: комплаентность, хроническая сердечная недостаточность

MEDICAL DETERMINANTS OF ADHERENCE IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Shtegman O.A., Petrova M.M., Virva P.V.

Krasnoyarsk State Medical University n.a. V.F. Vojno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, e-mail: cvb2@list.ru

The adherence of outpatients with chronic heart failure (CHF) and medical factors, which could have an influence on patient's adherence, were performed. 64% of outpatients with CHF are noncompliance. Compliance of patients may depend on the problems of concessional drug supply. The most part of patients and outpatient primary care physicians need additional education about CHF.

Keywords: compliance, chronic heart failure

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является весьма распространенным состоянием в амбулаторной практике [3]. При этом выживаемость больных зависит от четкости выполнения рекомендаций больными. Комплаентность пациентов определяется многочисленными факторами. В настоящее время выделяется несколько групп факторов, влияющих на комплаентность [6]. При условии высокого уровня развития здравоохранения комплаентность пациентов определяется преимущественно факторами, зависящими от больного и его заболевания. Отечественными исследователями показано, что степень информированности больного с сердечно-сосудистой патологией оказывает весомое влияние на его комплаентность [1]. В условиях дефицита специалистов и слабой их подготовки определяющими факторами комплаентности могут являться медицинские факторы.

Целью исследования явилось изучение медицинских факторов, способных оказывать влияние на обучение амбулаторных больных ХСН.

Материалы и методы исследования

В исследование был включен 151 амбулаторный больной, наблюдающийся с ХСН. Средний возраст больных составил 67,4 года (95% ДИ: 66,2-68,6 года). Доля мужчин среди больных составила 26,5%.

Все больные заполняли опросник Мориски-Грина [5] и проходили собеседование для оценки комплаентности. Регистрировалось наличие льготного лекарственного обеспечения, стабильность и своевременность получения льготных лекарств. 50 больных заполнили анонимную анкету, включавшую вопросы о поле, возрасте, уровне образования, давности симптомов ХСН, понимании важности непрерывного лечения, знании диетических ограничений и соблюдении диеты, о том, какую информацию они получили от своего врача и сколько времени затрачивает врач на все этапы амбулаторного приема, о степени удовлетворенности консультацией и наличии потребности в дополнительной информации по своему заболеванию.

Кроме того, в исследование было включено 35 амбулаторных врачей, участвующих в лечении больных ХСН. Средний возраст врачей составил 45,9 года (95% ДИ: 41,9-50,0 года).

Врачи заполняли анонимную анкету, которая была составлена для изучения уровня знаний по вопросам, касающимся диагностики и лечения ХСН, уровня применения этих знаний на практике и распределения времени приема больного ХСН. Анкета состояла из 26 вопросов, из которых 10 были направлены на выявление уровня знаний о ХСН (основных положений отечественных рекомендаций [2]), 5 – на уточнение степени участия врача в образовании больного, 3 на распределение времени на разные аспекты работы с больным ХСН во время амбулаторного приема. Остальные вопросы были направлены для уточнения причины возможного недостаточного владения знаниями о ХСН или недостаточного применения этих знаний на практике.

Достоверность различий встречаемости качественных признаков анализировали с помощью критерия хи-квадрат (χ^2). Для изучения корреляционных

связей применялся корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции рангов Спирмена. Достоверность коэффициентов корреляции и различий принимали при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам заполнения опросника Мориски-Грина недостаточная комплаентность была установлена у 78 больных ХСН, что составило 51,7%. При этом 56 человек (37,1%) отметили, что периодически забывают принять препарат, 66 человек (43,7%) указали, что невнимательно относятся к времени приема препарата, 45 человек (29,8%) отметили, что прекращают прием препаратов, когда чувствуют себя хорошо и 27 больных (17,9%) указали, что прекращают прием препаратов, когда чувствуют себя хуже. Однако установлено, что опросник не включал ситуацию, когда пациенты специально делают перерыв в лечении не из-за забывчивости или изменения самочувствия, а чтобы «организм отдохнул от лекарств». Приняв во внимание такой мотив несоблюдения предписаний врача, количество некомплаентных больных увеличилось до 97 (64%).

При проведении опроса больных ХСН, получающих лекарственные средства на льготных условиях, установлено, что за полгода минимум однократно 92 больных (81,4%) не смогли своевременно получить льготное лекарственное средство в аптеке. При сравнении частоты приверженности к лечению среди пациентов, получающих лекарство бесплатно и пациентов, приобретающих препараты за деньги, доля комплаентных больных среди получающих лекарственные средства бесплатно оказалась достоверно ниже: 42,9% (95% ДИ: 32,1 – 53,7%) против 60,4% (95% ДИ: 46,8 – 74,0%), при $P = 0,046$. Таким образом, проблемы льготного обеспечения больных ХСН снижают их комплаентность. При этом средний возраст больных, получающих лекарство бесплатно, в сравнении с пациентами, получающими лекарства за деньги, не имел значимого отличия (66,9 против 67,2 года).

Среди льготополучателей случаи замены (лечащим врачом или в аптеке) одного лекарственного препарата на аналог с тем же действующим веществом за последние шесть месяцев встречались у 62% больных. Случаи замены врачом одного лекарственного препарата на аналог из той же группы с другим действующим веществом (не связанные с непереносимостью) за последние шесть месяцев отметили 32% больных. При этом 30% пациентов отметили оба варианта замены. Таким образом, не менее чем 1 раз в полгода почти у 2/3 больных, получавших

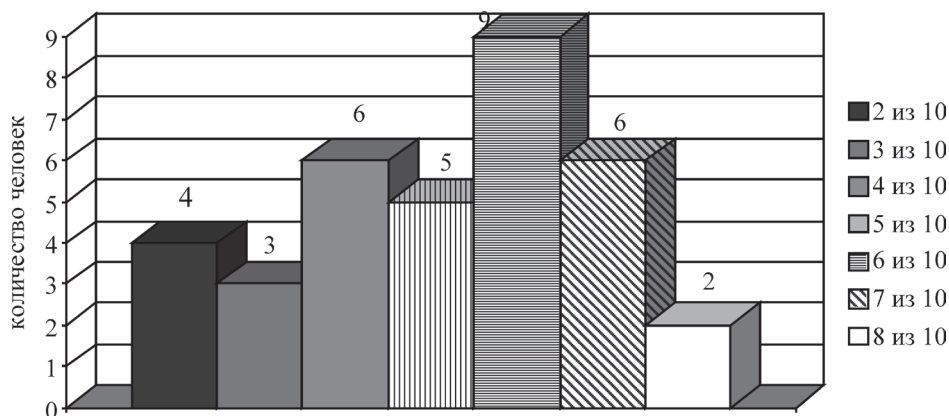
льготные лекарственные средства, происходила замена препарата на аналогичный не по медицинским показаниям.

Среди больных ХСН, получавших лекарственные средства на льготных условиях, за полгода минимум однократно 92 больных (81,4%) не смогли своевременно получить льготное лекарственное средство в аптеке.

При оценке доли больных ХСН, которые приобретали лекарственные препараты исключительно за свой счет оказалось, что среди комплаентных больных таких людей было 29%, а среди некомплаентных – только 9% ($P = 0,0028$). Таким образом, вероятно, что приобретение лекарства только за свой счет ассоциировалось с лучшей приверженностью к лечению. Однако причинно-следственные взаимоотношения в данном случае могут быть достаточно сложными. Пациенты, имеющие более высокую степень медицинской грамотности, позволяющую понимать важность непрерывного лечения одними и теми же препаратами, имеют низкую степень доверия к льготному обеспечению из-за ограниченности списка, частой замены препаратов и возможностью несвоевременного получения препарата в аптеке. Именно эти пациенты имеют и более высокий уровень приверженности к лечению и стремятся отказаться от льготы, приобретая лекарства за свой счет.

При опросе врачей относительно знания отечественных рекомендаций по ХСН максимальное количество правильных ответов 8 из 10 было у двух (6%) врачей (рисунок), 6 врачей (17%) ответили правильно на 7 вопросов из 10, 9 врачей (26%) ответили правильно на 6 вопросов из 10, 5 врачей (14%) справились с 5 вопросами из 10, 6 докторов (17%) правильно ответили на 4 вопроса из 10, 3 врача (9%) правильно ответили только на 3 предложенных вопроса и только на 2 из 10 ответов были правильными у 4 человек (11%).

Таким образом, только половина врачей (51%) ответили правильно более, чем на 50% вопросов о ХСН, несмотря на то, что не имело категории только 12 врачей (34%), а в последние 5 лет не проходили повышения квалификации только 2 человек (6%). Более того, проведение корреляционного анализа не установило связей между категорией врача, давностью повышения квалификации, возрастом, полом, специализацией, с одной стороны, и уровнем знаний о ХСН, с другой. Но 10 врачей (29%) указали, что нуждаются в дополнительном обучении по вопросам ведения больных с ХСН, 24 врача (69%) отметили, что возможно нуждаются в дополнительных знаниях о ХСН, а один врач воздержался от ответа на этот вопрос, т.е. врачи действительно осознают недостаток знаний в области диагностики и лечения ХСН.



Распределение врачей по количеству правильных ответов на анкету, оценивающую уровень знаний о ХСН

При опросе 461 кардиолога из семи стран Европы [4] оказалось, что только 65 % врачей действительно знают рекомендации Европейского общества кардиологов. При этом 92 % считают, что они придерживаются этих рекомендаций. В нашем случае опрашивались терапевты, может быть поэтому на все вопросы правильно никто не смог ответить.

При опросе больных установлено, что хотя бы однократно информацию о диете, методах самоконтроля, тактике при ухудшении состояния, необходимости ведения дневника, регулярного приёма лекарств получало всего 11 (22 %) больных. При этом 4 врача (11 %) давали всегда полные рекомендации больным с ХСН, 15 врачей (43 %) давали большинству больных необходимые указания. Таким образом, существуют явные отличия между тем, что сообщают о своей образовательной работе с больными врачи и тем, что считают об этом пациенты. Особенно значимый дефицит информации выявлен у больных ХСН относительно ведения дневников самоконтроля и тактики при усилении тяжести симптомов. Это мог-

ло быть связано с дефицитом времени на общение пациента и врача.

Проведено изучение продолжительности различных составляющих амбулаторного приема пациентов с ХСН (таблица). Врачи указали, что средняя продолжительность амбулаторной консультации больного ХСН, который впервые обратился за помощью, составляет 18,5 минуты (95 % ДИ: 16,0 – 21,0 минуты). Продолжительность консультации повторно обратившегося пациента достоверно меньше и в среднем составляет 14,3 минуты (95 % ДИ: 12,8 – 15,7 минуты). При этом сбор жалоб и анамнеза занимает в среднем 17 % времени, изучение медицинской документации, данных дополнительного исследования занимает в среднем 13 % времени, осмотр больного занимает у врача в среднем 16 % времени, оформление медицинской документации занимает 21 % времени, выписка рецептов на лекарственные средства занимает в среднем 17 % времени, а рассказ больному о его заболевании, лечении и методах самоконтроля занимает в среднем 16 % времени.

Затраты времени врача при осуществлении амбулаторной консультации больного ХСН (по данным анкетирования врачей)

Аспект работы врач	Доля времени, %	Затрачиваемое время при первичном обращении, мин	Затрачиваемое время при повторном обращении, мин
Сбор жалоб и анамнеза заболевания	17	3,1	2,4
Изучение медицинской документации, данных дополнительного исследования	13	2,4	1,9
Осмотр больного	16	3,0	2,3
Оформление медицинской документации	21	3,9	3,0
Выписка рецептов на лекарственные средства	17	3,1	2,4
Беседа с пациентом о его заболевании, лечении и методах самоконтроля	16	3,0	2,3
Всего	100	18,5	14,3

Если перевести эти доли в конкретные минуты, которые тратит врач на консультацию больного с ХСН, то на сбор информации о больном врач тратит 8,5 мин при первом обращении и 6,6 минуты при повторном обращении, а на обучение больного уходит 3 минуты в первом случае и 2,3 минуты – во втором. Именно за это время врач объясняет какие рекомендации он дал и как их надо выполнять, говорит об особенностях применения и действия рекомендованных лекарственных средств, выясняет уровень комплаентности пациента, выясняет причины неточного или неполного исполнения рекомендаций, данных в прошлый раз, пытается убедить больного в необходимости точного исполнения рекомендаций, выслушивает его аргументы, обучает его методам самоконтроля, предоставляет информацию о тактике при возникновении обострения заболевания, появлении неотложной ситуации. Вполне естественно, что три минуты на полноценную беседу с больным не хватает.

Прием у врача, со слов пациентов, обычно продолжался 14 минут (95% ДИ: 12,3 – 15,8 минуты) и это совпало с данными, полученными из врачебных анкет. При этом пациенты указали, что рассказ о заболевании и его лечении обычно продолжался 5,4 минуты (95% ДИ: 4,1 – 6,6 минуты), а врачи оценили это время как 2,3 – 3 минуты.

Настораживает информация о том, что физикальный осмотр врачи проводят всегда в 48% случаев, не всегда – в 32% случаев, редко – в 6% случаев и никогда в 14% случаев. То есть, каждый пятый больной ХСН осматривается врачами редко или совсем не осматривается, что может сказаться на качестве диагностики и лечения.

При оценке доступности врачей первичной медико-санитарной помощи 10 больных (20%) указали, что ожидают консультации менее часа после обращения в поликлинику, еще 28 больных (56%) указали, что ожидать приходится до суток. 7 больных (14%) обычно ожидают консультации от 1 до 3 дней и 5 больных (10%) отметили, что срок ожидания консультации обычно превышает 3 дня. Таким образом, только 28% больных ХСН ожидают консультации свыше 1 дня.

14 больных (28%) указали, что полностью довольны врачом, который их наблюдает, еще 13 больных (26%) указали, что они в основном довольны своим врачом. Оказались довольны врачом лишь частично 12 больных (24%) и были полностью недовольны амбулаторным врачом 9 больных (18%). Таким образом, все-таки большая часть больных (54%) имели высокую степень удовлетворенности своими врачами.

На вопрос о потребности в дополнительной информации о ХСН 28 больных (56%) ответили «да», 18 больных (36%) указали ответ «возможно» и лишь 4 человека (8%) ответили «нет». То есть, 92% больных нуждаются в дополнительном образовании по вопросам, касающимся ХСН.

Выводы

Среди амбулаторных больных ХСН 64% некомплаентны.

Дополнение опросника Мориски-Грина вопросом «Устраивает ли Вы перерывы в медикаментозном лечении?» позволяет выявить дополнительное количество некомплаентных больных.

Амбулаторные больные ХСН, приобретающие лекарства за полную стоимость, чаще являются комплаентными, в сравнении с больными ХСН, получающими лекарства на льготных условиях.

Почти у 2/3 амбулаторных больных ХСН, получавших льготные лекарственные средства, не реже одного раза за полгода происходила замена препарата на аналогичный не по медицинским показаниям, а 4/5 льготополучателей имеют перебои со снабжением льготными лекарственными средствами.

На рассказ больному ХСН о его заболевании амбулаторные врачи тратят в среднем 3 минуты при первом визите и 2,3 минуты при повторном, что приводит к тому, что пациенты часто не помнят об информации, которую сообщает им врач об их заболевании.

Только половина врачей, принимающих участие в ведении амбулаторных больных ХСН правильно отвечают на большую часть вопросов, о диагностике и лечении данной патологии.

Подавляющее большинство пациентов и амбулаторных врачей первичного звена нуждаются в дополнительном обучении по вопросам ХСН.

Список литературы

1. Бирюкова Л.А. Психологические особенности и приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – №1. – С.48–52.
2. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Журнал Сердечная недостаточность. – 2013. – Т.14, №7 (81), – С. 379–472.
3. Частота выявления хронической сердечной недостаточности в амбулаторной практике города Красноярск [Электронный ресурс] / М. М. Петрова, О. А. Штегман, П. В. Черных и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 3. – Режим доступа : <http://www.science-education.ru/pdf/2011/3/20.pdf> (дата обращения: 23.03.14).
4. Cardiologists' awareness and perceptions of guidelines for chronic heart failure. The ADDRESS your Heart survey / L. Erhardt, M. Komajda, F. D. Hobbs et al. // Eur. J. Heart. Fail. – 2008. – Vol. 10. – P. 1020–1025.
5. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Med. Care. – 1986. – Vol. 24. – P. 67–74.
6. O'Donohue W. T., Levensky E. R. Promoting treatment adherence: a practical handbook for health care providers. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2006. – 458 p.