



УДК 616.12–008.318.016

## Чи продовжують на амбулаторному етапі лікування, ефективно підібране в стаціонарі, пацієнти залізничних медичних закладів?

М. В. Афанасьєв, Н. А. Водяницька, О. А. Гунаєва-Кручина, І. Г. Крайз

Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці, Харків

**Ключові слова:** комплаєнс пацієнтів, амбулаторне лікування.

Зростання серцево-судинної захворюваності та смертності зумовило появу рекомендацій європейської, американської та української асоціацій кардіологів з лікування та профілактики названої патології [4, 6, 7]. Однак важкопереборною є проблема низької готовності (комплаєнсу) пацієнтів до призначеної терапії.

Термін «комплаєнс» можна означити як дотримання режиму приймання лікарського засобу пацієнтом [2, 9]. У широкому значенні він також передбачає дотримання належної дієти чи способу життя на тлі проваджуваної терапії. Під час лікування з високим рівнем комплаєнсу пацієнти приймають ліки у зазначений час більш як у 80 % випадків, за середнього комплаєнсу цей показник становить 20–80 %, за низького — є меншим за 20 % [2, 4]. У разі лікування з низьким рівнем комплаєнсу пацієнти необґрунтовано відмовляються від лікування, це зумовлює погіршення перебігу захворювання та розвиток його ускладнень. Наприклад, у США щороку реєструють до 125 тис. випадків коронарної смерті, яким можна було б запобігти, якщо чітко дотримуватися призначених режимів лікування [1, 9, 10]. На комплаєнс впливають вимоги змінити поведінку та звички під час терапії, побічні реакції на препарати, вартість ліків.

На жаль, у нашому суспільстві немає відповідальності кожного громадянина за своє здоров'я [4], тому для того, щоб провести повноцінне лікування пацієнта, лікар має знати не тільки постулати лікування захворювання, а й брати до уваги психосоціальні та економічні можливості хворого.

Метою цього дослідження було визначити, чи дотримуються призначеної терапії пацієнти залізничних медичних закладів після завершення лікування в стаціонарі.

### Матеріали і методи

До дослідження залучили всіх пацієнтів, яких повторно протягом одного — півтора років прий-

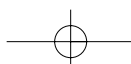
мали до кардіологічного відділення Центральної клінічної лікарні Укрзалізниці, тобто досить тяжких хворих, що потребують такої частої госпіталізації. Дані збирали впродовж 6 місяців.

Проаналізували демографічні показники (стать, вік, працездатність) і стан хворих (діагноз та рекомендована терапія під час попередньої госпіталізації). Пацієнтам пропонували відповіді на запитання стосовно приймання ліків на час повторної госпіталізації. Якщо ця терапія не відповідала тій, яку рекомендували, виписуючи пацієнта зі стаціонару минулого разу, то уточнювали мотиви відмови від призначеного лікування та строк, протягом якого хворий його дотримувався.

Серед мотивів відмови від продовження терапії ми відібрали такі, що пацієнти зазначали найчастіше:

- 1) призначення скасував лікар залізничної поліклініки;
- 2) не лікарі, а інші особи (фармацевт, сусіди тощо) порадили припинити приймати препарат або замінити на інший;
- 3) не хотів довго «пити хімію» або не вважав за доцільне приймати ліки;
- 4) дорого, тому не зміг продовжити приймати ліки амбулаторно;
- 5) через високу вартість призначених ліків перейшов на дешевші;
- 6) з'явилися побічні реакції на препарати;
- 7) нормальне самопочуття;
- 8) інші причини;
- 9) пацієнт не зміг відповісти, чому припинив приймати ліки.

Отримані в процесі дослідження дані опрацювали за допомогою пакета програм «Statistics for Windows v. 6» фірми «StatSoft Inc.». З огляду на мету й завдання дослідження, особливості показників ми для порівняння використовували критерій  $\chi^2$ . Рівнем статистичної значущості висновків вважали  $p < 0,05$ .



### Результати та обговорення

Проаналізували дані 78 пацієнтів, серед яких було 37 жінок (47,4%) та 41 чоловік (52,6%). Середній вік становив ( $64,0 \pm 12,2$ ) року, 64,1% були пенсіонерами. З'ясовуючи медичний статус, найчастіше відзначали гіпертонічну хворобу (44,9%) та післяінфарктний кардіосклероз (24,4%), діагноз стенокардії було встановлено у 12,8%, серцевої недостатності — у 6,4% пацієнтів. У частини хворих були поєднання зазначених станів. Миготливу аритмію мали 24 особи (30,8% обстежених).

Найчастіше пацієнтам призначали інгібітори АПФ (І-АПФ), дезагреганти та діуретики — у 70,5, 66,7 та 51,3% випадків відповідно. Це співвідношення пояснюється наявним профілем патології у пацієнтів. На час повторної госпіталізації частка осіб, які отримували призначене лікування на амбулаторному етапі, різко знизилася. Це стосується всіх груп препаратів. Відсоток хворих, які застосовували призначену терапію, знизився вдвічі для всіх груп препаратів, окрім нітратів. Причому для основних груп медикаментів (І-АПФ, бета-блокатори, статини, діуретики та дезагреганти) ці розбіжності були статистично значущими ( $p < 0,05$ ). Однак саме ці ліки, що знижують ризик серцево-судинних ускладнень (до 25%), рекомендують міжнародні спілки кардіологів практично для всіх пацієнтів із серцево-судинною патологією [5, 7]. Менше знизилася частка хворих, які продовжували застосовувати нітрати (в 1,3 разу), це пов'язане, мабуть, із клінічними проявами хвороби — наявністю больового синдрому.

Тільки 22 особи (28,2% хворих) продовжували рекомендоване лікування.

Оцінюючи тривалість приймання ліків після завершення стаціонарного лікування, з'ясували, що 20,5% хворих приймали призначені препарати не більше 1 місяця, 30,8% — до 3 місяців, понад 6 місяців — тільки 12,8%, взагалі не продовжували лікування 2,6% хворих. Отже, половина пацієнтів (51,3%) нехтує терапевтичними рекомендаціями вже через 3 місяці.

Відомо, що основні сучасні кардіологічні препарати виявляють лікувально-профілактичні властивості тільки в разі постійного застосування [6–8, 11]. При цьому для досягнення терапевтичного ефекту більшості з них (І-АПФ, бета-блокатори, статини, діуретики та дезагреганти/антикоагулянти) потрібен досить тривалий час (тижні чи навіть місяці). Результати вивчення мотивів, з яких припинили призначену в стаціонарі терапію, наведено в табл. 1. Як бачимо, основними причинами відмови від продовження терапії були недостатня вмотивованість у пацієнтів та чинник вартості препаратів (15,4%). Серед тих, хто припинив лікування, 47,4% або мали нормальне самопочуття, або недооцінювали важливість тривало приймати ліки, тож «продовжувати пити хімію» не вважали за потрібне. Значна частина пацієнтів (15,4%) взагалі не могли відповісти, чому припинили лікування.

Отже, одне із завдань під час лікування серцевої патології — не тільки визначити ефективну терапію, а й працювати з пацієнтом, щоб підвищити його розуміння важливості тривалого лікування для досягнення стійкого результату. Тільки в цьому разі можна очікувати адекватного ефекту призначених ліків та зниження частоти загострень хвороби.

Беручи до уваги те, що майже всі хворі після стаціонару продовжують відвідувати залізничні медичні заклади, є унікальна можливість створити єдиний ланцюжок у лікуванні пацієнта-залізничника [3]. Водночас майже чотирьом відсоткам пацієнтів саме лікар залізничної лікарні рекомендував припинити лікування, підібране в стаціонарі. Однак цим даним не можна цілком довіряти, бо немає відомостей, скільки хворих у період між госпіталізаціями відвідували поліклініку.

Визначаючи терапію, слід зважати й на матеріальне становище пацієнта. Немає сенсу призначати ефективні, проте занадто дорогі для конкретного пацієнта препарати під час його перебування в стаціонарі, якщо на амбулаторному етапі паці-

Таблиця 1

Мотиви і частота припинення рекомендованої терапії

Мотиви пацієнта	Частота	
	абс.	%
Призначення скасував лікар залізничної поліклініки	3	3,8
Стороння порада припинити застосовувати або замінити препарат	3	3,8
Не хотів довго «пити хімію»	15	19,2
Дороге лікування, тому не зміг продовжити амбулаторно	12	15,4
Висока вартість, тому перейшов на дешевші препарати	0	0
З'явилися побічні реакції на ліки	1	1,3
Нормальне самопочуття	10	12,8
Інші мотиви	6	7,7
Немає причини	12	15,4



ент напевно не зможе продовжити лікування через високу вартість медикаментів.

#### Висновки

1. Пацієнти із серцевою патологією після стаціонарного лікування вкрай низько дотримуються призначеної терапії. Через 1–1,5 року продовжує рекомендоване лікування менше третини пацієнтів.

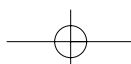
2. Половина пацієнтів (51,3%) не виконує терапевтичних рекомендацій вже через 3 місяці.

3. Основними причинами припинення лікування були недостатня вмотивованість пацієнтів та ціновий чинник.

4. Оскільки після стаціонарного лікування пацієнти продовжують відвідувати залізничні медичні заклади, є унікальна можливість підтримати єдиний ланцюжок у лікуванні пацієнта-залізничника. Це допоможе досягти задовільного комплаєнсу хворих, адекватного ефекту призначених ліків та завдяки цьому — зниження частоти загострень хвороби та смертності від неї.

#### Цитована література

1. Гафаров В. В. Инфаркт миокарда (прогнозирование исходов на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) / В. В. Гафаров, М. Ю. Благинина // Кардиология.— 2005.— № 9.— С. 80–82.
2. Гуревич К. Г. COMPLIANCE больных, получающих гиполипидемическую терапию / К. Г. Гуревич, Ю. Б. Белоусов // Качественная клиническая практика.— 2004.— № 1.— С. 67–72.
3. Зелений В. М. Галузева медицина — невід'ємна складова залізничного транспорту України / В. М. Зелений, С. А. Диба, І. С. Ткачук // Медицина трансп. України.— 2006.— № 1 (17).— С. 9–11.
4. Лутай М. И. Хвороби системи кровообігу є національною медичною та соціальною проблемою в Україні // Нова медицина.— 2005.— № 3.— С. 5–10.
5. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». Наказ № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006.
6. De Backer C. Executive summary. 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 (constituted by representatives of eight societies and by invited experts / C. De Backer, E. Ambrosioni, K. Borch-Johnsen // Eur. Heart J.— 2003.— Vol. 24.— P. 1601–1610.
7. European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee // J. Hypertens.— 2003.— Vol. 21.— P. 1011–1053.
8. Heart Protection Study (HPS) Collaborative Group. MRC / BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial // Lancet.— 2003.— Vol. 361.— P. 2005–2016.
9. McCarthy R. The price you pay for the drug not taken // Business and health.— 1998.— Vol. 16.— P. 27–33.
10. Nabel E. G. Cardiovascular disease // N. Engl. J. Med.— 2003.— Vol. 349, N 1.— P. 60–72.
11. Using antithrombotic agents for coronary artery disease / J. A. Cairns, P. Theroux, H. D. Lewis, M. Ezekowitz, T. W. Meade // Chest.— 2001.— Vol. 119.— P. 228S–252S.



**Продолжают ли на амбулаторном этапе лечение,  
эффективно подобранное в стационаре,  
пациенты железнодорожных медицинских учреждений?**

*М. В. Афанасьев, Н. А. Водяницкая, О. А. Гунаева-Кручина, И. Г. Крайз*

Несмотря на использование современных стандартов лечения сердечно-сосудистых заболеваний труднопреодолимой является проблема приверженности пациентов длительному, хотя и эффективно подобранному лечению. При анализе данных 78 пациентов, повторно поступивших в кардиологическое отделение в течение 1–1,5 лет, установлено, что менее 1/3 (28,2%) продолжают назначенное при предыдущей выписке лечение. Половина пациентов прекращает лечение уже через 3 месяца. Это касается всех групп препаратов. Только для нитратов процент снижения был статистически не значимым. Основными причинами отказа от терапии оказались недостаточная мотивация у пациентов и ценовой фактор, 15,4% не смогли ответить, почему прекратили лечение. Поскольку почти все пациенты, выписанные из стационара, продолжают посещать железнодорожные лечебные учреждения, существует уникальная возможность поддержать единую цепочку в лечении пациента-железнодорожника.

**Do the patients continue their out-patient treatment with the drugs efficiently  
titrated during hospitalization in the railroad medical institutions?**

*M. V. Afanas'iev, N. A. Vodianyts'ka, O. A. Hunaieva-Kruchyna, I. H. Kraiz*

In spite on the use of the novel standards of cardiovascular diseases management the patients' compliance to the long-lasting, though efficiently titrated, treatment is still a great challenge. The analysis of the data from 78 patients who were repeatedly admitted to the cardiological department during 1–1.5 years, showed that only one third of them (28.2%) continued the treatment, administered on the moment of the previous discharge. A half of patients stopped their treatment as early as after 3 months. This related to all groups of medicines. The percent for the decrease was not significant for nitrates only. The main reasons of the therapy refuse were insufficient motivation and cost factor. From patients, 15.4% could not answer why they stopped the treatment. As almost all patients after the hospital discharge continued their visits to the doctors in railroad medical institutions, there a unique possibility exists to maintain the single chain in the treatment of these patients.