

**УЧАСТИЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Игнатова А.А., Островская И.В.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Москва, Россия

**PARTICIPATION OF NURSING STAFF
IN FORMATION OF COMMITMENT AT PATIENTS
WITH MYOCARDIAL INFARCTION**

Ignatova A.A., Ostrovskaya I.V.
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
Moscow, Russia

В статье рассматриваются актуальные вопросы формирования приверженности лечению пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Оценивается необходимость взаимодействия медицинских сестер и пациентов при решении проблем, связанных с недостаточной готовностью пациентов к проводимой медикаментозной терапии.

Инфаркт миокарда – это ишемический некроз (гибель) сердечной мышцы, развивающийся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения. Инфаркт миокарда является ведущей причиной смертности и инвалидизации в Российской Федерации, США, Англии, Германии, Франции, Италии и других экономически развитых странах. Поиск путей повышения эффективности его профилактики и лечения, направленных на снижение осложнений и смертности, является актуальной задачей.

На сегодняшний день смертность от сердечно-сосудистой патологии в России занимает первое место и составляет 59,1% в причинах смерти от всех заболеваний. Среди них острый инфаркт миокарда является одной из основных причин смертности - 39% от общего числа.

По статистическим данным, экономический ущерб, обусловленный временной или стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертностью, затратами, связанными с лечением и реабилитацией указанной категории больных, превышает 30 млрд руб. в год.

Величина смертности и частота новых сердечно-сосудистых осложнений являются максимальной в течение первых 3 месяцев после инфаркта миокарда. Особенности складывающейся в России ситуации заключается в том, что основное увеличение смертности в стране за последние 15 лет произошло за счет лиц молодого, трудоспособного, репродуктивного возраста. Широкое распространение и огромная социально-экономическая значимость заболеваний сердечно-сосудистой системы заставляют обратить внимание не только на лечение данных состояний, но и на проведение широкомасштабной профилактической работы среди населения.

Профилактическая активность должна быть направлена на предупреждение развития и прогрессирования заболевания, она должна строиться на научной концепции факторов риска и борьбы с ними. Значительную роль в снижении показателей инвалидизации и смертности в отдаленном периоде после инфаркта миокарда играет адекватная вторичная профилактика в постинфарктный период. Вторичная профилактика невозможна без регулярного применения лекарственных препаратов, доказавших свою эффективность в многочисленных клинических испытаниях.

Очевидно, что любое общение врача с пациентом, сопровождающееся по данным статистики в 95 % случаев назначением лекарственной терапии, должно предполагать назначение эффективного лечения или повышение эффективности уже назначенного. Иначе говоря, результатом любого назначения лекарственной терапии должен быть максимально возможный положительный эффект. Безусловно, важным фактором, наряду с другими, способствующими повышению эффективности терапии, является приверженность к лечению.

Огромное значение имеет комплаенс (приверженность) пациента, что в медицинском понимании означает готовность, желание больного выполнять врачебные рекомендации в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения графика визитов к доктору, соблюдения диеты и других изменений образа жизни. Частыми проявлениями низкой приверженности являются

пропуски назначенных визитов к врачу, нечеткое понимание (или нежелание понимать) устных и письменных рекомендаций, продолжение ведения нездорового образа жизни.

В настоящее время четко показана связь между приверженностью к терапии большого количества различных заболеваний и ее успешностью. Кроме того, что плохая приверженность к лечению, сопровождающаяся частой отменой, последующим возобновлением лечения, несоблюдением рекомендованного режима терапии и т. п., приводит к снижению эффективности лечения, она же увеличивает вероятность развития лекарственных осложнений, связанных с приемом первой дозы, синдромом отмены и т.п.

Происходящая в стране модернизация системы здравоохранения позволяет внести существенные коррективы в процесс оказания квалифицированной сестринской помощи пациентам с перенесенным инфарктом миокарда. Для медицинских сестер открываются новые горизонты. В области профилактической медицины появляются перспективы независимой деятельности медсестры по укреплению и поддержанию здоровья населения, организации обучения пациентов, выявлению факторов риска для здоровья и консультированию по вопросам сохранения здоровья. Многие факты свидетельствуют о нерешенности проблем своевременной диагностики, лечения и профилактики инфаркта миокарда, диспансерного наблюдения за пациентами с ишемической болезнью сердца.

Специалистами, которые занимают основное место в лечении инфаркта миокарда и его отсроченных осложнений, являются кардиологи и кардиохирурги. Но, к большому сожалению, данные специалисты не обладают возможностью ранней профилактики данного состояния. Основное лечение, несмотря на весь арсенал средств на нынешний день, сводится лишь к приему препаратов, препятствующих ухудшению состояния и повторным инфарктам миокарда. Симптоматика регрессирует, но отсроченные последствия

перенесенного недуга и ухудшение состояния здоровья не заставляют себя слишком долго ждать.

Низкая информированность пациентов в плане лечения, в вопросах профилактики, неспособность лечащего врача найти общий язык с больным – все это отрицательно влияет на комплаентность пациента. Недостаток информации и строжайшие рекомендации лечащего врача, которые в большинстве случаев не может понять рядовой пациент, приводят к несоблюдению пациентом принятой схемы лечения, режима питания, образу жизни и т.д. Время, отведенное врачу на общение с пациентом, слишком ограничено для оценки приверженности пациента и подбора эффективной терапии. Самым активным, если не единственным, помощником врачу в этом нелегком деле может быть сестринский персонал.

Лучшим претендентом на должность сотрудника, способного улучшить диагностику комплаентности, может быть медицинская сестра. Специальная подготовка может помочь в улучшении качества диагностики изменения состояния пациента: изменение общего состояния, поведения больного. Немаловажным является способность медицинской сестры корректировать план лечения, настрой пациента, помочь пациенту приспособиться к новому состоянию и помочь ему изменить образ жизни, следовать рекомендациям по лечению. Увеличение роли медицинской сестры в улучшении комплаентности может привести к открытию новых горизонтов в улучшении качества лечения, а главное – качества жизни.

Определением комплаентности обычно занимаются специалисты, которые не могут увидеть всю картину, охватить все слои населения. К огромному сожалению, на данный момент вопросами комплаенса почти никто не занимается. Следовательно, развитие взаимоотношений между пациентом и медицинской сестрой – основной путь к решению данной проблемы. Привлечение медицинских сестер является важным шагом к проведению и улучшению профилактических мер.

Многие исследования, проведенные на данный момент, позволяют нам сделать вывод, что степень комплаентности пациентов варьируется от полного исполнения всех рекомендаций до полного отказа от выбранной терапии.

Методы оценки комплаентности подразделяют на три основных типа:

- фармакологический – определение концентрации препаратов в сыворотках;
- клинический – прослеживание посещений пациентом медицинских учреждений, определение общего состояния больного, оценка функций сердца, фракции выброса с помощью ЭхоКГ, оценка ЭКГ показателей и исчезновение клинических проявлений сердечной недостаточности;
- физический – фиксирование приема и пополнения лекарственных средств.

Для лучшей оценки комплаенса так же следует учитывать некоторые дополнительные факторы:

- пол и возраст пациента;
- уровень образования пациента и его психологический статус;
- особенности клинической картины;
- правильный выбор терапии (эффективность, цена);
- особенность схемы лечения, способность пациента следовать ей;
- доступность фармпрепаратов.

Немаловажным является личность лечащего врача, способность последнего найти общий язык с пациентом. Без доверия к врачу добиться адекватного лечения не представляется возможным. Повседневные проблемы в практике врача (занятость, ограничение времени на амбулаторный прием) мешают в должной степени оказать адекватную и полноценную помощь своему пациенту. Медицинские сестры способны заполнить данный пробел, ведь только командная и согласованная работа врача и медицинской сестры может помочь улучшить здоровье пациента.

Оценить приверженность лечению косвенно можно с помощью статистики проявления поздних осложнений у больных, перенесших инфаркт

миокарда (таб. 1).

Таблица 1 - Поздние осложнения (после 10 суток)

Осложнение	%
Нарушение ритма и проводимости сердца	30-40
Хроническая сердечная недостаточность	12-15
Подострая аневризма сердца	15-20
Постинфарктный синдром Дресслера	1-3
Тромбоэмболические осложнения	5-7

Опираясь на данные таблицы, можно сделать вывод, что процент больных с жизнеугрожающими осложнениями достаточно велик. Это, хоть и косвенно, но может свидетельствовать об уровне приверженности лечению пациентов.

Выводы:

1. Инфаркт миокарда занимает одно из лидирующих мест среди сердечно-сосудистых заболеваний. Данное состояние чаще остальных является причиной смерти и инвалидизация населения.

2. Лечение основного состояния и отсроченных осложнений не представляется возможным без соответствующей коррекции образа жизни и адекватной фармакотерапии.

3. Отмечается невысокая приверженность пациентов лечению. Это существенно ухудшает прогноз основного заболевания.

4. Перспективным является участие сестринского персонала для коррекции комплаенса.

Список использованных источников

1. Белоусова Е.Д. Проблема комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией. // <http://online.zfkon.kz>.

2. В России 30 - 40% больных с инфарктом миокарда погибают в первые 15 минут. // <http://www.zdrav.ru/>

3. В России возросла смертность от инфарктов. // <http://www.zdrav.ru/>

4. Гурьева Э. В., Павлова А. В. Кылбанова Е. С. Комплаентность к медикаментозной терапии у больных, перенесших q -позитивный инфаркт

миокарда. // Экология и здоровье человека на Севере. Сборник научных трудов V Конгресса с международным участием. - Якутск, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Киров: МЦНИП, 2014. - 827 с.

5. Ефанов А.Ю. Приверженность пациентов, перенесших острый коронарный синдром, к модификации образа жизни, а также приему основных групп медикаментозных препаратов. // Сборник материалов окружной научно-практической конференции «Проект Югра-Кор в рамках реализации национального проекта в сфере здравоохранения на территории Ханты-Мансийского автономного округа Югры». – Сургут, 2010. С. 37- 40

6. Краснослободская О.В. Качество жизни и приверженность лечению больных с фибрилляцией предсердий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самара, 2011. – 238 с.

7. Мировая статистика здравоохранения 2013. - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. – 168 с.

8. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 42 с.

9. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. // Доклад о состоянии здравоохранения в мире. - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 186 с.

10. Ощепкова Е.В., Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в российской федерации в 2000—2011 гг. - М.: Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздрава РФ, 2013. – 10 с.

11. Проблема экономической эффективности в выборе вариантов оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме. // <http://www.zdrav.ru/>

12. Ривкин А.Д., Бронштейн А.С., Лишанский А.Д. Медицинский толковый словарь. -4-е. изд., перераб. и доп. - М.: Медпрактика, 2005. – 296 с.

13. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных странах. // <http://www.zdrav.ru/>
14. Современные методы диагностики и лечения инфаркта миокарда. // <http://www.zdrav.ru/>
15. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. —3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 466 с.

по адресу <http://www.scienceforum.ru/2016/1491/19053>.