Т.Г. Височанська, Н.В. Карпенко, Т.В. Костенко, С.О. Бородій, Н.В. Коробчук, І.В. Капітанчук, інсультне відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка

Комплаєнс у лікуванні пацієнтів після перенесеного інсульту

Мета нашого дослідження – з'ясувати, якою є прихильність пацієнтів до виконання клінічних рекомендацій, отриманих під час виписки з інсультного відділення.

Методи

Ми провели телефонне опитування 100 пацієнтів через 9 міс після виписки зі стаціонару. Пацієнти перебували на лікуванні в інсультному відділенні з червня по листопад 2010 р. Під час надходження до відділення пацієнта оглядає черговий лікар-невролог й обстежує відповідно до сучасного алгоритму і протоколів МОЗ України. Усіх пацієнтів оглядають кардіолог, окуліст, ендокринолог. Пацієнтів з геморагічним інсультом і патологією прецеребральних судин консультує нейрохірург, після чого визначається оптимальна тактика подальшого ведення пацієнта – або продовження консервативного лікування, або проведення оперативного втручання. Щоденну допомогу пацієнтам відділення надає мультидисциплінарна бригада. Велика увага приділяється цілодобовому нагляду за пацієнтом. Усі дії чергового персоналу передбачені розробленими у відділенні «Кроками», які регламентують перелік й об'єм дій чергового лікаря і середнього персоналу в умовах інсультного відділення. Така організація роботи інсультного блоку дає змогу швидко реагувати на зміни стану пацієнта і вчасно надавати необхідну допомогу. Цілодобовий нагляд і рання активізація пацієнтів дає змогу запобігти ускладненням перебігу інсульту – тромбоемболії легеневої артерії, інфаркту міокарда, застійним явищам у легенях, а також зменшити ступінь неврологічного дефіциту. У режимі роботи відділення у післяобідній час відведена година для візиту родичів пацієнтів. Під час таких відвідувань чергова медична сестра, яка здійснює нагляд за пацієнтом, навчає родичів необхідних навичок догляду за хворим залежно від ступеня неврологічного дефіциту в нього. По суботах черговий лікар-невролог проводить бесіду з відвідувачами. Розповідь про фактори ризику інсульту, загальні принципи лікування цієї хвороби, необхідність поступової активізації пацієнта дає відповідь на запитання, які виникають у відвідувачів під час бесіди. Ключовим моментом бесіди є акцент на необхідності застосування вторинної профілактики інсульту, а саме: приймання антигіпертензивних препаратів, статинів й антиагрегантів в індивідуальному режимі. Також певна увага приділяється активній участі найближчого оточення пацієнта в реабілітаційних заходах, а саме фізичній і психологічній активізації пацієнта для покращення якості його життя.

Під час виписки з відділення пацієнт отримує:

- витяг з історії хвороби – вичерпну інформацію про стан здоров'я за період перебування в інсультному відділенні;
- результати обстежень і рекомендації щодо вторинної профілактики інсульту згідно із сучасними поглядами на проблему інсульту;
- інструкцію з догляду за пацієнтом із грубим неврологічним дефіцитом у домашніх умовах;
- рекомендації щодо контролю артеріального тиску і гіпохолестеринової дієти;
- листівку «Як запобігти інсульту»;
- перелік необхідних лікарських засобів для вторинної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу з чіткою вказівкою дози і терміну їх застосування.

Під час виписки з відділення звертається увага кожного пацієнта/його родичів на необхідність подальшого спілкування з медичним працівником за місцем проживання, що поліпшить контроль за проведенням лікувальних і реабілітаційних заходів.

Отже, під час телефонного опитування з'ясовувалися такі питання: місце проживання, доступність медичного працівника (лікар, фельдшер), частота спілкування з медичним працівником, відміна або заміна препаратів і прихильність до виконання наданих в інсультному відділенні медикаментозних рекомендацій.

Результати

Згідно з отриманими відповідями 30% пацієнтів – жителів районних центрів і сільської місцевості звертаються до районного лікаря одразу після виписки з інсультного відділення по дорозі додому, у подальшому вони спілкуються з медпрацівником значно рідше, навіть за наявності такої можливості.

17% пацієнтів звертаються за медичною допомогою до фельдшера за місцем проживання – це жителі сільської місцевості, 42% звертаються до лікарів районної лікарні. 37% пацієнтів незалежно від місця проживання звертаються до лікарів м. Вінниці,

4% не спілкуються з лікарями за власним рішенням, користуються рекомендаціями, отриманими під час виписки з інсультного відділення.

Протягом цього періоду повторне порушення мозкового кровообігу перенесли 5 пацієнтів (1 житель сільської місцевості, 1 – районного центру, 2 – м. Вінниці), згідно з результатами опитування усі хворі знаходилися під наглядом дільничних лікарів, один випадок (житель м. Вінниці) – летальний (повторний інсульт).

Серед решти пацієнтів 11% спілкуються з лікарями, але не прислуховуються до медичних порад.

2% опитаних пацієнтів не спілкуються з лікарями і не дотримуються рекомендацій щодо вторинної профілактики інсульту/судинних подій.

У 18% випадків відбулась адекватна корекція антигіпертензивного лікування, у 6% – призначення додаткових препаратів з інших причин.

Висновки

За період перебування у відділенні пацієнт і його родичі спілкуються з мультидисциплінарною командою й отримують вичерпну інформацію щодо факторів ризику інсульту, необхідності застосування певних препаратів вторинної профілактики інсульту і ступеня активізації пацієнтів, ураховуючи індивідуальний неврологічний дефіцит. Рекомендації надаються згідно із сучасними рекомендаціями і національними протоколами Української асоціації боротьби з інсультом. Майже всі пацієнти (за винятком 4%) дотримуються лікувальних рекомендацій, наданих лікарями інсультного відділення після закінчення терміну перебування у стаціонарі. Досягнутий комплаєнс дає змогу ефективно застосовувати вторинну профілактику в попередженні небажаних судинних подій.

Ю.Я. Варакин, д.м.н., профессор **Г.В. Горностаева**, к.м.н., **М.Е. Прокопович**, к.м.н., **П.А. Федин**, к.м.н., **Л. С. Манвелов**, к.м.н., Научный центр неврологии РАМН, г. Москва

Головокружение при начальных проявлениях цереброваскулярной патологии

Продолжение. Начало на стр. 5.

По окончании лечения у 4 пациентов (13,3%) приступы полностью прекратились, у 18 (60,0%) было отмечено существенное уменьшение количества, выраженности и частоты приступов головокружения, у 7 (23,3%) наблюдалось небольшое улучшение и лишь у 1 больной не было положительной динамики (рис. 2).

Улучшение состояния после курса лечения Бетасерком наблюдалось также у 11 из 15 больных (73,3%) со снижением слуха, у 21 из 23 (91,3%) – с шумом в ушах, в том числе у 2 пациентов шум прекратился полностью. Улучшение отметили 22 из 24 больных с неустойчивостью при ходьбе (91,7%), в том числе у 9 пациентов (37,5%) она полностью исчезла.

После курса лечения Бетасерком у 28 из 30 больных (93,3%) также отмечено значительное уменьшение тяжести СВД (в среднем на 24,5±13 баллов), причем в основном это относилось к таким его проявлениям, как метеозависимость, приступы «дурноты», диссомния, парестезии кистей и стоп, гипергидроз. При этом у 25 из 30 больных (83,3%) улучшилась работоспособность, в том числе у 14 (46,7%), по их мнению, существенно. Легче стало заниматься домашними делами 28 из 30 пациентов (93,3%). В результате у 29 из 30 больных (96,7%) повысилась оценка качества жизни, в том числе у 19 (63,3%) – существенно.

При повторном отоневрологическом обследовании после лечения у 23 из 30 пациентов (76,7%) отмечено улучшение состояния вестибулярного анализатора. Повторное исследование АСВП было проведено 20 пациентам с изменениями показателей при первичном обследовании. Улучшение проведения акустического сигнала отмечено у 13 больных (65,0%), в том числе у 6 (30%) до нормального уровня. У 6 больных (30%) выявлены те же изменения, что и при первичном обследовании, а у 1 больной зафиксировано ухудшение показателей АСВП, причем у нее не наблюдалось улучшение ни при неврологическом, ни при отоневрологическом обследовании.

Через 6 мес после курса лечения было проведено повторное неврологическое обследование, позволившее определить, что у 23 из 29 больных (79,3%) с головокружением сохранился положительный эффект приема Бетасерка (прекращение или снижение количества, частоты и тяжести приступов), а у 2 пациентов (6,9%) произошло дальнейшее улучшение состояния; у 4 больных (13,8%) положительный эффект хотя и снизился, но состояние было лучше, чем до лечения (рис. 3).

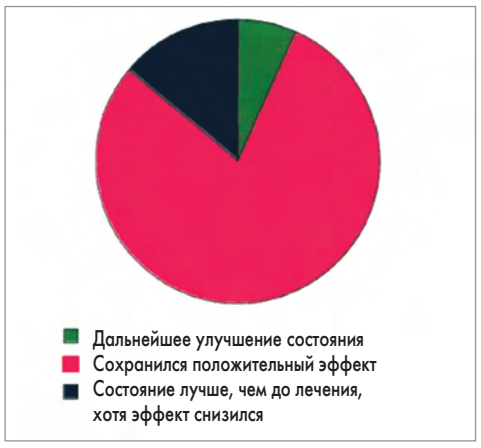

Рис. 3. Сохранение положительного эффекта через 6 мес после курса лечения препаратом Бетасерк

Положительный эффект лечения через 6 мес сохранился также в большинстве случаев и при других симптомах, в том числе у 21 из 22 больных (95,5%) с нарушением равновесия, у 9 из 11 (81,8%) при снижении слуха, у 16 из 21 пациента (76,2%) с жалобами на шум в голове. Улучшение вегетативной регуляции после курса лечения сохранилось у 26 из 30 больных (86,7%), в том числе у 2 из них улучшение продолжалось. У 26 из 28 больных (92,9%) сохранилось улучшение работоспособности, в то время как состояние 2 пациентов (7,1%) вернулось к исходному уровню, отмеченному до лечения. В результате у 28 из 29 больных (96,6%) через 6 мес после лечения сохранилось улучшение качества жизни; у 4 пациентов (13,8%) эта оценка хотя и несколько снизилась, но все же не достигла минимального уровня, наблюдавшегося до лечения. Лишь 1 больная оценивала качество жизни на фоне терапии так же, как и до лечения.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало следующее.

1. Отмечается значительная распространенность головокружения в популяции трудоспособного возраста (14,6%) и у половины пациентов с начальными проявлениями ЦВП.
2. Нередко встречается сочетание приступов головокружения с жалобами на головную боль, шум в голове, неустойчивость при ходьбе, а также с существенным снижением работоспособности и качества жизни. При этом обращались за медицинской помощью только третья часть таких больных.
3. Проведение курса лечения бетагистином (Бетасерком) у большинства больных приводит к положительной динамике в отношении не только головокружения, но и ряда сопутствующих неврологических симптомов, что подтверждают данные инструментальных методов исследования.
4. Эффект курсового лечения бетагистином (Бетасерком) сохраняется по крайней мере на протяжении нескольких месяцев.

Литература

1. Алексеева Н.С. и др. //Журн. неврол. и психиатр. 2000. – Т. 100. – № 6. – С. 46.
2. Амелин А.В. и др. // Журн. неврол. и психиатр. 2003. – Т. 103. – № 5. – С. 43.
3. Афанасьева С.А. и др. // Неврол. журн. 2003. – Т. 8. – № 4. – С. 38.
4. Вейн А.М. и др.//Журн. неврол. и психиатр. 1991. – Т. 91. – № 11. – С. 26.
5. Горбачева Ф.Е. и др. // Рус. мед. журн. 2004. – Т. 12. – № 10. – С. 26.
6. Гусев Е.И. и др. //Журн. неврол. и психиатр. 1998. – Т. 98. – № 11. – С. 19.
7. Исмагилов М.Ф., Волков Ю.В. // Журн. неврол. и психиатр. 1996. – Т. 98. – №10. – С. 4.
8. Роуз Дж. и др. Эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний. Женева, 1984.
9. Суслина З.А. и др. // Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика. 2-е изд. М., 2009.
10. Drachman D.A. // JAMA. 1998. – V. 290. – № 24. – P. 2111.
11. GuilemanyJ.M. etal.//Acta Otolaryngol. 2004. – V. 124. – № 1. – P. 49.
12. Nwaorgu O.G. et al. // Neurol. Sci. 2004. – V. 25. – № 3. – Suppl. 1. – P. 24.
13. Zalewski P. et al. // Otolaryngol. Pol. 2004. – V. 58. – № 1. – P. 97.

«Атмосфера. Нервные болезни», № 1, 2011 г.