

Приверженность пациентов к медикаментозной профилактике ишемического инсульта на территории Ставропольского края

М.Д. Богатырёва¹, Л.В. Стаховская²

Кафедра фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава

Представлены результаты впервые проведённого анализа профилактических мероприятий на территории Ставропольского края, проведена сравнительная оценка с городскими жителями. Подтверждена низкая приверженность к профилактике инсульта среди сельского населения.

Ключевые слова: сельское население, ишемический инсульт, факторы риска, медикаментозная профилактика.

В Российской Федерации и странах СНГ отмечается прогрессирующий рост заболеваемости инсультом. Так, в Москве количество острых нарушений мозгового кровообращения составляет от 100 до 120 в сутки (36–44 тыс. больных в год). Среди жителей сельской местности отмечены несколько более низкие цифры, что, скорее всего, объясняется недостаточно изученной статистикой и меньшей доступностью квалифицированной медицинской помощи данному контингенту в крупных городах.

Медицинские аспекты профилактики предполагают выделение в популяции лиц, наиболее подверженных риску развития ишемического инсульта (группы риска), с последующим проведением среди них активных профилактических мероприятий. Опыт клиницистов-неврологов убедительно свидетельствует о том, что при возникновении инсульта и необратимых изменений головного мозга надежды на перспективы удовлетворительного качества жизни нет. Этим, вероятно, и объясняется то обстоятельство, что в научной литературе всё чаще проблема собственно инсульта занимает всё меньшее место по сравнению с вопросами его профилактики. Центр внимания специалистов переместился на выявление наиболее ранних процессов в сосудах, тех этапов болезни, когда ещё можно рассчитывать на более благоприятный результат профилактических мероприятий.

Однако для разработки и внедрения адекватных направлений профилактики ишемического инсульта необходимо тщательное изучение частоты встречаемо-

сти, сочетания факторов риска, развитие стратегии активного выявления лиц в группах высокого риска.

Цель настоящего исследования – изучение распространённости и сочетания основных факторов риска возникновения инсульта среди сельского населения Ставропольского края, разработка мероприятий по его профилактике с учётом особенностей сельской местности, оценка приверженности к проводимым профилактическим мероприятиям.

Общая характеристика больных и методы исследования

В 10 сельских районах Ставропольского края, географически расположенных на расстоянии не более 100 км от краевого центра, проведён профилактический осмотр населения для выявления групп высокого риска развития цереброваскулярной патологии. За 3 месяца до мероприятия в наиболее посещаемых местах развешивались информационные листки о значимости профилактических осмотров и времени их проведения, краткая информация публиковалась на страницах местных газет. Результатом проведённой работы явился отбор лиц, нуждающихся в дальнейшем обследовании на основе критериев включения и отсутствия критериев исключения. Критерии включения: возраст 40 лет и старше; наследственная отягощённость (ассоциированные клинические состояния у родителей и ближайших кровных родственников); социокультуральные факторы риска (уровень образования, профессия, курение, злоупотребление алкоголем, хроническое психоэмоциональное напря-

¹Заведующая неврологическим отделением для больных с ОНМК Ставропольского регионального сосудистого центра, главный внештатный специалист-невролог Министерства здравоохранения Ставропольского края, внешний соискатель кафедры.

²Директор ФГБУ «НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта», д.м.н., профессор.

жение, длительность проживания на данной территории, характер питания, приверженность каким-либо традициям); артериальная гипертензия; сахарный диабет; нарушения ритма сердца; перенесённые ишемический инсульт, транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инфаркт миокарда; состояние после оперативной коррекции пороков сердца (протезирование клапана и др.); реконструктивные операции на артериях нижних конечностей; аорто-коронарное шунтирование (АКШ). Не включались в исследование: перенёвшие острые нарушения мозгового кровообращения и имеющие стойкий неврологический дефицит; с сопутствующими психическими и онкологическими заболеваниями; длительно состоящие на диспансерном учёте по поводу цереброваскулярных заболеваний и регулярно принимающие лекарственные препараты; отказавшиеся от дальнейшего наблюдения и лечения.

Кроме того, на основании вышеперечисленных критериев в городах края на профилактических осмотрах формировалась группа сравнения.

Всего первично обследовано 312 жителей сельской местности (мужчин – 199, женщин – 113) и 307 жителей городов (мужчин – 203, женщин – 104). В соответствии с критериями включения и отсутствием критериев исключения в основную группу были отобраны 154 жителя сельской местности, в контрольную – 146 городских жителей. Обе группы были сопоставимы по полу с преобладанием мужчин (63,6 % – в основной, 66 % – в контрольной). Среди сельских жителей в сравнении с городскими преобладали лица трудоспособного возраста (83,8 и 60,2 % соответственно), однако указанные различия статистически недостоверны.

Основными методами исследования явились: клинические (тщательный сбор анамнестических данных с акцентом на основные факторы риска развития сосудистых заболеваний головного мозга, оценка соматического и неврологического статусов по общепринятой методике), инструментальные (дуплексное сканирование ветвей дуги аорты, рентгеноконтрастная церебральная ангиография, магнитно-резонансная томография головного мозга с применением специальной сосудистой программы и визуализацией артерий Виллизиева круга), лабораторные (общий анализ и биохимические показатели крови, оценка состояния плазменного звена гемостаза). Статистическая обработка производилась с помощью пакета статистических компьютерных программ MS Excel 97, Biostat и Statistica 5.0.

Результаты исследования

Профилактика была направлена на коррекцию основных факторов риска (артериальная гипертензия, мерцательная аритмия, гиперлипидемия, сахарный диабет и другие) и включала 1–2 группы лекарственных средств, большинству пациентов в связи с на-

личием нескольких факторов риска потребовалось назначение более 2 групп следующих препаратов:

- антигипертензивная терапия (в среднем 2 препарата из данной группы) (121 человек основной и 102 контрольной группы);
- антитромботическая и антикоагулянтная терапия по показаниям:
 - ишемический инсульт (ТИА) в анамнезе (3 человека основной и 14 контрольной группы),
 - после реконструктивных вмешательств на сонных артериях (54 человека основной и 42 контрольной группы), перенесённых реконструктивных операций на артериях нижних конечностей в анамнезе (12 человек основной и 18 контрольной группы),
 - антикоагулянты принимали 33 человека основной и 13 контрольной группы в связи с наличием у них мерцательной аритмии;
- липидоснижающие препараты (83 человека основной и 48 контрольной группы).

Результаты выполнения данных рекомендаций представлены в табл. 1.

Динамика выполнения рекомендаций по медикаментозной коррекции факторов риска пациентами обеих групп представлена на рис. 1.

Как следует из данных, приведённых в таблице и на рисунке, к концу 6-го месяца наблюдения все пациенты отметили регулярный приём лекарственных средств.

Следует отметить, что в дальнейшем отмечалась тенденция постепенного отказа пациентов от приёма лекарственных препаратов. Отказавшихся от приёма сразу всех групп лекарственных средств не было.

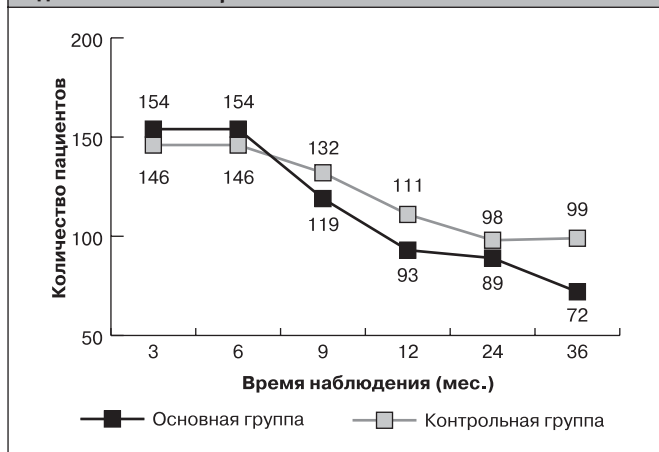
К концу 9-го месяца наблюдения регулярно принимать лекарственные средства продолжали 119 человек основной (сельские жители) и 132 контрольной группы (городские жители) (77,3 и 90,4 % соответственно; $\chi^2 = 8,53$; $p < 0,05$; различия статистически значимы). Следует отметить, что наиболее приверженными пациенты обеих групп оказались к антигипертензивной терапии. В то же время пациенты основной группы (жители сельской местности) оказались наименее приверженными к терапии антикоагулянтами и статинами (различия статистически значимы, $p < 0,05$).

По окончании первого года под динамическим наблюдением находились 150 человек основной и 144 контрольной группы. Из них 93 человека основной группы по-прежнему продолжали регулярно принимать лекарственные средства (62 %), контрольной – 111 (79,8 %; $\chi^2 = 10,24$; $p < 0,05$; различия статистически значимы). Остальные 57 человек основной и 28 контрольной группы указали на приём препаратов «от случая к случаю». Также сохранялась тенденция к наибольшей приверженности антигипертензивными препаратами в обеих группах и наи-

Таблица 1. Результаты выполнения рекомендаций по медикаментозной коррекции факторов риска

Рекомендованная лекарственная терапия	Основная группа		Контрольная группа		Р
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Принимали препараты более 6 месяцев					
Антигипертензивная	121	100	102	100	–
Антиагрегантная	69	100	74	100	–
Антикоагулянтная	33	100	13	100	–
Липидоснижающая	83	100	48	100	–
Принимали препараты более 9 месяцев					
Антигипертензивная	114	94,2	102	100	p < 0,001; $\chi^2 = 64,64$
Антиагрегантная	46	66,7	62	83,7	p < 0,05; $\chi^2 = 4,75$
Антикоагулянтная	11	33,3	9	69,2	p > 0,05; $\chi^2 = 3,54$
Липидоснижающая	37	44,5	31	64,6	p < 0,05; $\chi^2 = 4,11$
Принимали препараты более года					
Антигипертензивная	109	90,1	96	94,1	p > 0,05; $\chi^2 = 0,73$
Антиагрегантная	34	49,2	58	78,4	p < 0,001; $\chi^2 = 11,94$
Антикоагулянтная	6	18,2	9	69,2	p < 0,05; $\chi^2 = 8,86$
Липидоснижающая	11	13,2	29	60,4	p < 0,001; $\chi^2 = 29,71$
Принимали препараты более 2 лет					
Антигипертензивная	94	77,6	96	94,1	p < 0,05; $\chi^2 = 3,98$
Антиагрегантная	31	44,9	58	78,3	p < 0,001; $\chi^2 = 15,61$
Антикоагулянтная	2	6,1	9	69,2	p < 0,001; $\chi^2 = 11,63$
Липидоснижающая	–	–	21	43,7	–
Принимали препараты 3 года					
Антигипертензивная	91	75,2	96	94,1	p > 0,05; $\chi^2 = 1,03$
Антиагрегантная	27	39,1	59	79,7	p < 0,001; $\chi^2 = 22,89$
Антикоагулянтная	2	6,1	9	69,2	p < 0,001; $\chi^2 = 17,13$
Липидоснижающая	–	–	21	43,75	–

Рис. 1. Динамика приверженности к проводимой медикаментозной терапии



меньшей – к антиагрегантной, антикоагулянтной и липидоснижающей терапии среди жителей сельской местности (основная группа).

К концу второго года наблюдения без статистически значимых различий на постоянный приём медикаментов указали 89 человек основной (59,3 %) и 98 контрольной группы (70,5 %; $\chi^2 = 3,47$; $p > 0,05$).

К концу третьего года под динамическим наблюдением также оставалось 150 человек основной и 144 контрольной группы. Обращает на себя внима-

ние, что к концу наблюдения на регулярность приёма лекарственных средств указали 72 пациента основной (48,0 %) и 99 человек контрольной группы (68,7 %; $\chi^2 = 12,16$; $p < 0,05$). В обеих группах одинаково отметили, что при регулярном и правильном соблюдении рекомендации в течение длительного времени (более года) в дальнейшем следовать выработанному режиму гораздо легче.

В зависимости от приверженности к той или иной группе лекарственных препаратов исследуемые распределились следующим образом (табл. 2).

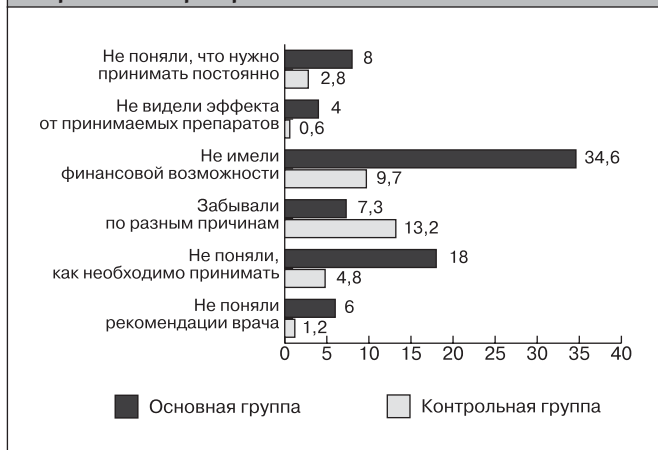
Из таблицы видно, что большинство пациентов основной группы (сельские жители), нерегулярно выполнявших рекомендации по приёму лекарственных препаратов, принимали их периодическими короткими курсами (чаще всего один раз в полгода в течение месяца). Длительность и периодичность курсов приёма лекарственных препаратов определялась пациентами самостоятельно. В то же время среди пациентов контрольной группы (городские жители), нерегулярно выполнявших данные рекомендации, существенной разницы не выявлено.

Основные причины нерегулярного приёма лекарственных препаратов, их самостоятельного прекращения представлены на рис. 2.

Как следует из данных, приведённых на рисунке, основными причинами нерегулярного приёма ле-

Таблица 2. Приверженность пациентов к выполнению рекомендаций по медикаментозной коррекции факторов риска развития инсульта

Показатель	Основная группа		Контрольная группа		P
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Немедленный отказ от приёма всех препаратов	-	-	-	-	-
Отказ от приёма одного из препаратов	29	19,3	14	9,7	$p < 0,05$; $\chi^2 = 4,69$
Приём «какими-то короткими курсами»	41	27,3	18	12,5	$p < 0,05$; $\chi^2 = 9,17$
Приём «какими-то длительными курсами»	8	5,3	13	9,0	$p > 0,05$; $\chi^2 = 1,01$

Рис. 2. Основные причины нерегулярного приёма лекарственных препаратов

карственных препаратов или самостоятельного прекращения среди сельских жителей (основная группа) были: отсутствие финансовой возможности (34,6 %; в контрольной – 9,7 %; $\chi^2 = 24,85$; $p < 0,001$) и понимания данных им рекомендаций (18 %; в контрольной – 4,8 %; $\chi^2 = 11,15$; $p < 0,001$). Отсутствие возможности как основной причины отказа от приёма препаратов у пациентов основной группы складывалось из различных обстоятельств:

- финансовые затруднения;
- сложность в регулярных поездках в районный центр в целях покупки препарата;
- необходимость консультации врача или лабораторного контроля (особенно для лиц, имеющих показания к приёму антикоагулянта и невозможность контроля и титрования дозировки) и т. д.

Отсутствие понимания данных рекомендаций среди сельских жителей возникало, в большей степени по следующим причинам:

- непонимание необходимости постоянного приёма лекарственных препаратов;
- абсолютное непонимание данных врачом рекомендаций;
- развитая в селе «открытость» общения, отсутст-

вие больших социальных и культурных различий между жителями, благодаря которым общение селян бывает довольно тесным и охватывающим все стороны жизни, способствующим распространению в популяции искаженных рекомендаций и советов (соседи, родственники, знакомые и т. д.).

Таким образом, анализируя характер приверженности пациентов к проводимым мероприятиям по профилактике ишемического инсульта, можно сделать вывод, что при отсутствии динамического контроля со стороны медицинского персонала пациенты основной группы с течением времени прекращают регулярный приём лекарственных средств. В то же время пациенты контрольной группы прекращали регулярный приём медикаментов, в большей степени ссылаясь на занятость. Соответственно, при удовлетворительном диспансерном наблюдении от сельских жителей можно ожидать достаточно хорошего ответа в приверженности к профилактическим мероприятиям, тогда как к городским жителям необходим несколько другой подход в силу высокого влияния урбанизации.

Список рекомендуемой литературы
см. на сайте <http://logospress.ru/zvrach>

Patient compliance to drug prevention of ischemic stroke in the Stavropol territory

M.D. Bogatyreva, L.V. Stakhovskaya

Department of basic and clinical neurology and neurosurgery,
N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

The results of the analysis for the first time of preventive measures in the Stavropol territory, comparative evaluation with urban population. Confirmed by low compliance to prevention of stroke among rural population.

Keywords: rural population, ischemic stroke, risk factors, drug prevention.