



Способы

**повышения эффективности терапии
пациентов или как повысить
комплаентность**

Петрова М.М.

ЧЕГО ЖДЕТ ПАЦИЕНТ ОТ ВРАЧА?



ПОНИМАНИЯ

ПОМОЩИ:

А. НЕ БОЛЬНО

Б. БЫСТРО

В. НАДОЛГО

Г. НЕ ОЧЕНЬ ДОРОГО

пациент – врач

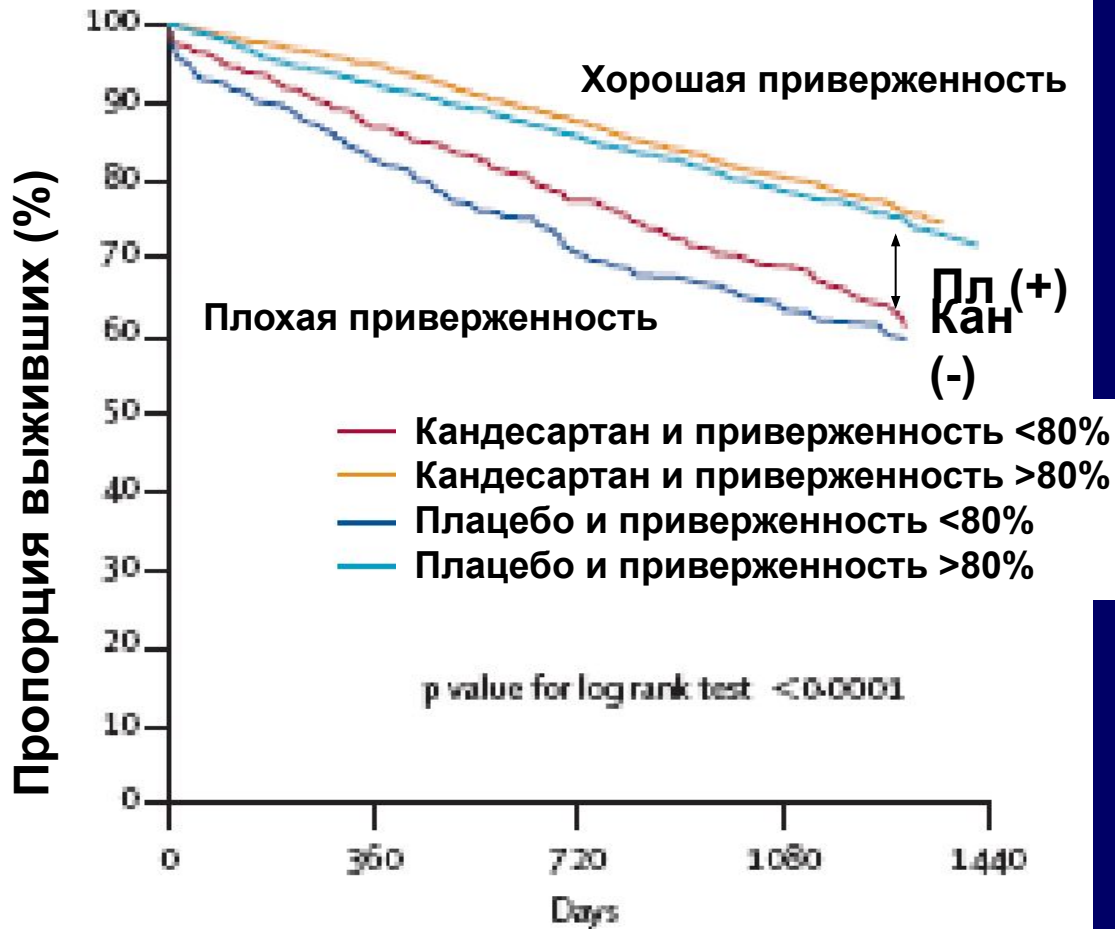
КОМПЛАЕНТНОСТЬ



Степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача

Приверженность к лечению – важнейшая медико-социальная проблема

Приверженность к приему препаратов и смертность в исследовании SCHARM



Когда больные менее всего привержены к приему лекарств?

☞ Когда «не болит»

☞ Когда не чувствуется быстрого (мгновенного) эффекта

.....

Артериальная гипертония
Гиперлипидемия

Приверженность и удержание на терапии существенно уменьшаются через 12 мес. лечения

	Артериальная гипертензия	Дислипидемия	Сахарный диабет*
12-мес. удержание ¹	61,8	65,6	62,3%
12-мес. приверженность ¹	67	74	76%

В 68% исследований, в которых были представлены данные по «жестким конечным точкам» показано улучшение клинических исходов при лучшей приверженности/удержании на терапии (n=41)²

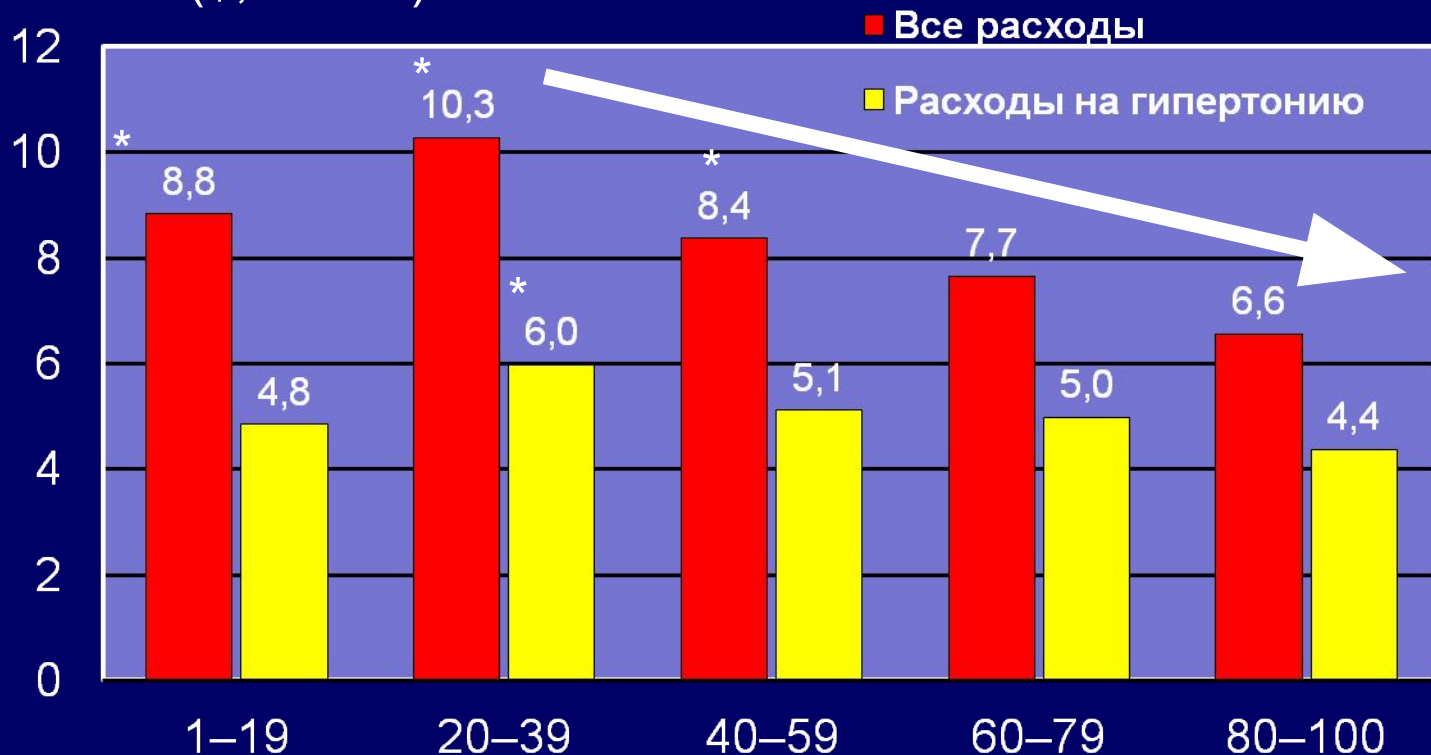
Поиск по литературе (2000–2005) исследований, в которых были представлены данные по приверженности и/или удержанию в измеримом виде (n=139 исследований)

***Только пероральные сахароснижающие препараты**

¹ Benedict et al. J Hypertens 2006;24 (Suppl 4):S140; ² Cramer et al. Value Health Suppl 2006;9:A364

Улучшение приверженности приводит к снижению расходов на лечение

СТОИМОСТЬ (\$, ТЫСЯЧ)

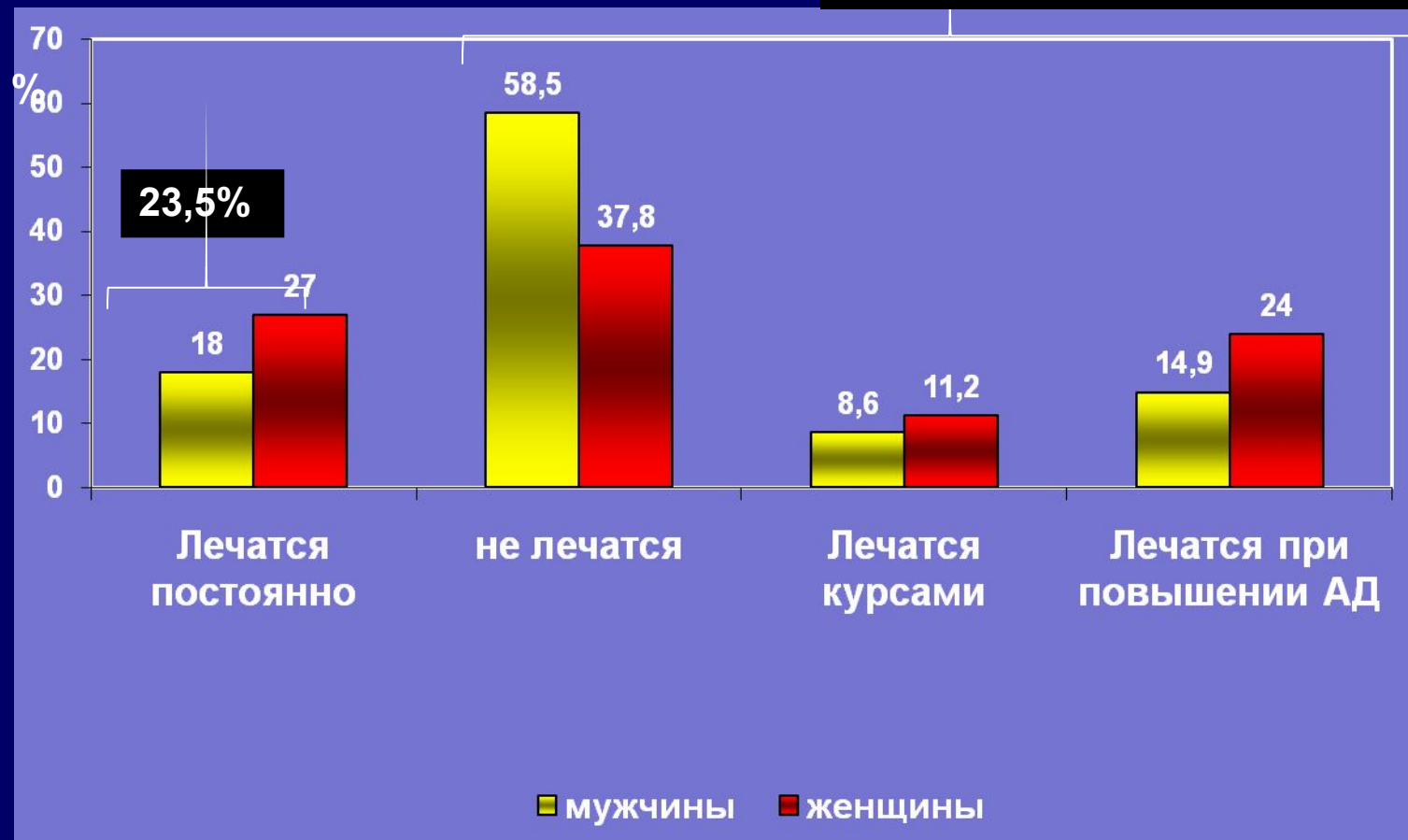


* $p < 0.05$ vs 80-100% compliant group

Приверженность (%)

ЭПОХА – АГ: исследование в репрезентативной выборке (дома)

76,5% - не привержены



8 субъектов европейской части РФ
19.500 респондентов

Комплаенс ЭТО ПРОБЛЕМА

**33% пациентов в США не
выполняют предписания врача и
не следуют его рекомендациям**

Source: Harris Interactive, 2005

Каковы причины некомплаенса?

64% - забывают

36% - говорят, что симптомы заболевания “сами проходят”

35% - хотят сэкономить деньги

33% - не верят, что лекарства эффективны

**31% - говорят, что они не думали, что
лекарства им так необходимы**

28% - боятся побочных эффектов

25% - говорят, что лекарства ограничивают их деятельность

*National Council on Patient Information and Education
Source: PharmExecutive 05-2005, 09-2005*

КОМПЛАЕНС И КОММУНИКАЦИЯ

Через 1 час после посещения врача

60% пациентов не могут вспомнить и сказать, что конкретно им рекомендовал врач

National Council on Patient Information and Education

Source: PharmExecutive 05-2005, 09-2005

Приверженность и постоянство антигипертензивной терапии: роль пациента, врача и социально-экономических факторов

Больной



Врач



Кто платит?



Лекарство



Факторы, определяющие приверженность к лечению

Демографические причины

Пол
Возраст
Образование
Доходы
Раса
Ментальность

Связанные с препаратом и схемой лечения

Число таблеток
Кратность приема
Размер и вкус табл.
Упаковка
Длительность леч.
Стоимость
Сложность
Побочные эффекты

Связанные с заболеванием

Наличие и тяжесть симптомов
Стабильность симптомов

Связанные с пациентом

Понимание болезни и ее последствий
Принятие угрозы здоровью
Понимание выгоды лечения
Мотивация больного и семьи
Участие больного в решении

Связанные с взаимодействием пациент-врач

Обстоятельства при визите
Диалог
Время визита
Отношение врача к больному и его болезни
Адекватность информации
Кратность визитов

Факторы, определяющие приверженность к лечению

Демографические причины

Связанные с препаратом и схемой лечения

Связанные с заболеванием

Связанные с пациентом

Связанные с взаимодействием пациент-врач

Пол
Возраст
Образование
Доходы
Раса

Таблетки

•эффективность

•число

- Кратность приема
- Размер и вкус табл.
- Упаковка
- Длительность леч.

•СТОИМОСТЬ

- Сложность
- Побочные эффекты

Наличие и тяжесть симптомов
Стабильность симптомов

Понимание болезни и ее последствий
Принятие угрозы здоровью
Понимание выгоды лечения
Мотивация больного и семьи
Участие больного в решении

Обстоятельства при визите
Диалог
Время визита
Отношение врача к больному и его болезни
Адекватность информации
Кратность визитов

Формула высокой приверженности:

$$\text{Высокая приверженность} = \min \text{ таблеток} \times \max \text{ эффекта}$$

ПОНЯТИЕ КОМПЛАЕНСА СКЛАДЫВАЕТСЯ



Демографические причины

Причины, связанные со схемой лечения и препаратом

Причины, связанные с болезнью

Причины, связанные с пациентом

Причины, связанные с взаимодействием врач-пациент

Болезнь:

- Многообразие этиологии и сложность патогенеза многих заболеваний



Болезнь:

- Индивидуальные особенности саморегуляции.
- Частично необратимые изменения в органах -мишенях

ПОНЯТИЕ КОМПЛАЕНСА СКЛАДЫВАЕТСЯ



Демографические причины

Причины, связанные со схемой лечения и препаратом

Причины, связанные с болезнью

Причины, связанные с пациентом

Причины, связанные с взаимодействием врач-пациент

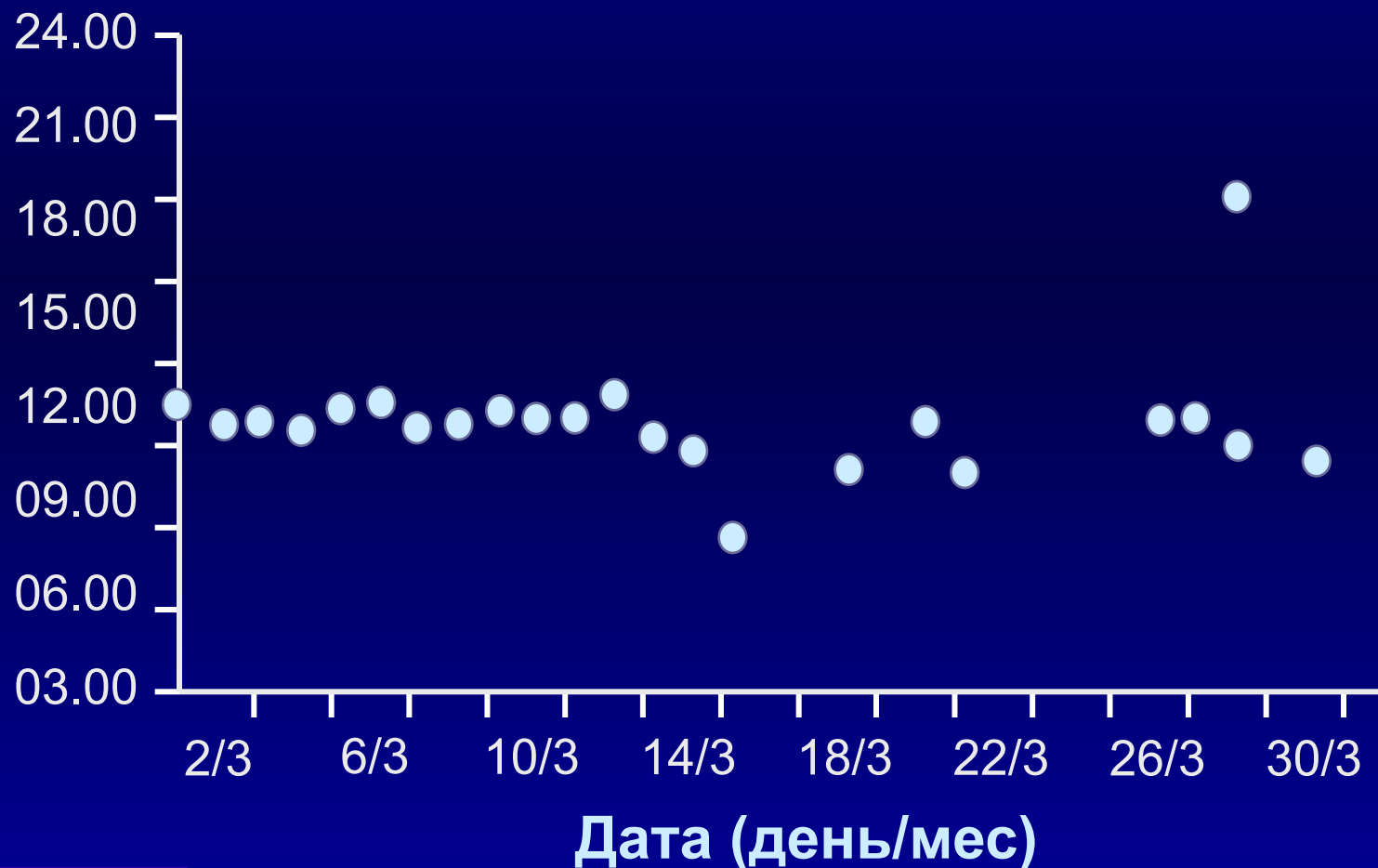
Больной с АГ в Германии

Время суток



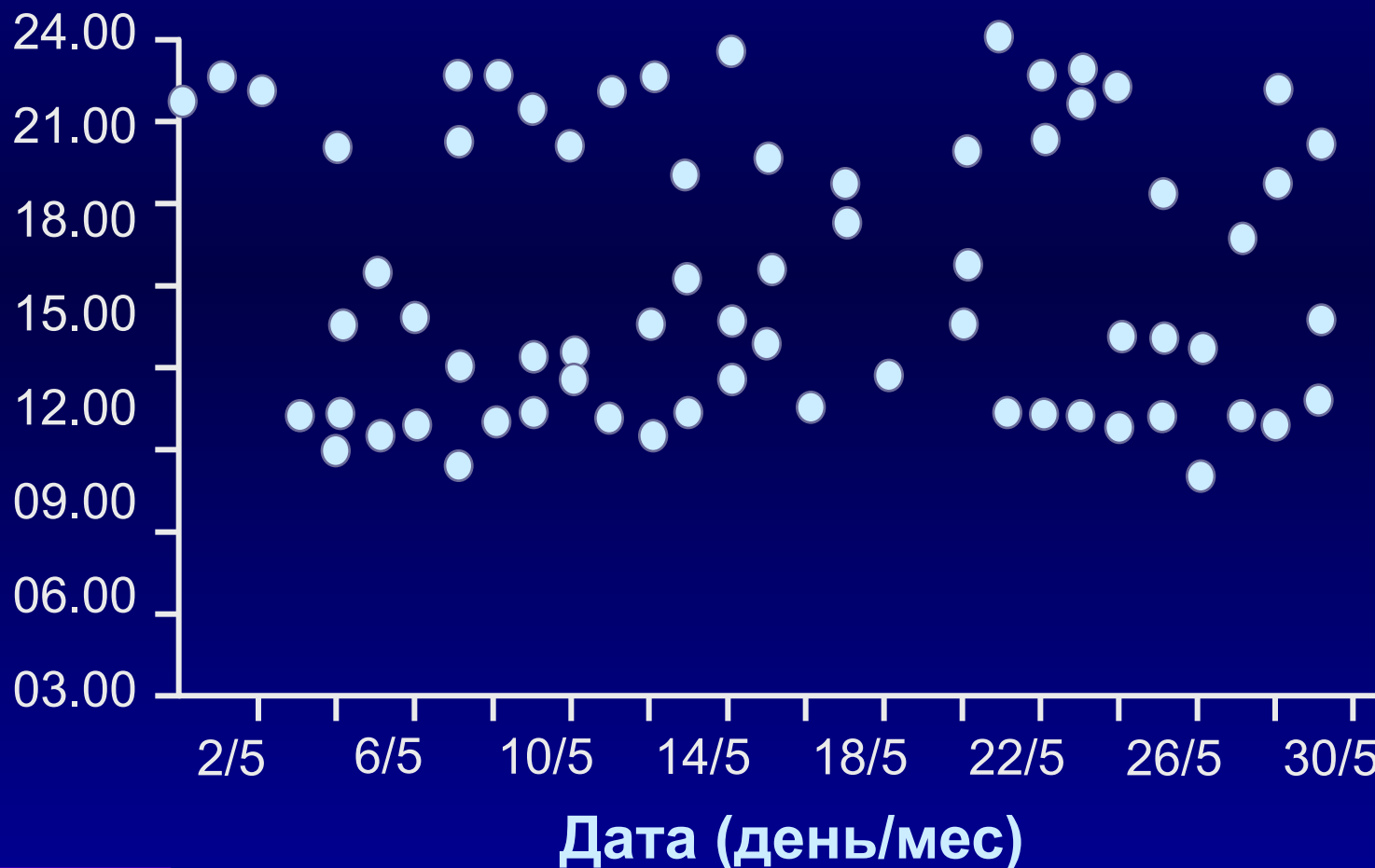
Больной с АГ во Франции

Время суток



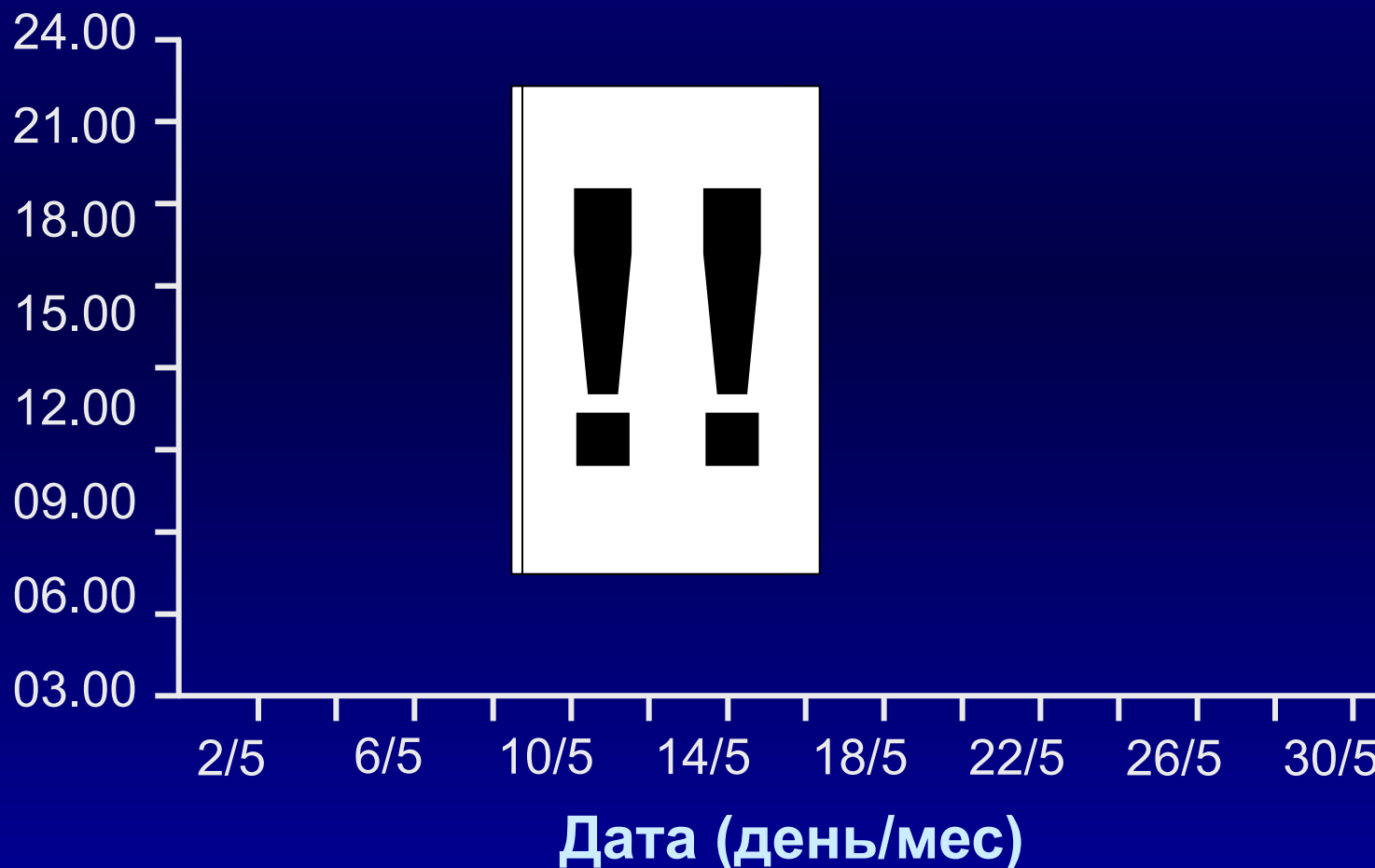
Больной с АГ в Италии

Время суток



Больной с АГ в России

Время суток



Больной:

- Попытки самолечения, переоценка «народных» средств
- Слепая вера в знахарей и шарлатанов
- Неверие во врача и возможности научной медицины





Виноват сам
больной!

Лекарства дорогих мы не употребляем, потому что человек простой ежели помрет, то и так помрет, ежели выздоровеет, то и так выздоровеет...

Н.В.Гоголь. Мертвые души. из-во Литература, Москва. 1983 г.

самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять»

М. Сервантес

Доверие больного к врачу – основа успеха лечения



Врач:

- Недостаток времени, диагностических и лечебных ресурсов при оказании помощи больным
- Слабость экономических и моральных стимулов к работе и саморазвитию
- Слепая вера в утверждения авторитетов

ПОНЯТИЕ КОМПЛАЕНСА СКЛАДЫВАЕТСЯ



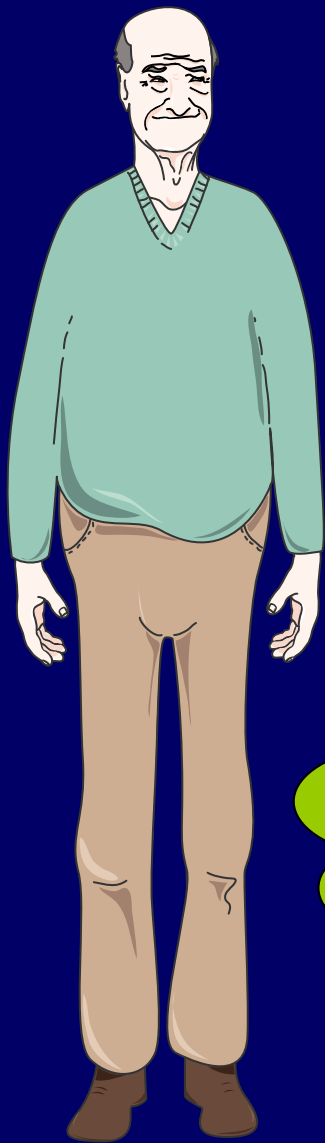
Демографические причины

Причины, связанные со схемой
лечения и препаратом

Причины, связанные с болезнью

Причины, связанные с пациентом

Причины, связанные с
взаимодействием врач-пациент



...Врачи виноваты!
Назначают чёрт и что...
Химия одна... и что
подороже...

...Больные сами
виноваты!
Не пьют моих
лекарств...



ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ



**Профессиональные качества
Умение проявлять эмпатию**

Как улучшить приверженность к лечению?

- 1. Информируйте пациента о риске АД и о пользе эффективного лечения
- 2. Обеспечьте пациента понятными письменными и устными инструкциями о процессе лечения
- 3. Адаптируйте режим лечения к образу жизни пациента и его потребностям
- 4. По возможности упростите схему лечения пациента, уменьшив количество ежедневно принимаемых препаратов
- 5. Ознакомьте семью пациентов с информацией относительно заболевания и планов дальнейшего лечения
- 6. Научите пациента самостоятельно измерять АД в домашних условиях
- 7. Обратите внимание на побочные эффекты
- 8. Обеспечьте надежную систему поддержки и выбор доступных по цене препаратов

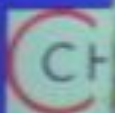
Уровень АД и Профилактика Инсульта



Как улучшить приверженность к лечению?

- 1. Информируйте пациента о риске АГ и о пользе эффективного лечения
- 2. Обеспечьте пациента понятными письменными и устными инструкциями о процессе лечения
- **3. Адаптируйте режим лечения к образу жизни пациента и его потребностям**
- 4. По возможности упростите схему лечения пациента, уменьшив количество ежедневно принимаемых препаратов
- 5. Ознакомьте семью пациентов с информацией относительно заболевания и планов дальнейшего лечения
- 6. Научите пациента самостоятельно измерять АД в домашних условиях
- 7. Обратите внимание на побочные эффекты
- 8. Обеспечьте надежную систему поддержки и выбор доступных по цене препаратов

Polymeal instead of Polypill?



Polymeal instead of Polypill?

Reduction of
cardiovascular risk
by 76 %

Franco O. et al, BMJ 2004

2,7 g garlic

68 g almonds

114 g sea fish



Как улучшить приверженность к лечению?

- 1. Информировать пациента о риске АГ и о пользе эффективного лечения
- 2. Обеспечьте пациента понятными письменными и устными инструкциями о процессе лечения
- 3. Адаптируйте режим лечения к образу жизни пациента и его потребностям
- 4. По возможности упростите схему лечения пациента, уменьшив количество ежедневно принимаемых препаратов
- 5. Ознакомьте семью пациентов с информацией относительно заболевания и планов дальнейшего лечения
- **6. Научите пациента самостоятельно измерять АД в домашних условиях**
- 7. Обратите внимание на побочные эффекты
- 8. Обеспечьте надежную систему поддержки и выбор доступных по цене препаратов

Метод СКАД – существенно повышает приверженность к длительному лечению больных АГ в амбулаторных условиях, что в конечном итоге способствует повышению эффективности лечения и предупреждению грозных осложнений гипертонии!

Guidelines 1005

European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring

Gianfranco Parati^a, George S. Stergiou^b, Roland Asmar^c, Grzegorz Bilis^d, Peter de Leeuw^e, Yutaka Imai^f, Kazuomi Kario^g, Empar Lurbe^h, Athanasios Manolisⁱ, Thomas Mengden^j, Eoin O'Brien^k, Takayoshi Ohkubo^l, Paul Padfield^m, Paolo Palatiniⁿ, Thomas Pickering^o, Josef Redon^p, Miriam Revera^q, Luis M. Rualopep^r, Andrew Shennan^s, Jan A. Staessen^t, Miriam Tisler^u, Bernard Waeber^v, Alberto Zanchetti^w and Giuseppe Mancia^x, on behalf of the ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring

This document summarizes the available evidence and provides recommendations on the use of home blood pressure monitoring in clinical practice and in research. It updates the previous recommendations on the same topic issued in year 2005. The main topics addressed include the methodology of home blood pressure monitoring, its diagnostic and therapeutic thresholds, its clinical applications in hypertension, with specific reference to special populations, and its applications in research. The final section deals with the problems related to the implementation of home measurements in clinical practice. *J Hypertens 20: 1005–1030 (2002) Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins*

Journal of Hypertension 20(8), 1005–1030
Keywords: arterial hypertension, cardiovascular risk, home blood pressure monitoring

Abbreviations: AHA, American Association for the Advancement of Medical Instrumentation; AHA/ASA, American Heart Association/American Stroke Association; AHA/ACC, American Heart Association/American College of Cardiology; AHA/ACC/AHA, American Heart Association/American College of Cardiology/American Heart Association; AHA/ACC/AHA/ASA, American Heart Association/American College of Cardiology/American Heart Association/American Stroke Association; AHA/ACC/AHA/ASA/WHF, American Heart Association/American College of Cardiology/American Heart Association/American Stroke Association/World Heart Federation; AHA/ACC/AHA/ASA/WHF/ISH, American Heart Association/American College of Cardiology/American Heart Association/American Stroke Association/World Heart Federation/International Society of Hypertension; AHA/ACC/AHA/ASA/WHF/ISH/ESC, American Heart Association/American College of Cardiology/American Heart Association/American Stroke Association/World Heart Federation/International Society of Hypertension/European Society of Cardiology; AHA/ACC/AHA/ASA/WHF/ISH/ESC/WHO, American Heart Association/American College of Cardiology/American Heart Association/American Stroke Association/World Heart Federation/International Society of Hypertension/European Society of Cardiology/World Health Organization

^aDepartment of Clinical Medicine and Prevention, University of Milano-Bicocca; ^bCardiovascular Medicine, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

Introduction

The need to develop the current guidelines is related to the fact that home blood pressure monitoring (HBPM) is becoming increasingly important in the diagnosis and management of arterial hypertension. The rapid diffusion of this technique has been favored by a number of factors, including technical progress and wide availability of HBPM devices, increasing awareness of the importance of regular BP monitoring, and recognition of the usefulness of HBPM in international hypertension management guidelines [1–3].

Correspondence: Dr Gianfranco Parati, IRI, Department of Clinical Medicine and Prevention, University of Milano-Bicocca, Via Valardi 1, 20123 Milano, Italy (fax: +39 02 6357721; e-mail: gianfranco.parati@unibicocca.it)

^cDepartment of Cardiology, Santa Margherita Hospital, Istituto Auxologico Italiano, Milan, Italy; ^dHypertension Center, Third University Department of Medicine, Sapienza Hospital, Athens, Greece; ^eNetherlands Cardiovascular Prevention Centre, University of Groningen, Department of Internal Medicine, University Hospital of Groningen, Groningen, The Netherlands; ^fDepartment of Clinical Pharmacology and Therapeutics, Tokyo University Graduate School of Pharmaceutical Science, Tokyo, Japan; ^gDepartment of Cardiology, University of Tokyo, Tokyo, Japan; ^hPharmacology Department, University of Valencia, Valencia, Spain; ⁱFirst Department of Cardiology, Evangelismos General Hospital of Athens, Athens, Greece; ^jUniversity of Cologne, Cologne, Germany; ^kUniversity of Liverpool, Liverpool, UK; ^lDepartment of Internal Medicine, National Institute of Health and Nutrition, Tokyo, Japan; ^mDepartment of Internal Medicine, University of Liverpool, Liverpool, UK; ⁿDepartment of Internal Medicine, University of Padova, Padova, Italy; ^oCardiology, University Medical College, New York, New York, USA; ^pHypertension Clinic, Internal Medicine, Hospital Clinico, University of Valencia, Valencia, Spain; ^qHypertension Unit, 12 de Octubre Hospital, Madrid, Spain; ^rFirst School of Medicine, University Hospital, Liverpool, Department of Hypertension and Endocrinology, St. Thomas Hospital, Westminster Medical School, University of Westminster, London, UK; ^sDepartment of Hypertension, Queen's University Belfast, Belfast, Northern Ireland; ^tDepartment of Internal Medicine, University of Leuven, Leuven, Belgium; ^uDepartment of Hypertension, University of Leuven, Leuven, Belgium; ^vCenter for Innovation in Hypertension, University of Leuven, Leuven, Belgium; ^wCenter for Innovation in Hypertension, University of Leuven, Leuven, Belgium; ^xCenter for Innovation in Hypertension, University of Leuven, Leuven, Belgium

Correspondence to: Gianfranco Parati, IRI, Department of Clinical Medicine and Prevention, University of Milano-Bicocca, Via Valardi 1, 20123 Milano, Italy (fax: +39 02 6357721; e-mail: gianfranco.parati@unibicocca.it)

Received 20 April 2008; accepted 14 May 2008

The importance of HBPM in cardiovascular prevention, related to a deeper involvement of patients in their long-term management and the wide diffusion of this approach in populations, is not always accompanied by adequate knowledge of how to make proper use of this technique, which emphasizes the need for more precise recommendations (Box 1).

Purpose and scope of these guidelines

The purpose of the present guidelines is to update the recommendations given in the first consensus document

AHA/ASH/PCNA Scientific Statement

Call to Action on Use and Reimbursement for Home Blood Pressure Monitoring A Joint Scientific Statement From the American Heart Association, American Society of Hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association

Thomas G. Pickering, MD, DPH, FAHA, Chair; Nancy Houston Miller, RN, BSN, FAHA; Gibenga Ogedegbe, MD, MPH, FAHA; Lawrence R. Kulkoff, MD, FAHA; Nancy T. Artinian, PhD, RN, BC, FAHA; David Gotf, MD, PhD, FAHA

Abstract—Home blood pressure monitoring (HBPM) overcomes many of the limitations of traditional office blood pressure (BP) measurement and is both cheaper and easier to perform than ambulatory BP monitoring. Moreover, the use of the oscillometric method are currently available that are accurate, reliable, easy to use, and relatively inexpensive. An increasing number of patients are being asked to check their BP at home, but although this has been endorsed by national and international guidelines, detailed recommendations for their use have been lacking. There is a rapidly growing literature showing that measurement of patients at home are often lower than readings taken in the office and closer to the average BP recorded by 24-hour ambulatory monitoring, which is the BP that best predicts cardiovascular risk. Because of the large numbers of readings that can be taken by HBPM from in the office and the elimination of the whitecoat effect, the increase of BP during an office visit, home readings are more reproducible than office readings and better correlations with measures of target organ damage. In addition, prospective studies that have used multiple home readings to express the true BP have found that home BP predicts risk better than office BP (Class III; Level of Evidence A). This collaboration article makes the following recommendations: (1) It is recommended that HBPM should become a routine component of BP measurement in the majority of patients with known or suspected hypertension; (2) Patients should be advised to purchase oscillometric monitors that measure BP on the upper arm with an appropriate cuff size and that have been shown to measure accurately according to standard international protocols. They should be shown how to use them by their healthcare providers; (3) Two to three readings should be taken while the subject is resting in the seated position, both in the morning and at night, over a period of 1 week. A total of 21 readings are recommended for making clinical decisions; (4) HBPM is indicated in patients with newly diagnosed or suspected hypertension, in whom it may distinguish between whitecoat and sustained hypertension. If the results are equivocal, ambulatory BP monitoring may help to establish the diagnosis; (5) In patients with prehypertension, HBPM may be useful for detecting masked hypertension; (6) HBPM is recommended for evaluating the response to any type of antihypertensive treatment and may improve adherence; (7) The target HBPM goal for treatment is <135/85 mm Hg or <130/80 mm Hg in high-risk patients; (8) HBPM is useful in the elderly, in whom both BP variability and the whitecoat effect are increased; (9) HBPM is of value in patients with diabetes, in whom tight BP control is of paramount importance; (10) Other populations in whom HBPM may be beneficial include pregnant women, children, and patients with kidney disease; and (11) HBPM has the potential to improve the quality of care while reducing costs and should be reimbursed. (*Hypertension*. 2008;52:1001–10).

Key Words: AHA Scientific Statements • blood pressure • hypertension • patients

The American Heart Association, American Society of Hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association make every effort to avoid copyright infringement of material that may exist as a result of accidental relationships or personal, professional, or business relationships of a nature for the writing panel. Specifically, all members of the writing group are requested to complete and submit a Conflict of Interest Statement showing all such relationships that may be perceived as real or potential conflicts of interest.

This document was approved by the American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee on January 7, 2008, by the American Society of Hypertension on January 2, 2008, and by the Preventive Cardiovascular Nurses Association on December 28, 2007.

This article has been published in *Journal of the American College of Hypertension*, *Journal of Clinical Hypertension*, and *Journal of Cardiovascular Nursing*. Hypertension review of AHA Scientific Statements is available at <http://www.ahajournals.org>. For more on AHA Scientific Statements, visit <http://www.ahajournals.org> or <http://www.ahapublications.org>.

Copies of this document are available on the World Wide Web site of the American Heart Association (<http://www.heart.org>) or the American Society of Hypertension (<http://www.ahajournals.org>) and the Preventive Cardiovascular Nurses Association (<http://www.pcnurses.org>). A single reprint is available by ordering 800-246-8621 (US only) or by writing the American Heart Association, Publications, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231-4596. A fee for reprint No. 71-0843. A copy of the document is also available at <http://www.ahajournals.org> for a fee of \$10.00 per copy by ordering with the "reprint" link on the "Hypertension" link. To purchase additional reprints, call 812-875-2515 or e-mail ahajournals@ahajournals.org.

Permissions: Multiple copies, collections, abstracts, reprints, and other uses of this document are not permitted without the express permission of the American Heart Association. Requests for abstracting permission are located at <http://www.ahajournals.org>. The American Heart Association, Inc., the American Society of Hypertension, and the Preventive Cardiovascular Nurses Association.

Approval: This document is available at <http://ajphaphapublications.org>. DOI: 10.1161/1088787890001001001

Европейские рекомендации по мониторуванню АД на дому (2008)

Рекомендации экспертов США по мониторуванню АД на дому (2008)



«...домашнее измерение АД помогает улучшить контроль АД и избежать необоснованного назначения лекарственной терапии. Учитывая низкую стоимость и высокую информативность СКАД при лечении больных АД, измерение АД в домашних условиях способно значительно снизить затраты на лечение при повышении его эффективности.»



Л.Г. Ратова, И.Е. Чазова

**Институт клинической кардиологии
им. А.Л.Мясникова**



Всемирная Лига Гипертонии рекомендует регулярно контролировать АД клинически апробированными приборами.

Компания **OMRON** много лет является официальным партнером Всемирной Лиги Гипертонии.

Алгоритмы измерения во всех тонометрах **OMRON** клинически апробированы по международным протоколам

¹**IP** – International Protocol – модифицированный протокол, сменивший в 2001г протокол BHS

³**BHS** – British Hypertension Society- Британское общество Гипертонии (утвержден в 1990г), является одним из подразделений EHS (Европейского общества гипертонии)

²**AAMI** - Association for the Advanced of Medical Instrumentation-Американская ассоциация прогрессивного использования медицинского оборудования (утвержден 1987г)

Prufsiegel – протокол Германской лиги Гипертонии

Некоторые врачи скептически относятся к домашним электронным тонометрам

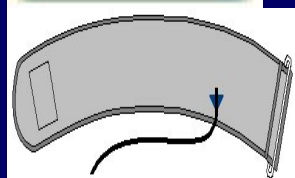


?!



Но при этом в отделениях реанимации и БИТ стоят прикроватные мониторы, которые также используют осциллометрический метод измерения

Уникальные системы борьбы с субъективными результатами измерения в тонометрах **OMRON**



- Технология интеллектуального измерения **Intellisense (Интеллисенс)**
- Веерообразная манжета (равномерно распределяющая давление)
- Индикатор правильной фиксации манжеты
- Индикатор движения пациента во время измерения
- Индикатор правильного расположения руки относительно сердца
- Индикатор нарушения ритма

Основной постулат...

НЕКОМПЛАЕНС-

Проблема коммуникации

Эффективная коммуникация

врач-пациент –

основа КОМПЛАЕНСА

Основные поведенческие типы

ДОБРОСОВЕСТНЫЙ

Точность, склонность к анализу, критичность, наблюдательность, замкнутость



Синий
Аналитик

ДОМИНИРУЮЩИЙ

Авторитарность, предприимчивость, целенаправленность, деловитость



Красный
Директивный

Зеленый
Дружелюбный

СТОЙКИЙ

Твердость, убежденность, уверенность, восприимчивость, надежность



Желтый
Экспрессивный

ИНИЦИАТИВНЫЙ

Общительность, открытость, интеллигентность, способность очаровывать, креативность



Характеристика поведения

Директивный

«Босс»

Поведение:

убедительное, мужественное

Дружелюбный

«Застенчивый, ориентированный на людей»

Поведение

базируется на демонстрации тепла, чувств, сердечности

Аналитик

«Судья»

Поведение:

сохраняет дистанцию, нейтральное

Экспрессивный

«Новатор, непредсказуемый»

Поведение:

хаотичное, любит новшества и инновации

Основные ценности

Аналитик

- Принципы
- Обдумывание

Директивный

- Решения
- Действия

Дружелюбный

- Чувства
- Отношения
- Озабочен стабильным отношением к себе

Экспрессивный

- Интуиция
- Мечты
- Хочет вызвать положительные эмоции

Типы голосов разных социальных типов

Тип голоса	% в популяции	Количество контактов, необходимых для принятия решения
 Директивный	15%	1-2
 Экспрессивный	15%	2-3
 Дружелюбный	35%	4-5
 Аналитик	35%	5-7

Алгоритм коммуникации врача с ДРУЖЕЛЮБНЫМ пациентом

- Во время приема пациента убедить его не только в положительном конечном результате лечения, но и демонстрировать теплые межличностные отношения
- Избегайте «малоэмоциональной» и авторитарной манеры назначения терапии
- При разговоре старайтесь сослаться на большой положительный Ваш личный опыт, опыт Ваших коллег и тех пациентов, которые уже применяют тот или иной препарат
- Дайте понять, что Вы его слышите, понимаете
- Обсудите опасения относительно предстоящей терапии

Алгоритм коммуникации врача с ЭКСПРЕССИВНЫМ пациентом

- Данная категория пациентов особо ценит во враче новаторский и творческий подход в терапии
- Ваши предложения должны быть ярко, эмоционально окрашены (“Восходящая звезда”, “новая технология”)
- Избегайте «малоэмоциональной» и авторитарной манеры назначения терапии
- Старайтесь избегать длинных логических объяснений
- Обсудите опасения относительно предстоящей терапии
- В разговоре целесообразно использовать различные шутки или некоторые смешные ситуации

Как можно донести ценность лечения до **ЭКСПРЕССИВНОГО** пациента...

Я Вам назначаю **новейшее гипотензивное средство ПРЕСТАНС**

Принимая **ПРЕСТАНС** по 1 таблетке в день Вы :

- Забудете о своих жалобах на головную боль, слабость, утомляемость, забывчивость. Ваше настроение улучшится, утраченные силы восстановятся, вернется Ваш интерес к жизни, повысится Ваша работоспособность, вернется Ваша профессиональная результативность.
- В командировках Вы будете чувствовать себя уверенно, т.к. Вы будете защищены от мозговых и сердечно-сосудистых катастроф.

Алгоритм коммуникации врача с **ДИРЕКТИВНЫМ** пациентом

1. Постарайтесь представить схему приема препарата персональным и эксклюзивным образом (Только для Вас..., Исключительно в данном Вашем случае... и .т.д.)
2. Будь кратки и лаконичны. Избегайте излишних эмоций и пустых разговоров ни о чем. Аргументы должны быть убедительными и короткими
3. Ваши рекомендации должны содержать конкретные выгоды для пациента и конкретный результат и эффект лечения
4. Рекомендуется неэмоциональная (“авторитарная”) манера назначения

Как можно донести ценность лечения до **ДИРЕКТИВНОГО** пациента...

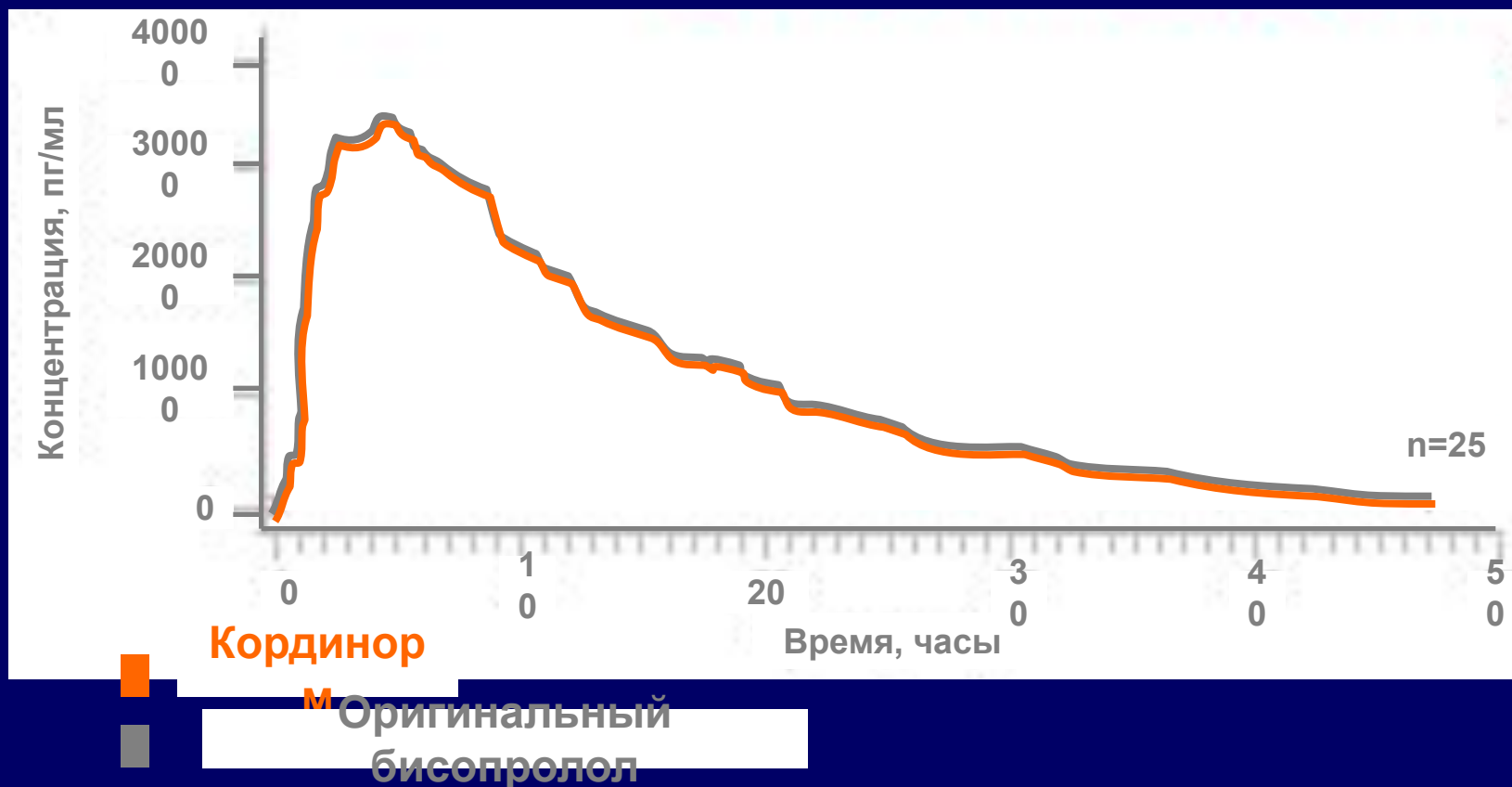
- Уважаемый Иван Иванович, учитывая **Ваше заболевание**, Вам жизненно необходим препарат, который не только **улучшит Ваше самочувствие**, но и **благоприятно повлияет на цифры артериального давления**.
- Принимая однократно **КОРДИНОРМ** дозе **5-10 мг** в день, Вы не только **быстро справитесь с приступами стенокардии**, но и **повысите эффективность лечения Вашей гипертонической болезни**.

Кординорм

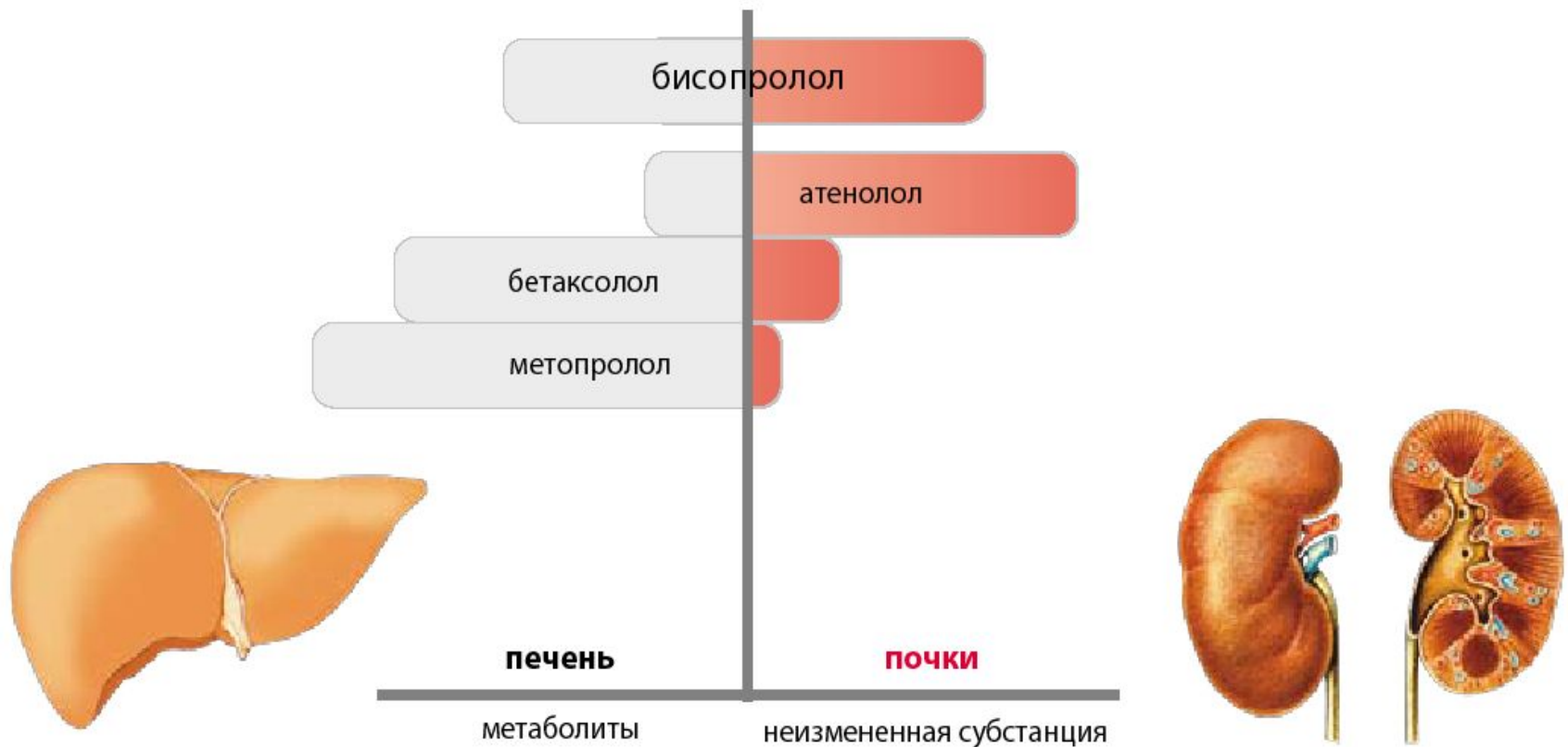


- **качественный бисопролол из Германии**
- **увеличивает выживаемость больных с ИБС**
- **эффективен у пациентов с АГ независимо от возраста**
- **лучшая переносимость**
 - сбалансированный двойной путь выведения
 - не влияет на углеводный и липидный обмен
 - не оказывает ангиоспастического влияния на артерии
 - не изменяет сопротивление дыхательных путей даже в максимальной дозе
- **улучшает сексуальную функцию у мужчин**
- **таблетки в форме бабочки, удобные для деления и подбора дозы**

Кординорм – качественный бисопролол



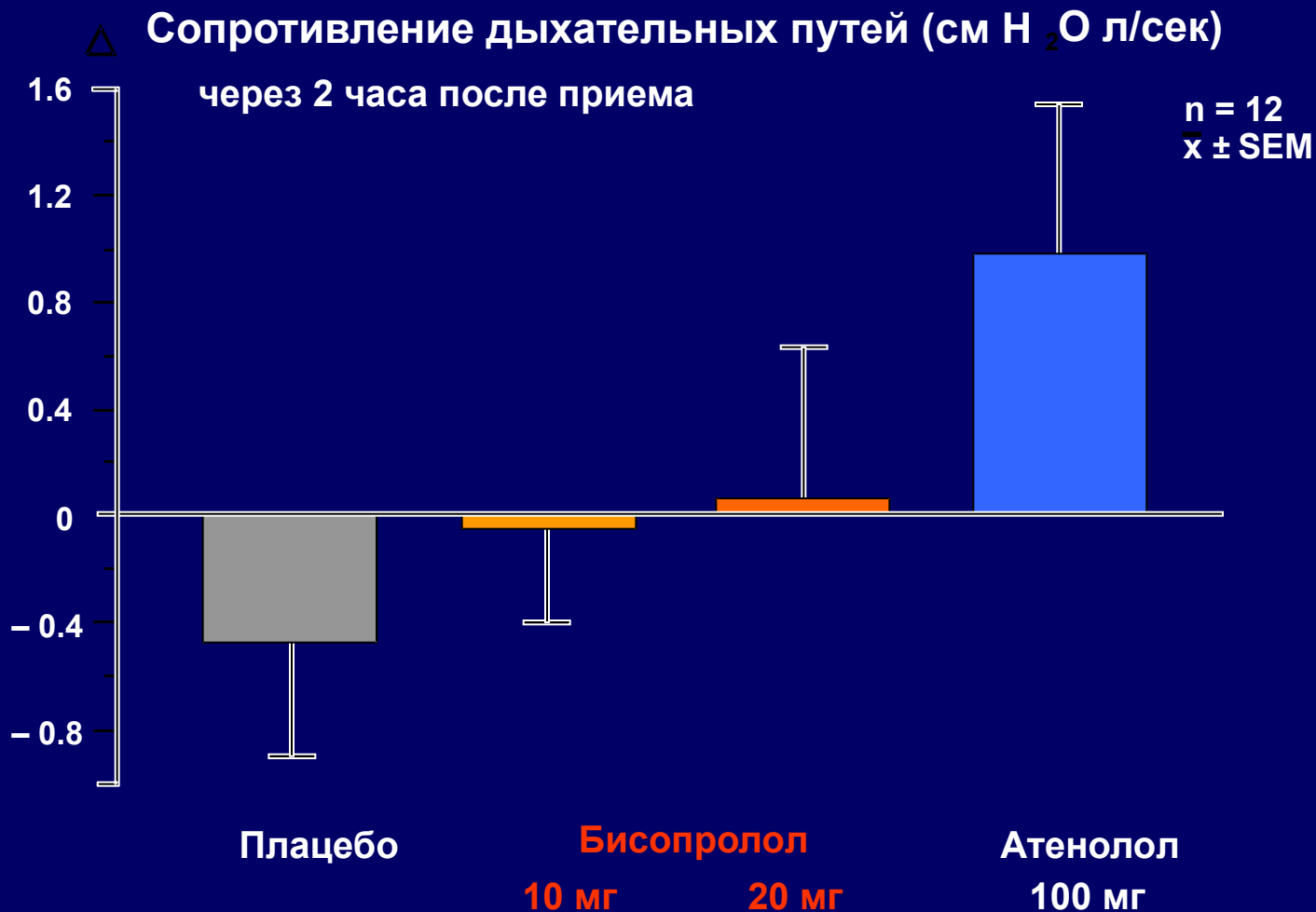
Кординорм: сбалансированный двойной путь выведения



Не требуется коррекции дозы:

- у пациентов с легкими и умеренными нарушениями функции печени и почек
- у пожилых пациентов

Бисопролол не ухудшает бронхиальную проходимость даже в максимальной дозе



Кординорм улучшает некоторые параметры сексуальной функции у мужчин

мужчины 25-70
лет

мужчины
с впервые выявленной
АГ

нет существенного влияния
на сексуальную активность

статистически значимой разницы в

- стойкости эрекции
- продолжительности эрекции
- сексуальном желании
- удовлетворенности сексуальной функцией
- удовлетворенности собственной сексуальностью

не обнаружено

мужчины
уже принимающие АГ-
препараты

достоверное увеличение частоты
утренних эрекции и
частоты половых актов с оргазмом

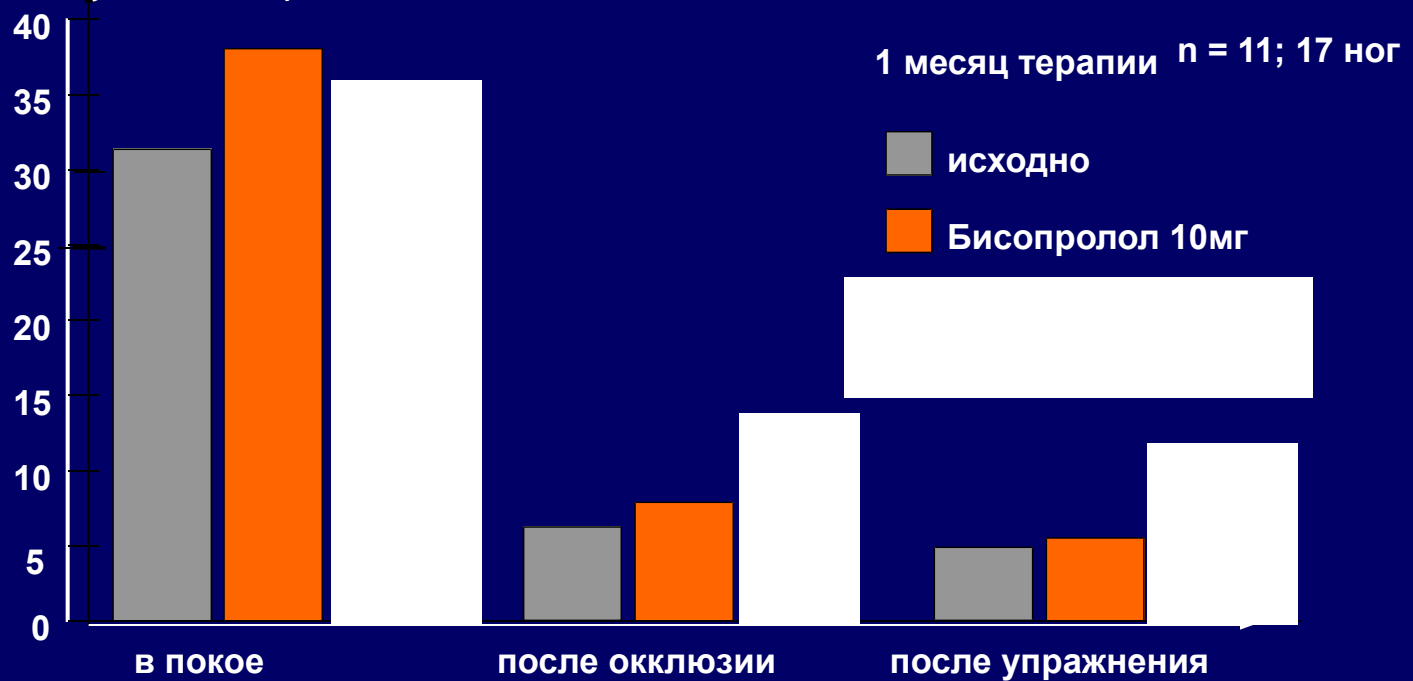
зарегистрированы более высокие
достоверные значения

- стойкости и продолжительности эрекции во время полового акта
- удовлетворенности сексуальной функцией
- удовлетворенности собственной половой жизнью

Бисопролол не ухудшает периферическое кровообращение

пациенты с АГ и сопутствующей перемежающейся хромотой

сосудистое сопротивление
(мм Hg/мл/100 мл)

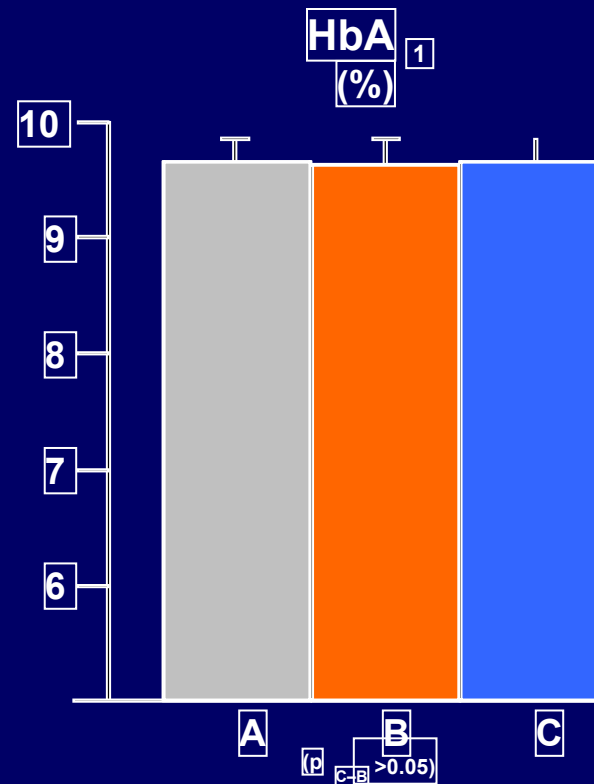
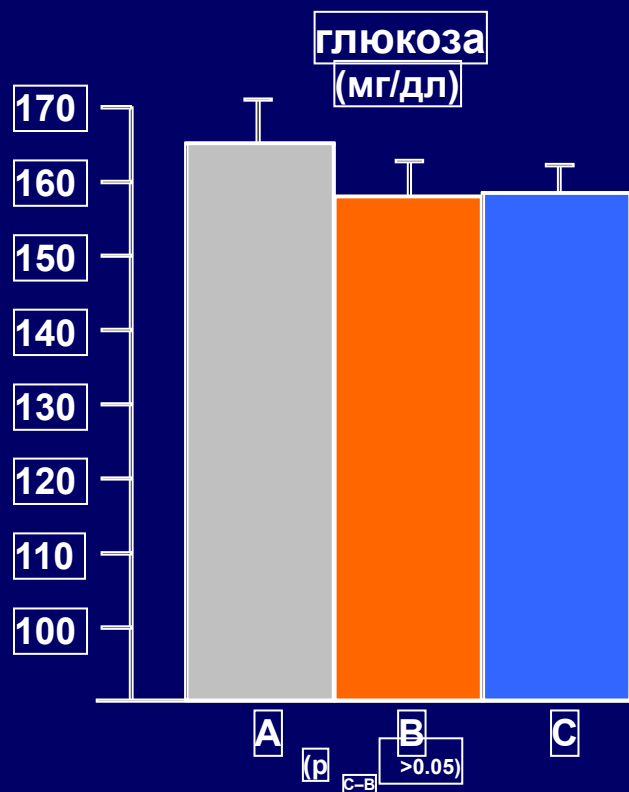


метод венозной окклюзионной плетизмографии

Бисопролол не влияет на углеводный обмен при сопутствующем СД II типа

n = 20

$\bar{x} \pm \text{SEM}$



■ A: исходный уровень

■ B: бисопролол

■ C: плацебо

через 2 недели

Кординорм бисопролол

- высокоселективный бета1-адреноблокатор для лечения АГ и ИБС германского производства по доступной цене



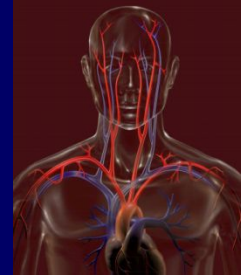
Показания	начальная доза, мг/сут	поддерживающая доза, мг/сут	максимальная доза, мг/сут
▪ АГ ▪ ИБС	2,5- 5	5 - 10	20

Алгоритм коммуникации врача с пациентом

АНАЛИТИКОМ

- Во время разговора обязательно нужны факты с точными данными (по схеме приема, дозировки, длительности терапии и т.д.)
- Необходима «логическая» цепочка, подробные объяснения, почему нужен именно этот препарат. Без нее пациент никогда не будет точно следовать Вашим назначениям
- При непосредственном контакте старайтесь открыто не демонстрировать свои эмоции. Излишнее «давление» на такого пациента не рекомендуется
- Будьте точны и сдержанны
- Можно использовать технику «загибания» пальцев

Как можно донести ценность лечения до пациента **АНАЛИТИКА...**



Уважаемый Олег Николаевич, учитывая Ваше постинсультное состояние, Вам необходим высокоэффективный вазоактивный препарат с широким профилем безопасности.

Поэтому, именно **АКТОВЕГИН** по две таблетки 3 раза в день (принимая независимо от приема пищи) в течение месяца, восстановит кровоснабжение в головном мозге, снизит риски образования тромбов и значительно улучшит Ваше самочувствие: исчезнут головокружения, головные боли, улучшится память, внимание, способность к запоминанию, нормализуется сон.

Ваш привычный образ жизни изменится в лучшую сторону.

АКТОВЕГИН прекрасно переносится, не влияет на уровень АД и не требует коррекции Вашей антигипертензивной терапии.

Простые истины

- Люди предпочитают иметь дело с теми, кто им нравится
- Уметь взглянуть на ситуацию глазами пациента
- Уметь переключать собственное восприятие на нужный “психологический канал”
- Если мы сможем предчувствовать поведение пациента, мы сможем изменить свое поведение, чтобы стать более совместимым с ним
- Обращайтесь с людьми так, как вы бы хотели, чтобы обращались с вами
- Поступайте так, как хотелось бы им

«Заработная плата – мерило уважения, с которым общество относится к данной профессии»

Джонни Тиллмон



***Если каждый делает добро
в пределах своих
возможностей,
возможности добра
становятся
беспредельными***
Фазиль Искандер
