

Вплив прихильності до лікування на віддалений прогноз у хворих, що перенесли інфаркт міокарда

В.Й. Целуйко, Л.М. Яковлева, С.О. Строкова

Харківська медична академія післядипломної освіти

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інфаркт міокарда, післяінфарктний кардіосклероз, віддалений прогноз, медикаментозна терапія, вторинна профілактика

За оцінкою ВООЗ, щорічно у світі від ішемічної хвороби серця (ІХС) помирає понад 7 млн осіб. Прогнозують, що у 2020 р. ІХС спричинить вже 11 млн випадків смерті [5]. Значна поширеність захворювання, несприятливий перебіг з високим ризиком інвалідизації та смертності зумовлюють необхідність впровадження стратегії лікування, спрямованої на поліпшення прогнозу у хворих на ІХС, що передбачає використання методів з доведеною ефективністю [6].

Провівши порівняльний аналіз впливу різних методів лікування і профілактики на зниження смертності від ІХС у США (на 50 % за період з 1990 до 2000 р.), Е. Ford зробив висновок, що відносний внесок корекції факторів ризику в популяції становить 44 %, методів з доведеною ефективністю, в тому числі дотримання рекомендацій щодо медикаментозної терапії після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) та реваскуляризації, – 47 % [2, 7, 9].

Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів 2006 р., для всіх хворих на ІХС, що перенесли ІМ, обов'язковим є тривале використання препаратів чотирьох груп, позитивний вплив на прогноз яких доведено в низці масштабних спланованих плацебо-контрольованих досліджень (рівень доказовості ІА) [8]. Це антитромбоцитарні засоби (ацетилсаліцилова кислота та клопидогрель), статини, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) – раміприл або периндоприл, а також β-адреноблокатори (β-АБ).

Мета роботи – дослідити прихильність пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, до стандартної медикаментозної терапії та простежити вплив дотримання рекомендацій на перебіг захворювання.

Матеріал і методи

Обстежено 352 особи, які з діагнозом ІМ перебували на лікуванні в міській клінічній лікарні № 8 м. Харкова у період з 01.01.2006 до 31.07.2006. Для подальшого аналізу відбирали лише тих хворих, у яких було не менш ніж два критерії ІМ, визначених спільним документом об'єднаного комітету Європейського товариства кардіологів та Американської асоціації серця/Американського коледжу кардіологів з перегляду визначення ІМ (2007) [10]. До дослідження було залучено лише тих пацієнтів (n=316), яким на час виписки зі стаціонару для тривалого прийому були призначені препарати чотирьох груп базисної терапії (обов'язкова умова залучення в дослідження).

Через 3 роки після перенесеного ІМ провели опитування хворих або їх родичів щодо прихильності до терапії. Як кінцеві точки розглядали серцево-судинну смерть, повторний ІМ, нестабільну стенокардію, реваскуляризацію міокарда та повторну госпіталізацію.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали методом варіаційної статистики з використанням Microsoft Excel. Достовірність результатів оцінювали за допомогою програми SPSS for Windows Release 14.0 (SPSS Inc. Chicago Illinois). Статистично значущою вважали різницю показників при $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Проведене опитування показало, що впродовж 3 років померло 45 (14,2 %) хворих (майже 5 % на рік). Це свідчить про наявність високого ризику в осіб, які перенесли ІМ. Повторний ІМ

Таблиця 1
Гендерні відмінності прихильності до лікування у хворих, що перенесли інфаркт міокарда

Препарат	Частота застосування, абс. (%)		P
	у чоловіків (n=167)	у жінок (n=104)	
β-АБ	106 (63,4 %)	51 (49 %)	0,02
Ацетилсаліцилова кислота	122 (73 %)	30 (29 %)	0,001
Інгібітори АПФ	76 (45,5 %)	38 (36,5 %)	0,159
Статини	44 (26,3 %)	24 (23,07 %)	0,55

Таблиця 2
Вплив прихильності до лікування на трирічний прогноз у хворих, що перенесли інфаркт міокарда

Показник	Кількість пацієнтів у групах		P
	I (n=75)	II (n=196)	
Повторний ІМ	6 (8 %)	32 (16,3 %)	0,04
Інсульт	2 (2,6 %)	14 (7,1 %)	0,21
АКШ/стентування	2 (2,6 %)	13 (6,6 %)	0,21
Нестабільна стенокардія	6 (8 %)	16 (8,1 %)	0,97
Повторна госпіталізація	4 (5,3 %)	28 (14,2 %)	0,04

виник у 38 (12,02 %) обстежених, нестабільна стенокардія – у 22 (6,9 %), 15 (4,7 %) пацієнтам виконали аортокоронарне шунтування (АКШ) або стентування вінцевих артерій та 54 (17,08 %) хворих були повторно госпіталізовані з приводу серцевої недостатності або стабільної стенокардії.

За допомогою опитування щодо прихильності до прийому стандартної терапії з'ясовано, що виконували рекомендації лікаря та приймали препарати чотирьох груп лише 3,3 % пацієнтів, препарати трьох груп – 24,4 %. Слід зазначити, що майже у третини хворих, які отримували тільки три препарати, були обмеження щодо призначення четвертого, а саме розвиток

брадикардії на тлі прийому β-АБ або гіпотензії, що обмежувало можливість одночасного використання β-АБ та інгібіторів АПФ. Лікування препаратами двох груп відзначено у 41,7 % осіб, одним – 24,7 %, не приймали жодного з рекомендованих препаратів – 5,9 %.

Аналіз прихильності пацієнтів до препаратів базисної терапії встановив, що найчастіше приймали β-АБ та ацетилсаліцилову кислоту – відповідно 58,3 та 56,08 % осіб, інгібітори АПФ отримували 42,06 % хворих, статини – лише кожен четвертий (25,09 %). Прихильність до прийому β-АБ найбільш достовірно пов'язана з антиангінальною дією препарату та його антигіпертензивним ефектом. Відносно висока частота застосування ацетилсаліцилової кислоти, на наш погляд, пояснюється активним поширенням інформації щодо цієї групи препаратів і, внаслідок цього, усвідомленням пацієнтами доцільності їх прийому. Аналізуючи прийом статинів, можна сказати, що показник 25,09 % – це, з одного боку, значно більше, ніж у популяції хворих в Україні, які потребують призначення препаратів цієї групи (близько 1 %) [3], з другого – неприпустимо мало, бо їх вплив на жорсткі кінцеві точки є найбільш вираженим [1, 4]. У той же час, дія статинів суб'єктивно не так відчутна і не так усвідомлюється пацієнтами, як дія препаратів інших груп.

У цілому до виконання рекомендацій щодо прийому стандартної терапії чоловіки були більш прихильні, ніж жінки (табл. 1): ацетилсаліцилову кислоту приймали в 2,5 разу частіше ($P < 0,05$) та β-АБ – в 1,5 разу ($P < 0,05$).

Залежно від дотримання наданих під час виписки зі стаціонару рекомендацій пацієнти були розподілені на дві групи: перша – 75 (27,7 %) хворих, які протягом 3 років приймали препарати трьох або чотирьох рекомендованих груп; друга – 196 (72,3 %) осіб, які не засто-

Таблиця 3
Частота розвитку несприятливих подій залежно від статі пацієнтів та прихильності до лікування

Показник	Чоловіки (n=167)		Жінки (n=104)	
	Виконували рекомендації	Не виконували рекомендацій	Виконували рекомендації	Не виконували рекомендацій
Повторний ІМ	4 (2,3 %)	17 (10,1 %)*	4 (3,8 %)	12 (11,5 %)*
АКШ/стентування	0	9 (5,3 %)*	2 (2 %)	4 (3,8 %)
Інсульт	2 (1,1 %)	9 (5,3 %)	0	5 (4,8 %)*
Нестабільна стенокардія	6 (3,5 %)	8 (4,8 %)	2 (2 %)	6 (5,7 %)
Повторна госпіталізація	3 (1,7 %)	15 (9 %)*	2 (2 %)	12 (11,5 %)*

Примітка. * – різниця показників достовірна порівняно з такими у відповідній групі хворих, які виконували рекомендації ($P < 0,05$).

совували ніякого медикаментозного лікування або приймали не більш ніж два препарати. У другій групі повторний ІМ спостерігали вдвічі частіше, ніж у першій ($P < 0,05$; табл. 2). Кількість госпіталізацій з приводу серцевої недостатності або стабільної стенокардії була також достовірно більшою у групі хворих, які не дотримувалися рекомендацій ($P < 0,05$).

Проведений аналіз показав, що до розвитку повторного ІМ схильні як чоловіки, так і жінки, які не виконують рекомендацій щодо базисної медикаментозної терапії (табл. 3). Ішемічний інсульт достовірно частіше спостерігали у жінок, які нехтували рекомендаціями, ніж у прихильних до терапії ($P < 0,05$). В обох групах дотримання рекомендацій щодо лікування сприяло зниженню ризику повторних госпіталізацій ($P < 0,05$) та необхідності у ревазуляризації міокарда.

Результати дослідження свідчать про низьку прихильність хворих, які перенесли ІМ, до рекомендованої стандартної терапії через 3 роки. Невиконання рекомендацій асоціюється з більш високим ризиком розвитку ускладнень.

Висновки

1. Протягом 3 років менше ніж 30 % хворих, які перенесли інфаркт міокарда, дотримувалися рекомендацій щодо стандартної терапії (найчастіше (58,3 %) застосовували β -адреноблокатори, найнижчою (25,09 %) була прихильність до прийому статинів).

2. Виявлено гендерні відмінності щодо прийому базисної терапії, чоловіки більш прихильні

до прийому ацетилсаліцилової кислоти та β -адреноблокаторів.

3. Невиконання рекомендацій спричиняє більш частий розвиток повторного інфаркту міокарда, госпіталізацій та необхідності в ревазуляризації міокарда як у чоловіків, так і у жінок. У жінок відсутність прихильності до стандартної терапії пов'язана також зі зростанням розвитку інсульту.

Література

1. Амосова Е.Н. От лечения атеросклероза к модификации прогноза: фокус на липидоснижающую терапию // Серце і судини. – 2011. – № 1. – С. 6-19.
2. Несукай О.Г. Гиполипидемическая терапия в превентивной практике // Ліки України. – 2010. – № 10. – С. 105-108.
3. Сиренко Ю.Н. Как убедить украинских врачей назначать статины? // Здоров'я України. – 2009. – № 7. – С. 31.
4. Сусеков А.В. Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы при вторичной профилактике атеросклероза: 30 лет спустя // Consilium medicum. – 2005. – № 11. – С. 896-903.
5. Atlas of heart disease and stroke / Eds. J. Mackay, G. Mensah. – Geneva: World Health Organization, 2004.
6. Bramlage P., Messer C., Bitterlich N. et al. The effect of optimal medical therapy on 1-year mortality after acute myocardial infarction // Heart. – 2010. – Vol. 96. – P. 604-609.
7. Ford E., Ajani N., Croft J. et al. Explaining the decrease in U. S. death from coronary disease, 1980–2000 // NEJM. – 2007. – Vol. 356. – P. 2388-2398.
8. Fox K., Alonso Garcia M. A., Ardissino D. et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – № 11. – P. 1341-1381.
9. Setoguchi S., Glynn R. J., Avorn J. et al. Improvements in long-term mortality after myocardial infarction and increased use of cardiovascular drugs after discharge // J. Amer Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 51. – P. 1247-1254.
10. Thygesen K., Alpert J.S., White H.D. et al. Universal definition of myocardial infarction // Circulation. – 2007. – Vol. 116. – P. 2634-2653.

Надійшла 21.06.2011 р.

The impact of medication adherence upon long-term prognosis in patients that survived myocardial infarction

V.I. Tseluiko, L.M. Yakovleva, S.O. Strokova

The aim of the study was to investigate adherence of patients that survived myocardial infarction (MI) to standard medical therapy and the impact of adherence upon course of the disease. The study included 316 patients who were prescribed four groups of medications for long-term use at the time of discharge from hospital. After 3 years we have questioned patients about adherence to treatment. The end-points were: cardiovascular mortality, recurrent MI, unstable angina, myocardial revascularization and re-hospitalization. The rate of adherence to standard therapy among patients who survived MI was less than 30 %. In patients who did not adhere to the recommendations recurrent MI occurred 2 times more often than in patients who received standard therapy. Number of hospitalizations for heart failure or stable angina was also significantly higher in patients who did not comply with these recommendations. Gender differences regarding preference for certain groups of drugs were revealed, i.e. men were more committed to receive aspirin and beta-blockers. Non-adherence to medical treatments leads to more frequent development of recurrent MI in both men and women. In women, lack of adherence to standard therapy is also associated with increased development of stroke, in men – re-hospitalizations and the need for myocardial revascularization.