

М.В. ГРЕБЕНИК, О.І. ЛЕВЧИК

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ДОВГОТРИВАЛОЇ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Мета: оцінити прихильність до довготривалого лікування хворих після інфаркту міокарда (ІМ) залежно від реваскуляризації.

Матеріали і методи. Обстежено 152 хворих із інфарктом міокарда, яких поділено на групи: 1а – прихильні (за анкетуванням Morisky-Green), із перкутанним коронарним втручанням (ПКВ) (n=47), 1б – прихильні, без ПКВ (n=30); 2а – не прихильні, із ПКВ (n=25), 2б – не прихильні, без ПКВ (n=50). Оцінювали зміни клініко-лабораторних та ехокардіографічних значень.

Результати. У всіх хворих не зменшувався індекс маси тіла, а 2/3 курять і досі. Серед осіб 1а групи, на відміну від решти груп, знижувались частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний та діастолічний артеріальний тиск (САТ та ДАТ), глюкоза та холестерол, і через 24 місяці зміни утримувались. Також у них достовірно змінювалась геометрія серця.

Висновки. Після ІМ зберігається частковий комплаєнс. У цих пацієнтів встановлено дуже низьку прихильність до немедикаментозних методів вторинної профілактики та заходів із корекції факторів ризику і модифікації стилю життя, що зумовлює необхідність оптимізації організаційно-профілактичних заходів на амбулаторному етапі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інфаркт міокарда; вторинна профілактика; післяінфарктний період; прихильність; комплаєнс.

За даними Всесвітньої федерації серця (World Heart Federation, WHF, 2017), щорічно від серцево-судинних захворювань (ССЗ) помирає близько 17 млн людей і найбільша частка належить країнам із середнім та низьким рівнем доходів населення, до яких відноситься й Україна [1]. Рівень смертності від ССЗ у нашій країні становить 67 %, далеко не останнє місце посідає ішемічна хвороба серця (ІХС), зокрема інфаркт міокарда [2, 3]. Змінити ситуацію можуть заходи первинної та вторинної профілактики. Доведено, що саме належний контроль факторів ризику за ефективністю прирівнюється до впровадження дороговартісних сучасних технологій діагностики та лікування, нових лікарських засобів, малоінвазивних методик та складних схем реорганізації охорони здоров'я. Модифікація стилю життя, подвійна антитромбоцитарна, ліпідознижувальна терапія та підтримання оптимального рівня артеріального тиску дозволяє значно подовжити життя пацієнтів та уникнути повторних ішемічних епізодів, особливо це актуально для пацієнтів високого ризику, та тих, у кого в анамнезі уже були судинні катастрофи [4, 5]. Реалізацію вказаних заходів неможливо здійснити без належного рівня прихильності до призначеного лікування. Проблема комплаєнсу стоїть гостро при усіх захворюваннях. За даними

ВООЗ, лише 50 % пацієнтів, які страждають від хронічних захворювань, дотримуються рекомендованої терапії. В Україні теж прихильність до призначеної терапії при виписуванні зі стаціонару перебуває на низькому рівні – 33 % повністю виконують усі лікарські призначення, 56 % виконують вибірково, а 11 % не виконують жодного із призначень [4], а на амбулаторному етапі – понад 35 % хворих після ІМ не приймають медикаментозне лікування взагалі або приймають його лише частково. Перелічені факти визначають потребу в оптимізації заходів із вторинної профілактики у післяінфарктних хворих на амбулаторному етапі.

Мета дослідження: оцінити прихильність до довготривалого лікування пацієнтів у післяінфарктний період залежно від проведеної реваскуляризації в реальних клінічних умовах.

Матеріали і методи. Обстежено 152 хворих із ІМ, яких поділено на групи: 1а – прихильні (за анкетуванням Morisky-Green), із перкутанним коронарним втручанням (n=47), 1б – прихильні, без ПКВ (n=30); 2а – не прихильні, із ПКВ (n=25), 2б – не прихильні, без ПКВ (n=50), що перебували на стаціонарному лікуванні в міському кардіологічному центрі з інфарктом міокарда. Хворим проведено клініко-лабораторні, інструментальні обстеження та верифіковано діагноз гострий коронарний синдром (ГКС) з елевацією/без елевації

вації сегмента ST згідно з рекомендаціями ESC (2012/2016).

Повторні обстеження проводили через 3, 6, 12 місяців. Оцінювали зміни клінічних, лабораторних та ехокардіографічних показників залежно від прихильності до лікування. Прихильність до лікування оцінювали за анкету Morisky-Green). Прихильними вважали хворих, які набрали 3–4 бали, а неприхильними із кількістю балів 0–2. У цілому вдалось простежити в динаміці дані 152 пацієнтів.

Статистичну обробку проводили за допомогою пакета прикладних програм SPSS®v.21.0 та редактора електронних таблиць Excel. Дані представлені у формі середнього значення і стандартної похибки середнього ($M \pm m$) із медіаною між 25–75 перцентилів або як частота випадків у відсотках при нормальному поділі. Достовірність відмінностей між групами за кількісними ознаками оцінювали за допомогою t-критерію Стюдента (при нормальному поділі), або в інших випадках – використовували непараметричний ранговий критерій Манна-Уїтні. Відмінності вважалися достовірними при рівні значимості $>95\%$ ($p < 0,05$). У межах однієї групи динаміку оцінювали за допомогою парного t-критерію.

Результати дослідження та їх обговорення.

Усіх пацієнтів, які були обстежені повторно, поділено на дві групи відповідно до анкетування за Morisky-Green: 1 – прихильні до лікування ($n=77$), 2 – не прихильні до лікування ($n=75$). Хворі обох груп за віком, середньою масою тіла, розрахунковою масою некрозу міокарда, лабораторно-інструментальними показниками, ускладненнями в гострий період ІМ, медикаментозним супроводом достовірно не різнились. Лише за часом від появи симптомів до моменту госпіталізації виявлено різницю. Пацієнти із групи прихильних до лікування були госпіталізовані на 13 год раніше, ніж пацієнти 2 групи ($16,49 \pm 4,02$) проти ($29,30 \pm 7,21$) год, що мало вплив на проведення ПКВ. 61 % пацієнтів 1 групи було проведено перкутанне коронарне втручання, і лише в 25 %, пацієнтів 2 групи, що зумовлено великою тривалістю періоду від початку симптомів до госпіталізації. В цілому, середній час від симптомів до госпіталізації у 1 групі з проведенням ПКВ склав ($5,55 \pm 0,95$) год, без ПКВ – ($34,43 \pm 9,47$) год, у 2 групі, відповідно ($10,56 \pm 3,15$) год та ($37,67 \pm 10,23$) год. Тому для коректного наступного аналізу хворі 1 і 2 груп були поділені на підгрупи, залежно від тактики в гострий період, та яким проводили чи не проводили механічне відновлення кровотоку шляхом ПКВ: 1а група – пацієнти прихильні до лікування, яким проведено ПКВ ($n=47$), 1б – прихильні до лікування, без проведення ПКВ ($n=30$); 2а група – не прихильні до лікування, яким проведено ПКВ ($n=25$), 2б – пацієнти неприхильні до лікування, без проведення ПКВ ($n=50$).

При динамічному спостереженні маса тіла у обстежених як один із показників стилю життя та фактор ризику, що піддається корекції та контролю, не зазнав очікуваних змін. Серед пацієнтів усіх груп зберігалась тенденція до збільшення маси тіла та її індексу, це ж стосується і куріння – 2/3 хворих так і не змогли подолати цю шкідливу звичку. Виходячи із цього можна припустити, що прихильність до немедикаментозних заходів вторинної профілактики (зокрема модифікація стилю життя) є на дуже низькому рівні.

Закономірними виявились зміни показників клінічних та лабораторних даних при повторних візитах. У пацієнтів 1а групи рівні частоти серцевих скорочень та систолічного та діастолічного артеріального тиску достовірно знижувались із часом та через 24 місяці утримувались на оптимальних рівнях (табл. 1). Це ж стосується і показників глюкози та холестеролу.

У пацієнтів 1 групи без проведення ПКВ в динаміці достовірно знижувались лише показники артеріального тиску.

Зміни клінічних та лабораторних показників у динаміці, пацієнтів не прихильних до лікування наведено в таблиці 2.

Як видно із таблиці 2, у пацієнтів 2 групи на початку спостереження спостерігали зниження ЧСС, однак, через низький рівень комплаєнсу, у подальшому не вдалося втримати досягнутого рівня.

Вихідні морфофункціональні показники за даними ехокардіоскопічного дослідження у групах достовірно не різнились. У обстежених пацієнтів мала місце гіпертрофія лівого шлуночка та переважав концентричний тип ремоделювання міокарда (табл. 3, 4), однак при динамічному спостереженні лише у пацієнтів, прихильних до лікування та проведеною ревазуляризацією міокарда, спостерігали достовірне зменшення індексу маси міокарда та відносної товщини стінок.

Морфофункціональні дані ЕхоКС дослідження показали, що у пацієнтів із проведеним ПКВ у обох групах як прихильних, так і неприхильних до лікування, з часом геометрія серця змінювалась із концентричної на ексцентричну гіпертрофію, а в подальшому наближалась до нормальних значень (у групі прихильних достовірно). Іншими були зміни зазначених показників у хворих без ПКВ: у 1б підгрупі ознаки концентричної гіпертрофії зберігались і через 24 місяці, а у 2б – концентрична гіпертрофія з часом змінилась на концентричне ремоделювання.

Отже, проведене ПКВ, на фоні достатнього рівня комплаєнсу, приводить не тільки до покращення об'єктивного стану хворого, а й до нормалізації функціонування серця. Налаштованість пацієнта на дотримання призначеної довготривалої терапії є основним моментом у подальшому перебігу

Таблиця 1. Клінічні та лабораторні показники пацієнтів прихильних до лікування в динаміці залежно від проведення ПКВ ($M \pm m$)

Показник	Термін спостереження	Пацієнти прихильні до лікування, із ПКВ 1а гр. (n=47)	p (відносно вихідних даних)	Пацієнти прихильні до лікування, без ПКВ 1б гр. (n=30)	p (відносно вихідних даних)
Маса тіла, кг	ІМ	86,04±2,63		80,00±3,09	
	6 міс.	84,15±2,61	НД	78,20±3,08	НД
	12 міс.	85,35±2,61	НД	78,45±2,63	НД
	24 міс.	86,55±2,79	НД	79,78±3,01	НД
ІМТ, кг/м ²	ІМ	29,04±0,83		27,67±0,96	
	6 міс.	28,62±0,85	НД	27,09±0,99	НД
	12 міс.	28,40±1,06	НД	26,23±1,20	НД
	24 міс.	29,48±0,97	НД	27,22±0,90	НД
ЧСС, уд./хв	ІМ	77,91±2,20		80,47±3,84	
	6 міс.	74,45±1,86	0,012	74,73±2,80	НД
	12 міс.	70,74±1,47	0,005	70,34±1,55	0,024
	24 міс.	70,76±1,65	0,020	73,59±2,20	НД
САТ, мм рт. ст.	ІМ	149,78±4,22		148,33±3,38	
	6 міс.	143,19±2,96	0,017	137,83±4,68	0,002
	12 міс.	140,22±2,23	0,011	136,21±4,04	0,018
	24 міс.	141,07±2,65	0,013	133,70±3,39	0,014
ДАТ, мм рт. ст.	ІМ	92,23±1,94		90,50±2,26	
	6 міс.	89,15±1,46	0,05	83,17±2,05	<0,001
	12 міс.	85,65±1,03	0,001	86,03±1,60	НД
	24 міс.	86,79±1,30	0,012	82,96±1,67	0,014
Глюкоза, ммоль/л	ІМ	6,77±0,37		5,74±0,33	
	6 міс.	6,54±0,37	НД	5,49±0,27	НД
	12 міс.	6,20±0,24	0,047	5,65±0,31	НД
	24 міс.	5,81±0,22	0,025	6,23±0,40	НД
Холестерол, ммоль/л	ІМ	5,33±0,23		5,03±0,19	
	6 міс.	4,95±0,20	0,004	4,78±0,22	НД
	12 міс.	4,40±0,26	0,007	4,18±0,37	0,042
	24 міс.	4,60±0,19	0,015	4,66±0,25	НД

Примітка. НД – різниця показників не достовірна.

Таблиця 2. Динамічні показники пацієнтів неприхильних до лікування залежно від проведення ПКВ ($M \pm m$)

Показник	Термін спостереження	Пацієнти неприхильні до лікування, із ПКВ 2а гр. (n=25)	p (відносно вихідних даних)	Пацієнти неприхильні до лікування, без ПКВ 2б гр. (n=50)	p (відносно вихідних даних)
Маса тіла, кг	ІМ	91,00±3,53		81,66±1,73	
	6 міс.	89,76±3,53	НД	82,84±1,74	0,010
	12 міс.	91,22±3,73	НД	84,70±1,93	0,001
	24 міс.	93,76±3,91	НД	87,33±2,20	0,003
ІМТ, кг/м ²	ІМ	30,00±1,20		27,58±0,60	
	6 міс.	29,64±1,24	НД	27,96±0,59	0,018
	12 міс.	27,65±2,05	НД	26,72±1,13	НД
	24 міс.	30,31±1,28	НД	29,03±0,72	0,003
ЧСС, уд./хв	ІМ	89,68±3,18		82,04±2,40	
	6 міс.	81,96±3,00	<0,001	78,50±2,29	НД
	12 міс.	79,13±3,43	0,001	75,35±2,11	0,024
	24 міс.	81,71±4,09	0,008	77,51±2,86	НД

Показник	Термін спостереження	Пацієнти не прихильні до лікування, із ПКВ 2а гр. (n=25)	p (відносно вихідних даних)	Пацієнти не прихильні до лікування, без ПКВ 2б гр. (n=50)	p (відносно вихідних даних)
САТ, мм рт. ст.	ІМ	158,40±5,11		145,40±4,34	
	6 міс.	155,80±4,54	НД	148,20±3,30	НД
	12 міс.	155,00±4,75	НД	151,30±3,20	НД
	24 міс.	161,19±6,53	НД	158,33±3,69	0,010
ДАТ, мм рт. ст.	ІМ	94,20±2,08		87,90±1,95	
	6 міс.	90,60±1,48	НД	89,00±1,05	НД
	12 міс.	90,87±1,77	НД	87,83±1,16	НД
	24 міс.	94,52±2,82	НД	91,92±1,65	НД
Глюкоза, ммоль/л	ІМ	7,13±0,55		6,81±0,44	
	6 міс.	6,59±0,50	0,010	6,61±0,35	НД
	12 міс.	6,60±0,37	НД	6,41±0,35	НД
	24 міс.	7,10±0,51	НД	6,66±0,43	НД
Холестерол, ммоль/л	ІМ	4,90±0,27		5,69±0,26	
	6 міс.	4,58±0,20	НД	5,46±0,25	НД
	12 міс.	3,90±0,41	0,037	4,94±0,31	0,019
	24 міс.	4,64±0,31	НД	5,56±0,30	НД

Примітка. НД – різниця показників не достовірна.

Таблиця 3. Зміни показників геометрії серця в динаміці прихильних до лікування пацієнтів

Термін від ІМ	Прихильні до лікування, із ПКВ 1а гр. (n=47)	p (відносно вихідних даних)	Прихильні до лікування, без ПКВ 1б гр. (n=30)	p (відносно вихідних даних)
Індекс маси міокарда, г/м ²				
ІМ	144,42±5,32		128,97±5,76	
6 міс.	139,04±4,99	0,036	134,89±6,77	НД
12 міс.	134,91±5,50	0,041	129,32±7,14	НД
24 міс.	120,77±8,69	0,009	123,80±10,26	НД
Відносна товщина стінок, од.				
ІМ	0,47±0,01		0,46±0,02	
6 міс.	0,45±0,01	0,016	0,44±0,02	0,047
12 міс.	0,42±0,02	0,006	0,42±0,03	НД
24 міс.	0,43±0,01	0,017	0,45±0,02	НД

Примітка. НД – різниця показників не достовірна.

Таблиця 4. Зміни показників геометрії серця в динаміці не прихильних до лікування пацієнтів

Термін від ІМ	Не прихильні до лікування, із ПКВ 2а гр. (n=25)	p (відносно вихідних даних)	Не прихильні до лікування, без ПКВ 2б гр. (n=50)	p (відносно вихідних даних)
Індекс маси міокарда, г/м ²				
ІМ	145,44±9,52		140,50±4,57	
6 міс.	148,73±9,54	НД	138,88±4,37	НД
12 міс.	140,14±12,16	НД	126,14±7,70	0,24
24 міс.	126,00±13,75	НД	107,14±9,75	0,001
Відносна товщина стінок, од.				
ІМ	0,48±0,02		0,48±0,02	
6 міс.	0,48±0,02	НД	0,49±0,02	НД
12 міс.	0,40±0,03	0,007	0,42±0,03	0,025
24 міс.	0,44±0,02	0,010	0,48±0,02	НД

Примітка. НД – різниця показників не достовірна.

післяінфарктного періоду. Достатній рівень комплаєнсу також дає можливість застосувати сучасні методи лікування як на догоспітальному та госпітальному етапі (тромболізис, ревааскуляризація), так і на етапі реабілітації (модифікація стилю життя, комплексна терапія).

Під час дослідження ми не отримали очікуваної значної різниці між показниками пацієнтів прихильних та неприхильних до лікування, що швидше за все, пов'язано із загальним низьким рівнем комплаєнсу в умовах реальної клінічної практики. Отже, існує значна потреба в оптимізації ведення пацієнтів у післяінфарктний період.

Висновки

У хворих з інфарктом міокарда спостерігається недостатній рівень прихильності до наступної вторинної профілактики на амбулаторному етапі

лікування, а у більшості з них зберігається лише часткова прихильність. Встановлено дуже низьку прихильність до немедикаментозних методів вторинної профілактики та заходів із корекції факторів ризику і модифікації стилю життя. Отримані результати вказують на необхідність оптимізації організаційно-профілактичних заходів на амбулаторному етапі. Зміна стратегії роботи із пацієнтами, а саме трансформація «комплаєнсу» в «конкорданс», партнерські стосунки та активна участь хворого, дозволять покращити вторинну профілактику інфаркту міокарда.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшій розробці методів оптимізації організаційно-профілактичних заходів на амбулаторному етапі у пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда.

Список літератури

1. Всесвітня федерація серця [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.worldheartday.org/resources/>
2. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах : посіб. / ред. А. П. Дорогой, Т. С. Манойленко, І. Л. Ревенько, Г. М. Дорохіна. – К., 2017. – 190 с.
4. Коваль Е. А. Инновации во вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: полипил Триномия / Е. А. Коваль, А. Н. Пархоменко // Здоров'я України. – 2017. – № 20. – С. 14–15.
5. Шумаков В. А. Лечение острого коронарного синдрома в реальной практике: наращивая обороты, будьте осторожны на виражах / В. А. Шумаков // Здоров'я України. – 2017. – № 1. – С. 10–11.

Referens

1. Vsesvitnia federatsiia sertsia [World Federation of Heart]. – Retrieved from: <https://www.worldheartday.org/resources/>
2. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [State Statistics Service of Ukraine]. – Retrieved from: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Dorohoi, A.P., Manoilenko, T.S., Revenko, I.L., & Dorokhina, H.M. (Eds.). (2017). *Problemy zdorovia i tryvalosti zhyttia v suchasnykh umovakh [Problems of health and life expectancy in modern conditions]*. Kyiv [in Ukrainian].
4. Koval, E.A. & Parkhomenko, A.N. (2017). *Inovatsii vo vtorichnoy profilaktike serdechno-sosudistykh zabolevaniy: polipil Trinomiya [Innovations in secondary prevention of cardiovascular diseases: polypin Trinomy]*. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 20, 14-15 [in Russian].
5. Shumakov, V.A. (2017). *Lecheniye ostrogo koronarnogo sindroma v realnoy praktike: narashchivaya oboroty, budte ostorozhny na virazhakh [Treatment of acute coronary syndrome in real practice: increasing the speed, be careful on the turns]*. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 1, 10-11 [in Russian].

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

М.В. Гребеник, Е.И. Левчик

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: оценить приверженность к длительному лечению больных после инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от ревааскуляризации.

Материалы и методы. Обследовано 152 больных с инфарктом миокарда, которых разделено на группы: 1а – привержены (по анкетированию Morisky-Green), с перкутаным коронарным вмешательством (ПКВ) (n=47), 1б – привержены, без ПКВ (n=30); 2а – не привержены, с ПКВ (n=25), 2б – не привержены, без ПКВ (n=50). Оценивали изменения клинико-лабораторных и эхокардиографических показателей.

Результаты. У всех больных не уменьшился индекс массы тела, а 2/3 курят до сих пор. Среди лиц 1а группы, в отличие от остальных групп, снижались частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД), глюкоза и холестерол, и через 24 месяца изменения сохранялись. Также у них достоверно изменялась геометрия сердца.

Выводы. После ИМ сохраняется частичный комплаєнс. У этих пациентов установлено очень низкую приверженность немедикаментозным методам вторичной профилактики и мерам по коррекции факторов риска и модификации образа жизни, что вызывает необходимость оптимизации организационно-профилактических мероприятий на амбулаторном этапе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфаркт миокарда; вторичная профилактика; постинфарктный период; приверженность к лечению; комплаенс.

ADHERENCE TO LONG-TERM SECONDARY PREVENTION AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

M.V. Hrebenyk, I.V. Levchyk

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Purpose: to evaluate the commitment to long-term treatment of patients after myocardial infarction (MI), depending on revascularization.

Materials and Methods. There were examined 152 patients with MI, who are divided into groups: group 1a – 47 persons were adhered (by Moriskii-Green), with percutaneous coronary intervention (PCI), group 1b – unadhered (n=30), without PCI, group 2a – adhered (n=25), with PCI, group 2b – unadhered (n=50), without PCI. We evaluated changes in clinical and laboratory and echocardiographic values.

Results. In all patients the body mass index did not decrease, and 2/3 still smoked. In the group 1a, unlike the rest of the population, the heart rate (HR), systolic and diastolic blood pressure (SAT and DAT), glucose and cholesterol decreased, and after 24 months the changes were kept. Also, they have significantly changed the geometry of the heart.

Conclusions. After MI saved partial compliance these patients have a very low adherence to non-pharmacological methods of secondary prevention and measures to correct risk factors and lifestyle modifications, which necessitates the optimization of organizational and preventive measures at the outpatient stage.

KEY WORDS: myocardial infarction; secondary prevention; post-infarction period; adherence; compliance.

Рукопис надійшов до редакції 30.05.2018

Відомості про авторів:

Гребеник Мар'ян Васильович – доктор медичних наук, завідувач кафедри терапії і сімейної медицини ННІ ПО ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Левчик Олена Іванівна – аспірант кафедри терапії і сімейної медицини ННІ ПО ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».