

# Вплив стентування коронарних артерій на вибір та прихильність до подальшого лікування пацієнтів з ішемічною хворобою серця

Д.І. Беш

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Резюме.** Мета дослідження — вивчити вплив стентування коронарних артерій на прихильність до лікування пацієнтів з ішемічною хворобою серця та порівняти її з прихильністю аналогічних пацієнтів, які перебувають на медикаментозному лікуванні. У дослідження увійшли 78 пацієнтів, яким провели стентування коронарних артерій, та 74 аналогічних пацієнти, які після коронарографії відмовилися від реваскуляризації. Для оцінки впливу досліджуваного втручання на прихильність пацієнтів до лікування вивчали: прихильність за даними опитувальника 8-item Morisky Medication Adherence Scale, якість контролю артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, окружності талії, рівня ліпідів у крові. Результати дослідження показали, що протягом перших 6 міс прихильність до лікування суттєво зросла в обох групах. Але через наступні 6 міс прихильність до лікування залишилася стабільно високою в пацієнтів після стентування і суттєво знизилася в тих, які відмовилися від реваскуляризації.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, прихильність до лікування, стентування коронарних артерій.

## Вступ

Захворювання серцево-судинної системи сьогодні є основною причиною смертності населення у більшості країн світу, зокрема в Україні. Щорічно вони зумовлюють 4,3 млн смертей в Європі, зокрема понад 2 млн — у країнах Європейського Союзу, що становить відповідно 48 і 42% загального числа всіх випадків смерті. Близько половини випадків смерті від захворювань серцево-судинної системи припадає на ішемічну хворобу серця (ІХС). Протягом останніх років з'явилися статистичні дані, які свідчать про існування стійкої тенденції до зниження смертності від цієї патології в Західній, Північній та Південній частині Європейського континенту. Водночас у країнах Центральної та Східної Європи смертність від ІХС продовжує зростати. Зокрема, у Великобританії смертність від ІХС з 1994 по 2004 р. знизилася на 42% серед чоловіків віком молодше 65 років і на 49% — серед жінок того ж віку, а в Україні протягом аналогічного періоду зросла на 19% в обох популяціях і становила у 2005 р. 234 на 100 тис. чоловічого і 74 на 100 тис. жіночого населення (Ратманова А., 2009).

Така складна ситуація зумовлює потребу пошуку нових і вдосконалення існуючих способів лікування ІХС. Протягом останніх десятиліть в економічно розвинутих країнах світу відбувся значний прогрес у терапії цього захворювання, що, в свою чергу, призвело до суттєвого покращання прогнозу та підвищення тривалості життя пацієнтів. Одним із чинників, з яким пов'язані такі позитивні зрушення, є впровадження та вдосконалення нових методик лікування, зокрема черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ) (Соколов Ю.Н. и соавт., 2005). З 1977 р., коли вперше була проведена ця процедура, і по сьогодні

пройшло значне вдосконалення технології ЧКВ та розширення показань до нього. Це, в свою чергу, привело до стрімкого зростання частоти застосування інтервенційних процедур у повсякденній кардіологічній практиці всіх розвинутих європейських країн. Зокрема, починаючи з 1990-х рр. їх кількість в Угорщині збільшилася в 20 разів, в Італії — у 15, в Фінляндії — у 12 (Паничкін Ю.В., Кузьменко Д.А., 2006). Удосконалення методики та обладнання для ЧКВ зумовило розширення показань щодо його застосування. Згідно з останнім дослідженням Euro Heart Survey on Percutaneous Coronary Interventions причиною проведення ЧКВ у 43% випадків була стабільна стенокардія, у 25% — інфаркт міокарда з підвищенням сегмента ST, в 16% — нестабільна стенокардія, і в 14% — інфаркт міокарда без підвищення сегмента ST (Шумаков В.А., 2007а; б).

Але незважаючи на такий суттєвий прогрес в лікуванні ІХС, базовими і надалі залишаються модифікація способу життя та медикаментозна терапія. Саме вони мають найбільший вплив на прогноз пацієнтів. Проте, які б ефективні ліки не пропонувала фармацевтична промисловість, вони не будуть діяти, якщо пацієнт не буде їх приймати. Згідно з даними дослідження CRUSADE, лише 46% пацієнтів з ІХС приймають блокатори β-адренорецепторів, 36% — блокатори β-адренорецепторів + ацетилсаліцилову кислоту і 21% — блокатори β-адренорецепторів + ацетилсаліцилову кислоту + статини. Саме тому сьогодні велику увагу приділяють пошуку шляхів поліпшення співпраці з пацієнтами, що дозволяє підвищити їх прихильність до лікування (Моцько К., Niespodziewany L., 2008). У сучасній англійській медичній літературі все частіше наявні такі терміни,

як «adherence», «compliance» та дещо рідше «concordance». Всі вони мають практично однакове трактування і означають «прихильність», однак нерідко застосовуються в різних ситуаціях. Зокрема, термін «adherence» частіше використовують для оцінки дотримання пацієнтом лікарських рекомендацій. Тоді як термін «compliance» застосовують, оцінюючи дотримання лікарем діючих рекомендацій медичних товариств. Водночас більшість джерел літератури трактують ці терміни як синоніми (Eckman I. et al., 2006). Існують окремі дослідження, які продемонстрували зростання прихильності пацієнтів до лікування, навіть у разі застосування плацебо, що в кінцевому результаті при тривалому спостереженні сприяло зниженню смертності. Така ситуація пояснюється вірою пацієнта в користь отриманого медикаменту. Більше того, застосовуючи нові ефективні способи терапії і пояснюючи їх переваги, можна сподіватися на покращання співпраці між лікарем та пацієнтом, що проявлятиметься зростанням прихильності останніх до лікування (Granger B.B. et al., 2005).

Протягом останніх років активно обговорюється існування позитивного впливу ЧКВ на прихильність пацієнтів з ІХС до медикаментозного чи немедикаментозного лікування. Проте досліджень, які б підтверджували або спростовували таку гіпотезу, бракує.

Мета роботи — дослідити вплив стентування коронарних артерій на прихильність до лікування пацієнтів з ІХС за допомогою соціологічних методів (опитувальник) і клінічних даних контролю захворювання, та провести їх порівняння з показниками аналогічних пацієнтів, які відмовилися від втручання і приймали виключно медикаментозну терапію.

## Об'єкт і методи дослідження

Критеріями включення в дослідження були наявність ангінозного болю у спокої чи при фізичному навантаженні, наявність даних коронарографії і технічна можливість проведення стентування коронарних артерій. Критеріями виключення були відсутність гемодинамічно значимих звужень (>75% просвіту) щонайменше однієї коронарної артерії, гострий інфаркт міокарда протягом останніх 28 днів, протипоказання до проведення проб із фізичним навантаженням, психічні розлади та відмова від участі в дослідженні. В основну групу увійшли 90 пацієнтів, яким провели стентування коронарних артерій. Групу порівняння становили 90 подібних пацієнтів, які після коронарографії відмовилися від реваскуляризації. Пацієнти були ідентичними за віком, статтю, фракцією викиду лівого шлуночка, толерантністю до фізичного навантаження та частотою ураження передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії. Усім пацієнтам було призначено оптимальне медикаментозне лікування, яке відповідало діючим рекомендаціям Української асоціації кардіологів та Європейського кардіологічного товариства і включало антитромбоцитарні препарати, статини, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, блокатори  $\beta$ -адренорецепторів.

Для визначення прихильності пацієнтів до лікування застосовували удосконалену шкалу, запропоновану в 2008 р. D.E. Morisky (8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) — 8-пунктова шкала прихильності до лікування за Morisky) (отримана згода автора на використання) (Morisky D.E. et al., 2008). Вона включає 8 запитань, які стосуються ставлення хворого до прийому медикаментів. Пацієнт має відповісти на них самостійно (табл. 1).

Відповіді на запитання 1–7 даються у форматі «так/ні». На 8-ме запитання є 5 варіантів відповіді: ніколи/дуже рідко; час від часу; деколи; переважно; завжди.

За кожне «ні» (або «ніколи») пацієнт отримує 1 бал. Висока прихильність до лікування вважається у пацієнтів, які отримали 8 балів, середня — 7–6 балів, низька — <6 балів.

Окрім опитувальника, згідно з рекомендаціями D.E. Morisky, для вивчення прихильності до лікування визначали якість контролю артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), окружності талії та рівня ліпідів крові. Нормальними вважали АТ  $\leq 140/90$  мм. рт. ст.; ЧСС  $\leq 75$  уд./хв; окружність талії в чоловіків  $\leq 102$  см, у жінок  $\leq 88$  см; рівень загального холестерину  $\leq 5,2$  ммоль/л; ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ)  $\leq 2,6$  ммоль/л, ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ)  $\geq 1$  ммоль/л і тригліцеридів  $\leq 1,7$  ммоль/л.

З метою підвищення прихильності хворого до лікування індивідуально проводили навчання пацієнта та його родичів під час кожного візиту у клініку, яке передбачало формування певного рівня знань і навичок, необхідних для розуміння суті захворювання і потреби тривалого лікування. Кожному учаснику дослідження видавали спеціально розроблений нами посібник для пацієнтів з ІХС, в якому в доступній формі описано суть захворювання, особливості його перебігу, тривожні симптоми загострення, принципи медикаментозного і немедикаментозного лікування. Окрім цього, кожному пацієнту був відомий номер контактної телефонії, за яким він міг отримати консультації у разі виникнення додаткових запитань.

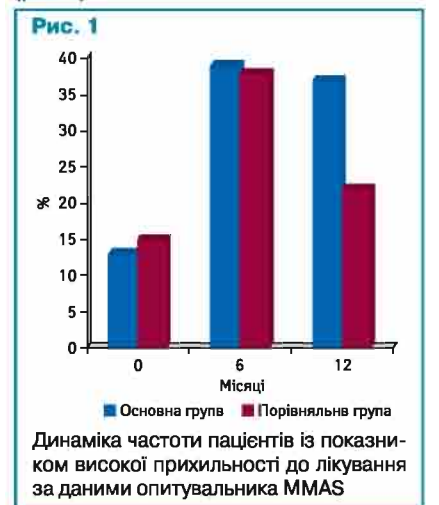
Усі показники оцінювали на початку дослідження та через 6 та 12 міс.

## Результати та їх обговорення

Протягом дослідження було втрачено зв'язок із 12 пацієнтами з основної та 16 — з порівняльної групи. Таким чином, у представлений аналіз увійшли дані 78 пацієнтів основної та 74 — порівняльної груп. Середній вік пацієнтів у основній групі становив  $59,3 \pm 8,3$  року, а в групі порівняння —  $60,1 \pm 7,9$  року.

При аналізі супутньої патології не виявлено достовірних відмінностей між групами щодо віку, статі, частоти інфаркту міокарда в анамнезі, поширеності куріння, цукрового діабету, ожиріння, артеріальної гіпертензії, мікроальбумінурії, дисліпидемії, підвищеного С-реактивного протеїну, багатосудинного ураження коронарних артерій, ураження передньої міжшлуночкової артерії та контакту із ксенобіотиками (табл. 2).

При проведенні аналізу результатів, отриманих за допомогою опитувальника, на початку дослідження високу прихильність до лікування реєстрували у 10 (12,8%) пацієнтів основної групи, та 11 (14,9%) порівняльної ( $p=0,72$ ). Через 6 міс цей показник суттєво підвищився у всіх обстежених і також достовірно не відрізнявся між групами (38,5% проти 37,8%;  $p=0,9$ ). Якщо ж проаналізувати його динаміку в кожній групі окремо, то можна виявити достовірне зростання кількості пацієнтів із високою прихильністю до лікування в обох групах ( $p<0,001$ ). Однак вже в кінці 12 міс спостерігалася суттєва відмінність між групами: висока прихильність до лікування відмічалася у 29 (37,2%) пацієнтів після стентування коронарних артерій і лише у 16 (21,6%) — з групи порівняння ( $p=0,036$ ). У результаті аналізу цього показника протягом усього спостереження встановлено, що після стентування він практично не змінюється з 6-го по 12-й місяць ( $p=0,87$ ). Водночас у групі порівняння за цей період він достовірно знизився ( $p=0,031$ ), хоча залишився недостовірно вищим за вихідний ( $p=0,29$ ) (рис. 1).



Схожа динаміка відмічалася і при порівнянні частоти низької прихильності до лікування. На початку дослідження їх частка була практично однаковою в основній та порівняльній групах

Таблиця 1

Прихильність пацієнтів до медикаментозного лікування за даними опитувальника MMAS

| № з/п | Запитання  |
|-------|--|
| 1     | Чи забуваєте Ви інколи прийняти Ваші ліки?   |
| 2     | Люди деколи пропускають прийом ліків з іншої причини, ніж забудьга. Пригадайте, чи протягом останніх 2 тиж був хоча б один день, коли Ви не застосовували ліків? |
| 3     | Чи Ви будь-коли відміняли або призупиняли прийом ліків у зв'язку з їх побічними діями без попередньої консультації з лікарем?                                    |
| 4     | Чи бували такі ситуації, коли Ви виходили з дому або подорожували і забули взяти ліки з собою?   |
| 5     | Чи Ви приймали ліки вчора?   |
| 6     | Коли Ви себе добре почуваете, чи буває таке, що Ви призупиняєте прийом ліків?  |
| 7     | Для деяких людей дуже незручно приймати ліки щоденно. Чи Вам надокучає щоденний прийом Ваших ліків?  |
| 8     | Як часто Вам складно згадати про прийом усіх Ваших ліків?  |

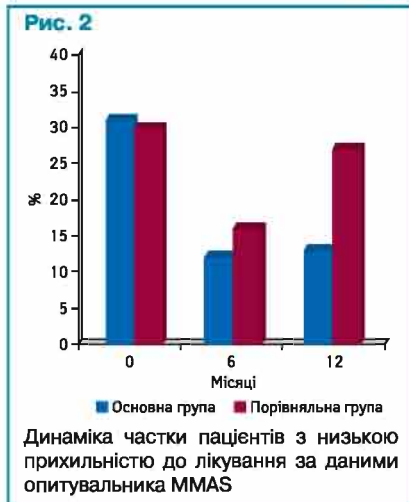
Таблиця 2

Розподіл пацієнтів за віком, статтю, факторами ризику і топією ураження коронарних артерій в основній та порівняльній групах

| Ознаки                                    | Основна група (n=78), % | Порівняльна група (n=74), % | p    |
|---|-------------------------|-----------------------------|------|
| Вік                                       | 59,3±8,3                | 60,1±7,9                    | 0,89 |
| Жіноча стать                              | 23 (29,5)               | 22 (29,7)                   | 0,97 |
| Інфаркт міокарда в анамнезі               | 35 (44,9)               | 30 (40,5)                   | 0,59 |
| Ксенобіотики                              | 45 (57,7)               | 39 (52,7)                   | 0,54 |
| Тютюнопаління                             | 39 (50)                 | 33 (44,6)                   | 0,51 |
| Цукровий діабет                           | 5 (6,4)                 | 5 (6,8)                     | 0,93 |
| Артеріальна гіпертензія                   | 61 (78,2)               | 61 (86,5)                   | 0,51 |
| Мікроальбумінурія                         | 28 (35,9)               | 25 (33,8)                   | 0,79 |
| Дисліпідемія                              | 34 (43,6)               | 30 (40,5)                   | 0,59 |
| С-реактивний протеїн                      | 25 (32,1)               | 22 (29,7)                   | 0,76 |
| Багатосудинне ураження                    | 40 (51,3)               | 44 (59,5)                   | 0,31 |
| Ураження передньої міжшлуночкової артерії | 54 (69,2)               | 53 (71,6)                   | 0,89 |



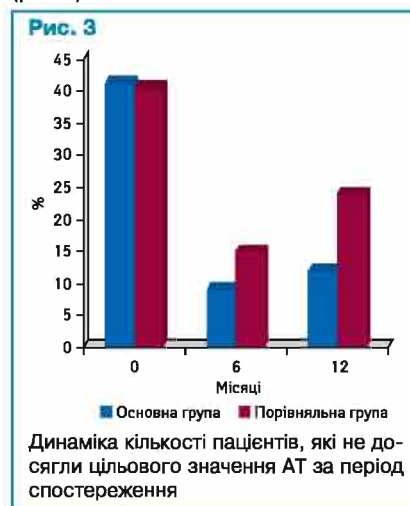
(24 (30,8%) проти 22 (29,7%) відповідно;  $p=0,89$ ). Через 6 міс кількість осіб з низькою прихильністю до лікування достовірно зменшилась як серед пацієнтів після стентування ( $p=0,0033$ ), так і серед тих, які відмовилися від втручання ( $p=0,05$ ). Незважаючи на це, відмінність між групами залишилася недостовірною (9 (11,5%) проти 12 (16,2%);  $p=0,40$ ). Суттєво змінилася ситуація на 12-й місяць спостереження. Саме в цей період різниця поміж основною та порівняльною групами щодо цього показника набула статистичної достовірності (10 (12,8%) проти 20 (27,0%);  $p=0,028$ ). При дослідженні динаміки кількості пацієнтів з низькою прихильністю до лікування виявили, що через 2 міс серед пацієнтів, яким провели стентування коронарних артерій, їх відсоток залишався достовірно нижчим ( $p=0,007$ ), порівняно з початком дослідження, а в групі порівняння достовірна різниця, яку виявили через 6 міс, була втрачена ( $p=0,72$ ). Вивчення динаміки цього показника за період з 6-го по 12-й місяць спостереження продемонструвало відсутність достовірної динаміки серед пацієнтів після стентування ( $p=0,81$ ), а серед тих, які відмовилися від втручання, намітилася недостовірна тенденція до зростання кількості пацієнтів із низькою прихильністю до лікування ( $p=0,11$ ) (рис. 2).



Аналіз прихильності пацієнтів до лікування за даними опитувальника MMAS продемонстрував, що проведення коронарографії та виявлення гемодинамічно значимих змін у коронарних артеріях, незалежно від подальшого лікувального підходу, підвищує прихильність до лікування протягом наступних 6 міс. Серед пацієнтів, які відмовилися від проведення ревазуляризації вінцевих артерій, на 12-й місяць прихильність до лікування повернулася майже до показників, які були до коронарографії. Водночас хворі після стентування коронарних артерій мають стабільно високу прихильність до лікування протягом 1 року після втручання. Згідно з існуючими даними літератури у пацієнтів із тяжким станом та гіршим перебігом захворювання зазвичай прихильність до лікування вища (Ekmam I. et al., 2006). Однак наші результати дозволяють стверджувати, що пацієнти основної групи, маючи суттєво кращий

перебіг захворювання протягом спостереження, показали вищі показники прихильності до лікування. Таку ситуацію можна пояснити психологічними особливостями пацієнтів після стентування коронарних артерій. Вони серйозніше ставляться з часом зникають з думкою про серйозність стану свого здоров'я і починають менш уважно ставитися до нього.

Аналізуючи якість контролю ряду модифікованих факторів ризику ІХС, ми перш за все порівнювали кількість осіб, які досягли цільового значення АТ за період спостереження. На момент включення в дослідження підвищений АТ відмічався у 32 (41,0%) пацієнтів основної групи та у 30 (40,5%) — порівняльної ( $p=0,95$ ). Через 6 міс відбулося достовірне покращення цього показника як у пацієнтів після стентування коронарних артерій (7 (9,0%);  $p<0,001$ ), так і в тих, які відмовилися від інтервенції (11 (14,9%);  $p<0,001$ ). Порівняння відсотку хворих із вищими від нормального значеннями АТ між групами за цей період не показало достовірної різниці ( $p=0,26$ ). Проте вже на 12-му місяці спостереження було досягнуто достовірної різниці поміж групами (9 (11,5%) проти 18 (24,3%),  $p=0,040$ ). Вивчення динаміки контролю АТ в середині кожної з груп дозволило встановити, що як в основній ( $p<0,001$ ), так і в порівняльній ( $p=0,035$ ) групах на момент закінчення дослідження його цільові значення досягалися частіше, ніж на початку спостереження. Аналіз змін цього показника за період між 2-м та 3-м візитом показав, що в пацієнтів після стентування контроль АТ залишився на стабільно високому рівні ( $p=0,85$ ), водночас серед осіб порівняльної групи відмічалася незначна тенденція до його погіршення ( $p=0,14$ ) (рис. 3).

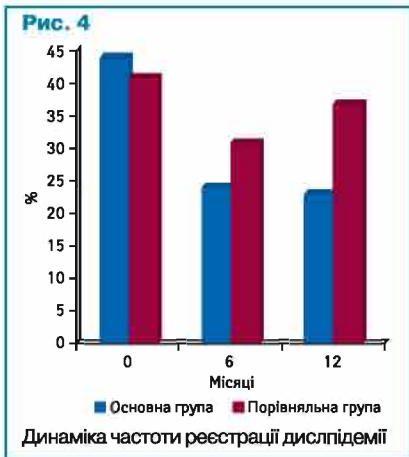


На сьогодні багато уваги приділяється визначенню ЧСС у спокої, оскільки величина цього показника вважається предиктором негативного прогнозу в пацієнтів з ІХС. Оскільки ЧСС піддається медикаментозній та немедикаментозній корекції, її визначення також було включено до аналізу

При вивченні частки пацієнтів із підвищеними показниками ЧСС нами отримано практично аналогічні результати, як і при аналізі цільового значення АТ. На початку дослідження вони достовірно не відрізнялися між групами ( $p=0,86$ ), через 6 міс ЧСС достовірно знизилася в обох ( $p<0,001$ ), проте достовірних відмінностей поміж групами не виявлено. А на 12-му місяці спостереження осіб з тахікардією було достовірно менше серед пацієнтів після стентування коронарних артерій ( $p=0,004$ ).

Згідно з результатами досліджень, які вивчали проблеми корекції прихильності пацієнтів до лікування, найважче досягти відповідної модифікації способу життя. Один із показників, який характеризує адекватний спосіб життя, є окружність талії. На початку дослідження абдомінальне ожиріння відзначалося з однаковою частотою в обох групах: у 20 (25,6%) пацієнтів основної і в 22 (29,7%) — порівняльної груп ( $p=0,57$ ). Також не встановлено достовірних відмінностей в його частоті через 6 та 12 міс спостереження ( $p=0,87$  та  $p=0,98$  відповідно). При проведенні порівняння в кожній із груп встановлено, що через 6 міс в основній (16 (20,5%);  $p=0,45$ ) та порівняльній групах (16 (21,6%);  $p=0,26$ ) відбулося достовірне зниження частоти ожиріння. Проте вже на 12-й місяць як у пацієнтів після стентування (21 (26,9%);  $p=0,86$ ), так і серед тих, які відмовилися від втручання (20 (27,0%);  $p=0,72$ ), частота реєстрації цього предиктора прогнозу ІХС практично повернулася до вихідного значення. Такі результати можна пояснити тим, що позитивна тенденція, яка відзначалася в обох групах через 6 міс, змінилася у порівняльній групі на негативну в другій частині спостереження.

Ефективність і прихильність до лікування у пацієнтів з ІХС можна також оцінити за динамікою показників ліпідограми. На них впливають як модифікація способу життя (особливо середземноморська дієта та підвищена фізична активність), так і медикаменти (в першу чергу статини). На момент включення у дослідження в основній групі було достовірно більше пацієнтів з дисліпідемією (34 (43,6%) проти 30 (40,5%);  $p=0,70$ ). Через 6 міс ситуація дещо змінилася, і вже у групі порівняння було дещо більше хворих з цією патологією (19 (24,4%) проти 23 (31,1%);  $p=0,35$ ). Така тенденція збереглася і через 12 міс, проте і в цей час достовірних відмінностей між пацієнтами не було (18 (23,1%) проти 27 (36,5%);  $p=0,07$ ). При аналізі динаміки поширеності дисліпідемії в пацієнтів основної групи виявлено достовірне покращення цього показника як на 6-му, так і на 12-му місяці спостереження ( $p=0,02$  та  $p=0,012$  відповідно), порівняно з вихідним. За період між 2-м та 3-м візитом суттєвих змін не відбулося ( $p=0,85$ ). Аналіз динаміки поширеності дисліпідемії в пацієнтів групи порівняння свідчить, що на 6-му та 12-му місяці спостереження показник був достовірно кращим від початкового ( $p=0,23$  та  $p=0,61$  відповідно), проте між 2-м та 3-м візитом намітилася недостовірна тенденція до збільшення кількості пацієнтів із дисліпідемією ( $p=0,49$ ) (рис. 4).



Підвищення рівня загального холестерину на початку дослідження реєструвалося з подібною частотою серед пацієнтів основної та порівняльної груп (відповідно 28 (35,9%) проти 25 (33,8%);  $p=0,79$ ). Через 6 міс відбулося достовірне покращання цього показника в пацієнтів основної (12 (15,4%);  $p=0,003$ ) та порівняльної груп (14 (18,9%);  $p=0,04$ ). Порівняння частки пацієнтів із відмінними від норми значеннями загального холестерину між групами за цей період не продемонструвало достовірної різниці ( $p=0,56$ ). Також на 12-му місяці спостереження не досягнуто достовірних відмінностей між групами (12 (15,4%) проти 20 (27,0%);  $p=0,08$ ). При порівнянні частки пацієнтів основної групи з підвищеним рівнем загального холестерину на початку і в кінці дослідження встановлено суттєве покращання контролю цього показника ( $p=0,003$ ). Дещо іншою була ситуація у групі порівняння. На 12-й місяць спостереження частка пацієнтів із підвищеним рівнем загального холестерину достовірно не відрізнялася від вихідної ( $p=0,37$ ). Це було зумовлено недостовірним зростанням частоти цієї патології ліпідного спектра крові в другій половині спостереження ( $p=0,24$ ).

На початку дослідження у 27 (34,6%) пацієнтів основної групи та у 25 (33,8%) порівняльної виявлено підвищений рівень ЛПНЩ ( $p=0,91$ ). Через 6 міс частота виявлення цього показника також достовірно не відрізнялася між групами (14 (17,9%) проти 12 (16,2%);  $p=0,78$ ). Аналіз його динаміки в кожній групі окремо виявив достовірне зменшення частки пацієнтів із підвищеним рівнем ЛПНЩ як в основній ( $p=0,018$ ), так і в порівняльній групі ( $p=0,014$ ). Через 12 міс частота реєстрації даних змін у ліпідограмі відзначена у 11 (14,1%) пацієнтів після стентування коронарних артерій і у 22 (29,7%) — групи порівняння ( $p=0,034$ ). Аналіз цього показника протягом усього періоду спостереження в кожній з груп дозволив встановити, що серед пацієнтів основної групи він практично не змінився з 6-го по 12-й місяць ( $p=0,51$ ). Водночас у групі порівняння протягом аналогічного періоду він знизився з пограничною достовірністю ( $p=0,05$ ), хоча залишався недостовірно нижчим відносно вихідного рівня ( $p=0,60$ ).

Практично аналогічна ситуація реєструвалася і в динаміці поширеності підвищеного рівня ЛПВЩ.

Останнім показником, який піддавався аналізу, був підвищений рівень тригліцеридів. При вивченні динаміки поширеності цього показника не встановлено достовірної різниці як на початку дослідження, так і через 6 та 12 міс спостереження. Також цей показник не зазнав достовірних змін в кожній з груп протягом усього терміну спостереження.

## Висновки

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що навіть після виконання коронарографії з виявленням гемодинамічно значимих звужень коронарних артерій достовірно покращується прихильність пацієнта до лікування, яка утримується протягом першого півріччя після процедури. Проте в подальшому серед групи хворих, яким не провели ревазуляризацію, цей показник прогресивно знижується. Водночас серед пацієнтів, яким проведено стентування коронарних артерій, прихильність до лікування залишається на стабільно високому рівні. Отримані результати підтверджуються не лише показниками аналізу опитувальника, але й об'єктивними критеріями (досягнення цільових рівнів АТ, ЧСС і показників ліпідограми).

## Література

- Паничкин Ю.В., Кузьменко Д.А. (2006) Ошибки и осложнения при проведении чрезкожных коронарных вмешательств. Сердце и сосуды, 3: 18–22.
- Ратманова А. (2009) Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность — статистика по европейским странам. Med. Rev., 1(6): 6–12.
- Соколов Ю.Н., Соколов М.Ю., Цыж А.В. и др. (2005) Отдаленные результаты перкутанного коронарного вмешательства у больных с хронической ишемической болезнью сердца. Укр. кардіол. журн., 3: 23–35.
- Шумаков В.А. (2007а) Стентирование венозных сосудов: ожидаемые неожиданности. Укр. кардіол. журн., 4: 71–76.
- Шумаков В.А. (2007б) Стентирование: на перекрестке? Therapia (Український медичний вісник), 5(15): 56–59.
- Ekman I., Andersson G., Boman K. et al. (2006) Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-year randomised trial. Patient Educ. Couns., 61(3): 348–353.
- Granger B.B., Swedberg K., Ekman I. et al. (2005) Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. Lancet, 366(9502): 2005–2011.
- Moćko K., Niespodziewany L. (red.) (2008) Postępy w kardiologii 2007/2008. Krakow (Poland): Medycyna Praktyczna, 196 s.
- Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. (2008) Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J. Clin. Hypertens. (Greenwich), 10(5): 348–354.

## Влияние стентирования коронарных артерий на выбор и приверженность к дальнейшему лечению пациентов с ишемической болезнью сердца

Д.И. Беш

Резюме. Цель исследования — изучить влияние стентирования коронарных со-

судов на приверженность к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца и сравнить ее с приверженностью аналогичных пациентов, находящихся на медикаментозном лечении. В исследование вошли 78 пациентов, которым проведено стентирование коронарных артерий, и 74 аналогичных пациента, после коронарографии отказавшиеся от ревазуляризации. Для оценки влияния исследуемого вмешательства на приверженность по данным опросника 8-item Morisky Medication Adherence Scale, качество контроля артериального давления, частоты сердечных сокращений, окружности талии пациентов, уровня липидов в крови. Результаты исследования показали, что на протяжении первых 6 мес приверженность к лечению существенно возросла в обеих группах. Однако через последующие 6 мес приверженность к лечению оставалась стабильно высокой у пациентов после стентирования и значительно снизилась у тех, кто отказался от ревазуляризации.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, приверженность к лечению, стентирование коронарных артерий.

## Impact of coronary stenting on the choice and adherence to succeeding treatment in patients with ischemic heart disease

D.I. Besh

Summary. Purpose of the research was to study the impact of coronary stenting on the treatment adherence in patients with ischemic heart disease and to compare it with the adherence in similar patients on medication. Of the total number of patients involved in the research, 78 patients were performed coronary stenting and 74 similar patients refused revascularization after coronarography. To study the impact of the intervention in question on the patients' adherence to treatment there have been investigated: adherence by the indices of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale, quality of arterial pressure control, heart rate, waist circumference, and level of lipids in the blood. Results of the investigation showed that within the first 6 months treatment adherence considerably increased in both groups. But in the following 6 months, treatment adherence remained stable at high level in patients who had undergone coronary stenting and significantly reduced in those who refused revascularization.

Key words: ischemic heart disease, adherence to treatment, coronary stenting.

### Адреса для листування:

Беш Дмитро Ігорович  
79005, Львів, вул. Костя Левицького, 48/3  
E-mail: besh.dmytro@gmail.com