

Влияние приверженности к лечению на прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда

В.И. ЦЕЛУЙКО, д. мед. н., профессор; Л.Н. ЯКОВЛЕВА, к. мед. н., доцент; С.А. СТРОКОВА

/Харьковская медицинская академия последипломного образования/

Резюме

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

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

Мета дослідження. Вивчити ефективність щомісячних телефонних нагадувань про необхідність та важливість прийому стандартних препаратів на прихильність до терапії та прогноз у хворих, які перенесли інфаркт міокарда.

Матеріали та методи. До дослідження включено 105 хворих, при виписці зі стаціонару яким була призначена стандартна медикаментозна терапія. Хворих було розділено на дві статистично порівнювані групи: перша група «втручання» та друга група контрольна. Пацієнти 1-ї групи перебували під регулярним щомісячним контролем, яким були телефонні контакти, під час яких лікар збирав інформацію про перебіг захворювання, регулярність прийому призначеної медикаментозної терапії та нагадував про необхідність виконання лікарських рекомендацій в повному обсязі.

Результати. Встановлено, що через півроку після виписки зі стаціонару менше ніж половина хворих 2-ї групи приймають препарати стандартної терапії в повному обсязі. Більше 80% хворих 1-ї групи к кінцю періоду спостереження приймали препарати 4 груп. Виявилось, що чоловіки піддалися впливу нагадування більше, ніж жінки: 90% чоловіків із 1-ї групи прислухалися до порад і лише 10% – проігнорували. Аналіз прихильності до терапії в різних вікових групах показав, що впливу нагадування найбільш піддалися хворі в вікових групах до 50, 60–69 та 70–79 років ($p < 0,05$). Сумарна кінцева точка виявилася достовірно нижче в 1-й групі досліджених ($p < 0,05$).

Висновки. Пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ), мають вкрай несприятливий прогноз. Прихильність до терапії у хворих, що перенесли ІМ, низька. Активний моніторинговий контроль зі щомісячними телефонними нагадуваннями протягом 6 місяців дозволяє в 2 рази підвищити прихильність пацієнтів до прийому стандартної терапії та достовірно знизити ризик розвитку несприятливих серцево-судинних подій у хворих, що перенесли ІМ.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця, прихильність до лікування, прогноз

Summary

Influence of Susceptibility to Treatment on Prognosis in Patients after Myocardial Infarction

V. Tseluyko, L. Yakovleva, S. Strokova

Aim. To study the effectiveness of the monthly telephone reminders about the need and importance of taking standard drugs on adherence to therapy and prognosis in patients after myocardial infarction.

Materials and methods. The study included 105 patients who suffered acute myocardial infarction. At hospital discharge all patients were assigned to standard medical therapy. Patients were divided into two statistically comparable groups: Group I of «interference» and the control group II. Patients of the first group were under the control of the regular monthly the Monitoring, which consisted of telephone contact during which the doctor has collected information on the disease, regular reception of the assigned medication and reminded of the need to perform medical recommendations in full.

Results. In our study found that six months after discharge from the hospital less than half of the patients of group II are taking drugs to standard therapy in full. More than 80% of patients in group I at the end of the observation period took four groups of drugs. Males were more affected by reminders than women: 90% of men from the group I listened to the advice and only 10% were ignored. Analysis of adherence to medication in different age groups showed that the effects were most susceptible to remind patients in the age groups 50, 60–69 and 70–79 years ($p < 0,05$). The total end point was significantly lower in group I surveyed ($p < 0,05$).

Conclusions. The prognosis of patients after myocardial infarction is extremely unfavorable. Adherence to therapy in patients after myocardial infarction is low. Active monitoring control with monthly telephone reminders for 6 months allows the 2-fold increase patient compliance to receive standard therapy, and significantly reduce the risk of adverse cardiovascular events in patients after myocardial infarction.

Key words: acute myocardial infarction, ischemic heart disease, adherence to treatment, prognosis

Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которое произошло в последние годы во многих развитых странах мира, в значительной степени обеспечено широким внедрением стандартов лечения, базирующихся на результатах многоцентровых рандомизированных исследований [4, 6]. В Украине, несмотря на наличие «Стандартів надання допомоги кардіологічним хворим», существенной динамики показателей распространенности и смертности от ССЗ не отмечено [1].

Наряду с экономическими, социальными и информационными причинами важную роль в отсутствии улучшения прогноза кардиологических больных играет низкая приверженность к терапии [8]. С одной стороны, это связано с недостаточным пониманием пациентами важности стратегии лечения, направленной на улучшение прогноза, с другой – необходимостью приема большого количества препаратов. Так больные, перенесшие инфаркт миокарда, нуждаются в длительном приеме как минимум четырех

групп препаратов: антитромбоцитарных, ингибиторов АПФ, блокаторов β -адренорецепторов, статинов [5]. Причем в некоторых случаях количество лекарственных средств может быть увеличено из-за показаний к назначению антагонистов альдостерона у больных с сердечной недостаточностью (СН) или полиненасыщенных жирных кислот у пациентов с высоким риском развития внезапной сердечной смерти [3]. Если учесть, что после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) без элевации сегмента ST необходим прием двойной антитромбоцитарной терапии (аспирин и клопидогрель) в течение года [7], а также тот факт, что часть больных вынуждена дополнительно принимать нитраты, диуретики, становится очевидным, что количество принимаемых таблеток может достигать десяти.

Психологически больные далеко не всегда готовы к приему такого количества препаратов и начинают «по своему усмотрению» отменять их. Чаще всего это касается лекарственных средств, которые не оказывают прямого влияния на качество жизни пациента, но позволяют улучшить прогноз, например, статинов и антитромбоцитарных препаратов [2]. Как следствие – в реальной клинической практике между врачебными назначениями и их выполнением существуют значительные расхождения.

В связи с вышеизложенным, чрезвычайно важным направлением является разработка и внедрение в клиническую практику методов, позволяющих повысить приверженность пациентов к терапии и снизить частоту развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования: изучить эффективность ежемесячных телефонных напоминаний о необходимости и важности приема стандартных препаратов на приверженность к терапии и прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 105 больных, которые перенесли острый инфаркт миокарда (ИМ) и проходили стационарное лечение в ГКБ №8 г. Харьков. Диагноз ИМ устанавливался при наличии не менее двух критериев, утвержденных документом объединенного комитета ESC и АНА/АСС по пересмотру определения инфаркта миокарда от 2007 г. [9]. Среди них было 67 мужчин и 38 женщин (63,8% и 36,2% соответственно). Средний возраст больных составил $67,24 \pm 10,7$ года. Инфаркт миокарда с зубцом Q перенесли 70 (66,6%) больных, повторный ИМ зарегистрирован у 21 (20%) обследованных. Артериальной гипертензией (АГ) страдали 56 (53,3%) пациентов, сахарным диабетом (СД) 2-го типа – 20 (19,04%). Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе перенесли 4 (3,8%) больных.

При выписке из стационара всем пациентам согласно действующим рекомендациям по ведению больных со стабильной стенокардией была назначена стандартная медикаментозная терапия. Антитромбоцитарные препараты (аспирин или аспирин+клопидогрель) были рекомендованы 95 (90,5%) больным, статины – 99 (94,3%), блокаторы β -адренорецепторов – 98 (93,3%), ингибиторы АПФ – 81 (77,1%). Методом конвертов больные были разделены на 2 статистически сопоставимые группы: 1-я группа «вмешательства» и 2-я группа контроля (табл. 1).

Согласно дизайну исследования пациенты 1-й группы находились под регулярным ежемесячным мониторинговым контролем, который состоял из телефонных контактов и лишь в необхо-

Таблица 1. Клинико-anamnestическая характеристика обследованных групп больных

Показатель	Первая группа вмешательства (n=51)	Вторая группа контроля (n=54)	p
Возраст, годы	67,16 \pm 11,3	67,32 \pm 10,2	0,96
Мужчины	30 (55,55%)	37 (72,54%)	0,07
Женщины	21 (38,88%)	17 (33,33%)	0,55
Инфаркт миокарда с зубцом Q	32 (59,25%)	38 (74,5%)	0,09
Инфаркт миокарда без зубца Q	10 (18,51%)	4 (7,84%)	0,10
Повторный инфаркт миокарда	12 (22,22%)	9 (17,64%)	0,56
Сахарный диабет	9 (16,66%)	11 (21,56%)	0,52
Артериальная гипертензия	31 (57,4%)	25 (49,01%)	0,39
Острая недостаточность мозгового кровообращения	1 (1,85%)	3 (5,88%)	0,28

Таблица 2. Приверженность к стандартной терапии больных, перенесших инфаркт миокарда, через 6 месяцев после выписки из стационара

Препарат	Первая группа (n=51)	Вторая группа (n=54)	p
Аспирин	86,9	48,9	0,0002
Статины	81,6	48	0,0002
Блокаторы β -адренорецепторов	82,6	46,1	0,001
Ингибиторы АПФ	80	47,2	0,00003
Клопидогрель	59,09	29,7	0,53
Приверженность к терапии (n=64)	42 (82,3%)	22 (40,7%)	0,000006
Отсутствие приверженности (n=41)	9 (17,7%)	32 (59,3%)	0,000006

димых случаях – визитов в клинику. Для оценки приверженности к лечению использовали косвенные методы, такие как опрос с прямыми вопросами.

Во время телефонных контактов врач собирал информацию о течении заболевания, регулярности приема назначенной медикаментозной терапии и напоминал

о необходимости выполнения врачебных рекомендаций в полном объеме. Больные имели возможность задавать любые вопросы по лекарственным препаратам, которые им рекомендованы, и получить исчерпывающую информацию о своем заболевании.

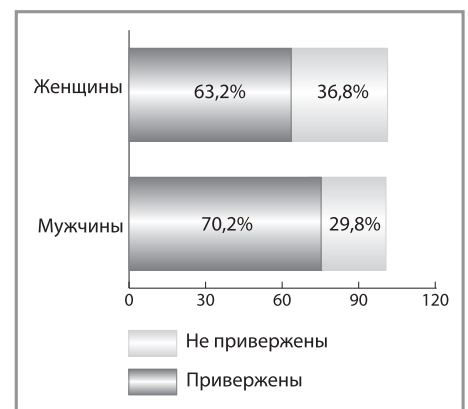


Рис. 1. Гендерные отличия в приверженности к лечению у больных, перенесших инфаркт миокарда, через 6 месяцев после выписки из стационара



Рис. 2. Влияние приверженности к терапии у женщин и мужчин обследованных групп через 6 месяцев наблюдения

* – $p < 0,05$ при сравнении с соответствующим показателем 1-й группы

Срок наблюдения составил $6 \pm 1,2$ месяца. В качестве конечных точек исследования рассматривали нестабильную стенокардию и повторный ИМ, госпитализацию по поводу стабильной стенокардии и СН, ОНМК, сердечно-сосудистую смерть, суммарную конечную точку. В конце периода наблюдения все пациенты (или их родственники) были опрошены о приеме назначенных препаратов и собрана информация о конечных точках исследования.

Обработку результатов выполняли с использованием пакета статистического анализа Statistica 6.0. При нормальном распределении количественные признаки были представлены в виде средне±стандартное отклонение ($M \pm s$), для сравнения средних двух выборок использовали критерий Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при величине $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В данном исследовании установлено, что через полгода после выписки из стационара менее половины больных 2-й группы принимают препараты стандартной терапии в полном объеме. В этой группе обследованных частота приема препаратов каждой из групп составляет менее 50%.

Таблица 3. Приверженность к лечению больных, перенесших инфаркт миокарда, в различных возрастных группах

Возрастная группа	Первая группа (n=51)		Вторая группа (n=54)		p
	Привержены к терапии (n=42)	Не привержены к терапии (n=9)	Привержены к терапии (n=22)	Не привержены к терапии (n=32)	
До 50 лет (n=6)	4–7,8%	0	0	2–3,7%	0,036
51–59 лет (n=19)	6–11,7%	1–1,9%	6–11,1%	6–11,1%	0,91
60–69 лет (n=27)	12–23,5%	2–3,9%	5–9,2%	8–14,8%	0,04
70–79 лет (n=41)	16–31,3%	4–7,8%	8–14,8%	13–24,07%	0,04
Старше 80 лет (n=12)	4–7,8%	2–3,9%	3–5,5%	3–5,5%	0,64

Примечание: p – при сравнении больных обеих групп пациентов, приверженных к терапии.

Таблица 4. Влияние ежемесячного мониторингового контроля на прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда, в динамике наблюдения (6 месяцев)

Конечная точка	Первая группа (n=51)	Вторая группа (n=54)	p
Нестабильная стенокардия и повторный инфаркт миокарда	10 (19,6%)	14 (25,9%)	0,44
Госпитализации по поводу стабильной стенокардии и сердечной недостаточности	5 (9,8%)	9 (16,7%)	0,30
Острая недостаточность мозгового кровообращения	2 (3,9%)	0 (0%)	0,14
Сердечно-сосудистая смерть	4 (7,8%)	8 (14,81%)	0,26
Суммарная конечная точка	21 (41,12%)	31 (57,4%)	0,02

Более 80% больных 1-й группы, которые находились под регулярным мониторинговым контролем, к концу периода наблюдения принимали препараты 4 групп. Таким образом, ежемесячные телефонные напоминания позволяют почти в 2 раза повысить приверженность больных к приему стандартной терапии.

В данном исследовании приверженными к терапии считали больных, которые к концу периода наблюдения принимали комбинацию из пяти, четырех или как минимум – трех базисных препаратов. Из 105 больных, включенных в исследование, через полгода остались приверженными к назначенному лечению только 64 (60%) пациента, из которых 65,6% составили пациенты 1-й группы и 34,4% – 2-й группы ($p > 0,0001$) (табл. 2).

В проведенном исследовании гендерных отличий в отношении приверженности к терапии не выявлено. К окончанию периода наблюдения только 47 (70,14%) мужчин и 24 (63,15%) женщин принимали три и более базисных препарата (рис. 1). В то же время, мужчины оказались более подвержены влиянию напоминания, чем женщины: 90% мужчин из 1-й группы прислушались к советам и только 10% – проигнорировали. Тогда как каждая третья женщина из этой группы принимала менее трех рекомендованных препаратов (рис. 2).

Приблизительно 2/3 больных из общего количества включенных в исследование пациентов относились к возрастной группе 60–79 лет. Приверженность к лечению во всех возрастных группах была низкой: ни в одной из них количество приверженных больных не превысило 60%. Анализ приверженности к терапии в различных возрастных группах показал, что влиянию напоминания наиболее подвержены оказались больные в возрастных группах до 50, 60–69 и 70–79 лет ($p < 0,05$) (табл. 3).

Проведенное исследование свидетельствует о том, что больные, перенесшие инфаркт миокарда, относятся к пациентам очень высокого риска: каждый пятый и каждый четвертый обследованный из 1-й и 2-й группы соответственно в первые шесть месяцев после выписки из стационара был повторно госпитализирован с диагнозом острый коронарный синдром. У 4 (7,8%) больных 1-й группы и 8 (14,81%) – 2-й группы зарегистрирована сердечно-сосудистая смерть (табл. 4).

Суммарная конечная точка оказалась достоверно ниже в 1-й группе обследованных ($p < 0,05$),

что свидетельствует об эффективности влияния регулярного ежемесячного мониторингового контроля с напоминанием о необходимости приема препаратов базисной терапии на снижение риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Выводы

1. Прогноз у пациентов, перенесших ИМ, – крайне неблагоприятный: у 11,4% из них в течение шести месяцев после выписки из стационара зарегистрирована смерть по причине ССЗ, у 49,5% – суммарная конечная точка.
2. Приверженность к терапии у больных, перенесших ИМ, – низкая: через полгода только треть больных выполняют рекомендации по приему трех и более стандартных препаратов.
3. Активный мониторинговый контроль с ежемесячными телефонными напоминаниями на протяжении 6 месяцев позволяет в 2 раза повысить приверженность пациентов к приему стандартной терапии и достоверно снизить риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных, перенесших ИМ.

Литература

1. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (аналітично-статистичний посібник) / Манойленко Т. С., Ревенько І. Л., Ганзюк В. А. та ін.; за ред. В.М. Коваленка. – К.: ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», 2011. – 165 с.
2. Недогода С.В. Приверженность к терапии статинами и возможность ее улучшения в условиях реальной клинической практики / С.В. Недогода, В. Цома, А.А. Ледяева // РМЖ «Кардиология». – 2009. – №18. – С. 1086–1089.
3. Dickstein K. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 / K. Dickstein, A. Cohen-Solal, G. Filippatos // Eur. Heart J. – 2008. – Vol. 29. – P. 2388–2442.
4. Ford E. Explaining the decrease in U. S. death from coronary disease, 1980–2000 / E. Ford, N. Ajani, J. Croft et al. // NEJM. – 2007. – Vol. 356. – P. 2388–2398.
5. 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.
6. Franklin B.A. Counseling Patients to Make Cardio protective Lifestyle Changes: Strategies for Success / B.A. Franklin, T.E. Vanhecke // Prev. Cardiol. – 2008. – Vol. 11. – P. 50–55.
7. Hamm C.W. Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation (Management of) / C.W. Hamm, J.-P. Bassand, S. Agewall // EHJ. – 2011. – Vol. 32. – P. 2999–3054.
8. Simpson S.H. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / S.H. Simpson, D.T. Eurich, S.R. Majumdar et al. // BMJ. – 2006. – Vol. 15. – P. 333–342.
9. Thygesen K. Universal definition of myocardial infarction / K. Thygesen, J.S. Alpert, H.D. White et al. // Circulation. – 2007. – Vol. 116. – P. 2634–2653.