

УДК 616.127-005.8

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ТА ШЕСТИМІСЯЧНИЙ ПРОГНОЗ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО Q-ІНФАРКТУ МІОКАРДА

С.В. Король, доктор медичних наук, доцент кафедри військової терапії Української військово-медичної академії

К.В. Савічан, ординатор кардіологічного відділення клініки загальноотерапевтичної Військово-медичного клінічного центру північного регіону

Резюме. Представлено результати спостереження за 77 хворими, які перенесли Q-інфаркт міокарда (ІМ) та увійшли до дослідження. Оцінено прихильність пацієнтів до лікування та її вплив на шестимісячну смертність і розвиток повторного нефатального ІМ.

Ключові слова: Q-інфаркт міокарда, шестимісячне спостереження, прихильність до лікування, прогноз.

Вступ. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, ішемічна хвороба серця у майбутньому буде займати перше місце як щодо захворюваності, так і щодо смертності. В загальній структурі смертності нашої країни серцево-судинні захворювання (ССЗ) займають 63,6 %, що є першим місцем у Європі [4]. Соціальні чинники мають значний вплив на смертність, в тому числі, і від ССЗ [2].

Протягом останніх 20 років впровадження реперфузійних методик у економічно розвинених країнах дозволило знизити рівень смертності від гострого ІМ на третину. Проте, у той же час, через три роки після перенесеного ІМ помирає кожен п'ятий пацієнт [1,7]. Смертність пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями залежить і від прихильності до лікування [9,10]. Висока прихильність до лікування покращує наслідки захворювання, що підтверджується результатами досліджень [11].

Мета роботи. Оцінити прихильність до лікування військовослужбовців, які перенесли гострий Q-інфаркт міокарду, та наслідки недотримання пацієнтами сучасних рекомендацій на подальший шестимісячний прогноз.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження увійшли 113 пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС) з елевацією сегмента ST, які поступили до кардіологічних відділень Національного військово-медичного

клінічного центру «ГВКГ», за період від вересня 2013 до листопада 2014 років протягом перших 24 годин із моменту розвитку симптомів. Включення пацієнтів у дослідження не повинно було впливати на тактику та стратегію їх лікування у стаціонарі та постінфарктному періоді.

Критеріями включення до дослідження були: типовий больовий синдром (ангінозний біль тривалістю більше 20 хв, задишка, синкопе, зупинка кровообігу); зміни ЕКГ (підйом сегмента ST > 1 мм як мінімум у двох суміжних відведеннях та > 2 мм у відведеннях V₁₋₆ та в інших, з появою повної блокади лівої чи правої ніжки пучка Гіса.

Критерії виключення включали в себе: смерть хворого до поступлення в стаціонар; ІМ як ускладнення коронарних втручань, аортокоронарного шунтування; ГКС з елевацією сегмента ST, зумовлений некоронарогенною патологією.

Із 113 хворих, включених у дослідження, було встановлено діагноз ІМ із зубцем Q 95 (84,07 %) особам. Гострий ІМ без зубця Q при виписці зі стаціонару було встановлено 4 (3,54 %) хворим. Було переведено до інших лікувальних закладів для подальшого лікування 4 (3,54 %) пацієнтів. Померло у стаціонарі 14 (12,39 %) хворих. Тобто, виписаних з діагнозом ІМ із зубцем Q була 91 особа.

Після виписки хворих зі стаціонару спостереження здійснювалось шляхом

нанесення візитів через 6 місяців, заповнення анкет та телефонного анкетування, перегляду амбулаторних карток та архівних даних.

Кінцевими точками вважали серцево-судинну смерть і повторний нефатальний ІМ.

У процесі опитування через 6 міс встановлювали, чи продовжували хворі приймати ацетилсаліцилову кислоту (АСК), клопідогрель, статин, в-адреноблокатор та інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), тобто препарати з доведеним позитивним впливом на прогноз, рекомендовані Європейським товариством кардіологів для вторинної профілактики після ІМ [7]. Участь у реєстрі передбачала лише формальний аналіз лікування без його корекції.

Результати дослідження та їх обговорення. Через 6 міс були наявні дані про 77 (81,05 %) осіб. Група пацієнтів, які залишилися в дослідженні через 6 міс. за основними клініко-анамнестичними характеристиками не відрізнялася від загальної групи, що була на початку спостереження.

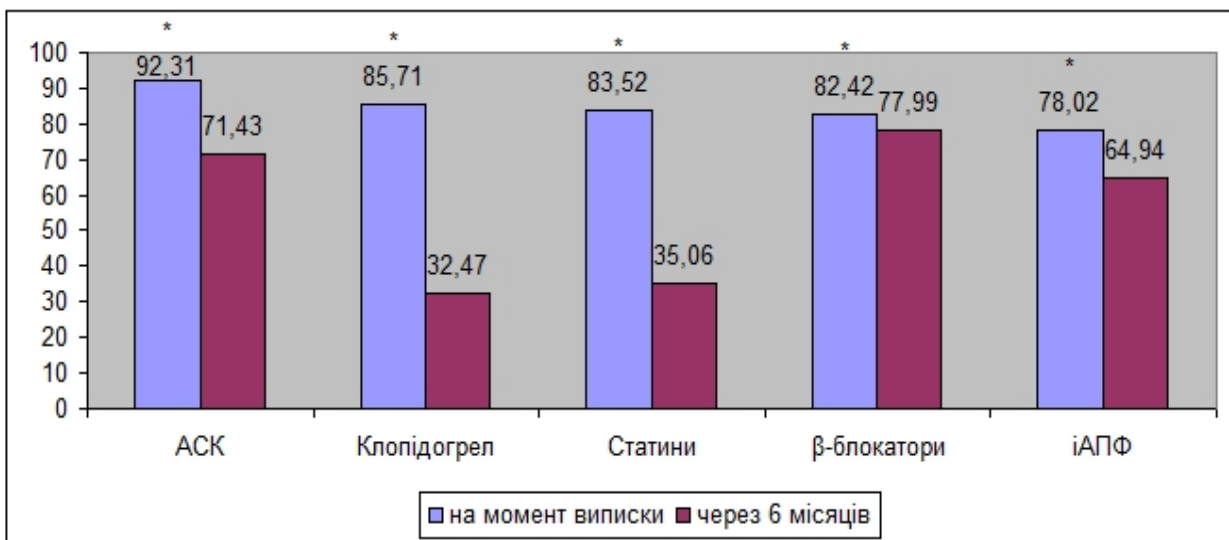
Через 6 міс після виписки зі стаціонару з Q-ІМ померло 6 (6,59 %) пацієнтів. В той час за даними реєстру GRACE у економічно розвинених країнах шестимісячна смертність складає 4,9 – 5,4 % [7].

Отже, в Україні залишається достатньо високою смертність пацієнтів, які перенесли Q-ІМ.

Повторний нефатальний ІМ за півроку виник у 4 (5,19 %) осіб. Ці результати узгоджуються з інформацією інших авторів. Так, у метааналізі Ellis [5] протягом року ускладнення виникли у 11,3 % пацієнтів з консервативним шляхом ведення та у 4,3 % хворих, яким було проведено реперфузію міокарда. В Україні - у 19,0 % та 9,0 % пацієнтів відповідно [3]. За даними дослідження Prague-2 протягом 5 років повторний ІМ стався у 20 % хворих [7].

Реваскуляризацію міокарда у плановому порядку отримали 9 (11,69 %) пацієнтів. Отже, планово відновлювали прохідність коронарних судин кожному десятому пацієнту, що залишився у дослідженні. У дослідженні Prague-2 протягом 5 років планову реваскуляризацію було виконано 47,6 % хворих після черезшкірного коронарного втручання та 67,9 % осіб після тромболізу [7].

Через півроку після перенесеного ІМ з зубцем Q частота прийому АСК зменшилась на 20,88 % (рис. 1), клопідогрелу – на 53,24 %, статинів – на 48,46 %, в-блокаторів – на 4,43 %, іАПФ/БРА II – на 13,08 % ($p < 0,01$) у порівнянні з показником при виписці зі стаціонару.



Примітка: * - достовірність на момент виписки та через 6 місяців - $p < 0,01$

Рис. 1. Частота прийому лікарських засобів на момент виписки зі стаціонару та через 6 місяців у хворих після гострого Q-ІМ

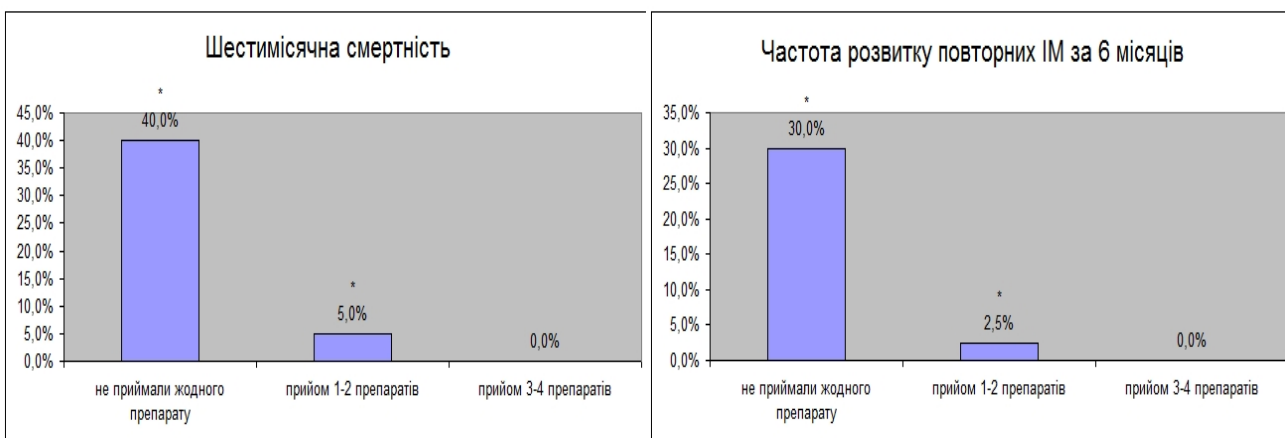
Таким чином, через 6 місяців після виписки зі стаціонару кількість хворих, які продовжували приймати призначену терапію, істотно зменшилася ($p < 0,01$), особливо це стосується статинів та клопідогрелу, які є необхідними для таких пацієнтів препаратами та мають доведений вплив на прогноз [6,7,12]. Так, прийом подвійної антитромбоцитарної та ліпідокоригуючої терапії продовжили тільки 6 (7,79 %) пацієнтів. АСК, чи, в разі непереносимості, клопідогрел, у якості монотерапії продовжували приймати 58 (75,32 %) пацієнтів, що у 6,4 разів більше, ніж кількість хворих, що приймали два антитромбоцитарні засоби – 9 (11,69 %).

Отже, через 6 місяців після перенесеного Q-ІМ відзначено низький комплаєнс хворих до лікування.

В подальшому пацієнтів розділили на три групи в залежності від їх прихильності до лікування: 1-шу склали хворі, які не приймали жодного препарату, 2-гу – пацієнти, які приймали один-два обов'язкові препарати, 3-тю – особи, які приймали три чи більше препаратів, що мали позитивний вплив на прогноз.

Більшу прихильність до лікування показали хворі молодше 75 років ($p < 0,05$), яким було проведено реперфузійну терапію ($p < 0,01$).

У хворих усіх груп оцінювали частоту летальних наслідків та розвитку повторного ІМ (рис. 2).



Примітка: * - достовірність - $p < 0,01$

Рис.2. Число препаратів, які хворі приймали протягом 6 міс після перенесеного Q-ІМ, та частота смертельних наслідків та повторного ІМ

Як видно з рис. 2, більше третини пацієнтів, які нехтували призначеннями лікаря – 40,0 % - померли протягом шести місяців. Прийом 1-2 препаратів знизив показник смертності у 8 разів і склав 5,0 % ($p < 0,01$). В той час як серед пацієнтів, що регулярно приймали призначену терапію в повному обсязі, летальних випадків не було. Результати узгоджуються з даними [3,4,5].

Впродовж наступних шести місяців у кожного третього пацієнта, який не приймав призначеної терапії, виник повторний ІМ. Прийом 1-2 препаратів, що покращують прогноз, знизив частоту ускладнень у 12 разів (30,0 % проти 2,50 %; $p < 0,01$). У групі пацієнтів,

які регулярно вживали всі рекомендовані препарати, повторних ІМ не було.

Таким чином, перебіг віддаленого періоду хвороби, поряд з її важкістю визначається тактикою ведення хворих у стаціонарі, а також лікуванням у постінфарктному періоді. Результати підтверджуються даними E. Ford, який дійшов висновку, що завдяки дотриманню рекомендацій доказової медицини після перенесеного ІМ та реваскуляризації, смертність від ІХС в Північній Америці знизилась на 47 % [8].

Висновки

1. Через 6 місяців після перенесеного гострого ІМ із зубцем Q подвійну

антитромбоцитарну та гіполіпідемічну терапію продовжували приймати 7,79 % пацієнтів, аспірин – 75,32 % осіб.

Література

1. Амосова Е.Н. Эффективность коррекции факторов риска и различных методов хирургического лечения больных хронической ИБС в отношении предотвращения смерти и инфаркта миокарда: мифы и реальность // Серце і судини. – 2009. – № 4. – С. 12 – 24.
2. Амосова Е.Н. От лечения атеросклероза к модификации прогноза: фокус на липидоснижающую терапию. Часть I. / Е.Н. Амосова // Серце і судини. – 2011. - №1. – С. 6-19.
3. Валуєва С.В. Прихильність до лікування у хворих через рік після гострого інфаркту міокарда із зубцем Q, за даними українського реєстру STIMUL // Серце і судини. – 2012. – № 4. – С. 69-74.
4. Целуйко В.Й. Вплив прихильності до лікування на віддалений прогноз у хворих, що перенесли інфаркт міокарда / В.Й. Целуйко, Л.М. Яковлева, С.О. Строкова // Укр. кардіол. журн. – 2011. - №6. – С. 37-39.
5. Эрлих А.Д. Результаты шестимесячного наблюдения за больными с острыми коронарными синдромами в российском регистре РЕКОРД / А.Д. Эрлих, Н.А. Грацианский от имени участников регистра РЕКОРД // Кардиология. – 2011. - №12. – С. 11-16.
6. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials / C. Baigent, L. Blackwell, J. Emberton et al. // Lancet. – 2010. – Vol. 376. – P. 1670-1681.
7. FINESSE Investigators. Facilitated PCI in patients with ST-elevation myocardial infarction / Ellis S.G., Tendera M., de Belder M.A. et al. // N. Engl. J. Med. – 2008.— N 358. – P. 2205-2217.
8. Explaining the decrease in U.S. death from coronary disease, 1980-2000 / E. Ford, V. Ajans, J. Croft et al. // NEJM. – 2007. – Vol. 356. – P.2388-2398.
9. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction / P. Ho, J. Spertus, F. Masoudi et al. // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166. – P. 1842-1847.
10. Jackevicius C. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes / C. Jackevicius, M.Mamdani, J. Tu // JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 462-467.
11. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology / F. van der Verf, J. Bax, A. Betriu et al // Eur. Heart J. – 2008. – Vol. 29. – P. 2909-2945.
12. Antithrombotic Trialists' Collaboration: Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials // Lancet. – 2009. – Vol. 373. - P.1849-1860.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Рум'янець Ю.В.