

© М. В. Гребеник, О. І. Левчик, О. І. Коцюба, В. Р. Микуляк, Л. Ю. Бідованець, В. А. Дударенко
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

ПРИХИЛЬНІСТЬ ЖІНОК ДО ДОВГОТРИВАЛОЇ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Резюме. Інфаркт міокарда (ІМ) є причиною високої смертності, інвалідизації та значних фінансових витрат в усіх країнах світу. В Україні щорічно реєструють до 50 тис. випадків ІМ, 50 % із цих пацієнтів помирають упродовж наступних 5 років. Тому оптимізація заходів вторинної профілактики (модифікація стилю життя, прихильність до подальшої медикаментозної терапії) має ключове значення у виживаності цих пацієнтів. Однак комплаєнсу при будь-яких захворюваннях вдається досягнути лише у 20–57 % випадків, і за даними літератури, стать має вплив на його рівень.

Мета дослідження – багатофакторна оцінка прихильності жінок до лікування у післяінфарктний період.

Матеріали і методи. Обстежено 408 жінок із гострим коронарним синдромом віком від 46 до 94 років (середній вік (71,30±0,44) року). Динаміку досліджуваних показників через 6; 12; 24 місяці вдалось простежити у 52 пацієнток. Відповідно до анкети Morisky–Green (D. E. Morisky, L. W. Green, 1986), виділено дві групи: перша (I) – прихильні 27 осіб – середній вік (65,26±0,44) року та друга (II) – неприхильні 25 осіб – середній вік (68,52±1,88) року. Далі проведено аналіз та оцінку клініко-лабораторних та інструментальних показників.

Результати досліджень та їх обговорення. В усіх жінок виявлено супутню патологію у поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу, надмірну масу тіла. Жінок першої групи швидше госпіталізували в стаціонар (через (15,37±4,9) год), ніж другої групи (через (6,45±18,9) год) з більшою часткою реваскуляризації – 28,8 % проти 5,7 %; більшою масою некрозу міокарда; вищими вихідними показниками систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску – (160±6,06) і (95,6±2,66) проти (153±6,11) і (89,4±2,37) мм рт. ст. та нижчим рівнем загального холестерину – (5,59±2,99) проти (6,46±2,77) ммоль/л. У динаміці в цій групі виявлялось достовірне зниження частота серцевих скорочень (ЧСС), САТ та ДАТ та загального рівня холестерину та наближення показників ехокардіоскопії до притаманних для нормальної геометрії міокарда.

Висновки. У жінок спостерігається недостатній рівень прихильності до наступної вторинної профілактики на амбулаторному етапі лікування і у більшості з них зберігається лише часткова прихильність, особливо через рік після перенесеного ІМ. Встановлено дуже низьку прихильність до немедикаментозних методів вторинної профілактики та заходів з корекції факторів ризику і модифікації стилю життя. Отримані результати ще раз вказують на необхідність оптимізації організаційно-профілактичних заходів на амбулаторному етапі. Можлива стратегія переходу в роботі з пацієнтами від "комплаєнсу до конкордансу" дозволить покращити вторинну профілактику інфаркту міокарда.

Ключові слова: гострий коронарний синдром; інфаркт міокарда; комплаєнс; прихильність до лікування; вторинна профілактика; ремоделювання серця.

ВСТУП Питання вчасної діагностики, лікування та профілактики інфаркту міокарда (ІМ) залишається актуальним і на сьогодні. Адже ця патологія є причиною високої смертності, інвалідизації і значних фінансових витрат як в Україні, так і за межами нашої держави [1–4]. Щорічно реєструють до 50 тис. (у 2016 р. – 42 тис.) випадків ІМ, 50 % із них помирають упродовж наступних 5 років [5]. А додаткові витрати у системі охорони здоров'я, такі, як повторні візити до лікарів, додаткові обстеження, нові призначення лікарських засобів, збільшення кількості госпіталізацій та інше, сягають до кількох сотень тисяч доларів чи євро на рік у різних зарубіжних країнах (J. E. Blair, 2008; V. A. Briesacher, 2008; G. Giamouzis, 2011; A. Bakhai, 2013).

Ці факти визначають потребу в оптимізації заходів із вторинної профілактики у післяінфарктних хворих. Доведено (B. A. Franklin, 2008; S. Capewell, 2011), що належний контроль факторів ризику за ефективністю прирівнюється до упровадження 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 – усе це дає змогу значно подовжити життя пацієнтів та уникнути повторних ішемічних подій [6].

Однак якими б ефективними ліки не були, якщо хворий їх не приймає, то марно сподіватись на позитивний результат. Саме прихильність до такого лікування, переконання того, що призначена терапія рятує життя, активна участь пацієнта у боротьбі проти хвороби є визна-

чальним у післяінфарктний період. Аналіз досліджень у цьому напрямку вказує на вікову та гендерну невідповідність, пов'язану із комплаєнсом. Тому дані є дуже суперечливими і важко зрозуміти як саме впливає на прихильність до подальшої терапії приналежність до жіночої статі, оскільки у більшості досліджень переважали особи чоловічої статі.

Метою дослідження стала багатофакторна оцінка прихильності жінок до лікування у післяінфарктному періоді.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 408 жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні в міському кардіологічному центрі. Усім пацієнткам проведено клініко-лабораторні, інструментальні обстеження та верифіковано діагноз ГКС з елевацією/без елевації сегмента ST, згідно з рекомендаціями ESC, 2012, 2016. Повторні обстеження проводили через 3; 6; 12 місяців. У цілому вдалось простежити в динаміці дані 52 пацієнток. Прихильність до лікування оцінювали за анкетною Morisky–Green (D. E. Morisky, L. W. Green, 1986). Прихильними вважали хворих, які набрали 4–3 бали, а неприхильними із кількістю балів 0–2. 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 розподілі. Достовірність відмінностей між групами за кількісними ознаками оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента (при нормальному розподілі), або в інших випадках використовували непараметричний ранговий

критерії Манна–Уїтні. Відмінності були достовірними при рівні значимості $>95\%$ ($p < 0,05$). В межах однієї групи динаміку оцінювали за допомогою парного t-критерію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік пацієнток був від 46 до 94 років, та у середньому становив $(71,30 \pm 0,44)$ року. Із клініко-анамнестичних даних відомо, що такі фактори ризику, як артеріальна гіпертензія (АГ) була наявна у 87,90 %, цукровий діабет (ЦД) 2 типу – в 35 %, гіперхолестеринемія – у 44,90 %, тютюнокуріння – в 1,20 %, індекс маси тіла (ІМТ) >30 кг/м² – у 21,30 % пацієнток.

Необхідно зазначити, що у 88 обстежених уже був первинний ІМ в анамнезі, у частини жінок й не один. Привертає увагу й те, що практично у всіх присутня коморбідна патологія (у 342 осіб, 83,80 %). Найбільша частка супутньої патології припадала на хвороби органів травлення – 27,20 % та судинні захворювання – 17,90 %, трохи менша – на ревматичні та патології легень – 10,30 % та 7,40 % відповідно. У 7,1% пацієнток ІМ розвинувся на тлі хронічної фібриляції передсердь. Окрім того також було діагностовано патологію щитоподібної залози (5,60 %), нефропатологію (2,30 %) та перенесені онкологічні захворювання (4,90 %). Варто зазначити, що при аналізі лабораторних даних практично у третини жінок рівень гемоглобіну був нижчим 120 г/л.

В обстежених пацієнток за локалізацією переважав інфаркт міокарда задньої стінки (28,70 %). Час, що пройшов від виникнення симптомів до госпіталізації, у середньому становив $(43,27 \pm 4,1)$ год, тобто пацієнтки досить пізно звертались за медичною допомогою. Це, у свою чергу, спричинило зниження рівня фармакоінвазивних методів відновлення кровотоку – лише у 11,02 % було можливим застосування тромболітизу, в 30,40 % – перкутанне коронарне втручання (ПКВ).

Протягом госпітального періоду усім хворим призначено препарати базової терапії, відповідно до протоколів лікування, що існують (табл. 1), за винятком випадків, де ці засоби були протипоказані або неможливі через ускладнення. У цілому статини, ацетилсаліцилову кислоту, клопідогрель (тикагрелор) отримували 80–90 % пацієнтів. Досить висока частота (близько 1/3) призначення сечогінних препаратів була зумовлена гострою лівошлуночною недостатністю. Інгібітори АПФ та β-блокатори призначали усім пацієнтам (за винятком протипоказань до них). У 50 % випадків застосовували цитопротекторну терапію (корвітин, L-аргінін) у гострий період, на етапі реабілітації – триметизиди, препарати мельдонію.

Після виписки усім пацієнтам були дані детальні рекомендації щодо корекції стилю життя, які стосувались раціонального харчування, відповідної фізичної активності, відмови від тютюнокуріння, оптимізації маси тіла, досягнення цільового рівня артеріального тиску та ліпідів крові, а також наступного медикаментозного лікування, заснованого на даних доказової медицини. Згідно з останніми рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2017 р.), медикаментозна терапія усіх хворих, які перенесли ІМ, має передбачати тривалий прийом подвійної антитромбоцитарної (ацетилсаліцилова кислота та клопідогрель), ліпідознижувальної терапії, β-адреноблокаторів та інгібіторів АПФ [6].

На амбулаторному етапі вдалось простежити динаміку через 6; 12 та 24 місяці у 52 пацієнток. Відповідно до даних анкети Morisky–Green (D. E. Morisky, L. W. Green, 1986), пацієнток поділили на дві групи: прихильні (27 осіб) та неприхильні (25 осіб) до лікування. Особи обох груп були у середньому подібного віку: прихильні – $(65,26 \pm 1,45)$ та неприхильні – $(68,52 \pm 1,88)$ року. У всіх наявна супутня патологія у поєднанні з АГ тривалістю близько 15 років ($(14,5 \pm 2,03)$ року серед прихильних та $(15,66 \pm 1,96)$ року – серед неприхильних) та цукровим діабетом. ЦД було діагностовано у половин жінок, неприхильних до лікування, та у третини прихильних, із дещо більшою тривалістю анамнезу хвороби – $(7,75 \pm 1,16)$ та $(11,80 \pm 3,10)$ року. В одній третині пацієнток, неприхильних до лікування, в анамнезі уже був ІМ, на відміну від групи прихильних (лише у 3 пацієнток). Що стосується такого фактора ризику як тютюнокуріння, то у жодної пацієнтки його не було відмічено, а ось надмірна маса тіла була у пацієнток обох груп (ІМТ у прихильних – $(28,70 \pm 1,35)$, неприхильних – $(26,85 \pm 0,72)$ кг/м²). У динаміці маса тіла, як фактор, що не потребує додаткових засобів, а лише вольових зусиль, не зазнав значних змін у напрямку зменшення. Навпаки, практично у всіх пацієнток із надмірною масою із часом спостерігалось збільшення маси тіла.

Необхідно зазначити, що хворі з групи неприхильних були госпіталізовані у стаціонар значно пізніше – в середньому через $(61,43 \pm 18,90)$ год, на відміну від хворих із групи прихильних, – в середньому через $(15,37 \pm 4,90)$ год. Цей факт, очевидно, і зумовив нижчий рівень проведеної ревазуляризації міокарда, – лише 5,70 % серед неприхильних пацієнток проти 28,80 % серед прихильних. Локалізація інфаркту була однаковою в осіб обох груп. Об'єктивно, на момент виникнення ІМ, ЧСС у обох групах пацієнток не відрізнялась, а ось САТ та ДАТ у прихильних жінок були трохи вищими, ніж у неприхильних –

Таблиця 1. Медикаментозні препарати базової терапії у стаціонарі

Прийом препаратів у стаціонарі, %	
Статини	90,19
Ацетилсаліцилова кислота	77,45
Клопідогрель/тикагрелор	89,46
Гепарин	82,10
Блокатори β-адренорецепторів	69,60
Інгібітори АПФ/антагоністи рецепторів до ангіотензину II/АРА	78,92
Нітрати	59,55
Антагоністи кальцію	10,50
Сечогінні	36,51
Спіронолактон	24,75
Цитопротекторні препарати	50,49

(160,40±6,06) і (95,60±2,66) мм рт. ст. та (153,40±6,11) і (89,40±2,37) мм рт. ст. відповідно. Лабораторні показники не значно відрізнялись в обох групах пацієнтів, окрім рівня загального холестерину – вищий (6,46±2,77) ммоль/л у неприхильних, ніж у прихильних (5,59±2,99) ммоль/л. В останніх також визначалась більша розрахункова маса некрозу.

Порівнюючи показники обох груп, отриманих у динаміці, можемо побачити, що маса тіла та індекс Кетле збільшувались у пацієнтів обох груп. Однак достовірними виявили зміни лише у групі неприхильних жінок: через 6 місяців маса у жінок в середньому збільшилась на 1 кг (із (75,70±1,52) до (76,40±1,43) кг), індекс Кетле, відповідно, також із (26,80±0,73) до (27,15±0,70) кг/м²; а ось через 24 місяці маса тіла у цій же групі підвищувалась у середньому на 5 кг (із (73,25±2,90) до (77,25±1,99) кг). Хоча серед групи пацієнок, прихильних до лікування, зміни перелічених показників не мали достовірного значення, все ж таки середні рівні як на початку дослідження, так і в подальшому були вищі: (80,59±4,80) кг – на момент ІМ, (83,94±5,60) кг. Тобто прихильність до подальшого лікування проявляється у вищому рівні прихильності до медикаментозної терапії, а не до модифікації стилю життя.

Клінічні показники, такі, як частота ЧСС, САТ та ДАТ були достовірно нижчі серед групи прихильних пацієнтів.

Рівень глюкози та холестерину в процесі спостереження знижувався в обох групах, та статистично значимим виявилась лише динаміка показників холестеролу. Необхідно зазначити, що середні рівні показників як на початку дослідження, так і надалі були вищими серед групи неприхильних пацієнок (табл. 2).

За морфофункціональними показниками ехокардіографії групи достовірно не різнились. Індекс маси міокарда показав, що в обстежених жінок мала місце гіпертрофія лівого шлуночка та в середньому переважав концентричний тип ремоделювання міокарда. В динаміці спостереження серед групи пацієнок, прихильних до лікування, показники ехокардіографії наближались до притаманних для нормальної геометрії міокарда (табл. 3).

Отримані дані показують, що належне лікування в післяінфарктний період, окрім плацебо-ефекту (суб'єктивне поліпшення самопочуття), забезпечує вірогідний вплив на морфофункціональний стан міокарда.

Позитивна налаштованість на довготривалу терапію є ключовим моментом у подальшому житті пацієнта після ІМ. Дані дослідження не показали очікуваної значної різниці між показниками у пацієнок прихильних та неприхильних до лікування, що, очевидно, пов'язано із загальним недостатнім комплаєнсом в умовах реальної клінічної практики.

Таблиця 2. Клінічні та лабораторні показники в неприхильних та прихильних до лікування пацієнок у динаміці

Показник	Термін спостереження	Неприхильні до лікування (n=25)	p	Прихильні до лікування (n=27)	p
Маса тіла (кг)	ІМ	75,90±1,90		80,59±4,80	
	6 міс.	76,40±1,40	0,023	77,64±3,90	НД
	12 міс.	77,10±1,80	НД	79,65±4,60	НД
	24 міс.	77,30±1,90	0,033	83,94±5,60	0,050
ІМТ (кг/м ²)	ІМ	26,90±0,72		29,40±1,70	
	6 міс.	27,10±0,70	0,034	28,50±1,32	НД
	12 міс.	27,20±0,80	НД	29,20±1,53	НД
	24 міс.	24,30±3,18	НД	30,60±1,93	0,034
ЧСС (уд./хв)	ІМ	86,05±4,30		85,70±3,90	
	6 міс.	80,93±3,78	НД	80,19±2,90	НД
	12 міс.	77,35±3,80	0,041	75,17±2,00	0,034
	24 міс.	83,00±7,90	НД	74,95±2,00	0,017
САТ (мм рт. ст.)	ІМ	155,42±8,78		161,90±7,07	
	6 міс.	151,80±5,22	НД	150,20±5,56	0,007
	12 міс.	152,30±5,93	НД	146,09±4,99	0,010
	24 міс.	153,30±8,82	НД	141,43±4,97	0,001
ДАТ (мм рт. ст.)	ІМ	89,58±2,57		95,95±3,11	
	6 міс.	89,80±1,45	НД	91,20±2,90	0,050
	12 міс.	89,00±1,94	НД	88,48±1,81	0,003
	24 міс.	91,25±3,48	НД	86,19±2,28	0,001
Глюкоза (ммоль/л)	ІМ	7,01±0,70		6,98±0,84	
	6 міс.	6,53±0,54	НД	6,60±0,57	НД
	12 міс.	6,81±0,68	НД	6,42±0,42	НД
	24 міс.	7,09±1,28	НД	6,18±0,31	НД
Холестерол (ммоль/л)	ІМ	6,86 ± 0,50		5,83±0,35	
	6 міс.	5,76 ± 0,34	0,018	4,87±0,32	0,033
	12 міс.	6,02±0,32	0,021	4,89±0,29	0,050
	24 міс.	6,25±0,47	НД	4,71±0,39	0,049

Примітка. НД – різниця показників не достовірна.

Таблиця 3. Зміни показників геометрії серця у динаміці

Термін від ІМ	Неприхильні до лікування (n=25)	р	Прихильні до лікування (n=27)	р
Індекс маси міокарда, г/м ²				
ІМ	120,50±7,06		132,5±6,5	
6 міс.	124,30± 7,09	НД	130,9± 8,01	НД
12 міс.	98,70±14,50	0,050	116,09±10,7	НД
24 міс.	49,90±14,10	0,000	87,9±14,6	0,019
Відносна товщина стінок, од.				
ІМ	0,50±0,02		0,50±0,02	
6 міс.	0,53±0,02	0,025	0,47±0,02	0,040
12 міс.	0,54±0,02	НД	0,47±0,02	НД
24 міс.	0,56±0,03	НД	0,46±0,02	НД

Примітка. НД – різниця показників не достовірна.

ВИСНОВКИ 1. У жінок спостерігається недостатній рівень прихильності до наступної вторинної профілактики на амбулаторному етапі лікування й у більшості з них зберігається лише часткова прихильність, особливо через рік після перенесеного ІМ.

2. Встановлено дуже низьку прихильність до немедикаментозних методів вторинної профілактики та заходів із корекції факторів ризику і модифікації стилю життя.

3. Отримані результати ще раз вказують на необхідність оптимізації організаційно-профілактичних заходів на амбулаторному етапі. Можливо стратегія переходу в роботі з пацієнтами від "комплаєнсу до конкордансу" дозволить покращити вторинну профілактику інфаркту міокарда.

Перспективи подальших досліджень полягають в оптимізації менеджменту інфаркту міокарда на амбулаторному етапі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах : посібник / за ред. А. П. Дорогой, Т. С. Манойленко, І. Л. Ревенько, Г. М. Дорохіна. – К., 2017. – 190 с.

2. Дудник С. Серцево-судинні захворювання в Україні: прогнози – невтішні / С. Дудник // Ваше здоров'я. – 2015. – № 1–2. – С. 18–19.

3. Коваленко В. М. Срес і хвороби системи кровообігу : посібник / за ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. – К., 2015. – 207 с.

4. Trends in myocardial infarction secondary prevention: The National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES), 1999–2012. / N. S. Shah, M. D. Huffman, H. Ning, D. M. Lloyd-Jones // Journal of American Heart Association. – 2015. – No. 4. – P. 1–12.

5. Пархоменко Н. А. Новое слово в комбинированной терапии ишемической болезни сердца / Пархоменко Н. А. // Здоров'я України. – 2017. – № 5. – С. 12–13.

6. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation // European Heart Journal. – 2017. – P. 1–66.

Отримано 04.01.18

©М. V. Hrebenyk, O. I. Levchyk, O. I. Kotsyba, V. R. Mykulyak, L. Yu. Bidovanets, V. A. Dudarenko
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

WOMEN'S LONG-TERM SECONDARY PREVENTION ADHERENCE AFTER THE MYOCARDIAL INFARCTION

Summary. The myocardial infarction (MI) is the reason of high mortality, disability and significant financial charges all over the world. Every year in Ukraine more than 50 thousand incidences of MI, and 50 % of these patients die for next 5 years. Thus, the optimization of secondary prevention arrangements (such as life style modification, the following medicine therapy adherence) has the key meaning in these patients' survival. Though the compliance in any diseases can be reached only in 20–57 % of incidences, and the literature affirms the sex influence on its level.

The aim of the study – the multimentional evaluation of the women's treatment adherence in post-infarction period.

Materials and Methods. 408 women with acute coronary syndrome of 46–94 years (average age (71.30 ± 0.44) years) were observed. The dynamic of the examined indexes after 6, 12, and 24 months could be followed in 52 patients. 2 groups were established accordingly to Morisky-Greens' application (Morisky D.E., Green L.W., 1986): I (first) – 27 persons were adhered, the average age (65.26±0.44) year and the second (II) – unadhered 25 persons, the average age (68.52±1.88) year. The analysis and the estimation of the clinical, laboratory and instrumental indexes were provided.

Results and Discussion. The comorbidity with arterial hypertension and diabetes mellitus type 2 and the overdue weight were detected in all observed women. Women from the group I were hospitalized earlier (within (15.37±4.9) hours) than in group II ((6.45±18.9) hours) with bigger part of revascularization – 28.8% versus 5.7 % ; major myocardial necrosis mass; higher indexes of systolic and diastolic blood pressure (160±6.06) and (95.6±2.66) versus (153±6.11) and (89.4±2.37) mm Hg and lower cholesterol

level – (5.59±2.99) versus (6.46±2.77) $\mu\text{mol/l}$. In dynamics the significant decreasing of the heart rate, systolic and diastolic blood pressure levels and the general cholesterol level were detected and the Echo-indexes approach to the proper normal myocardial geometry.

Conclusions. Women's insufficient adherence level to the following secondary prevention in ambulatory treating stage was observed and mostly only the partly adherence is steel preserved, especially in a year after the MI. Very low adherence to the non-pharmacologic secondary prevention methods and correction risk factors and life style modification arrangements were established. Received results once more assure on necessity of the organization and prevention optimization arrangements on the ambulatory stage. Possibly the regression strategy in patients qualification from "compliance to concordance" allows to advance the secondary MI prevention.

Key words: acute coronary syndrome; myocardial infarction; compliance; treating adherence; secondary prevention; heart remodeling.

©М. В. Гребеник, Е. И. Левчик, А. И. Коцюба, В. Г. Микуляк, Л. Ю. Бидованець, В. А. Дударенко
ВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского"

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЖЕНЩИН К ДЛИТЕЛЬНОЙ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Резюме Инфаркт миокарда (ИМ) является причиной высокой смертности, инвалидизации и значительных финансовых затрат во всех странах мира. В Украине ежегодно регистрируют около 50 тыс. случаев ИМ, 50 % из этих пациентов умирают в течение последующих 5 лет. Поэтому оптимизация мер вторичной профилактики (модификация стиля жизни, приверженность к дальнейшей медикаментозной терапии) имеет ключевое значение в выживаемости этих пациентов. Однако комплаенс при любых заболеваниях удается достичь толь у 20–57 % случаев, по данным литературы, пол имеет влияние на его уровень.

Цель исследования – многофакторная оценка приверженности женщин к лечению в послеинфарктный период.

Материалы и методы. Обследовано 408 женщин с острым коронарным синдромом в возрасте от 46 до 94 лет (средний возраст (71,30±0,44) года). Динамику исследуемых показателей через 6; 12; 24 месяца удалось проследить у 52 пациенток. Согласно анкеты Morisky–Green (D. E. Morisky, L. W. Green, 1986), выделены две группы: первая (I) – приверженные 27 человек – средний возраст (65,26±0,44) года и вторая (II) – неприверженные 25 человек – средний возраст (68,52±1,88) лет. Далее проведен анализ и оценка клинико-лабораторных и инструментальных показателей.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех женщин присутствует сопутствующая патология в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа, избыточный вес тела. Женщины первой группы быстрее госпитализировали в стационар (через (15,37±4,9) ч), чем второй группы (через (6,45±18,9) ч) с большей долей реваскуляризации – 28,8 % против 5,7 %; большей массой некроза миокарда; более высокими исходными показателями систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (160±6,06) и (95,6±2,66) против (153±6,11) и (89,4±2,37) мм рт. ст., и более низким уровнем общего холестерина – (5,59±2,99) против (6,46±2,77) ммоль/л. В динамике в этой группе обнаруживалось достоверное снижение ЧСС, САД и ДАД и общего уровня холестерина и приближение показателей эхокардиоскопии к нормальной геометрии миокарда.

Выводы. У женщин наблюдается недостаточный уровень приверженности к следующей вторичной профилактике на амбулаторном этапе лечения и в большинстве из них сохраняется только частичная приверженность, особенно через год после перенесенного ИМ. Установлено очень низкую приверженность к немедикаментозным методам вторичной профилактики и мероприятий по коррекции факторов риска и модификации образа жизни. Полученные результаты еще раз указывают на необходимость оптимизации организационно-профилактических мероприятий на амбулаторном этапе. Возможно стратегия перехода в работе с пациентами от "комплаенса к конкордансу" позволит улучшить вторичную профилактику инфаркта миокарда.

Ключевые слова: острый коронарный синдром; инфаркт миокарда; комплаенс; приверженность к лечению; вторичная профилактика; ремоделирования сердца.