

КОМОРБІДНІСТЬ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Резюме. У сучасній клінічній практиці лікарю все частіше випадає мати справу із поєднанням двох і більше захворювань в одного пацієнта. Такі стани називають коморбідними, супутньою патологією, чи асоційованими захворюваннями. Особливо актуально це для хворих з інфарктом міокарда (ІМ), оскільки серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються однією з основних причин смерті як в Україні, так і у світі (World Heart Federation, WHF, 2017).

Мета дослідження – встановити частоту наявності та структуру коморбідності у пацієнтів з інфарктом міокарда (ІМ) та її вплив на прихильність до подальшого лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 152 хворих на ІМ віком від 38 до 89 років, у середньому (60,66±0,86) року (52 жінки та 100 чоловіків), яких поділили відповідно до анкетування Morisky–Green на дві групи: перша – прихильні до лікування (n=77), друга група – неприхильні до лікування (n=75). Визначали індекси коморбідності Charlson та CIRS.

Результати досліджень та їх обговорення. В обох групах виявлено фактори ризику та у 84 % супутню патологію з індексом Чарльстона – (5,81±1,78) бала, а CIRS – (9,32±2,79) бала, найбільшу частку склали хвороби органів травлення. При порівнянні між групами за однакової кількості коморбідної патології ((5,66±0,19) та (5,96±0,24) бала Charlson, p>0,05) у пацієнтів другої групи – тяжчий перебіг із глибшим ураженням органів та систем (CIRS – (8,23±0,25) проти (10,43±0,34) бала, p<0,001), що знижує рівень прихильності до призначеної терапії.

Висновки. У пацієнтів з інфарктом міокарда досить часто виявляється коморбідна патологія, проте при однаковій кількості супутніх хвороб у різних хворих тяжкість та глибина ураження органів і систем є різною. Наявна поєднана патологія має вплив на прихильність до терапії. Визначення індексів Charlson та CIRS дає можливість передбачити рівень комплаєнсу індивідуально в кожного пацієнта та вжити заходів для збільшення його рівня.

Ключові слова: коморбідність; інфаркт міокарда; прихильність до лікування; комплаєнс; індекс коморбідності Charlson; індекс коморбідності CIRS.

ВСТУП У сучасній клінічній практиці лікарю все частіше випадає мати справу із поєднанням двох і більше захворювань в одного пацієнта. Такі стани називають коморбідними, супутньою патологією, чи асоційованими захворюваннями [1–3]. Особливо актуально це для хворих з інфарктом міокарда (ІМ), оскільки серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються однією з основних причин смерті як в Україні, так і у світі (World Heart Federation, WHF, 2017).

Наявна супутня патологія утруднює як діагностику (стертість клінічної картини, полісимптомність, атипів прояви), лікування (наявність протипоказань до застосування сучасних методів терапії), так і здійснення засобів вторинної профілактики (зниження комплаєнсу). А одночасне призначення великої кількості лікарських препаратів унеможливує контроль за ефективністю терапії, збільшує матеріальні витрати пацієнтів, підвищує вірогідність розвитку побічних ефектів лікарських препаратів [4, 5]. Усе це в цілому значно знижує рівень прихильності до призначеної терапії у післяінфарктному періоді. Так, за даними деяких дослідників, при виписці зі стаціонару лише 33 % повністю виконують усі лікарські призначення, 56 % проводять вибірково, а 11 % не виконують жодного із призначень [6]. Отже, існує необхідність пошуку методів оптимізації організаційно-профілактичних заходів на амбулаторному етапі. Різнобічне дослідження факторів, що впливають на комплаєнс, зокрема такого як коморбідність, допоможе виявити пацієнтів, котрим потрібна більш наполеглива тактика ведення в післяінфарктному періоді.

Метою дослідження було встановити частоту наявності та структуру коморбідності у пацієнтів з інфарктом міокарда (ІМ) та її вплив на прихильність до подальшого лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 152 хворих на ІМ віком від 38 до 89 років, у середньому (60,66±0,86) року (52 жінки та 100 чоловіків), які перебували на стаціонар-

ному лікуванні в міському кардіологічному центрі. Усім проведено клініко-лабораторні, інструментальні обстеження та верифіковано діагноз ГКС з елевацією/без елевації сегмента ST, згідно з рекомендаціями ESC (2012/2016).

На госпітальному етапі усім пацієнтам призначали препарати базової терапії, відповідно до існуючих протоколів лікування, за винятком випадків, де ці засоби були протипоказані або неможливі через ускладнення.

Прихильність до лікування оцінювали за анкету Morisky–Green (D. E. Morisky, L. W. Green, 1986). Прихильними вважали хворих, які набрали 4–3 бали, а неприхильними – 0–2. Оцінку коморбідності проводили за допомогою спеціальних індексів – індексу коморбідності Charlson (M. E. Charlson, 1987), та CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). Перший являє собою бальну оцінку (від 0 до 40) наявності певних супутніх захворювань та використовується для прогнозу летальності у найближчі 10 років. При його розрахунку підсумовували бали, що відповідають певним супутнім захворюванням, та додається ще 1 бал на кожні 10 років після 40-річного віку (40–49 років – 1 бал; 50–59 років – 2 бали і т. д.). Кількість балів, яку отримали, дає можливість провести прогноз смертності, яка при відсутності коморбідності складає 12 %; при 1–2 бали – 26 %; 3–4 – 52 %, а при сумі більше 5 балів – 85 %.

Використання двох індексів для оцінки коморбідності дозволяє оцінити загальний статус пацієнта із різних боків – поширеність захворювань, їх тяжкість, вплив на 10-річну виживаність, що варто враховувати при виборі лікувальної тактики ведення.

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±m), із медіаною між 25–75 персентилів, 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 критерій Манна–Уїтні. Відмінності вважали достовірними при рівні значимості $>95\%$ ($p < 0,05$). В межах однієї групи динаміку оцінювали за допомогою парного t-критерію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтів поділили на дві групи відповідно до анкетування Morisky–Green: перша група – прихильні до лікування ($n=77$), друга – неприхильні 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 з групи прихильних до лікування були госпіталізовані на 13 год раніше, ніж хворі з другої – $(16,49 \pm 4,02)$ год проти $(29,30 \pm 7,21)$ год, що мало вплив на проведення методу ендovasкулярного відновлення коронарного кровотоку. В 61 % пацієнтів першої групи було проведено перкутанне коронарне втручання (ПКВ), а у другій лише в 25 %, що зумовлено великою тривалістю періоду від початку симптомів до госпіталізації.

Із анамнезу відомо, що у 22 % із усіх обстежених уже був ІМ і в більшості були наявні фактори ризику. Так, артеріальна гіпертензія (АГ) виявлена у 83 % пацієнтів тривалістю в середньому $(13,2 \pm 0,82)$ року; цукровий діабет (ЦД) – 26,3 % тривалістю $(8,7 \pm 1,06)$ року; тютюнокуріння виявлено у 27 % чоловіків, із інтенсивністю $(22,9 \pm 1,8)$ пачко/року; надмірна маса тіла – середні показники індексу маси – $(28,5 \pm 0,57)$ кг/м². Окрім того, у 84 % пацієнтів крім факторів ризику була наявна різноманітна супутня патологія (рис. 1).

Як видно з рисунка 1, найбільша частка належить (окрім АГ та ЦД) хворобам органів травлення та судинній патології (половина із яких інсульти). Трохи менше було хвороб органів дихання, зокрема ХОЗЛ, ревматичних хвороб, фібриляції передсердь, а патології щитоподібної залози, нирок та онкологічних хвороб виявлено всього кілька відсотків. Усе разом, наявні фактори ризику та чисельні коморбідні стани, значно ускладнюють перебіг ІМ та вимагають від лікаря індивідуалізованого підходу до лікування кожного пацієнта, а особливо до вторинної профілактики та підтримання рівня прихильності до призначеної терапії.

При оцінці коморбідності встановлено, що індекс Charlson є на достатньо високому рівні – $(5,81 \pm 1,78)$ бала, оскільки середній вік пацієнтів, які увійшли в дослідження – $(60,66 \pm 0,86)$ року, максимальний сягав 89 років. Показники зазначеного індексу коливались від 1 бала (1 пацієнт) до 11 (1 пацієнт), і хоча в обох групах середнє значення достовірно не відрізнялось, структура була різною (рис. 2).

На рисунку 2 видно, що у групі прихильних до лікування (перша) переважали пацієнти з меншою кількістю супутніх патологій – переважно 4 та 5 балів індексу коморбідності, на відміну від другої групи – переважно 6 та 7 балів. Серед хворих, неприхильних до терапії, були зафіксовані навіть 10 та 11 балів оцінюваного індексу.

Застосування наступного індексу в оцінці коморбідності дозволило визначити не тільки наявність поєднаної патології, а й її тяжкість. Середній індекс коморбідності CIRS серед пацієнтів дослідження склав $(9,32 \pm 2,79)$ бала. Більшість хворих при наявній супутній патології мала 2 бали – супутня патологія, що потребує призначення медикаментозної терапії. Однак порівнюючи рівень цього показника між двома групами, виявилось, що у пацієнтів, неприхильних до лікування, індекс CIRS достовірно вищий більш ніж на 2 бали (рис. 3).

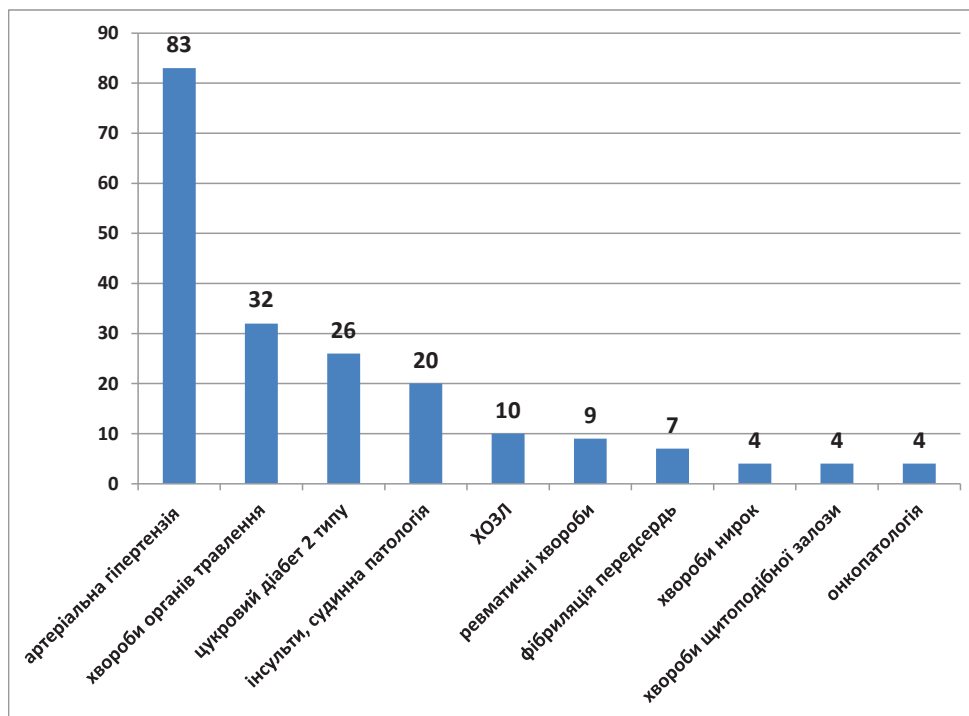


Рис. 1. Розподіл коморбідних станів у пацієнтів з інфарктом міокарда, %.

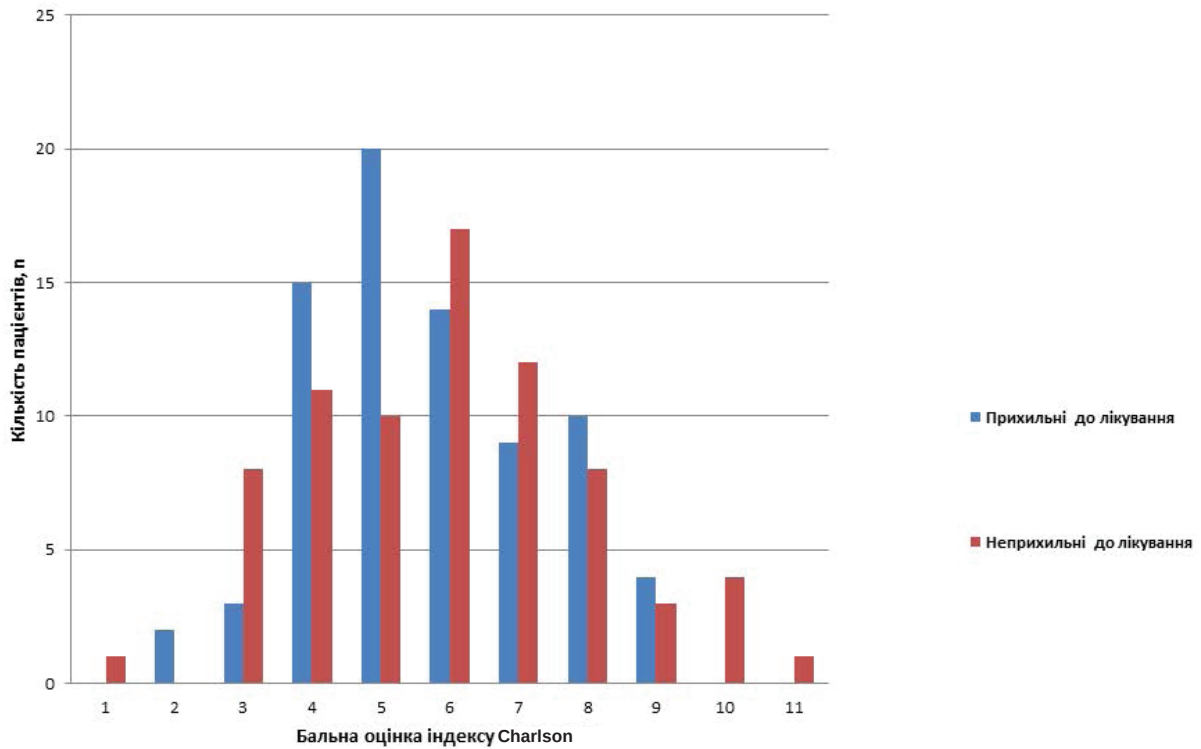


Рис. 2. Поділ пацієнтів залежно від суми балів індексу коморбідності Charlson.

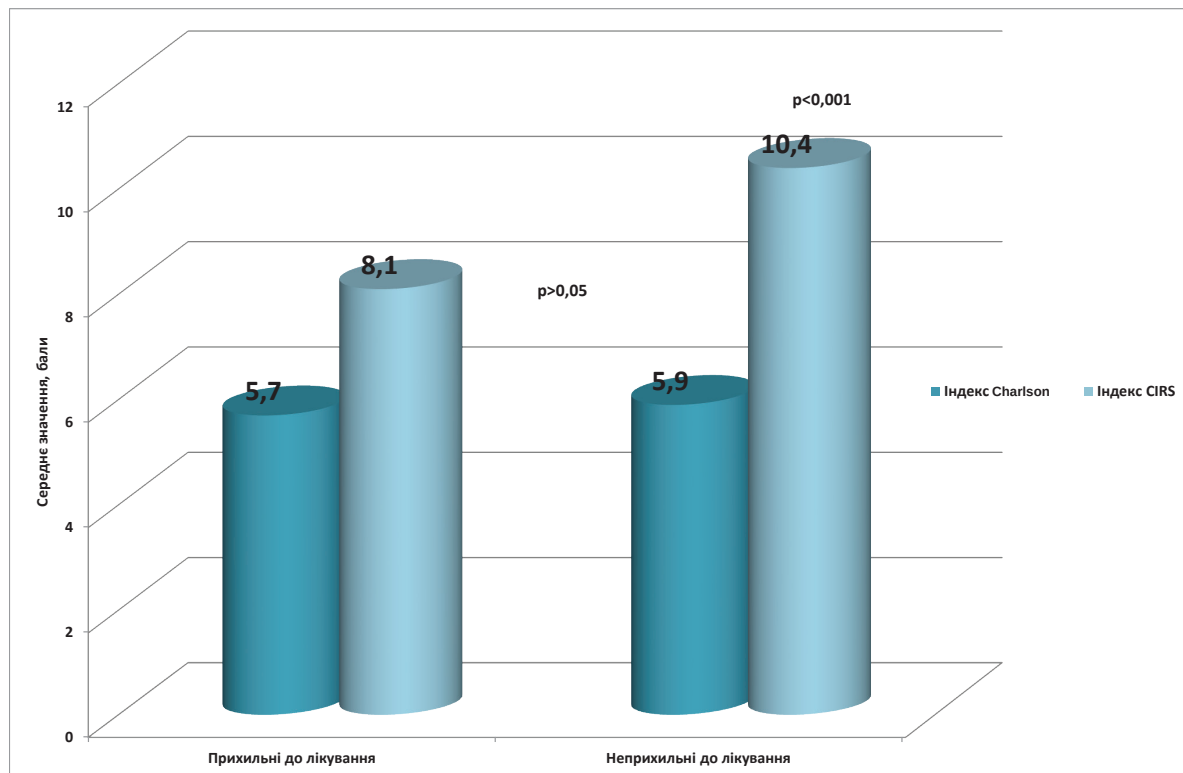


Рис. 3. Порівняння індексів коморбідності між двома групами хворих на ІМ.

Тобто при однаковій кількості супутніх хвороб в обох групах дослідження серед пацієнтів другої групи спостерігається коморбідність із тяжчим перебігом, глибшим

ураженням органів та систем, що знижує рівень прихильності до призначеної терапії. Своєчасне визначення розрахункових індексів коморбідності (Charlson та

CIRS) дає змогу на практиці диференційовано підійти до терапії пацієнтів після ІМ. Разом із тим, аргументовано доводить важливість і необхідність на індивідуальному рівні, враховувати коморбідність для визначення ефективної лікувальної стратегії, модифікації усіх потенційних чинників ризику та підтримання достатнього комплаєнсу.

ВИСНОВКИ 1. У пацієнтів із інфарктом міокарда досить часто виявляється коморбідна патологія.

2. При однаковій кількості супутніх хвороб у різних

пацієнтів тяжкість та глибина ураження органів і систем є різними.

3. Наявна коморбідна патологія у хворих після інфаркту міокарда має вплив на прихильність до терапії. Визначення індексів Charlson та CIRS дає можливість передбачити рівень комплаєнсу індивідуально в кожного пацієнта та вжити заходів для збільшення його рівня.

Перспективи подальших досліджень Оптимізувати ведення післяінфарктного періоду з урахуванням рівня коморбідності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коломоєць М. Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М. Ю. Коломоєць, О. О. Вашеняк // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 4 (90), Т. VII/VIII. – С. 23–27.
2. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – Vol. 15 (6). – P. 165–166.
3. Caughey G. E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / G. E. Caughey, E. E. Roughead // J. Comorbidity. – 2011. – Vol. 1. – P. 8–10.
4. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднев, А. О. Несен [та ін.]. // Укр. терапевт. журнал. – 2013. – № 1. – С. 102–107.
5. Фадєєнко Г. Д. Коморбідність та інтегративна роль терапії внутрішніх хвороб / Г. Д. Фадєєнко, А. О. Несен // Укр. терапевт. журн. – 2015. – № 2. – С. 7–15.
6. Коваль Е. А. Інновації во вторичній профілактиці серцево-судинних захворювань: полипил Тритомия / Е. А. Коваль, А. Н. Пархоменко // Здоров'я України. – 2017. – № 20. – С. 14–15.

Отримано 04.04.18

©О. І. Levchyk

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

COMORBIDITY AND ITS IMPACT ON THE ADHERENCE TO FURTHER TREATMENT IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Summary. In modern clinical practice, the doctor is increasingly faced with a combination of two or more diseases in one patient. Such states are called comorbid, concomitant pathologies, or associated diseases [1–3]. This is especially true for patients with myocardial infarction (MI), since cardiovascular disease (CVD) remains one of the main causes of death in Ukraine and in the world (World Heart Federation, WHF, 2017).

The aim of the study – to set the frequency and the structure of comorbidity in patients with myocardial infarction (IM) and its effect on adherence to further treatment.

Materials and Methods. We examined 152 patients with MI, aged 38 to 89 years, on average (60.66±0.86) years (52 women and 100 men) who were divided according to the Morisky-Green questionnaire by two groups: the first – adherent to treatment (n=77), the second group – not adherent to treatment (n=75). The Charlson and CIRS comorbidity indices were determined.

Results and Discussion. Both groups identified risk factors and 84% of the concomitant pathology, with the Charleston index – (5.81±1.78), and CIRS (9.32±2.79) points, the largest proportion of diseases of the digestive system. When comparing between groups for the same amount of comorbid pathology (5.66±0.19) and (5.96±0.24) points of Charlson, p<0.05) in patients in the second group a heavier course with deeper damage to organs and systems (CIRS – (8.23±0.25) versus (10.43±0.34) points, p<0.001), which reduces the level of adherence to the prescribed therapy.

Conclusions. Patients with myocardial infarction often have a comorbidity, but with the same number of concomitant diseases in different patients, the severity and depth of damage to organs and systems are different. The present combined pathology has an effect on adherence to therapy. Determining the Charlson and CIRS indices allows you to predict the level of compliance individually for each patient and take measures to increase its level.

Key words: comorbidity; myocardial infarction; adherence to treatment; Compliance; Charlson Comorbidity Index; CIRS comorbidity index.

©Е. И. Левчик

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»

КОМОРБИДНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДАЛЬНЕЙШЕМУ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Резюме. В клинической практике врачу все чаще приходится иметь дело с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Такие состояния называют коморбидными, сопутствующей патологией, или ассоциированными заболеваниями. Особенно актуально это для больных с инфарктом миокарда (ИМ), поскольку сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из основных причин смерти как в Украине, так и в мире (World Heart Federation, WHF, 2017).

Цель исследования – установить частоту наличия и структуру коморбидности у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и её влияние на приверженность к дальнейшему лечению.

Материалы и методы. Обследовано 152 больных ИМ в возрасте от 38 до 89 лет, в среднем $(60,66 \pm 0,86)$ лет (52 женщины и 100 мужчин), которых разделили в соответствии с анкетированием Morisky–Green на две группы: первая – приверженные к лечению ($n=77$), вторая группа – неприверженные к лечению ($n=75$). Определяли индексы коморбидности Charlson и CIRS.

Результаты исследований и их обсуждение. В обеих группах выявлены факторы риска и у 84 % сопутствующую патологию с индексом Charlson $(5,81 \pm 1,78)$ балла, а CIRS – $(9,32 \pm 2,79)$ балла, наибольшую долю составили болезни органов пищеварения. При сравнении между группами при равенстве коморбидной патологии $(5,66 \pm 0,19)$ и $(5,96 \pm 0,24)$ балла Charlson, $p > 0,05$) у пациентов второй группы течение более тяжелое с глубоким поражением органов и систем (CIRS – $(8,23 \pm 0,25)$ против $(10,43 \pm 0,34)$ бала, $p < 0,001$), что снижает уровень приверженности к назначенной терапии.

Выводы. У пациентов с инфарктом миокарда довольно часто фиксируется коморбидная патология, однако при одинаковом количестве сопутствующих болезней у разных больных, тяжесть и глубина поражения органов и систем различна. Имеющаяся сочетанная патология влияет на приверженность к терапии. Определение индексов Charlson и CIRS дает возможность предсказать уровень комплаенса индивидуально у каждого пациента и принять меры для увеличения его уровня.

Ключевые слова: коморбидность; инфаркт миокарда; приверженность к лечению; комплаенс; индекс коморбидности Charlson; индекс коморбидности CIRS.