



А.В. Ягеньский^{1,2}, Є.Х. Заремба¹, Л.П. Духневич³, І.М. Січкарук³, А.Я. Базилевич¹

СТАН МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
²Волинський обласний центр кардіоваскулярної патології та тромболізу,
³Луцька міська клінічна лікарня

Ключові слова: інфаркт міокарда, медикаментозне лікування, кардіолог, прихильність до лікування.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, медикаментозное лечение, кардиолог, приверженность лечению.

Key words: myocardial infarction, medical treatment, cardiologist, adherence to treatment.

Стан медикаментозного лікування та якість спостереження пацієнтів на амбулаторному етапі після інфаркту міокарда вивчали у 333 пацієнтів, рандомізованих з 912, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу інфаркту міокарда у 2000–2005 рр. у Луцькій міській клінічній лікарні. В домашніх умовах проводили анкетування, вимірювання артеріального тиску, антропометричних параметрів. Лабораторно-інструментальні обстеження проводили в умовах клініки. 15,6% пацієнтів не вживали ліків після інфаркту міокарда. Частка пацієнтів, які не застосовували медикаментів збільшувалась із подовженням часу після нього (3,0% – до року після інфаркту міокарда, 16,4% – від 1 до 3, 18,6% – більше 3 років). β-блокатори застосовували 49,8% пацієнтів, аспірин – 51,1%, ІАПФ – 52,6%, БРА – 1,5%, нітрати – 21,0%, діуретики – 25,5%, статини – 10,5%, блокатори кальцієвих каналів – 11,4%. Більшість пацієнтів регулярно обстежувались у лікаря з приводу хвороб серцево-судинної системи на амбулаторному етапі та стежили за рівнем артеріального тиску, глюкози крові та загального холестерину. Пацієнти, які спостерігались у кардіолога, частіше застосовували β-блокатори (70,7% порівняно з 52,5%), аспірин (52,8% та 37,9%) і статини (12,2% та 5,8%) та мали нижчі рівні САТ, ЧСС, загального холестерину та краще скореговані рівні ЛПНЩ та ЛПВЩ. Медикаментозне лікування та якість спостереження пацієнтів після інфаркту міокарда в більшості випадків, особливо з подовженням часу після нього, не відповідають рекомендаціям.

Состояние медикаментозного лечения и качество наблюдения пациентов на амбулаторном этапе после инфаркта миокарда изучали у 333 пациентов, рандомизированных из 912, которые были на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда в 2000–2005 гг. в Луцкой городской клинической больнице. В домашних условиях проводили анкетирование, измерение артериального давления, антропометрических параметров. Лабораторно-инструментальные исследования проводили в условиях клиники. 15,6% пациентов не принимали лекарств после инфаркта миокарда. Доля пациентов, которые не принимали медикаментов, растет с увеличением времени после него (3,0% – до года после инфаркта миокарда, 16,4% – от 1 до 3, 18,6% – больше 3 лет). β-блокаторы использовали 49,8% пациентов, аспирин – 51,1%, ИАПФ – 52,6%, БРА – 1,5%, нитраты – 21,0%, диуретики – 25,5%, статины – 10,5%, блокаторы кальциевых каналов – 11,4%. Большинство пациентов регулярно обследовались у врача по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы на амбулаторном этапе и контролировали уровни артериального давления, глюкозы крови и общего холестерина. Пациенты, которые наблюдались у кардиолога, чаще использовали β-блокаторы (70,7% против 52,5%), аспирин (52,8% и 37,9%) и статины (12,2% и 5,8%) и имели более низкие уровни САД, ЧСС, общего холестерина и лучше скоррегированные уровни ЛПНП та ЛПВП. Медикаментозное лечение и качество наблюдения пациентов после инфаркта миокарда в большинстве случаев, особенно с продолжением времени после него, не отвечает рекомендациям.

The assessment of state of medical treatment and quality monitoring was provided among of 333 patients (pts) who were randomized from 912 pts discharged from Lutsk City Hospital after acute myocardial infarction (MI) in 2000-2005. Home-based questionnaire, physical examination (blood pressure (BP) and anthropometric measurement) was performed at home. Laboratory tests were done at the clinic. 15,6% of pts after MI didn't take medicines. Proportion of pts who didn't use medical treatment increased with extending time after MI (3,0% - during one year after MI, 16,4% - from one up to three years, 18,6% - more than three years). β-blockers took 49,8% of pts, aspirin - 51,1%, ACEI - 52,6%, ARB - 1,5%, nitrates - 21,0%, diuretics - 25,5%, statins - 10,5%, Ca²⁺ antagonists - 11,4%. Most of pts regularly observed the doctors and monitored BP, cholesterol and blood glucose level in outpatient period after MI. Pts under cardiologist supervision more frequently used β-blockers (70,7% vs 52,5%), aspirin (52,8% vs 37,9%) and statins (12,2% vs 5,8%) and had lower SBP, HR, total cholesterol and HLD, LDL levels. Medical treatment and monitoring quality are insufficient and differ significantly from the recommended for pts after MI. Active efforts in guidelines implementation should be made to improve situation.

Поширеність серцево-судинної патології серед населення України зросла протягом останніх 25 років у тричі [1]. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та цереброваскулярні захворювання у 88% визначають рівень смертності від хвороб системи кровообігу, який за останнє десятиріччя збільшився в Україні на 45% [1,2]. Надалі відкритими залишаються питання профілактики серцево-судинних захворювань, рівень якої є неналежним. Звичайно, комплекс немедикаментозних заходів в системі профілактики є першочерговим, але модифікація способу життя в сьогоденних соціо-економічних умовах є такою, що важко піддається корекції, значною мірою залежить не тільки від якості на-

дання медичної допомоги. Водночас, медикаментозна ланка профілактики та спостереження за пацієнтами, особливо після перенесених гострих серцево-судинних станів, теж страждає. Проблема тривалого медикаментозного лікування залишається актуальною не тільки в Україні, але й у високо розвинутих країнах світу [3,4,6,7,9]. Надалі продовжується пошук нових підходів до збільшення прихильності пацієнтів до тривалого лікування після інфаркту міокарда (ІМ), що має на меті зменшити смертність і виникнення повторних гострих серцево-судинних подій і ускладнень у таких пацієнтів.

Особливу групу представляють хворі з ураженням печінки



на фоні метаболічного синдрому та цукрового діабету, зокрема, пацієнти з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП), що є безпосереднім фактором ризику ІХС.

МЕТА РОБОТИ

Оцінити якість медикаментозного лікування та спостереження за пацієнтами на амбулаторному етапі після інфаркту міокарда.

ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проведено в рамках міжнародного проекту з оцінки якості вторинної профілактики у хворих після ІМ, який відбувся у Луцьку, Гдині (Польща) та Санкт-Петербурзі (Росія). У Луцьку з 912 хворих, які знаходились на лікуванні з приводу ІМ в 2000–2005 рр., рандомізовано 333 хворих (234 чоловіка і 99 жінок, середній вік – 62,5±9,8 років). Термін після перенесеного ІМ в середньому становив 2,5±1,6 років. Проект складався з 2 етапів. На першому в домашніх умовах проводили анкетування (67 запитань), вимірювання артеріального тиску (АТ) та антропометричних параметрів. За допомогою анкетування оцінювали наявність у хворого серцево-судинних захворювань і факторів ризику (ФР), рівень знань пацієнтів щодо профілактичних заходів після перенесеного ІМ та їх застосування, прихильність до лікування, обізнаність пацієнтів щодо стану здоров'я, частоту відвідування лікаря і якого саме за спеціальністю тощо. На другому етапі в умовах клініки проводили лабораторні (ліпідограма, С-реактивний білок, цукор крові) та інструментальні (електрокардіографія, варіабельність ритму серця, швидкість поширення пульсової хвилі) обстеження. Окремими факторами ризику враховували цукровий діабет, метаболічний синдром і НАЖХП.

В рамках анкетування у пацієнтів запитували про спеціаліста, у якого вони спостерігаються. Окремо виділялись відповіді: кардіолог, невролог, терапевт (сімейний лікар). В анкету заносили відповіді щодо всіх препаратів, що хворий приймає (торгові назви). Крім того, пацієнтів просили продемонструвати препарати. У випадку, якщо особа не могла цього зробити, препарат до списку не вносили.

Статистичний аналіз виконано за допомогою програми STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA). Результати подано як середнє значення ± стандартне відхилення ($M \pm \sigma$). При нормальному розподілі кількісних перемінних для порівняння 2 груп застосовували t-тест Стьюдента для незалежних категорій. Для перевірки гіпотези про незалежність 2 ознак використовували критерій незалежності хі-квадрат (χ^2).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до рекомендацій, пацієнти, які перенесли ІМ, в обов'язковому порядку за відсутності абсолютних протипоказань повинні застосовувати препарати кардіологічного призначення, основними з яких є аспірин, клопідогрель, статини, β -блокатори, за наявності додаткових показань (артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, хронічна ниркова недостатність тощо) – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА), блокатори кальцієвих каналів, сечогінні, дігосин, нітрати. Хворі не застосовували препарати для лікування НАЖХП.

Згідно аналізу даних, отриманих у нашому дослідженні, частка пацієнтів, які застосовували препарати кардіологічного спектру, склала 84,4% (281 особа). Тобто, практично 1/6 частина пацієнтів (15,6%) взагалі не вживали ліків. При цьому, частка пацієнтів, які не застосовували медикаменти, динамічно збільшувалась із подовженням часу після перенесеного ІМ. Пацієнти в терміні до року після ІМ не вживали ліків в 3,0%, від 1 до 3 – у 16,4%, більше 3 років – у 18,6% ($\chi^2=4,6$; $p=0,09$). Потрібно зазначити, що ці результати відповідають прихильності пацієнтів до лікування, що також зменшувалась із подовженням часу після перенесеного ІМ. Прихильними були 84,9% пацієнтів в терміні до року після ІМ, 62,6% – від 1 до 3 та 60,5% – більше 3 років ($\chi^2=6,9$; $p=0,03$).

β -блокатори застосовували 49,8% пацієнтів, аспірин – 51,1%, ІАПФ – 52,6%, БРА – 1,5%, нітрати – 21,0%, діуретики – 25,5%, статини – 10,5%, блокатори кальцієвих каналів – 11,4% (рис. 1).

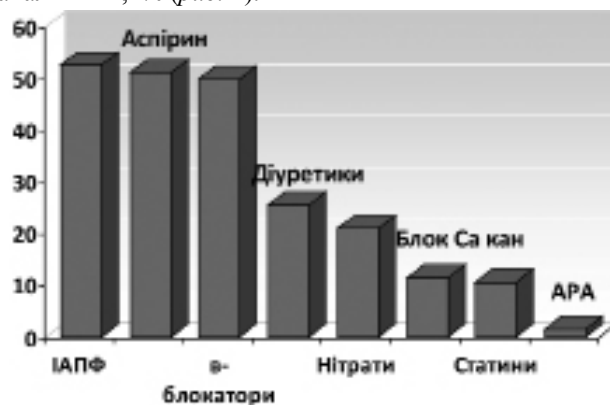


Рис. 1. Застосування основних препаратів кардіологічного спектру пацієнтами, які перенесли ІМ.

Застосування основних рекомендованих груп препаратів з подовженням часу після перенесеного ІМ зменшувалось (табл. 1). При цьому, досить чітка тенденція до зниження частоти застосування з подовженням часу після ІМ прослідковувалась для β -блокаторів і статинів. β -блокатори застосовували 80,8% пацієнтів у перший рік після ІМ, 67,7% – від 1 до 3, 57,1% – більше 3 років ($\chi^2=4,6$; $p=0,08$). Частка пацієнтів, які застосовували статини, в перший рік після ІМ становила 21,2%, від 1 до 3 – 11,7%, через 3 роки після ІМ – 3,5% ($\chi^2=8,8$; $p=0,01$). Різниця не була достовірною для аспірину, проте подібна тенденція також мала місце. Аспірин застосовували 60,6% пацієнтів у перший рік після ІМ, 49,1% – від 1 до 3, 44,2% – більше 3 років. Застосування таких препаратів, як ІАПФ, антагоністів кальцію, діуретиків, нітратів навпаки зростало (табл. 1).

З'ясовано, що 12,1% хворих застосовували по 1 препарату, 17,1% – 2, 23,8% – 3, 17,7% – одночасно застосовували 4 препарати, 12,0% – 5, від 0,3% до 3,9% – від 10 до 6 препаратів відповідно (рис. 2). Кількість застосовуваних препаратів не залежала від часу, що минув після ІМ ($\chi^2=9,9$; $p=0,9$).

Переважає більшість пацієнтів застосовували одночасно від 2 до 4 препаратів, при цьому найчастішим виявилось комбінування 3 засобів – аспірину, β -блокатора та



Застосування груп препаратів залежно від часу, що минув після ІМ

	β-блок.	ІАПФ	Аспірин	Статини	Діуретики	Нітрати	Антагоністи Са
Менше року після ІМ	80,8%	57,7%	60,6%	21,2%	26,9%	9,1%	7,7%
1–3 роки після ІМ	67,7%	68,9%	49,1%	11,7%	34,8%	21,0%	12,4%
Більше 3 років після ІМ	57,1%	77,8%	44,2%	3,5%	34,9%	25,6%	25,4%
p	0,08	0,2	0,1	0,01	0,7	0,1	0,03

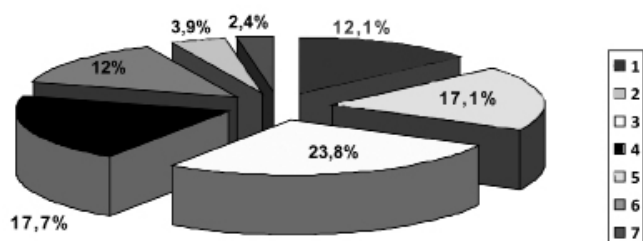


Рис. 2. Частота застосування пацієнтами препаратів кардіологічного спектру дії залежно від кількості.

ІАПФ. Найрідше застосовували БРА і статини. У випадку монотерапії препаратами кардіологічного спектра частіше застосовували β-блокатори (29,4%) та аспірин (26,5%).

Пацієнти, які взяли участь у дослідженні, в цілому досить регулярно відвідували лікаря. Більшість опитаних пацієнтів відповіли, що відвідували лікаря протягом останніх 3 місяців – 61,0%. Протягом останніх півроку лікаря відвідували 16,2%, останнього року – 14,7% пацієнтів. Лише 3,9% і 4,2% пацієнтів відвідували лікаря протягом останніх 2 чи більше років відповідно.

Кардіолога відвідували 54,1% пацієнтів, терапевта – 15,9%, невролога – 1,8%. 8,4% хворих сказали, що не спостерігаються у фахівців зазначених спеціальностей, решта відвідували кардіолога й терапевта (5,7%) або ж кардіолога, терапевта і невролога (3,3%).

Пацієнти досить регулярно стежили за АТ. Так, більшість з них вимірювали АТ протягом останнього місяця – 85,9%, 9,0% – протягом останніх півроку та 3,3% – протягом року. Рівень цукру крові визначали протягом останніх 12 місяців 72,7%, не виконували – 21,3% пацієнтів. Решта хворих (6,0%) відповіли, що не пам'ятають, коли востаннє робили подібне обстеження. Пацієнти, які мали цукровий діабет, відповіли, що визначали рівень цукру крові протягом останнього року у 93,5% випадків. Не виконували таке обстеження останні 12 місяців 6,5% пацієнтів з цукровим діабетом, що загалом є невтішним показником.

Практично половина з опитаних пацієнтів (52,0%) відповіли, що протягом останніх 12 місяців визначали рівень загального холестерину (ЗХ). 30,9% не виконували такий аналіз протягом року, 17,1% хворих не змогли пригадати чи робили таке обстеження.

Отже, більшість пацієнтів регулярно обстежувались у лікаря з приводу хвороб серцево-судинної патології на амбулаторному етапі та стежили за станом АТ, цукру крові, рівнем ЗХ, але жодний з пацієнтів спеціально не обстежувався з приводу ураження печінки при цукровому діабеті 2 типу або метаболічному синдромі.

Від частоти відвідування лікаря залежав стан медикаментозного лікування. Виявлено зростання кількості пацієнтів, які не застосовували лікування з подовженням періоду останнього відвідування лікаря. Так, пацієнти, які були у лікаря протягом останніх 3 місяців, застосовували медикаменти у 90,2%, останні півроку – 83,3%, останнього року – 75,5%, 2 років – 53,9%, більше 2 років – 64,3% випадків ($\chi^2=21,6$; $p=0,0002$) (рис. 3).

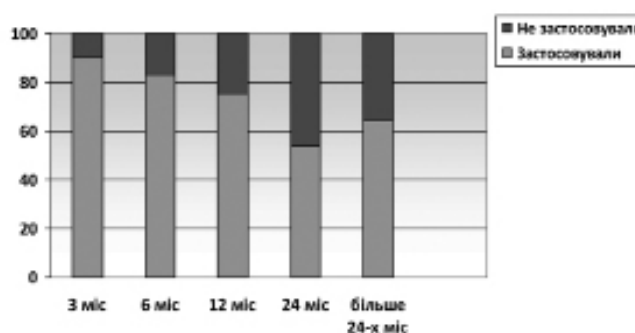


Рис. 3. Застосування пацієнтами медикаментозного лікування кардіологічного спрямування залежно від частоти відвідування лікаря.

Аналіз застосовуваних пацієнтами препаратів за групами, що відображав призначення спеціалістів, продемонстрував, що пацієнти, які відвідували кардіолога, децю частіше застосовували медикаменти (86,2% і 79,3%; $\chi^2=2,3$; $p=0,1$). Виявлено суттєву різницю у частоті прийому β-блокаторів та аспірину серед пацієнтів, які спостерігались у кардіолога, порівняно з іншими спеціалістами. Так, частота застосування β-блокаторів у групі хворих, які відвідували кардіолога, склала 70,7% порівняно з хворими, які відвідували інших спеціалістів, – 52,5% ($\chi^2=6,6$; $p=0,01$), аспірину – 52,8% та 37,9% відповідно ($\chi^2=5,7$; $p=0,02$). Виявлена також тенденція до частішого призначення кардіологами статинів – 12,2% порівняно з 5,8% ($\chi^2=2,8$; $p=0,09$). Частота застосування інших препаратів пацієнтами, які спостерігались та не спостерігались у кардіолога, не відрізнялась.

Якість спостереження пацієнтів оцінювали у групах залежно від спеціаліста, який за ними спостерігав. Порівняли основні клініко-лабораторні параметри пацієнтів, які відвідували кардіолога, відносно інших спеціалістів. Пацієнти, які відвідували кардіолога, мали нижчі рівні систолічного АТ, частоти серцевих скорочень, ЗХ, відзначено також тенденцію до кращої корекції рівнів ліпопротеїдів низької та високої щільності. Різниця в інших досліджуваних параметрах не виявлено. Також не відрізнявся сумарний показник середньої кількості ФР у пацієнтів 2 порівнюваних груп (табл. 2). З іншого



Порівняння основних клініко-медичних параметрів у пацієнтів, які відвідували кардіолога та інших спеціалістів

	Кардіолог	Інші спеціалісти	p
К-сть препаратів/добу, шт	3,11 ± 1,99	2,77 ± 2,24	0,2
К-сть препаратів кардіологічної дії, шт	3,05 ± 1,55	2,67 ± 1,73	0,08
К-сть гіпотенз. препаратів, шт	1,91 ± 0,86	1,76 ± 0,82	0,2
К-сть табл./добу, шт	3,34 ± 1,60	3,00 ± 1,89	0,1
Вага, кг	83,46 ± 15,30	82,54 ± 14,82	0,6
ІМТ, кг/м	29,57 ± 5,19	29,48 ± 4,31	0,9
Окружність талії, см	101,59 ± 12,09	101,21 ± 14,87	0,8
Окружн. талії/стегно	0,98 ± 0,14	0,97 ± 0,15	0,7
САТ, мм рт. ст.	148,58 ± 27,39	156,86 ± 31,34	0,02
ДАТ, мм рт. ст.	89,95 ± 14,66	92,51 ± 16,40	0,2
ЧСС, уд/хв	70,70 ± 12,48	74,91 ± 13,33	0,01
Цукор крові, ммоль/л	5,90 ± 2,34	6,53 ± 3,53	0,1
ЗХ, ммоль/л	5,32 ± 1,26	5,76 ± 1,35	0,04
ЛПНЩ, ммоль/л	3,29 ± 1,14	3,63 ± 1,27	0,08
ЛПВЩ, ммоль/л	1,24 ± 0,40	1,36 ± 0,45	0,07
ТГ, ммоль/л	1,74 ± 1,48	1,70 ± 0,84	0,9
СРБ, ммоль/л	5,19 ± 2,73	4,70 ± 2,65	0,5
Сумарний показник ФР	2,86 ± 1,31	3,02 ± 1,44	0,5

боку, порівняли кількість пацієнтів, які спостерігались у кардіолога, терапевта, невролога, залежно від часу, що минув після гострого ІМ. Виявилось, що частка пацієнтів, які відвідували на амбулаторному етапі кардіолога, прогресивно зменшувалась з подовженням часу після ІМ: 97,0% – до року, 72,9% – від 1 до 3, 67,4% – більше 3 років ($\chi^2=11,1$; $p=0,004$). Частка пацієнтів, які звертались до терапевта, навпаки збільшувалась: 12,1% – до року після ІМ, 31,8% – від 1 до 3, 32,6% – більше 3 років ($\chi^2=5,6$; $p=0,06$). Невролога відвідували від 9,1% пацієнтів, які перенесли ІМ протягом останнього року, до 12,6% – від 1 до 3 та 11,6% – більше 3 років ($\chi^2=0,4$; $p=0,8$). Нагадаємо, що кількість препаратів і якісний склад з подовженням часу після ІМ теж змінювались у бік зменшення та відсутності в призначенні основних рекомендованих медикаментів. Отже, або неналежними були призначення лікарів у даний період, або ця тенденція формувалась самими пацієнтами, які з подовженням часу після ІМ відмовлялись від застосування препаратів цих груп, що збігалось зі зміною лікаря, в якого вони надали хотіли спостерігатись.

Медикаментозне лікування хворих після ІМ знаходиться на неналежному рівні. Менше половини пацієнтів отримують лікування, що ґрунтується на засадах доказової медицини. З іншого боку, 50,6% хворих, які спостерігались у кардіолога протягом постінфарктного періоду, хоча б раз проходили «курси» ін'єкцій таких препаратів, як рібоксин, АТФ, кокарбоксилаза, тіатріазолін, мілдронат. Подібною була ситуація й серед пацієнтів, які відвідували терапевта – 50,0% пацієнтів застосовували зазначені препарати. Слід наголосити, що хворі на цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром у поєднанні з НАЖХП, які застосовували статини, так само припиняли їх приймати, як і хворі на ІХС без супутної патології. Водночас, основні рекомендовані медикаменти застосовували у недостатньому обсязі. Пацієнти, які на амбулаторному етапі відвідували невролога, отримували зазначені препарати значно частіше, порівняно з хворими, які спостерігались іншими

спеціалістами – в 71,7% випадків ($\chi^2=52,4$; $p=0,02$). Отже, стан медикаментозного лікування залежав від спеціаліста, який спостерігав за пацієнтом на амбулаторному етапі, та був на дещо вищому рівні серед пацієнтів кардіолога як за клініко-лабораторними показниками, так і за спектром застосовуваних медикаментів.

Проблема застосування медикаментозного лікування тісно пов'язана з питанням прихильності до лікування. За даними J.N. Rasmussen та співавт. (2007), статини продовжували застосовувати 87,3% пацієнтів через рік після перенесеного ІМ, β -блокатори – 83,9%, антагоністи кальцію – 78,9% хворих. Тобто майже кожний 4–5 пацієнт уже через рік відмовлявся від прийому призначених препаратів, зокрема таких важливих для вторинної профілактики, як статини та β -блокатори. При цьому, виявлено чіткий взаємозв'язок між низькою прихильністю пацієнтів до застосування цих препаратів і смертністю [3]. За даними канадських дослідників, у 2003 році медикаментозні призначення на момент виписки пацієнтів після гострого ІМ були субоптимальними, що збігається з нашими даними. Так, аспірин призначений 65% пацієнтів, β -блокатори – 54%, статини – 21%. Гострою була проблема доз: якщо ІАПФ та аспірин у 90% призначався у оптимальних дозах, то для β -блокаторів цільовими були лише 20% призначень, для статинів – 48% [4]. Простежується загальна тенденція до зниження частоти застосування основних рекомендованих препаратів з подовженням часу після ІМ. Наприклад, виявлено, що через 30 днів після ІМ 85% пацієнтів продовжують застосовувати β -блокатори, через півроку та рік – 63% і 61% відповідно. При цьому, важливе значення має раннє призначення необхідних препаратів та адекватних доз на час виписки, оскільки призначення на амбулаторному етапі виконуються менш ретельно [5]. Порівняння застосування ІАПФ і β -блокаторів після ІМ продемонструвало, що пацієнти припиняли застосовувати ІАПФ через рік у 32% випадків, а через 2 роки – у 50%, β -блокатори – 28% та 47% відповідно. Пацієнти з АГ у переважній більшості



частіше відмовлялись від застосування ІАПФ, ніж від β-блокаторів. Подібно до результатів інших досліджень відзначено виражену тенденцію до припинення лікування з подовженням часу після ІМ [6]. За даними цього ж дослідження виявлено, що жінки та пацієнти, які відчували сімейну підтримку, рідше не дотримувались призначеного лікування. Водночас G. Gislason та співавт. (2006) виявили, що основною проблемою є те, що лікування не призначається одразу в адекватних дозах або призначається на момент виписки в недостатньому обсязі: переважна більшість пацієнтів отримували ліки в половинній від рекомендованої дозі. Запорукою формування тривалої прихильності до лікування є саме влучні призначення препаратів і доз на якомога раніших термінах ІМ [7]. Загалом, проблема призначень препаратів та їх доз, а також тривалого вживання рекомендованих ліків пацієнтами є надалі нерозв'язаною як в Україні, так і в Європейських країнах. І хоча результати досліджень, проведених за кордоном, демонструють прийнятні рекомендації лікування, вони не є достатніми. Данські вчені, за даними публікації 2011 року, виявили, що лише близько 40% пацієнтів з ІХС отримують адекватне лікування, що підтверджується досягненням цільових клінічних показників. При цьому, 92% обстежених пацієнтів отримували аспірин, 100% – статини, 74% – β-блокатори та 64% – ІАПФ [8]. У багатьох публікаціях, присвячених проблемі лікування та спостереження після ІМ, увага акцентується на тому, що в більшості випадків частка пацієнтів, які не застосовують лікування, динамічно збільшується з подовженням часу після ІМ, а також зі збільшенням кількості призначених препаратів [9–11]. Слід зазначити, що зростаюча кількість доказових даних дозволяє стверджувати: НАЖХП є однією з основних причин несприятливого прогнозу у хворих з серцево-судинними захворюваннями [12,13] внаслідок впливу цієї патології на ендотелій судин. Однак лікарі не приділяють уваги цій групі хворих високого кардіоваскулярного ризику і не призначають відповідного лікування.

ВИСНОВКИ

Лікування хворих після ІМ перебуває на неналежному рівні. Менше половини хворих отримують препарати, ефективність яких у покращенні прогнозу не викликає сумніву (β-блокатори – 49,8%, аспірин – 51,1%, статини – 10,5%).

Частка пацієнтів, які застосовували основні рекомендовані медикаменти, зменшувалась з подовженням часу після ІМ, що асоціювалось зі зниженням прихильності до лікування. Хворі високого кардіоваскулярного ризику з супутньою патологією (НАЖХП) на фоні цукрового діабету 2 типу та метаболічного синдрому мали низьку прихильність до лікування.

Загалом, пацієнти регулярно відвідували лікаря на амбулаторному етапі, слідкували за рівнем АТ і виконували необхідні лабораторні обстеження, включаючи обстеження печінки. Стан медикаментозного лікування після ІМ залежав від спеціаліста, який спостерігав за пацієнтом на амбулаторному етапі, та регулярності його відвідувань. Кращі результати лікування, за даними основних клініко-лабораторних показників, відзначено серед пацієнтів, які відвідували кардіолога.

Перспективами подальших досліджень у даному напрямку є вивчення впливу стану медикаментозного лікування та спостереження пацієнтів на їх прогноз після перенесеного ІМ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2007. – №2. – С. 62–63.
2. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Здоров'я України. – 2009. – №21. – С. 58–59.
3. Rasmussen J.N. Relationship between Adherence to Evidence-Based Pharmacotherapy and Long-term Mortality After Acute Myocardial Infarction / J.N. Rasmussen, A. Chong, D.A. Alter // JAMA. – 2007. – Vol. 297 (2). – P. 177–186.
4. Drug Prescription After Acute Myocardial Infarction: Dosage, Compliance, and Persistence / E. Simpson, C. Beck, H. Richard [et al] // American Heart J. – 2003. – Vol. 145(3). – P. 2130–2139.
5. Outpatient adherence to beta-blocker therapy after acute myocardial infarction / J. Bullet, P. Arbogast, R. BeLue [et al] // J Am Coll Cardiol. – 2002. – Vol. 40. – P. 1589–1595.
6. Long-Term Adherence to Evidence Based Secondary Prevention Therapies after Acute Myocardial Infarction / A. Acincigil, J. Bowblis, C. Levin [et al.] // J Gen Intern Med. – 2007. – Vol. 23 (2). – P. 115–121.
7. Long-term compliance with beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and statins after acute myocardial infarction / G. Gislason, J. Rasmussen, S. Abidstrom [et al] // Eur Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1153–1158.
8. Edforts K. Assessment of drug treatment quality in two Danish health-care centers / K. Edforts, S.E. Andersen // Dan Med Bul. – 2011. – Vol. 58 (1). – A4218.
9. Lee H.Y. Use of secondary prevention drug therapy in patients after acute coronary syndrome after discharge / H.Y. Lee, C.E. Cooke, T.A. Robertson // J Manag Care Pharm. – 2008. – Vol. 14. – P. 271–280.
10. Cardiac risk factors, medication and recurrent clinical events after acute coronary disease / S.N. Willich, J. Muller-Nordhorn, M. Kurling [et al] // Eur Heart J. – 2001. – Vol. 22. – P. 307–313.
11. Exposure to potential drug interactions in primary health care / L. Bjerrum, M. Andersen, G. Petersen [et al] // Scand J Prim Health Care. – 2003. – Vol. 21. – P. 152–158.
12. Villanova N. Endothelial dysfunction and cardiovascular risk profile in nonalcoholic fatty liver disease / Villanova N. // Hepatology. – 2005. – Vol. 42. – P. 473–480.
13. Volzke H. Hepatic steatosis is associated with an increased risk of carotid atherosclerosis / Villanova N. // World J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 11. – P. 1848–1853.

Відомості про авторів:

Ягєнський А.В., д. мед. н, керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології та тромболізу, професор каф. сімейної медицини ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Заремба Є.Х., професор каф. сімейної медицини ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Духневич Л.П., к. мед. н., Головний лікар Луцької міської клінічної лікарні.

Січкарук І.М., лікар-кардіолог Луцької міської клінічної лікарні.

Базилевич А.Я., к. мед. н., доцент каф. пропедевтики внутрішньої медицини №1 ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Адреса для листування:

Базилевич Андрій Ярославович. 79013, м. Львів, вул. Коновальця, 22.

Тел./факс: (032) 237 31 14, (050) 317 17 00.

E-mail: abazylevych@ukr.net