

Прихильність до лікування у хворих через рік після гострого інфаркту міокарда із зубцем Q, за даними українського реєстру STIMUL



С.В. Валуєва

Українська військово-медична академія, Київ

Мета роботи — оцінити прихильність хворих до лікування через рік після гострого інфаркту міокарда (ІМ) із зубцем Q та чинники, які асоціюються з поганою прихильністю.

Матеріали і методи. Із 1103 хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС) з елевацією сегмента ST, яких було введено до першого в Україні реєстру ГКС з елевацією сегмента ST «STIMUL», спостереження вели за пацієнтами, які перенесли ІМ із зубцем Q, — на момент виписування зі стаціонару їх було 872. Протягом першого року після ІМ із зубцем Q померли 140 (16,1 %) пацієнтів. З 328 (31,6 %) особами зв'язок втрачено. Група хворих, які залишилися в дослідженні через рік (480 осіб, або 55,1 %), істотно не відрізнялася від загальної групи пацієнтів, уведених на початку дослідження, за винятком більшої частки чоловіків (79,6 та 74,3 % відповідно; $p < 0,05$), хворих із ІМ в анамнезі (28,5 та 24,2 % відповідно; $p < 0,05$), осіб із обтяженою спадковістю (40,2 та 31,8 % відповідно; $p < 0,05$) та тих, кому було проведено реперфузійну терапію (39,6 та 29,39 % відповідно; $p < 0,001$). За даними опитування, першу групу склали 20 хворих, які через (12,0 ± 0,5) міс після виписування зі стаціонару не приймали жодного препарату з доведеним позитивним впливом на прогноз (ацетилсалцилова кислота, клопидогрель, статин, β-адреноблокатор та інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту). До другої групи увійшов 301 хворий, який приймав 1–2 обов'язкових препарати; до третьої — 159 пацієнтів, які приймали 3–5 препаратів. У осіб із різною прихильністю до лікування порівнювали чинники ризику виникнення основних серцево-судинних ускладнень, анамнестичні дані, оцінювали тривалість періоду від початку симптомів до госпіталізації, наявність ознак гострої серцевої недостатності, ризик за шкалою GRACE, частоту проведення реперфузійної та медикаментозної терапії, внутрішньогоспітальні ускладнення.

Результати та обговорення. Протягом року 140 (16,1 %) хворих померли, у 75 (15,6 %) осіб стався повторний ІМ, 121 (25,2 %) пацієнту проведено планові операції з реваскуляризації міокарда. Лише 44 (9,2 %) хворих, уведених до реєстру, протягом року приймали подвійну антитромбоцитарну та ліпідознижувальну терапію. Серед хворих, які не лікувалися за рекомендованою схемою, частота госпіталізації протягом 12 міс з приводу повторних нефатальних ІМ була найбільшою (30,0 %) і найменшою — в разі регулярної терапії в повному обсязі (6,3 %; $p < 0,001$).

Висновки. Через 12 міс після гострого ІМ із зубцем Q подвійну антитромбоцитарну терапію продовжили приймати 14,4 % хворих, ліпідознижувальну — 24,2 %, β-адреноблокатори — 63,3 %, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту — 53,1 %. Жодного з п'яти препаратів не приймали 20 (4,2 %) хворих. Відносно краща прихильність до лікування після виписки асоціювалася з молодшим віком, чоловічою статтю та артеріальною гіпертензією в анамнезі.

Ключові слова: інфаркт міокарда, реєстр, однорічне спостереження, прихильність до лікування, прогноз.

За останні десятиліття в розвинених країнах світу рівень смертності після інфаркту міокарда (ІМ) зменшився на третину. Однак, попри по-

зитивну тенденцію, в Європі кожна п'ята людина, яка перенесла ІМ, помирає протягом трьох років після його розвитку [1, 7]. Смертність пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями залежить і від прихильності до лікування [8, 10]. Так, E. Ford дійшов висновку, що дотримання рекомендацій доказової медицини після ІМ та реваскуляризації приводить до зменшення смертності від ішемічної хвороби серця в Північній Америці на 47 % [11].

Стаття надійшла до редакції 8 листопада 2012 р.

Валуєва Світлана Валеріївна, к. мед. н., доцент кафедри 03049, м. Київ, вул. Курська, 13а
E-mail: valuyeva.sv@rambler.ru

Оцінити якість лікування хворих після гострого ІМ, його відповідність вимогам та наслідки недотримання пацієнтами рекомендацій доказової медицини, вплив на найближчий і віддалений прогноз дають змогу спеціальні програми — реєстри [5, 6, 12]. З цією метою було організовано перший український реєстр STIMUL, який передбачає спостереження за пацієнтами протягом двох років [2].

Мета роботи — оцінити прихильність хворих до лікування через рік після гострого інфаркту міокарда із зубцем Q та чинники, які асоціюються з поганою прихильністю.

Матеріали і методи

У реєстр STIMUL уведено 1103 хворих віком ≥ 18 років із гострим коронарним синдромом (ГКС) та елевацією сегмента ST, госпіталізованих у кардіологічні й кардіохірургічні стаціонари Вінниці та Хмельницького (три центри) від січня 2008 р. до червня 2011 р. протягом перших 24 год від моменту розвитку захворювання. Серед них у двох відділеннях мали змогу проводити первинні перкутанні коронарні втручання (ПКВ) [2].

У реєстрі враховували дані всіх пацієнтів із ГКС та елевацією сегмента ST, які дали усну інформовану згоду на участь у дослідженні. За основу протоколу взяли доповнені документи реєстру ГКС Європейського товариства кардіологів [12]. Введення пацієнтів у дослідження не повинно було впливати на стратегію лікування у їх стаціонарі.

Критеріями введення до реєстру вважали: типовий больовий синдром; зміни на електрокардіограмі (підйом сегмента ST ≥ 1 мм не менш ніж у двох суміжних відведеннях чи повну блокаду лівої ніжки пучка Гіса, що з'явилася вперше). Критерії виведення: смерть хворого до госпіталізації; ІМ як ускладнення реваскуляризації.

Із 1103 хворих, залучених у реєстр STIMUL на початку спостереження, ІМ із зубцем Q сформувався у 997 (90,4 %). Тривале спостереження здійснювали саме за цими хворими, решту осіб (ІМ без зубця Q, нестабільна стенокардія) вилучали з дослідження [2, 3]. Крім того, в стаціонарі померли 125 (11,3 %) осіб. Тобто на момент виписування пацієнтів, які перенесли ІМ із зубцем Q і вижили, було 872 особи.

Спостерігали за хворими через 6 та 12 міс шляхом візитів, заповнення анкет, телефонних опитувань та перегляду свідоцтв про смерть у районних відділах РАЦС. Протягом 6 міс померли 64 (7,3 %) особи. Про 328 (31,6 %) пацієнтів інформації отримати не вдалося внаслідок втрати зв'язку із хворим або через брак медичної документації. Таким чином, через рік у дослідженні залишилося 480 (55,1 %) хворих із ІМ із зубцем Q.

У процесі опитування через 12 міс встановлювали, чи продовжували хворі приймати ацетилсалі-

цилову кислоту (АСК), клопідогрель, статин, β -адреноблокатор та інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), тобто препарати з доведеним позитивним впливом на прогноз, рекомендовані Європейським товариством кардіологів для вторинної профілактики після ІМ [8]. Участь у реєстрі передбачала лише формальний аналіз лікування без його корекції.

Пацієнтів із різною прихильністю до лікування порівнювали за статтю, віком, серцево-судинними захворюваннями в анамнезі, частотою випадків високого ризику за шкалою GRACE та виявами гострої серцевої недостатності (СН) другого й більше класів (за Т. Killip і J. Kimball) на момент потрапляння в стаціонар та в госпітальний період, а також з урахуванням госпіталізації з приводу повторного гострого ІМ і частоти летальних наслідків протягом 12 міс.

Порівняння співвідношень проводили за допомогою програми SAS 9.1 for Windows 2000, а середніх величин — за критерієм Стьюдента. Статистично значущою вважали різницю $p < 0,05$.

Результати та обговорення

За даними опитування, першу групу склали 20 хворих, які через 12 міс після виписування зі стаціонару не приймали жодного з п'яти рекомендованих препаратів; другу — 301 пацієнт, який приймав 1–2 препарати; 3-тю — 159, які приймали 3–5 препаратів.

Група хворих (480, або 55,10 %), інформація про яких була відома через 12 міс, за клініко-анамнестичними характеристиками істотно не відрізнялася від початково введених до реєстру (табл. 1). Однак збільшилася кількість чоловіків (79,6 та 74,3 % відповідно; $p < 0,05$), хворих з ІМ у анамнезі (28,5 та 24,2 % відповідно; $p < 0,05$) та з обтяженою спадковістю (40,2 та 31,8 % відповідно; $p < 0,05$).

Через рік у хворих, які залишилися в дослідженні, порівняно з пацієнтами, введеними в реєстр із самого початку, час від початку симптомів до госпіталізації, частота виявлення ГЛШН та частота випадків високого ризику за шкалою GRACE на момент госпіталізації достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) (див. табл. 1).

Проте в групі хворих, опитаних через 12 міс, частота ГЛШН \geq II класу як ускладнення ІМ була меншою, ніж у загальній групі (15,0 та 38,9 % відповідно; $p < 0,001$), за однакової частоти інших серйозних ускладнень госпітального періоду ІМ ($p > 0,05$).

Повторний нефатальний ІМ через рік після ІМ із зубцем Q стався у 75 (15,6 %) із 480 хворих, частіше — у тих, що не отримували реперфузійного лікування (у 117 із 615, або 19,0 %), порівняно із тими, яким проведено ПКВ або тромболізис (у 23 з 257, або 9,0 %; $p < 0,01$). Результати узгоджуються з даними інших авторів. За даними метааналізу

Т а б л и ц я 1

Загальна клінічна характеристика хворих, уведених у реєстр на початку спостереження та опитаних через 12 міс після ІМ із зубцем Q

Показник	Початок спостереження (n = 1103)	Через 12 міс (n = 480)	p
Анамнестичні дані			
Вік (M ± m), роки	58,5 ± 7,6	57,1 ± 6,4	> 0,05
Вік ≤ 75 років	196 (17,8 %)	72 (15,0 %)	> 0,05
Чоловіки	819 (74,3 %)	382 (79,6 %)	< 0,05
Післяінфарктний кардіосклероз	267 (24,2 %)	137 (28,5 %)	< 0,05
Симптоми хронічної СН на момент госпіталізації	251 (22,8 %)	116 (24,2 %)	> 0,05
Артеріальна гіпертензія	845 (76,6 %)	359 (74,8 %)	> 0,05
Гіперхолестеринемія (загальний холестерин ≥ 4,5 ммоль/л)	230 (20,9 %)	122 (25,4 %)	> 0,05
Індекс маси тіла ≥ 30 кг/м ²	353 (32,0 %)	160 (33,3 %)	> 0,05
Обтяжена спадковість	351 (31,8 %)	193 (40,2 %)	< 0,01
Цукровий діабет	280 (25,4 %)	113 (23,5 %)	> 0,05
Дані на час госпіталізації			
Період від початку симптомів до госпіталізації (M ± m), год	5,05 ± 0,28	4,82 ± 0,18	> 0,05
Ризик за шкалою GRACE ≥ 150	381 (34,54 %)	153 (31,86 %)	> 0,05
ГЛШН ≥ II класу за Т. Killip та J. Kimball	256 (23,2 %)	90 (18,8 %)	> 0,05
ГЛШН IV класу за Т. Killip та J. Kimball	39 (3,5 %)	5 (1,0 %)	> 0,05
Медикаментозне та реперфузійне лікування ГКС			
АСК	1055 (95,7 %)	459 (95,6 %)	> 0,05
Клопідогрель	955 (86,6 %)	405 (84,4 %)	> 0,05
Фондапаринукс натрію	516 (46,8 %)	72 (15,0 %)	> 0,05
Нефракціонований гепарин	164 (14,9 %)	67 (14,0 %)	> 0,05
Низькомолекулярний гепарин	350 (31,7 %)	158 (32,9 %)	> 0,05
Реперфузійна терапія	330 (29,9 %)	190 (39,6 %)	< 0,001
Тромболітична терапія	93 (8,4 %)	37 (7,7 %)	> 0,05
Первинні коронарні втручання	237 (21,5 %)	153 (31,9 %)	< 0,001
Ускладнення			
ГЛШН ≥ II класу за Т. Killip та J. Kimball	429 (38,9 %)	72 (15,0 %)	< 0,001
ГЛШН IV класу за Т. Killip та J. Kimball	62 (5,6 %)	13 (2,7 %)	< 0,05
Успішна реанімація	29 (2,6 %)	12 (2,5 %)	> 0,05
Рецидив ІМ	56 (5,1 %)	16 (3,3 %)	> 0,05
Рання післяінфарктна стенокардія	75 (6,8 %)	35 (7,3 %)	> 0,05
Інсульт	7 (0,6 %)	2 (0,4 %)	> 0,05

ГЛШН – гостра лівошлуночкова недостатність.

S. Ellis [7], повторний ІМ реєстрували у 11,3 та 4,3 % відповідно.

Планові ПКВ протягом року проведено 77 пацієнтам (16,0 %), аортокоронарне шунтування – 44 (9,2 %), що менше, ніж у країнах Західної Європи (майже 50 та 25 % відповідно) [1].

Через рік після ІМ із зубцем Q з груп препаратів, які мають доведений вплив на прогноз [8, 10, 11], АСК продовжували приймати 308 (64,2 %), клопідогрель – 78 (16,3 %), два антитромбоцитарних засоби одночасно – 69 (14,4 %) осіб. Статини регулярно вживали 116 (24,2 %), β-адреноблокато-

ри – 304 (63,3 %), інгібітори АПФ – 255 (53,1 %) (рис. 1). Лише 44 (9,2 %) хворих, уведених у реєстр протягом року, продовжили прийом подвійної антиромбоцитарної та ліпідознижувальної терапії. Таким чином, частота прийому АСК протягом року після ІМ із зубцем Q порівняно з призначеннями на момент виписування зі стаціонару зменшилася на 29,3 %, статинів – на 61,1 %, клопідогрелю – на 71,8 %, β-адреноблокаторів – на 32,7 %, інгібіторів АПФ – на 36,0 % (p < 0,001).

Обмеження щодо призначення β-адреноблокаторів (брадикардія, гіпотензія, індивідуальна непе-

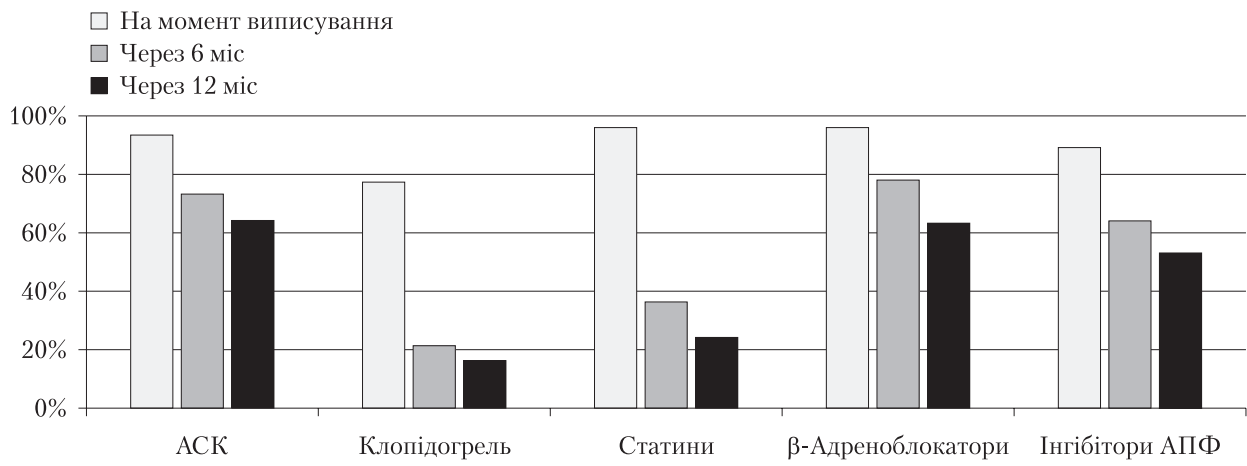


Рис. 1. Частота прийому лікарських засобів хворими на момент виписування зі стаціонару та протягом року спостереження

реносність) спостерігали лише у 39 (14,0 %) пацієнтів. Однак протягом наступного року препарати п'яти груп регулярно приймали лише 11 (2,3 %) осіб, чотирьох — 55 (11,5 %), трьох — 93 (19,4 %), двох — 183 (38,1 %), однієї — 118 (24,6 %). Припинили прийом усіх рекомендованих препаратів 20 (4,2 %) хворих. Отже, через рік після ІМ із зубцем Q прихильність хворих до лікування була дуже низькою.

За даними європейських реєстрів, із пацієнтів, яким рекомендували перед виписуванням зі стаціонару подвійну анти тромбоцитарну та ліпідознижувальну терапію з приводу ІМ, третина припинила приймати, як мінімум, один препарат уже протягом першого місяця, а 12 % — всі три [10]. В іншому дослідженні через 2 роки після ІМ тільки 40 % пацієнтів продовжили лікування статинами [8]. В австралійському реєстрі АСАСІА спостерігали за 3402 пацієнтами після гострого ІМ [9]. Протягом першого

року також виявили істотне зниження частоти прийому основних профілактичних засобів. Так, перед виписуванням АСК та клопідогрель отримували 87,4 та 56,9 % хворих, а через 12 міс — 71,9 і 40,8 % відповідно. За даними Міжнародного реєстру GRACE (12 665 хворих із ГКС), до 13 % пацієнтів після виписки не приймали АСК, клопідогрель — лише кожен третій [6]. За інформацією російського реєстру РЕКОРД, також зменшилася кількість хворих, що лікувалися АСК, на 25 %, клопідогрелем — на 18 %, статинами — на 33 % [5]. За даними В.Й. Целуйко [4], через три роки після ІМ статини та АСК приймали 25,1 та 56,1 % осіб відповідно.

Порівняльну клінічну характеристику пацієнтів із перенесеним ІМ із зубцем Q і частоту високого ризику ІМ та ГЛШН на час госпіталізації залежно від прихильності хворих до лікування наведено в табл. 2.

Т а б л и ц я 2

Клінічна характеристика хворих з ІМ із зубцем Q залежно від їх прихильності до лікування через 12 міс

Показник	Прихильність до лікування			P ₁₋₂	P ₂₋₃
	Не приймали жодного препарату (1-ша група; n = 20)	Приймали 1–2 препарати (2-га група; n = 301)	Приймали 3–5 препаратів (3-тя група; n = 159)		
Вік (M ± m), роки	68,2 ± 8,4	65,4 ± 6,8	52,8 ± 6,3	≤ 0,01	≤ 0,05
Вік понад 75 років	9 (45,0 %)	49 (16,3 %)	14 (8,8 %)	≤ 0,01	≤ 0,05
Жінки	13 (65,0 %)	70 (23,3 %)	15 (9,4 %)	≤ 0,05	≤ 0,001
ІМ в анамнезі	6 (30,0 %)	92 (30,6 %)	39 (24,5 %)	> 0,05	> 0,05
Цукровий діабет	5 (25,0 %)	70 (23,3 %)	38 (23,9 %)	> 0,05	> 0,05
Симптоми хронічної СН на час госпіталізації	12 (60,0 %)	74 (24,6 %)	30 (18,9 %)	≤ 0,001	> 0,05
Артеріальна гіпертензія	13 (65,0 %)	215 (71,4 %)	131 (82,4 %)	> 0,05	≤ 0,05
Період від початку симптомів до госпіталізації (M ± m), год	6,80 ± 0,19	5,1 ± 0,18	4,9 ± 0,18	≤ 0,01	≤ 0,05
ГЛШН ≥ II класу за Т. Killip та J. Kimball	4 (20,0 %)	54 (17,9 %)	32 (20,1 %)	> 0,05	> 0,05
ГЛШН IV класу за Т. Killip та J. Kimball	1 (5,0 %)	2 (0,7 %)	2 (1,3 %)	> 0,05	> 0,05
Ризик за шкалою GRACE ≥ 150 на час госпіталізації	9 (45,0 %)	87 (28,9 %)	57 (35,8 %)	> 0,05	> 0,05

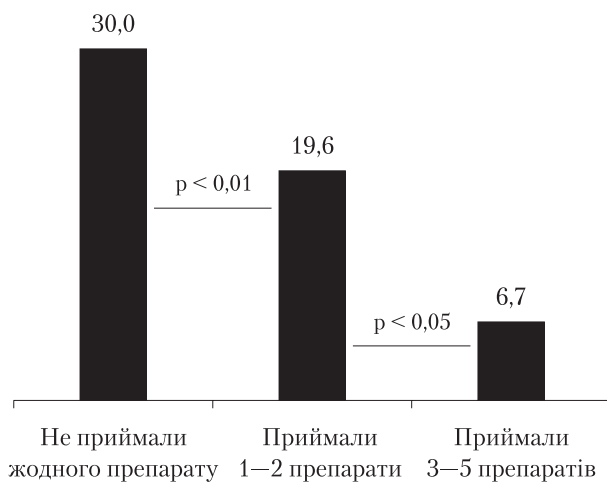


Рис. 2. Частота госпіталізації з приводу повторних гострих ІМ у хворих після ІМ із зубцем Q з різною прихильністю до лікування

Серед пацієнтів, які припинили приймати рекомендовані препарати в перший рік після ІМ (1-ша група), частіше порівняно з хворими, які частково виконували призначення лікаря (2-га група), траплялися жінки (65,0 та 23,3 % відповідно; $p < 0,05$), особи віком понад 75 років (45,0 та 16,3 % відповідно; $p < 0,01$), пацієнти із симптомами хронічної СН в анамнезі (60,0 та 24,6 % відповідно; $p < 0,001$). У таких хворих більша частота випадків високого ризику за шкалою GRACE на момент госпіталізації (45,0 та 28,9 % відповідно; $p > 0,05$) за однакової частоти в анамнезі ІМ, цукрового діабету та артеріальної гіпертензії, а також високий ризик та ознаки ГЛШН на момент госпіталізації. Триваліший період від моменту виникнення ангінозного болю до госпіталізації у пацієнтів 1-ї гру-

пи порівняно з 2-ю свідчить про різницю в ставленні до власного здоров'я — ($6,8 \pm 0,19$) та ($5,1 \pm 0,18$) год відповідно ($p < 0,01$).

Серед пацієнтів із високою прихильністю до лікування (3-тя група) порівняно з хворими, які частково виконували призначення лікаря (2-га група), було значно більше чоловіків (90,6 та 76,7 % відповідно; $p < 0,001$), осіб віком до 75 років (91,2 та 83,7 % відповідно; $p < 0,05$), з артеріальною гіпертензією (82,4 та 71,4 % відповідно; $p < 0,05$). У пацієнтів обох груп на час госпіталізації частота випадків ГЛШН та високого ризику за шкалою GRACE істотно не відрізнялася ($p > 0,05$; див. табл. 2).

У хворих трьох груп оцінювали частоту госпіталізації протягом 12 міс з приводу повторних нефатальних ІМ (рис. 2). Вона була найвищою в 1-й групі і найнижчою — в 3-й (30,0 та 6,3 % відповідно; $p < 0,001$). Проте встановлення зв'язку частоти повторних ІМ з прихильністю до лікування потребує оцінки можливого впливу інших чинників ризику шляхом багатофакторного аналізу.

Висновки

Через 12 міс після гострого інфаркту міокарда із зубцем Q подвійну антитромбоцитарну терапію приймали 14,4 % хворих, статини — 24,2 %, β -адреноблокатори — 63,3 %, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту — 53,1 %. Жодного з цих препаратів не приймали 20 (4,2 %) хворих.

Відносно ліпша прихильність до лікування, яке має доведений позитивний вплив на прогноз, після виписування зі стаціонару асоціювалася з молодшим віком, чоловічою статтю та артеріальною гіпертензією в анамнезі.

Література

- 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.
- Валуєва С.В., Денисюк В.І. Пілотний реєстр гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST «STIMUL»: характеристика хворих, організація медичної допомоги на госпітальному етапі лікування // Укр. кардіол. журн.— 2011.— № 6.— С. 76–83.
- Валуєва С.В. Український реєстр «STIMUL»: результати однорічного спостереження за хворими з гострими коронарними синдромами з елевацією сегмента ST // Укр. мед. часопис.— 2012.— В друк.
- Целуйко В.Й., Яковлева Л.М., Строкова С.О. Вплив прихильності до лікування на відділений прогноз у хворих, що перенесли інфаркт міокарда // Укр. кардіол. журн.— 2011.— № 6.— С. 37–39.
- Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Результаты шестимесячного наблюдения за больными с острыми коронарными синдромами в Российском регистре РЕКОРД // Кардиология.— 2011.— № 12.— С. 11–16.
- Association of statin therapy with outcomes of acute coronary syndromes: The GRACE Study / F.A. Spencer, J. Allegrone, R.J. Goldberg et al., for the GRACE Investigators. // *Annal. Int. Med.*— 2004.— Vol. 140.— P. 857–866.
- 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.
- 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.
- Invasive management and late clinical outcomes in contemporary Australian management of acute coronary syndromes: observations from the ACACIA registry / D. Chew, J. Amerena, D. Brieger et al. // *Med. J. Aust.*— 2008.— Vol. 188 (12)— P. 691–697.
- 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.
- The effect of optimal medical therapy on 1-year mortality after acute myocardial infarction / P. Bramlage, C. Messer, N. Bitterlich et al. // *Heart.*— 2010.— Vol. 96.— P. 604–609.
- The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean basin in 2004 / Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al. // *Eur. Heart J.*— 2004.— Vol. 27 (19)— P. 2285–2293.

Приверженность к лечению у пациентов через год после острого инфаркта миокарда с зубцом Q, по данным украинского регистра STIMUL

С.В. Валуєва

Цель работы — оценить приверженность пациентов к лечению через год после острого инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q и факторы, которые ассоциируются с плохой приверженностью.

Материалы и методы. Из 1103 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с элевацией сегмента ST, включенных в первый в Украине регистр ОКС с элевацией сегмента ST «STIMUL», наблюдение вели за больными, которые перенесли ИМ с зубцом Q, — на момент выписки из стационара их было 872. На протяжении первого года после ИМ с зубцом Q умерли 140 (16,1 %) пациентов. С 328 (31,6 %) больными связь была утрачена. Группа пациентов из 480 (55,1%) лиц существенно не отличалась от общей группы в начале исследования, за исключением большего количества мужчин (79,6 и 74,3 % соответственно; $p < 0,05$), больных с ИМ в анамнезе (28,5 и 24,2 % соответственно; $p < 0,05$), с отягощенной наследственностью (40,2 % и 31,8 % соответственно; $p < 0,05$) и тех, кому была проведена реперфузионная терапия (39,6 и 29,39 % соответственно; $p < 0,001$). Первую группу составили 20 пациентов, которые через $(12,0 \pm 0,5)$ мес после выписки не принимали ни одного препарата с доказанным позитивным влиянием на прогноз (ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, статины, β -адреноблокатор и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента). Во вторую группу вошел 301 человек, получавший 1–2 из необходимых препаратов, в третью — 159, принимавших 3–5 средств. У пациентов с разной приверженностью к лечению сравнивали факторы риска возникновения основных сердечно-сосудистых осложнений, анамнестические данные, оценивали длительность периода от начала симптомов до госпитализации, наличие признаков острой сердечной недостаточности, риск по шкале GRACE, частоту проведения реперфузионной и медикаментозной терапии, внутригоспитальные осложнения.

Результаты и обсуждение. На протяжении года 140 (16,1 %) пациентов умерли, у 75 (15,6 %) развился повторный нефатальный ИМ, 121 (25,2 %) проведена плановая реваскуляризация миокарда. Только 44 (9,2 %) включенных в регистр лиц через год продолжили прием антитромбоцитарной и липидоснижающей терапии. Среди пациентов, прекративших прием рекомендованной терапии, частота госпитализаций на протяжении 12 мес по причине повторных нефатальных ИМ была наибольшей (30,0 %) и наименьшей — при регулярном лечении в полном объеме (6,3 %; $p < 0,001$).

Выводы. Через 12 мес после острого ИМ с зубцом Q двойную антитромбоцитарную терапию принимали 14,4 % пациентов, липидоснижающую — 24,2 %, β -адреноблокаторы — 63,33 %, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — 53,1 %. Прекратили прием всех рекомендуемых препаратов 20 (4,2 %) человек. Относительно лучшая приверженность к лечению после выписки ассоциировалась с более молодым возрастом пациентов, мужским полом и артериальной гипертензией в анамнезе.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, регистр, однолетнее наблюдение, приверженность к лечению, прогноз.

Adherence to the treatment of patients in a year after acute myocardial infarction with Q wave according to the Ukrainian register STIMUL

S.V. Valuyeva

The purpose – to assess the adherence of patients to treatment in a year after myocardial infarction (MI) with Q wave and the factors that were associated with poor adherence.

Materials and methods. 1103 patients with acute coronary syndrome (ACS) with ST segment elevation were included in the first in Ukraine register of ACS with ST segment elevation STIMUL. Monitoring was conducted for patients who had had MI with Q wave. At the time of discharge from the hospital, there were 872 of them. During the first year after MI with Q wave 140 (16.1 %) patients died. The connection was lost with 328 (31.6 %) patients. The group of 480 patients (55.1 %) was not significantly different from the group at the beginning of the study, except for a bigger number of men (79.6 and 74.3 %, respectively, $p < 0.05$), patients with previous MI (28.5 and 24.2 %, respectively, $p < 0.05$), persons with burdened family history (40.2 % and 31.8 %, respectively, $p < 0.05$) and those who underwent reperfusion therapy (39.6 and 29.39 %, respectively, $p < 0.001$). The first group consisted of 20 patients who did not take any drugs with a proven positive impact on prognosis (acetylsalicylic acid, clopidogrel, statins, β -blockers and angiotensin-converting enzyme) in (12.0 ± 0.5) months after discharge. The second group included 301 persons who received 1–2 of essential drugs. The third group consisted of 159 patients taking 3–5 preparations. The patients with varying adherence to treatment were compared by risk factors for major cardiovascular events, anamnestic data. The duration of period from the onset of symptoms to hospitalization, signs of acute heart failure, the risk by scale GRACE, the frequency of reperfusion and drug therapy, in-hospital complications were estimated.

Results and discussion. During the year, 140 patients (16.1 %) died, 75 developed a second non-fatal MI (15.6 %), 121 (25.2 %) underwent a planned revascularization. Only 44 (9.2 %) of the persons listed in the register continued receiving antiplatelet and lipid-lowering therapy in a year. Among the patients who discontinued the recommended therapy, the rate of hospitalization due to recurrent non-fatal MI was highest (30.0 %) during 12 months. Among those who took the regular treatment in full it was the lowest (6.3 %, $p < 0.001$).

Conclusions. 12 months after acute myocardial infarction with Q wave, dual antiplatelet therapy was received by 14.4 % of the patients, lipid-lowering therapy – by 24.2 %, β -blockers – by 63.3 %, angiotensin converting enzyme inhibitors – by 53.1 %. 20 (4.2 %) patients stopped taking all recommended drugs. Relatively better adherence to treatment after discharge was associated with younger age of patients, male gender and a history of arterial hypertension.

Key words: myocardial infarction, register, annual monitoring, adherence to treatment, prognosis.