

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ СОСУДИСТОГО СОБЫТИЯ

Нелидова А.В.¹, Усачева Е.В.¹, Замахина О.В.¹, Супрун Е.В.²

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (644099, Россия, г. Омск, ул. Ленина, 12), avnelidova@mail.ru;

² БУЗ ОО «Медико-санитарная часть № 4» (644039, Россия, г. Омск, ул. Воровского, 62/1)

Приверженность пациентов к проводимой фармакотерапии играет ключевую роль в достижении целей первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Цель исследования: определить факторы, влияющие на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события. Материал и методы: в исследование включено 115 пациентов в возрасте 55,3±6,6 лет, имевших в анамнезе: инфаркт миокарда, стентирование или аортокоронарное шунтирование давностью более 6 месяцев. Исследование приверженности к лечению проводилось с использованием опросника Мориски—Грина и включало в себя оценку приверженность к назначенному лечению до и после сосудистого события. У пациентов, перенесших сосудистое событие, в 88,7% случаев до дебюта ИБС имелась АГ, причем 92,4% из нуждавшихся в гипотензивной терапии были неприверженными к лечению. После сосудистого события количество неприверженных к лечению статистически значимо снижается с 84,3% до 26,9% (p=0,001), т.е. большая часть пациентов, боясь повторного сосудистого события, инвалидизации и летального исхода, начинают регулярную медикаментозную терапию.

Ключевые слова: приверженность к лечению, коронарный атеросклероз, сосудистое событие

INFLUENCING FACTORS FOR ADHERENCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY ATHEROSCLEROSIS IN THE LONG TERM VASCULAR EVENTS

Nelidova A.V.¹, Usacheva E.V.¹, Zamakhina O.V.¹, Suprun E.V.²

¹ State Funded Educational Institution for Higher Professional Education Omsk State Medical University of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, (644099, Russia, Omsk, Lenin street, 12), avnelidova@mail.ru;

² Affordable health care institution of the Omsk region "Medical care part № 4" (644039, Russia, Omsk, Vorovskogo street, 62/1)

Patient adherence to pharmacotherapy plays a key role in achieving the primary and secondary prevention objectives of cardiovascular diseases and their complications. Objective: To determine the influencing factors for adherence to treatment of patients with coronary atherosclerosis in the long term vascular events. Material and Methods: 115 patients aged 55,3±6,6 years old were included in the study, they had in anamnesis myocardial infarction, coronary artery bypass grafting or stenting prescription for more than 6 months. Study of adherence to treatment was carried out using Morisky D.E.-Green L.W questionnaire and includes an assessment of adherence to the prescribed treatment before and after vascular events. Results and discussion: In patients undergoing vascular event in 88,7% of cases before the onset of coronary heart disease had hypertension, and 92,4% of the need of antihypertensive therapy were nonadherence to treatment. After vascular event the number of nonadherence to treatment was significantly reduced from 84,3% to 26,9% (p = 0,001), that is, the majority of patients, for fear of recurrent vascular events, disability and death, begin regular medication.

Keywords: adherence to treatment, coronary atherosclerosis, vascular event

Приверженность пациентов к проводимой фармакотерапии играет ключевую роль в достижении целей первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений [5, 10]. В настоящее время успех медикаментозной терапии как при вновь выявленном заболевании, так и среди пациентов с давно установленным диагнозом напрямую зависит именно от приверженности к лечению [6]. Понятие «приверженность» дословно означает «следовать», «быть верным чему либо». В 1979 г. Haynes R.B., Sackett

D.L. предложили под приверженностью к лечению (комплаентностью) понимать степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) [6]. В настоящее время к мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести общегосударственные мероприятия, изменение общественного сознания, оптимизацию контакта врач—пациент. Среди факторов, повышающих приверженность к лечению, выделяют те, которые в большей степени относятся к врачу: установление доверительных отношений с пациентом, продолжительность их беседы, заинтересованность врача в получении положительного результата, энтузиазм врача, его возраст (чем старше доктор, тем чаще устанавливается согласие); и те, которые в большей степени относятся к больному: осознание им серьезности своего заболевания и возможности его контроля с помощью лечения, включение медикаментозной терапии в стиль жизни, поддержка со стороны членов семьи [6].

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении инфаркта миокарда (ИМ), частота повторных сердечно-сосудистых событий при этом заболевании остается достаточно высокой [1]. Даже при проведении современной терапии у 23% больных, перенесших острый инфаркт миокарда, на следующий год вновь развивается острый коронарный синдром в том же сосудистом бассейне, у 9% — в другом (FRAXIS STUDY GROUP, 1999). Важной причиной сложившейся ситуации является именно неприверженность к лечению.

Известно, что одним из факторов риска развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) является артериальная гипертензия (АГ) [4]. В течение первого года после впервые выявленной АГ прекращают терапию 40% больных; при наблюдении на протяжении 5–10 лет продолжают принимать антигипертензивные препараты менее 40% больных [7]. Отказ от приема препаратов у пациентов с низкой приверженностью вызывает утяжеление течения заболевания и развитие его осложнений [6], что увеличивает затраты пациента, его родственников и системы здравоохранения на оказание медицинской помощи. Так, отсутствие приверженности к терапии ассоциируется с повышением риска потери контроля АД на 41%, с увеличением риска инфаркта миокарда на 15%, увеличением риска инсульта на 22%; развитие осложнений повышает стоимость лечения пациента на 43,7% [5].

Основными причинами, по которым пациенты прекращают прием препаратов, являются низкая информированность о заболевании и возможных последствиях прекращения терапии, большое количество назначаемых препаратов, высокая вероятность развития или наличие побочных эффектов, бессимптомное течение заболевания, необходимость постоянного или длительного приема препаратов, высокая стоимость препаратов и неудобство их приема [5].

Цель исследования

Определить факторы, влияющие на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события.

Материал и методы исследования

В исследование включены 115 пациентов в возрасте от 32 года до 67 лет (средний возраст $55,3 \pm 6,6$), из них 99 (86,1%) мужчин и 16 (13,9%) женщин. По результатам нашего исследования статистически значимых различий по возрасту между мужчинами и женщинами не выявлено ($p=0,75$). Пациенты, включенные в исследование, имели в анамнезе одно из сосудистых событий давностью более 6 месяцев: инфаркт миокарда – 85 (73,9%) пациентов, чрескожное коронарное вмешательство (стентирование) — 10 (8,7%) пациентов, аортокоронарное шунтирование (АКШ) – 20 (17,4%) пациентов.

Пациенты получали медикаментозную терапию согласно рекомендациям ВНОК по диагностике и лечению ХСН [9] и стабильной стенокардии [8]: β -блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, мочегонные, пролонгированные нитраты, нитраты «по требованию», дезагреганты, антикоагулянты, статины.

Критерии включения: стабильное течение ИБС на протяжении 3 месяцев, предшествующих точке включения в исследование. Критерии исключения: гемодинамически значимые клапанные пороки, злокачественные новообразования, сахарный диабет тяжелой степени, тяжелые сопутствующие заболевания в фазе обострения, выраженная органная недостаточность, острые заболевания на момент включения в исследование.

Пациенты обследованы сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России на базе БУЗ ОО «Городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова» г. Омска в 2012–2014 гг. Протокол исследования был утвержден локальным Этическим комитетом ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет». От каждого участника исследования было получено письменное информированное согласие.

Проводились клиническое, лабораторно-инструментальное обследование и определение приверженности пациентов к лечению. Исследование приверженности к лечению проводилось с использованием опросника Мориски—Грина и включало в себя оценку приверженность к назначенному лечению до и после сосудистого события [5]. Опросник Мориски—Грина состоит из четырех пунктов, касающихся отношения пациента к приему препаратов. Каждый пункт оценивается по принципу «Да—Нет», при этом ответ «Да» оценивается в 0 баллов, а ответ «Нет» — в 1 балл. Пациенты, набравшие менее 3 баллов, являются неприверженными, пациенты, набравшие 4 балла, – приверженными, пациенты, набравшие 3 балла, — недостаточно приверженными и относятся к категории

риска по невыполнению рекомендаций врача. В нашем исследовании мы сочли возможным разделить пациентов на две группы: набравшие 0–2 балла – неприверженные к лечению, набравшие 3–4 балла – приверженные к лечению. Приверженность к лечению до сосудистого события оценивалась ретроспективно по данным анкетирования пациентов; приверженность к лечению после сосудистого события оценивалась на момент включения в исследование.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 и редактора электронных таблиц Excel. Количественные данные на предварительном этапе статистического анализа оценивали на нормальность распределения по критерию Shapiro—Wilk. Непрерывные переменные представлены в виде среднего арифметического (M)±стандартное отклонение, номинальные данные — в виде относительных частот объектов исследования (n (%)). Для оценки различий непрерывных данных использовали Mann—Whitney U-test. Для оценки различий номинальных данных использовали:

1) для несвязанных групп — анализ различия частот с построением четырехпольных таблиц, а поскольку абсолютные частоты были в ряде случаев менее 10, использовали поправку Йетса;

2) для связанных групп — McNemar Chi-square. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Одним из факторов риска развития сосудистых событий у пациентов с ИБС является АГ [6]. В группе обследованных нами пациентов, перенесших сосудистое событие, 88,7% имели АГ, которая у всех развилась до дебюта ИБС.

На момент включения в исследование большинство пациентов с коронарным атеросклерозом имели III степень АГ (62,6%, рис. 1).

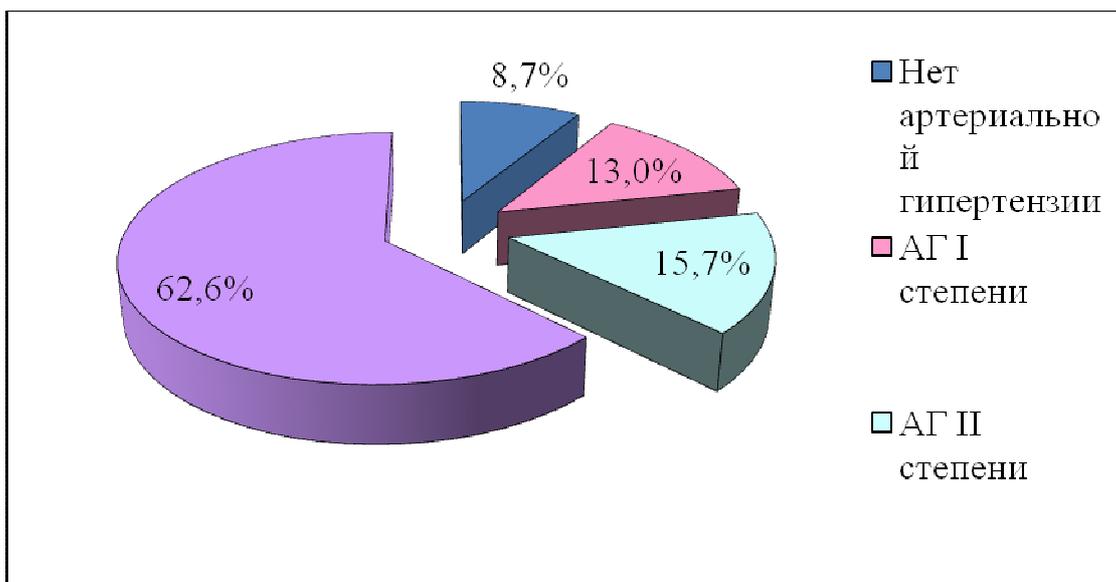


Рис. 1. Распределение пациентов (%) с коронарным атеросклерозом в зависимости от наличия и степени артериальной гипертензии

Примечание: АГ – артериальная гипертензия

Метаанализ, включивший 7 рандомизированных исследований и в общей сложности 15 527 пациентов, показал, что проводимая гипотензивная терапия позволяет снизить риск повторного инсульта на 24%, ИМ – на 21% и сердечно-сосудистых событий – на 21% [3]. Тем не менее в течение первого года впервые выявленной АГ прекращают лечение 40% пациентов [5]. По данным нашего исследования из 115 пациентов до сосудистого события не нуждались в гипотензивной терапии только 10 (8,7%) пациентов, из остальных 105 пациентов 97 (92,4%) до возникновения сосудистого события имели низкую приверженность к лечению, набрав по опроснику Мориски—Грина от 0 до 2 баллов. Причем преобладали пациенты, у которых приверженность к лечению была крайне низкой (84 (80,0%) пациента набрали 0 баллов по опроснику МорискиГрина). Приверженность к лечению пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события представлена на рисунке 2.

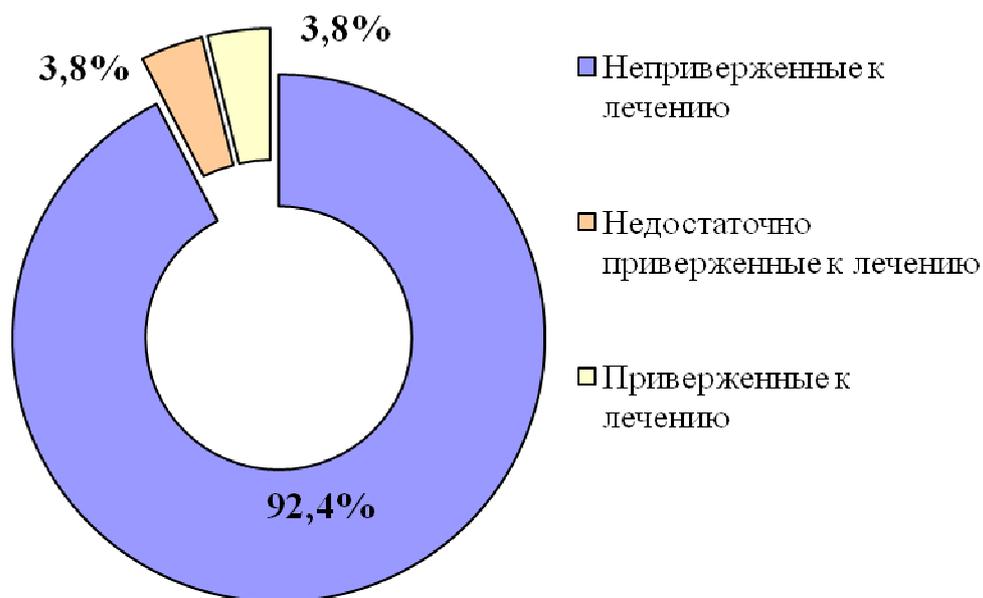


Рис. 2. Распределение пациентов (%) с коронарным атеросклерозом в зависимости от приверженности к лечению

Как видно из рисунка 2, только 8 (7,6%) пациентов были приверженными к лечению. Причинами, по которым пациенты перестают принимать гипотензивные препараты, являются низкая информированность о заболевании и возможных последствиях прекращения терапии, неудобство применения препаратов и их побочные эффекты и др. [5, 10]. И если страх перед развитием побочных эффектов требует кропотливого труда со стороны врача по их выявлению, то по вопросу информированности считаем, что «неинформированность» пациентов при наличии современных источников информации напрямую зависит от желания пациента быть информированным. Неудобство приема препаратов как причина низкой приверженности при наличии большого разнообразия препаратов пролонгированного действия, с нашей точки зрения, также сегодня не является основанием для отказа от гипотензивной терапии, поскольку риск развития сосудистых событий и затраты на их лечение во многом перевешивают неудобство применения препаратов. В качестве дополнительных мер, направленных на повышение приверженности пациентов к лечению, необходимо, во-первых, с целью оптимального информирования о выявленном заболевании увеличить время первичного контакта врача с пациентом до 40 мин, во-вторых, необходимо создать комфортные условия пребывания пациента в стенах амбулаторного медицинского учреждения, в котором будет осуществляться его долгосрочное диспансерное наблюдение.

В исследовании Ф.М. Водяницкой [2] показано, что у ряда пациентов, перенесших острый коронарный синдром, приверженность к лечению, несмотря на интенсивное медицинское наблюдение как на стационарном, так и на амбулаторном этапе, остается

крайне низкой. Мы оценили приверженность к лечению пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события (рис. 3).

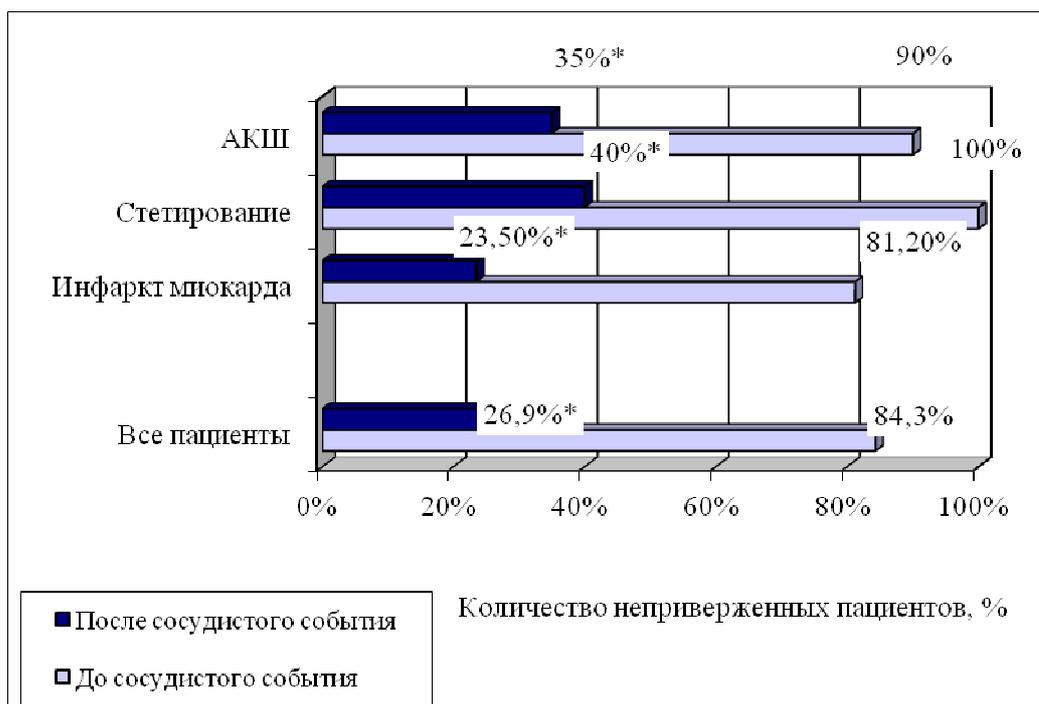


Рис. 3. Приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом до и после сосудистого события

Примечание: АКШ – аортокоронарное шунтирование

Как видно из рисунка 3, количество пациентов с коронарным атеросклерозом с низкой приверженностью к лечению после сосудистого события стало статистически значимо меньше ($p=0,001$). Следовательно, перенесенное сосудистое событие, такое как ИМ ($p=0,008$), стентирование и АКШ ($p=0,009$), в несколько раз повышает приверженность пациентов к лечению. При этом количество приверженных к лечению пациентов после ИМ стало в 3,5 раза больше, чем до ИМ, после стентирования и АКШ – в 2,5 раза больше, чем до сосудистого события. Данные о приверженности к лечению в зависимости от степени АГ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Приверженность пациентов в зависимости от степени артериальной гипертензии

Степень артериальной гипертензии	До сосудистого события		После сосудистого события	
	Количество неприверженных пациентов, n (%)	Уровень значимости различий*	Количество неприверженных пациентов, n (%)	Уровень значимости различий*
I степень (1)	15 (100)	p1-2=0,41 p1-3=0,65 p2-3=0,14	3 (20,0)	p1-2=0,78
II степень (2)	14 (77,8)		5 (27,8)	p1-3=0,76
III степень (3)	67 (93,1)		20 (27,8)	p2-3=0,77

Примечание: * — критерий X^2 с построением четырехпольных таблиц и поправкой Йетса.

Как видно из таблицы 1, статистически значимых различий по приверженности к лечению в зависимости от степени АГ у пациентов с коронарным атеросклерозом (как до сосудистого события, так и после) не выявлено. Этот факт соответствует данным В.И. Козловского об отсутствии влияния уровня артериального давления на регулярность приема гипотензивных препаратов [5].

В исследовании С.В. Недогада установлено, что отчасти приверженность к терапии зависит таких факторов, как пол и возраст пациентов, причем приверженность несколько выше у женщин и повышается с возрастом [10]. В таблице 2 представлены результаты исследования приверженности к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события в зависимости от пола.

Таблица 2

Приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события в зависимости от пола

Приверженность к лечению	Пациенты с коронарным атеросклерозом до сосудистого события, n=105		p*
	Мужчины, n=89	Женщины, n=16	
Количество неприверженных пациентов, n (%)	85 (95,5%)	12 (75%)	0,02

Примечание: p* — критерий χ^2 с построением четырехпольных таблиц и поправкой Йетса

Как видно из таблицы 2, выявлены статистически значимые различия по приверженности к лечению между мужчинами и женщинами. Так, пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события, приверженных к лечению, среди женщин было статистически значимо больше, чем среди мужчин (p=0,02). При анализе приверженности к лечению в зависимости от пола после сосудистого события наблюдалась такая же закономерность, как и до сосудистого события: количество неприверженных пациентов среди мужчин после сосудистого события было больше, чем среди женщин (29,3% против 12,5%, соответственно, p=0,03).

Известно, что чем старше пациент, тем более ответственно он выполняет назначения врача [10]. Однако пожилым пациентам мешают качественно выполнять рекомендации врача развивающиеся интеллектуально-мнестические нарушения [10]. Для оценки приверженности к лечению в зависимости от возраста мы разделили пациентов на две группы: «до 60 лет» и «60 лет и старше». В группу «до 60 лет» вошло 20 пациентов (66,7%), в группу «60 лет и старше» – 10 пациентов (33,3%, табл. 3).

Таблица 3

Приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события в зависимости от возраста

Приверженность к лечению	Пациенты с коронарным атеросклерозом до сосудистого события, n=105		p*
	«до 60 лет», n=81	«60 лет и старше», n=24	
Количество неприверженных пациентов, n (%)	76 (93,8%)	21 (87,5%)	0,12

Примечание: p* — критерий χ^2 с построением четырехпольных таблиц и поправкой Йетса.

Как видно из таблицы 3, у пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события статистически значимых различий по приверженности к лечению в зависимости от возраста не выявлено. При анализе приверженности в зависимости от возраста после сосудистого события различий также не выявлено (28,1% в группе «до 60 лет» против 23,1% в группе «60 лет и старше» ($p=0,86$)).

В исследовании А.В. Концевой [7] показано, что приверженность к лечению может зависеть от социального статуса пациентов. Среди факторов, определяющих социальный статус, у пациентов с коронарным атеросклерозом мы оценили такие, как образование, семейный статус, трудоспособность и преобладающий тип ранее осуществляемой трудовой деятельности. Среди обследованных пациентов большинство были семейными (86,9%); лиц с высшим образованием было 31,3%; физическим трудом в течение жизни занимались 52,2% пациентов. Работающими на момент включения в исследование были 60,0% пациентов. Данные о приверженности к лечению в зависимости от социального статуса представлены на рисунке 4.

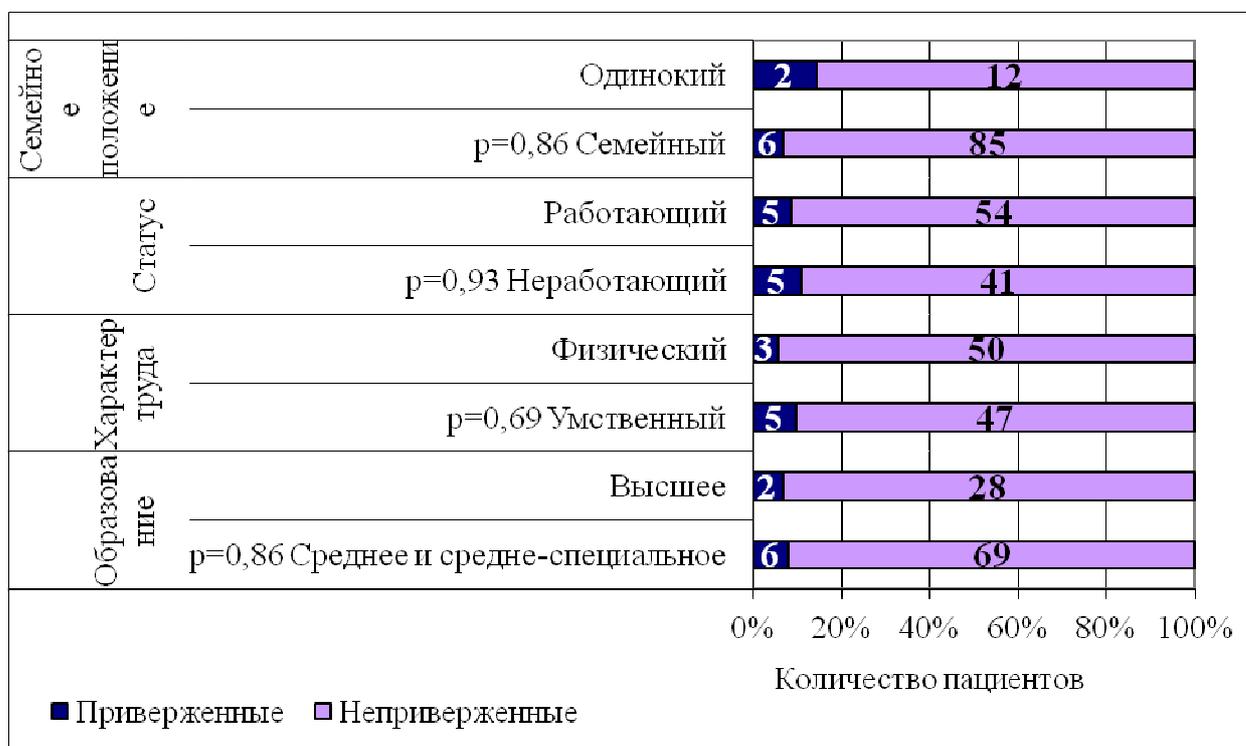


Рис. 4. Приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом до сосудистого события в зависимости от социального статуса

Примечание: p — критерий χ^2 с построением четырехпольных таблиц и поправкой Йетса

Как видно из рисунка 4, статистически значимых различий по приверженности к лечению в зависимости от социального статуса не выявлено.

Отсутствие связи между возрастом, уровнем образования, степенью АГ и приверженностью к лечению, полученное в нашем исследовании, соответствует данным В.И. Козловского и соавт. [5].

Таким образом, перенесенное сосудистое событие повышает приверженность пациентов с коронарным атеросклерозом к лечению. Повышение приверженности к лечению у пациентов с ИБС является первостепенной задачей не только участковой службы, но и самого пациента [5], поскольку полноценное выполнение рекомендаций врача позволяет достичь целевого уровня жизненно важных показателей (уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений, показателей липидного спектра крови и др.) и определяет выживаемость, качество жизни и прогноз у этих пациентов.

Выводы

1. У пациентов, перенесших сосудистое событие (инфаркт миокарда, стентирование, аортокоронарное шунтирование), в 88,7% случаев до дебюта ИБС имела АГ. При этом до развития сосудистого события 92,4% пациента из нуждавшихся в гипотензивной терапии были непривержеными к лечению.
2. Приверженность к лечению как до, так и после сосудистого события выше у женщин; статистически значимых различий по приверженности к лечению в зависимости от возраста и социального статуса не выявлено.
3. Перенесенное сосудистое событие повышает приверженность пациентов с коронарным атеросклерозом к лечению.
4. Пропаганда коррекции факторов сердечно-сосудистого риска является недостаточной в повышении приверженности к лечению, необходимо повышение информированности пациентов о сути и последствиях сосудистых событий.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Омской области в рамках научного проекта №15-16-55006 (название проекта: Предотвращение социальных потерь трудоспособного населения Омской области путем профилактики инфаркта миокарда).

Список литературы

1. Бологов С.Г. Прогнозирование повторных сердечно-сосудистых катастроф по главным и дополнительным факторам кардиоваскулярного риска у больных, перенесших первичный

инфаркт миокарда. Возможности вторичной профилактики: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 20 с.

2. Водяницкая Ф.М., Абдуева Т.Е., Гудилин Е.В. и соавт. Полугодовая приверженность к лечению больных, перенесших острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. Харьков, 2006. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rql.com.ua/cardio_j/2007/2/vodyanitskaya.htm. – Дата обращения: 20.04.2015.
3. Ермолаева А.С., Дралова О.В., Максимов М.Л. Безопасная гипотензивная терапия: снижение АД или контроль? // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 293–298.
4. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 10(6), Приложение 2. – 64 с.
5. Козловский В.И., Симанович А.В. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные. // Вестник ВГМУ. – 2014. – № 12(2). – С. 6–16.
6. Конради А.О. Значение приверженности терапии в лечении кардиологических заболеваний. // Справочник поликлинического врача. – 2007. – № 4. – С. 8–9.
7. Концевая А.В., Калинина А.М., Концевая Т.Б. и соавт. Факторы, определяющие эффективность контроля артериальной гипертензии, и приоритеты в управлении этими факторами // Профилактическая медицина. – 2006. – № 4. – С. 3–6.
8. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7(6). Приложение 4. – С. 1–37.
9. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (III пересмотр) // Сердечная недостаточность. – 2010. – № 1(57). – С. 69–160.
10. Недогода С.В., Цома В.В., Ледяева А.А. Приверженность к терапии статинами и возможность ее улучшения в условиях реальной клинической практики // Русский медицинский журнал: кардиология. – 2009. – № 18. – С. 1086.

Рецензенты:

Совалкин В.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск;

Ахмедов В.А., д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г.Омск.