

Выводы

Проведенное исследование демонстрирует значительное влияние нарушений ритма. Нарушения ритма сердца у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) существенно снижают сократительную функцию миокарда, что проявляется уменьшением фракции выброса левого желудочка. Наиболее выраженное негативное влияние наблюдается при тахиформе фибрилляции предсердий и желудочковых экстрасистолах, что связано с повышенной нагрузкой на сердце и нарушением его синхронной работы. Атриовентрикулярные блокады, особенно высокой степени, также способствуют ухудшению сердечной функции из-за нарушения проведения импульсов и гемодинамических расстройств.

Пациенты с аритмиями чаще сталкиваются с симптомами сердечной недостаточности, что требует своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению. Таким образом, нарушения ритма сердца у пациентов с ОКС не только ухудшают прогноз, но и требуют активного вмешательства для предотвращения прогрессирования сердечной дисфункции и улучшения клинических исходов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокерия, Л. А. Острый коронарный синдром: современные подходы к диагностике и лечению / Л. А. Бокерия, Е. З. Голухова // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 5. – С. 78–85.
2. Хроническая сердечная недостаточность : Учебно-методическое пособие / А. Н. Цырульникова, Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич [и др.] ; – Гомель : Учреждение образования “Гомельский государственный медицинский университет”, 2015. – 40 с.
3. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : Учебно-методическое пособие / И. И. Мистюкевич, Е. Г. Малаева, С. А. Ходулева [и др.]. – 3-е издание, стереотипное. – Гомель : Учреждение образования “Гомельский государственный медицинский университет”, 2014. – 88 с.
4. Мареев, В. Ю. Рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности / В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев // Сердечная недостаточность. – 2020. – Т. 21, № 1. – С. 3–62.

УДК 616-052-06:615.2

А. А. Коваленко

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. С. Махлина, к.м.н., доцент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

Решение вопросов недостаточной приверженности к терапии является одной из актуальных проблем современной медицины и общества, и в основном ассоциируется с длительной терапией хронических заболеваний. Низкая приверженность к лечению является одной из главных причин уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенного повышения вероятности развития осложнений основного заболевания, приводящего к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [1]. Наиболее известным, простым и лаконичным признан тест Мориски-Грина (MMAS-4), валидированный в 1985 г. и опубликованный авторами в 1986 г. С тех пор данный тест широко применяется в клинической практике для скрининга приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов [2, 3].

Цель

Оценить приверженности к терапии гиполипидемическими препаратами группы ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статины) с использованием теста MMAS-4 у пациентов с коморбидной патологией (КП).

Материал и методы исследования

В исследование включено 57 пациентов (женщин – 62 %, мужчин – 38%) в возрасте от 40 до 88 лет, проходивших лечение в терапевтическом и эндокринологическом отделениях ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» г. Гомеля. КП включала: сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

Тест Мориски-Грина включает в себя 4 вопроса (4-item Morisky Medication Adherence Scale – MMAS-4), определяющие, пропускает ли больной прием лекарственных препаратов, если чувствует себя хорошо или плохо, забывает ли он принимать лекарства и внимательно ли относится к рекомендованному времени приема препаратов. На каждый вопрос предлагается выбрать положительный или отрицательный ответ (да/нет). Каждый отрицательный ответ оценивается в 1 балл. Пациенты, набравшие 4 балла, считаются приверженными к терапии, 1–2 балла – не приверженными, 3 балла – недостаточно приверженными, с риском перехода в группу не приверженных к лечению.

Также было проведено определение антропометрических показателей: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ). Определение ИМТ производилось по формуле Кетле: $ИМТ = M/L^2$ (кг/м²), где М – масса тела в килограммах и L – рост в метрах. Биохимическое исследование крови с определением показателей липидного обмена (общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП)) выполнялось на автоматизированной системе Cobas 6000. Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью программ Microsoft Office Excel 2013 и «Statistica 10.0». В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам проведенного тестирования с использованием теста MMAS-4 были разделены на 3 группы: 1-я группа (n=14; 25%) – пациенты привержены к лечению, 2-я группа (n =16; 28%) пациенты недостаточно привержены к лечению и 3-я группа (n= 27; 47%) – не привержены к лечению. Далее проведена оценка клинико-лабораторных показателей пациентов с КП с учетом приверженности к гиполипидемической терапии с использованием теста MMAS-4 (таблица 1).

Таблица 1 – Клинико-лабораторные показатели пациентов с КП с учетом приверженности к гиполипидемической терапии и учетом теста MMAS-4

Показатель	1-я группа (n=14)	2-я группа (n=16)	3-я группа (n=27)
Возраст, лет	57,50[49,00;71,00]	50,00[43,00;67,00]	65,00[58,50;70,00]*
ИМТ, кг/м ²	26,30[23,00;32,80]	27,20[26,25;29,65]	32,30[28,85;36,95]*
ОТ, см	94,00[80,00;113,00]	93,50[85,50;100,50]	108,00[94,50;123,00]*
ОХС, ммоль/л	5,40[4,45;6,34]	5,14[4,00;5,99]	6,31[5,35;7,36]*
ЛПВП, ммоль/л	1,22[0,98;1,57]	1,40[1,25;1,48]	1,31[1,12;1,49]
ЛПНП, ммоль/л	3,17[2,31;4,22]	3,27[1,82;4,06]	4,10[3,18;4,45]
ТГ, ммоль/л	1,70[0,98;2,38]	1,50[0,75;2,21]	3,42[1,17;3,17]*

Примечание * $p < 0,05$

Проводя анализ данных между группами с учетом приверженности к гиполипидемической терапии применяя ранговый дисперсионного анализа по Краскелу-Уоллису были выявлены достоверные различия по возрасту пациентов с КП, ИМТ, ОТ, липидному профилю за счет повышенного уровня ТГ ($p < 0,05$).

По возрастному составу пациенты в 1-й группе, согласно классификации ВОЗ, распределены следующим образом: 2 пациента (14%) в возрасте от 18 до 44 лет, 8 пациентов (57%) в возрасте от 45 до 59 лет, 3 пациентов (21%) в возрасте от 60 до 74 лет и 1 (8%) пациент в возрасте 82 лет. При учете гендерного фактора выявлено, что приверженность к лечению наблюдается у 43% мужчин и 57% женщин.

При оценке антропометрических показателей в 1-ой группе, установлено, что 6 пациентов (43%) имели нормальную массу тела, в 21% случаев (3 пациента) отмечалась избыточная масса тела. У 4 пациентов (29%) наблюдается ожирение 1 степени. И лишь у 1 (7%) пациента отмечено ожирение 3 степени. Показатель ОТ превышающий целевые показатели (более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) отмечен у 4 (29%) мужчин и 5 (35%) женщин.

Оценивая возрастной состав пациентов 2-ой группы, выявлено, что 5 пациентов (31%) находятся в группе от 18 до 44 лет, 6 пациентов (38%) в возрасте от 45 до 59 лет, 4 пациентов (25%) в возрасте от 60 до 74 лет и 1 пациент (6%) в возрасте 81 года.

При оценке антропометрических показателей во 2-й группе, установлено, что 2 пациента (13%) имели нормальную массу тела, в 63% случаев (10 пациентов) отмечалась избыточная масса тела. У 2 пациентов (13%) наблюдается ожирение 1 степени, у 1 (6%) пациента отмечено ожирение 2 степени. Так же у 1 пациента (5%) наблюдается ожирение 3 степени. Показатель ОТ (более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) отмечен у 2 (13%) мужчин и 12 (75%) женщин.

Оценивая возрастной состав пациентов 3-й группы, выявлено, что 1 пациент (4%) находится в группе от 18 до 44 лет, 6 пациентов (22%) в возрасте от 45 до 59 лет, 17 пациентов (63%) в возрасте от 60 до 74 лет и 3 пациентов (11%) находятся в возрасте от 75 до 90 лет. При учете гендерного фактора выявлено, что не привержены к лечению 44% мужчин и 56% женщин.

При оценке антропометрических показателей в 3-й группе, установлено, что 2 пациента (7%) имели нормальную массу тела, у 9 пациентов (33%) отмечалась избыточная масса тела. У 7 пациентов (26%) наблюдается ожирение 1 степени, у 6 пациентов (23%) наблюдалось ожирение 2 степени, у 3 (11%) пациентов отмечено ожирение 3 степени. Показатель ОТ (более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) отмечен у 11 (41%) мужчин и 14 (52%) женщин.

Выводы

Приверженность к терапии гиполипидемическими препаратами группы ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы по результатам теста MMAS-4 отмечена у пациентов с КП в возрастной категории 45–59 лет, без избытка массы тела, независимо от пола пациентов. Отсутствие приверженности отмечено в возрастной группе 60–74 года с избытком массы тела по абдоминальному типу. С учетом липидного спектра у пациентов приверженных к гиполипидемической терапии отмечаются более лучшие показатели метаболического контроля, чем у пациентов не приверженных к лечению препаратами группы ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Николаев, Н. А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация / Н. А. Николаев // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 1. – С. 50–59.
2. Кадирова, Г. Г. Качество жизни с учетом приверженности к лечению больных с артериальной гипертензией / Г. Г. Кадирова, Б. Т. Аббасова, Ш. Х. Умарова [и др.] // Молодой ученый. – 2018. – № 28. – С. 15–18.