

УДК: 616.127-005.8-08-039.57

БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Ю. А. Хохлова*Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск, Россия*

A PATIENT WITH ACUTE CORONARY SYNDROME: DRUG THERAPY AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

Yu. A. Khokhlova*Smolensk State Academy of Medicine, Smolensk, Russian Federation*

Цель. Дать анализ медикаментозной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром.

Материалы и методы. Проанализирована медикаментозная терапия 257 больных, перенесших острый коронарный синдром, после выписки из отделения неотложной кардиологии клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска.

Результаты. Выявлены недостатки медикаментозного лечения больных после острого коронарного синдрома. Через 6 месяцев статины получали 61,9 % больных, клопидогрел – 76,19 %, бета-адреноблокаторы – 73,81 %; к концу года – 53,52; 59,15; 70,42 % соответственно. От трети (через полгода наблюдения) до половины (через год наблюдения) больных не наблюдались в поликлинике и в большинстве случаев не получали адекватной медикаментозной терапии.

Выводы. Пациенты, перенесшие ОКС, далеко не всегда наблюдаются амбулаторно и демонстрируют низкую приверженность к лечению статинами, клопидогрелом и бета-блокаторами. В некоторых случаях врачи амбулаторного звена отменяют данные препараты без достаточных на то оснований.

Ключевые слова. Терапия после острого коронарного синдрома, медикаментозная терапия, амбулаторное лечение.

Aim. To analyze the drug therapy in patients after acute coronary syndrome.

Materials and methods. Drug treatment of 257 patients who had suffered from acute coronary syndrome was analyzed after their discharge from the unit of urgent cardiology of Smolensk Clinical Emergency Hospital.

Results. Shortcomings of drug therapy used for treatment of patients after acute coronary syndrome were revealed. In six months, 61,9 % of patients received statins, 76,19 % – clopidogrel, 73,81 % – beta-adrenergic blocking agents; by the end of the year – 53,52 %, 59,15 %, 70,42 % of patients, respectively. From one-third (in 6 months of follow-up observation) to half (in a year of follow-up observation) of patients were not observed at the polyclinic and in most cases did not receive an adequate drug therapy.

Conclusions. Patients who suffered from acute coronary syndrome are not always followed up at the polyclinic after their discharge from the hospital and demonstrate a low loyalty to statin, clopidogrel and beta-blocker therapy. In some cases, ambulatory physicians abolish these drugs without any grounds for that.

Key words. Therapy after acute coronary syndrome, drug therapy, out-patient treatment.

© Хохлова Ю. А., 2014

e-mail: kho.julia@list.ru

тел.: 8(4812) 27-11-06

[Хохлова Ю. А. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии].

ВВЕДЕНИЕ

Стратегия лечения больного с острым коронарным синдромом (ОКС) после выписки из стационара направлена на предупреждение повторного развития ОКС (вторичная профилактика) и лечение осложнений перенесенного инфаркта миокарда. Вторичная профилактика включает в себя модификацию факторов риска, инвазивные коронарные вмешательства и медикаментозную терапию [7].

Смертность в группе больных, перенесших ОКС, намного выше, чем в общей популяции, и может достигать 6–10 % в течение первого года [7]. Существующие медикаментозные мероприятия улучшают прогноз [1], что подтверждают и данные доказательной медицины [3].

Долгосрочное лечение больных проводит участковый терапевт или кардиолог, на которых и лежит реализация мероприятий по вторичной профилактике ОКС. Важным моментом достижения оптимальных результатов при ведении больного после ОКС является продолжение и дальнейшая оптимизация медикаментозной терапии, начатой в стационаре [1]. Вместе с тем для достижения эффекта терапии необходима «командная работа» врача и пациента.

Таким образом, представляет интерес анализ медикаментозного лечения больных, перенесших ОКС, на амбулаторном этапе.

Цель исследования – провести анализ медикаментозной терапии больных, перенесших ОКС, после выписки из специализированного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 257 больных, перенесших ОКС. Анализировались рекомендации лечащего врача по медикаментозной терапии при выписке больных ОКС из

отделения неотложной кардиологии клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска в 2012–2013 гг., а также медикаментозное лечение, проводимое участковым врачом/кардиологом через 3, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара (по данным амбулаторных карт).

Кроме того, проводился опрос больных, перенесших ОКС (через 3, 6 и 12 месяцев), о терапии, которую они получают (по телефону).

Статистический анализ осуществлялся при помощи программного пакета Statgraphics 7.0. Для выявления достоверности различий в исследуемых группах использовался критерий χ^2 . Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На начальном этапе исследования анализировались отдельные пункты рекомендаций лечащего врача по медикаментозной терапии при выписке больных из стационара. Данные лекарственных препаратов или группы лекарственных препаратов соответствовали рекомендуемым методам медикаментозного лечения после выписки больного с ОКС из стационара [2, 4, 5].

Подавляющему большинству пациентов ($p < 0,0001$) при выписке из стационара было рекомендовано продолжить двойную антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрел), прием статинов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента или блокаторов рецепторов к ангиотензину II (ИАПФ/БАР) и β -блокаторов (БАБ). Обращало на себя внимание, что БАБ не были назначены почти 20 % больных. При этом только у 28 пациентов (10,89 %) это было связано с наличием противопоказаний (чаще всего с наличием брадикардии и тяжелых бронхообструктивных заболеваний). Каждому четвертому пациенту необходимо было про-

должить прием антагонистов альдостерона для продолжения терапии сердечной недостаточности. Частота назначения лекарственных препаратов или групп лекарственных препаратов при выписке из стационара была следующей: аспирин – 96,5 % больных, клопидогрел – 98,44 %, ИАПФ/БАР – 96,5 %, БАБ – 82,88 %, антагонисты альдостерона – 25,68 %, статины – 98,83 % (данные представлены в виде доли (%) больных, которые получали данный лекарственный препарат или препарат из данной лекарственной группы).

В дальнейшем пациентам было рекомендовано находиться под наблюдением

участкового терапевта или кардиолога. Через 3 месяца после развития ОКС наблюдалось участковым врачом большинство больных (200 из 257, 77,82 %, $p < 0,0001$), но уже через полгода число этих пациентов уменьшилось и составило не более двух третей (168 больных, 65,37 %, $p < 0,01$), а к концу периода наблюдения – чуть более половины (142 пациента, 55,25 %). Среди больных, продолжающих регулярно посещать врача, был проведен в динамике анализ медикаментозной терапии, назначенной доктором, и терапии, которую фактически получал пациент (таблица).

Динамика и сравнительная частота назначения врачом/применения пациентом, перенесшим ОКС, лекарственных препаратов или групп лекарственных препаратов при амбулаторном наблюдении

Метод лечения		3 месяца после ОКС	6 месяцев после ОКС	12 месяцев после ОКС
Аспирин	Назначался врачом	96	94,64	88,02 [*]
	Применялся пациентом	93	91,67	85,21 [*]
Клопидогрел	Назначался врачом	97	96,43	83,1 ^{***}
	Применялся пациентом	91 [*]	76,19 ^{**}	59,15 ^{****}
ИАПФ/БАР	Назначались врачом	95,5	96,43	90,14
	Применялись пациентом	94	94,05	89,44
БАБ	Назначались врачом	81,5	73,81	70,42 [*]
	Применялись пациентом	79	61,9 ^{**}	57,04 ^{**}
Антагонисты альдостерона	Назначались врачом	26	22,62	32,4
	Применялись пациентом	24	23,81	31,69
Статины	Назначались врачом	96	76,19 [*]	73,94 [*]
	Применялись пациентом	89 ^{**}	61,9 ^{***}	53,52 ^{****}

Примечание: данные представлены в виде доли (%) больных, которые получали данный лекарственный препарат или препарат из данной лекарственной группы; * – достоверность различий между 3-м и 12-м месяцем: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$, **** – $p < 0,0001$; # – достоверность различий частоты назначения врачом и применения пациентом лекарственного препарата/препарата из данной лекарственной группы: # – $p < 0,05$, ## – $p < 0,01$, ### – $p < 0,001$, #### – $p < 0,0001$.

В течение первого полугодия более 90 % пациентов продолжали принимать препараты аспирина. Однако через год количество данных больных уменьшилось. Чаще всего это было связано с побочным действием аспирина (в первую очередь гастротоксичностью препарата). Больные отказывались от данного препарата, следуя

рекомендациям лечащего врача (различия между частотой назначения врачом и частотой фактического применения пациентом были недостоверны).

Уже через 3 месяца наблюдения пациенты принимали клопидогрел реже, чем рекомендовал лечащий врач. В дальнейшем ситуация еще более усугубилась. Спустя пол-

года пациентов, принимающих клопидогрел, стало уже на 15 % меньше, а к концу года продолжало лечение менее двух третей пациентов. После перенесенного ОКС прием клопидогрела показан в течение ближайшего года [2, 4, 5, 10], вместе с тем почти каждый пятый пациент не принимал клопидогрел, следуя рекомендации врача (по невыясненной причине), остальные пациенты отменили препарат самостоятельно.

Во многом аналогичная ситуация наблюдалась и при терапии статинами. На всех этапах наблюдения пациенты принимали гиполипидемические препараты реже, чем им назначали амбулаторно. Уже через полгода продолжили прием статинов не более двух третей пациентов, а через 12 месяцев – только половина.

В настоящее время однозначно продемонстрированы преимущества длительной терапии статинами для предотвращения новых ишемических эпизодов и снижения смертности у больных после ОКС [10]. Вместе с тем статины были отменены лечащим врачом у каждого четвертого больного, перенесшего ОКС, уже к 6-му месяцу наблюдения. К концу года ситуация не улучшилась. Наиболее частой причиной отказа от приема статинов называлось нарушение функции печени. При этом в тех случаях, когда проводился биохимический анализ крови, уровень печеночных ферментов не превышал более чем в 2 раза верхней границы нормы, что не является показанием к отмене статинов [2, 4]. У некоторых больных статины отменялись только на основании жалоб на дискомфорт в области печени. У 8,7 % человек статины были отменены без указания причины.

Таким образом, наблюдается низкая приверженность пациентов к длительной терапии клопидогрелом и статинами, что соотносится с результатами и других исследований [6]. Обращает на себя внимание, что достаточно часто больные не принимали данные препараты по рекомендации своего врача.

Наиболее «любимыми» препаратами как пациентов, так и врачей были ИАПФ/БАР и антагонисты альдостерона (как правило, спиронолактон). За время наблюдения значительно не изменилась доля пациентов, получающих данную терапию. К концу периода наблюдения наметилась тенденция к более частому назначению врачом и применению пациентом антагонистов альдостерона вследствие развития или прогрессирования сердечной недостаточности.

Назначение БАБ снижает смертность и риск повторного инфаркта миокарда на 20–25 % [9]. Однако через 6 месяцев после ОКС доля больных, принимавших БАБ, уменьшилась на 17 %. Через год продолжали лечение БАБ около 60 % больных. В большинстве случаев БАБ пациенты отменяли самостоятельно, однако к 12-му месяцу и врачи стали назначать БАБ реже. Только в половине случаев как пациент, так и врач указывали причину отмены БАБ (чаще всего это была брадикардия или «плохая переносимость»). Обоснованность отмены БАБ в большинстве случаев выглядела сомнительной, вероятно требовалось более «мягкое» титрование дозы БАБ или смена препарата из данной группы.

Как же продолжали лечиться пациенты, которые на различных этапах исследования выпали из поля зрения участкового врача/кардиолога? Был проведен опрос больных данной категории о препаратах, которые они продолжали принимать. В ходе опроса определились три условных подгруппы пациентов. Первая подгруппа была мотивирована на продолжение терапии, но хотела лечиться у «своих» докторов (примерно каждый пятый). Вторая подгруппа продолжала принимать препараты, которые им были рекомендованы изначально, получая советы время от времени от врачей различных специальностей или других пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (почти треть больных). Третья подгруппа не принимала

или принимала эпизодически лекарственные препараты, ориентируясь на свое самочувствие (около половины всех пациентов).

В итоге уже к 3-му месяцу эти пациенты принимали большинство лекарственных препаратов намного реже, чем больные, находившиеся под амбулаторным наблюдением (рисунки).

Исключение составила частота приема аспирина, она была сопоставима на данном этапе с частотой приема пациентами при амбулаторном наблюдении. Кроме того, пациенты обеих групп одинаково часто во все периоды наблюдения получали антагонисты альдостерона.

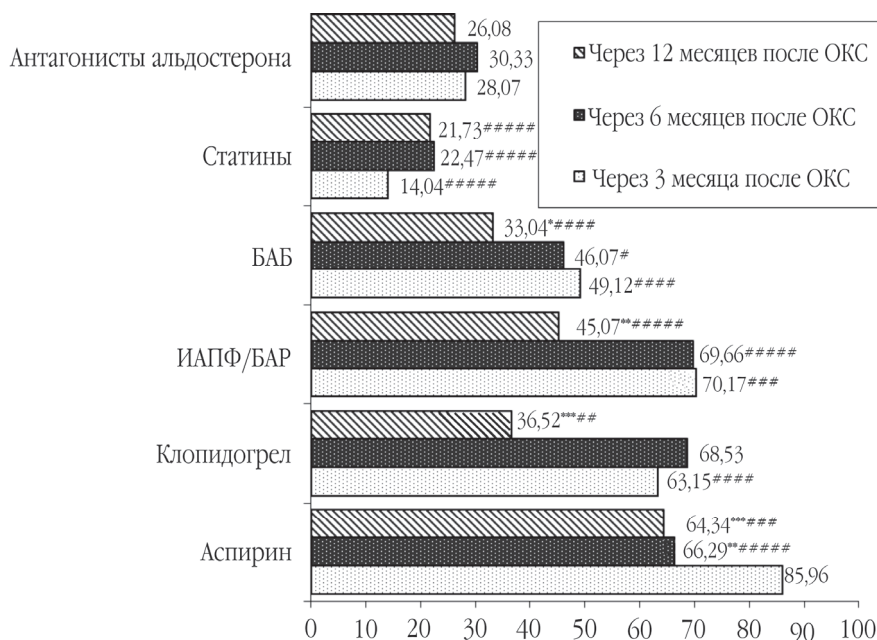


Рис. Частота и динамика применения лекарственных препаратов/групп лекарственных препаратов после ОКС больными, не находившимися под амбулаторным наблюдением (данные представлены в виде доли (%) больных, которые получали лекарственный препарат или препарат из данной лекарственной группы; * – достоверность различий между 3-м и 12-м месяцем: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; # – достоверность различий частоты применения лекарственного препарата/препарата из данной лекарственной группы пациентами, находившимися и не находившимися под амбулаторным наблюдением: # – $p < 0,05$, ### – $p < 0,001$, #### – $p < 0,0001$, ##### – $p < 0,00001$)

Пациенты, не находившиеся под амбулаторным наблюдением, очень редко принимали статины (за все время наблюдения – не более пятой доли от всего количества обследованных), БАБ (от половины пациентов в первые полгода, до трети – к концу года). Если клопидогрел в первые полгода принимали около двух третей больных (к 6-му месяцу даже одинаково часто с пациентами, наблюдающимися амбулаторно), то через год – около трети.

ИАПФ/БАР получали от двух третей до половины пациентов к концу периода наблюдения. Вместе с тем препаратам из данных групп отводится в настоящее время ключевая роль в предотвращении ремоделирования левого желудочка, развитии и прогрессировании сердечной недостаточности [2, 3, 4].

Из всех лекарственных средств наиболее привержены пациенты были к продолжению терапии аспирином: за все время

наблюдения доля больных, принимавших аспирин, не опускался ниже 60 %. Однако и этот результат нельзя назвать удовлетворительным. Аспирин при отсутствии серьезных противопоказаний больные после ОКС должны принимать пожизненно, так как этот препарат на 25 % снижает риск повторного инфаркта миокарда у пациентов данной категории [8].

Таким образом, пациенты, не находившиеся на амбулаторном наблюдении, в большинстве случаев не получали медикаментозной терапии, направленной на вторичную профилактику ОКС.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о существенных недостатках проведения медикаментозной терапии на амбулаторном этапе. Пациенты, перенесшие ОКС, демонстрируют низкую приверженность к терапии статинами, клопидогрелом и БАБ. Отказ от данной терапии в некоторых случаях определяется и немотивированной отменой препарата врачом амбулаторного звена.

Значительная доля больных (от трети через полгода до половины через год после ОКС) не наблюдаются в поликлинике после выписки из стационара. Как следствие, в большинстве случаев такие пациенты не получают адекватной медикаментозной терапии.

При выписке из специализированного стационара необходимо более активно разъяснять больному целесообразность продолжения медикаментозной терапии на амбулаторном этапе под наблюдением врача поликлиники, а врачам амбулаторного звена – более четко придерживаться рекомендаций по медикаментозной терапии после ОКС.

Библиографический список

1. Воробьева И. И., Васильева Е. Ю., Шнектор А. В. Оптимальная тактика амбулаторного ведения больных после перенесенного инфаркта миокарда. Креативная кардиология 2010; 2: 40–53.
2. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Национальные клинические рекомендации ВНОК / под ред. Р. Г. Оганова. М.: Силиция-Полиграф 2008; 239–326.
3. Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа 2010; 1232.
4. Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. Национальные клинические рекомендации ВНОК / под ред. Р. Г. Оганова. М.: Силиция-Полиграф 2008; 401–440.
5. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST. Рабочая группа Европейского общества кардиологов. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012; 8 (2): 1–64.
6. Скопец И. С., Везикова Н. Н., Марусенко И. М., Малыгин А. Н. Острый коронарный синдром: комплексный взгляд на проблему, значение госпитального и амбулаторного этапов лечения пациентов. Архивъ внутренней медицины 2012; 3 (5): 58–64.
7. Сыркин А. Л., Новикова Н. А., Терехин С. А. Острый коронарный синдром. М.: Медицинское информационное агентство 2010; 440.
8. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002; 324: 71–86.
9. Freemantle N., Cleland J., Young P. et al. Beta blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. BMJ 1999; 318: 1730–1737.
10. Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Eur. Heart. J. 2007; 28: 2375–2414.

Материал поступил в редакцию 01.09.2014