

DOI 10.26886/2520-7474.6(26)2017.4

UDC: 616.12 – 005.4 + 616.127 – 0.89] – 085: 615.838

**OPTIMIZATION OF THE MODEL OF RENEVAL TREATMENT FOR
INCREASE OF ADHERENCE TO THERAPY OF PATIENTS WITH
ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER MYOCARDIUM SURGICAL
RIVASCULARIZATION**

PHD in Medicine, O. Kolodenko

Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of
Ministry of Health of Ukraine, Ukraine, Odessa

We were nvestigate the effect of the renewal treatment (sanatorium stage) on adherence to the treatment of patients with coronary heart disease (CHD) after myocardium surgical revascularization (MSR). Under our supervision were 320 patients with coronary artery disease and comorbidity 58.7 ± 8.9 after (MSR). The course of treatment was 21 days. Long-term results were evaluated 12 months after the MSR. The use of differentiated complex of renewal treatment contributes to improving the QL through improving the physical component, namely an increase in RF indices by 51.1%, RP - 87.9%, BP - 67.04% ($p < 0.01$), and a psychological component due to RE - 64.0% ($p < 0.01$), GH - 42.9%, VT - 44.9%, SF - 34.5%, MH - 24.3% ($p \leq 0.05$), which is significantly higher than in patients in group 1. At studying the adherence to treatment in patients 1 and 3 groups were favorable to treatment were 45.3 and 57.1% of patients, then in the 2nd group - 69.9%.

Keywords: ischemic heart disease, myocardium surgical reuscularization, renewal treatment, adherence

кандидат медичних наук, Колоденко О. В. Оптимізація моделі відновлювального лікування для підвищення прихильності до терапії пацієнтів з ішемічною хворобою серця після хірургічної реваскуляризації міокарду/ ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України, Україна, Одеса

Вивчено вплив відновлювального лікування (санаторний етап) на прихильність до терапії хворих ішемічною хворобою серця (ІХС) після хірургічної реваскуляризації міокарду (ХРМ). Обстежено 320 хворих з ІХС та коморбідною патологією віком $58,7 \pm 8,9$ після (ХРМ). Використання диференційованих комплексів санаторного лікування сприяє підвищенню показників якості життя за рахунок покращення фізичної складової, а саме підвищення показників RF на 51,1 %, RP – 87,9 %, BP – 67,04 % ($p < 0.01$) та психологічної складової за рахунок показників RE – 64,0 % ($p < 0.01$), GH – 42,9 %, VT – 44,9 %, SF – 34,5 %, MH – 24,3 % ($p \leq 0,05$), що значно вище ніж у пацієнтів 1-ї групи. При вивченні прихильності до лікування у хворих 1-ї та 3-ї груп прихильними до лікування було 45,3 та 57,1 % хворих, то в 2-ї групи – 69,9 %.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хірургічна реваскуляризація міокарду, санаторне лікування, прихильність до лікування

кандидат медицинских наук, Колоденко Е. В. Оптимизация модели восстановительного лечения для повышения приверженности к терапии пациентов с ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда/ ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МОЗ Украины», Украина, Одесса

Изучено влияние восстановительного лечения (санаторный этап) на приверженность терапии больных ишемической болезнью

сердца (ИБС) после хирургической реваскуляризации миокарда (ХРМ). Под нашим наблюдением было 320 больных с ИБС и коморбидной патологией в возрасте $58,7 \pm 8,9$ после (ХРМ). Курс лечения составил 21 день. Отдаленные результаты оценивали через 12 месяцев после проведенной ХРМ. Использование дифференцированных комплексов санаторного лечения способствует повышению качества жизни за счет улучшения физической составляющей, а именно повышение показателей RF на 51,1%, RP - 87,9%, BP - 67,04% ($p < 0.01$) и психологической составляющей за счет показателей RE - 64,0% ($p < 0.01$), GH - 42,9%, VT - 44,9%, SF - 34,5%, MH - 24,3% ($p \leq 0,05$), что значительно выше у пациентов 1-й группы. При изучении приверженности к лечению у больных 1-й и 3-й групп приверженными к лечению было 45,3 и 57,1% больных, то во 2-й группы - 69,9%.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хирургическая реваскуляризации миокарда, санаторное лечение, приверженность к лечению

Вступ. Хірургічні методи лікування в кардіології, в основі яких лежить реваскуляризація міокарду, визнані найбільш ефективними в плані підвищення якості життя та прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) [1]. Кожного року, кількість операцій по реваскуляризації міокарду збільшується, однак потенційна можливість підвищення якості життя та прогнозу хворих недостатньо реалізуються в післяопераційному періоді. За даними багаточисельних досліджень, у хворих ІХС після хірургічної реваскуляризації міокарду (ХРМ) на тлі об'єктивного покращення стану у більшості пацієнтів (85,6 %) лише 40,0 – 48,6 % з них повертаються до професійної діяльності без зниження працездатності та кваліфікації [2, 3, 4, 5]. У зв'язку з цим

виникає необхідність підвищення якості медичної та психологічної допомоги пацієнтам в період реабілітації.

Лікування будь-яких хронічних захворювань, в том числі і ІХС, на сучасному етапі передбачає поєднання застосування медикаментозної терапії та немедикаментозного лікування (модифікація способу життя, відказ від тютюнопаління, підвищення рівня фізичної активності та інш.). Недотримання пацієнтами цих призначень вважається однією з самих серйозних проблем сучасної клінічної практики [6]. За даними ВООЗ, медичні призначення не виконують біля половини хворих хронічними захворюваннями, що призводить до значної кількості повторних госпіталізацій. Прихильність до лікування визначається ВОЗ як відповідність поведінки пацієнта рекомендаціям лікаря, включаючи прийом ліків та/чи зміну образу життя [7].

На наше думку, саме оптимізація та створення алгоритму побудови програми відновлювального лікування (ВЛ) хворих ІХС після ХРМ, він може суттєво впливати на подальшу прихильність пацієнтів до лікування.

Мета роботи вивчити вплив відновлювального лікування (санаторний етап) на прихильність до терапії хворих ІХС після ХРМ.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим наглядом було 320 хворих з ІХС та коморбідною патологією віком $58,7 \pm 8,9$ з ІХС, після ХРМ, які отримували стандартну медикаментозну терапію, а саме: нітрати, бета-блокатори, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, дезагреганти, діуретики, гіполіпідемічні препарати, цукрознижуючі препарати (при супутньому цукровому діабеті) та комплекс санаторно-курортної реабілітації.

Програма пацієнтів першої групи (n=135) включала застосування стандартного комплексу санаторно-курортного лікування (режим рухової активності тренуючий, дієтотерапію, магнітотерапію

сегментарних зон серця, масаж комірцевого відділу за гальмівною методикою, «сухі вуглекислі ванни»).

Програма пацієнтів другої групи (n=145) передбачала призначення диференційованих комплексів ВЛ в залежності від супутньої патології за розробленим нами алгоритмом.

Пацієнти третьої групи (40 осіб) – хворі ІХС після ХРМ не отримували санаторного лікування (обстеження проводили в амбулаторних умовах).

Курс лікування склав 21 день. Віддалені результати оцінювали через 12 місяців після проведеної ХРМ. Алгоритм дослідження включав збір анамнезу, динамічне клінічне спостереження за об'єктивним і суб'єктивним станом пацієнтів, лабораторну діагностику (біохімічний аналіз крові, ліпідограма, цукор крові, інсулін, індекс НОМА, лептин) та інструментальні методи дослідження (ЕКГ, УЗД серця, холтеровське моніторування ЕКГ, вимірювання АТ, ЧСС, шостихвилинний тест (ТШХ)).

Визначення прихильності до лікування проводилась з використанням опитувальника Морискі-Грина, який складається з чотирьох пунктів, що відображають відношення пацієнта до прийому препаратів:

1. Чи забували Ви коли-небудь приймати препарати.
2. Чи відноситеся Ви не уважно до часів прийому ліків?
3. Чи не пропускаєте Ви прийом ліків, якщо відчуваєте себе добре?
4. Якщо Ви відчуваєте себе погано після прийому ліків, чи не пропускаєте Ви наступний прийом.

Кожний пункт оцінюється по принципу «Так-Ні», при цьому відповідь «Так» оцінюється в 0 балів, а відповідь «Ні» - в 1 бал. Пацієнти, які набрали менш 3 балів, є прихильними, більше 3 балів, -

недостатньо прихильними та відносяться до категорії ризику за невиконанням рекомендацій лікаря.

Оцінку якості життя (ЯЖ) проводили за опитувальником SF – 36.

Результати клінічних, інструментальних та лабораторних досліджень оброблялися загальноприйнятими методами варіаційної статистики з використанням стандартної програми «Microsoft office-2000» та пакету стандартних статистичних програм «Statistika for Windows». Вірогідність відмінностей визначали за допомогою t-критерія Стьюдента (p).

Результати дослідження та їх обговорення

Запропонована нами модель системи ВЛ хворих ІХС після ХРМ включала наступні напрямки лікувально-реабілітаційних заходів: мобілізація саногенетичних механізмів відновлення морфофункціонального стану міокарду, зниження ризику прогресування ІХС, покращення психосоматичного стану та підвищення трудового потенціалу хворих. Важливе місце в системі підвищення ефективності програм реабілітації, займали питання формування у хворих нового стереотипу поведінки, включаючи і зміну відношення (прихильність) до запропонованих технологій терапії, що досягалося завдяки командній роботі лікарів на всіх етапах ВЛ (стаціонарний – санаторний – амбулаторний) (мал. 1).

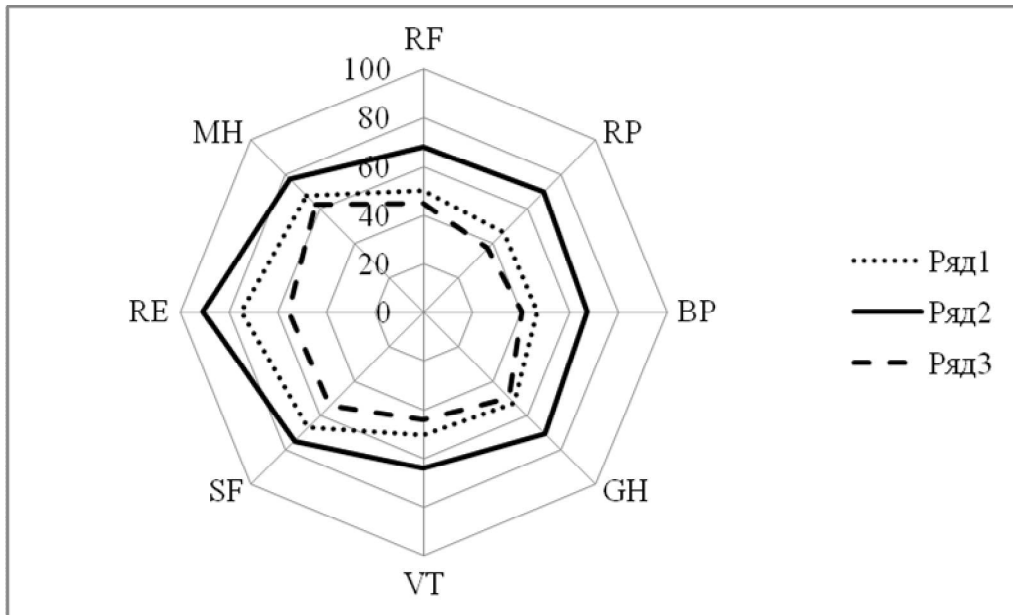
При вивченні показників ЯЖ, нами встановлено, що до початку ВЛ у всіх хворих показники як фізичної складової – фізичне функціонування (PF), ролева діяльність (RP), тілесний біль (BP), загальне здоров'я (GH), так і психологічної складової – життєспроможність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційний стан (RE), психічне здоров'я (MH) були знижені, особливо були знижені показники фізичного функціонування та психічного благополуччя.



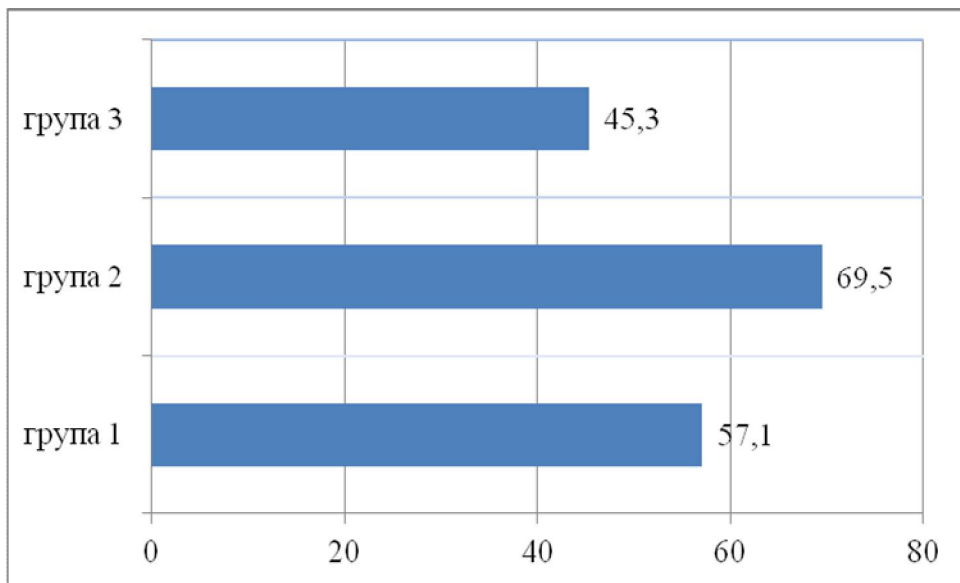
Малюнок 1. Алгоритм побудови програми відновлювального лікування

При оцінці якості життя через 12 місяців після ХРМ ми спостерігали вірогідне підвищення усіх показників у пацієнтів, які проходили санаторне лікування, особливо у пацієнтів 2-ї групи, які отримували диференційовані комплекси санаторного лікування, з урахуванням супутньої патології. Як видно з мал. 2, у пацієнтів 2-ї групи в порівнянні з показниками пацієнтів 3-ї групи (які не отримували ВЛ на санаторному етапі), спостерігалось вірогідне підвищення показників, за рахунок покращення фізичної складової, а саме RF на 51,1 %, RP – 87,9 %, BP – 67,04 % ($p < 0.01$), в той час як у пацієнтів 1-ї групи ці відрізнялися лише на 11,3, 24,4 та 15,7 % відповідно ($p \leq 0,05$). Суттєве покращення психологічної складової ЯЖ відбувалось за рахунок підвищення емоційного стану у пацієнтів 2-ї групи – 64,0 % ($p < 0.01$) і на 35,3 % у пацієнтів 1-ї групи ($p \leq 0,05$). Окрім того, у пацієнтів 2-ї групи було значне покращення показників GH – 42,9 %, VT – 44,9 %, SF – 34,5 %, MH – 24,3 % ($p \leq 0,05$), а у пацієнтів 1-ї групи лише на 6,9; 14,0; 23,4; 9,2 % відповідно.

Використання диференційованих програм ВЛ пацієнтів з ІХС після ХРМ з урахуванням психосоматичних особливостей не тільки позитивно впливало на їх ЯЖ, а і сприяло формуванню стереотипів самозберігаючої поведінки та модифікації способу життя. Характер цих змін підтверджується матеріалами, які характеризують прихильність хворих до лікування. Як видно мал.3 у пацієнтів 2-ї групи відмічались найбільш виражені позитивні зміни стосовно їх прихильності до терапії. Якщо у хворих 1-ї та 3-ї груп прихильними до лікування було 45,3 та 57,1 % хворих, то в 2-ї групи (де були запропоновані диференційовані програми ВЛ з урахуванням характеру супутньої патології) – 69,9 %.



Малюнок 2. Динаміка показників якості життя через 12 місяців після ХРМ у хворих ІХС та коморбідною патологією



Малюнок 3. Показники прихильності пацієнтів до лікування (%).

Висновки. Таким чином, отримані нами матеріали дослідження, підтверджують ефективність програм ВЛ, побудованих на принципах командного та диференційованого підходу, з урахуванням супутньої патології.

Запропонований нами алгоритм побудови програм ВЛ, дозволяє досягати хороших результатів не тільки з боку психосоматичного стану хворих, але і значно підвищити ЯЖ цих хворих та створити хороші умови для формування стереотипу поведінки щодо лікувального процесу.

Литература:

1. Бокерия Л. А. *Современные тенденции развития сердечно-сосудистой хирургии. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2013; 1: 45–51. /*
2. Head SJ, Kieser TM, Falk V et al. *Coronary artery bypass grafting: Part 1 – the evolution over the first 50 years. Eur Heart J 2013; 34 (37): 2862–72*
3. *Retention of work capacity after coronary artery bypass grafting: a 10-year follow-up study / V. Hallberg [et al.] // J. Cardiothorac. Surg. 2009. Vol. 4. P. 6.*
4. *Return to work after coronary artery bypass surgery. A 10-year follow-up study / V. Hällberg [et al.] // Scand. Cardiovasc. J. 2009. Vol. 43. P. 277–284*
5. *Wijns, W. ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization 2010 / W. Wijns et al. // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 10, № 31. – P. 2501–2555.*
6. *Hess P.L., Mi X., Curtis L.H. Follow-up of Patients with New Cardiovascular Implantable Electronic Devices: Is Adherence to the Experts' Recommendations Associated with Improved Outcomes? Heart Rhythm, 2013, vol. 10 (8), pp. 1127–1133*
7. *World Health Organization: Adherence to Longterm Therapies, Evidence for Action. – Geneva, 2003. – http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (date of access 10.03.2015)*

Referenses:

1. Bokeriia L.A. *Sovremennye tendentsii razvitiia serdechno-sosudistoi khirurgii. Grudnaia i serdechnososudistaia khirurgiia*. 2013; 1: 45–51. [in Russian]
2. Head SJ, Kieser TM, Falk V et al. *Coronary artery bypass grafting: Part 1 – the evolution over the first 50 years*. *Eur Heart J* 2013; 34 (37): 2862–72
Retention of work capacity after coronary artery bypass grafting: a 10-year follow-up study / V. Hallberg [et al.] // J. Cardiothorac. Surg. 2009. Vol. 4. P. 6.
Return to work after coronary artery bypass surgery. A 10-year follow-up study / V. Hällberg [et al.] // Scand. Cardiovasc. J. 2009. Vol. 43. P. 277–284
Wijns W, Kolh Ph, Danchin N et al. ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2010; 31: 2501–55
Hess P. L., Mi X., Curtis L. H. Follow-up of Patients with New Cardiovascular Implantable Electronic Devices: Is Adherence to the Experts' Recommendations Associated with Improved Outcomes? Heart Rhythm, 2013, vol. 10 (8), pp. 1127–1133
World Health Organization: Adherence to Longterm Therapies, Evidence for Action. – Geneva, 2003. – http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (date of access 10.03.2015)