

УДК 616.831-005.4-085

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part 2\).126931](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part 2).126931)

**В.Є. Азаренко,  
В.А. Потабашиї,  
В.І. Фесенко,  
О.В. Князева**

## **ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО  
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Потабашиї)  
пл. 30-ти річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська область, 50000, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of therapy, cardiology and family medicine of FPE  
Area 30-richchya Peremogi, 2, Kryvyi Rig, Dnipropetrovsk region, 50000, Ukraine  
e-mail: 606@dsma.dp.ua

**Ключові слова:** вторинна профілактика, загальна практика – сімейна медицина, наслідки ішемічного інсульту, опитувальник Моріскі-Гріна, прихильність до лікування

**Key words:** consequences of ischemic stroke, general practice-family medicine, Morisky-Green scale, secondary prevention, adherence to treatment

**Реферат.** Приверженность к лечению пациентов, перенесших ишемический инсульт. Азаренко В.Е., Потабашиї В.А., Фесенко В.И., Князева Е.В. На врача общей практики-семейной медицины возложена основная задача по ведению пациентов с последствиями ишемического инсульта. Успешному проведению вторичной профилактики ишемического инсульта в значительной мере способствует повышение приверженности пациентов к лечению. Приверженность к лечению может быть определена при помощи различных опросников, в том числе Мориски – Грина. В настоящее время приверженность к долгосрочной медикаментозной терапии остается недостаточной.

**Abstract.** Adherence to treatment of patients with past ischemic stroke. Azarenko V.Je., Potabashniy V.A. Fesenko V.I., Knjazjeva O.V. The main task of the general practitioner is managing patients with the effects of ischemic stroke. The improvement of patients adherence to treatment in a significant way contributes to successful secondary prevention of ischemic stroke. Adherence to treatment can be determined through various questionnaires, including Morisky-Green. Currently, the adherence to a long-term drug therapy remains insufficient.

Порушення мозкового кровообігу є однією з важливих медико-соціальних проблем і посідає перше місце серед причин втрати працездатності та друге місце серед причин смерті дорослого населення [1,4]. Мозковий інсульт щороку діагностується в 146 тис. мешканців України, з них 25% - особи працездатного віку [7,1]. Ризик повторного ішемічного інсульту (ІІ) збільшується майже в 10 разів, тому вторинна профілактика повинна починатися якомога раніше після розвитку ІІ або транзиторної ішемічної атаки (ТІА) і тривати протягом усього життя [8]. На теперішній час для попередження повторного ІІ розроблені й широко використовуються рекомендації, засновані на сучасних досягненнях доказової медицини.

Останнім часом велика увага приділяється прихильності пацієнтів до регулярної терапії [3, 5, 15]. Пацієнти з низькою прихильністю мають більшу частоту виникнення несприятливих подій, що збільшує фінансове навантаження на систему охорони здоров'я.

Низька прихильність до лікування хронічних захворювань є загальною проблемою [15]. Поняття прихильності до лікування було визначене як відповідність дій пацієнта рекомендаціям лікаря щодо застосування препаратів та необхідних змін у стилі життя, а також як міра виконання пацієнтом немедикаментозних рекомендацій [10]. У багатьох дослідженнях доведено, що неприхильність до лікування (часткове або повне припинення застосування ліків) достовірно призводить до зростання смертності протягом року після перенесеного ІІ серед неприхильних пацієнтів порівняно з тими, які ретельно виконують рекомендації щодо медикаментозного лікування [9, 11, 12, 13, 16].

В умовах центру первинної медико-санітарної допомоги лікар загальної практики – сімейний лікар надає медичну допомогу пацієнтам з наслідками ішемічного інсульту. Для оцінки прихильності до призначеного лікування в пацієнтів з хронічними захворюваннями використовується валідована шкала Моріскі – Гріна (MMAS-8) [2, 14].

Мета – оцінити прихильність до лікування за шкалою Моріскі - Гріна пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт на тлі ішемічної хвороби серця, на первинній ланці медичної допомоги.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 138 пацієнтів з наслідками ішемічного інсульту, з них 78 (56,5%) склали чоловіки, 60 (43,5%) – жінки. Середній вік опитаних становив  $64,72 \pm 7,65$  року. Всім пацієнтам на час виписки зі стаціонару було рекомендовано довгостроковий прийом інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) або сартанів, антагоністів кальцію, статинів та антитромбоцитарних препаратів. Термін після перенесеного інсульту становив  $1,54 \pm 0,52$  року.

Прихильність до лікування визначали за допомогою шкали Моріскі–Гріна (ММАС-8), який пацієнти заповнювали під час огляду сімейним лікарем. Якщо пацієнт ствердно відповідав на 3 з 8 запитань і більше, вважали, що прихильність до лікування такого пацієнта дуже низька (менше ніж 50% призначених ліків приймається). Якщо він набрав 1–2 бали, прихильність визначали як помірну (50–79% призначених ліків приймається), якщо не отримував жодного бала, то прихильність дуже висока (80% і більше призначених ліків приймаються).

Для визначення прихильності до прийому обстежені відповідали також на прямі запитання щодо конкретних призначених засобів: «Чи приймаєте Ви на теперішній час іАПФ або сартани, антагоністи кальцію; антитромбоцитарні препарати; статини?». Пацієнт вважався прихильним до лікування, якщо він давав позитивну відповідь на всі три питання. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь в опитуванні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз відповідей пацієнтів на запитання опитувальника Моріскі – Гріна показав, що ствердно відповіли на 3 і більше з 8 запитань 82 респонденти (59,4%). По 1-2 бали набрав 21 пацієнт (15,2%). Не отримали жодного бала 35 хворих, що становило 25,3% опитаних. Тобто переважна більшість хворих виявила низьку та помірну прихильність до лікування і лише четверта частина опитаних мала високу прихильність до лікування.

На запитання «Чи вживаєте Ви іАПФ або сартан?» ствердно відповіли 95 (69,5%) респондентів. На запитання «Чи вживаєте Ви антагоніст кальцію?» ствердно відповіли 84 (60,8%) респонденти.

Ацетилсаліцилову кислоту або клопідогрель приймали 92 (67%) респонденти. 11 (8%) пацієн-

тів вказали на нерегулярний прийом антитромбоцитарних препаратів. На запитання «Чи вживаєте Ви статини?» ствердно відповіли лише 48 (34,7%) пацієнтів. У цілому прихильними до медикаментозної терапії, направленої на вторинну профілактику ішемічного інсульту, визнано 55% пацієнтів. Найвищу прихильність пацієнти виявили до терапії іАПФ або сартанами (69,5%), а також антагоністами кальцію (60,8%), найнижчу – до прийому статинів (34,7%). Отримані результати співпадають з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з якими прихильність до лікування хворих на хронічні захворювання має надто низький рівень [15]. Більш високі показники прихильності до лікування, отримані в нашому дослідженні, ми пояснюємо тим, що пацієнти лікувалися у спеціалізованому відділенні, реабілітаційному центрі та були більше поінформовані про причини та наслідки захворювання. З огляду на негативні наслідки низької прихильності до лікування, постає завдання для лікаря первинної ланки по налагодженню більш тісної співпраці із хворим для виявлення факторів, пов'язаних із прихильністю та її змінами на тлі лікування [3,6]. Тому сімейний лікар повинен виявити пацієнтів, які не дотримуються медичних рекомендацій, та розробити додаткові заходи щодо покращення прихильності до лікування.

### ВИСНОВКИ

1. Через рік після перенесеного ішемічного інсульту на тлі ІХС 59,4% хворих мають низьку прихильність до лікування.

2. Найвищу прихильність пацієнти виявили до терапії іАПФ або сартанами (69,5%) та антагоністами кальцію (60,8%), найнижчу – до терапії статинами (34,7%).

3. Пацієнти з ІХС, які перенесли ішемічний інсульт, повинні бути під більш ретельним контролем сімейного лікаря з метою підвищення прихильності до лікування.

4. Для оцінки прихильності до лікування пацієнтів з ІХС у поєднанні з церебро-васкулярною патологією на первинній ланці рекомендується застосування шкали Моріскі – Гріна (ММАС-8).

**Актуальність подальших наукових досліджень** полягає в пошуку та розробці специфічних валідованих шкал для визначення прихильності до лікування хворих з ІХС у поєднанні з церебро-васкулярною патологією. Потребують подальшого вивчення чинники, що сприяють підвищенню прихильності до лікування такої категорії пацієнтів.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко В.М. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема: Аналітично – статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – Київ, 2014. – 279 с.
2. Лукина Ю.В. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками / Ю.В. Лукина, Н.П. Марцевич, Н.П. Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.- 2016. - № 12 (1). – С. 63-65.
3. Радченко Г.Д. Прихильність до лікування хворих з артеріальною гіпертензією та її зміни на тлі терапії. Результати відкритого проспективного багаточентрового дослідження / Г.Д. Радченко, Ю.М. Сіренко, І.М. Марцовенко // Укр. кардіол. журнал. – 2010. – № 3. – С. 44-57.
4. Суслина З.А. Ишемический инсульт и сердце: от патогенеза к профилактике / З.А. Суслина, А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина // Клинич. фармакол. и терапия.- 2003.-№5.-С. 47-51.
5. Шандалин В.А. Вторичная профилактика ишемического инсульта: от рекомендаций – к реальной клинической практике / В.А. Шандалин, А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина // Журнал неврологии, нейропсихиатрии и психосоматики. - 2012.- № 2. - С. 35-41.
6. Adherence to aspirin in secondary prevention of ischemic stroke / A. Lago, J.I. Tembl, A. Pareja, A. Ponz [et al.] // Cerebrovasc Dis. – 2006. – Vol. 21. – P. 353-356. <https://doi.org/10.1159/000091542>
7. Barriers to medication adherence for the secondary prevention of stroke: a qualitative interview study in primary care / J. Jamison, J. Graffy, R. Mullis, J. Mant, S. Sutton // Br. J. Gen. Pract. – 2016. – Vol. 66, N 649. – e568-e576. Published on line 2016 May 24. doi: 0.3399/bjgp16X685609
8. Chobian A.V. The Hypertension Paradox – more uncontrolled disease despite improved therapy / A.V. Chobian // N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 361, N 15. – P. 15-16.
9. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Resources. available at: [ghdx.healthdata.org/gbd-2016](http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016).
10. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. A Guideline for Health care Professionals From the American Heart Association / American Stroke Association // Stroke. – 2018. Available at <http://stroke.ahajournals.org>. doi: 10.1161/STR.000000000000158
11. Haynes R.B. Compliance in health care / R.B. Haynes, D.W. Teylor, D.L. Sackett / Baltimor: The Johns Hopkins University Press, 1979.
12. Jamison J. Barriers and facilitators to adherence to secondary stroke prevention medications after stroke: analysis of survivors and caregivers views from an on line stroke forum / J. Jamison // BMJ Open.-2017. – N 7. - e016814. doi:10.1136/bmjopen-2017-016814
13. Kulkarni S.P. Long-Term adherence with cardiovascular drug regimens / S.P. Kulkarni, K.P. Alexander, B. Lytleetal / Am. Heart J. – 2006. – Vol. 151, N 1. – P. 185-191.
14. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting / D.E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, Harry J. Ward. // J. Clin Hypertens (Greenwich). – 2008. – Vol. 10, N 5. – P. 348-354.
15. Sabate E. Adherencetolong-termtherapies: evidencetofor / E. Sabate. – Geneva: WHO, 2003.
16. Simpson E. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / E. Simpson, D.T. Eurich, S.R. Majumdar et al // BMJ. - 2006. - Vol. 333. – P. 15-18.

## REFERENCES

1. Kovalenko VM, Kornac'kyj VM. [Diseases of the circulatory system as a medical and social and socio-political problem]. Analitichno-statystychnyjposibnyk. Kyiv. 2014;279. Ukrainian.
2. Lukina JuV, Marcevech SJu, Kutishenko NP. [Morisky-Greene scale: the pros and cons of universal test, work on mistakes]. Racional'naja farmakoterapija v kardiologii. 2016;12(1):63-65. Russian.
3. Radchenko GD, Sirenko JuM, Martsovenko IM. [Adherence to the treatment of patients with arterial hypertension and its changes on the background of therapy. Results of open prospective multicenter study]. Ukrai'n's'kyj kardiologichnyj zhurnal. 2010;3:44-57. Ukrainian.
4. Suslina ZA, Fonjakin AV, Geraskina LA. [Ischemic stroke and heart: from pathogenesis to prevention]. Klinich. farmakol. i terapija. 2003;5:47-51. Russian.
5. Shandalin VA, Fonjakin AV, Geraskina LA. [Secondary prevention of ischemic stroke: from recommendations to real clinical practice]. Zhurnal neurologii, nejrropsihiatrii i psihosomatiki. 2012;2:35-41. Russian.
6. Chobian AV. The Hypertension Paradox – more uncontrolled disease despite improved therapy. N. Engl. J. Med. 2009;361(15):15-16.
7. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Resources. Available from: [ghdx.healthdata.org/gbd-2016](http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016).
8. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. A guideline for healthcare professionals from the American heart association. American stroke association. Stroke. 2011;42:227-76.
9. Jamison J, et al. Barriers and facilitators to adherence to secondary stroke prevention medications after stroke: analysis of survivors and caregivers views from an online stroke forum. BMJ Open 2017;7:e016814. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016814
10. Haynes RB, Teylor DW, Sackett DL. Compliance in healthcare. Baltimor: The Johns Hopkins University Press; 1979.

11. Jamison J, Graffy J, Mullis R, Mant J, Sutton S. Barriers to medication adherence for the secondary prevention of stroke: a qualitative interview study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2016;66(649):e568-76. Published online 2016 May 24. doi: 10.3399/bjgp16X685609

12. Lago A, Tembl JI, Pareja A, Ponz A, Ferrer JM, Vallés J, Santos MT. Adherence to aspirin in secondary prevention of ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2006;21:353-6. <https://doi.org/10.1159/000091542>

13. Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle et al B. Long-Term adherence with cardiovascular drug regimens. *Am Heart J.* 2006;151(1):185-91.

14. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Hays RD, Ward J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008;10(5):348-54.

15. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

16. Simpson E, Eurich DT, Majumdar SR. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006;333:15.



УДК 616.24-008.444:616.12-008.318/.331.1-072.1:612.13 [https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part 2\).126933](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part 2).126933)

**Я.О. Андреева,  
Д.П. Мирний,  
М.М. Сурмило**

**ДОБОВІ КОЛИВАННЯ  
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ  
В ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ  
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ  
ТА СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ  
ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ**

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»*

*бул. Винтера, 20, Запоріжжя, 69000, Україна*

*SE «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine»*

*Vinter boul., 20, Zaporozhye, 69000, Ukraine*

*e-mail: andryana08@gmail.com*

**Ключові слова:** апное обструктивне уві сні, серцева недостатність, артеріальний тиск, кров'яного тиску моніторинг амбулаторний

**Key words:** apnea obstructive sleep, heart failure, arterial pressure, blood pressure monitoring

**Реферат.** Суточные колебания артериального давления у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса. Андреева Я.А., Мирный Д.П., Сурмило Н.Н. Цель работы - изучить особенности суточных колебаний артериального давления по данным суточного мониторирования АД у пациентов с СОАС и СН с сохраненной фракцией выброса. Материалы и методы. Обследовано 86 пациентов с СОАС и СНсхФВ (1 группа), 74 пациента с СНсхФВ без СОАС (2 группа) и 52 пациента с СОАС и без СН (3 группа). Всем участникам исследования проведены кардио-респираторный мониторинг, СМАД, ЭХО-КС, определение NT-proBNP. Результаты. САД и ДАД у больных с СНсхФВ и СОАС в целом за сутки и в ночное время были выше, чем в группах сравнения. Среди