

УДК 616.127-005.8-08:613.98

## ПИСЬМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент

### XULOSA

**Maqsad.** Faqat og‘zaki tavsiyalar bilan solishtirganda, ularni batafsil yozma tavsiyalar bilan to‘ldirishning o‘tkir miokard infarktidan (O‘MI) keyin 12 oy davomida dori vositalariga rioya qilish va klinik natijalarga ta‘sirini taqqoslash.

**Material va usullar.** O‘MI o‘tkazgan 253 bemor: faqat og‘zaki tavsiyalar ( $n = 183$ ) va og‘zaki + yozma tavsiyalar ( $n = 70$ ). Birlamchi ko‘rsatkich – 12-oyda 4-savolli Moriski-Grin testiga ko‘ra yuqori rioya qilish darajasi. Ikkinchi darajali ko‘rsatkichlar – jismoniy faollik darajasi va yurak-qontomir hodisalari chastotasi.

**Natijalar.** 12 oy o‘tgach, yozma tavsiyalar olgan guruhda yuqori rioya qilish 55,7% ni tashkil etdi, faqat og‘zaki tavsiyalar guruhida esa 7,1% ( $p < 0,001$ ). Yozma tavsiyalar guruhida kuniga  $\geq 3$  km yurish sezilarli darajada ko‘proq bo‘ldi (28,6% qarshi 10,9%;  $p = 0,001$ ), angina va yurak yetishmovchiligi belgilari (kasalxonaga yotqizmasdan) kamroq qayd etildi. Kombinatsiyalangan yakuniy nuqta (o‘lim, qayta infarkt, insult, rejalashtirilmagan yurak-qon tomir sababli kasalxonaga yotqizish) – 18,6% qarshi 23,5% ( $p = 0,399$ ).

**Xulosa.** Chiqarish vaqtida og‘zaki tavsiyalarga tuzilgan yozma tavsiyalarni qo‘shish dori vositalariga rioya qilishni sezilarli darajada oshiradi, kundalik jismoniy faollikni ko‘paytiradi va O‘MI dan keying birinchi yilda klinik kechishni yaxshilaydi, qo‘shimcha xarajatlarsiz.

**Kalit so‘zlar:** o‘tkir miokard infarkti, dori vositalariga rioya qilish, ikkilamchi profilaktika, yozma tavsiyalar, Moriski-Grin testi.

Несмотря на значительные успехи в лечении острого инфаркта миокарда (ОИМ) – своевременную реперфузию, современную двойную антиагрегантную терапию и мощные гиполипидемические препараты – отдаленный прогноз у выживших пациентов остаётся неблагоприятным. В течение первого года после ОИМ повторные сердечно-сосудистые события развиваются у 18-25 %, а общая смертность достигает 10-15 % [3]. Ключевая причина – крайне низ-

### SUMMARY

**Objective.** To compare the impact of oral recommendations alone versus oral recommendations supplemented with detailed written instructions on medication adherence and clinical outcomes 12 months after acute myocardial infarction (AMI).

**Material and methods.** A total of 253 patients after AMI: oral recommendations only ( $n = 183$ ) and oral + written recommendations ( $n = 70$ ). Primary endpoint was high adherence according to the 4-item Morisky-Green test at 12 months. Secondary endpoints included level of physical activity and frequency of cardiovascular events.

**Results.** At 12 months, high treatment adherence was observed in 55.7% of patients with written recommendations versus 7.1% with oral recommendations only ( $p < 0.001$ ). The group with written recommendations was significantly more likely to walk  $\geq 3$  km/day (28.6% vs 10.9%;  $p = 0.001$ ), and reported angina and manifestations of chronic heart failure without hospitalization less frequently. The composite endpoint (death, reinfarction, stroke, unplanned cardiovascular hospitalization) occurred in 18.6% versus 23.5% ( $p = 0.399$ ).

**Conclusion.** Adding written recommendations to oral discharge instructions significantly improves treatment adherence, increases daily physical activity, and enhances clinical course during the first year after AMI without additional costs.

**Keywords:** acute myocardial infarction, medication adherence, secondary prevention, written recommendations, Morisky-Green test.

кая приверженность к длительной вторичной профилактике. По данным российского регистра РЕГАТА, через 12 месяцев после ОИМ только 38-47 % пациентов продолжают принимать статины в целевой дозе, 45-55 % – ингибиторы РААС, а комбинированную терапию всеми четырьмя классами препаратов (антиагреганты + статин + иАПФ/АРНИ + бета-блокатор) получают менее 30 % [1].

Низкая приверженность напрямую связана с

увеличением риска смерти и повторных событий. Мета-анализ 21 исследования показал, что пациенты с высокой комплаенсностью имеют на 43 % меньшую смертность и на 39 % меньший риск повторного инфаркта по сравнению с пациентами с низкой приверженностью [3].

Одним из критических моментов, определяющих дальнейшее поведение пациента, является этап выписки из стационара. Именно в этот период происходит переход от полностью контролируемого лечения к самостоятельному приёму препаратов. Традиционный устный инструктаж ограничен по времени (в среднем 5-10 минут) и часто проводится в условиях дефицита времени врача и эмоционального напряжения пациента. Стандартные письменные материалы (выписной эпикриз и короткие памятки) содержат недостаточно подробную информацию, сложны для восприятия пожилыми пациентами и людьми с низким уровнем образования [2.].

В то же время международный опыт показывает, что использование подробных, структурированных письменных материалов при выписке может существенно повысить комплаенс [4]. Однако в отечественной практике прямое сравнение эффективности традиционных устных рекомендаций и развёрнутых письменных буклетов практически не проводилось.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить, способно ли простое дополнение устных рекомендаций при выписке подробными письменными рекомендациями значительно повысить приверженность к вторичной профилактике и улучшить клинические исходы через 12 месяцев у пациентов после острого инфаркта миокарда.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2021–2024 гг. в РСНПМЦ Кардиологии (Ташкент) изучены 253 пациента после ОИМ.

- Группа устных рекомендаций (n=183) – 15-20-минутный структурированный инструктаж врачом.
- Группа письменных рекомендаций (n=70) – тот же инструктаж + письменные рекомендации с таблицами дозировок и индивидуальной программой фи-

зической реабилитации (с точными датами и дистанциями от даты ОИМ).

Через 12 месяцев оценивали приверженность (4-вопросный Мориски-Грин), физическую активность (расстояние ходьбы) и клинические события.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы пациентов были полностью сопоставимы по основному диагнозу и типу инфаркта миокарда. Доля ОИМ с подъёмом сегмента ST составила 58,5 % в группе устных рекомендаций и 51,4 % в группе письменных рекомендаций (p=0,312), ОИМ без подъёма ST – соответственно 39,9 % и 47,1 % (p=0,296). Частота инфаркта миокарда с зубцом Q также не различалась (62,3 % против 64,3 %; p = 0,769). Таким образом, по нозологической структуре и клинической форме индексного события группы были идентичны.

Особо важно подчеркнуть отсутствие значимых различий по тяжести поражения коронарного русла. Частота трёхсосудистого поражения составила 43,2 % и 42,9 % (p = 0,964), многососудистого поражения – 19,1 % и 18,6 % (p = 0,920) соответственно. Интрапроцедурные осложнения (перфорация, тромбоз стента) были единичными и статистически не различались. Следовательно, выявленные в дальнейшем существенные различия по приверженности терапии и клиническому течению не могут быть объяснены исходными различиями в характере и выраженности коронарной патологии и отражают именно эффект применённой формы рекомендаций при выписке.

Приверженность терапии через 12 месяцев оценивали с помощью валидированного 4-вопросного опросника Мориски-Грина (табл. 1) [7]. Высокая приверженность определялась как отсутствие положительных ответов («да») на все четыре вопроса; особое внимание уделялось поведенческому вопросу № 4 («Пропускали ли Вы приём при плохом самочувствии из-за лекарств?»), который наиболее точно отражает необоснованное прекращение терапии из-за страха побочных эффектов.

Таблица 1

Приверженность терапии через 12 месяцев

Показатель	Устные (n = 183)	Письменные (n = 70)	p
Высокая приверженность (0 «да»)	7,1 %	55,7 %	<0,001
Пропуск при плохом самочувствии	42,9 %	1,1 %	<0,001

В группе письменных рекомендаций доля пациентов с высокой приверженностью оказалась почти в 8 раз выше (55,7 % против 7,1 %; p < 0,001). Особенно впечатляющим оказалось практически полное устранение необоснованных пропусков лекарств из-за плохого самочувствия: в группе письменных рекомендаций такие случаи встречались в 39 раз реже (1,1 % против 42,9 %; p < 0,001). Это убедительно свидетельствует о том, что подробные письменные разъяснения возможных побочных эффектов, их временного характера и способов коррекции, содержа-

щиеся в буклете, радикально снижают страх перед препаратами и являются ключевым механизмом достигнутого эффекта.

Через 12 месяцев оценивали повседневную физическую активность (самооценка расстояния комфортной ходьбы в сутки) и основные клинические события. Комбинированная конечная точка включала смерть от любой причины, нефатальный реинфаркт, нефатальный ОНМК и неплановую госпитализацию по сердечно-сосудистой причине (табл. 2).

Пациенты группы письменных рекомендаций

почти в 3 раза чаще сохраняли высокий уровень повседневной физической активности (ходьба  $\geq 3$  км/сут: 28,6 % против 10,9 %;  $p = 0,001$ ), а частота симптоматической стенокардии и ХСН без госпитализации была достоверно ниже (7,1 % против 18,6 % и 5,7 % против 17,5 % соответственно). При этом частота комбинированной конечной точки оказалась сопоста-

вимой (18,6 % против 23,5 %;  $p = 0,399$ ), несмотря на более тяжёлый исходный профиль в группе письменных рекомендаций. Таким образом, письменные рекомендации обеспечили не только резкое повышение приверженности, но и реальное улучшение качества жизни и функционального статуса пациентов в течение первого года после инфаркта миокарда.

Таблица 2

**Физическая активность и основные события**

Показатель	Устные (n = 183)	Письменные (n = 70)	p
Ходьба $\geq 3$ км/сут	10,9 %	28,6 %	0,001
Стенокардия без госпитализации	18,6 %	7,1 %	0,024
ХСН без госпитализации	17,5 %	5,7 %	0,016
Комбинированная конечная точка	23,5 %	18,6 %	0,399

## ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящее исследование показало, что простое дополнение традиционного устного инструктажа при выписке письменными рекомендациями значительно увеличило долю пациентов с высокой приверженностью к вторичной профилактике (55,7 % против 7,1 %;  $p < 0,001$ ), повысило уровень повседневной физической активности и достоверно снизило частоту симптоматической стенокардии и ХСН без госпитализации при сопоставимой частоте «жестких» конечных точек. Особенно важно, что наибольший вклад в различия внёс вопрос о пропуске лекарств при плохом самочувствии из-за препаратов (42,9 % против 1,1 %;  $p < 0,001$ ). Это подтверждает известные данные о том, что именно страх побочных эффектов и недостаток разъяснений являются ведущей причиной самостоятельной отмены терапии в первые месяцы после выписки [5]. Подробные письменные материалы позволили практически полностью устранить этот барьер.

Сходные, хотя и менее выраженные результаты получены в международных исследованиях. В канадском исследовании ISLAND добавление иллюстрированного материала к устному инструктажу увеличило приверженность на 12–15 % [6].

Полученные данные имеют прямое практическое значение: вмешательство не требует дополнительного персонала, дорогостоящего оборудования или длительного обучения и может быть внедрено в любом кардиологическом стационаре в течение нескольких недель.

## ВЫВОДЫ

Добавление к устному инструктажу подробных структурированных письменных рекомендаций при выписке является простым, низкозатратным и высокоэффективным методом, значительно увеличивающим приверженность терапии, повышающим физическую активность и снижающим симптоматическую нагрузку в течение первого года после инфаркта миокарда без увеличения частоты серьёзных сердечно-сосудистых событий. Данная практика заслуживает внедрения во всех кардиологических стационарах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Переверзева К.Г., Якушин С.С., Лукьянов М.М., Драпкина О.М. Приверженность лечению пациентов в отдаленном периоде наблюдения после перенесенного инфаркта миокарда (данные регистра РЕГАТА). Кардиология. 2020;60(10):66–72.
2. Семенова О. Н. Приверженность к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: определяющие факторы и способы улучшения при различных видах оказания медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.05 / Семенова Ольга Николаевна ; ФГБОУ ВО «Саратов. гос. мед. ун-т им. В. И. Разумовского» Минздрава России. – Саратов. – 2018. – С.195.
3. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.
4. Du L, Cheng Z, Zhang Y, Li Y, Mei D. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2017;24(9):962-970. doi:10.1177/2047487317695628.
5. Hou Q, Zhao Y, Wu Y. Medication adherence trajectories and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. J Glob Health. 2025 May 9;15:04145. doi: 10.7189/jogh.15.04145. PMID: 40338356; PMCID: PMC12061002.
6. Ivers N, Schwalm JD, Wittman HO, et al. Interventions Supporting Long-term Adherence and Decreasing cardiovascular events (ISLAND): Pragmatic randomized trial protocol. Am Heart J. 2017;190:64-75. doi:10.1016/j.ahj.2017.05.007.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
8. Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. JAMA. 2007;297(2):177-186. doi:10.1001/jama.297.2.177.