

СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Отказ от назначенной лекарственной терапии (абсолютная неприверженность) после перенесенного острого инфаркта миокарда/нестабильной стенокардии: данные проспективного наблюдения в регистре ЛИС-3

Марцевич С. Ю.¹, Золотарева Н. П.^{1*}, Загребельный А. В.¹, Кутишенко Н. П.¹,
Лукина Ю. В.¹, Гинзбург М. Л.², Драпкина О. М.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины,
Москва, Россия

²Люберецкая областная больница, Люберцы, Россия

Цель. В рамках регистра острого коронарного синдрома (ОКС) ЛИС-3 оценить феномен полного отказа от лечения (абсолютной неприверженности) после выписки из стационара больных с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ)/нестабильная стенокардия (НС): изучить характеристики абсолютно неприверженных больных и исходы заболевания через 2,5 года после первого контакта.

Материал и методы. Исследование проведено в рамках регистра ЛИС-3. В данную часть исследования были включены больные, выжившие после ОКС и выписанные из стационара за первые 9 мес. 2014 г. (104 человека) и больные, выжившие после ОКС и выписанные из стационара за первые 9 мес. 2018 г. (223 чел.). Из 327 больных, выживших после ОИМ/НС, к моменту первого опроса (в среднем через 3 года после выписки) в живых осталось 226 больных. При опросе использовалась созданная анкета-опросник, в которую входят вопросы о возможных отдаленных исходах, приверженности к посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и приверженности к приему лекарственной терапии. На вопросы о лечении ответил 221 человек, 11 (5%) из них не принимали никакой лекарственной терапии (абсолютно неприверженные). В среднем через 29 месяцев (2,5 года) после первичного был выполнен повторный опрос абсолютно неприверженных пациентов или их родственников, собрана информация о жизненном статусе этих больных, повторных сердечно-сосудистых событиях, о приеме рекомендованной лекарственной терапии и о посещении ЛПУ.

Результаты. При сравнении клинико-демографических характеристик приверженных и абсолютно неприверженных к назначенной терапии больных статистически значимых различий не отмечено. К моменту повторного опроса умерли 4 больных из числа абсолютно неприверженных, 2 — перенесли ОКС. Из оставшихся в живых 6 больных к моменту повторного контакта 2 — так и не начали прием лекарств, объясняя это хорошим самочувствием, 2 — возобновили прием лекарств в полном объеме, 2 — в частичном объеме, с 1 больным контакт был утерян.

Заключение. Определенная часть больных после перенесенного ОИМ/НС полностью отказывается от назначенного лечения, в основном по причине хорошего самочувствия. Вероятность смерти и повторных сердечно-сосудистых событий у таких больных крайне высока.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, регистр, отказ от назначенной терапии, приверженность к приему лекарственной терапии.



Для цитирования: Марцевич С. Ю., Золотарева Н. П., Загребельный А. В., Кутишенко Н. П., Лукина Ю. В., Гинзбург М. Л., Драпкина О. М. Отказ от назначенной лекарственной терапии (абсолютная неприверженность) после перенесенного острого инфаркта миокарда/нестабильной стенокардии: данные проспективного наблюдения в регистре ЛИС-3. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2023;19(6):572-578. DOI:10.20996/1819-6446-2023-2988. EDN QVNHXA

Refusal of prescribed drug therapy (absolute non-adherence) after acute myocardial infarction/unstable angina: data from prospective observation in the LIS-3 registry

Martsevich S. Yu.¹, Zolotareva N. P.^{1*}, Zagrebelsky A. V.¹, Kutishenko N. P.¹, Lukina Yu. V.¹, Ginzburg M. L.², Drapkina O. M.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

²Lyubertsy Regional Hospital, Lyubertsy, Russia

Aim. Within the LIS-3 register of acute coronary syndrome (ACS), to evaluate the phenomenon of complete refusal of treatment (absolute non-adherence) after discharge from the hospital of patients diagnosed with acute myocardial infarction (AMI)/unstable angina (UA): to study the characteristics of absolutely nonadherent patients, disease outcomes after 2.5 years after first contact.

Material and methods. The study was conducted within the framework of the LIS-3 register. This part of the study included patients who survived ACS and were discharged from the hospital in the first 9 months of 2014 (104 people) and patients who survived ACS and were discharged from the hospital in the first 9 months of 2018 (223 people). Of the 327 patients who survived after AMI/UA, 226 patients remained alive by the time of the first survey (on average 3 years after discharge). The created questionnaire was used, which includes questions about possible long-term outcomes, adherence to visits to medical and preventive institutions (health facilities) and adherence to drug therapy. 221 people answered questions about treatment, 11 (5%) of them did not take any drug therapy (absolutely non-adherent).

On average, 29 months (2.5 years) after the initial survey, a repeat survey of completely non-adherent patients or their relatives was carried out, information was collected on the vital status of these patients, repeated cardiovascular events and on the use of recommended drug therapy, about visiting a health facility.

Results. When comparing the clinical and demographic characteristics of patients who were adherent and completely non-adherent to the prescribed therapy, no significant differences were noted. By the time of the repeat survey, 4 patients from among those who were completely non-adherent had died, 2 had suffered ACS. Of the 6 patients who survived, at the time of re-contact, 2 had not started taking medications, explaining that they were feeling well, 2 had resumed taking medications in full, 2 – partially, contact with 1 patient was lost.

Conclusion. A certain proportion of patients who have suffered AMI/UA completely refuse the prescribed treatment, mainly because they feel well. The likelihood of death and recurrent cardiovascular events in such patients is extremely high.

Keywords: acute coronary syndrome, myocardial infarction, unstable angina, registry, refusal of prescribed therapy, adherence to drug therapy.

For citation: Martsevich S. Yu., Zolotareva N. P., Zagrebelnyy A. V., Kutishenko N. P., Lukina Yu. V., Ginzburg M. L., Drapkina O. M. Refusal of prescribed drug therapy (absolute non-adherence) after acute myocardial infarction/unstable angina: data from prospective observation in the LIS-3. registry *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2023;19(6):572-578. DOI:10.20996/1819-6446-2023-2988. EDN QVNHXA

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): zolotarjeva_n@mail.ru

Received/Поступила: 10.11.2023

Review received/Рецензия получена: 23.11.2023

Accepted/Принята в печать: 22.12.2023

Введение

Приверженность больных к назначенной лекарственной терапии является одним из важнейших условий улучшения исходов заболевания, особенно в тех случаях, когда само заболевание имеет неблагоприятный прогноз. К таким заболеваниям можно в полной мере отнести ишемическую болезнь сердца (ИБС) и перенесенный инфаркт миокарда (ИМ).

Данные доказательной медицины достаточно четко определяют круг лекарственных препаратов, применение которых способно снизить риски неблагоприятных исходов заболевания, в том числе и смерти.

В предыдущей статье [1] мы проанализировали больных, выживших после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) в регистре ЛИС-3 и выяснили, что 5% пациентов вообще отказались от приема лекарственных препаратов. В данной публикации мы попытались подробнее охарактеризовать эту группу абсолютно неприверженных больных, выяснить мотивы такого решения, а также по возможности отследить отдаленные исходы заболевания.

Цель исследования – в рамках регистра ОКС ЛИС-3 оценить феномен полного отказа от лечения (абсолютной неприверженности) после выписки из стационара больных, с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ)/нестабильная стенокардия (НС): изучить характеристики абсолютно неприверженных больных и исходы заболевания через 2,5 года после первого контакта.

Материал и методы

Исследование проведено в рамках регистра ЛИС-3, протокол которого подробно описывал-

ся ранее [2], исследование одобрено независимым этическим комитетом ФГБУ "НМИЦ ТПМ", каждый больной давал информированное согласие. В данную часть исследования были включены больные, выжившие после острого коронарного синдрома (ОКС) и выписанные из стационара за первые 9 мес. 2014 г. (104 человека) и больные, выжившие после ОКС и выписанные из стационара за первые 9 мес. 2018 г. (223 чел). Поскольку больные, выписанные в 2014 и 2018 гг., не различались между собой по демографическим и клиническим характеристикам (тяжести состояния, наличии коморбидных состояний и пр.) [3], они были впоследствии объединены в одну группу из 327 человек. Всем больным при выписке давали стандартные рекомендации по лекарственной терапии, в целом соответствовавшие клиническим рекомендациям, действовавшим на момент проведения исследования.

В среднем через 3 года после выписки (медиана, Ме 2.4 [2,1; 4,1] года) выяснялся жизненный статус больных, проводилась попытка установления контакта по телефону с больным или его родственниками, а также интервью с выжившими больными. За период после выписки умерли 59 больных (18%), жизненный статус 13% больных остался неизвестным. Таким образом, у 226 больных была проведена попытка провести опрос, в том числе касающийся приверженности к назначенной терапии

Пять больных отказались отвечать на заданные вопросы, таким образом, всего был опрошен 221 человек.

Как отмечалось выше, 11 (5%) человек вообще отказались от назначенного им лечения, т.е. являлись абсолютно неприверженными. У каждого из этих 11 больных с помощью прямого опроса пытались выяснить причину отказа от назначенного лечения. Больному давалась рекомендация по возобновлению назначенной лечащим врачом терапии.

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика двух групп больных, принимавших лекарственную терапию и полностью отказавшихся от ее приема на момент опроса

Признак		Не принимают лекарственную терапию (n=11)	Принимают лекарственную терапию (n=210)	p
Гендерно-возрастные показатели				
Возраст, М±SD		61,2±7,7	60,6±12,0	0,866
Пол, n (%)	Мужской	9 (81,8)	131 (62,4)	0,243
	Женский	2 (18,2)	79 (37,6)	
Социально-демографические показатели и факторы риска в анамнезе				
Работает, n (%)		3 (27,3)	90 (42,9)	0,660
Курение, n (%)		3 (27,3)	65 (31,0)	0,980
Низкая физическая активность, n (%)		6 (54,5)	81 (38,6)	0,689
Отягощенная наследственность по ССЗ, n (%)		2 (18,2)	22 (10,5)	0,015
АГ, n (%)		6 (54,5)	148 (70,5)	0,470
Сахарный диабет, n (%)		0 (0)	30 (14,3)	0,268
Сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе				
ИБС, n (%)		1 (9,1)	54 (25,7)	0,097
Инфаркт миокарда, n (%)		1 (9,1)	31 (14,8)	0,823
ОНМК, n (%)		0 (0)	8 (3,8)	0,729
Фибрилляция предсердий, n (%)		0 (0)	9 (4,3)	0,700
Сопутствующие заболевания в анамнезе				
Заболевания почек, n (%)		0 (0)	5 (2,4)	0,045
Анемия, n (%)		0 (0)	3 (1,4)	0,891
Хронические заболевания легких, n (%)		1 (9,1)	9 (4,3)	0,668
Язвенная болезнь, n (%)		1 (9,1)	7 (3,3)	0,548
Осложнения в остром периоде ОИМ и НС, n (%)		4 (36,4)	39 (18,6)	0,348
КАГ и ЧКВ, n (%)		8 (72,7)	141 (67,1)	0,406
АГ — артериальная гипертензия, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КАГ — коронароангиография, НС — нестабильная стенокардия, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство				

В среднем через 29 месяцев (Ме 37 [14; 39] мес.) после установления первичного контакта с этими 11 больными попытались установить повторный контакт, при котором фиксировали жизненный статус больного, неблагоприятные события, произошедшие со времени первого контакта, а также собирали информацию о приеме больным рекомендованной ранее терапии.

Для статистической обработки использовались методы описательной статистики. Данные представлены в виде среднего и стандартной ошибки среднего в случае нормального распределения непрерывных величин или медианы и интерквартильного размаха в случаях, когда распределение отличается от нормального. Для качественных параметров указываются доли (в процентах) от общего числа наблюдений. Различия по количественным признакам для сравнения средних значений были оценены с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, по качественным – с помощью критерия χ^2 Пирсона или, при необходимости, с помощью точного теста Фишера. Значимыми считались различия при $p < 0,05$. Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение SPSS 23.0.

Результаты

В табл. 1 приведены сравнительные клинико-демографические характеристики приверженных и абсолютно неприверженных к назначенной терапии больных. Значимых различий по полу, возрасту, тяжести течения ИБС между ними выявлено не было.

В табл. 2 более подробно приведены данные о течении референсного ОКС и проведенных инвазивных вмешательствах в период госпитализации, данных о назначенной при выписке терапии, а также причинах абсолютной неприверженности 11 больных, полностью отказавшихся от лечения на момент первого опроса.

К моменту первого контакта из выживших к этому времени от назначенной терапии полностью отказались 11 больных. Двое из них за период, прошедший после референсного ОКС, уже перенесли повторные сердечно-сосудистые события в виде ОКС, при котором было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ); у одного из больных при этом возник ОИМ. Тем не менее, ни один из этих больных так и не стал после этого принимать реко-

Таблица 2. Данные об 11 больных, полностью отказавшихся от назначенной терапии на момент проведения первого опроса

Ф.И.О., год рожд.	Год госпитализации	Пол	Диагноз при выписке	КАГ в стационаре	Осложнения ОИМ и ИС	Тромболизис в стационаре	ЧКВ	Терапия, рекомендованная при выписке	Дата первичного контакта	Конечные точки перед первичным контактом	Прием лекарственной терапии после выписки	Причина отказа от приема лекарственных препаратов	Дата повторного контакта	Конечные точки перед повторным контактом	Прием лекарственной терапии по данным повторного контакта	Причина полного отказа от терапии
И-в 1959	2018	М	ОИМ (Q-ИМ)	Да	Да	Нет	Да	ДАТ, Б-АБ, иАПФ, статин	05.2020	Нет	Нет	Хорошее самочувствие	08.2023	Нет	Нет	Хорошее самочувствие
К-а 1952	2018	Ж	ИС	Да	Нет	Нет	Да	АСК, Б-АБ, иАПФ, статин	06.2020	Нет	Нет	Нет данных	10.2023	Нет	АСК, Б-АБ, иАПФ, статин	- м
П-в 1953	2014	М	ОИМ (Q-ИМ)	Нет	Да	Да	Нет	Б-АБ, иАПФ, статин, АК	07.2019	Нет	Нет	-	08.2023	Нет	Да. Аспирин, статин	-
К-в 1951	2018	М	ОИМ (Q-ИМ)	Да	Да	Нет	Да	Тикагрелор, Б-АБ, иАПФ, статин, АК	06.2020	Нет	Нет	-	08.2023	Повторные госпитализации по поводу ССЗ	Да статин, АСК, нитрат, И- GLT2, Б-АБ, АК, АА	-
Ш-о 1970	2014	М	ОИМ (Q-ИМ)	Да	Нет	Нет	Да	ДАТ, Б-АБ, иАПФ, АА	06.2020	Нет	Нет	Хорошее самочувствие	2022	Смерть от ИМ 2022г	Нет	Хорошее самочувствие
К-ь 1954	2014	М	ОИМ (Q-ИМ)	Нет	Да	Нет	Нет	ДАТ, Б-АБ, статин	07.2020	Нет	Нет	Хорошее самочувствие	08.2023	Нет	Нет	Хорошее самочувствие
Х-в 1947	2014	М	ИС	Нет	Нет	Нет	Нет	ДАТ, Б-АБ, АРА II, статин	09.2020	Да (госпитализация по поводу ССЗ, ЧКВ)	Нет	Дороговизна и постоянной сменой терапией врачом в ЛПУ.	07.2022	Госпитализация по поводу ССЗ, (ЧКВ, АКШ)	Да Аспирин	Дороговизна и постоянной сменой терапией врачом в ЛПУ.
Т-й 1951	2018	М	ОИМ (Q-ИМ)	Да	Нет	Нет	Да	ДАТ, Б-АБ, иАПФ, статин	06.2020	Нет	Нет	Неверие в получение качественной медицинской помощи	08.2021	06.21 Повторный ИМ, ЧКВ Смерть 08.2021	Не принимал	Неверие в получение качественной медицинской помощи
У-а 1943	2018	Ж	ИС	Да	Нет	Нет	Да	ДАТ, Б-АБ, иАПФ, статин	07.2020	нет	Нет	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
В-в 1969	2018	М	ОИМ (Q-ИМ)	Да	Нет	Нет	Да	ДАТ, Б-АБ, иАПФ, статин	07.2020	Нет	Нет	Нет данных	08.2021	Смерть 08.21 (сердечно-сосудистая смерть)	Нет данных	Нет данных
Т-в 1957	2018	М	ОИМ (Q-ИМ)	Да	Нет	Нет	Да	ДАТ, Б-АБ, иАПФ, статин	11.2020	Да (ОИМ, госпитализация по поводу ССЗ, ЧКВ)	Нет	Хорошее самочувствие	06.2021	Смерть 30.06.21	Нет данных	Нет данных
АА – антагонисты альдостерона, АК – антикоагулянты, АСК – ацетилсалициловая кислота, ДАТ – двойная антиагрегантная терапия, Б- АБ – бета-адреноблокаторы, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРА II – антагонисты рецепторов ангиотензина II, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, АКШ – аорто-коронарное шунтирование, ИМ – инфаркт миокарда																

мендованные лекарственные препараты. К моменту второго контакта 4 больных умерли (более трети из тех, кто отказался от назначенной терапии), у 2 больных за это время развился повторный ОКС, у 1 из них при этом было выполнено аорто-коронарное шунтирование.

Из оставшихся в живых 6 больных к моменту повторного контакта 2 — так и не начали прием лекарств, объясняя это хорошим самочувствием, 2 — возобновили прием лекарств в полном объеме, 2 — в частичном объеме. Контакт с 1 больным был потерян, жизненный статус его установить не удалось, соответственно данные о его лечении отсутствовали.

Представляем описание клинического наблюдения одного из 11 больных, отказавшихся от приема терапии. Пациент Ш. И., 1970 г.р., 7 мая 2018 г. перенес ОИМ с формированием зубца Q, проходил лечение по этому поводу в Люберецкой областной больнице. Пациент женат, образование высшее, работает, не курит. До референсного ОИМ считал себя здоровым, в поликлинику не обращался, лекарственные препараты не принимал. Артериальное давление не повышалось. Данные о неблагоприятной наследственности не известны. Сопутствующих заболеваний не было. В стационаре была выполнена коронароангиография (КАГ), проведено ЧКВ инфаркт-зависимой коронарной артерии. При выписке был рекомендован прием двойной антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки и клопидогрел 75 мг в сутки), ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (периндоприла аргинат 2,5 мг), β -блокатор (бисопролол 2,5 мг), антагонист минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон 25 мг). По данным опроса, который проводился в рамках первичного телефонного контакта в июне 2020 г. выяснено, что пациент не посещает лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), никакие лекарства не принимает по причине хорошего самочувствия. Пациенту было рекомендовано посетить ЛПУ и возобновить прием назначенной терапии. В июле 2023 г. при повторном контакте получена информация от дочери, что пациент ЛПУ не посещал, лекарства не принимал по причине хорошего самочувствия и умер год назад от повторного инфаркта миокарда.

Обсуждение

Проведенное исследование не является простым описанием набора случаев (case series), так как представляет данные о подгруппе, выделенной из всей когорты больных, выписавшихся из стационара после перенесенного ОКС за определенный период времени. Оказалось, что на момент опроса, проведенного в среднем через 3 года после выписки из стационара, 11 из 226 больных полностью отказа-

лись от назначенной им при выписке терапии (возможно, этих больных было больше, так как 59 к моменту опроса уже умерли).

В части случаев причиной отказа от лечения служило хорошее самочувствие больных, при этом не известно, пытались ли лечащие врачи убедить больных в необходимости лекарственной терапии. Попытка исследователя убедить больных начать лекарственную терапию во время первого контакта с ними также не всегда была успешной.

Из полностью отказавшихся от лечения умерло более трети (возможно, больше, так как судьба одного больного осталось неизвестной). Это очень высокая доля летальных исходов, хотя из-за малочисленности группы статистически значимые различия не могут быть получены. Тем не менее, есть все основания предполагать, что отказ от назначенной терапии может привести к тяжелым последствиям.

Хорошо известно, что значительная часть больных не полностью выполняет врачебные рекомендации, т.е. не привержены к назначенной врачом терапии [4]. Существуют многочисленные опросники, которые позволяют выявлять различную степень неприверженности больных к назначенному лечению [5, 6]. Эти опросники использовались в самых разных исследованиях. В большинстве таких исследований было выявлено, что значительная часть больных в той или иной степени нарушает врачебные рекомендации по приему препаратов, однако случаи полного отказа от назначенной терапии в кардиологии практически не встречаются [7]. Кроме того, не любой опросник способен документировать полный отказ больного от назначенного лечения. По-видимому, прямой врачебный опрос более удобен для этой цели.

Проблема полного отказа больных от назначенного лечения, обсуждается в психиатрии, онкологии, хирургии и некоторых других областях медицины [8-13]. Как правило, для определения этого состояния используется термин "отказ от лечения" (treatment refusal) [14, 15]. В области кардиологии подобных исследований в при поиске литературы найти не удалось, этот вопрос практически не обсуждается на страницах кардиологических журналов.

Оценивая клинико-демографические характеристики отказавшихся от лечения больных, нам не удалось выявить каких-либо специфических особенностей этой подгруппы. Среди причин полного отказа больных от лечения (или от каких-то его видов) указываются религиозные убеждения, недостаточная информированность пациентов о своем заболевании и необходимости его лечения, когнитивные нарушения, приверженность специфическим диетам, тяжелое финансовое бремя лечения и др. [16]. Отказ от лечения онкологических больных выделяется в отдельную группу, где наиболее частыми причинами

такого решения пациентов являются тяжелые побочные эффекты химиотерапии, значительное снижение качества жизни при таком лечении, желание контролировать процесс умирания. Исследователи отмечают, что в ряде случаев подобные причины актуальны и для пациентов с тяжелыми заболеваниями сердца и легких [16].

Близким к понятию полного отказа от лечения является термин "первичная неприверженность", характеризующий отказ больного начать прием рекомендованной терапии. Показано, что первично неприверженными являются 5-7% больных, что совпадает с количеством больных [17], отказавшихся от приема лекарств в нашем исследовании. Наиболее частыми причинами первичной неприверженности, которые указали сами пациенты, были опасение нежелательных явлений терапии и высокая стоимость лечения. Среди предикторов повышенного риска отказа пациента от лечения, были отмечены пожилой возраст больных, наличие деменции, алкогольной зависимости, плохая информированность пациентов о своем заболевании и необходимости терапии [18].

Принимая во внимание часто намеренный характер описанного нарушения приверженности, очевидно, что практическим врачам нужно уделять значительно больше внимания информированию и созданию стойкой мотивации у больного на необходимость приема рекомендованных лекарственных препаратов, что вполне можно сделать во время диспансерного наблюдения, на котором должны находиться все пациенты, перенесшие ОИМ/НС [19].

Ограничения исследования

Численность группы абсолютно неприверженных оказалась небольшой, поэтому сделать статистически значимые выводы о влиянии абсолютной неприверженности на показатели смертности не представилось возможным. Для этого необходимо обследовать значительно большее количество больных (возможно, в рамках этого же регистра).

Заключение

По данным регистра ЛИС-3 около 5% больных после перенесенного ОИМ/НС полностью отказываются от назначенного им в стационаре лечения. Частота повторных смертельных и несмертельных событий в этой подгруппе оказалась очень высокой. И хотя небольшой объем выборки не позволяет сделать подтвержденные статистическими методами выводы, есть все основания полагать, что отказ от назначенной терапии после перенесенного ОИМ/НС прогностически крайне неблагоприятен.

Отношения и Деятельность. Нет.
Relationships and Activities. None.

Финансирование. Исследование проведено при поддержке Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, Москва, Россия.

Funding. The study was performed with the support of National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia.

References / Литература

1. Zolotareva NP, Zagrebelsky AV, Ginzburg ML, et al. Adherence to Visits to Medical Institutions and Quality of Therapy after Acute Coronary Syndrome (according to the LIS Registry 3). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(6):684-691 (In Russ.) [Золотарева Н.П., Загребельный А.В., Гинзбург М.Л., и др. Приверженность посещению лечебных учреждений и качество терапии после перенесенного острого коронарного синдрома (по данным регистра ЛИС 3). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(6):684-691]. DOI:10.20996/1819-6446-2022-12-07.
2. Martsevich SY, Zolotareva NP, Zagrebelsky AV, et al. Changes in Long-term Mortality in Patients with Myocardial Infarction History According to the LIS Luberskiy registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(2):176-182 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Золотарева Н.П., и др. Динамика показателей отдаленной смертности у больных, перенесших инфаркт миокарда по данным люберецкого регистра ЛИС. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(2):176-182]. DOI:10.20996/1819-6446-2022-04-05.
3. Martsevich SY, Zagrebelsky AV, Zolotareva NP, et al. LIS-3 Acute Coronary Syndrome Registry: Changes in Clinical and Demographic Characteristics and Tactics of Prehospital and Hospital Treatment of Surviving Patients After Acute Coronary Syndrome Over a 4-Year Period. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(2):266-72 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Золотарева Н.П., и др. Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: динамика клинико-демографических характеристик и тактика догоспитального и госпитального лечения выживших пациентов, перенесших острый коронарный синдром, за 4-летний период. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2020;16(2):266-72]. DOI:10.20996/1819-6446-2020-04-15.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2003;5-169.
5. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, et al. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562 (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., и др. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2562]. DOI:10.15829/1728-8800-2020-2562.
6. Fitilev SB, Vozzhaev AV, Shkrebniova II, et al. Medication adherence in patients with cardiovascular disease: current view of the problem. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2019;4:66-80 (In Russ) [Фитилев С.Б., Возжаев А.В., Шкребнева И.И., и др. Приверженность фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: современное состояние вопроса. *Качественная клиническая практика*. 2019;4:66-80]. DOI:10.1016/2588-0519-2019-4-66-80.
7. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20:132. DOI:10.1186/s12875-019-1019-3.
8. Adams SF, Mahowald MB, Gallagher J. Refusal of treatment during pregnancy. *Clin Perinatol*. 2003;30(1):127-40. DOI:10.1016/s0095-5108(02)00082-9.
9. Appelbaum P, Roth L. Patients Who Refuse Treatment in Medical Hospitals. *JAMA*. 1983;250:1296-1301.
10. Hu X, Ye H, Yan W, et al. Factors Associated With Patient's Refusal of Recommended Cancer Surgery: Based on Surveillance, Epidemiology, and End Results. *Front Public Health*. 2022;9:785602. DOI:10.3389/fpubh.2021.785602.
11. Chang NT, Chang YH, Huang YT, et al. Factors Associated with Refusal or Discontinuation of Treatment in Patients with Bladder Cancer: A Cohort Population-Based Study in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):618. DOI:10.3390/ijerph18020618.
12. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, et al. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy (Chic)*. 2017;54(1):47-57. DOI:10.1037/psr0000104.

13. Frenkel M. Refusing Treatment. *Oncologist*. 2013;18:634-636. DOI:10.1634/theoncologist.2012-0436
14. Humphreys RA, Lepper R, Nicholson TR. When and how to treat patients who refuse treatment. *BMJ*. 2014;348:g2043. DOI:10.1136/bmj.g2043. Erratum in: *BMJ*. 2014;348:g3501.
15. Lapin IP. The patient's personality as a system of relationships and drug refusal. *Biomedicine*. 2010;(3):84-86 (In Russ.) [Лапін І.П. Личность пациента как система отношений и отказ от лекарств. *Биомедицина*. 2010;(3):84-86].
16. Haskins DR, Wick JY. Medication Refusal: Resident Rights, Administration Dilemma. *Consult Pharm*. 2017;32(12):728-736. DOI:10.4140/TCP.n.2017.728.
17. Martsevich S, Lukina Y, Kutishenko N. Primary Non-adherence to Treatment with New Oral Anticoagulants: The Results of a Prospective Observational Study "ANTEY". *Open Cardiovas Med J*. 2021;15:56-61. DOI:10.2174/1874192402115010056.
18. Rodriguez-Bernal CL, Peiró S, Hurtado I, et al. Nonadherence to Oral Anti-coagulants in Patients with Atrial Fibrillation: Real-World Data from a Population-Based Cohort. *J Manag Care Spec Pharm*. 2018;24(5):440-448. DOI:10.18553/jmcp.2018.24.5.440.
19. Lukina IuV, Kutishenko NP, Martsevich Slu, et al. Methodological recommendations: "Adherence to drug therapy in patients with chronic non-communicable diseases. Addressing the problem in a number of clinical situations". *Profilakticheskaya Meditsina*. 2020;23(3):2042-2060 (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2020; 23(3):2042-2060]. DOI:10.17116/profmed20202303242.

Сведения об Авторах/About the Authors

Марцевич Сергей Юрьевич [Sergey Y. Martsevich]

eLibrary SPIN 7908-9554, ORCID 0000-0002-7717-4362

Золотарева Надежда Петровна [Nadezda P. Zolotareva]

eLibrary SPIN 4112-5341, ORCID 0000-0003-3059-2345

Загребельный Александр Васильевич [Alexander V. Zagrebelnyy]

eLibrary SPIN 8150-1044, ORCID 0000-0003-1493-4544

Кутишенко Наталья Петровна [Natalia P. Kutishenko]

eLibrary SPIN 7893-9865, ORCID 0000-0001-6395-2584

Лукина Юлия Владимировна [Yulia V. Lukina]

eLibrary SPIN 8949-4964, ORCID 0000-0001-8252-3099

Гинзбург Моисей Львович [Moisey L. Ginzburg]

eLibrary SPIN 5828-6944, ORCID 0000-0001-7359-5015

Драпкина Оксана Михайловна [Oxana M. Drapkina]

eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430