

На правах рукописи

СЕМЕНОВА ЮЛИЯ ВИКТОРОВНА

**Оценка приверженности пациентов к посещению
амбулаторных учреждений на догоспитальном этапе и ее
связи с качеством догоспитальной терапии и исходами
острого коронарного синдрома в рамках регистра**

14.01.05 – кардиология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в отделе профилактической фармакотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Марцевич Сергей Юрьевич

Официальные оппоненты:

профессор кафедры клинической фармакологии и терапии

ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии

непрерывного профессионального образования»

Минздрава России, г. Москва,

доктор медицинских наук, профессор

Гиляревский Сергей Руджерович

заведующий отделением реанимации и интенсивной

терапии для кардиологических больных

ГБУЗ «Городской клинической больницы №29

им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения г. Москвы»,

доктор медицинских наук

Эрлих Алексей Дмитриевич

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2018 г. в _____ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.016.01 на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России по адресу: 101990, г. Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России (101990, г. Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3) и на сайте www.gnicpm.ru

Автореферат разослан «_____» _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, с.н.с.

Киселева Наталья Васильевна

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АА – антагонисты альдостерона
- ААП – антиаритмические препараты
- АГ – артериальная гипертензия
- АРА II – антагонисты рецепторов ангиотензина II
- БКК – блокаторы кальциевых каналов
- ВАК – Высшая аттестационная комиссия при Министерстве образования и науки Российской Федерации
- ГБУЗ МО «ЛРБ №2» – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области "Люберецкая районная больница №2"
- ДИ – доверительный интервал
- ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ИМ – инфаркт миокарда
- КР – клинические рекомендации
- ЛИС-1 – Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый ИМ
- ЛИС-3 – Люберецкое исследование смертности больных, госпитализированных с диагнозом ОКС
- ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения
- НС – нестабильная стенокардия
- ОКС – острый коронарный синдром
- ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
- ОР – относительный риск
- ОШ – отношение шансов
- СД – сахарный диабет
- ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
- ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации; в настоящее время –
- ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ФП – фибрилляция предсердий
- ФР – факторы риска
- β-АБ – бета-адреноблокаторы.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. ОКС является одним из наиболее опасных проявлений ИБС, причем часто является ее первым проявлением у пациентов, ранее считавших себя абсолютно здоровыми. Тема прогнозирования исходов ОКС в ближайшем и отдаленном периодах не теряет своей актуальности (Ложкина Н.Г. и др., 2013). На исходы ОКС может влиять терапия, которую больной получал до развития ОКС (догоспитальная терапия) (Марцевич С.Ю. и др., 2012; Марцевич С.Ю. и др., 2012).

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику КР, ряд исследований демонстрирует не соответствующее КР качество терапии у пациентов в амбулаторных условиях как до развития у них ОКС, так и после (Эрлих А.Д. и др., 2009; Марцевич С.Ю. и др., 2012). Качество терапии пациентов может зависеть от степени выявления больных высокого риска ССЗ, приверженности врачей к внедрению современных КР в практику, приверженности больных к лечению (Марцевич С.Ю. и др., 2011), которая в свою очередь включает в себя приверженность больных к приему медикаментозной терапии (Osterberg L, et al., 2005; Brown MT, et al., 2011) и их приверженность к посещению врачей ЛПУ (Sharp DJ, et al., 2001; Hamilton W, et al., 2002; George A, et al., 2003).

В целом ряде исследований, в т.ч. выполненных в рамках регистров, проанализирована приверженность пациентов к медикаментозной терапии (Деев А.Д. и др., 2011; Пучиньян Н.Ф. и др., 2011; Семенова О.Н. и др., 2013; Osterberg L, et al., 2005; Brown MT, et al., 2011). Тема низкой приверженности пациентов к посещению ЛПУ изучена значительно хуже, особенно у больных, имеющих ССЗ в анамнезе. Преимущественно приверженность к посещению ЛПУ оценивалась на примере посещаемости врачей общей практики (Waller J, et al., 2000; Sharp DJ, et al., 2001; George A, et al., 2003), в основном, в контексте определения факторов, ассоциированных с низкой посещаемостью (Sharp DJ, et al., 2001; Hamilton W, et al., 2002; George A, et al., 2003; Hoebel J, et al., 2014). Приверженность к посещению ЛПУ пациентов с ССЗ оценивалась, преимущественно, на примере их посещения курсов кардиореабилитации после выписки из стационара, где они получали медикаментозное или хирургическое лечение (Ali M, et al., 2012; Mikkelsen T, et al., 2014).

Вопросы влияния приверженности к посещению ЛПУ пациентов с ОКС на качество догоспитальной терапии, ближайшие и отдаленные исходы заболевания и динамики посещаемости ЛПУ после ОКС подробно не рассматривались и не изучались.

В связи с этим в представленной работе было решено проанализировать проблему приверженности пациентов к посещению ЛПУ в рамках госпитального регистра больных с ОКС.

Цель исследования. В рамках госпитального регистра ЛИС-3 оценить приверженность пациентов к посещению ЛПУ до развития ОКС, ее связь с качеством догоспитальной терапии и исходами ОКС, оценить динамику приверженности пациентов к посещению ЛПУ после ОКС.

Задачи исследования

1. В рамках госпитального регистра ОКС провести сравнительную характеристику пациентов в зависимости от их догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ до развития ОКС и определить факторы, ассоциированные с догоспитальной приверженностью к посещению ЛПУ;
2. Оценить осведомленность пациентов с разной догоспитальной приверженностью к посещению ЛПУ о наличии у них ССЗ и ФР ССЗ, а также выявить связь между осведомленностью и догоспитальной приверженностью к посещению ЛПУ;
3. Оценить качество догоспитальной терапии пациентов и ее связь с догоспитальной приверженностью к посещению ЛПУ;
4. Оценить ближайшие и отдаленные исходы ОКС и их связь с догоспитальной приверженностью к посещению ЛПУ;
5. Оценить динамику приверженности пациентов к посещению ЛПУ после референсного ОКС и выявить факторы, повлиявшие на изменение приверженности пациентов к посещению ЛПУ.

Научная новизна исследования. В отделе специализированного центра была разработана «Карта больного, включенного в регистр по ОКС», содержащая опросник, позволяющий оценить приверженность пациентов к посещению ЛПУ в реальной клинической практике.

Была предложена градация пациентов по группам приверженности к посещению ЛПУ с учетом их ответов на вопросы «Карты больного, включенного в регистр по ОКС».

Разработан телефонный опросник для оценки отдаленных исходов пациентов с ОКС.

В рамках госпитального регистра ОКС была оценена приверженность пациентов к посещению ЛПУ до референсного ОКС, ее связь с осведомленностью о наличии ССЗ и ФР ССЗ и качеством догоспитальной терапии, ее влияние на ближайшие и отдаленные исходы, оценка динамики посещаемости ЛПУ после ОКС. Выявлены факторы, влиявшие на приверженность пациентов к посещению ЛПУ до ОКС и на изменение приверженности к посещению ЛПУ после ОКС.

Была предложена поправка на анамнестическую отягощенность заболевания с использованием балльной шкалы при оценке влияния приверженности к посещению ЛПУ на ближайшие и отдаленные исходы ОКС для исключения статистического влияния анамнестической отягощенности заболевания на исходы.

Практическая значимость. Описаны характеристики пациентов, приверженных и не приверженных к посещению ЛПУ до ОКС, характеристики пациентов с возросшей и снизившейся приверженностью к посещению ЛПУ после ОКС.

Была продемонстрирована недостаточная осведомленность о наличии некоторых ФР ССЗ, даже среди приверженных к посещению ЛПУ пациентов.

Показано, что частота приема лекарственных препаратов для первичной и вторичной профилактики ССЗ увеличивается по мере роста приверженности пациентов к посещению ЛПУ, но в целом остается невысокой, даже среди приверженных к посещению ЛПУ больных. Выявлена связь приверженности пациентов к посещению ЛПУ с приемом препаратов, обладающих доказанным влиянием на исход.

Показано, что догоспитальная приверженность к посещению ЛПУ явно не проявила себя как положительный фактор, влияющий на ближайшие и отдаленные исходы ОКС. Продемонстрировано влияние догоспитального приема отдельных классов лекарственных препаратов на ближайшие исходы ОКС.

Статистическая поправка на анамнестическую отягощенность может быть использована при оценке исхода заболевания для исключения ее статистического влияния на исход.

Внедрения в практику. Результаты работы внедрены в практическую деятельность кардиологического отделения ГБУЗ МО «ЛРБ №2».

Апробация диссертации состоялась 02.11.2017г. на заседании апробационной комиссии ФБГУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 15 печатных работ: 8 статей и 7 тезисов. 6 статей представлены в изданиях, включенных в утвержденный ВАК «Перечень периодических изданий», 2 зарубежные статьи – в журналах, индексируемых в системах Pubmed, Web of science, Scopus. Материалы диссертации были представлены на Всероссийской конференции «Кардиология в XXI веке: традиции и инновации» и 4-ом Международном форуме молодых кардиологов РКО (17–18 марта 2016 г., Рязань); XXIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (11–13 апреля 2016 г., Москва); Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» – конкурс молодых ученых, круглый стол (11–13 марта 2016 г., Москва); XI Национальном конгрессе терапевтов – конкурс молодых ученых (23–25 ноября 2016 г., Москва); Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (16–18 мая 2017 г., Москва).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, результаты исследования, обсуждение полученных результатов), выводов, практических рекомендаций. Указатель литературы

содержит 28 отечественных и 87 зарубежных источников. Диссертация изложена на 108 страницах компьютерной верстки, иллюстрирована 15 таблицами, 14 рисунками, дополнена Приложением.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование является проспективным наблюдательным, выполненным в рамках регистра ОКС (ЛИС-3).

Регистр ЛИС-3 проводится на базе ЛРБ №2 (г. Люберцы) с ноября 2013 г.

В связи с тем, что регистр ЛИС-3 является продолжением регистра ЛИС-1, в работе также использовалась часть данных регистра ЛИС-1 для сравнения характеристик пациентов двух регистров на момент их включения в исследование.

Госпитальный регистр острого ИМ ЛИС-1 (2005–2007 гг.) проводили на базе трех стационаров Люберецкого района Московской области. Были включены все пациенты с диагнозом острый ИМ, установленным в одном из трех стационаров ($n = 1133$). 172 (15,2%) пациента умерли в стационаре. Информация о пациентах была получена из архива историй болезней и внесена в «Карту больного с острым ИМ, поступившего в стационар».

Критерии включения. В проанализированную часть исследования, проведенного в рамках регистра ЛИС-3, были включены пациенты ($n = 397$), проживающие в Москве и Московской области, которые были госпитализированы в стационар с 01.11.2013 по 31.07.2015 с диагнозом ОКС.

Критерии исключения. Критерием исключения была высокая вероятность невозможности отслеживания жизненного статуса пациентов на отдаленном этапе – проживание за пределами Москвы и Московской области, отказ от подписания информированного согласия на обработку индивидуальных данных.

Исследование включает в себя стационарный и отдаленный этапы наблюдения.

Стационарный этап исследования

В стационаре умерли 19,4% пациентов ($n = 77$ из 397).

В отделе профилактической фармакотерапии ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России была разработана «Карта больного, включенного в регистр по ОКС» (в последующем – Карта), содержащая опросник, который заполняли врачи со слов пациентов за время нахождения пациентов в кардиологическом отделении стационара, и раздел для внесения данных из историй болезней. Вопросы Карты включают сведения об анамнезе жизни, анамнезе заболевания, в т.ч. о ранее проводимых интервенционных методах обследования и лечения, ФР ССЗ, частоте посещения врачей ЛПУ и сроках последнего визита, получаемой до развития ОКС терапии.

Для оценки качества получаемой пациентами на догоспитальном этапе терапии учитывался факт приема отдельных классов препаратов, рекомендованных действующими на момент исследования КР для первичной и вторичной профилактики ССЗ.

Пациенты были разделены на 3 группы приверженности к посещению ЛПУ в зависимости от их ответов на 2 вопроса Карты: «Наблюдается ли пациент у врача по поводу ССЗ?» и «Когда было последнее обращение к врачу до госпитализации по поводу ССЗ?»: приверженные к посещению амбулаторных учреждений – пациенты, которые ответили, что наблюдались у врача по поводу ССЗ 1 раз в год и чаще и чье последнее обращение к врачу было < 1 года назад; частично приверженные к посещению ЛПУ – пациенты, которые ответили, что обращались к врачу по поводу ССЗ < 1 раза в год и чье последнее обращение было > 1 года назад (выбран ответ на вопрос Карты «1–2 года назад» или «> 2 лет назад»); не приверженные к посещению врачей ЛПУ – пациенты, ранее никогда не обращавшиеся по поводу ССЗ к врачу.

Для умерших в стационаре пациентов, ввиду тяжести их состояния при поступлении в стационар, был затруднен подробный сбор информации об анамнезе жизни, ФР ССЗ, догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ – сведения были получены для 19 пациентов из 77 и качестве догоспитальной терапии – сведения были получены для 50 пациентов из 77. Этих пациентов не включали в дальнейший анализ приверженности к посещению ЛПУ. Для умерших в стационаре больных информация была получена, преимущественно, из историй болезней, ее сравнили с объективными данными выписанных пациентов.

В ходе исследования было обнаружено, что сведения, полученные в ходе обследования, не всегда соответствовали информации, полученной от пациентов во время их ответов на вопросы Карты, поэтому было решено оценить осведомленность пациентов о наличии у них ССЗ и ФР ССЗ в анамнезе. Осведомленность пациентов о наличии ССЗ и ФР ССЗ оценивали только для выписанных из стационара пациентов (n = 320) по причине, обозначенной выше. Осведомленность пациентов о наличии ССЗ и ФР ССЗ оценивали путем сравнения ответов пациентов на вопросы Карты, и результатов, полученных при объективном обследовании в стационаре (из историй болезней). Оценивали осведомленность пациентов о наличии дислипидемии, СД, АГ, ранее перенесенного ИМ.

Оценка влияния догоспитальной приверженности пациентов к посещению ЛПУ на ближайшие исходы ОКС проводилась как для всех пациентов (n = 397) исследования в зависимости от развития смертельного исхода в стационаре, так и только для выписанных из стационара пациентов (n = 320) в зависимости от развития ИМ (n = 268) или НС (n = 52) как исхода ОКС.

Отдаленный этап исследования

Отдаленные результаты оценивали в октябре 2016 г.: срок наблюдения 14–34 мес, Me [25%; 75%] = 23 [28; 29] мес., в ходе телефонного контакта с пациентами или их родственниками, используя специально созданный телефонный опросник. Отклик составил 88,44% (n = 283 из 320). На отдаленном этапе умерли 12,5% пациентов (n = 40 из 320). Из 243 опрошенных пациентов повторные сердечно-сосудистые события были зарегистрированы у 30 (12,3%): у 15 – повторный ИМ, у 15 – НС, у 2 – ОНМК. Комбинированная конечная точка включала в себя общую смертность от любых причин и повторные сердечно-сосудистые события после выписки из стационара: нефатальный ИМ и ОНМК, НС.

По результатам телефонного опроса выжившие на отдаленном этапе пациенты (n = 243) были разделены на 3 группы в зависимости от посещаемости ЛПУ после развития ОКС: приверженные к посещению ЛПУ – пациенты, которые сообщили, что посещают врача ЛПУ регулярно ≥ 2 раза в год (как прописано в Приказе Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения"); частично приверженные – пациенты, посещавшие ЛПУ < 2 раз в год, нерегулярно; не приверженные – пациенты, не посещавшие ЛПУ после выписки из стационара.

Дизайн настоящего исследования представлен на рисунке 1.



Рис. 1 Дизайн настоящего исследования

Статистический анализ

Полученные результаты были обработаны в программе IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., США). Использовались стандартные методы описательной статистики: определение

абсолютных значений и процентных отношений от общего числа пациентов для качественных показателей; средних значений и стандартных отклонений, медиан (Me) и перцентильных ранжирований (25–75 перцентили) для количественных показателей. Различия между группами определяли с помощью критерия χ^2 Пирсона, точного критерия Фишера – для качественных показателей несвязанных совокупностей, критерия Мак-Немара – для качественных показателей связанных совокупностей, t-критерия Стьюдента, критерия Манна-Уитни, критерия Краскела-Уоллиса – для количественных показателей. При сравнении групп по качественному признаку использовали метод логистической регрессии с поправкой на пол и возраст с определением ОШ или ОР с 95% ДИ. Для оценки риска развития событий на отдаленном этапе были построены кривые Каплан-Мейера с определением достоверности различий между кривыми. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение регистров ЛИС-1 и ЛИС-3: что изменилось за 6 лет

Поскольку регистр ЛИС-3 является продолжением регистра ЛИС-1, в первую очередь было решено сравнить пациентов двух регистров и оценить, как изменились за прошедшие годы характеристики больных и качество догоспитальной терапии.

Пациенты регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 были сопоставимы по полу, возрасту, наличию в анамнезе ранее перенесенного ИМ, АГ, ФП, ОНМК ($p > 0,05$). В регистре ЛИС-3 пациенты чаще имели в анамнезе СД ($p < 0,05$), но гораздо реже – диагностированную ИБС и стенокардию напряжения ($p < 0,05$). ОКС стал первым проявлением ИБС у 64% пациентов регистра ЛИС-3 и 31,4% пациентов регистра ЛИС-1. Больничная летальность пациентов обоих регистров была статистически сопоставима ($p > 0,05$).

В регистре ЛИС-3 на догоспитальном этапе пациенты достоверно чаще получали антиагреганты и статины, однако, в целом, частота приема препаратов, необходимых для первичной и вторичной профилактики ССЗ, была невысокой (таблица 1).

Таблица 1

Сравнение догоспитальной терапии пациентов регистров ЛИС-1 и ЛИС-3

Препараты	ЛИС-1 (n = 1133)	ЛИС-3 (n = 397)	p^1
Антиагреганты	178 (15,7%)	86 (23,2%)	$< 0,01$
β -АБ	243 (21,4%)	93 (25,1%)	$> 0,05$
ИАПФ/АРА II	400 (35,3%)	139 (37,6%)	$> 0,05$
Статины	22 (2%)	18 (4,9%)	$< 0,01$
БКК	84 (7,4%)	22 (5,9%)	$> 0,05$
Диуретики	148 (13,0%)	33 (8,9%)	$> 0,05$

Примечание: ¹использован критерий χ^2 Пирсона.

Сравнительная характеристика выписанных и умерших на стационарном этапе пациентов регистра ЛИС-3

Из таблицы 2 следует, что среди умерших в стационаре пациентов по сравнению с выписанными было достоверно больше женщин, пациенты были старше и имели более тяжелое течение заболевания: чаще имели в анамнезе ранее перенесенный ИМ, ФП, ОНМК. Пациенты достоверно не различались между собой по наличию в анамнезе ИБС, АГ, СД. Хорошая приверженность к посещению ЛПУ до ОКС отмечалась только у 43,4% выписанных из стационара пациентов и 36,8% умерших в стационаре пациентов.

Таблица 2
Сравнительная характеристика всех пациентов регистра ЛИС-3 по их ближайшим исходам заболевания

Признаки	Выписанные из стационара (n = 320)	Умершие в стационаре (n = 77)	p
Женский пол	132 (41,3%)	45 (58,4%)	0,006 ¹
Возраст, Среднее значение ± Стандартное отклонение	64,7 ± 12,9	73,7 ± 11,8	0,0001 ²
ИБС в анамнезе	112 (35,0%)	31 (40,3%)	0,388 ¹
ИМ в анамнезе	51 (15,9%)	22 (28,6%)	0,01 ¹
Стенокардия в анамнезе	71 (22,2%)	11 (14,3%)	0,124 ¹
ОНМК в анамнезе	24 (7,5%)	14 (18,2%)	0,004 ¹
ФП в анамнезе	9 (2,8%)	14 (18,2%)	0,0001 ¹
АГ в анамнезе	252 (78,8%)	57 (74,0%)	0,370 ¹
СД в анамнезе	76 (23,8%)	25 (32,5%)	0,115 ¹
Догоспитальная приверженность к посещению ЛПУ (для умерших в стационаре пациентов данные получены для 19 человек из 77)			
Приверженные к посещению ЛПУ	139 (43,4%)	7 (36,8%)	0,849 ¹
Частично приверженные к посещению ЛПУ	103 (32,2%)	7 (36,8%)	
Не приверженные к посещению ЛПУ	78 (24,4%)	5 (26,3%)	

Примечание: ¹использован критерий χ^2 Пирсона; ²использован t-критерий Стьюдента.

Частота приема антиагрегантов, β -АБ, ИАПФ/АРА II, статинов, БКК, диуретиков, нитратов на догоспитальном этапе была сопоставима между выписанными и умершими в стационаре пациентами ($p > 0,05$).

Сравнение выписанных из стационара пациентов в зависимости от их догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ

Разделение выписанных из стационара пациентов по группам приверженности к посещению ЛПУ проводилось по результатам их ответов на вопросы Карты: 139 (43,4%) пациентов были привержены к посещению ЛПУ; 103 (32,2%) пациента были частично привержены; 78 (24,4%) пациентов были не привержены к посещению врачей ЛПУ.

Сравнительные характеристики пациентов трех групп приверженности к посещению ЛПУ представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительные характеристики пациентов трех групп приверженности к посещению ЛПУ на этапе до развития ОКС

Признаки*	Приверженные к посещению ЛПУ (n = 139)	Частично приверженные к посещению ЛПУ (n = 103)	Не приверженные к посещению ЛПУ (n = 78)	p
Женский пол	79 (56,8%)	41 (39,8%)	12 (15,4%)	0,0001 ¹
Возраст, Медиана [25%; 75%]	73 [61; 78]	62 [55; 74]	57 [50; 64]	0,0001 ²
Высшее образование	42 (31,1%)	22 (22,4%)	22 (28,6%)	0,340 ¹
Женат/замужем	89 (66,9%)	77 (78,6%)	61 (80,3%)	0,048 ¹
Работают	28 (20,3%)	43 (43,4%)	44 (57,1%)	0,0001 ¹
Ожирение	52 (39,7%)	41 (41,8%)	24 (30,8%)	0,287 ¹
Курение	26 (18,7%)	41 (39,8%)	45 (57,7%)	0,0001 ¹
Малоактивный образ жизни	94 (67,6%)	46 (45,1%)	30 (39,0%)	0,0001 ¹
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой системе	25 (19,8%)	10 (11,9%)	8 (11,1%)	0,154 ¹
Дислипидемия в анамнезе	23 (16,5%)	13 (12,6%)	0 (0,0%)	0,001 ¹
СД в анамнезе	44 (31,7%)	17 (16,5%)	7 (9,0%)	0,0001 ¹
Отсутствие диагностированных ССЗ в анамнезе	8 (5,8%)	20 (19,4%)	44 (56,4%)	0,0001 ¹
ИБС в анамнезе	73 (52,5%)	30 (29,1%)	9 (11,5%)	0,0001 ¹
ИМ в анамнезе	37 (26,6%)	11 (10,7%)	3 (3,8%)	0,0001 ¹
АГ в анамнезе	121 (87,1%)	76 (73,8%)	31 (39,7%)	0,0001 ¹
ФП в анамнезе	4 (2,9%)	5 (4,9%)	0 (0,0%)	0,147 ¹
ОНМК в анамнезе	18 (12,9%)	4 (3,9%)	2 (2,6%)	0,005 ¹

Примечание: ¹использован критерий χ^2 Пирсона; ²использован критерий Краскела-Уоллиса; *сведения собраны со слов пациентов.

Была выявлена прямая связь приверженности пациентов к посещению ЛПУ с женским полом – ОШ 1,742, 95%ДИ 1,022–2,968, возрастом – ОШ 1,053, 95%ДИ 1,030–1,077, малоактивным образом жизни – ОШ 2,021, 95%ДИ 1,230–3,320, наличием высшего образования – ОШ 1,753, 95%ДИ 1,014–3,029, наличием в анамнезе ССЗ и их ФР: ИБС – ОШ 3,828, 95%ДИ 2,239–6,544, ранее перенесенного ИМ – ОШ 4,163, 95%ДИ 2,028–8,542, ОНМК – ОШ 3,360, 95%ДИ 1,242–9,091, АГ – ОШ 2,925, 95%ДИ 1,582–5,407, СД – ОШ 2,482, 95%ДИ 1,366–4,509, дислипидемии – ОШ 3,095, 95%ДИ 1,417–6,763.

Обратная связь приверженности к посещению ЛПУ была выявлена с курением – ОШ 0,526, 95%ДИ 0,286–0,967 и занятостью на работе – ОШ 0,488, 95%ДИ 0,271–0,877.

Достоверная связь между приверженностью к посещению ЛПУ и семейным положением, наличием ожирения, отягощенной наследственностью, наличием в анамнезе ФП отсутствовала.

Оценка осведомленности пациентов разных групп приверженности к посещению ЛПУ о наличии ССЗ и ФР ССЗ

У выписанных из стационара пациентов ($n = 320$) достоверное различие между информацией, полученной из Карты, и сведениями, полученными во время объективного обследования в стационаре, отмечалось для дислипидемии и АГ (рисунок 2). При этом о наличии у себя АГ было осведомлено большинство пациентов ($n = 228$ из 252 пациентов), а о наличии дислипидемии знали всего 36 пациентов из 209. Для СД отсутствовала достоверная разница между сведениями, полученными от пациентов, и объективными критериями – 68 пациентов из 76 были осведомлены о наличии СД. О ранее перенесенном ИМ были осведомлены все пациенты выборки ($n = 51$).

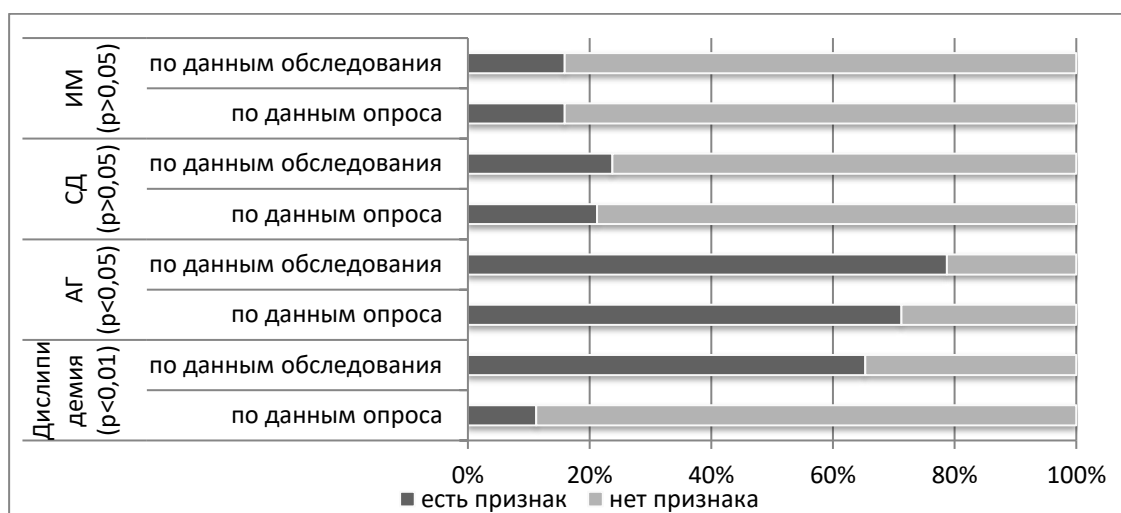


Рис. 2 Сравнение анамнестических сведений, полученных при опросе пациентов, и информации, полученной при объективном обследовании
Примечание: использован критерий χ^2 Пирсона.

Осведомленность о наличии в анамнезе дислипидемии ($p = 0,004$) и АГ ($p = 0,069$) увеличивалась с ростом приверженности к посещению ЛПУ. Для СД подобная закономерность не прослеживалась ($p = 0,704$). Характерно, что ни один пациент из группы не приверженных к посещению ЛПУ не был осведомлен о наличии дислипидемии в анамнезе.

Анализ логистической регрессии показал, что приверженные к посещению ЛПУ пациенты были в 2,8 раз лучше осведомлены о наличии у себя дислипидемии по сравнению с частично приверженными и не приверженными к посещению ЛПУ пациентами – ОШ 2,822, 95%ДИ 1,258–6,331. Достоверной связи приверженности пациентов к посещению ЛПУ с осведомленностью о наличии АГ и СД выявлено не было.

Оценка догоспитальной терапии пациентов трех групп приверженности к посещению ЛПУ и выявление ее связи с приверженностью к посещению ЛПУ

В таблице 4 представлена информация о лекарственной терапии, получаемой пациентами до развития у них ОКС.

Таблица 4

Догоспитальная терапия пациентов разных групп приверженности к посещению ЛПУ

Препараты	Приверженные к посещению ЛПУ (n = 139)	Частично приверженные к посещению ЛПУ (n = 103)	Не приверженные к посещению ЛПУ (n = 78)	p ¹
Антиагреганты	56 (40,3%)	16 (15,5%)	3 (3,8%)	0,0001
β-АБ	56 (40,3%)	23 (22,3%)	2 (2,6%)	0,0001
ИАПФ/АРА II	77 (55,4%)	38 (36,9%)	8 (10,3%)	0,0001
Статины	15 (10,8%)	3 (2,9%)	0 (0,0%)	0,001
Антикоагулянты	1 (0,7%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0,702
БКК	11 (7,9%)	4 (3,9%)	2 (2,6%)	0,177
ААП	2 (1,4%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0,572
Диуретики (кроме АА)	15 (10,8%)	10 (9,7%)	2 (2,6%)	0,096
АА	5 (3,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,037
Нитраты	8 (5,8%)	5 (4,9%)	1 (1,3%)	0,290
Принимали препараты нерегулярно	13 (9,4%)	17 (16,5%)	1 (1,3%)	0,01

Примечание: ¹использован критерий χ^2 Пирсона.

Рисунок 3 демонстрирует, что с приверженностью к посещению ЛПУ был ассоциирован прием антиагрегантов, β-АБ, ИАПФ/АРА II, статинов. Прием остальных классов препаратов не был ассоциирован с приверженностью пациентов к посещению ЛПУ.

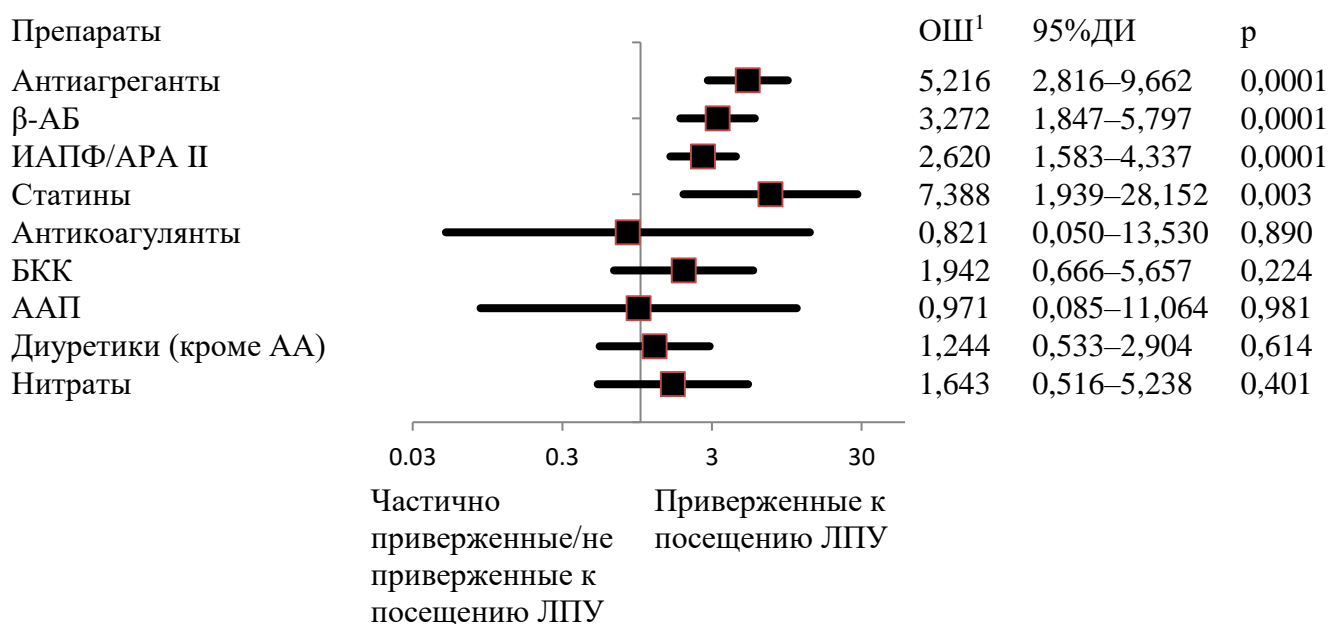


Рис. 3 Связь приверженности пациентов к посещению ЛПУ и приема отдельных классов препаратов до развития ОКС

Примечание: ¹использована логистическая регрессия с поправкой на пол и возраст.

Оценка ближайших исходов ОКС

При использовании логистической регрессии с поправкой на пол и возраст не было обнаружено влияния догоспитальной приверженности пациентов к посещению ЛПУ на развитие смертельного исхода в стационаре для всех пациентов регистра – ОР 0,435, 95%ДИ 0,157–1,205.

Применяя логистическую регрессию с введением поправки на пол и возраст, не удалось обнаружить влияния приверженности пациентов к посещению ЛПУ на развитие ИМ как исхода ОКС для выписанных из стационара пациентов регистра – ОР 0,597, 95%ДИ 0,314–1,137.

Поскольку не было получено достоверных результатов о влиянии приверженности к посещению ЛПУ на ближайшие исходы ОКС, возникла новая, не запланированная изначально задача – провести аналогичный анализ с введением поправки не только на пол и возраст, но и на анамнестическую отягощенность заболевания пациентов для нивелирования статистического влияния анамнестической отягощенности на ближайший исход ОКС.

Влияние догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ на развитие смертельного исхода ОКС в стационаре для всех пациентов с учетом анамнестической отягощенности заболевания

В оценку анамнестической отягощенности заболевания были включены все факторы, продемонстрировавшие влияние на развитие смертельного исхода в стационаре с $p < 0,2$ по результатам регрессионного анализа с поправкой на пол и возраст. В ходе многофакторного регрессионного анализа на основании степени влияния факторов на смертельный исход в стационаре (по значению β -коэффициентов), каждому фактору был присвоен определенный балл: за наличие ИМ до референсного ОКС – 1 балл, за отсутствие стенокардии до референсного ОКС, т.к. фактор имел отрицательное влияние на смертельный исход – 2 балла, за наличие ОНМК в анамнезе – 2 балла, за наличие ФП в анамнезе – 3 балла, за отсутствие АГ в анамнезе, т.к. фактор имел отрицательное влияние на смертельный исход – 2 балла, за наличие СД в анамнезе – 1 балл. В соответствии с суммой баллов пациенты были разделены на 2 группы: с менее выраженной анамнестической отягощенностью заболевания – сумма баллов 0–3, $n = 259$ и с более выраженной анамнестической отягощенностью заболевания – сумма баллов 4–9, $n = 138$.

При многофакторном анализе с учетом пола, возраста, анамнестической отягощенности заболевания также не обнаружилось влияния догоспитальной приверженности пациентов к посещению ЛПУ на развитие смертельного исхода в стационаре – ОР 0,423, 95%ДИ 0,150–1,189 ($p 0,103$).

Оценка отдаленных исходов ОКС

С целью определения влияния догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ на отдаленные исходы ОКС было решено провести аналогичный проведенному для оценки ближайших исходов ОКС анализ, учитывающий анамнестическую отягощенность заболевания пациентов, который использовался для нивелирования статистического влияния анамнестической отягощенности на отдаленный исход ОКС.

В оценку анамнестической отягощенности заболевания были включены все анамнестические факторы, зафиксированные во время пребывания пациентов в стационаре по поводу референсного ОКС, продемонстрировавшие влияние на комбинированную конечную точку с $p < 0,2$ по результатам регрессионного анализа с поправкой на пол и возраст.

В ходе многофакторного регрессионного анализа на основании степени влияния анамнестических факторов, выявленных за время пребывания пациентов в стационаре по поводу референсного ОКС, на комбинированную конечную точку (по значению β -коэффициентов), каждому фактору был присвоен определенный балл: за отсутствие ИБС до референсного ОКС, т.к. фактор имел отрицательное влияние на развитие конечной точки – 1 балл, за наличие ИМ до референсного ОКС – 6 баллов, за наличие АГ – 4 балла, за наличие ФП в анамнезе – 2 балла, за наличие ОНМК в анамнезе – 4 балла, за развитие ИМ как исхода референсного ОКС – 2 балла. Наличие СД в анамнезе не вошло в оценку анамнестической отягощенности.

В соответствии с суммой баллов пациенты были разделены на 2 группы – с меньшей анамнестической отягощенностью заболевания (сумма баллов 0–5, $n = 205$) и с большей анамнестической отягощенностью заболевания (сумма баллов 6–16, $n = 78$).

Были построены кривые Каплан-Мейера с учетом анамнестической отягощенности заболевания пациентов и степени их приверженности к посещению ЛПУ на догоспитальном этапе (рисунок 5). Риск развития комбинированной конечной точки у пациентов с большей анамнестической отягощенностью заболевания был значительно выше (Log Rank между пациентами с меньшей анамнестической отягощенностью и пациентами с большей анамнестической отягощенностью заболевания: $p < 0,05$), вне зависимости от факта догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ (Log Rank между приверженными и частично приверженными/не приверженными пациентами с меньшей анамнестической отягощенностью заболевания: $p > 0,05$; между приверженными и частично приверженными/не приверженными пациентами с большей анамнестической отягощенностью заболевания: $p > 0,05$).

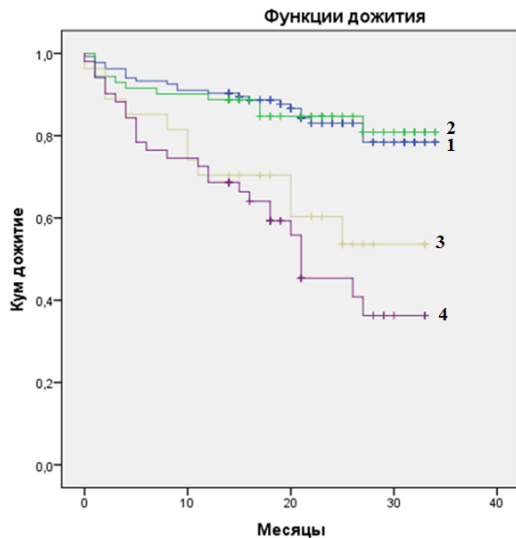


Рис. 5 Риск возникновения комбинированной конечной точки в зависимости от анамнестической отягощенности заболевания пациентов и их догоспитальной приверженности к посещению ЛПУ (n = 283)

Примечание:

1 – частично приверженные и не приверженные к посещению ЛПУ пациенты с меньшей анамнестической отягощенностью до ОКС (n = 134)

2 – приверженные к посещению ЛПУ пациенты с меньшей анамнестической отягощенностью до ОКС (n = 71)

3 – частично приверженные и не приверженные к посещению ЛПУ пациенты с большей анамнестической отягощенностью до ОКС (n = 27)

4 – приверженные к посещению ЛПУ пациенты с большей анамнестической отягощенностью до ОКС (n = 51)

LogRank между 1,2 и 3,4 группами: $p < 0,05$.

LogRank между 1 и 2 группами: $p > 0,05$; LogRank между 3 и 4 группами: $p > 0,05$.

Динамика приверженности пациентов к посещению ЛПУ после референсного ОКС

Разделение выживших на отдаленном этапе пациентов (n = 243) по группам приверженности к посещению ЛПУ после ОКС, проведенное по результатам их ответов на вопросы телефонного опроса, было следующим: 127 (52,3%) пациентов были привержены к посещению ЛПУ, 53 (21,8%) – частично привержены, 53 (21,8%) – не привержены. Для 10 пациентов сведений о приверженности к посещению ЛПУ после ОКС получено не было.

Среди причин непосещения ЛПУ пациентами, не посещавшими ЛПУ после ОКС (n = 53), в ходе телефонного опроса были названы: отсутствие свободного времени/хорошее самочувствие (24,5%), трудности записи на прием (11,3%), физические трудности передвижения (20,8%), неверие в необходимость посещения (24,5%), предпочтение стационарного лечения амбулаторному (5,7%).

Анализ, выполненный с помощью критерия Мак-Немара, показал, что приверженность к посещению ЛПУ после ОКС улучшилась по сравнению с приверженностью до ОКС ($p < 0,05$): у 72 пациентов приверженность после ОКС улучшилась, у 44 – ухудшилась, у 117 – не изменилась.

Сравнительные характеристики пациентов относительно изменения их приверженности к посещению ЛПУ после ОКС представлены в таблице 5.

Таблица 5

Сравнение пациентов в зависимости от изменения их приверженности к посещению ЛПУ после ОКС

Признаки	Приверженность к посещению ЛПУ возросла после ОКС (n = 72)	Приверженность к посещению ЛПУ не изменилась после ОКС (n = 117)	Приверженность к посещению ЛПУ снизилась после ОКС (n = 44)	p
Мужской пол	57 (79,2%)	70 (59,8%)	14 (31,8%)	0,0001 ¹
Возраст	58 [54; 68]	68 [59; 77]	77 [63; 82]	0,0001 ²
Высшее образование	21 (29,2%)	34 (29,1%)	9 (20,5%)	0,500 ¹
Женат/замужем	65 (90,3%)	82 (70,1%)	23 (52,3%)	0,0001 ¹
Работают	40 (55,6%)	39 (33,3%)	6 (13,6%)	0,0001 ¹
Ожирение	30 (41,7%)	34 (29,1%)	22 (50,0%)	0,032 ¹
Курение	39 (54,2%)	38 (32,5%)	9 (20,5%)	0,0001 ¹
Малоподвижный образ жизни	28 (38,9%)	57 (48,7%)	35 (79,5%)	0,0001 ¹
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой системе	6 (8,3%)	11 (9,4%)	10 (22,7%)	0,028 ¹
Дислипидемия до ОКС	48 (66,7%)	74 (63,2%)	37 (84,1%)	0,038 ¹
СД до ОКС	12 (16,7%)	26 (22,2%)	15 (34,1%)	0,093 ¹
Отсутствие ИБС до ОКС	58 (80,6%)	72 (61,5%)	22 (50,0%)	0,002 ¹
Отсутствие ИМ до ОКС	68 (94,4%)	101 (86,3%)	34 (77,3%)	0,026 ¹
АГ до ОКС	51 (70,8%)	87 (74,4%)	42 (95,5%)	0,005 ¹
ФП до ОКС	4 (5,6%)	9 (7,7%)	3 (6,8%)	0,853 ¹
ОНМК до ОКС	1 (1,4%)	7 (6,0%)	4 (9,1%)	0,161 ¹
ИМ – исход референсного ОКС	63 (87,5%)	93 (79,5%)	32 (72,7%)	0,133 ¹

Примечание: ¹использован критерий χ^2 Пирсона, ²использован критерий Краскела-Уоллиса.

По результатам логистической регрессии с поправкой на пол и возраст была выявлена обратная связь возрастания приверженности пациентов к посещению ЛПУ с возрастом – ОШ 0,951, 95%ДИ 0,924–0,978, прямая связь с нахождением в браке – ОШ 4,420, 95%ДИ 1,582–12,347, отсутствием до референсного ОКС диагностированной ИБС – ОШ 2,570, 95%ДИ 1,268–5,207 и, с тенденцией к достоверности, ранее перенесенного ИМ – ОШ 2,937, 95%ДИ 0,942–9,152. При этом изменение приверженности к посещению ЛПУ не было связано с развитием ИМ как исхода ОКС – ОШ 1,974, 95%ДИ 0,859–4,536.

Заключение

Таким образом, больше половины пациентов исследования не отличались высокой приверженностью к посещению ЛПУ до развития у них ОКС. После ОКС приверженность пациентов к посещению ЛПУ достоверно увеличилась.

В рамках существующей системы амбулаторного звена приверженность к посещению ЛПУ, как таковая, не повлияла на ближайшие и отдаленные исходы ОКС, поскольку качество терапии, даже у приверженных к посещению ЛПУ пациентов, далеко не всегда соответствовало современным КР.

Работа показала, что только одной приверженности к посещению ЛПУ недостаточно для улучшения исходов заболевания. Нужно одновременно улучшать качество диагностики начальных форм ИБС, ФР ИБС и качество первичной и вторичной медикаментозной профилактики в соответствии с современными КР.

Сравнение данных регистров ЛИС-3 и ЛИС-1 показало, что после проведенных в ЛРБ №2 реорганизаций по результатам исследования на базе регистра ЛИС-1 частота приема пациентами препаратов, влияющих на исходы заболеваний (антиагреганты и статины), статистически достоверно возросла. Есть надежда, что результаты представленной работы будут также использованы для продолжения оптимизации работы амбулаторного звена.

ВЫВОДЫ

1. В рамках госпитального регистра было показано, что до развития острого коронарного синдрома только 43,4% выписанных из стационара больных регулярно посещали врачей лечебно-профилактических учреждений, а 24,4% ни разу не посетили амбулаторных учреждений по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.
2. По результатам регрессионного анализа, к факторам, положительно ассоциированным с приверженностью к посещению амбулаторных учреждений, относились: женский пол, возраст, ведение малоактивного образа жизни, наличие высшего образования, наличие в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска: ишемическая болезнь сердца, ранее перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, а к факторам, отрицательно ассоциированным с приверженностью к посещению амбулаторных учреждений, – курение и занятость на работе.
3. Анализ, выполненный методом логистической регрессии, показал, что приверженные к посещению пациенты были в 2,8 раз лучше осведомлены о наличии у себя дислипидемии по сравнению с частично приверженными и не приверженными к посещению пациентами. Достоверной связи приверженности пациентов к посещению с осведомленностью о наличии артериальной гипертензии и сахарного диабета выявлено не было.
4. Несмотря на то, что частота приема препаратов, обладающих доказанным влиянием на исход, увеличивалась по мере роста приверженности пациентов к посещению лечебно-

профилактических учреждений, она в целом оставалась невысокой, даже среди приверженных к посещению пациентов.

5. Ввиду недостаточной осведомленности пациентов о наличии некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и не полностью соответствующего клиническим рекомендациям качества терапии, догоспитальная приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений не повлияла на ближайшие и отдаленные исходы острого коронарного синдрома ($p > 0,05$).
6. После перенесенного острого коронарного синдрома приверженность пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений в целом улучшилась ($p < 0,05$).
7. Приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений после острого коронарного синдрома улучшилась, преимущественно, у более молодых пациентов, людей, состоящих в браке, больных, не имевших до референсного острого коронарного синдрома диагностированной ишемической болезни сердца и, с тенденцией к достоверности, инфаркта миокарда. Окончательный исход острого коронарного синдрома – развитие инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии – не повлиял на изменение приверженности к посещению после острого коронарного синдрома.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для улучшения приверженности пациентов с высоким риском ССЗ к посещению ЛПУ необходима оптимизация работы амбулаторного звена: выявление больных, имеющих ФР ССЗ и высокий риск развития осложнений уже имеющихся ССЗ, улучшение качества первичной и вторичной медикаментозной профилактики в соответствии с современными КР.
2. Задачи по оптимизации амбулаторного звена могут быть решены в рамках программы диспансерного наблюдения и с участием центров здоровья.
3. Необходимо распространение информации среди пациентов о школах здоровья для формирования партнерства врача и пациента с целью повышения осведомленности пациентов о ФР ССЗ, поскольку высокая осведомленность способствует повышению приверженности пациентов к посещению ЛПУ, которая, в свою очередь, может повысить качество получаемой терапии.
4. Полученные результаты могут быть использованы органами здравоохранения для улучшения качества диагностики начальных форм ИБС, ФР ИБС и качества первичной и вторичной медикаментозной профилактики ССЗ.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в рецензируемых научных журналах, входящих в Перечень ВАК, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций:

1. Семенова, Ю.В. Анализ проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации по данным опубликованных исследований / **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2015 г. – Т. 11 – № 6 – стр. 618–25.
2. Марцевич, С.Ю. Оценка приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений и ее влияния на качество терапии до развития острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3 / С.Ю. Марцевич, **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, А.В. Загребельный, М.Л. Гинзбург // Российский кардиологический журнал – 2016 г. – Т. 134 – № 6 – стр. 55–60.
3. Семенова, Ю.В. Приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений, качество терапии и ближайшие исходы острого коронарного синдрома: исследование в рамках регистра ЛИС-3 / **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, А.В. Загребельный, А.Д. Деев, М.Л. Гинзбург, С.Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2016 г. – Т. 12 – № 4 – стр. 430–4.
4. Марцевич, С.Ю. Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: что изменилось за прошедшие годы в «портрете» больного и ближайших исходах заболевания в сравнении с регистром ЛИС-1 / С.Ю. Марцевич, **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, М.Л. Гинзбург, А.В. Загребельный, А.В. Фокина, Е.В. Даниэльс // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2017 г. – Т. 13 – № 1 – стр. 63–8.
5. Семенова, Ю.В. Влияние догоспитальной приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений на отдаленные исходы острого коронарного синдрома: исследование ЛИС-3 / **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, А.В. Загребельный, М.Л. Гинзбург, А.Д. Деев, С.Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2017 г. – Т. 13 – № 3 – стр. 363–9.
6. Семенова, Ю.В. Оценка динамики качества догоспитальной терапии больных с острым коронарным синдромом за прошедшие годы: сравнение регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 / **Ю.В. Семенова**, А.В. Загребельный, Н.П. Кутишенко, М.Л. Гинзбург, С.Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2017 г. – Т. 13 – № 6 – стр. 827–34.

Статьи в зарубежных журналах, индексируемых в системах Pubmed, Web of Science, Scopus:

7. Martsevich, S.Y. Assessment of patients' attendance at outpatient clinics and prehospital therapy: Russian acute coronary syndrome registry LISS-3 data / S.Y. Martsevich, **Y.V.**

Semenova, N.P. Kutishenko, M.L. Ginzburg // Indian Heart Journal – 2017 г. – Т. 69 – № 1 – стр. 105–6.

8. Martsevich, S.Y. Awareness of cardiovascular disease, its risk factors, and its association with attendance at outpatient clinics in acute coronary syndrome patients / S.Y. Martsevich, *Y.V. Semenova*, N.P. Kutishenko, A.V. Zagrebelnyy, M.L. Ginzburg // Integrative Medicine Research – 2017 г. – Т. 6 – № 3 – стр. 240–4.

Тезисы конференций, конгрессов, форумов:

9. Семенова, Ю.В. Влияние возраста и наличия в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний на приверженность пациентов к посещению амбулаторных учреждений / *Ю.В. Семенова*, Н.П. Кутишенко, М.Л. Гинзбург, А.В. Загребельный, С.Ю. Марцевич // Сборник тезисов. Материалы Всероссийской конференции “Кардиология в XXI веке: традиции и инновации” и Международного форума молодых кардиологов РКО, 17–18 марта 2016 г. – Рязань – 2016 г. – стр. 58–9.
10. Семенова, Ю.В. Оценка связи приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений до развития острого коронарного синдрома и их осведомленности о наличии у себя сердечно-сосудистых заболеваний / *Ю.В. Семенова*, Н.П. Кутишенко, М.Л. Гинзбург, А.В. Загребельный, С.Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Специальный выпуск). Материалы V Международного форума кардиологов и терапевтов, 29-31 марта 2016 г. – Москва – 2016 г. – стр. 173–4.
11. Семенова, Ю.В. Факторы, ассоциированные с низкой приверженностью пациентов с острым коронарным синдромом к посещению амбулаторных учреждений на догоспитальном этапе / *Ю.В. Семенова*, Н.П. Кутишенко, М.Л. Гинзбург, А.В. Загребельный, А.Д. Деев, С.Ю. Марцевич // Профилактическая медицина. Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России", 11-13 мая 2016 г. – Москва – 2016 г. – Т. 19 – № 2 (выпуск 2) – стр. 72.
12. Семенова, Ю.В. Влияние приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на догоспитальном этапе на качество догоспитальной терапии / *Ю.В. Семенова*, Н.П. Кутишенко, М.Л. Гинзбург, А.В. Загребельный, С.Ю. Марцевич // Профилактическая медицина. Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России", 11-13 мая 2016 г. – Москва – 2016 г. – Т. 19 – № 2 (выпуск 2) – стр. 71–2.
13. Семенова, Ю.В. Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: характеристика пациентов и непосредственные исходы заболевания / *Ю.В. Семенова*, Н.П. Кутишенко, А.В.

- Загребельный, М.Л. Гинзбург, С.Ю. Марцевич // Сборник материалов XI Национального конгресса терапевтов, 23–25 ноября 2016 г. – Москва – 2016 г. – стр. 184–5.
14. Семенова, Ю.В. Изучение приверженности к посещению лечебно-профилактических учреждений после перенесенного острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3 / **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, А.В. Загребельный, М.Л. Гинзбург, С.Ю. Марцевич // Профилактическая медицина. Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России", 16-18 мая 2017 г. – Москва – 2017 г. – Т. 20 – № 1 (выпуск 2) – стр. 17–8.
15. Семенова, Ю.В. Динамика приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений после перенесенного острого коронарного синдрома / **Ю.В. Семенова**, Н.П. Кутишенко, А.В. Загребельный, М.Л. Гинзбург, С.Ю. Марцевич // Материалы конгресса Кардиология 2017: профессиональное образование, наука и инновации, 24–27 октября 2017 г. – Санкт–Петербург – 2017 г. – стр. 662.