

СИЧИНАВА ДАВИД ПЕТРОВИЧ

**Изучение факторов, влияющих на течение и отдалённые  
исходы острого инфаркта миокарда, в рамках  
амбулаторно-поликлинического регистра**

3.1.20. Кардиология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2023

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

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Марцевич Сергей Юрьевич**

**Официальные оппоненты:**

Заведующая отделом возраст-ассоциированных заболеваний обособленного подразделения Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (МНОЦ МГУ), г. Москва, доктор медицинских наук, профессор

**Орлова Яна Артуровна**

Заведующий кафедрой госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «КубГМУ Минздрава России»), г. Краснодар, доктор медицинских наук, профессор

**Скибицкий Виталий Викентьевич**

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 21.1.039.02, созданного на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и 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 терапии и профилактической медицины» Минздрава России (101990, г. Москва, Петроверигский пер., д.10, стр. 3) и на сайте [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

**Бочкарева Елена Викторовна**

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ	–	артериальная гипертония
АД	–	артериальное давление
ГБУЗ «ГП №9 ДЗМ»	–	Городское бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №9 Департамента здравоохранения города Москвы»
ДИ	–	доверительный интервал
ДН	–	диспансерное наблюдение
ЕМИАС	–	Единая медицинская информационно-аналитическая система
ИБС	–	ишемическая болезнь сердца
ИМ	–	инфаркт миокарда
ЛЖ	–	левый желудочек
ЛИС-1	–	госпитальный регистр Люберецкое исследование смертности больных, перенесших ОИМ
ЛПУ	–	лечебно-профилактическое учреждение
МИ	–	мозговой инсульт
МКАБ	–	медицинская карта амбулаторного больного
НРС	–	нарушение ритма сердца
ОИМ	–	острый инфаркт миокарда
ОР	–	отношение рисков
ПККТ	–	первичная комбинированная конечная точка
ПРОФИЛЬ-ИМ	–	амбулаторно-поликлинический регистр пациентов, перенесших ОИМ
СД	–	сахарный диабет
ССЗ	–	сердечно-сосудистые заболевания
ССП	–	сердечно-сосудистые причины
ССС	–	сердечно-сосудистые события
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	–	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России
ФР	–	фактор риска
ЧКВ	–	чрескожное коронарное вмешательство
ЧСС	–	частота сердечных сокращений

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность и степень разработанности темы исследования**

ОИМ является одним из наиболее тяжелых осложнений ИБС. Течение ИБС после перенесенного ОИМ характеризуется высокой частотой осложнений и смертельных исходов (Ibanez V. et al. 2017; Roffi M. et al. 2015). Кроме того, ИМ существенно ухудшает отдаленные исходы заболевания.

Относительно немногочисленные регистры ОИМ в нашей стране не всегда могут рассматриваться как репрезентативные (Эрлих А. Д., 2018). Они представляют данные о госпитальной летальности и не всегда включают полные сведения об отдаленных исходах заболевания. В таких регистрах отсутствует анализ факторов, определяющих отдаленный прогноз жизни. Регистры ОИМ, отслеживающие отдаленные исходы заболевания, в нашей стране немногочисленны. Среди таких регистров госпитальный регистр ЛИС-1, в котором показано, что в течение первых 3 лет после ОИМ умирает >40% больных (Марцевич С. Ю., 2011). Госпитальные регистры ОИМ ограничены в оценке причин смерти больных, перенесших ОИМ, а также факторов, определяющих прогноз их жизни. Эти задачи могут быть решены в рамках амбулаторных регистров ОИМ, которые в нашей стране практически отсутствуют. Со времени проведения регистра ЛИС-1 прошло >10 лет, проводимые за это время реформы здравоохранения могли изменить показатели летальности после ОИМ и частоту возникновения осложнений.

Это свидетельствует об актуальности проведения проспективного наблюдательного исследования с помощью регистра для изучения отдаленного прогноза жизни больных, перенесших ОИМ, в современных условиях.

**Цель исследования** - выявить факторы, влияющие на течение и отдаленные исходы ОИМ у пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения.

### **Задачи исследования:**

1. Создать регистр пациентов, выписанных из стационара с диагнозом ИБС, ОИМ и обратившихся для дальнейшего амбулаторного наблюдения к врачу кардиологу территориальной поликлиники.

2. Оценить время обращения больных, перенесших ОИМ, к врачу кардиологу после выписки из стационара.

3. Проанализировать по данным проспективного наблюдения основные сердечно-сосудистые осложнения у включенных в исследование больных: количество смертельных исходов, случаев повторного ИМ/нестабильной стенокардии, значимых НРС, экстренных госпитализаций, частоту инвазивных вмешательств на сердце и сосудах.

4. Выявить значимые клинические, лабораторно-инструментальные, медико-организационные показатели и ФР, ассоциирующиеся с неблагоприятным течением и прогнозом основного заболевания у включенных в регистр больных.

5. Провести сравнение отдалённых исходов болезни в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ и регистре ЛИС-1.

6. Оценить влияние предшествующей референсному ОИМ АГ на отдаленные исходы заболевания.

**Научная новизна.** Впервые в России создан проспективный амбулаторно-поликлинический регистр больных, обратившихся в ЛПУ после перенесенного ОИМ, позволивший оценить влияние отдельных факторов на отдаленные исходы болезни, включая смерть и нефатальные осложнения ИБС. Проведено сравнение отдалённой смертности больных в регистрах ПРОФИЛЬ-ИМ и ЛИС-1; показано, что показатели смертности в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ несколько снизились, однако частота нефатальных осложнений остается высокой. Проанализированы факторы, ассоциирующиеся с отдалённой смертностью; показано, что в большинстве случаев она определялась ССП. Определены оптимальные значения ЧСС и АД, при достижении которых риск смерти и возникновение других осложнений ИБС минимален. Проведен ретроспективный анализ сведений из МКАБ, зарегистрированных до развития референсного ИМ и показана отрицательное влияние на отдалённые исходы болезни предшествующих ИБС, ИМ и ЧКВ, проведенного при стабильном состоянии пациента.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Небольшая доля больных с высоким риском ИМ посещала ЛПУ в течение года перед ОИМ, охват ДН лиц с ранее имевшимися ССЗ составил 11,2%, а Центры здоровья посещали менее 4% больных. Данные о нарушениях липидного обмена до референсного ОИМ имелись менее чем у 10% больных. Эти результаты демонстрируют необходимость существенного улучшения охвата населения диспансеризацией и ДН. Большинство больных попадали к кардиологу далеко не сразу после выписки из стационара, что диктует необходимость

организационных изменений в маршрутизации больных, выписанных из стационара после перенесенного ОИМ.

Полученные результаты позволят врачу ЛПУ лучше стратифицировать больных, перенесших ОИМ, на группы риска, применять необходимые диагностические методы, выбирать адекватную стратегию лечения, включая использование инвазивных методов, оптимизировать медикаментозную терапию.

**Методология и методы исследования.** Работа выполнена на базе созданного амбулаторно-поликлинического регистра ПРОФИЛЬ-ИМ и посвящена изучению отдалённых исходов заболевания у больных, перенесших ОИМ. Использовались индивидуальная карта больного, анкета, аналитические, клинико-инструментальные и лабораторные методы обследования. Применялся ретроспективный анализ данных МКАБ до развития референсного ОИМ.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Показатели смертности больных, обратившихся в территориальную поликлинику после перенесенного ОИМ, остаются высокими (10% за 1,5 года), причем большинство смертей обусловлены ССП. Тем не менее, показатели отдалённой смертности снизились по сравнению с данными регистра, проведенного около 10 лет тому назад.

2. Любые осложнения ИБС (фатальные и нефатальные) за 1,5 года проспективного наблюдения регистрируются более чем у половины больных, перенесших ОИМ.

3. Основными отрицательными прогностическими факторами, выявляемыми при первичном обращении в ЛПУ, являются пожилой возраст, любые осложнения в остром периоде референсного ОИМ, клинические признаки сердечной недостаточности.

4. Прогностически благоприятными факторами при проспективном наблюдении больных, перенесших ОИМ, являются стабилизация АД в пределах 120–139/80–89 мм рт ст и значения ЧСС в интервале 60–70 уд./мин.

5. За 1 год, предшествовавший референсному ОИМ, поликлинику посещают чуть более половины больных. Охват ДН пациентов с ранее имевшимися ССЗ является крайне низким (11,2%). Центры здоровья до референсного ОИМ посещают менее 4% больных.

**Внедрение в практику.** Результаты проведенного исследования внедрены в

практическую работу ГБУЗ «ГП №9 ДЗМ».

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.** Используются достоверные научные методы обоснования полученных результатов, выводов и рекомендаций. Проанализированы результаты работ российских и зарубежных авторов по вопросам данной тематики. Объем материала (n=160) достаточен для решения поставленных задач.

Апробация диссертации состоялась на заседании апробационной комиссии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России 28 сентября 2022 года (протокол № 55/2). Основные положения диссертации доложены и обсуждены на российских научных форумах и конференциях: Всероссийская научно-практическая конференция «Неинфекционные заболевания и здоровья населения России» (Москва, 2016, 2017, 2019 гг.), XV Всероссийский конгресс «Артериальная гипертензия 2019: профилактика и лечение» (Москва, 2019), Российский национальный конгресс кардиологов (Екатеринбург, 2019).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, из них 7 статей в рецензируемых научных изданиях, включённых в Перечень ВАК и входящих в международные базы цитирования Scopus и Web of Science и 13 тезисов.

**Личный вклад автора** заключался в отборе пациентов в исследование согласно критериям включения и исключения; сборе и анализе клинико-anamnestических, лабораторно-инструментальных данных; составлении базы данных для статистической обработки материала; анализе и интерпретации полученных результатов; подготовке публикаций и докладов по теме диссертации.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация представлена на 115 страницах компьютерной верстки и состоит из введения, четырех глав (обзор литературы, материал и методы исследования, результаты исследования, обсуждение результатов), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и трёх приложений. Работа иллюстрирована 13 таблицами, 6 рисунками. Список литературы включает 87 источника: 21 отечественный и 66 зарубежных.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование одобрено Независимым этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. В исследование включено 160 больных, последовательно

обратившихся в ГБУЗ «ГП №9 ДЗМ» не позже 6 месяцев после выписки из стационара после референсного ОИМ в период с 01.03.2014г по 31.12.2015г. Исследование носило проспективный характер. Срок наблюдения за больными составил не менее 1,5 лет. В 1-й год наблюдения визиты пациентов проводились каждые 2 мес., со 2-го года каждые 6 мес. На рисунке 1 изображена общая схема исследования. В течение проспективного наблюдения регистрировались все осложнения, возникавшие за этот период. Для анализа частоты и времени появления осложнений было сформулировано понятие ПККТ, компонентами которой были смерть от любой причины, ССС (нефатальный ИМ, нефатальный МИ), экстренные госпитализации по поводу ССЗ, значимые НРС. После того как была зафиксирована ПККТ (кроме случаев смерти), за больными продолжалось наблюдение и дальнейшая регистрация всех осложнений или вмешательств. В работе приводятся данные об осложнениях за весь период наблюдения, в том числе и после наступления ПККТ. При анализе факторов, влияющих на возникновения ПККТ, регистрировалось только первое наступление любого события ПККТ. При проведении данного анализа учитывался только годичный срок наблюдения, так как только за этот период сведения о возникших осложнениях собирались при непосредственном контакте с больным и могли считаться документально установленными. Данные, полученные через 1,5 года, собирались при телефонном контакте с больным или его родственниками и могли содержать определенные неточности.

При первом посещении ЛПУ больным, перенесшим ОИМ, анализировались данные его МКАБ и сделанные в ней ранее (до перенесенного референсного ОИМ) записи с помощью ЕМИАС. Анализировались записи, сделанные при посещении терапевтов или кардиологов, оценивалась фиксация в МКАБ данных о ФР ССЗ, диагнозе. Анализировались также выписки из стационаров, если больной ранее был госпитализирован по поводу ССЗ. Кроме того, фиксировался факт ДН больного, а также посещения им Центра здоровья. При проспективном наблюдении компоненты ПККТ фиксировались по записям принимавших больного врачей, а также при помощи телефонных контактов с пациентами или их родственниками. Использовалась также система ЕМИАС. Посмертные диагнозы уточнялись в системе ЕМИАС, а также при беседах с родственниками больных. В ряде случаев посмертные диагнозы уже имелись в МКАБ. Каждый больной давал письменное информированное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных. Исследование было зарегистрировано



на сайте [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) под названием «ПРОФИЛЬ-ИМ» (PROFILE-MI) № NCT04063176.



Рисунок 1 – Общая схема исследования

#### **Критерии включения:**

- мужчины и женщины любого возраста, перенесшие ОИМ (этот ОИМ был определен как референсный) и обратившиеся не позднее, чем через 6 мес. после выписки из стационара в ГБУЗ «ГП №9 ДЗМ» с 01.03.2014г по 31.12.2015г;
- наличие выписки из стационара, документирующей перенесенный ОИМ;
- постоянное проживание на территории г. Москвы или Московской области;
- подписание информированного согласия на участие в исследовании и обработку персональных данных.

#### **Критерии исключения:** несоответствие критериям включения.

Исследователь не имел отношения к определению тактики амбулаторного ведения и ДН больных.

**Статистическая обработка результатов.** Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета IBM SPSS Statistics 20. Для каждого показателя, измеряемого по количественной шкале, определялось среднее значение (M), стандартная ошибка (m), среднеквадратичное отклонение (SD), интервал вариации (минимум и максимум), медиана (Me) и интерквартильный размах. Для качественных показателей определялись частоты (%). Различия по количественным признакам оценивались с помощью U-критерия Манна–Уитни, качественные различия по критерию  $\chi^2$  Пирсона, для сравнения малых выборок – с использованием точного критерия Фишера. Функция выживаемости с построением соответствующих графиков оценивалась с помощью

процедуры Каплана-Мейера. Для определения прогностической значимости влияния отдельных факторов на непосредственные исходы после референсного ОИМ использовалась регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса с определением ОР и 95% ДИ с корректировкой на пол и возраст больных. Значимыми считались различия при  $p < 0,05$ . При оценке прогностической значимости различных показателей в отношении развития ПККТ анализ проводился отдельно для: 1) демографических факторов, факторов риска ССЗ, включая анамнестические и 2) данных, полученных при обследовании в ЛПУ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 представлены основные социально-демографические характеристики 160 включенных больных, включенных в настоящее исследование.

Таблица 1 – Основные социально-демографические характеристики больных

Демографические характеристики	Показатель
Мужчины/женщины, n (%)	106/54 (66,2/33,8)
Возраст, лет (M±SD)	61,9±11,9 (33 - 87 лет)
– мужчины	57,6±10,1 (33 - 84 лет)
– женщины	70,4±10,8 (39 - 87 лет)
Больные моложе 60 лет, n (%)	73 (45,6)
– мужчины	66 (90,4)
– женщины	7 (9,6)
Образование, n (%)	
– высшее	57 (35,6)
– среднее / ср. специальное	37 (23,1) / 62 (38,8)
– начальное	4 (2,5)
Работающие, n (%)	65 (40,6)
Инвалидность, n (%)	49 (30,6)
– II группа	23 (46,9)
– III группа	26 (53,1)
Пенсионеры, n (%)	89 (55,6)

### **Анализ сроков обращения в поликлинику после ОИМ**

Время включения пациентов в регистр после выписки из стационара колебалось в пределах от 0 до 163 дней. Ме первого обращения составила 19,5 дней. Как правило, пациенты сначала обращались к терапевту, а уже потом направлялись к врачу кардиологу. В данном регистре сроки включения пациента в регистр отражают промежуток времени, прошедший от выписки из стационара до осмотра врачом кардиологом ЛПУ.

### **Анализ предшествующего референсному ОИМ состояния больных по данным наблюдения в ЛПУ**

**ФР.** Около  $\frac{3}{4}$  больных имели АГ. В отношении курения и нарушений липидного обмена у значительной части больных данные отсутствовали (соответственно 29,4% и 46,9% больных), поэтому судить об их частоте было проблематично. СД регистрировался у 28,1%, избыточная масса тела ( $\geq 25,0$  кг/м<sup>2</sup>) у 78% больных.

**Наличие ССЗ до развития референсного ОИМ.** У большей части больных ( $> 2/3$ ) в МКАБ не содержалось данных о диагнозе ИБС или о её осложнениях. Сведения о наличии ИБС в анамнезе присутствовали лишь у 47 (29,4%) больных. Обращает внимание, что большая часть больных с ранее диагностированной ИБС переносила ИМ (59,6%), ЧКВ проводилось у 14,9%, ранее переносили МИ 7,5%, зарегистрированы ФП и хроническая сердечная недостаточность у 9,4% и 0,6% больных соответственно.

**Наблюдение в поликлинике.** В течение последних 2 и более лет за медицинской помощью в ЛПУ 33,8% пациентов не обращались, посетили Центры здоровья только 3,8%, а на ДН по поводу ССЗ находилось всего 11,2% больных.

**Осложнения в остром периоде референсного ОИМ.** В таблице 2 указаны виды осложнений и количество пациентов с данными видами осложнений, которые имелись у 59 (36,9%) больных.

Таблица 2 – Виды осложнений в остром периоде референсного ОИМ

Вид осложнения	n	% лиц, перенесших референсный ИМ
Аневризма брюшного отдела аорты	1	0,6
Гидроторакс	1	0,6
Гипертонический криз	12	7,5
Желудочно-кишечное кровотечение	1	0,6
Застойная сердечная недостаточность	1	0,6
Желудочковая бигеминия	1	0,6
Пароксизм трепетания предсердий	1	0,6
Пароксизм фибрилляций предсердий	9	5,7
Полифокальная желудочковая экстрасистолия	1	0,6
Фибрилляция желудочков + ранняя постинфарктная стенокардия	1	0,6
Частая желудочковая экстрасистолия	1	0,6
Острая аневризма ЛЖ	6	3,8
Острая аневризма ЛЖ с тромбом	2	1,3
Острая аневризма ЛЖ + ранняя постинфарктная стенокардия	1	0,6
Отек легких	5	3,2
Ранняя постинфарктная стенокардия	10	6,3
Сердечная астма	1	0,6
Тромб в области ЛЖ	2	1,3
Тромбоэмболия легочной артерии	2	1,3
Нет осложнений	101	63,0
Всего	160	100

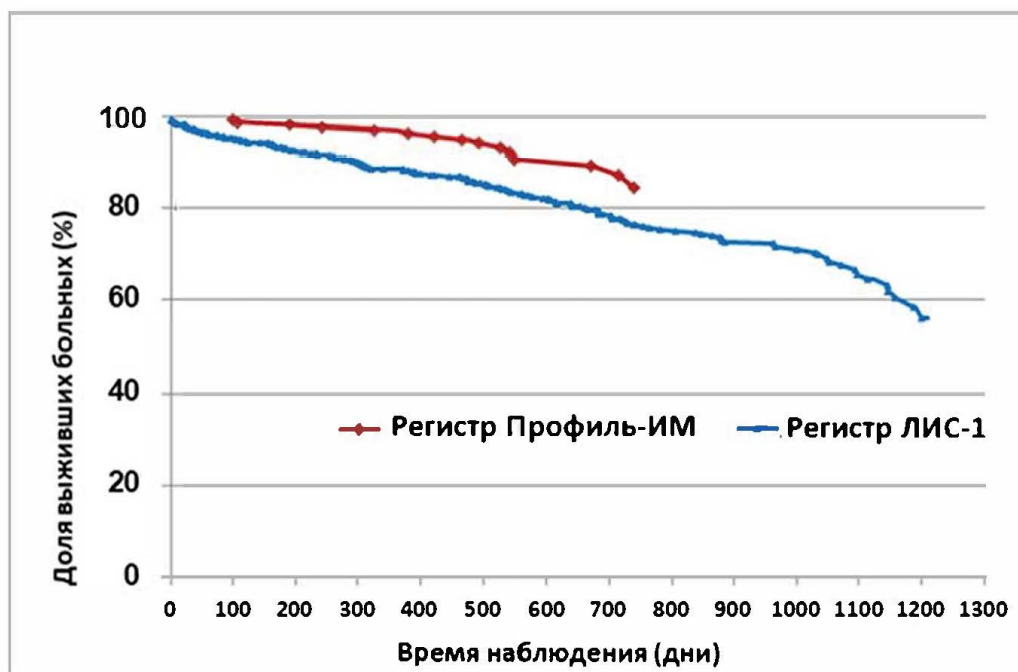
**Причины смерти и ССО, зарегистрированные при проспективном наблюдении.** За период наблюдения не удалось установить жизненный статус только 4 больных, отклик через 1,5 года составил 97,5%. Всего умерло 16 (10%) больных, в 14 случаях диагноз был подтвержден патолого-анатомическим вскрытием.

Из таблицы 3 следует, что большинство смертей были обусловлены ССО, у четверти больных причиной смерти послужил повторный ОИМ.

Таблица 3 – Причины смерти у 16 человек за 1,5 лет наблюдения

Основная причина смерти	n
Повторный ИМ	4
Острая сердечная недостаточность	4
МИ	4
Ишемическая кардиомиопатия	1
Онкологическое заболевание	1
Острая пневмония (внебольничная)	1
Неизвестно	1

На рисунке 2 изображена кривая выживаемости больных, включенных в настоящее исследование (регистр Профиль-ИМ). Для сравнения приводится кривая выживаемости больных по данным регистра ЛИС-1.



*Примечание* – Срок наблюдения за больными в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ составил 1,5 года, в регистре ЛИС-1 от 1 года до 3,9 лет

Рисунок 2 – Кривые выживаемости Каплана–Мейера больных, включенных в настоящее исследование (регистр ПРОФИЛЬ-ИМ) (n=160) и в регистр ЛИС-1 (n=961)

В таблице 4 приведены несмертельные осложнения, которые были зарегистрированы за 1,5 года наблюдения.

Таблица 4 – Нефатальные ССС после референсного ОИМ, зарегистрированные за 1,5 года наблюдения

ССС	n (%)
Повторный нефатальный ИМ	11 (6,9)
Нефатальный МИ	1 (0,6)
Экстренные госпитализации, связанные с ССП:	39 (24,4)
– гипертонический криз	3
– нестабильная стенокардия	19
– острая сердечная недостаточность	5
– НРС	12
Аортокоронарное шунтирование	7 (4,4)
ЧКВ со стентированием	14 (8,8)

**Сравнение больных с наличием и отсутствием ПККТ.** За 12 мес. наблюдения развитие ПККТ отмечено у 42 больных. В группе наблюдаемых без ПККТ было существенно больше пациентов, имевших ЧСС < 70 уд./мин. и показатели АД 120/80 – 139/89 мм рт ст (соответственно 56% и 22% больных). Не было зарегистрировано статистически значимых различий между группами по числу инвазивных вмешательств в стационаре.

#### **Анализ факторов, влияющих на развитие ПККТ**

##### **Демографические, анамнестические факторы и ФР ССЗ**

Пациенты с ПККТ по гендерному признаку значимо не отличались от пациентов без ПККТ ( $\chi^2=2,29$ ;  $p=0,13$ ), однако они были существенно старше -  $67,2 \pm 12,6$  и  $60,6 \pm 11,4$  лет, соответственно ( $p < 0,005$ ). Риск развития ПККТ не зависел от гендерного признака (OR=0,98; 95% ДИ 0,39–2,45;  $p=0,97$ ) (рисунок 3), но становился выше с увеличением возраста пациентов.

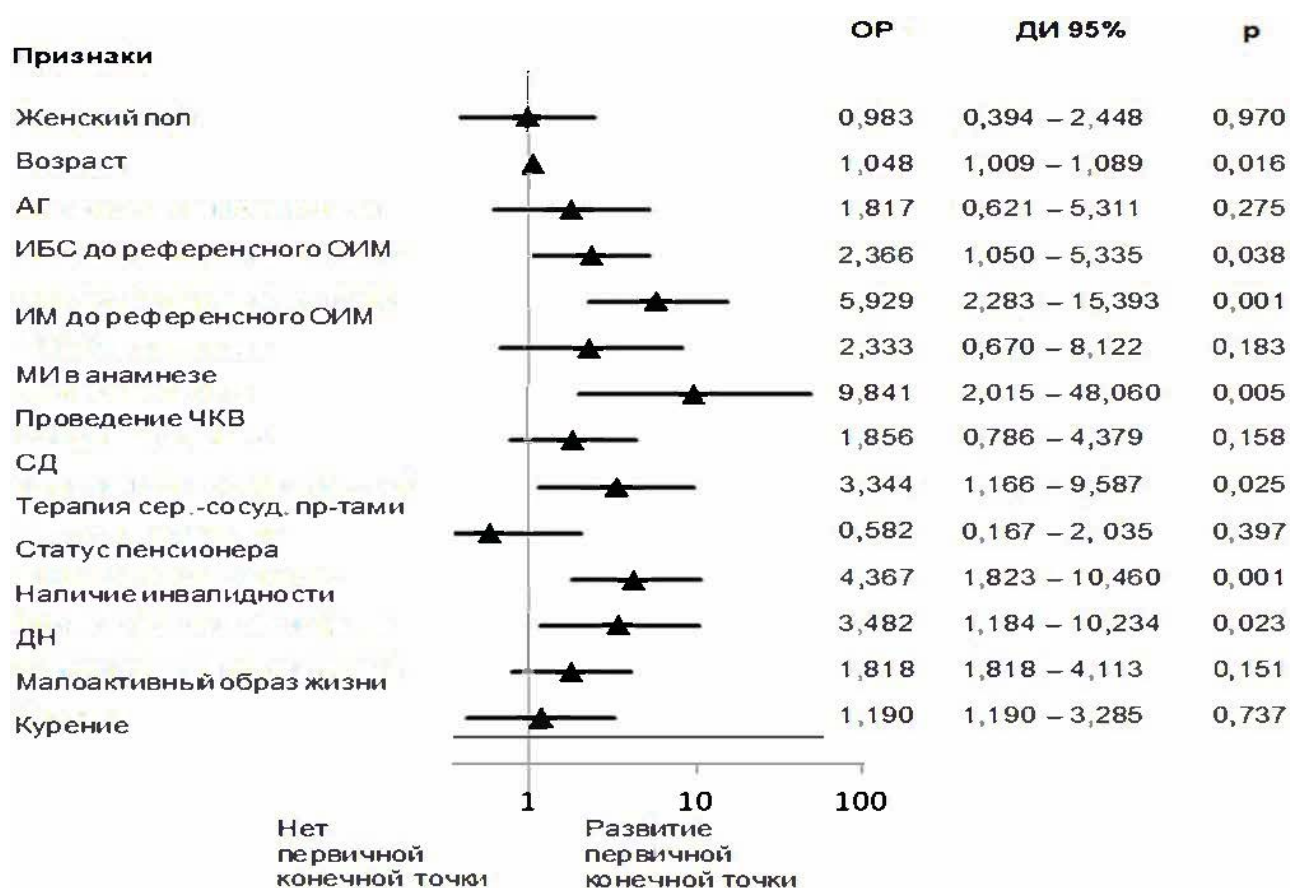
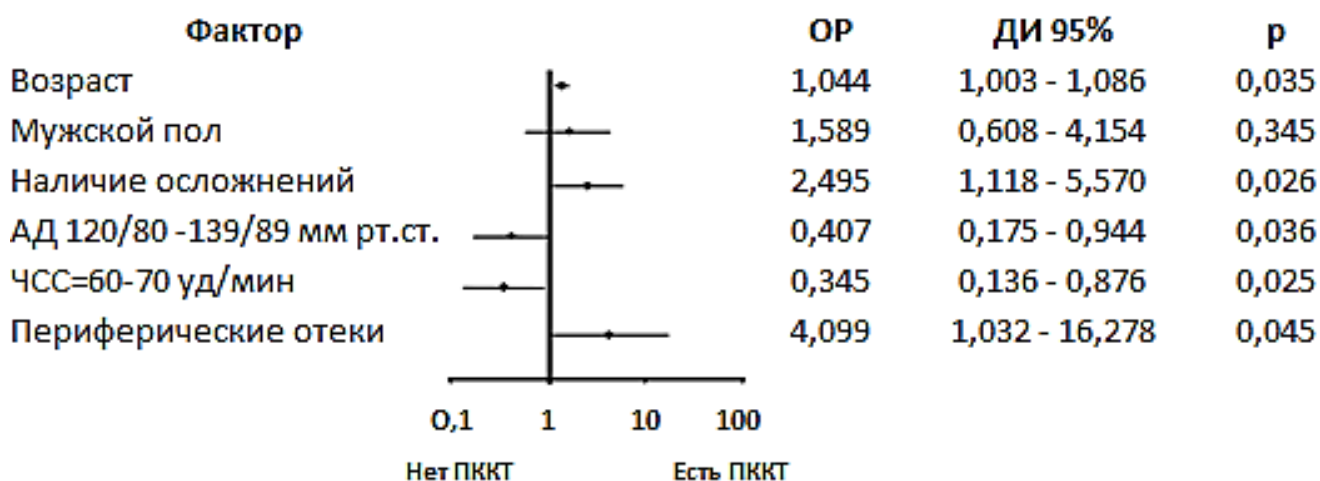


Рисунок 3 – Оценка риска развития ПККТ в зависимости от демографических, анамнестических факторов и ФР ССЗ

Увеличение возраста на 1 год повышало риск развития повторных ССС на 5% (OR=1,05; 95% ДИ 1,01–1,09; p=0,016). У пациентов, с зарегистрированной ПККТ, чаще в анамнезе имелись ИБС, ранее перенесенный ИМ, выполнение процедур ЧКВ, назначение и прием сердечно-сосудистых препаратов. Кроме того, эти пациенты уже имели группу инвалидности в связи с основным заболеванием и находились на ДН в ЛПУ. АГ и СД чаще регистрировались у пациентов с ПККТ, однако статистически значимых отличий достигнуто не было. Наличие практически всех вышеперечисленных факторов при проведении регрессионного анализа с учетом поправки на пол и возраст достоверно увеличивало риск развития ПККТ. Через год наблюдения отрицательное влияние на отдаленный прогноз продемонстрировали такие факторы, как возраст, наличие ИБС или ИМ до референсного события, ранее проведенные процедуры ЧКВ в стабильном состоянии пациента, прием сердечно-сосудистых препаратов. Отрицательное влияние на прогноз заболевания последних двух признаков, по-

видимому, отражало более тяжелое течение ИБС у этой подгруппы больных.

**Факторы, установленные при обследовании в ЛПУ.** При многофакторном анализе (рисунок 4) независимыми отрицательными прогностическими факторами, связанными с развитием ПККТ, явились возраст больных, наличие осложнений в остром периоде ИМ, наличие отеков при первом посещении ЛПУ. Положительным прогностическим влиянием обладали цифры АД в интервале 120–139/80–89 мм рт ст и поддержание ЧСС на уровне 60–70 уд./мин.



*Примечание* – Регрессионный анализ Кокса выполнен с поправкой на пол и возраст (для пола – только на возраст, для возраста – только на пол)

Рисунок 4 – Оценка риска развития ПККТ в зависимости от различных факторов/признаков

**Оценка влияния АГ на отдаленные исходы болезни.** Наличие АГ до референсного ОИМ было зарегистрировано у 118 (73,4%) пациентов: у 48 женщин и 70 мужчин, при этом у женщин АГ регистрировалась существенно чаще, чем у мужчин (88,9% vs 66,0%;  $p < 0,05$ ). Пациенты с АГ были старше, чем пациенты без АГ, среди них было больше пенсионеров (64,4% vs 40,5%) и пациентов, которым была определена группа инвалидности (45% vs 4%). Среди пациентов с АГ было больше лиц, которые наблюдались в ЛПУ (105% vs 28%) и, главным образом, у участковых терапевтов. Пациенты с АГ по сравнению с лицами без АГ реже употребляли алкоголь (30,5% vs 52,4%) и курили (18,6% vs 38,1%;  $p < 0,05$ ), не было выявлено существенных различий между обеими группами по наличию в анамнезе ИМ, МИ, НРС, а также СД или ожирения, но у пациентов с АГ в анамнезе чаще отмечались ИБС (33,9% vs 16,7%),



стенокардия напряжения (18,6% vs 2,4%) и гиперхолестеринемия (37,3% vs 11,9%). Данные о зарегистрированных в течение 1 года событиях, составляющих ПККТ в таблице 5 (у 3 пациентов за время наблюдения зарегистрированы два события). В итоге, у пациентов с АГ таких событий было больше, чем у пациентов без АГ ( $p < 0,05$ ), при этом нельзя не отметить, что из всех составляющих ПККТ событий только для нестабильной стенокардии были зарегистрированы существенные отличия между группами ( $p = 0,037$ ).

Таблица 5 – ССС, зарегистрированные в течение года наблюдения за пациентами после референсного ОИМ, в зависимости от наличия АГ в анамнезе

Показатель	Пациенты с АГ, n=118	Пациенты без АГ, n=42	P
Смерть от любой причины, n (%)	6 (5,1)	3 (7,1)	0,699 <sup>1</sup>
Повторный ОИМ, n (%)	6 (5,1)	2 (4,8)	1,000 <sup>1</sup>
МИ, n (%)	1 (0,8)	0 (0)	1,000 <sup>1</sup>
Новые случаи ФП, n (%)	8 (6,8)	1 (2,4)	0,447 <sup>1</sup>
Госпитализация в связи с нестабильной стенокардией, n (%)	12 (10,2)	0 (0)	0,037 <sup>1</sup>
Госпитализация в связи с гипертоническим кризом, n (%)	2 (1,7)	0 (0)	1,000 <sup>1</sup>
Госпитализация в связи с острой сердечной недостаточностью, n (%)	4 (3,4)	0 (0)	0,574 <sup>1</sup>
ПККТ, n (%)	39 (33,1)	6 (14,3)	0,04 <sup>2</sup>

*Примечание* – 1 – точный критерий Фишера, 2 –  $\chi^2$  квадрат Пирсона

На рисунке 5 представлены результаты анализа развития ПККТ у пациентов с АГ и без АГ в зависимости от времени регистрации первого события, относящегося к компонентам ПККТ. Согласно полученным данным, оцененным с помощью LogRank критерия, не было выявлено статистически значимых различий между группами ( $p=0,120$ ).

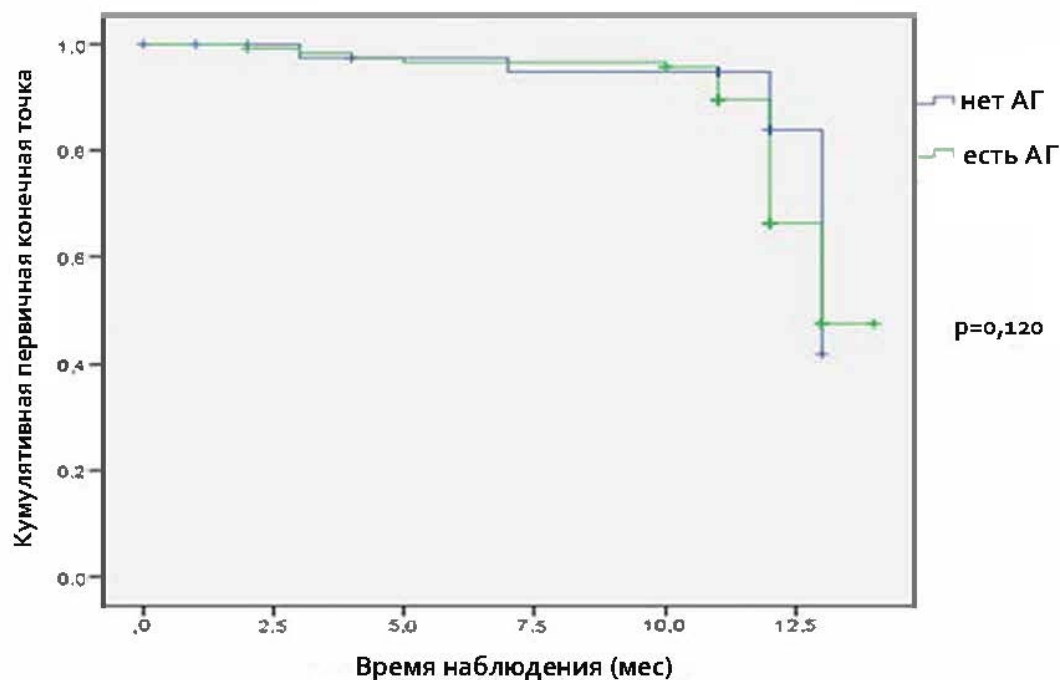


Рисунок 5 – Развитие ПККТ (кривые Каплана – Мейера) в подгруппах больных в зависимости от наличия АГ

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Т.о., результаты настоящего исследования свидетельствует о том, что прогноз жизни больных, перенесших ОИМ, по-прежнему остается тяжелым: за 1 год наблюдения умерло 10% больных, причем основной причиной смерти были ССЗ. Несмертельные осложнения ССЗ возникали значительно чаще, они были зарегистрированы более чем у четверти больных. При сравнении с данными регистра ЛИС-1 общая летальность больных в настоящем исследовании оказалась несколько ниже, что свидетельствует об улучшении качества вторичной профилактики ССЗ в последние годы.

Ме времени между выпиской из стационара и первым посещением кардиолога составила 19,5 дн. (0 - 163 дн.). Такая практика не может считаться правильной, так как только кардиолог может обеспечить полноценную преемственность терапии, назначенной в стационаре и скорректировать ее при наличии показаний. В МКАБ больных часто отсутствуют данные о курении и нарушении липидного обмена, поэтому оценить прогностическую значимость этих факторов оказалось невозможным. Указание на наличие этих факторов перед референсным ОИМ могло бы позволить проводить более активную первичную профилактику.

До референсного ОИМ только у трети больных в МКАБ был зафиксирован диагноз ИБС, при этом более половины из них ранее перенесли ИМ, что свидетельствует о том, что у ряда больных существовавшая до референсного ОИМ ИБС была не диагностирована. Такая низкая частота установления диагноза ИБС отчасти может быть связана с тем, что за 1 год до развития ОИМ ЛПУ посещали чуть более половины больных.

В исследовании были установлены основные факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе заболевания: пожилой возраст, наличие ИБС в анамнезе, ранее перенесенный ИМ, наличие осложнений в остром периоде референсного ИМ, отеков при первичном осмотре в поликлинике. Проведение ЧКВ до референсного ОИМ в стабильном состоянии больного увеличивало риск неблагоприятного исхода болезни.

Наличие диагноза АГ не влияло на отдаленные исходы болезни, при этом поддержание АД после референсного ОИМ в интервале 120/80–139/89 мм рт ст уменьшало вероятность развития ПККТ. Это свидетельствует о том, что хорошо контролируемая АГ перестает играть отрицательную прогностическую роль. Поддержание ЧСС в интервале 60–70 уд./мин. также оказывало положительное влияние на отдаленные результаты. Этот факт дает врачу четкий инструмент контроля за эффективностью назначаемой терапии.

## **ВЫВОДЫ**

1. Общая смертность больных, обратившихся в территориальную поликлинику после перенесенного острого инфаркта миокарда, в течение полутора лет проспективного наблюдения составила 10%, при этом не менее 2/3 смертей обусловлено сердечно-сосудистыми причинами. Показатели отдаленной смертности в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ снизились по сравнению с показателями регистра ЛИС-1, проведенного 10 лет тому назад. Это может свидетельствовать об улучшении вторичной профилактики больных, перенесших острый инфаркт миокарда.
2. Фатальные и нефатальные осложнения ишемической болезни сердца (повторный инфаркт миокарда, мозговой инсульт, экстренные госпитализации, связанные с сердечно-сосудистыми причинами, необходимость выполнения инвазивных вмешательств по клиническим показаниям) за полтора года проспективного наблюдения отмечаются более чем у половины больных, перенесших инфаркт миокарда.

3. Предшествующие референсному острому инфаркту миокарда сердечно-сосудистые заболевания: наличие ишемической болезни сердца, ранее перенесенный инфаркт миокарда, проведение в стабильном состоянии чрескожного коронарного вмешательства, оказывают отрицательное влияние на отдаленные исходы болезни.
4. Основными отрицательными прогностическими факторами, выявленными при первичном обследовании в прикрепленной поликлинике, являются: пожилой возраст, любые осложнения в остром периоде референсного острого инфаркта миокарда, клинические признаки сердечной недостаточности.
5. Прогностически благоприятными факторами, зарегистрированными при проспективном наблюдении больных, перенесших острый инфаркт миокарда, оказались стабилизация артериального давления в пределах 120–139/80–89 мм рт ст и значения частоты сердечных сокращений в интервале 60–70 уд. в минуту
6. У ряда больных, несмотря на наблюдение в прикрепленной поликлинике, перед развившимся острым инфарктом миокарда отсутствовали данные об основных факторах риска: у 29,4% больных отсутствовали данные о курении, а у 46,9% больных отсутствовали данные о липидном профиле.
7. За 1 год, предшествовавший референсному острому инфаркту миокарда, поликлинику посетили чуть более половины больных. Охват диспансерным наблюдением пациентов с ранее имевшимися сердечно-сосудистыми заболеваниями оказался крайне низким (11,2%). Центры здоровья до референсного острого инфаркта миокарда посетили <4% больных.
8. Большинство больных после перенесенного острого инфаркта миокарда не сразу попадают к кардиологу: медиана между выпиской из стационара и первым посещением кардиолога составляет 19,5 дней (от 0 до 163 дней).
9. Через один год наблюдения после референсного инфаркта миокарда у пациентов с артериальной гипертонией частота развития первичной комбинированной конечной точки достоверно не отличается от больных без артериальной гипертонии.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Необходимо совершенствовать систему наблюдения больных в поликлинике, обратившихся после перенесенного острого инфаркта миокарда. Осмотр кардиолога

должен предшествовать осмотру терапевта. Сведения из стационара при выписке после острого инфаркта миокарда должны напрямую поступать в поликлинику.

2. Целесообразно у всех больных с высоким сердечно-сосудистым риском в амбулаторных картах сделать обязательным упоминание об основных факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь о курении и наличии нарушений липидного обмена.

3. После перенесенного острого инфаркта миокарда поддержание значений артериального давления в интервале 120–139/80–89 мм рт ст и частоты сердечных сокращений в интервале 60–70 уд. в минуту могут быть использованы как целевые показатели медикаментозной терапии и немедикаментозной профилактики.

4. Необходимо дальнейшее совершенствование подходов к ранней диагностике факторов риска ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда для проведения своевременных профилактических вмешательств.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в журналах, входящих в Перечень ВАК и международные базы цитирования WoS и Scopus**

1. Марцевич, С.Ю. Проспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): дизайн исследования и первые результаты / С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко, **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, В.А. Евдаков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 17. – №1. – С. 81–86.

2. Кутишенко, Н.П. Амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): данные о догоспитальной терапии в сравнении с регистром ЛИС-3 / Н.П. Кутишенко, Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, В.А. Евдаков, С.Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 1. – С. 88–93.

3. Кутишенко, Н.П. Влияние предшествующих сердечно-сосудистых заболеваний на отдаленные исходы острого инфаркта миокарда: данные амбулаторно-поликлинического регистра «ПРОФИЛЬ-ИМ» / Н.П. Кутишенко, **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, В.А. Евдаков, Э.А. Каспарова, С.Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 5. – С. 741–746.

4. Марцевич, С.Ю. Оценка адекватности выбора лекарственного препарата у больных,

перенесших острый инфаркт миокарда, в рамках регистра ПРОФИЛЬ-ИМ / С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко, Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, В.А. Евдаков // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2019. – Т. 15. – № 2. – С. 224–229.

5. Сичинава, Д.П. Амбулаторно-поликлинический регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда: оценка влияния артериальной гипертензии на отдаленные исходы болезни / **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2019. – Т. 15. – № 5. – С. 706–712.

6. Марцевич, С.Ю. Основные сердечно-сосудистые осложнения и показатели смертности в течение первых полутора лет после перенесенного острого инфаркта миокарда: данные проспективного амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ / С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко, **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, Э.А. Каспарова, А.В. Загребельный, Ю.В. Лукина, В.А. Евдаков // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2020. – Т. 16. – № 3. – С. 432–438.

7. Калайджян, Е.А. Неиспользованные возможности антиишемической терапии после острого инфаркта миокарда: данные регистра ПРОФИЛЬ-ИМ / Е.П. Калайджян, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко, **Д.П. Сичинава**, О.М. Драпкина // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2020. – Т. 16. – № 5. – С. 798–803.

#### Тезисы

8. Сичинава, Д.П. Характеристика пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, включенных в регистр «ПРОФИЛЬ-ИМ». / **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко // Материалы XII Научно-практической конференции (РосОКР) с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» 20–21 апреля 2017г – Москва. CardioСоматика. 2017. – Т.8 - № 1 – С.68-69.

9. Калайджян, Е.П. Первые данные амбулаторно-поликлинического регистра острого инфаркта миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ». / Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" 11–13 мая 2017г – Москва. Профилактическая медицина. 2017. – Т.20 - № 1 (выпуск 2) – С.10-11.

10. Марцевич, С.Ю. Амбулаторный регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): оценка качества вторичной профилактики. / С.Ю. Марцевич, Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, Н.П. Кутишенко // Материалы конгресса

Кардиология 2017: профессиональное образование, наука и инновации 24–27 октября 2017г – Санкт–Петербург. – 2017. – С. 437.

11. Сичинава, Д.П. Амбулаторно-поликлинический регистр острого инфаркта миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ»: характеристика включенных пациентов и качество терапии на догоспитальном этапе. / **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко // Материалы X Юбилейной международной конференции 2017. Профилактическая Кардиология 15-16 июня 2017г – Москва. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Спец. выпуск). 2017. – С. 53.

12. Марцевич, С.Ю. Амбулаторный регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, ПРОФИЛЬ-ИМ: качество вторичной профилактики на догоспитальном этапе. / С.Ю. Марцевич, Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, Н.П. Кутишенко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" 17–19 мая 2018г – Москва. Профилактическая медицина. 2018. – № 1 (выпуск 2) – С. 16.

13. Марцевич, С.Ю. Амбулаторно-поликлинический регистр острого инфаркта миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ»: оценка качества терапии на отдаленном этапе наблюдения. / С.Ю. Марцевич, Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, Н.П. Кутишенко // Материалы XI Международной конференции Профилактическая Кардиология 2018, 5-6 июня 2018г – Москва. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Спец. выпуск). 2018. – С. 21.

14. Марцевич, С.Ю. Амбулаторный регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ»: оценка качества терапии на различных этапах поликлинического наблюдения. / С.Ю. Марцевич, Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, Н.П. Кутишенко // Материалы XIII Национального конгресса терапевтов 21-23 ноября 2018г – Москва. – 2018г – С.178.

15. Марцевич, С.Ю. Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда: данные амбулаторно-поликлинического регистра «ПРОФИЛЬ-ИМ». / С.Ю. Марцевич, **Д.П. Сичинава**, Е.П. Калайджян, Н.П. Кутишенко // Материалы XIII Национального конгресса терапевтов 21-23 ноября 2018г – Москва. – 2018г – С.178-179.

16. Калайджян, Е.П. Антитромботическая терапия у пациентов с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий на этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения. / Е.П. Калайджян, Н.П. Кутишенко, **Д.П. Сичинава**, С.Ю. Марцевич //

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" 14-16 мая 2019г, – Москва. Профилактическая медицина. 2019. – Т.22 – № 2 (выпуск 2) С.10-11.

17. Калайджян, Е.П. Амбулаторно-поликлинический регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда: оценка роли артериальной гипертензии на отдаленном этапе наблюдения. / Е.П. Калайджян, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко, **Д.П. Сичинава** // Материалы XV Всероссийского конгресса «Артериальная гипертензия 2019: профилактика и лечение» 13-14 марта 2019г – Москва. – 2019г – С.4.

18. Калайджян, Е.П. Оценка преемственности в назначении антитромботической терапии на амбулаторном этапе у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый инфаркт миокарда. / Е.П. Калайджян, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич, **Д.П. Сичинава** // Российский национальный конгресс кардиологов 2019, 24-26 сентября 2019г – Екатеринбург. – 2019г – С.608.

19. Калайджян, Е.П. Амбулаторно-поликлинический регистр острого инфаркта миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ». Оценка качества антиишемической терапии у пациентов с типичной стенокардией напряжения, перенесших острый инфаркт миокарда. / Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, С.Ю. Марцевич Н.П. Кутишенко // Материалы XXVIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» 5-8 апреля 2021г – Москва. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Спец. выпуск). 2021г – С.37-38.

20. Калайджян, Е.П. Амбулаторно-поликлинический регистр острого инфаркта миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ». Оценка качества терапии по наличию льготного обеспечения на различных этапах поликлинического наблюдения. / Е.П. Калайджян, **Д.П. Сичинава**, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко // Материалы XXVIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» 5-8 апреля 2021г – Москва. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Спец. выпуск). 2021г – С.38.