

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр терапии
и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

СИЧИНАВА ДАВИД ПЕТРОВИЧ

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

3.1.20. Кардиология

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Марцевич Сергей Юрьевич

Москва – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	10
1.1 Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда. Общие сведения	10
1.2 Исходы инфаркта миокарда	13
1.3 Влияние артериальной гипертензии на отдаленные исходы после перенесенного острого инфаркта миокарда	16
1.4 Регистры	17
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ	22
2.1 Дизайн исследования	22
2.2 Критерии включения и исключения.....	24
2.3 Статистическая обработка результатов	25
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	26
3.1 Характеристика больных, включенных в регистр	26
3.2 Анализ сроков обращения в поликлинику после ОИМ	27
3.3 Анализ предшествующего референсному ОИМ состояния больных по данным наблюдения в поликлинике	28
3.3.1 Факторы риска.....	28
3.3.2 Наличие сердечно-сосудистых заболеваний	28
3.3.3 Наличие артериальной гипертензии	29
3.3.4 Наблюдение в поликлинике	31
3.4 Осложнения в остром периоде референсного ОИМ	31
3.5 Причины смерти и сердечно-сосудистые осложнения, зарегистрированные при проспективном наблюдении.....	32
3.6 Сравнение больных с наличием и отсутствием первичной комбинированной конечной точки (ПККТ)	34
3.7 Анализ факторов, влияющих на развитие ПККТ	36
3.7.1 Демографические факторы, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и анамнестические факторы	36
3.7.2 Факторы, установленные при обследовании в поликлинике	38
3.7.3 Оценка влияния АГ на отдаленные исходы	38
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	49
ВЫВОДЫ	51
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	53
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	54
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	55

Приложение А. Карта пациента	68
Приложение Б. Анкета	106
Приложение В. Информированное согласие	115

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В последние десятилетия от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России ежегодно умирают более 1 миллиона человек. В структуре смертности населения от ССЗ основная доля (более 60%) приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) [13].

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) является одним из наиболее тяжелых осложнений ИБС. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в его лечении, течение ИБС после перенесенного ОИМ характеризуется высокой частотой осложнений и смертельных исходов, как в остром, так и в отдаленном периоде [43, 71, 82].

При том, что в последнее время отмечается существенное снижение госпитальной летальности, достигнутое, в первую очередь, за счет организации сосудистых центров, она остается высокой. Кроме того, перенесенный ИМ существенно ухудшает отдаленные исходы заболевания [5, 6, 12] и значительно ухудшает прогноз больного с ИБС.

Относительно немногочисленные регистры ОИМ в нашей стране не всегда могут рассматриваться как репрезентативные [16]. Они, как правило, представляют в основном данные о госпитальной летальности и не всегда включают полные сведения об отдаленных исходах заболевания [6, 16, 19].

В таких регистрах практически отсутствует анализ факторов, определяющих отдаленный прогноз жизни пациентов. Регистры ОИМ, отслеживающие отдаленные исходы заболевания, в нашей стране немногочисленны. Среди таких регистров, в первую очередь, можно отметить госпитальный регистр ЛИС-1 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших ОИМ), в котором была отслежена судьба 961 больного ОИМ, выписанного из трех стационаров в Люберецком районе Московской области для дальнейшего амбулаторного наблюдения. В этом регистре было показано, что в течение первых трех лет после ОИМ умирает более 40% больных [5]. Госпитальные регистры ОИМ ограничены в оценке причин смерти больных, перенесших ОИМ, в отдаленном периоде, а также факторов,

определяющих прогноз их жизни. Эти задачи лучше могут быть решены в рамках амбулаторных регистров ОИМ, которые в нашей стране отсутствуют.

Кроме того, со времени проведения регистра ЛИС-1 прошло более 10 лет. Проводившиеся за это время реформы здравоохранения могли значительно изменить ситуацию с показателями летальности больных после ОИМ и частотой возникновения других осложнений ИБС.

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

Степень разработанности темы исследования

Представленный регистр является первым амбулаторно-поликлиническим регистром больных, перенесших ОИМ, в нашей стране. Проводимые ранее регистры ОИМ в России были исключительно госпитальными.

Цель исследования

Выявить факторы, влияющие на течение и отдаленные исходы острого инфаркта миокарда у пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения.

Задачи исследования

1. Создать регистр пациентов, выписанных из стационара с диагнозом ИБС, ОИМ и обратившихся после ОИМ для дальнейшего амбулаторного наблюдения к врачу-кардиологу в территориальную поликлинику.

2. Оценить время обращения больных, перенесших ОИМ, к врачу-кардиологу территориальной поликлиники после выписки из стационара, в рамках регистра.

3. Проанализировать по данным проспективного наблюдения основные сердечно-сосудистые осложнения у включенных в исследование больных: количество смертельных исходов, случаев повторного инфаркта миокарда/нестабильной

стенокардии, значимых нарушений ритма сердца, экстренных госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых осложнений, частоту инвазивных вмешательств на сердце и сосудах.

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

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

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

Научная новизна

Впервые в Российской Федерации создан проспективный амбулаторно-поликлинический регистр больных, обратившихся в поликлинику после перенесенного ОИМ, позволивший оценить влияние отдельных факторов на отдаленные исходы болезни, включая смерть и нефатальные осложнения ИБС. Проведено сравнение отдаленной смертности больных в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ и в ранее проводившемся регистре ЛИС; показано, что показатели смертности в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ несколько снизились, однако частота нефатальных осложнений остается высокой. Проанализированы факторы, ассоциирующиеся с отдаленной смертностью; показано, что в подавляющем большинстве случаев она определялась сердечно-сосудистыми причинами.

Определены оптимальные значения ЧСС и АД, при достижении которых риск смерти и возникновение других осложнений ИБС у пациентов, перенесших ИМ, минимален.

Проведен ретроспективный анализ сведений из первичной медицинской документации, зарегистрированных до развития референсного ИМ, оценено качество первичной профилактики ОИМ, которая всё ещё нуждается в совершенствовании.

Теоретическая и практическая значимость работы

Показано, что лишь небольшая доля больных с высоким риском инфаркта миокарда посещала поликлинику в течение года перед ОИМ, охват диспансерным наблюдением больных 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 диспансерным наблюдением.

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 практическому врачу амбулаторно-поликлинического звена лучше стратифицировать больных, перенесших ОИМ, на группы риска, применять необходимые диагностические методы, выбирать адекватную стратегию лечения, включая использование инвазивных методов (АКШ, стентирование коронарных артерий), оптимизировать медикаментозную терапию.

Методология и методы исследования

Работа выполнена на базе созданного амбулаторно-поликлинического регистра ПРОФИЛЬ-ИМ и посвящена изучению отдаленных исходов заболевания у больных, перенесших ОИМ. Использовались индивидуальная карта больного, анкета, аналитические, клиничко-инструментальные и лабораторные методы обследования. Применялся ретроспективный анализ данных медицинской документации, предшествовавших развитию 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 сердечно-сосудистыми причинами.

ми. Тем не менее, показатели отдаленной смертности снизились по сравнению с данными регистров, проведенных около 10 лет тому назад.

2. Любые осложнения ишемической болезни сердца, фатальные и нефатальные (повторный инфаркт миокарда, мозговой инсульт, экстренные госпитализации, связанные с сердечно-сосудистыми причинами, необходимость выполнения инвазивных вмешательств по клиническим показаниям), за полтора года проспективного наблюдения регистрируются более чем у половины больных, перенесших ОИМ.
3. Основными отрицательными прогностическими факторами, выявляемыми при первичном обследовании в прикрепленной поликлинике, 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 артериального давления в пределах 120–139/80–89 мм.рт.ст. и значения частоты сердечных сокращений в интервале 60–70 уд. в мин.
5. За 1 год, предшествовавший референсному ОИМ, поликлинику посещают чуть более половины больных. Охват диспансерным наблюдением пациентов с ранее имевшимися сердечно-сосудистыми заболеваниями является крайне низким (11,2%). Центры здоровья до референсного острого инфаркта миокарда посещают менее 4% больных.

Степень достоверности и апробация результатов

Использованы 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). Диссертация рекомендована к защите. Основные положения диссертации

нашли своё отражение в докладах 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).

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

Публикации по теме диссертации

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, а также 13 тезисов.

Внедрение результатов исследования

Результаты проведенного исследования включены в практическую работу ГБУЗ «Городская поликлиника №9 ДЗМ».

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 полученных результатов), 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 отечественных и 66 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда. Общие сведения

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из самых распространенных неинфекционных заболеваний людей старшего возраста. Инфаркт миокарда (ИМ) – одно из самых частых и опасных осложнений ИБС. Согласно данным рекомендаций Европейского общества кардиологов 2017 года, смертность от ИБС составляет 20% от всех смертей в Европе, госпитальная летальность пациентов с ИМ составляет 4–12%, в то время как летальность в течение первого года после ИМ – около 10% [42].

Несмотря на то, что ИБС и ИМ встречаются преимущественно среди старших возрастных групп, среди причин внезапной смерти была выявлена высокая доля смертей от ИМ пациентов молодого возраста [27].

На течение ИБС и исход ИМ влияет ряд факторов:

1) патогенетические (тонус сосудов, функция эндотелия, коагуляционные свойства крови, развитость коллатерального русла коронарных артерий) [1, 2, 3]; факторы риска ИБС: курение, артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), дислипидемия, ожирение, заболевания почек, отягощенная наследственность, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем;

2) лечебно-диагностические: своевременная диагностика ИБС и ее факторов риска, адекватная медикаментозная терапия и коррекция факторов риска [54].

Факторы риска ИБС подразделяются на модифицируемые и не модифицируемые. К модифицируемым относятся:

1) поведенческие факторы, включающие в себя особенности образа жизни и привычки человека (курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, стресс, нерациональное питание);

2) биологические /метаболические факторы риска (повышенный уровень артериального давления, холестерина и глюкозы).

К немодифицируемым факторам риска относятся пол, возраст, генетическая предрасположенность.

Учитывая тот факт, что большинство факторов риска ИБС являются модифицируемыми, можно предположить, что ранняя диагностика ИБС и факторов риска ИБС, подбор адекватной медикаментозной терапии и коррекция поведенческих факторов риска будут способствовать снижению как госпитальной, так и отдаленной летальности с ИБС от ОИМ и других осложнений ИБС [69].

В последнее время стало отмечаться снижение уровня госпитальной летальности за счет совершенствования методов диагностики, улучшения качества и появления новых методов лечения, а также создания сосудистых центров, осуществляющих диагностику и лечение как острой, так и хронической коронарной патологии [38].

Существенную роль в решении данной проблемы играет фактор приверженности пациентов назначенному лечению и рациональному поведению, поскольку даже качественно подобранная терапия и адекватные рекомендации по коррекции поведенческих факторов риска не смогут повлиять на прогноз заболевания, если пациент не будет их придерживаться. В ряде исследований демонстрируются невысокая приверженность врачей к современным клиническим рекомендациям [1], низкая приверженность пациентов к назначаемому лечению [31, 45], а также рассматриваются возможные способы оценки приверженности пациентов к терапии [33, 51], причины низкой приверженности [47, 84], влияние приверженности к назначенной терапии на качество жизни [68] и исходы заболевания [74], а также предлагаются возможные варианты для повышения уровня приверженности [30, 60]. В последние годы этой теме стали уделять большое внимание в работах российских и зарубежных авторов [4, 10, 11, 38, 52, 65].

Огромный прогресс, произошедший в XXI веке как в медицине, так и в фармакологии, привел к появлению новых концепций лечения. По сравнению с прошлым веком, когда основное лечение проводилось в стационаре, сейчас эффективная терапия может быть и должна быть назначена в амбулаторных условиях. В то же время демографические изменения (старение населения), произошедшие как в развитых, так и в развивающихся странах, привели к увеличению числа хронических заболеваний. Это привело к тому, что лечение стало находиться под контролем не

только медицинских работников, но и самого пациента. Вместе с тем, доказанная клиническими исследованиями рациональная терапия оказывается неэффективной по причине человеческого фактора, получившего в последнее время широкое распространение, который называется «неприверженность пациента к лечению».

Приверженность пациентов терапии можно описать как готовность пациента следовать рекомендациям врача по медикаментозной терапии, что включает в себя режим приема препаратов: дозировку, время, кратность, интервал приема, продолжительность лечения. Приверженность медикаментозной терапии является ключевым моментом в достижении запланированных результатов, особенно в случаях хронических заболеваний, требующих продолжительного и непрерывного лечения, но довольно часто пренебрегается пациентами.

Среди способов повышения приверженности к терапии чаще всего авторами предлагаются обучение пациентов и повышение их грамотности в отношении их заболевания и необходимых мер профилактики и лечения, а также упрощение режима дозирования принимаемых препаратов [80].

Несмотря на то, что разными авторами предлагаются разнообразные способы для повышения приверженности пациентов к лечению, по-настоящему эффективного и надежного способа на сегодняшний день не существует [77].

Поэтому разработка мер по улучшению приверженности пациентов к лечению требует, по меньшей мере, понимания причин неприверженности пациентов к назначаемой терапии. Это особенно важно, когда выявляются модифицируемые факторы, на которые можно повлиять.

Приверженность включает в себя 3 компонента: начало лечения – момент, в который пациент принимает первую дозу прописанного препарата; соблюдение рекомендаций – промежуток, в течение которого режим приема препаратов пациентом совпадает с назначенным ему режимом, с начала до конца лечения и прекращение лечения, после которого пациент не принимает назначенную терапию [78].

Приверженность – это многофакторный феномен, на который оказывают влияние различные факторы. Согласно классификации ВОЗ, эти факторы можно

разделить на 5 различных категорий: социальные и экономические факторы, факторы, ассоциированные с терапией, с заболеванием, с пациентом и с системой здравоохранения [35].

Некоторые факторы влияют на преднамеренную неприверженность (сознательное решение не принимать препараты, например, из-за высокой цены), в то время как другие – на непреднамеренную неприверженность (забывчивость).

Знание факторов, которые могут негативно отразиться на приверженности важны по ряду причин. Данная информация может помочь, во-первых, в выявлении пациентов высокого риска неприверженности, во-вторых, в выявлении возможных барьеров для приверженности, которые могут быть устранены, в-третьих, в формировании индивидуальных мер, повышающих приверженность.

A. Gast и T. Mathes провели анализ литературных обзоров для выявления факторов, влияющих на приверженность [40]. Данные получились весьма неоднозначными: одни и те же факторы проявляли себя по-разному в разных исследованиях. Одним из общих для ряда исследований наблюдением было то, что прием препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) чаще всего был ассоциирован с невысокой приверженностью, а также что симптомные пациенты более привержены, чем пациенты с асимптомным течением заболевания.

Приверженность пациентов к медикаментозной терапии чаще всего анализируется отечественными и зарубежными авторами. Также проводились исследования, оценивающие влияние приверженности пациентов к лечению на исходы заболеваний [4].

1.2 Исходы инфаркта миокарда

Исходы ИМ, как ближайшие, так и отдаленные, хорошо изучены. Причем авторами анализировались разные аспекты этой проблемы с учетом: пола, возраста пациентов [64], типа ИМ [34], социально-экономической ситуации в стране проживания пациентов [49], лечебного учреждения [57], типа вмешательства на ранних этапах ИМ [79], приверженности пациентов назначенному лечению [37] и

посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) на догоспитальном этапе [14, 15].

Проведенные исследования по оценке динамики отдаленных исходов ИМ продемонстрировали снижение отдаленной летальности в XXI веке по сравнению с XX веком [44, 66].

Было отмечено, что пациенты после ИМ находятся в зоне высокого риска по сравнению с остальным населением, особенно при наличии дополнительных факторов риска: АГ, СД, старшего возраста [48].

Было показано, что выполнение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на раннем этапе ИМ сопряжено с лучшим прогнозом, в том числе в течение 5 лет после события [79], однако, согласно данным Kämpfer J. и соавт., само по себе выполнение ЧКВ, без хорошего качества вторичной профилактики не является гарантией более низкого уровня отдаленной летальности [49].

Saga Johansson и соавт. провели обзор исследований по заболеваемости и смертности пациентов через год после ИМ за 1985–2010 гг. [48].

Анализ показал, что риск смерти от всех причин возрастал через 1–3 и 3–5 лет после ИМ и был выше среди женщин, относительный риск повторного ИМ и сердечно-сосудистой (СС) смерти также возрастал через 1–3 и 3–5 лет после события и был выше среди женщин. Частота развития сердечной недостаточности (СН) через 1–3 года после события снизилась с 2,32% до 1,47% у пациентов 35–64 лет и с 5,03% до 4,28% у пациентов 65–85 лет. Были выделены факторы риска, приводящие к худшим исходам: наличие СД, гипергликемии, снижение функции почек. Риск был ниже среди женщин, однако, в более поздние годы он выравнивался между полами. Ожидаемо риск увеличивался с возрастом, а также при наличии следующих факторов риска: курение, АГ, периферический атеросклероз, наличие в анамнезе инсульта, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), хронических заболеваний печени, онкологии. Раннее проведение ЧКВ было ассоциировано со снижением смерти от всех причин среди пациентов с ИМ. Частота нефатального ИМ / коронарной смерти через 1–5,5 лет после острого коронарного синдрома (ОКС) была наибольшей среди пациентов, перенесших ОКС без подь-

ема ST, на втором месте – при неуточненном ИМ, и только на третьем месте – после ОКС с подъемом ST. Среди значимых факторов риска нефатального ИМ/коронарной смерти среди пациентов с ОКС с подъемом и без подъема ST можно выделить пожилой возраст, курение, АГ, СД, периферический атеросклероз, наличие в анамнезе инсульта, хронической болезни почек и ХОБЛ.

Высокий риск сосудистых событий, развивающихся по прошествии более 1 года с момента ИМ является показателем необходимости более длительного тщательного наблюдения за этими пациентами. Должен осуществляться индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом рисков и сопутствующих заболеваний. Согласно данным ряда исследований и Европейских клинических рекомендаций (КР) от 2016 года, в случаях повышенного риска тромбообразований двойная антиагрегантная терапия (ДААТ) может проводиться и более 1 года для профилактики повторных событий [29, 63, 71].

В 2010 году американское общество кардиологов поставило цель: «К 2020 году улучшить СС здоровье всех американцев на 20%, сократив смерти от ССЗ и инсультов на 20%» [59].

С годами отмечается тенденция к снижению смертности от ИМ. Kostis W. J. и соавт. проанализировали данные при выписке 285387 пациентов госпиталя в Нью Джерси, госпитализированных впервые с диагнозом ИМ в 1986–2007 гг. [55]. Были отмечены снижение продолжительности нахождения в стационаре и случаи госпитальной летальности. 30-дневная летальность – важный фактор, независимый от продолжительности нахождения в стационаре снизился практически вдвое (с 18% до 10%). Было отмечено небольшое увеличение количества смертей через 30 дней – 1 год после ИМ (на 1,2%), преимущественно, среди пациентов старшего возраста в связи с несердечно-сосудистыми причинами, в особенности, заболеваниями легких и почек, а также септицемии и онкологии. Это увеличение по не сердечно-сосудистым причинам не зависело от возраста, пола, осложнений ИМ и вмешательств.

Другие исследования также подтвердили изменение эпидемиологии ИМ: было выявлено снижение частоты возникновения ИМ, случаев ОКС с подъемом сегмента ST и возрастание случаев ОКС без подъема сегмента ST [36, 72, 85].

Эти исследования зарегистрировали снижение ранней смертности и смертности от ССЗ, но не отметили изменения общей смертности. Это также указывает на некоторое смещение причин смерти с сердечно-сосудистых на несердечно-сосудистые среди пациентов, переживших ИМ.

Среди последних работ, Krumholz Н. М. с соавт., опубликовавшие свое исследование в 2019 году, проанализировали данные за период с 1995 по 2014 гг., по которым около 4,4 млн пациентов старше 65 лет были госпитализированы с диагнозом ИМ. В этот период времени было отмечено снижение количества госпитализаций по поводу ИМ, 30-дневная летальность снизилась с 20% до 12%, повторные госпитализации в течение 30 дней после события снизились с 21% до 15%, частота повторных ИМ в течение 1 года – с 7% до 5%, а госпитальная летальность – с 15% до 7%. Было отмечено изменение тактики ведения пациентов в увеличении числа ЧКВ с 19% до 43% и уменьшении числа проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ) с 14% до 10% [58].

Поскольку все указанные выше исследования были выполнены за рубежом, представляет интерес оценить динамику этих показателей в нашей стране. К сожалению, в России крупных исследований, посвященных данной проблеме, нет.

Очевидно, что наиболее точная и надёжная информация, отражающая реальную ситуацию, может быть получено с помощью медицинских регистров.

1.3 Влияние артериальной гипертензии на отдаленные исходы после перенесенного острого инфаркта миокарда

Артериальная гипертензия имеет высокую распространенность и является доказанным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе, такого серьезного осложнения, как острый инфаркт миокарда. Наличие у пациентов АГ повышает риск развития ОИМ примерно в 2,5 раза [86]. Более того, повышение

систолического АД на 20 мм рт. ст. увеличивает риск развития ОИМ в 1,25 (1,18–1,32) раза, а диастолического АД на 10 мм рт. ст. – в 1,21 (1,17–1,26) раза [70].

Не удивительно, что в регистрах пациентов с острым коронарным синдромом или ОИМ стабильно выявляется достаточно высокая доля пациентов с АГ в анамнезе. Согласно данным зарубежных регистров эта цифра колеблется от 45% до 65% [25, 75, 81].

В отечественных регистрах доля пациентов с АГ гораздо выше, и составляет 70%, а в некоторых регистрах даже превышает 85% [7, 8, 18].

Менее ясна роль АГ во влиянии на отдаленный прогноз болезни после перенесенного ОИМ, главным образом, из-за отсутствия достаточного количества исследований с четкой оценкой исходов заболевания на отдаленном этапе наблюдения. Так в регистре ЛИС-1 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда) АГ, как и некоторые традиционные факторы риска, не продемонстрировала статистически значимого влияния на прогноз у пациентов после перенесенного ОИМ [6].

Результаты некоторых зарубежных регистров представляют иные данные о влиянии АГ на прогноз после ОИМ [67].

На основании материалов проспективного амбулаторно-поликлинического регистра ПРОФИЛЬ-ИМ предпринята попытка оценить вклад АГ в отдаленный прогноз у пациентов, перенесших ОИМ, и выявить иные факторы, влияющие на риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории пациентов.

1.4 Регистры

Наблюдательные исследования, выполняемые в рамках регистров путем последовательного включения пациентов с распространенными ССЗ, позволяют получить важную информацию о терапии, осложнениях, клинических исходах и современных методах обследования и лечения в кардиологии. За последние 2 десятилетия значительно увеличилось количество регистров ССЗ. В настоящее время регистры являются важным компонентом оценки особенностей течения заболевания, его исходов, качества лечения.

Зарубежные регистры ИМ, как правило, являются госпитальными и нацелены на анализ клинических характеристик пациентов, оценку тактики медикаментозного лечения, прогноза заболевания, выделение предикторов тяжести течения заболевания и летальности непосредственно в стационаре [23, 24, 26, 32, 41, 73, 76, 83].

Некоторые проспективные регистры стали популярными в то время, когда являлись продолжением рандомизированных клинических исследований (РКИ). Основной идеей было адаптировать РКИ в условия реальной клинической практики. Существенный недостаток таких регистров связан с тем, что при наборе в РКИ проводится строгий отбор пациентов, с более жесткими критериями включения и исключения, в то время как в обычных регистрах включение пациентов проводится непрерывно, обеспечивая более разнообразную группу пациентов по тяжести состояния, коморбидности и т. д. Более лояльные критерии отбора пациентов для регистра также делают исследования в рамках регистров более выполнимыми по сравнению с РКИ. Среди прочих плюсов регистров можно назвать определение таких важных показателей, как приверженность врачей современным КР, а также пациентов лечению, эффективность и безопасность терапии, оценка исходов как ближайших, так и отдаленных.

При этом нельзя не упомянуть о недостатках исследований, проведенных в рамках регистров. В первую очередь, это постоянно растущее количество регистров, что влечет за собой избыток похожей информации, получаемой в разных регистрах, при этом разнящаяся в определенной степени субъективная оценка отдельных показателей по данным разных центров, проводящих аналогичные исследования, может привести к разным результатам, получаемым к окончанию исследований. Отсутствие стандартизованных определений в разных регистрах может привести к некорректной трактовке результатов. В связи с этим, необходимым условием проведения исследований в рамках регистров является четкое описание критериев отбора, критериев исключения, разделения на группы, а также всех используемых методов анализа и оценки результатов.

Также при анализе проблемы приверженности врачей клиническим рекомендациям (КР) и пациентов лечению регистры часто фокусируются на оценке

самой проблемы приверженности, но при этом не так часто анализируются причины, по которым врач в той или иной ситуации отступил от КР или пациент решил не придерживаться рекомендаций врача. Ответы именно на эти вопросы могли бы лечь в основу клинических рекомендаций. Во многих случаях причина несоблюдения врачами КР оказывается объяснимой и оправданной, но в связи с отсутствием у исследователя полной информации об имеющихся у пациента аллергии, непереносимости и побочных эффектах, принятое врачом решение может трактоваться как ошибка лечения. Программа SCAMPS показала, что исключения порой оказываются более значимыми, чем правила, и как эти исключения могут быть использованы для формирования КР [39].

В программе SCAMPS стандартизированные клинические решения принимаются консилиумом, а все назначения врачей регистрируются. Если клиницист отклоняется от этого решения, его спрашивают о причинах. В дальнейшем эти случаи анализируются и, если такие ситуации часто встречаются и основаны на разумных доводах, то они находят свой отклик в практике. Таким образом, КР непрерывно совершенствуются.

Другой проблемой регистров является ограниченность информации, получаемой при заполнении баз данных в связи с нехваткой отдельных сведений в историях болезни, некачественным сбором анамнеза в стационаре или на амбулаторном этапе, частой неосведомленностью пациентов о наличии у них заболеваний или факторов риска.

Это ограничение свойственно, в первую очередь, ретроспективным регистрам и базам данных. Проспективные регистры, особенно тщательно спланированные, в значительной степени лишены этого недостатка. Проспективные регистры имеют еще одно преимущество: они могут быть дополнены сведениями, получаемыми при личном контакте с больным путём прямого опроса врачом или с помощью специально созданных опросников, причем эти данные могут отличаться от данных, зафиксированных в истории болезни.

В рамках проспективного регистра ЛИС-3 была выявлена низкая осведомленность пациентов о наличии у них АГ и дислипидемии, что привело к разня-

щимся данным, полученным при опросе и при обследовании пациентов в стационаре [61].

Также неполный сбор анамнеза часто бывает обусловлен тяжестью состояния пациентов, включаемых в регистр, при их поступлении в стационар.

Сбор информации для регистра является достаточно ресурсным процессом, поскольку, к примеру, для оценки отдаленных исходов у пациентов после выписки из стационара необходимо установить с ними контакт через определенные промежутки времени, что не всегда легко осуществимо, особенно если повторных визитов должно быть несколько, и если проводится длительное наблюдение. Поэтому исследования, проводимые в рамках госпитальных регистров, чаще всего проводят оценку ближайших исходов.

Среди российских госпитальных регистров, оценивающих отдаленный прогноз пациентов, перенесших ИМ, можно выделить регистры РЕКОРД, РЕКОРД-3, ЛИС и ЛИС-3 [8, 14, 19, 21].

При проведении всех этих регистров, отдаленные исходы оценивались с помощью телефонного контакта с пациентами или их родственниками. В ходе сбора информации был отмечен недостаточно полный отклик пациентов при отдаленном контакте: 43% и 64% для регистров РЕКОРД и РЕКОРД-3 соответственно, 88,4 и 88,44% – для регистров ЛИС и ЛИС-3 [8, 19, 21, 62].

Недостаточный отклик приводит к невозможности зафиксировать все случаи отдаленных осложнений, в том числе отдаленную смертность, что влечет за собой снижение достоверности получаемых результатов. Соответственно, лишь 2 последних регистра могут считаться корректными в отношении оценки отдаленных результатов (ЛИС и ЛИС-3).

Амбулаторные медицинские организации, особенно городские поликлиники, более удобны для оценки отдаленных исходов по сравнению со стационарами, поскольку они обладают большими ресурсами для отслеживания отдаленных исходов у пациентов, имея более тесный контакт с пациентами. Прикрепленные к поликлинике пациенты, перенесшие ИМ, даже в случае смены номера телефона или адреса будут значиться в единой электронной системе, объединяющей поли-

клиническую сеть, что позволит связаться с ними или их родственниками для получения сведений об их жизненном статусе, текущем состоянии здоровья, имеющихся осложнениях, а также контролировать результаты инструментальных и лабораторных исследований в ходе диспансерных визитов пациентов.

В данной ситуации для тщательного контроля динамики состояния пациентов необходимо учитывать и факт приверженности пациентов посещению лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Исследование, проведенное в рамках регистра ЛИС-3, показало, что менее половины пациентов, госпитализированных с диагнозом ОКС, регулярно наблюдались в ЛПУ до события, а четверть пациентов ни разу не посетили ЛПУ до развития ОКС [10]. После ОКС приверженность улучшилась только у 31%, ухудшилась – у 19%, а у 50% пациентов приверженность посещениям ЛПУ осталась прежней [62].

Настоящее исследование разработано для оценки отдаленных исходов у пациентов, перенесших ОИМ, в рамках амбулаторного регистра.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

2.1 Дизайн исследования

В настоящее исследование были включены 160 больных, последовательно обратившихся в одну из поликлиник г. Москвы не позже 6 месяцев после выписки из стационара по поводу референсного ОИМ в период с 01.03.2014 по 31.12.2015. Исследование носило проспективный характер. Срок наблюдения за больными составил не менее 1,5 лет. В течение проспективного наблюдения регистрировались все осложнения, возникавшие за этот период. Для анализа частоты и времени появления осложнений было сформулировано понятие первичной комбинированной конечной точки (ПККТ), компонентами которой были смерть от любой причины, сердечно сосудистые события (нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный мозговой инсульт), экстренные госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, значимые нарушения ритма сердца. Вторичной конечной точкой была общая смертность больных.

После того как была зафиксирована ПККТ (кроме случаев смерти), за больными продолжалось наблюдение и дальнейшая регистрация всех осложнений или вмешательств, проводившихся в плановом порядке. В работе приводятся данные об осложнениях за весь период наблюдения, в том числе и после наступления ПККТ: у одного и того же больного могли фиксироваться несколько осложнений, возникших за полтора года наблюдения. При анализе факторов, влияющих на возникновение ПККТ, регистрировалось только первое событие, являющееся компонентом 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 поликлиники больным, перенесшим ОИМ, анализировались данные его амбулаторной карты и сделанные в ней ранее (до перенесен-

ного референсного ОИМ) записи с помощью Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Анализировались записи, сделанные при посещении терапевтов или кардиологов, оценивалась фиксация данных о факторах риска ССЗ, диагнозе, назначенном лечении. Анализировались также выписки из стационаров, если больной ранее был госпитализирован по поводу сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, фиксировался факт диспансерного наблюдения больного, а также посещения им центра здоровья до развития референсного ОИМ.

При проспективном наблюдении больных компоненты первичной конечной точки фиксировались по записям принимавших больного врачей при посещении им поликлиники, а также при помощи телефонных контактов с пациентами или их родственниками. Использовалась также система ЕМИАС (работа с амбулаторными картами – форма 025/у). Посмертные диагнозы уточнялись в системе ЕМИАС, а также при беседах с родственниками больных. В ряде случаев посмертные диагнозы уже имелись в амбулаторных картах.

Протокол исследования был одобрен Независимым этическим комитетом НМИЦ ТПМ. Каждый больной давал письменное информированное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных. Исследование было зарегистрировано на сайте clinicaltrials.gov под названием «Профиль-ИМ» (PROFILE-MI).

Общая схема регистра ПРОФИЛЬ-ИМ представлена на Рисунке 1.

В регистре ПРОФИЛЬ-ИМ использовалась регистрационная карта регистра ПРОФИЛЬ, дополненная сведениями, необходимыми для отражения течения болезни пациентов, недавно перенесших ОИМ (см. приложение А).

При сравнении данных, полученных в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ, с данными регистра ЛИС, все сведения о регистре ЛИС брали из опубликованных литературных источников.



Рисунок 1 – Схема исследования регистра ПРОФИЛЬ-ИМ

2.2 Критерии включения и исключения

Критерии включения:

– мужчины и женщины любого возраста, перенесшие ОИМ (этот ОИМ был назван референсным) и обратившиеся не позднее чем через 6 месяцев после выписки из стационара в ГБУЗ «Городская поликлиника №9 ДЗМ» или ее филиалы с 01.03.2014 по 31.12.2015;

– 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:

– больные с отсутствием выписного эпикриза из стационара с доказанным перенесенным ОИМ;

– обратившиеся в поликлинику в период, превышающий 6 месяцев после референсного ОИМ;

– несоответствие критериям включения.

Исследователь не имел отношения к тактике ведения и диспансерному наблюдению пациентов, перенесших ОИМ (см. Приложение А).

2.3 Статистическая обработка результатов

Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета IBM SPSS Statistics 20.

Для каждого показателя, измеряемого по количественной шкале, определялось среднее значение, стандартная ошибка, среднеквадратичное отклонение, интервал вариации (минимум и максимум), медиана и интерквартильный размах.

Распределение количественных данных было нормальным (по критерию Колмогорова – Смирнова). Данные представлены как $M \pm Std$ (среднее и среднеквадратичное отклонение).

Для качественных показателей определялись частоты (%).

Различия по количественным признакам между рассматриваемыми группами оценивались с помощью U-критерия Манна – Уитни, качественные различия оценивались с помощью критерия χ^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%-й доверительный интервал (ДИ) с корректировкой на заведомо значимые показатели (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 данные;
- 2) данных, полученные при обследовании в поликлинике.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Характеристика больных, включенных в регистр

В регистр Профиль-ИМ включено 160 пациентов: 54 (33,8%) женщин и 106 (66,2%) мужчин в возрасте $74,2 \pm 11,2$ лет (от 33 до 87 лет).

В Таблице 1 представлены основные социально-демографические характеристики 160 включенных в регистр больных.

Таблица 1 – Основные социально-демографические характеристики больных, включенных в регистр Профиль-ИМ (n=160)

<i>Демографические характеристики</i>	<i>Показатель</i>
Мужчины/женщины, n (%)	106/54 (66,2%/33,8%)
Возраст, лет:	$61,9 \pm 11,9$ (от 33 до 87 лет)
– мужчины	$57,6 \pm 10,1$ (от 33 до 84 лет)
– женщины	$70,4 \pm 10,8$ (от 39 до 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%)

Большинство из них были мужчины, причем в среднем они были моложе женщин на 10 лет.

Моложе 60 лет было около 40% больных. Около половины больных были пенсионерами, среди них большую часть составляли женщины. Примерно треть больных до референсного ОИМ имела инвалидность.

3.2 Анализ сроков обращения в поликлинику после ОИМ

Время включения пациентов в регистр после выписки из стационара колебалось в широких пределах (от 0 до 163 дней). Медиана первого обращения составила 19,5 дней. Как правило, пациенты сначала обращались к терапевту / ВОП поликлиники, 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 ГБУЗ «ГП № 9 ДЗМ». В Таблице 2 приводится сравнение подгрупп больных по социально-демографическим и клиническим характеристикам в зависимости от времени обращения к врачу кардиологу поликлиники после выписки из стационара.

Таблица 2 – Сравнение подгрупп больных с различными сроками первого визита к врачу кардиологу после выписки из стационара

	<i>Срок между выпиской из стационара и визитом к кардиологу поликлиники (дни)</i>			<i>p</i>
	0–8 дн.	9–42 дн.	43–163 дн.	
Количество пациентов (n)	42	75	43	$p > 0,05$
Возраст (лет)	60,2±11,6	62,5±11,7	62,7±12,8	$p > 0,05$
Возраст, мин – макс, лет	41–87	39–87	43–87	$p > 0,05$
Пол (м/ж), n	30/12	46/29	30/13	$p > 0,05$
Статус пенсионера (да), n	23	44	26	$p > 0,05$
Категория ОИМ (n)				
–Q-ОИМ	28	50	27	$p > 0,05$
не-Q-ОИМ	14	25	16	
Образование (n)				
– высшее	16	31	10	$p > 0,05$
– средне-специальное	25	44	30	
– начальное	1	0	3	
Работа (да), n	21	26	18	$p > 0,05$
Наличие инвалидности (да), n	12	51	13	$p > 0,05$

Никаких значимых различий между выделенными подгруппами зафиксировано не было.

3.3 Анализ предшествующего референсному ОИМ состояния больных по данным наблюдения в поликлинике

3.3.1 Факторы риска

В Таблице 3 представлены данные о наличии основных факторов риска ССЗ, зарегистрированные в амбулаторных картах в период, предшествовавший развитию референсного ОИМ. Около $\frac{3}{4}$ больных страдало артериальной гипертензией (АГ).

В отношении курения и нарушений липидного обмена для значительной части больных данные отсутствовали (соответственно 29,4% и 46,9% больных), поэтому судить об их частоте в данной когорте было проблематично. Сахарный диабет регистрировался у 28,1% больных.

Таблица 3 – Основные факторы риска ССЗ перед развитием ОИМ

<i>Фактор риска</i>	<i>n (%)</i>
Артериальная гипертензия (да/нет)	18 (73,7%) / 42(26,3%)
Курение (да/нет/бросил)	38 (23,7%) / 75 (46,9%) / 47 (29,4%)
Избыточная масса тела/ожирение	125 (78%) / 65 (41%)
Гиперхолестеринемия (да/нет/неизвестно)	49 (30,6%) / 36 (22,5%) / 75 (46,9%)
Сахарный диабет 2-го типа (да/нет)	45 (28,1%) / 115(71,9%)
Отягощенная наследственность ранних ССЗ по мужской/женской линии	51 (81,6%) / 56 (35%)

3.3.2 Наличие сердечно-сосудистых заболеваний

В Таблице 4 представлены данные о наличии ССЗ, отмеченные в амбулаторных картах до развития у пациентов референсного ИМ. У большей части больных (более 2/3) в амбулаторных картах не содержалось данных о диагнозе ИБС или ее осложнениях. Сведения о наличии ИБС в анамнезе присутствовали лишь у 47 больных (29,4%).

Обращает внимание, что большая часть больных с ранее диагностированной ИБС ранее переносила инфаркт миокарда.

Таблица 4 – Наличие ССЗ и их осложнений до развития референсного ИМ

<i>Сердечно-сосудистое заболевание/осложнение</i>	<i>n (%)</i>
ИБС в анамнезе	47 (29,4%)
Инфаркт миокарда в анамнезе	28 (59,6%)
Стенокардия в анамнезе – отсутствие / I ФК / II ФК / III ФК / неизвестно	21 / 1 / 20 / 2 / 3 (44,7% / 2,1% / 42,5% / 4,3% / 6,4%)*
ЧКВ/стентирование в анамнезе	7 (14,9%)
Фибрилляция предсердий в анамнезе	15 (9,4%)
Сердечная недостаточность	1 (0,6%)
Ранее перенесенное ОНМК	12 (7,5%)
<i>Примечание – * – только из числа больных, имевших в диагнозе ИБС</i>	

3.3.3 Наличие артериальной гипертензии

Как уже отмечалось, наличие АГ до референсного ОИМ было отмечено у 118 (73,4%) пациентов: у 48 женщин и 70 мужчин, при этом у женщин АГ регистрировалась существенно чаще, чем у мужчин (88,9% и 66% соответственно, $p < 0,05$). Пациенты с АГ были старше, чем пациенты без АГ (Таблица 5).

Таблица 5 – Основные социально-демографические показатели у пациентов с АГ и без АГ в регистре Профиль-ИМ

<i>Показатель</i>	<i>Пациенты с АГ, n = 118</i>	<i>Пациенты без АГ, n = 42</i>	<i>Значение p</i>	
Возраст, лет	63,0 (54,0; 74,0)	55,5 (49,0; 61,0)	$< 0,001^1$	
Женский/мужской пол n (%)	48 / 70 (40,7 / 59,3)	6 / 36 (14,3 / 85,7)	0,002 ²	
Образование	начальное	3 (2,5%)	1 (2,4%)	0,392 ²
	среднее	24 (20,3%)	12 (28,6%)	0,392 ²
	средне-специальное	51 (43,2%)	12 (28,6%)	0,392 ²
	высшее	40 (33,9%)	17 (40,5%)	0,392 ²
Статус работающего	44 (37,3%)	21 (50,0%)	0,150 ²	
Статус пенсионера	76 (64,4%)	17 (40,5%)	0,007 ²	
Наличие инвалидности	45 (38,1%)	4 (9,5%)	0,001 ²	
Диспансерное наблюдение в связи с ССЗ	16 (13,6%)	2 (4,8%)	0,159 ³	
Наблюдение в мед. организации	105 (89,0%)	28 (66,7%)	0,001 ²	
Наблюдение у терапевта	52 (44,1%)	11 (26,2%)	0,016 ²	
Наблюдение у кардиолога	8 (6,8%)	3 (7,1%)	0,663 ²	
<i>Примечание – ¹ – критерий Манна – Уитни; ² – хи квадрат Пирсона; ³ – точный критерий Фишера; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания</i>				

Среди них было больше пенсионеров и пациентов, которым была определена группа инвалидности, соответственно, среди пациентов с АГ было больше лиц, которые наблюдались в медицинской организации, главным образом у терапевтов/ВОП. Пациенты с АГ реже употребляли алкоголь (30,5% и 52,4%) и курили (18,6% и 38,1%), $p < 0,05$. Не было выявлено существенных различий между обеими группами по наличию в анамнезе инфаркта миокарда, инсульта, аритмии или фибрилляций предсердий, а также сахарного диабета или ожирения, но у пациентов с АГ в анамнезе чаще отмечались ИБС (33,9% и 16,7%), стенокардия напряжения (18,6% и 2,4%) и гиперхолестеринемия (37,3% и 11,9% соответственно), $p < 0,05$ (Таблица 6).

Таблица 6 – Основные клиничко-анамнестические показатели у пациентов с АГ и без АГ в регистре Профиль-ИМ

Показатель		Пациенты с АГ, n = 118	Пациенты без АГ, n = 42	Значение p
Статус курильщика		22 (18,6%)	16 (38,1%)	$< 0,001^2$
Избыточное употребление алкоголя		36 (30,5%)	22 (52,4%)	0,011 ²
Гиперхолестеринемия		44 (37,3%)	5 (11,9%)	0,004 ²
ИБС в анамнезе		40 (33,9%)	7 (16,7%)	0,035 ²
Стенокардия напряжения в анамнезе		22 (18,6%)	1 (2,4%)	0,01 ²
ОИМ в анамнезе		22 (18,6%)	6 (14,3%)	0,523 ²
Наличие фибрилляции предсердий		14 (8,5%)	1 (2,4%)	0,291 ³
МИ в анамнезе		11 (9,3%)	1 (2,4%)	0,186 ²
ЧКВ в анамнезе		7 (5,9%)	1 (2,4%)	0,682 ²
АКШ в анамнезе		3 (2,5%)	0	0,567 ²
Наличие сахарного диабета		38 (32,2%)	7 (16,7%)	0,054 ²
Ожирение	1-я степень	38 (32,2%)	11 (26,2%)	0,709 ²
	2-я степень	5 (4,2%)	3 (7,1%)	0,709 ³
	3-я степень	3 (2,5%)	0	0,709 ³
Избыточная масса тела		45 (38,1%)	17 (40,5%)	0,709 ²
Нормальная масса тела		27 (22,9%)	11 (26,2%)	0,709 ²

Примечание – ¹–критерий Манна-Уитни, ²– хи квадрат Пирсона, ³–точный критерий Фишера, ОИМ – острый инфаркт миокарда, МИ – мозговой инсульт, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, АКШ – аортокоронарное шунтирование

3.3.4 Наблюдение в поликлинике

В Таблице 7 представлены данные о наблюдении больных в медицинских учреждениях до развития у них референсного ОИМ.

Таблица 7 – Наблюдение больных в ЛПУ до развития референсного ОИМ

<i>Наблюдение до развития ОИМ</i>	<i>n (%)</i>
Посещение центра здоровья	
– нет	154 (96,2)
– да	6 (3,8)
Диспансерное наблюдение:	
– да (ПИКС, АГ, СД)	18 (11,2)
Последнее обращение в ЛПУ до референсного события:	
– менее 1 года	88 (55,0)
– 1–2 года	18 (11,2)
– более 2 лет	54 (33,8)

Из таблицы следует, что чуть более половины больных, включенных в регистр, за последние 2 года перед референсным ОИМ посещали медицинские организации, причем значительная часть из них – поликлинику по месту жительства. Примерно треть пациентов в течении последних двух лет и более за медицинской помощью не обращались.

3.4 Осложнения в остром периоде референсного ОИМ

В Таблице 8 представлены данные о наличии или отсутствии осложнений ОИМ у больных во время лечения в стационаре.

Таблица 8 – Осложнения в остром периоде референсного ОИМ

<i>Наличие осложнений</i>	<i>Количество</i>	<i>% в референс. ОИМ</i>
Нет	101	63,1
Да	59	36,9
Всего	160	100,0

А в Таблице 9 указаны виды осложнений и количество пациентов с данными видами осложнений в остром периоде референсного ОИМ.

Таблица 9 – Виды осложнений в остром периоде референсного ОИМ (n = 160)

<i>Вид осложнения</i>	<i>Кол-во, n</i>	<i>% от референс ИМ</i>
Веретенообразная 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
НРС: желудочковая бигеминия	1	0,6
НРС: пароксизм трепетания предсердий	1	0,6
НРС: пароксизм ФП	9	5,7
НРС: политопная желудочковая э/с	1	0,6
НРС: фибрилляция желудочков + ранняя постинфарктная стенокардия	1	0,6
НРС: частая желудочковая э/с	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
ТЭЛА	2	1,3
Нет	101	63,0
Всего	160	100

3.5 Причины смерти и сердечно-сосудистые осложнения, зарегистрированные при проспективном наблюдении

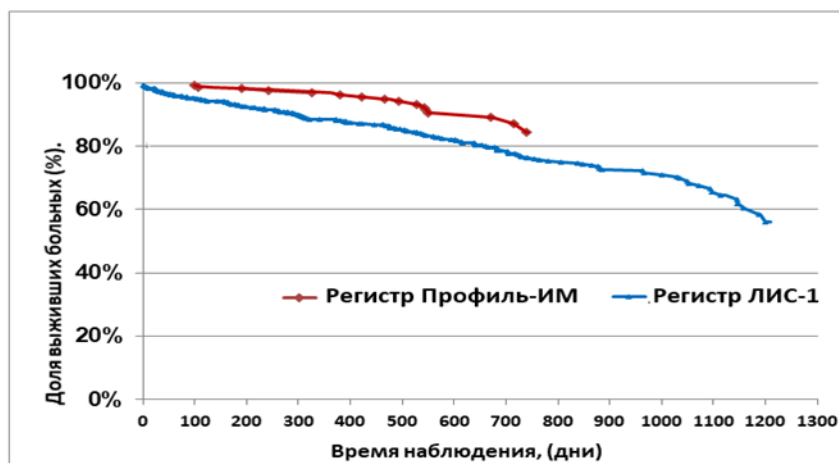
За период наблюдения не удалось установить жизненный статус только 4 больных, таким образом, отклик больных через 1,5 года наблюдения составил 97,5%. Всего умерло 16 больных (10%), в 14 случаях диагноз был подтвержден патолого-анатомическим вскрытием. Из Таблицы 10 следует, что подавляющее

количество смертей были обусловлены сердечно-сосудистыми осложнениями, у четверти больных причиной смерти послужил повторный ОИМ.

Таблица 10 – Причины смерти у 16 человек за 1,5 лет наблюдения

Основная причина смерти	n
Повторный инфаркт миокарда	4
Острая сердечная недостаточность	4
Острое нарушение мозгового кровообращения	4
Ишемическая кардиомиопатия	1
Онкологическое заболевание	1
Острая пневмония (внебольничная)	1
Неизвестно	1

На Рисунке 2 изображена кривая выживаемости больных по данным исследования Профиль-ИМ. Для сравнения приводится кривая выживаемости больных после перенесенного инфаркта миокарда по данным регистра ЛИС.



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

Рисунок 2 – Кривые Каплана–Мейера по данным регистра ПРОФИЛЬ-ИМ (n=160) и регистра ЛИС (n=961)

В Таблице 11 приведены несмертельные осложнения, которые были зарегистрированы за полуторогодичный период наблюдения.

Таблица 11 – Нефатальные сердечно-сосудистые события после перенесенного ОИМ, зарегистрированные за 1,5 лет наблюдения

<i>Сердечно-сосудистые события</i>	<i>n (%)</i>
Повторный нефатальный инфаркт миокарда	11 (6,9)
Нефатальный мозговой инсульт	1 (0,6)
Экстренные госпитализации, связанные с сердечно-сосудистыми причинами:	39 (24,4)
– гипертонический криз	3
– нестабильная стенокардия	19
– острая сердечная недостаточность	5
– нарушения ритма сердца	12
Аортокоронарное шунтирование	7 (4,4)
Чрескожное коронарное вмешательство со стентированием	14 (8,8)

Обращает на себя внимание высокая частота экстренных госпитализаций, связанных с сердечно-сосудистыми причинами.

3.6 Сравнение больных с наличием и отсутствием первичной комбинированной конечной точки (ПККТ)

За 12 месяцев наблюдения развитие событий, включённых в ПККТ отмечено у 42 больных.

В Таблице 12 проведено сравнение двух групп больных (с развившейся и неразвившейся ПККТ) по основным демографическим, клиническим, инструментальным, лабораторным показателями, а также по тактике лечения в острой стадии ОИМ. Из таблицы следует, что по факту развития ПККТ пациенты различались по возрасту, наличию тех или иных осложнений в остром периоде инфаркта миокарда, по наличию отеков и жалоб на одышку на момент обследования в поликлинике, а также повышенной частоты сердечных сокращений (ЧСС).

В группе пациентов без ПККТ было существенно больше пациентов, имевших ЧСС < 70 уд/мин и показателями АД от 120/80 до 139/89 мм. рт. ст.

Не было зарегистрировано статистически значимых различий между группами по факту выполнения инвазивных вмешательств в стационаре, операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) или проведения тромболиза.

Таблица 12 – Сравнение двух групп больных (с развитием или без развития первичной комбинированной конечной точки) в течение первого года наблюдения

Показатель	Все пациенты (n = 160)	Наличие ПККТ (n = 42)	Без ПККТ (n = 118)	p	p
Возраст, лет	61,9±11,9	66,7±11,6	59,9±11,4	0,001 ⁴	< 0,05
Женщины, n (%)	54 (32,5)	18 (42,9)	36 (30,5)	0,146 ¹	> 0,05
Мужчины, n (%)	106 (67,5)	24(57,1)	82 (69,5)		
Наличие зубца Q на ЭКГ, n (%)	88 (55,0)	25 (59,5)	63 (53,4)	0,493 ¹	> 0,05
Наличие подъема сегмента ST в остром периоде ИМ, n (%)	103 (64,4)	28 (66,7)	75 (63,6)	0,718 ¹	> 0,05
Наличие осложнений в остром периоде ИМ, n (%)	59 (36,9)	23 (54,8)	36 (30,5)	0,005 ¹	< 0,05
ФВ < 40%, n (%) ^a	23 (14,6)	10 (24,4)	13(11,2)	0,073 ²	> 0,05
ФВ ≥ 40%*, n (%) ^a	134 (85,4)	31 (75,6)	103 (88,8)	0,073 ²	>0,05
Указание на ХСН при выписке, n (%)	121 (75,6)	36 (85,7)	85 (72,0)	0,076 ¹	> 0,05
Избыточная масса тела, n (%)	62 (38,8)	11 (26,2)	51 (43,2)	0,052 ¹	> 0,05
Ожирение, n (%)	60 (37,5)	19 (45,2)	41(34,7)	0,228 ¹	> 0,05
АД<120/80 мм рт. ст., n (%)	20 (12,5)	5 (11,9)	15 (12,7)	1,000 ²	> 0,05
АД 120/80–139/89 мм рт. ст., n (%)	75 (46,9)	13 (31,0)	62 (52,5)	0,016 ¹	<0,05
АД >140/90 мм рт. ст., n (%)	43 (26,9)	16 (38,1)	27 (22,9)	0,056 ¹	> 0,05
ЧСС < 60 уд/мин, n (%)	11 (6,9)	2 (4,8)	9 (7,6)	0,729 ³	> 0,05
ЧСС 60–70 в мин, n (%)	51 (31,9)	8 (19,0)	43 (36,4)	0,038 ¹	< 0,05
ЧСС >70 в мин, n (%)	98 (61,2)	32 (76,2)	66 (55,9)	0,021 ¹	< 0,05
Одышка, n (%) ^b	72 (45,0)	25(59,5)	47(39,8)	0,028 ¹	< 0,05
Периферические отеки, n (%) ^b	12 (7,5)	7 (16,7)	5 (4,2)	0,015 ³	< 0,05
ОХ < 4,5 ммоль/л, n (%)	40(26,1)	8 (19,5)	32 (28,6)	0,259 ¹	> 0,05
ОХ ≥ 4,5 ммоль/л, n (%)	113(73,9)	33 (80,5)	80 (71,4)	0,259 ¹	> 0,05
Анемия (гемоглобин < 120 г/л), n (%)	19 (11,9)	6 (14,6)	13 (11,1)	0,581 ³	> 0,05
СКФ < 60 мл/мин, n (%)	35 (21,9)	14(34,1)	21 (18,8)	0,073 ²	> 0,05
Тромболизис, n (%)	12(7,5)	2 (4,8)	10 (8,5)	0,733 ³	> 0,05
ЧКВ в стационаре, n (%)	101 (63,1)	23 (54,8)	78 (66,1)	0,191 ¹	> 0,05
АКШ в стационаре, n (%)	2 (1,3)	1 (2,4)	1 (0,8)	0,457 ³	> 0,05

Примечание – ^a – данные о фракции выброса получены при эхокардиографии, выполненной в стационаре перед выпиской больного, ^b– при первом посещении поликлиники после ОИМ; ¹ – χ^2 Пирсона, ² – χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса, ³ – точный критерий Фишера, ⁴ – t-критерий Стьюдента; ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФВ – фракция выброса левого желудочка, ОХ – общий холестерин, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, АКШ – аортокоронарное шунтирование

3.7 Анализ факторов, влияющих на развитие ПККТ

3.7.1 Демографические факторы, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и анамнестические факторы

Пациенты, у которых было отмечено развитие событий, включенных в ПККТ, по гендерному признаку значимо не отличались от пациентов без повторных сердечно-сосудистых событий ($\chi^2 = 2,29$; $p = 0,13$), однако они были существенно старше – $67,2 \pm 12,6$ и $60,6 \pm 11,4$ лет, соответственно ($p < 0,005$).

Риск развития первичной конечной точки не зависел от гендерного признака (OR = 0,98; 95%-й ДИ 0,39–2,45; $p = 0,97$), но становился выше с увеличением возраста пациентов: так, увеличение возраста на один год повышало риск развития повторных сердечно-сосудистых событий на 5% (OR = 1,05; 95%-й ДИ 1,01–1,09; $p = 0,016$).

Пациенты, у которых была зарегистрирована первичная конечная точка, были более тяжелыми в отношении наличия и особенностей течения ССЗ до референсного события: у них чаще в анамнезе регистрировалась ИБС, ранее перенесенный инфаркт миокарда, выполнение процедур ЧКВ, назначение и прием сердечно-сосудистых препаратов.

Кроме того, эти пациенты, как правило, уже имели группу инвалидности в связи с основным заболеванием и находились на диспансерном учете в лечебно-профилактическом учреждении.

Возможно, что с ранее перечисленными факторами связан и такой поведенческий фактор, как малоактивный образ жизни, в отношении которого также получено статистически значимое различие (Рисунок 3).

АГ и СД чаще регистрировались у пациентов с повторными сердечно-сосудистыми событиями, однако статистически значимых отличий выявлено не было.

Наличие практически всех вышеперечисленных факторов при проведении регрессионного анализа с учетом поправки на пол и возраст пациента достоверно увеличивало риск развития первичной конечной точки.

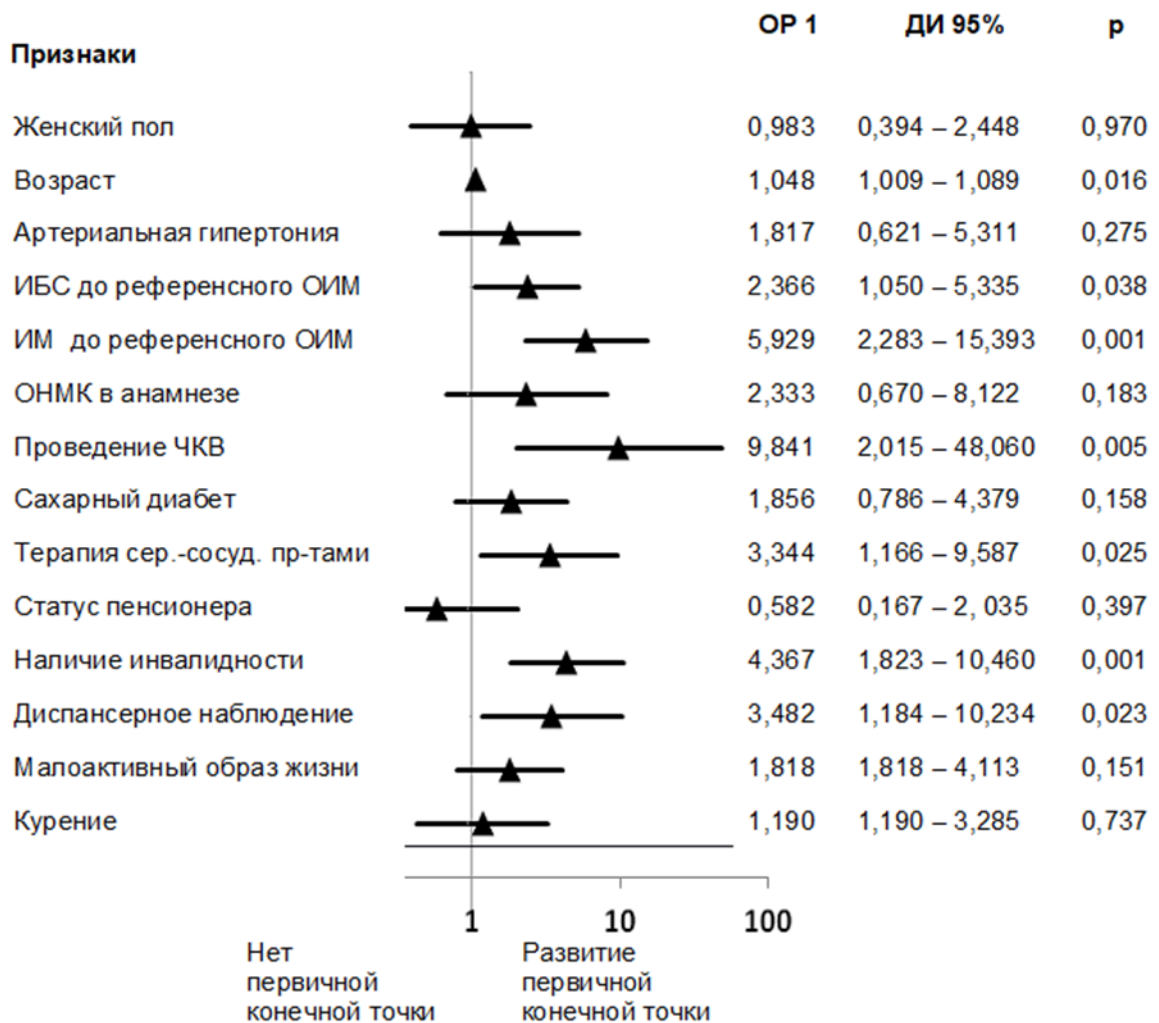


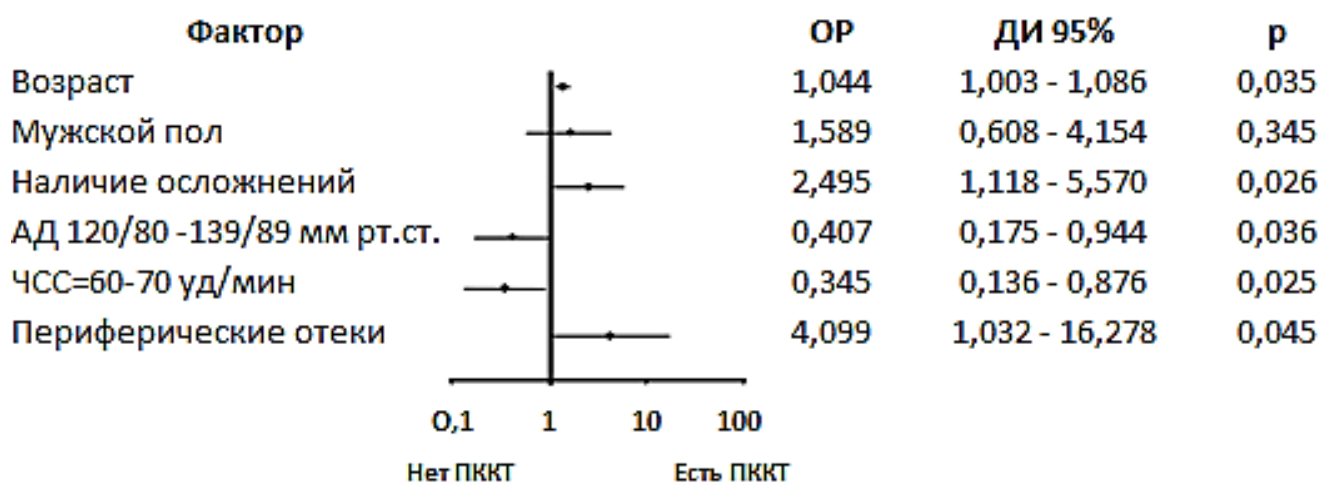
Рисунок 3 – Оценка риска развития комбинированной первичной конечной точки в зависимости от различных факторов (демографических, факторов риска ССЗ, анамнестических данных)

Через год наблюдения отрицательное влияние на отдаленный прогноз продемонстрировали такие факторы, как возраст, наличие ИБС или инфаркта миокарда до референсного события, ранее проведенные процедуры ЧКВ, наличие лекарственного анамнеза по приему сердечно-сосудистых препаратов.

Отрицательное влияние на прогноз заболевания последних двух признаков, по-видимому, отражало более тяжелое течение ИБС у этой подгруппы больных. Подтвердили свою значимость в отношении неблагоприятного влияния на прогноз и факторы, подтверждающие тяжесть течения основного заболевания, такие как наличие группы инвалидности и диспансерное наблюдение по поводу ССЗ.

3.7.2 Факторы, установленные при обследовании в поликлинике

При многофакторном анализе (Рисунок 4) независимыми отрицательными прогностическими факторами, связанными с развитием ПККТ, явились возраст больных, наличие осложнений в остром периоде инфаркта миокарда, наличие отеков при первом посещении поликлиники после развития референсного ОИМ.



Примечание – Метод регрессионного анализа Кокса выполнен с поправкой на пол и возраст (для пола – только на возраст, для возраста – только на пол); АД – артериальное давление, ЧСС – частота сердечных сокращений, ОР – отношение рисков, ДИ – доверительный интервал (confidence interval)

Рисунок 4 – Оценка риска развития первичной комбинированной конечной точки в зависимости от различных факторов/признаков

Положительным прогностическим влиянием обладали нормотония (уровень АД в пределах 120/80–139/89 мм. рт. ст.) и поддержание ЧСС на уровне 60–70 уд. в мин.

3.7.3 Оценка влияния АГ на отдаленные исходы

Наличие АГ до референсного ОИМ, как уже отмечалось, 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% и 66,0% соответственно; $p < 0,05$).

Пациенты с АГ были старше, чем пациенты без АГ; среди них было больше пенсионеров и пациентов, которым была определена группа инвалидности.

Среди пациентов с АГ было больше лиц, которые наблюдались в медицинской организации и, главным образом, у участковых терапевтов (Таблица 5).

Пациенты с АГ в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ реже употребляли алкоголь (30,5% и 52,4%) и курили (18,6% и 38,1%; $p < 0,05$), не было выявлено существенных различий между обеими группами по наличию в анамнезе ИМ, МИ, аритмии или ФП, а также сахарного диабета или ожирения, но у пациентов с АГ в анамнезе чаще отмечались ишемическая болезнь сердца (ИБС: 33,9% и 16,7%; в т.ч. стенокардия напряжения 18,6% и 2,4%) и гиперхолестеринемия (37,3% и 11,9% соответственно) (Таблица 6).

Данные о зарегистрированных в течение одного года наблюдения событиях, составляющих ПККТ, независимо от того, были ли эти события у конкретного пациента единичными или повторными, представлены в Таблице 13 (у 3 пациентов за время наблюдения зарегистрировано по два события).

Таблица 13 – Сердечно-сосудистые события, зарегистрированные в течение года наблюдения за пациентами после перенесенного ОИМ, в зависимости от наличия АГ

Показатель	Пациенты с АГ, n = 118	Пациенты без АГ, n = 42	Значение p
Смерть от любой причины, n (%)	6 (5,1%)	3 (7,1%)	0,699 ¹
Повторный ОИМ, n (%)	6 (5,1%)	2 (4,8%)	1,000 ¹
Мозговой инсульт, n (%)	1 (0,8%)	0	1,000 ¹
Новые случаи ФП, n (%)	8 (6,8%)	1 (2,4%)	0,447 ¹
Госпитализация в связи с нестабильной стенокардией, n (%)	12 (10,2%)	0	0,037 ¹
Госпитализация в связи с гипертоническим кризом, n (%)	2 (1,7%)	0	1,000 ¹
Госпитализация в связи с острой сердечной недостаточностью, n (%)	4 (3,4%)	0	0,574 ¹
Комбинированная первичная конечная точка, n (%)	39 (33,1%)	6 (14,3%)	0,04 ²
<i>Примечание</i> – ¹ – точный критерий Фишера, ² – хи квадрат Пирсона			

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 ($p = 0,037$).

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 анализируемыми группами ($p = 0,120$).

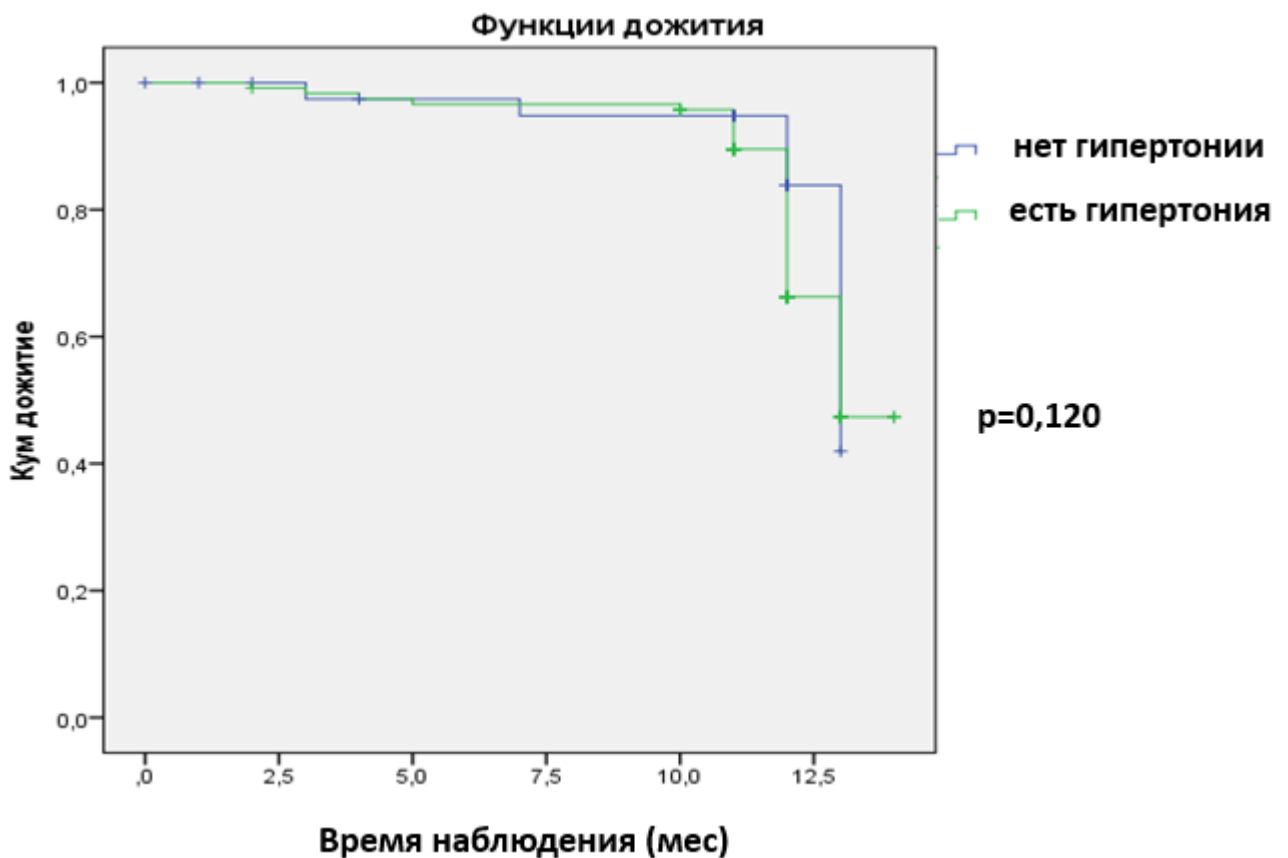
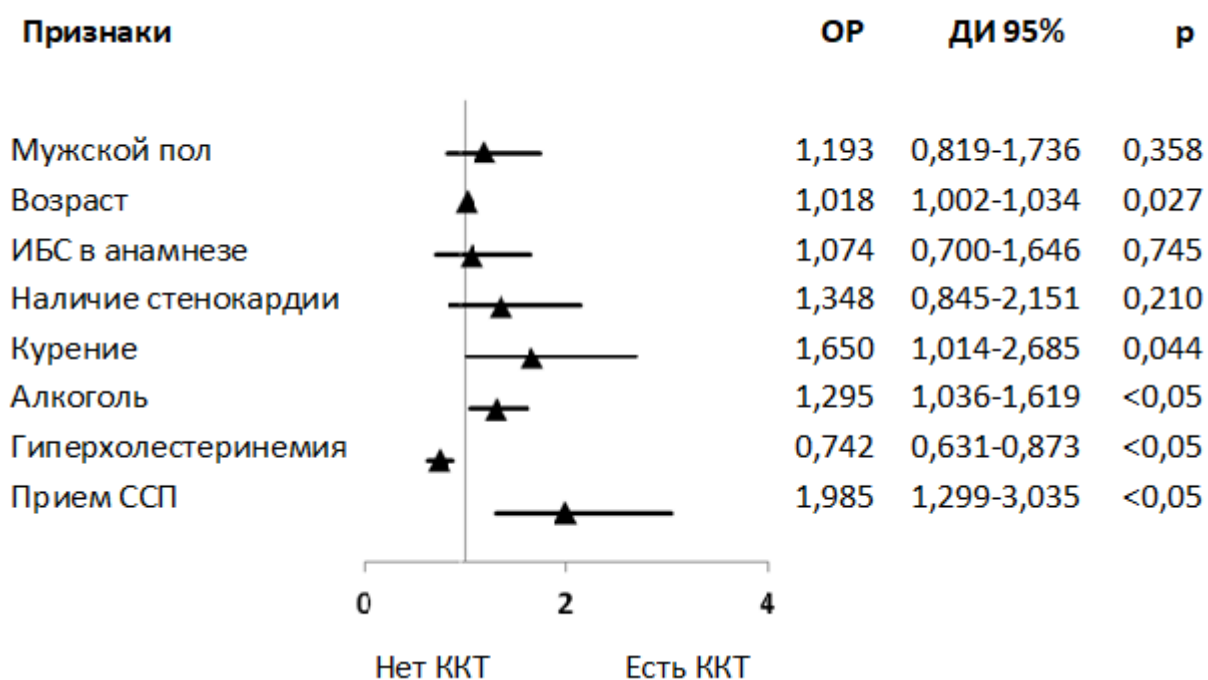


Рисунок 5 – Развитие первичной комбинированной конечной точки (кривые Каплана – Мейера) в подгруппах больных в зависимости от наличия АГ

При отдельном анализе факторов, влияющих на исходы в подгруппе пациентов с АГ, оказалось, что на увеличение риска развития первичной ПККТ значимо влиял только возраст пациента ($p = 0,027$).

Гендерный фактор в этой группе пациентов существенно не отразился на отдаленных результатах ($p = 0,358$).

Проведение регрессионного анализа с учетом поправки на пол и возраст продемонстрировало, что при наличии таких факторов, как курение и избыточное потребление алкоголя, риск развития первичной ПККТ достоверно повышался ($p < 0,05$), наличие в анамнезе гиперхолестеринемии на 26% снижало риск, факт приема сердечно-сосудистых препаратов до референсного ОИМ увеличивал риск развития ПККТ ($p = 0,002$), а наличие ИБС в анамнезе существенно не повлияло на отдаленный прогноз (Рисунок 6).



Примечание – ККТ – комбинированная конечная точка

Рисунок 6 – Оценка риска комбинированной конечной точки у пациентов с АГ в зависимости от различных факторов/признаков

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Регистр ПРОФИЛЬ-ИМ стал первым отечественным амбулаторно-поликлиническим регистром больных, перенесших ОИМ. Значительным преимуществом амбулаторных регистров перед госпитальными является облегченный поиск больных при отдаленном наблюдении, так как все они проживают на одной территории обслуживания поликлиники. Это позволило обеспечить высокий отклик больных в нашем исследовании, который составил 97,5%, что значительно выше, чем в других отечественных регистрах (ниже 90%). Такой высокий отклик дает право считать полученные результаты отдаленного наблюдения в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ репрезентативными.

Поскольку наиболее полные данные об отдаленных исходах болезни из отечественных регистров содержатся в регистре ЛИС-1 [5], именно с ними было целесообразно сравнивать полученные нами данные.

При сравнении регистров ПРОФИЛЬ-ИМ и ЛИС-1 обращает внимание, что упоминание о наличии ИБС до ОИМ отмечалось значительно реже в первом регистре, чем во втором (29,4% и 69,2% соответственно). Однако частота ранее перенесенного ОИМ оказалась почти одинаковой (17,5% в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ и 20,8% в регистре ЛИС-1) [5].

Можно предположить, что различия в частоте диагноза ИБС объяснялись особенностями диагностики этого заболевания в разных медицинских организациях.

В целом когорта больных, перенесших ОИМ и включенных в регистр ПРОФИЛЬ-ИМ, была достаточно схожей с когортой больных, выживших после ОИМ в регистре ЛИС-1. В данном исследовании оценивалось, как быстро после выписки из стационара больные обращаются не только в поликлинику к терапевту, но и приходят на прием к кардиологу. Время включения пациента в регистр после выписки из стационара колебалось в достаточно широких пределах (от 0 до 163 дней), медиана первого обращения составила 19,5 дней. Как правило, пациенты сначала обращались к терапевту поликлиники по месту прикрепления, а уже потом направлялись к врачу-кардиологу территориальной поликлиники. В данном регистре сроки включения пациента в регистр отражали промежуток времени,

прошедший от выписки из стационара до осмотра врачом-кардиологом поликлиники. Лишь четвертая часть больных пришла на прием к кардиологу в течение первой недели после выписки, а большая часть больных – в сроки от 9 до 42 дней после выписки из стационара. Достаточно большая часть пациентов в силу разных причин получила консультацию кардиолога с очень большим запозданием: в сроки от 43 до 163 дней. Вместе с тем не удалось выявить никаких различий в «портретах» пациентов, пришедших на прием к кардиологу в ближайшие сроки после выписки или с большим запозданием.

Несмотря на достаточно большое количество регистров ОИМ в нашей стране, до сих пор преемственность между госпитальным и поликлиническим этапами ведения пациентов с ОИМ подробно не изучалась. Госпитальные регистры ОИМ, как правило, не дают ответа на вопрос, от каких именно причин умирают больные, перенесшие ОИМ, после выписки из стационара, какие факторы определяют прогноз их жизни. Такая задача может быть решена только в рамках амбулаторных регистров ОИМ, которые, как уже отмечалось, в нашей стране практически отсутствуют.

Обозначенные выше проблемы изучались в рамках амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ. В данной работе приводится лишь общая характеристика больных, включенных в регистр, причем основное внимание уделяется попытке описать статус включенных больных до развития у них ОИМ (ретроспективная часть регистра). В первую очередь возникает вопрос, насколько больные, включенные в регистр ПРОФИЛЬ-ИМ, по своим характеристикам соответствовали больным, включенным в более крупные российские регистры ОИМ в предыдущие годы [6, 10].

Проведение такого анализа оказалось весьма проблематичным, так как в регистр ПРОФИЛЬ-ИМ включались только больные, выжившие в острой стадии заболевания, тогда как в госпитальных регистрах, как правило, приводится характеристика всех поступивших в стационар больных с ОИМ. Единственным регистром, где приведены характеристики выживших в острой стадии заболевания и выписанных больных, является регистр ЛИС-1. Сравнение показало, что больные,

включенные в регистр ПРОФИЛЬ-ИМ, по возрасту практически не отличались от больных регистра ЛИС-1, а также то, что у женщин ОИМ развивался на 10–13 лет позже, чем у мужчин (этот факт был отмечен в большинстве регистров ОИМ) [87].

Были выявлены существенные различия в гендерном составе: доля мужчин была выше в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ (66,2%) в сравнении с регистром ЛИС-1 (56,2%). Преобладание мужчин было отмечено и в ряде других регистров ОИМ [50]. АГ встречалась практически одинаково часто среди больных, включенных в регистр ПРОФИЛЬ-ИМ (73,7%) и среди выживших больных в регистре ЛИС-1 (76,1%). В большинстве зарубежных регистров острого коронарного синдрома приводятся примерно такие же показатели для АГ [28].

В более ранних работах мнение о негативном влиянии АГ на отдаленный прогноз после ОИМ было фактически однозначным: выявленная на догоспитальном этапе АГ рассматривалась как независимый предиктор смерти. В дальнейшем это положение стало подвергаться сомнению, по-видимому, из-за того, что более строгий контроль АГ в последнее время после перенесенного ОИМ (в сравнении с контролем АГ до ОИМ), может «нейтрализовать» негативное влияние этого фактора на отдаленные исходы болезни. В пользу этой гипотезы может свидетельствовать тот факт, что резистентная АГ и в настоящее время, по данным ряда исследований, продолжает играть отрицательную прогностическую роль после ОИМ. В регистре KAMIR, проведенным в Корее, показано, что АГ не только является ведущей причиной ОИМ в Корее (51,2%), но и увеличивает примерно на 30% риск серьезных сердечно-сосудистых событий (смерть от сердечно-сосудистых причин, нефатальный ОИМ или МИ), однако авторы сами признали серьезные ограничения своего исследования: анализ базы данных пациентов с ОИМ показал большой процент потерянных пациентов на отдаленном этапе, отсутствие долгосрочного наблюдения и информации о проводимом лечении [53].

В проспективном регистре ЛИС-1 (срок наблюдения примерно 1,6 лет) у 961 пациента, выживших после ОИМ, наличие АГ не влияло на отдаленные исходы заболевания (общую летальность), ОР = 0,88 [95%-й ДИ 0,60–1,27], $p = 0,49$, в

связи с этим АГ не была включена в разработанный в этом исследовании прогностический индекс.

В нашем исследовании большинство больных при выписке из стационара и на этапе амбулаторного наблюдения получали антигипертензивную терапию, как и другую терапию, направленную на предупреждение сердечно-сосудистых событий и улучшение прогноза после перенесенного ОИМ. Нами проведен дополнительный анализ факторов, влияющих на исходы заболевания в подгруппе пациентов с АГ, перенесших ОИМ. Такими факторами оказались возраст, курение и избыточное потребление алкоголя. Положительное влияние гиперхолестеринемии на отдаленные исходы ОИМ, возможно, связано с тем, что пациенты с подтвержденной гиперхолестеринемией получали гиполипидемическую терапию, и этот фактор находился под контролем.

Отрицательное влияние на исходы приема сердечно-сосудистых препаратов в анамнезе до развития ОИМ, по-видимому, отражало тот факт, что эти препараты назначались наиболее тяжелым больным с явными клиническими проявлениями сердечно-сосудистой патологии. Сахарный диабет отмечался несколько чаще среди больных регистра ПРОФИЛЬ-ИМ (28,1%), чем среди больных регистра ЛИС-1 (16,0%). Выявить частоту курения и нарушение липидного обмена до ОИМ в обоих регистрах оказалось проблематичным: у большей части больных в амбулаторных картах упоминания об этих факторах риска отсутствовало.

В рамках регистра ПРОФИЛЬ-ИМ был практически впервые изучен еще один очень важный для организации здравоохранения факт: как часто и в каких формах контактировали с практическим здравоохранением больные, впоследствии перенесшие ОИМ. Оказалось, что практически все больные по тем или иным причинам ранее посещали территориальные поликлиники, поскольку на них были заведены амбулаторные карты. У значительной части этих больных, как отмечалось ранее, имелись либо диагностированные сердечно-сосудистые заболевания, либо факторы риска ИБС (в первую очередь, АГ и/или СД). Вероятно, что своевременно начатое профилактическое вмешательство у таких больных в значительном числе случаев было бы способно предотвратить развитие ОИМ.

Данные регистра ПРОФИЛЬ-ИМ показали, что под диспансерным наблюдением формально находились лишь 11,2% больных. Центры здоровья посетили всего 3,8% больных. Более трети больных последний раз обращались в поликлинику по любым причинам более 2 лет перед развитием ОИМ. Все это, на наш взгляд, свидетельствует о том, что реально существующая система профилактики, (как первичной, так и вторичной), далеко не всегда на практике выполняет свою роль и нуждается в совершенствовании. Проблемы качества вторичной профилактики у пациентов с ССЗ отмечены также и в ряде крупных наблюдательных исследований [46, 56].

Результаты амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ показали, что по демографическим и клиническим характеристикам больные, включенные в этот регистр, в целом соответствовали больным, включенным в другие российские регистры ОИМ. Большинство больных, перенесших ОИМ уже имели ССЗ атеросклеротического генеза, либо набор традиционных факторов риска ИБС, т.е. развитие ОИМ у них было вполне предсказуемым. Значительная часть этих больных до развития ОИМ не была охвачена системой первичной и вторичной профилактики заболевания. Пациенты, у которых было отмечено развитие первичной комбинированной конечной точки, по гендерному признаку значимо не отличались от пациентов без повторных сердечно-сосудистых событий ($\chi^2 = 2,29$; $p = 0,13$), однако они были существенно старше $67,2 \pm 12,6$ и $60,6 \pm 11,4$ лет, соответственно ($p < 0,005$). Риск развития первичной комбинированной конечной точки не зависел от гендерного признака (OR = 0,98; 95%-й ДИ 0,39–2,45, $p = 0,97$), он был выше с увеличением возраста пациентов: увеличение возраста на один год повышало риск развития повторных сердечно-сосудистых событий на 5% (OR = 1,05; 95%-й ДИ 1,01–1,09; $p = 0,016$).

Пациенты, у которых была зарегистрирована первичная комбинированная конечная точка, были более тяжелыми в отношении наличия и особенностей течения ССЗ до референсного события: у них чаще регистрировалась в анамнезе ИБС, ранее перенесенный инфаркт миокарда, 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 диспансерном учете в медицинских организациях. Возможно, что с ранее перечисленными факторами связан и такой поведенческий фактор, как малоактивный образ жизни, в отношении которого также получено статистически значимое различие. Артериальная гипертензия и сахарный диабет чаще регистрировались у пациентов с повторными сердечно-сосудистыми событиями, однако статистически значимых отличий не было достигнуто.

Через один год наблюдения после перенесенного ОИМ у пациентов с АГ частота осложнений: смерти, нефатального ОИМ, нефатального мозгового инсульта, новых случаев ФП, госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии, гипертонического криза, сердечной недостаточности не превышала таковую у пациентов без АГ. Соответственно, артериальная гипертензия, зарегистрированная до референсного ОИМ, по данным нашего исследования не являлась отягощающим прогностическим фактором на течение ИМ. Через 1 год наблюдения умерли 9 (6%) человек, из них у 8 развился повторный ИМ, у 1 – мозговой инсульт. 20 пациентов были госпитализированы по поводу обострения ССЗ, всего ПКТ зарегистрирована у пятой части пациентов (36 человек). Отрицательно влияли на вероятность ПККТ возраст ($OR = 1,05$; 95%-й ДИ 1,01–1,09; $p = 0,016$), наличие ССЗ до референсного события, отражающих тяжесть течения основного заболевания: ишемическая болезнь сердца ($OR = 2,37$; 95%-й ДИ 1,05–5,34, $p = 0,038$), ранее перенесенный ОИМ ($OR = 5,93$; 95%-й ДИ 2,28–15,4, $p < 0,001$), проведение чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) ($OR = 9,84$; 95%-й ДИ 2,02–48,06, $p < 0,005$), наличие инвалидности ($OR = 4,37$; 95%-й ДИ 1,82–10,46, $p < 0,001$). Наличие ранее перечисленных факторов, при проведении регрессионного анализа с учетом поправки на пол и возраст пациента, достоверно увеличивало риск развития первичной комбинированной конечной точки. Отрицательное влияние на отдаленный прогноз продемонстрировали такие факторы как возраст, наличие ИБС или инфаркта миокарда до референсного события, а также ранее проведенные процедуры ЧКВ, наличие лекарственного анамнеза по приему сердечно-сосудистых препаратов. Подтвердили свою значимость в отношении неблагоприятно-

ятного влияния на прогноз факторы, подтверждающие тяжесть течения основного заболевания, такие как наличие группы инвалидности и диспансерное наблюдение по поводу ССЗ.

Ограничение исследования

Исследование проведено на относительно небольшом количестве больных. Однако строго соблюдавшийся принцип регистра позволил получить репрезентативную группу больных. Об этом свидетельствует тот факт, что основные клинические характеристики больных в исследовании ПРОФИЛЬ-ИМ соответствовали характеристикам больных в других регистрах (например, в регистре ЛИС). Срок отдаленного наблюдения был относительно небольшим (1,5 лет). Более длительный срок наблюдения позволил бы лучше оценить отдаленный прогноз и факторы, его определяющие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, 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 полученных нами данных с данными регистра ЛИС-1, проводившегося около 10 лет назад, общая летальность в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ оказалась несколько ниже, что, видимо, свидетельствует об улучшении качества вторичной профилактики ССЗ в последние годы.

Большинство больных после перенесенного ОИМ не сразу попадают к кардиологу: медиана между выпиской из стационара и первым посещением кардиолога составила 19,5 дней (от 0 до 163 дней). Такая практика, безусловно, не может считаться правильной, так как в соответствии с нормативно-правовыми документами только врач-кардиолог может обеспечить полноценную преемственность терапии, назначенной в стационаре, либо скорректировать ее при наличии показаний.

В амбулаторных картах больных, наблюдавшихся в поликлинике перед референсным ОИМ, очень часто отсутствовали данные о наличии таких факторов риска, как курение и нарушение липидного обмена, поэтому оценить прогностическую значимость этих факторов в полной мере оказалось невозможным. Кроме того, указание на наличие этих факторов перед референсным ОИМ могло бы позволить проводить более активную первичную профилактику заболевания.

До референсного ОИМ только у трети больных в амбулаторных картах был зафиксирован диагноз ИБС, при этом более половины из них ранее перенесли ИМ, что явно 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, предшествовавший референсному ОИМ, поликлинику посещали чуть более половины больных.

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

Наличие диагноза «артериальная гипертензия» 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. Эти данные, по-видимому, свидетельствуют о том, что хорошо контролируемая АГ перестает играть отрицательную прогностическую роль и подтверждает положение современных клинических рекомендаций о том, что поддержание АД в пределах целевых значений благоприятно влияет на исходы болезни. Поддержание ЧСС в интервале 60–70 уд. в минуту также оказывало положительное влияние на отдаленные результаты лечения. Этот факт дает практическому врачу четкий инструмент контроля за эффективностью назначаемой терапии.

ВЫВОДЫ

1. Общая смертность больных, обратившихся в территориальную поликлинику после перенесенного острого инфаркта миокарда, в течении 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, 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 наблюдаются 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, оказывали отрицательное влияние на отдаленные исходы болезни.

4. Основными отрицательными прогностическими факторами, выявленными при первичном обследовании в прикрепленной поликлинике, были: 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 мин.

6. У ряда больных, несмотря на наблюдение в прикрепленной поликлинике, перед развившимся острым инфарктом миокарда отсутствовали данные об основ-

ных 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 менее 4% больных.

8. Большинство больных после перенесенного острого инфаркта миокарда не сразу попадают к кардиологу: медиана между выпиской из стационара и первым посещением кардиолога составила 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 отличалась 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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

АКШ – аортокоронарное шунтирование

ВОП – врач общей практики

ГБУЗ «ГП № 9 ДЗМ» – Городское бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 9 Департамента здравоохранения г. Москвы»

ЕМИАС – Единая медицинская информационно-аналитическая система

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ЛИС-1 – госпитальный регистр Люберецкое исследование смертности больных, перенесших ОИМ

ЛИС-3 – госпитальный регистр Люберецкое исследование смертности больных, перенесших ОКС

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МИ – мозговой инсульт

НМИЦ ТПМ – Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОКС – острый коронарный синдром

ПККТ – первичная комбинированная конечная точка

ПКТ – первичная конечная точка

Профиль-ИМ – амбулаторно-поликлинический регистр пациентов, перенесших ОИМ, организованный отделом профилактической фармакотерапии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ РФ

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

ЭКГ – электрокардиограмма

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Верин, В. В. Коллатеральный коронарный кровоток при атеросклерозе венечных артерий / В. В. Верин, С. М. Селютин, С. Н. Качалов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 121–126.
2. Калинская, А. И. Спонтанный тромболизис у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST / А. И. Калинская, И. Л. Уразовская, Е. Ю. Васильева [и др.] // Креативная кардиология. – 2012. – № 1. – С. 19–25.
3. Карпова, Э. С. Ишемическое прекондиционирование и его кардиопротективный эффект в программах кардиореабилитации больных с ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств / Э. С. Карпова, Е. В. Котельникова, Н. П. Лямина // Российский кардиологический журнал. – 2012. – Т. 17, № 4. – С. 104–108.
4. Лукина, Ю. В. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом / Ю. В. Лукина, М. Л. Гинзбург, В. П. Смирнов [и др.] // Клиницист. – 2012. – № 2. – С. 41–49.
5. Марцевич, С. Ю. Люберецкое исследование по изучению смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Первые результаты исследования «ЛИС» / С. Ю. Марцевич, М. Л. Гинзбург, Н. П. Кутишенко [и др.] // Клиницист. – 2011. – № 1. – С. 24–27.
6. Марцевич, С. Ю. Люберецкое исследование смертности (исследование ЛИС): факторы, влияющие на отдаленный прогноз жизни после перенесенного инфаркта миокарда / С. Ю. Марцевич, М. Л. Гинзбург, Н. П. Кутишенко [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16, № 2-1. – С. 32–38.
7. Марцевич, С. Ю. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего / С. Ю. Марцевич, М. Л. Гинзбург, Н. П. Кутишенко [и др.] // Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. – 2011. – Т. 10, № 6. – С. 89–93.

8. 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 [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 81–86].

9. Марцевич, С. Ю. Влияние фибрилляции предсердий на ближайший и отдаленный прогноз жизни при остром инфаркте миокарда. Данные исследования ЛИС-1 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда) / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, М. Л. Гинзбург [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10, № 2. – С.170–173.

10. 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 [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 6 (134). – С. 55–60.

11. Пучиньян, Н. Ф. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации / Н. Ф. Пучиньян, Я. П. Довгалевский, П. В. Долотовская [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7, № 5. – С. 567–573.

12. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017 // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 5 (23). – С. 103–158.

13. Российский статистический ежегодник 2019. Статистический сборник. – М. : Росстат, 2019. – 708 с.

14. 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 [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Т. 13, №3. – С. 363–369.

15. 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 [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12, № 4. – С. 430–434.

16. Эрлих, А. Д. Как за последние несколько лет изменилось лечение пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в клинической практике (данные серии российских регистров РЕКОРД) / А. Д. Эрлих // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № 7. – С. 23–31.

17. Эрлих, А. Д. Регистры острых коронарных синдромов – их виды, характеристики и место в клинической практике / А. Д. Эрлих // Вестник Российской академии наук. – 2012. – Т. 67, № 4. – С. 30–39.

18. Эрлих, А. Д. Российский регистр острого коронарного синдрома «РЕКОРД-3». Характеристика пациентов и лечение до выписки из стационара / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский ; участники регистра РЕКОРД-3 // Кардиология. – 2016. – Т. 56, № 4. – С. 16–24.

19. Эрлих, А. Д. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Кардиология. – 2009. – Т. 49, №7–8. – С. 4–12.

20. Эрлих, А. Д. Результаты шестимесячного наблюдения за больными с острыми коронарными синдромами в Российском регистре РЕКОРД / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Кардиология. – 2011. – Т. 52, № 12. – С. 11–16.

21. Эрлих, А. Д. Шестимесячные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом, включённых в российский регистр РЕКОРД-3 / А. Д. Эрлих // Российский кардиологический журнал. – 2017. – Т. 22, № 11. – С. 8–14.

22. Adedeji, A. R. Adherence of doctors to a clinical guideline for hypertension in Bojanala district, North-West Province, South Africa / A. R.

Adedeji, J. Tumbo, I. Govender // African J. Prim. Heal. Care. Fam. Med. [Internet]. – 2015. – № 1 (7). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564892/> (cited 2020 Apr 5).

23. Al Suwaidi, J. RENASICA II: A Mexican acute myocardial infarction registry that highlights the importance of regional registries / J. Al Suwaidi // Glob. Cardiol. Sci. Pract [Internet]. – 2014 Oct 16. – № 3. – P. 232–234. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25780784> (cited 2020 Jun 20).

24. Alhabib, K. F. The first survey of the Saudi Acute Myocardial Infarction Registry Program: Main results and long-term outcomes (STARS-1 Program) / K. F. Alhabib, A. J. Kinsara, S. Alghamdi [et al.] ; C. S. Kwok, editor // PLoS One [Internet]. – 2019 May 21. – № 5 (14). – P. e0216551. – URL: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0216551> (cited 2020 Jun 20).

25. Alnasser, S. M. A. Late Consequences of Acute Coronary Syndromes: Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) Follow-Up / S. M. A. Alnasser, W. Huang, J. M. Gore [et al.]. – DOI:10.1016/j.amjmed.2014.12.007 // The American Journal of Medicine. – 2015. – № 17 (28). – P. 766–775.

26. Arora, S. Design and rationale of the North Indian ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Registry: A prospective cohort study / S. Arora, A. Qamar, P. Gupta [et al.] // Clin. Cardiol. [Internet]. – 2019 Dec 8. – Vol. 12 (42). – P. 1140–1146. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/clc.23278> (cited 2020 Jun 20).

27. Belhadj, M. Death due to myocardial infarction in young patients: A study of 312 cases of sudden death] / M. Belhadj, S. Saadi, S. Ben Jomaa, [et al.] // Ann. Cardiol Angeiol (Paris) [Internet]. – 2020 Mar 25. – URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003392820300299> (cited 2020 Apr 5).

28. Berkelmans, G. F. N. Decline in risk of recurrent cardiovascular events in the period 1996 to 2014 partly explained by better treatment of risk factors and less subclinical atherosclerosis / G. F. N. Berkelmans, Y. van der Graaf, J. A. N. Dorresteijn [et al.]. – DOI 10.1016/J.IJCARD.2017.07.026 // Int. J. Cardiol. – 2018. – № 251. – P. 96–102.

29. Bonaca, M. P. Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction / M. P. Bonaca, D. L. Bhatt, M. Cohen [et al.] ; PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators // N. Engl. J. Med [Internet]. – 2015 May 7. – № 19 (372). – P. 1791–800. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25773268> (cited 2020 Apr 8).

30. Brown, M. How to increase patient adherence to therapy / M. Brown // Cutis [Internet]. – 2016 Oct. – № 4 (98). – P. E24–25. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27874894> (cited 2020 Apr 5).

31. Brown, M. T. Medication adherence: WHO cares? / M. T. Brown, J. K. Bussell // Mayo Clin. Proc. – 2011. – № 4 (86). – P. 304–314.

32. Bulluck, H. Independent Predictors of Cardiac Mortality and Hospitalization for Heart Failure in a Multi-Ethnic Asian ST-segment Elevation Myocardial Infarction Population Treated by Primary Percutaneous Coronary Intervention / H. Bulluck, H. Zheng, M. Y. Chan [et al.] // Sci. Rep. [Internet]. – 2019. – № 9. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6624280/> (cited 2020 Jun 20).

33. Castellucci, L. A. Self-reported adherence to anticoagulation and its determinants using the Morisky medication adherence scale / L. A. Castellucci, J. Shaw, K. van der Salm [et al.] // Thromb. Res. [Internet]. – 2015 Oct. – № 4 (136). – P. 727–731. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26272305> (cited 2020 Apr 5).

34. Chapman, A. R. Long-Term Outcomes in Patients With Type 2 Myocardial Infarction and Myocardial Injury / A. R. Chapman, A. S. V. Shah, K. K. Lee [et al.] // Circulation [Internet]. – 2018 Mar 20. – № 12 (137). – P. 1236–1245. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29150426> (cited 2020 Apr 5).

35. Chaudri, N. A. Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action / N. A. Chaudri. – World Health Organization (WHO), 2003. – 1986 p. [English]. – ISBN 9241545992 .

36. Chen, J. Recent Declines in Hospitalizations for Acute Myocardial Infarction for Medicare Fee-for-Service Beneficiaries / J. Chen, S.-L. T. Normand,

Y. Wang [et al.] // *Circulation* [Internet]. – 2010 Mar 23. – № 11 (121). – P. 1322–1328. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20212281> (cited 2020 Apr 8).

37. Choudhry, N. K. Untangling the relationship between medication adherence and post-myocardial infarction outcomes / N. K. Choudhry, R. J. Glynn, J. Avorn [et al.] // *Am. Heart. J.* [Internet]. – 2014 Jan. – № 1 (167). – P. 51–58.e5. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24332142> (cited 2020 Apr 5).

38. Colantonio, L. D. Adherence to Statin Therapy Among US Adults Between 2007 and 2014 / L. D. Colantonio, R. S. Rosenson, L. Deng [et al.] // *J. Am. Heart Assoc.* [Internet]. – 2019 Jan 8. – № 1 (8). – P. e010376. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30616455> (cited 2020 Apr 5).

39. Farias, M. Standardized Clinical Assessment And Management Plans (SCAMPs) Provide A Better Alternative To Clinical Practice Guidelines / M. Farias, K. Jenkins, J. Lock [et al.] // *Health Aff.* [Internet]. – 2013 May. – № 5 (32). – P. 911–920. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23650325> (cited 2020 Apr 7).

40. Gast, A. Medication adherence influencing factors – an (updated) overview of systematic reviews / A. Gast, T. Mathes // *Syst. Rev.* [Internet]. – 2019 Dec 10. – № 1 (8). – P. 112. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31077247> (cited 2020 Apr 9).

41. Hanssen, M. French Registry on Acute ST-elevation and non ST-elevation Myocardial Infarction 2010. FAST-MI 2010 / M. Hanssen, Y. Cottin, K. Khalife [et al.] ; FAST-MI 2010 Investigators for the F-M 2010 // *Heart* [Internet]. – 2012 May 1. – № 9 (98). – P. 699–705. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22523054> (cited 2020 Jun 20).

42. Ibanez, B. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation / B. Ibanez, S. James, S. Agewall [et al.] // *Eur. Heart J.* [Internet]. – 2018 Jan 7. – № 3 (39). – P. 119–177. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28886621> (cited 2020 Apr 5).

43. Ibanez, B. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation / B. Ibanez, S. James, S. Agewall [et al.] – DOI 10.1093/eurheartj/ehx393 // Eur. Heart J. – 2017.

44. Ioacara, S. Acute Myocardial Infarction Mortality Rates and Trends in Romania between 1994 and 2017 / S. Ioacara, A. C. Popescu, J. Tenenbaum [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. – 2019 Dec 31. – № 1 (17). – P. 285. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/1/285> (cited 2020 Apr 5).

45. Jackevicius, C. A. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction / C. A. Jackevicius, P. Li, J. V. Tu // Circulation. – 2008. – № 8 (117). – P. 1028–1036.

46. Jernberg, T. Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective / T. Jernberg, P. Hasvold, M. Henriksson [et al.]. – DOI 10.1093/eurheartj/ehu505 // Eur. Heart J. – 2015. – № 36. – P. 1163–1170.

47. Jimmy. B. Patient medication adherence: measures in daily practice / B. Jimmy, J. Jose // Oman Med. J. [Internet]. – 2011 May. – № 3 (26). – P. 155–159. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22043406> (cited 2020 Apr 5).

48. Johansson, S. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review / S. Johansson, A. Rosengren, K. Young, E. Jennings // BMC Cardiovasc. Disord. [Internet]. – 2017 Dec 7. – № 1 (17). – P. 53. – URL: <http://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-017-0482-9> (cited 2020 Apr 5).

49. Kämpfer, J. Long-term outcomes after acute myocardial infarction in countries with different socioeconomic environments: an international prospective cohort study / J. Kämpfer, A. Yagensky, T. Zdrojewski [et al.] // BMJ Open [Internet]. – 2017 Aug 11. – № 7 (8). – P. e012715. – URL: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-012715> (cited 2020 Apr 5).

50. Karam, N. Identifying Patients at Risk for Prehospital Sudden Cardiac Arrest at the Early Phase of Myocardial Infarction: The e-MUST Study = Evaluation

en Médecine d'Urgence des Stratégies Thérapeutiques des infarctus du myocarde / N. Karam, S. Bataille, E. Marijon [et al.]. – DOI 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022954 // Circulation. – 2016. – № 25 (134). – P. 2074–2083.

51. Kesmodel, S. B. Patient-reported Adherence to Adjuvant Aromatase Inhibitor Therapy Using the Morisky Medication Adherence Scale / S. B. Kesmodel, O. G. Goloubeva, P. Y. Rosenblatt [et al.] // Am. J. Clin. Oncol. [Internet]. – 2018 May. – № 5 (41). – P. 508–512. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27322700> (cited 2020 Apr 5).

52. Khatib, R. Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers / R. Khatib, K. Marshall, J. Silcock [et al.] // Open Hear [Internet]. – 2019 Jul 3. – № 2 (6). – P. e000997. – URL: <http://openheart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/openhrt-2018-000997> (cited 2020 Apr 5).

53. Kim, J. H. Multicenter Cohort Study of Acute Myocardial Infarction in Korea – Interim Analysis of the Korea Acute Myocardial Infarction Registry–National Institutes of Health Registry / J. H. Kim, S. C. Chae, D. J. Oh [et al.]. – DOI 10.1253/circj.CJ-16-0061 // Circulation Journal. – 2016. – Vol. 80, № 6. – P. 1427–1436.

54. Knuuti, J. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes / J. Knuuti, W. Wijns, A. Saraste [et al.] // Eur. Heart J. [Internet]. – 2020 Jan 14. – № 3 (41). – P. 407–477. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1504439> (cited 2020 Apr 5).

55. Kostis, W. J. Trends in Mortality of Acute Myocardial Infarction After Discharge From the Hospital / W. J. Kostis, Y. Deng, J. S. Pantazopoulos [et al.] ; Myocardial Infarction Data Acquisition System (MIDAS14) Study Group // Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes [Internet]. – 2010 Nov. – № 3(6). – P. 581–589. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20923995> (cited 2020 Apr 8).

56. Kotseva, K. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24

European countries / K. Kotseva, D. Wood, D. De Bacquer [et al.]. – DOI 10.1177/2047487315569401 // *Eur. J. Prev. Cardiol.* – 2016. – № 23. – P. 636–648.

57. Kotwal, S. Long-term Outcomes of Patients with Acute Myocardial Infarction Presenting to Regional and Remote Hospitals / S. Kotwal, I. Ranasinghe, D. Brieger [et al.] // *Heart Lung. Circ.* [Internet]. – 2016 Feb. – № 2 (25). – P. 124–131. – URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1443950615013293> (cited 2020 Apr 5).

58. Krumholz, H. M. Twenty-Year Trends in Outcomes for Older Adults With Acute Myocardial Infarction in the United States / H. M. Krumholz, S.-L. T. Normand, Y. Wang // *JAMA Netw. Open* [Internet]. – 2019 Mar 15. – № 2 (3). – P. e191938. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30874787> (cited 2020 Apr 8).

59. Lloyd-Jones, D. M. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction / D. M. Lloyd-Jones, Y. Hong, D. Labarthe [et al.] // *Circulation* [Internet]. – 2010 Feb 2. – № 4 (121). – P. 586–613. – URL: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192703> (cited 2020 Apr 8).

60. Martin, L. R. The challenge of patient adherence / L. R. Martin, S. L. Williams, K. B. Haskard [et al.] // *Ther. Clin. Risk Manag.* [Internet]. – 2005 Sep. – № 1 (3). – P. 189–199. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18360559> (cited 2020 Apr 5).

61. 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 [et al.] // *Integr. Med. Res.* – 2017. – № 3 (6). – P. 240–244.

62. Martsevich, S. Y. The dynamics of patients' attendance at outpatient clinics after acute coronary syndrome: The data of LISS-3 registry / S. Y. Martsevich, Y. V. Semenova, N. P. Kutishenko [et al.] // *Adv. Integr. Med.* – 2019 Mar 1. – № 1 (6). – P. 5–10.

63. Mauri, L. Twelve or 30 Months of Dual Antiplatelet Therapy after Drug-Eluting Stents / L. Mauri, D. J. Kereiakes, R. W. Yeh [et al.] ; DAPT Study Investigators. // *N. Engl. J. Med* [Internet]. – 2014 Dec 4. – № 23 (371). – P. 2155–2166. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25399658> (cited 2020 Apr 8).

64. Nguyen, H. L. Long-term Trends in Short-term Outcomes in Acute Myocardial Infarction / H. L. Nguyen, J. S. Saczynski, J. M. Gore [et al.] // *Am. J. Med* [Internet]. – 2011 Oct. – № 10 (124). – P. 939–946. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962314> (cited 2020 Apr 5).

65. Ni, Z. Cardioprotective medication adherence among patients with coronary heart disease in China: a systematic review / Z. Ni, L. Dardas, B. Wu, R. Shaw // *Heart Asia* [Internet]. – 2019 Jun 24. – № 2 (11). – P. e011173. – URL: <http://heartasia.bmj.com/lookup/doi/10.1136/heartasia-2018-011173> (cited 2020 Apr 5).

66. Orozco-Beltran, D. Trends in mortality from myocardial infarction. A comparative study between Spain and the United States: 1990–2006 / D. Orozco-Beltran, R. S. Cooper, V. Gil-Guillen [et al.] // *Rev. Esp. Cardiol. (Engl. Ed.)* [Internet]. – 2012 Dec. – № 12 (65). – P. 1079–1085. – URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893212002321> (cited 2020 Apr 5).

67. Park, H. W. Association between pulse pressure at discharge and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction: From the KAMIR-Korean-NIH registry / H. W. Park, M. G. Kang, K. Kim [et al.]. – DOI 10.1111/jch.13534 // *J. Clin. Hypertens. (Greenwich)*. – 2019. – № 6 (21). – P. 774–785.

68. Park, N. H. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension / N. H. Park, M. S. Song, S. Y. Shin [et al.] // *Int. J. Older People Nurs.* [Internet]. – 2018 Sep. – № 3 (13). – P. e12196. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29665241> (cited 2020 Apr 5).

69. Piepoli, M. F. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / M. F. Piepoli, A. W. Hoes, S. Agewall [et al.] ; The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on

Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts. Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation // *G. Ital. Cardiol. (Rome)* [Internet]. – № 7 (18). – P. 547–612. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28714997> (cited 2020 Apr 5).

70. Rapsomaniki, E. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1 '25 million people / E. Rapsomaniki, A. Timmis, J. George [et al.]. – DOI 10.1016/S0140-6736(14)60685-1 // *Lancet*. – 2014. – № 383 (9932). – P. 1899–1911.

71. Roffi, M. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation / M. Roffi, C. Patrono, J.-P. Collet [et al.]. – DOI 10.1093/eurheartj/ehv320. // *Eur. Heart J.* – 2016. – № 3 (37). – P. 267–315.

72. Roger, V. L. Trends in Incidence, Severity, and Outcome of Hospitalized Myocardial Infarction / V. L. Roger, S. A. Weston, Y. Gerber [et al.] // *Circulation* [Internet]. – 2010 Feb 23. – № 7 (121). – P. 863–869. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142444> (cited 2020 Apr 8).

73. Schnell, O. The Munich Myocardial Infarction Registry: translating the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for the Study of Diabetes (EASD) guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular disease into clinical practice / O. Schnell, W. Otter, E. Standl // *Diabetes Care* [Internet]. – 2009 Nov. – № 32 (suppl. 2). – P. S326–330. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19875574> (cited 2020 Jun 20).

74. Shakya Shrestha, S. Medication Adherence to Levothyroxine Therapy among Hypothyroid Patients and their Clinical Outcomes with Special Reference to Thyroid Function Parameters / S. Shakya Shrestha, K. Risal, R. Shrestha, R. D. Bhatta // *Kathmandu Univ. Med. J. (KUMJ)* [Internet]. – № 16 (62). – P. 129–137. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30636753> (cited 2020 Apr 5).

75. Sim, D. S. Differences in the Korea Acute Myocardial Infarction Registry Compared with Western Registries / D. S. Sim, M. H. Jeong. – DOI 10.4070/kcj.2017.0027 // Korean Circ. J. – 2017. – № 6 (47). – P. 811–822.

76. Sim, D. S. Current management of acute myocardial infarction: Experience from the Korea Acute Myocardial Infarction Registry / D. S. Sim, M. H. Jeong, J. C. Kang // J. Cardiol. [Internet]. – 2010 Jul 1. – № 1 (56). – P. 1–7. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0914508710000912> (cited 2020 Jun 20).

77. van Dulmen, S. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews / S. van Dulmen, E. Sluijs, L. van Dijk [et al.] // BMC Health Serv. Res. [Internet]. – 2007 Dec 17. – № 1 (7). – P. 55. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17439645> (cited 2020 Apr 9).

78. Vrijens, B. ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications / B. Vrijens, S. De Geest, D. A. Hughes [et al.] // Br. J. Clin Pharmacol [Internet]. – 2012 May. – № 5 (73). – P. 691–705. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22486599> (cited 2020 Apr 9).

79. Widimsky, P. Long-term outcomes of patients with acute myocardial infarction presenting to hospitals without catheterization laboratory and randomized to immediate thrombolysis or interhospital transport for primary percutaneous coronary intervention. Five years' follow-up of the PRAGUE-2 Trial / P. Widimsky, D. Bilkova, M. Penicka [et al.] ; PRAGUE Study Group Investigators // Eur. Heart J. [Internet]. – 2007 Mar 28. – № 6 (28). – P. 679–684. – URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehl535> (cited 2020 Apr 5).

80. Wilhelmsen, N. C. Medication adherence interventions and outcomes: an overview of systematic reviews / N. C. Wilhelmsen, T. Eriksson // Eur. J. Hosp. Pharm. [Internet]. – 2019 Jul. – № 4 (26). – P. 187–192. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31338165> (cited 2020 Apr 9).

81. Winter, M. P. Long-term outcome and risk assessment in premature acute myocardial infarction: A 10-year follow-up study / M. P. Winter, H. Blessberger,

A. Alimohammadi [et al.]. – DOI 10.1016/j.ijcard.2017.03.146 // International Journal of Cardiology. – 2017. – № 240. – P. 37–42.

82. Writing Group Members. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association / Writing Group Members ; D. Mozaffarian, E. J. Benjamin, A. S. Go [et al.]. – DOI 10.1161/CIR.000000000000030 // Circulation. – 2016. – № 133(4). – P. e38–360.

83. Xu, H. The China Acute Myocardial Infarction (CAMI) Registry: A national long-term registry-research-education integrated platform for exploring acute myocardial infarction in China / H. Xu, W. Li, J. Yang [et al.] // Am. Heart J. [Internet]. – 2016 May 1. – № 175. – P. 193–201.e3. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870315002471> (cited 2020 Jun 20).

84. Yap, A. F. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults / A. F. Yap, T. Thirumoorthy, Y. H. Kwan // Geriatr Gerontol Int. [Internet]. – 2016 Oct. – № 10 (16). – P. 1093–1101. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26482548> (cited 2020 Apr 5).

85. Yeh, R. W. Population Trends in the Incidence and Outcomes of Acute Myocardial Infarction / R. W. Yeh, S. Sidney, M. Chandra [et al.] // N. Engl. J. Med [Internet]. – 2010 Jun 10. – № 23 (362). – P. 2155–2165. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20558366> (cited 2020 Apr 8).

86. Yusuf, S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] ; INTERHEART Study Investigators. – DOI 10.1016/S0140-6736(04)17018-9 // Lancet. – 2004. – № 364 (9438). – P. 937–952.

87. Zandecki, L. Trends in sex differences in clinical characteristics, treatment strategies, and mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction in Poland from 2005 to 2011 / L. Zandecki, M. Sadowski, M. Janion [et al.]. – DOI 10.1097/mca.0000000000000504 // Coron. Artery Dis. 2017. – № 28(5). – P. 417–425.

Приложение А. Карта пациента

Паспортные данные

Фамилия
Имя
Отчество
Дата рождения
Возраст
Телефон дом. Телефон сотов.
Контактные телефоны родственников:
Адрес проживания
Адрес прописки
Дата последнего перенесенного ИМ (с указанием з.О)
Сроки госпитализации

Визит 1 (включение)

Дата _____

I. Общие данные

1. Образование:

- начальное
- среднее
- среднее специальное
- неоконченное высшее
- высшее

2. Работа:

- не работает
- работает:
 - а) работа связана с физической нагрузкой
 - б) работа связана с эмоциональной нагрузкой
- пенсионер
- инвалид (указать группу)

3. Наблюдался в центре здоровья

- да (указать с какого года)
- нет
- не известно

4. Наблюдается в медучреждении

- поликлиника по м/ж
- ведомственное
- научный центр
- платное

5. Наблюдается у врача (терапевта и/или кардиолога или других специальностей)

- да (указать профиль врача) _____

- нет
- не регулярно (указать профиль врача) _____

6. Последнее обращение к врачу до инфаркта миокарда

- менее 1 года
- 1–2 года
- более 2 лет
- не было

II. Факторы риска

1. Курение

- да
- нет
- бросил
 - курит (лет) – _____
 - курит (сигарет в день) – _____
 - бросил (указать сколько лет) – _____
 - стаж курения до отказа – _____ лет

2. Алкоголь

- не употребляет
- 1-2 раза в месяц
- 1-2 раза в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 5–7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____

3. Отягощена ли наследственность по ССЗ

- да
- нет
- не известно

4. Холестерин (по данным анамнеза)

а) Повышение холестерина

- да
- нет
- неизвестно

б) Выявлено повышение холестерина в каком году – _____

в) Терапия статинами

- да
- нет
- не регулярно

г) Вид лечения ГХ

- диета
- лекарства
- БАД
- физ. нагрузка

III. Анамнез (до ИМ)

1. Артериальная гипертония

- да, указать – с какого года _____
- нет
- не знает

2. Наличие ИБС

- да, указать с какого года – _____
- нет

– не известно

3. Перенес ранее ИМ

– да (с указанием количества и дат) _____

– нет

– не известно

4. Тяжелые нарушения сердечного ритма

– нет

– пароксизмальное

– постоянное

5. Перенес ранее ОНМК

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

6. Перенес ранее ТИА

– да (с указанием даты)

– нет

– не известно

7. Сахарный диабет

– да (с указанием формы) _____

– нет

– не известно

8. Давность СД (с какого года) _____

9. Нарушение толерантности к глюкозе

– да

– нет

– не знает

10. Хронические заболевания легких

– да (с какого года) – _____

– нет

– не знает

11. Бронхиальная астма

– да (с какого года) – _____

– нет

– не знает

12. Хроническая почечная недостаточность

– да (с какого года) – _____

– нет

– не знает

13. Язвенная болезнь желудка или ДПК

– да (с указанием стадии):

а) Обострение

б) Ремиссия

– нет

– не знает

14. Пороки сердца

– да (нужное подчеркнуть):

а) Врожденный (указать тип порока): _____

б) Приобретенный (указать тип порока): _____

в) Оперированный (указать дату и тип порока)

г) Не оперированный

– нет

– не знает

15. Другие заболевания (не указанные в рубриках): _____

16. Лечение (до ИМ):

1. Консервативное

16.1. Прием препаратов до ИМ

– не принимал (-а)

– регулярно

– эпизодически

– при ухудшении самочувствия

16.2. Перечень препаратов (с указанием торгового названия и дозы):

– Аспирин

– Антикоагулянты

– АРА II

– В-блокаторы

– Антагонисты кальция

– Нитраты

– Ингибиторы АПФ

– Диуретики

– Статины

– Другие лекарства: _____

2. Хирургическое:

КАГ:

– да (с указанием даты) – _____

– нет

БАП и стентирование

– да (с указанием даты) – _____

– нет

АКШ

– да (с указанием даты) – _____

– нет

IV. Объективный осмотр

1. Рост(см) –

2. Вес(кг) –

3. ИМТ –

4. ОТ –

5. АД на момент осмотра –

6. ЧСС на момент осмотра –

7. Ритм правильный:

– да

– нет

8. Ожирение:

– да

– нет

9. Наличие боли в грудной клетке:

– типичная форма –

а) Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности.

б) Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе.

в) Проходит в покое или после приема НГ.

– типичная стенокардия (possible):

а) 2 из вышеперечисленных признаков.

б) Несердечная боль

в) 1 или ни одного из вышеперечисленных признаков.

10. Одышка

– да

– нет

11. Отеки на ногах

– да

– нет

12. Сердечная недостаточность

– нет

– I

– II

– III

– IV

V. Данные лабораторных и инструментальных исследований (по выписке из стационара):

1. Общий анализ крови:

Дата	Эр	Нь	ЦП	Лейк	Тром	СОЭ

2. Биохимический анализ крови

Дата _____

креатинин		мочевина	
холестерин		билирубин	
ТГ		АСТ	
ЛПВП		АЛТ	
ЛПНП		Мочевая к-та	
общий белок		Т4	
КФК		ТТГ	
МНО		Глюкоза	

3. Общий анализ мочи:

Дата	Уд. вес	белок	реакция	сахар	лейк-ты	эпит	эритро

4. ЭКГ

– да (указать дату) – _____

– нет

а) Синусовый ритм

– да

– нет:

б) Мерцательная аритмия

– да

– нет

в) АВ-блокада III ст.

– да

– нет

г) ПБНПГ

- да (указать вид) – _____
- нет
- д) ГЛЖ
- да
- нет
- е) Патологический зубец Q
- да
- нет
- ж) Изменения ST
- да
- нет
- 5. ЭХО-КГ
- да (указать дату) _____
- нет
- а) Дилатация предсердий
- да
- нет
- б) Дилатация желудочков
- да
- нет
- в) Аневризма ЛЖ
- да
- нет
- г) Нарушение сократимости
- локальное
- глобальное
- нет
- д) Гипертрофия
- да (указать полость) _____
- нет
- е) Порок сердца
- да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)
- а) митральный
- б) аортальный
- в) трикуспидальный
- г) легочной артерии
- нет
- д) ФВ%–
- е) легочная гипертензия
- да (указать степень)
- нет
- 6. Проба с физической нагрузкой
- А) стресс тест
- да (указать дату) _____
- нет
- Б) Тип пробы с ФН
- ТМ
- ВЭМ
- В). Результат:
- положительный
- отрицательный
- сомнительный

Г) Толерантность к ФН

- низкая
- средняя
- высокая

Д) Проба остановлена из-за

- боль
- субмакс. ЧСС
- депрессия ST
- высокое АД
- устал
- другое

Е) Вид депрессии ST

- нет
- косонисходящая
- горизонтальная
- косовосходящая
- корытообразная

7. КАГ

- да (с указанием даты) – _____
- нет

VI. Проведенная терапия в стационаре

1. Тромболизис

- да
- нет

2. Консервативное

- Аспирин
- Антикоагулянты
- АРА II
- b-блокаторы
- Антагонисты кальция
- Нитраты
- Ингибиторы АПФ
- Диуретики
- Статины
- Другие лекарства _____

3. Хирургическое

а) БАП и стентирование

- да (с указанием даты) – _____
- нет

б) АКШ

- да (с указанием даты) – _____
- нет

VII. Назначенная терапия в поликлинике врачом кардиологом (с указанием торгового названия и суточной дозировки)

- Аспирин
- Антикоагулянты
- АРА II
- b- блокаторы
- Антагонисты кальция
- Нитраты
- Ингибиторы АПФ
- Диуретики

- Статины
- Другие лекарства – _____

Визит 2 (через 2 месяца)

Дата _____

I. Общие данные**1. Статус**

- жив
- умер (выяснено по телефону, через родственников)
- не известно (пациент не выходит на контакт)

2. В случае смерти, указать причину:

- ИБС
- ИМ
- ОНМК
- ГБ
- СД
- Онкология
- Заболевания легких
- Другие (уточнить) _____
- Не известно

Дата смерти–

Работа:

- не работает
- работает:
 - а) работа связана с физической нагрузкой
 - б) работа связана с эмоциональной нагрузкой
- пенсионер
- инвалид (указать группу) _____

II. Факторы риска**1. Курение**

- да
- нет
- бросил

2. Алкоголь

- не употребляет
- 1–2 раза в месяц
- 1-2 раза в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 5–7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____

III. За время от последнего визита появились:**1. Перенес повторный ИМ**

- да (с указанием даты) _____
- нет
- не известно

2. Перенес ОНМК

- да (с указанием даты) _____
- нет
- не известно

3. Перенес ТИА

– да (с указанием даты) _____

– нет

– неизвестно

4. Хроническая почечная недостаточность

– да

– нет

– не знает

5. Язвенная болезнь желудка или ДПК

– да (с указанием стадии) _____

а) Обострение

б) Ремиссия

– нет

– не знает

6. Сахарный диабет

– да (указать форму) _____

– нет

– не знает

7. Нарушение толерантности к глюкозе

– да

– нет

– не знает

8. Хронические заболевания легких

– да

– нет

– не знает

9. Бронхиальная астма

– да

– нет

– не знает

10. Госпитализация

– да

– нет

11. Причина госпитализации

– по заболеванию ССС

– сопутствующее заболевания

12. Другие заболевания _____

IV. Объективный осмотр

1. АД на момент осмотра–

2. ЧСС на момент осмотра–

3. Ритм синусовый

– да

– нет

4. Наличие боли в грудной клетке

Типичная форма

1. Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности.

2. Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе.

3. Проходит в покое или после приема НГ.

Атипичная стенокардия (possible)

2 из вышеперечисленных признаков.

Несердечная боль

1 или ни одного из вышеперечисленных признаков.

5. Одышка

- да
- нет

6. Отеки на ногах

- да
- нет

7. Сердечная недостаточность

- да:
 - I; – II; – III; – IV
- нет

V. Данные лабораторных и инструментальных исследований (по данным обследования в поликлинике):

1. Общий анализ крови:

Дата	Эр	Нб	ЦП	Лейк	Тром	СОЭ

2. Биохимический анализ крови

Дата _____

креатинин		мочевина	
холестерин		билирубин	
ТГ		АСТ	
ЛПВП		АЛТ	
ЛПНП		Мочевая к-та	
общий белок		Т4	
КФК		ТТГ	
МНО		Глюкоза	

3. Общий анализ мочи:

Дата	Уд. вес	белок	реакция	сахар	лейк-ты	эпит	эритро

4. ЭКГ

– да (указать дату) _____

– нет

а). Синусовый ритм

– да

– нет

б). Мерцательная аритмия

– да

– нет

в). АВ-блокада III ст.

– да

– нет

г). ПБНПГ

– да (указать вид)

– нет

д). ГЛЖ

– да

– нет

е). Патологический зубец Q

– да

– нет

ж). Изменения ST

– да

– нет

5. ЭХО-КГ

– да (указать дату) _____

– нет

а) Дилатация предсердий

– да

– нет

б) Дилатация желудочков

– да

– нет

в) Аневризма ЛЖ

– да

– нет

г) Нарушение сократимости

– локальное

– глобальное

– нет

д) Гипертрофия

– да (указать полость) _____

– нет

е) Порок сердца

– да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)

Митральный _____

Аортальный _____

Трикуспидальный _____

Легочной артерии _____

– нет

ж) ФВ % – _____

з) Легочная гипертензия

– да (указать степень)

– нет

6. Проба с физической нагрузкой

а) Стресс тест

– да (указать дату) _____

– нет

б) Тип пробы с ФН:

– ТМ

– ВЭМ

в) Результат

– положительный

– отрицательный

– сомнительный

г) Толерантность к ФН

- низкая
- средняя
- высокая

д) Проба остановлена из-за

- боль
- субмакс. ЧСС
- депрессия ST
- высокое АД
- устал
- другое _____

е) Вид депрессии ST

- нет
- косонисходящая
- горизонтальная
- косовосходящая
- корытообразная

7. КАГ

- да (с указанием даты) _____
- нет

VI. Лечение

1. Прием препаратов

- не принимает
- регулярно
- эпизодически
- при ухудшении самочувствия

2. Перечень препаратов:

2.1 Консервативное:

Группа	+/- /?	Торговое название	Суточная доза	Нежелательное явление +/-/?	Указать нежелательное явление
Аспирин					
Антикоагулянты					
АРА II					
β- блокаторы					
Антагонисты кальция					
Ингибиторы АПФ					
Нитраты					
Диуретики					
Статины					
Другие лекарства:					

2.2 Хирургическое

а) БАП и стентирование

- да (с указанием даты) _____

- нет
- б) АКШ
- да (с указанием даты)
- нет

Визит 3 (через 4 месяца)

Дата _____

I. Общие данные**1. Статус**

- жив
- умер (выяснено по телефону, через родственников)
- не известно (пациент не выходит на контакт)

2. В случае смерти, указать причину:

- ИБС
- ИМ
- ОНМК
- ГБ
- СД
- Онкология
- Заболевания легких
- Другие (уточнить) _____
- Не известно

Дата смерти–

Работа:

- не работает
- работает:
 - а) работа связана с физической нагрузкой
 - б) работа связана с эмоциональной нагрузкой
- пенсионер
- инвалид (указать группу) _____

II. Факторы риска**1. Курение**

- да
- нет
- бросил

2. Алкоголь

- не употребляет
- 1-2 раза в месяц
- 1-2 раза в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 5–7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____

III. За время от последнего визита появились:**1. Перенес повторный ИМ**

- да (с указанием даты) _____
- нет
- не известно

2. Перенес ОНМК

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

3. Перенес ТИА

– да (с указанием даты) _____

– нет

– неизвестно

4. Хроническая почечная недостаточность

– да

– нет

– не знает

5. Язвенная болезнь желудка или ДПК

– да (с указанием стадии) _____

а) Обострение

б) Ремиссия

– нет

– не знает

6. Сахарный диабет

– да (указать форму) _____

– нет

– не знает

7. Нарушение толерантности к глюкозе

– да

– нет

– не знает

8. Хронические заболевания легких

– да

– нет

– не знает

9. Бронхиальная астма

– да

– нет

– не знает

10. Госпитализация

– да

– нет

11. Причина госпитализации

– по заболеванию ССС

– сопутствующее заболевания

12. Другие заболевания _____

IV. Объективный осмотр

1. АД на момент осмотра–

2. ЧСС на момент осмотра–

3. Ритм синусовый

– да

– нет

4. Наличие боли в грудной клетке

Типичная форма

1. Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности.

2. Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе.

3. Проходит в покое или после приема НГ.

Атипичная стенокардия (possible)

2 из вышеперечисленных признаков.

Несердечная боль

1 или ни одного из вышеперечисленных признаков.

5. Одышка

– да

– нет

6. Отеки на ногах

– да

– нет

7. Сердечная недостаточность

– да:

– I; – II; – III; – IV

– нет

V. Данные лабораторных и инструментальных исследований (по данным обследования в поликлинике):

1. Общий анализ крови:

Дата		Эр	Нь	ЦП	Лейк	Тром	С

2. Биохимический анализ крови

Дата

креатинин		мочевина	
холестерин		билирубин	
ТГ		АСТ	
ЛПВП		АЛТ	
ЛПНП		Мочевая к-та	
общий белок		Т4	
КФК		ТТГ	
МНО		Глюкоза	

3. Общий анализ мочи:

Дата	Уд. вес	белок	реакция	сахар	лейк-ты	эпит	эритро

4. ЭКГ

– да (указать дату) _____

– нет

а). Синусовый ритм

– да

– нет

б). Мерцательная аритмия

– да

– нет

в). АВ-блокада III ст.

– да

– нет

г). ПБНПГ

– да (указать вид)

– нет

д). ГЛЖ

– да

– нет

е). Патологический зубец Q

– да

– нет

ж). Изменения ST

– да

– нет

5. ЭХО-КГ

– да (указать дату) _____

– нет

а) Дилатация предсердий

– да

– нет

б) Дилатация желудочков

– да

– нет

в) Аневризма ЛЖ

– да

– нет

г) Нарушение сократимости

– локальное

– глобальное

– нет

д) Гипертрофия

– да (указать полость) _____

– нет

е) Порок сердца

– да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)

Митральный _____

Аортальный _____

Трикуспидальный _____

Легочной артерии _____

– нет

ж) ФВ % – _____

з) Легочная гипертензия

– да (указать степень)

– нет

6. Проба с физической нагрузкой

а) Стресс тест

– да (указать дату) _____

– нет

б) Тип пробы с ФН:

– ТМ

– ВЭМ

в) Результат

- положительный
- отрицательный
- сомнительный

г) Толерантность к ФН

- низкая
- средняя
- высокая

д) Проба остановлена из-за

- боль
- субмакс. ЧСС
- депрессия ST
- высокое АД
- устал
- другое _____

е) Вид депрессии ST

- нет
- косонисходящая
- горизонтальная
- косовосходящая
- корытообразная

7. КАГ

- да (с указанием даты) _____
- нет

VI. Лечение

1. Прием препаратов

- не принимает
- регулярно
- эпизодически
- при ухудшении самочувствия

2. Перечень препаратов:

2.1 Консервативное:

Группа	+/- /?	Торговое название	Суточная доза	Нежелательное явление +/-/?	Указать нежелательное явление
Аспирин					
Антикоагулянты					
АРА II					
β-блокаторы					
Антагонисты кальция					
Ингибиторы АПФ					
Нитраты					
Диуретики					
Статины					
Другие лекарства:					

2.2 Хирургическое

а) БАП и стентирование

– да (с указанием даты) _____

– нет

б) АКШ

– да (с указанием даты) _____

– нет

Визит 4 (через 6 месяцев)

Дата _____

I. Общие данные

1. Статус

– жив

– умер (выяснено по телефону, через родственников)

– не известно (пациент не выходит на контакт)

2. В случае смерти, указать причину:

– ИБС

– ИМ

– ОНМК

– ГБ

– СД

– Онкология

– Заболевания легких

– Другие (уточнить) _____

– Не известно

Дата смерти–

Работа:

– не работает

– работает:

а) работа связана с физической нагрузкой

б) работа связана с эмоциональной нагрузкой

– пенсионер

– инвалид (указать группу) _____

II. Факторы риска

1. Курение

– да

– нет

– бросил

2. Алкоголь

– не употребляет

– 1-2 раза в месяц

– 1-2 раза в неделю

– 3-4 раза в неделю

– 5–7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____

III. За время от последнего визита появились:

1. Перенес повторный ИМ

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

2. Перенес ОНМК

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

3. Перенес ТИА

– да (с указанием даты) _____

– нет

– неизвестно

4. Хроническая почечная недостаточность

– да

– нет

– не знает

5. Язвенная болезнь желудка или ДПК

– да (с указанием стадии) _____

а) Обострение

б) Ремиссия

– нет

– не знает

6. Сахарный диабет

– да (указать форму) _____

– нет

– не знает

7. Нарушение толерантности к глюкозе

– да

– нет

– не знает

8. Хронические заболевания легких

– да

– нет

– не знает

9. Бронхиальная астма

– да

– нет

– не знает

10. Госпитализация

– да

– нет

11. Причина госпитализации

– по заболеванию ССС

– сопутствующее заболевания

12. Другие заболевания _____

IV. Объективный осмотр

1. АД на момент осмотра–

2. ЧСС на момент осмотра–

3. Ритм синусовый

– да

– нет

4. Наличие боли в грудной клетке

Типичная форма

1. Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности.

2. Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе.

3. Проходит в покое или после приема НГ.

Атипичная стенокардия (possible)

2 из вышеперечисленных признаков.

Несердечная боль

1 или ни одного из вышеперечисленных признаков.

5. Одышка

– да

– нет

6. Отеки на ногах

– да

– нет

7. Сердечная недостаточность

– да:

– I; – II; – III; – IV

– нет

V. Данные лабораторных и инструментальных исследований (по данным обследования в поликлинике):

1. Общий анализ крови:

Дата	Эр	Нб	ЦП	Лейк	Тром	СОЭ

2. Биохимический анализ крови

Дата _____

креатинин		мочевина	
холестерин		билирубин	
ТГ		АСТ	
ЛПВП		АЛТ	
ЛПНП		Мочевая к-та	
общий белок		Т4	
КФК		ТТГ	
МНО		Глюкоза	

3. Общий анализ мочи:

Дата	Уд. вес	белок	реакция	сахар	лейк-ты	эпит	эритро

4. ЭКГ

– да (указать дату) _____

– нет

а). Синусовый ритм

– да

– нет

б). Мерцательная аритмия

- да
- нет
- в). AV-блокада III ст.
- да
- нет
- г). ПБНПГ
- да (указать вид)
- нет
- д). ГЛЖ
- да
- нет
- е). Патологический зубец Q
- да
- нет
- ж). Изменения ST
- да
- нет
- 5. ЭХО-КГ
- да (указать дату) _____
- нет
- а) Дилатация предсердий
- да
- нет
- б) Дилатация желудочков
- да
- нет
- в) Аневризма ЛЖ
- да
- нет
- г) Нарушение сократимости
- локальное
- глобальное
- нет
- д) Гипертрофия
- да (указать полость) _____
- нет
- е) Порок сердца
- да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)
- Митральный _____
- Аортальный _____
- Трикуспидальный _____
- Легочной артерии _____
- нет
- ж) ФВ % – _____
- з) Легочная гипертензия
- да (указать степень)
- нет
- 6. Проба с физической нагрузкой
- а) Стресс тест
- да (указать дату) _____
- нет
- б) Тип пробы с ФН:

- ТМ
 - ВЭМ
 - в) Результат
 - положительный
 - отрицательный
 - сомнительный
 - г) Толерантность к ФН
 - низкая
 - средняя
 - высокая
 - д) Проба остановлена из-за
 - боль
 - субмакс. ЧСС
 - депрессия ST
 - высокое АД
 - устал
 - другое _____
 - е) Вид депрессии ST
 - нет
 - косонисходящая
 - горизонтальная
 - косовосходящая
 - корытообразная
7. КАГ
- да (с указанием даты) _____
 - нет

VI. Лечение

1. Прием препаратов

- не принимает
- регулярно
- эпизодически
- при ухудшении самочувствия

2. Перечень препаратов:

2.1 Консервативное

Группа	+/- /?	Торговое название	Суточная доза	Нежелательное явление +/-/?	Указать нежелательное явление
Аспирин					
Антикоагулянты					
АРА II					
β- блокаторы					
Антагонисты кальция					
Ингибиторы АПФ					
Нитраты					
Диуретики					
Статины					

Другие лекарства:					
-------------------	--	--	--	--	--

2.2 Хирургическое

а) БАП и стентирование

- да (с указанием даты) _____
- нет

б) АКШ

- да (с указанием даты) _____
- нет

Визит 5 (через 8 месяцев)

Дата _____

I. Общие данные

1. Статус

- жив
- умер (выяснено по телефону, через родственников)
- не известно (пациент не выходит на контакт)

2. В случае смерти, указать причину:

- ИБС
- ИМ
- ОНМК
- ГБ
- СД
- Онкология
- Заболевания легких
- Другие (уточнить) _____
- Не известно

Дата смерти-

Работа:

- не работает
- работает:
 - а) работа связана с физической нагрузкой
 - б) работа связана с эмоциональной нагрузкой
- пенсионер
- инвалид (указать группу) _____

II. Факторы риска

1. Курение

- да
- нет
- бросил

2. Алкоголь

- не употребляет
- 1-2 раза в месяц
- 1-2 раза в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 5-7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____

III. За время от последнего визита появились:

1. Перенес повторный ИМ
 - да (с указанием даты) _____
 - нет
 - не известно
 2. Перенес ОНМК
 - да (с указанием даты) _____
 - нет
 - не известно
 3. Перенес ТИА
 - да (с указанием даты) _____
 - нет
 - неизвестно
 4. Хроническая почечная недостаточность
 - да
 - нет
 - не знает
 5. Язвенная болезнь желудка или ДПК
 - да (с указанием стадии) _____
 - а) Обострение
 - б) Ремиссия
 - нет
 - не знает
 6. Сахарный диабет
 - да (указать форму) _____
 - нет
 - не знает
 7. Нарушение толерантности к глюкозе
 - да
 - нет
 - не знает
 8. Хронические заболевания легких
 - да
 - нет
 - не знает
 9. Бронхиальная астма
 - да
 - нет
 - не знает
 10. Госпитализация
 - да
 - нет
 11. Причина госпитализации
 - по заболеванию ССС
 - сопутствующее заболевания
 12. Другие заболевания _____
- IV. Объективный осмотр
1. АД на момент осмотра–
 2. ЧСС на момент осмотра–
 3. Ритм синусовый
 - да
 - нет
 4. Наличие боли в грудной клетке

Типичная форма

1. Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности.
2. Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе.
3. Проходит в покое или после приема НГ.

Атипичная стенокардия (possible)

2 из вышеперечисленных признаков.

Несердечная боль

1 или ни одного из вышеперечисленных признаков.

5. Одышка

– да

– нет

6. Отеки на ногах

– да

– нет

7. Сердечная недостаточность

– да:

– I; – II; – III; – IV

– нет

V. Данные лабораторных и инструментальных исследований (по данным обследования в поликлинике):

1. Общий анализ крови:

Дата	Эр	Нь	ЦП	Лейк	Тром	СОЭ

2. Биохимический анализ крови

Дата _____

креатинин		мочевина	
холестерин		билирубин	
ТГ		АСТ	
ЛПВП		АЛТ	
ЛПНП		Мочевая к-та	
общий белок		Т4	
КФК		ТТГ	
МНО		Глюкоза	

3. Общий анализ мочи:

Дата	Уд. вес	белок	реакция	сахар	лейк-ты	эпит	эритро

4. ЭКГ

– да (указать дату) _____

– нет

а). Синусовый ритм

– да

– нет

б). Мерцательная аритмия

– да

– нет

в). AV–блокада III ст.

– да

– нет

г). ПБНПГ

– да (указать вид)

– нет

д). ГЛЖ

– да

– нет

е). Патологический зубец Q

– да

– нет

ж). Изменения ST

– да

– нет

5. ЭХО-КГ

– да (указать дату) _____

– нет

а) Дилатация предсердий

– да

– нет

б) Дилатация желудочков

– да

– нет

в) Аневризма ЛЖ

– да

– нет

г) Нарушение сократимости

– локальное

– глобальное

– нет

д) Гипертрофия

– да (указать полость) _____

– нет

е) Порок сердца

– да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)

Митральный _____

Аортальный _____

Трикуспидальный _____

Легочной артерии _____

– нет

ж) ФВ % – _____

з) Легочная гипертензия

– да (указать степень)

– нет

6. Проба с физической нагрузкой

а) Стресс тест

– да (указать дату) _____

- нет
- б) Тип пробы с ФН:
 - ТМ
 - ВЭМ
- в) Результат
 - положительный
 - отрицательный
 - сомнительный
- г) Толерантность к ФН
 - низкая
 - средняя
 - высокая
- д) Проба остановлена из-за
 - боль
 - субмакс. ЧСС
 - депрессия ST
 - высокое АД
 - устал
 - другое _____
- е) Вид депрессии ST
 - нет
 - косонисходящая
 - горизонтальная
 - косовосходящая
 - корытообразная
- 7. КАГ
 - да (с указанием даты) _____
 - нет
- VI. Лечение
 1. Прием препаратов
 - не принимает
 - регулярно
 - эпизодически
 - при ухудшении самочувствия
 2. Перечень препаратов:
 - 2.1 Консервативное:

Группа	+/- /?	Торговое название	Суточная доза	Нежелательное явление +/-/?	Указать нежелательное явление
Аспирин					
Антикоагулянты					
АРА II					
β- блокаторы					
Антагонисты кальция					
Ингибиторы АПФ					
Нитраты					
Диуретики					

Статины					
Другие лекарства:					

2.2 Хирургическое

а) БАП и стентирование

- да (с указанием даты) _____
- нет

б) АКШ

- да (с указанием даты) _____
- нет

Визит 6 (через 10 месяцев)

Дата _____

I. Общие данные

1. Статус

- жив
- умер (выяснено по телефону, через родственников)
- не известно (пациент не выходит на контакт)

2. В случае смерти, указать причину:

- ИБС
- ИМ
- ОНМК
- ГБ
- СД
- Онкология
- Заболевания легких
- Другие (уточнить) _____
- Не известно

Дата смерти –

Работа:

- не работает
- работает:
 - а) работа связана с физической нагрузкой
 - б) работа связана с эмоциональной нагрузкой
- пенсионер
- инвалид (указать группу) _____

II. Факторы риска

1. Курение

- да
- нет
- бросил

2. Алкоголь

- не употребляет
- 1-2 раза в месяц
- 1-2 раза в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 5–7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____

III. За время от последнего визита появились:

1. Перенес повторный ИМ

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

2. Перенес ОНМК

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

3. Перенес ТИА

– да (с указанием даты) _____

– нет

– неизвестно

4. Хроническая почечная недостаточность

– да

– нет

– не знает

5. Язвенная болезнь желудка или ДПК

– да (с указанием стадии) _____

а) Обострение

б) Ремиссия

– нет

– не знает

6. Сахарный диабет

– да (указать форму) _____

– нет

– не знает

7. Нарушение толерантности к глюкозе

– да

– нет

– не знает

8. Хронические заболевания легких

– да

– нет

– не знает

9. Бронхиальная астма

– да

– нет

– не знает

10. Госпитализация

– да

– нет

11. Причина госпитализации

– по заболеванию ССС

– сопутствующее заболевания _____

12. Другие заболевания _____

IV. Объективный осмотр

1. АД на момент осмотра–

2. ЧСС на момент осмотра–

4. ЭКГ

– да (указать дату) _____

– нет

а). Синусовый ритм

– да

– нет

б). Мерцательная аритмия

– да

– нет

в). АВ-блокада III ст.

– да

– нет

г). ПБНПГ

– да (указать вид)

– нет

д). ГЛЖ

– да

– нет

е). Патологический зубец Q

– да

– нет

ж). Изменения ST

– да

– нет

5. ЭХО-КГ

– да (указать дату) _____

– нет

а) Дилатация предсердий

– да

– нет

б) Дилатация желудочков

– да

– нет

в) Аневризма ЛЖ

– да

– нет

г) Нарушение сократимости

– локальное

– глобальное

– нет

д) Гипертрофия

– да (указать полость) _____

– нет

е) Порок сердца

– да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)

Митральный _____

Аортальный _____

Трикуспидальный _____

Легочной артерии _____

– нет

ж) ФВ % – _____

з) Легочная гипертензия

- да (указать степень)
- нет
- 6. Проба с физической нагрузкой
- а) Стресс тест
 - да (указать дату) _____
 - нет
- б) Тип пробы с ФН:
 - ТМ
 - ВЭМ
- в) Результат
 - положительный
 - отрицательный
 - сомнительный
- г) Толерантность к ФН
 - низкая
 - средняя
 - высокая
- д) Проба остановлена из-за
 - боль
 - субмакс. ЧСС
 - депрессия ST
 - высокое АД
 - устал
 - другое _____
- е) Вид депрессии ST
 - нет
 - косонисходящая
 - горизонтальная
 - косовосходящая
 - корытообразная
- 7. КАГ
 - да (с указанием даты) _____
 - нет
- VI. Лечение
- 1. Прием препаратов
 - не принимает
 - регулярно
 - эпизодически
 - при ухудшении самочувствия
- 2. Перечень препаратов:
 - 2.1 Консервативное:

Группа	+/- /?	Торговое название	Суточная доза	Нежелательное явление +/-/?	Указать нежелательное явление
Аспирин					
Антикоагулянты					
АРА II					
β- блокаторы					
Антагонисты кальция					

Ингибиторы АПФ					
Нитраты					
Диуретики					
Статины					

2.2 Хирургическое

а) БАП и стентирование

– да (с указанием даты) _____

– нет

б) АКШ

– да (с указанием даты) _____

– нет

Визит 7 (через 12 месяцев)

Дата _____

I. Общие данные

1. Статус

– жив

– умер (выяснено по телефону, через родственников)

– не известно (пациент не выходит на контакт)

2. В случае смерти, указать причину:

– ИБС

– ИМ

– ОНМК

– ГБ

– СД

– Онкология

– Заболевания легких

– Другие (уточнить) _____

– Не известно

Дата смерти–

Работа:

– не работает

– работает:

а) работа связана с физической нагрузкой

б) работа связана с эмоциональной нагрузкой

– пенсионер

– инвалид (указать группу) _____

II. Факторы риска

1. Курение

– да

– нет

– бросил

2. Алкоголь

– не употребляет

– 1-2 раза в месяц

– 1-2 раза в неделю

– 3-4 раза в неделю

– 5–7 раз в неделю

Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринок» в неделю _____

III. За время от последнего визита появились:

1. Перенес повторный ИМ

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

2. Перенес ОНМК

– да (с указанием даты) _____

– нет

– не известно

3. Перенес ТИА

– да (с указанием даты) _____

– нет

– неизвестно

4. Хроническая почечная недостаточность

– да

– нет

– не знает

5. Язвенная болезнь желудка или ДПК

– да (с указанием стадии) _____

а) Обострение

б) Ремиссия

– нет

– не знает

6. Сахарный диабет

– да (указать форму) _____

– нет

– не знает

7. Нарушение толерантности к глюкозе

– да

– нет

– не знает

8. Хронические заболевания легких

– да

– нет

– не знает

9. Бронхиальная астма

– да

– нет

– не знает

10. Госпитализация

– да

– нет

11. Причина госпитализации

– по заболеванию ССС

– сопутствующее заболевания

12. Другие заболевания _____

IV. Объективный осмотр

4. ЭКГ

– да (указать дату) _____

– нет

а). Синусовый ритм

– да

– нет

б). Мерцательная аритмия

– да

– нет

в). AV-блокада III ст.

– да

– нет

г). ПБНПГ

– да (указать вид)

– нет

д). ГЛЖ

– да

– нет

е). Патологический зубец Q

– да

– нет

ж). Изменения ST

– да

– нет

5. ЭХО-КГ

– да (указать дату) _____

– нет

а) Дилатация предсердий

– да

– нет

б) Дилатация желудочков

– да

– нет

в) Аневризма ЛЖ

– да

– нет

г) Нарушение сократимости

– локальное

– глобальное

– нет

д) Гипертрофия

– да (указать полость) _____

– нет

е) Порок сердца

– да (нужное подчеркнуть с указанием изменения)

Митральный _____

Аортальный _____

Трикуспидальный _____

Легочной артерии _____

– нет

ж) ФВ % – _____

з) Легочная гипертензия

- да (указать степень)
- нет
- 6. Проба с физической нагрузкой
- а) Стресс тест
 - да (указать дату) _____
 - нет
- б) Тип пробы с ФН:
 - ТМ
 - ВЭМ
- в) Результат
 - положительный
 - отрицательный
 - сомнительный
- г) Толерантность к ФН
 - низкая
 - средняя
 - высокая
- д) Проба остановлена из-за
 - боль
 - субмакс. ЧСС
 - депрессия ST
 - высокое АД
 - устал
 - другое _____
- е) Вид депрессии ST
 - нет
 - косонисходящая
 - горизонтальная
 - косовосходящая
 - корытообразная
- 7. КАГ
 - да (с указанием даты) _____
 - нет
- VI. Лечение
- 1. Прием препаратов
 - не принимает
 - регулярно
 - эпизодически
 - при ухудшении самочувствия
- 2. Перечень препаратов:
 - 2.1 Консервативное:

Группа	+/- /?	Торговое название	Суточная доза	Нежелательное явление +/-/?	Указать нежелательное явление
Аспирин					
Антикоагулянты					
АРА II					
β-блокаторы					
Антагонисты кальция					

Ингибиторы АПФ					
Нитраты					
Диуретики					
Статины					

2.2 Хирургическое

а) БАП и стентирование

- да (с указанием даты) _____

- нет

б) АКШ

- да (с указанием даты) _____

- нет

Приложение Б. Анкета

Фамилия _____
 Имя _____
 Отчество _____
 Дата рождения _____
 Пол муж _____ жен _____
 Образование (начальное, среднее, среднее специальное, неоконченное высшее, высшее, иное (_____))

Визит 1 (включение)

Дата _____

1. Курите ли Вы?
 - да (укажите сколько лет курите, по сколько сигарет в день выкуриваете в среднем _____)
 - нет, никогда не курил
 - бросил курить (укажите сколько лет курили, по сколько сигарет в день выкуривали _____)
2. Употребляете ли алкогольные напитки?
 - да
 - нет
 - иногда
 Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дринк» = 20 грамм в пересчете на чистый этанол и соответствует 150 мл сухого вина или 300 мл пива или 50 грамм крепких алкогольных напитков (водки, коньяка)) «дринков» в неделю _____
3. Болели ли Вы ишемической болезнью сердца до перенесенного инфаркта миокарда?
 - да
 - нет
 - не знаю
4. Посещали Вы врача-терапевта, кардиолога и/или другого врача?
 - регулярно (1 раз в год, 1 раз в полгода, 1 раз в месяц)
 - только по необходимости
 - не посещаю
5. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Очень плохо										
Очень хорошо										

6. Кто направил Вас в стационар?
 - поступил по направлению участкового врача с амбулаторного приема в поликлинике
 - поступил по направлению кардиолога с амбулаторного приема в поликлинике
 - поступил по направлению участкового врача после вызова врача на дом
 - доставлен бригадой «Скорой помощи»
7. Что послужило поводом для обращения к врачу (возможно несколько вариантов ответов):
 - боль в грудной клетке
 - слабость, головокружение, дурнота

- тошнота, рвота
- повышение АД
- другое (уточнить) _____

8. Предпринимали ли Вы самостоятельно какие-либо мероприятия для снятия/купирования возникших симптомов? (возможно несколько вариантов ответов)

- нет
- да (уточнить):
 - а) прием нитроглицерина
 - б) прием корвалола/валокордина
 - в) прием валидола
 - г) прием но-шпы
 - д) прием анальгина
 - е) другое _____

9. Выполняете ли Вы назначения врачей, рекомендованные при выписке из стационара:

- всегда
- не все
- не выполняю

10. Если выполняете, то как Вы принимаете медикаментозные препараты:

- регулярно все назначенные препараты
- нерегулярно, принимаю большинство назначенных препаратов
- иногда пропуски, но не более 1 дня в неделю
- более 1 дня пропуска в неделю
- не принимаю

11. Основные причины, по которым Вы не выполняете/или не полностью выполняете назначения врачей:

- забываю принять препараты
- из-за стоимости препаратов
- из-за улучшения самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)
- из-за побочных эффектов препаратов
- предпочитаю другие методы лечения
- сомневаюсь в правильности назначения
- другие причины _____

12. Забывали ли вы когда-либо принять препараты?

- Да
- Нет

13. Пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

- Да
- Нет

14. Если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, пропускаете ли Вы следующий прием?

- Да
- Нет

15. Знаете ли Вы оптимальный уровень холестерина для себя:

- Да
- Нет

Визит 2 (через 2 месяца)

Дата _____

1. Принимаете ли Вы лекарственные препараты, рекомендованные Вам лечащим врачом на прошлом визите?

- да
- нет

– не все

2. Основные причины, по которым Вы не выполняете/или не полностью выполняете назначения врачей?

- забываю принять препараты
- из-за стоимости препаратов
- из-за улучшения самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)
- из-за побочных эффектов препаратов
- предпочитаю другие методы лечения
- сомневаюсь в правильности назначения
- другие причины _____

3. Пользовались ли Вы услугами бригады «Скорой помощи»?

- нет
- да

4. Что послужило поводом для вызова «Скорой помощи»:

- боль в грудной клетке
- слабость, головокружение, дурнота
- тошнота, рвота
- повышение АД
- другое (уточнить) _____

5. Посещали ли Вы внепланово какого-либо врача (за последние 2 месяца):

- нет
- да (указать какой врач и причина)

6. Были ли госпитализации в стационар, за последние 2 месяца:

- нет
- да (указать причину):
 - а) по заболеванию сердечно-сосудистой системы
 - б) сопутствующие заболевания (указать какое) _____

7. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Очень плохо										
Очень хорошо										

8. Как часто менялись у Вас препараты, назначенные лечащим врачом?

- принимаю препараты без изменений
- изменялись дозы препаратов
- препараты менялись один раз
- препараты меняются несколько раз
- не принимаю такие препараты

9. Отмечаете ли Вы изменения в течение основного заболевания

- нет
- затрудняюсь ответить
- да (указать какие) _____

10. Отмечаете ли Вы изменения в течение сопутствующих заболеваний:

- нет
- затрудняюсь ответить
- да (указать какие) _____

Визит 3 (4 месяца)

Дата _____

1. Принимаете ли Вы лекарственные препараты, рекомендованные Вам лечащим врачом на прошлом визите?

- да
- нет
- не все

2. Основные причины, по которым Вы не выполняете/или не полностью выполняете назначения врачей?

- забываю принять препараты
- из-за стоимости препаратов
- из-за улучшения самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)
- из-за побочных эффектов препаратов
- предпочитаю другие методы лечения
- сомневаюсь в правильности назначения
- другие причины _____

3. Пользовались ли Вы услугами бригады «Скорой помощи»?

- нет
- да

4. Что послужило поводом для вызова «Скорой помощи»:

- боль в грудной клетке
- слабость, головокружение, дурнота
- тошнота, рвота
- повышение АД
- другое (уточнить) _____

5. Посещали ли Вы внепланово какого-либо врача (за последние 2 месяца):

- нет
- да (указать какой врач и причина)

6. Были ли госпитализации в стационар, за последние 2 месяца:

- нет
- да (указать причину):

а) по заболеванию сердечно-сосудистой системы

б) сопутствующие заболевания (указать какое) _____

7. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Очень плохо										
Очень хорошо										

8. Как часто менялись у Вас препараты, назначенные лечащим врачом?

- принимаю препараты без изменений
- изменялись дозы препаратов
- препараты менялись один раз
- препараты меняются несколько раз
- не принимаю такие препараты

9. Отмечаете ли Вы изменения в течение основного заболевания

- нет
- затрудняюсь ответить
- да (указать какие) _____

10. Отмечаете ли Вы изменения в течение сопутствующих заболеваний:

- нет
- затрудняюсь ответить
- да (указать какие) _____

Визит 4 (6 месяцев)

Дата _____

1. Принимаете ли Вы лекарственные препараты, рекомендованные Вам лечащим врачом на прошлом визите?

- да
- нет
- не все

2. Основные причины, по которым Вы не выполняете/или не полностью выполняете назначения врачей?

- забываю принять препараты
- из-за стоимости препаратов
- из-за улучшения самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)
- из-за побочных эффектов препаратов
- предпочитаю другие методы лечения
- сомневаюсь в правильности назначения
- другие причины _____

3. Пользовались ли Вы услугами бригады «Скорой помощи»?

- нет
- да

4. Что послужило поводом для вызова «Скорой помощи»:

- боль в грудной клетке
- слабость, головокружение, дурнота
- тошнота, рвота
- повышение АД
- другое (уточнить) _____

5. Посещали ли Вы внепланово какого-либо врача (за последние 2 месяца):

- нет
- да (указать какой врач и причина)

6. Были ли госпитализации в стационар, за последние 2 месяца:

- нет
- да (указать причину):
 - а) по заболеванию сердечно-сосудистой системы
 - б) сопутствующие заболевания (указать какое) _____

7. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Очень плохо										
Очень хорошо										

8. Как часто менялись у Вас препараты, назначенные лечащим врачом?

- принимаю препараты без изменений
- изменялись дозы препаратов
- препараты менялись один раз

8. Как часто менялись у Вас препараты, назначенные лечащим врачом?
- принимаю препараты без изменений
 - изменялись дозы препаратов
 - препараты менялись один раз
 - препараты меняются несколько раз
 - не принимаю такие препараты
9. Отмечаете ли Вы изменения в течение основного заболевания
- нет
 - затрудняюсь ответить
 - да (указать какие) _____
10. Отмечаете ли Вы изменения в течение сопутствующих заболеваний:
- нет
 - затрудняюсь ответить
 - да (указать какие) _____

Визит 6 (10 месяцев)

Дата _____

1. Принимаете ли Вы лекарственные препараты, рекомендованные Вам лечащим врачом на прошлом визите?
- да
 - нет
 - не все
2. Основные причины, по которым Вы не выполняете/или не полностью выполняете назначения врачей?
- забываю принять препараты
 - из-за стоимости препаратов
 - из-за улучшения самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)
 - из-за побочных эффектов препаратов
 - предпочитаю другие методы лечения
 - сомневаюсь в правильности назначения
 - другие причины _____
3. Пользовались ли Вы услугами бригады «Скорой помощи»?
- нет
 - да
4. Что послужило поводом для вызова «Скорой помощи»:
- боль в грудной клетке
 - слабость, головокружение, дурнота
 - тошнота, рвота
 - повышение АД
 - другое (уточнить) _____
5. Посещали ли Вы внепланово какого-либо врача (за последние 2 месяца):
- нет
 - да (указать какой врач и причина)
6. Были ли госпитализации в стационар, за последние 2 месяца:
- нет
 - да (указать причину):
 - а) по заболеванию сердечно-сосудистой системы
 - б) сопутствующие заболевания (указать какое) _____

7. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Очень плохо										
Очень хорошо										

8. Как часто менялись у Вас препараты, назначенные лечащим врачом?

- принимаю препараты без изменений
- изменялись дозы препаратов
- препараты менялись один раз
- препараты меняются несколько раз
- не принимаю такие препараты

9. Отмечаете ли Вы изменения в течение основного заболевания

- нет
- затрудняюсь ответить
- да (указать какие) _____

10. Отмечаете ли Вы изменения в течение сопутствующих заболеваний:

- нет
- затрудняюсь ответить
- да (указать какие) _____

Визит 7 (12 месяцев)

Дата _____

1. Принимаете ли Вы лекарственные препараты, рекомендованные Вам лечащим врачом на прошлом визите?

- да
- нет
- не все

2. Основные причины, по которым Вы не выполняете/или не полностью выполняете назначения врачей?

- забываю принять препараты
- из-за стоимости препаратов
- из-за улучшения самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)
- из-за побочных эффектов препаратов
- предпочитаю другие методы лечения
- сомневаюсь в правильности назначения
- другие причины _____

3. Пользовались ли Вы услугами бригады «Скорой помощи»?

- нет
- да

4. Что послужило поводом для вызова «Скорой помощи»:

- боль в грудной клетке
- слабость, головокружение, дурнота
- тошнота, рвота
- повышение АД
- другое (уточнить) _____

5. Посещали ли Вы внепланово какого-либо врача (за последние 2 месяца):

- нет

– да (указать какой врач и причина)

6. Были ли госпитализации в стационар, за последние 2 месяца:

– нет

– да (указать причину):

а) по заболеванию сердечно-сосудистой системы

б) сопутствующие заболевания (указать какое) _____

7. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Очень плохо										
Очень хорошо										

8. Как часто менялись у Вас препараты, назначенные лечащим врачом?

– принимаю препараты без изменений

– изменялись дозы препаратов

– препараты менялись один раз

– препараты меняются несколько раз

– не принимаю такие препараты

9. Отмечаете ли Вы изменения в течение основного заболевания

– нет

– затрудняюсь ответить

– да (указать какие) _____

10. Отмечаете ли Вы изменения в течение сопутствующих заболеваний:

– нет

– затрудняюсь ответить

– да (указать какие) _____

Приложение В. Информированное согласие

Согласие с общим планом обследования, лечения и на обработку персональных данных
Я, нижеподписавшийся (ФИО) _____

Находясь на лечении в ГБУЗ ГП №9 ДЗМ

ознакомлен(а) моим лечащим врачом _____

с намеченным мне общим планом обследования и лечения. Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а так же применением лекарственных препаратов и других методов лечения, а так же применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могут быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу _____

В соответствии с требованием ст.9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006. 152-ФЗ, и ст.20 ФЗ « об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку: ГБУЗ ГП №9 ДЗМ (далее - Учреждение) моих персональных данных, данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Учреждению все действия с моими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Пациент (подпись) _____

Дата _____