

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

*На правах рукописи*

**КАЛАЙДЖЯН ЕЛЕНА ПЕТРОВНА**

**Оценка качества сердечно-сосудистой терапии на  
амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения пациентов,  
перенесших острый инфаркт миокарда**

3.1.20. Кардиология

**ДИССЕРТАЦИЯ**  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук  
**Кутишенко Наталья Петровна**

Москва – 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	14
1.1 Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда: распространенность в Российской Федерации, значение для отдаленного прогноза.....	14
1.2 Основные цели при выборе тактики лечения пациента после перенесенного инфаркта миокарда.....	15
1.3 Регистры пациентов с инфарктом миокарда как способ изучения качества медицинской помощи на этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения.....	16
1.4 Значение оценки качества терапии на всех этапах амбулаторно-поликлинического наблюдения.....	18
1.4.1 Оценка качества терапии на догоспитальном этапе.....	18
1.4.2 Преемственность между стационаром и поликлиникой в назначении медикаментозной терапии. Приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций.....	19
1.4.3 Оценка качества терапии на этапе амбулаторно поликлинического наблюдения.....	21
1.5 Приверженность пациентов врачебным рекомендациям как элемент качества проводимого лечения.....	25
1.6 Комплексная оценка качества фармакотерапии с применением специальных индексов.....	28
1.7 Заключение по обзору литературы.....	29
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.....	31
2.1 Дизайн исследования.....	31
2.2 Этапы исследования.....	32
2.3 Критерии включения.....	35
2.4 Критерии исключения.....	36
2.5 Характеристика пациентов.....	36

2.6 Статистическая обработка .....	41
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	43
3.1 Анализ догоспитальной терапии .....	43
3.2 Анализ преимущества терапии, назначенной при выписке из стационара и при первом визите в поликлинику .....	47
3.3 Анализ качества терапии в течении 12 месяцев наблюдения .....	50
3.4 Анализ приверженности к терапии и выявление факторов, ассоциированных с приверженностью к лечению при амбулаторном наблюдении.....	55
3.5 Анализ эффективности назначенной терапии по достижению суррогатных точек.....	64
3.6 Практика назначения антиангинальной/антиишемической терапии у пациентов, у которых сохранялись типичные клинические проявления стабильной стенокардии.....	71
3.7 Анализ качества лечения с учетом наличия мультиморбидности.....	74
3.8 Анализ лекарственной терапии в зависимости от льготного обеспечения.....	79
3.9 Анализ лекарственной терапии с учетом нежелательных явлений.....	81
3.10 Применение интегрированного показателя качества терапии и приверженности для оценки качества фармакотерапии .....	83
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	87
4.1 Методические особенности работы .....	87
4.2 Обсуждение данных по догоспитальной терапии .....	88
4.3 Обсуждение преимущества терапии, назначенной при выписке из стационара и при первом визите в поликлинику.....	90
4.4 Обсуждение результатов по приверженности к терапии в течении 12 месяцев наблюдения .....	94
4.5 Обсуждение полученных результатов по приверженности к терапии на различных этапах амбулаторного наблюдения.....	95
4.6 Обсуждение полученных данных по эффективности назначенной терапии и достижению суррогатных точек.....	96

4.7 Обсуждение антиангинальной/антиишемической терапии у пациентов, у которых сохранялись типичные клинические проявления стабильной стенокардии.....	98
4.8 Обсуждение полученных данных по качеству лечения с учетом наличия мультиморбидности .....	99
4.9 Обсуждение полученных данных по лекарственной терапии в зависимости от льготного обеспечения .....	101
4.10 Обсуждение полученных данных о нежелательных явлениях лекарственной терапии .....	103
4.11 Обсуждение полученных данных на основании результатов оценки качества фармакотерапии с помощью интегрированного показателя .....	103
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	105
ВЫВОДЫ .....	107
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	109
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ .....	110
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	113
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Карта пациента при включении в исследование.....	130
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Карта пациента на повторном визите .....	138
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Анкета пациента при включении в исследование.....	144
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Анкета пациента на повторном визите .....	146
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Информированное согласие .....	147

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается ведущей причиной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [137]. Инфаркт миокарда (ИМ) – одно из тяжелых осложнений ИБС, он существенно влияет как на клиническое течение болезни, так и на ее отделенные исходы, что диктует необходимость поиска эффективных методов лечения и реабилитации пациентов, перенесших ИМ.

Главными целями при выборе тактики лечения после перенесенного ИМ являются: предупреждение сердечно-сосудистых осложнений и улучшение отдаленного прогноза, а также улучшение качества жизни пациента. Данные доказательной медицины однозначно продемонстрировали, что отдаленный прогноз заболевания больных, перенесших ИМ, можно существенно улучшить, в первую очередь за счет медикаментозной терапии, что нашло отражение в современных клинических рекомендациях (КР) по лечению больных с ИМ [45, 50]. На сегодняшний день кардиологи поликлиник располагают широким спектром фармакологических препаратов для терапии пациентов с перенесенным ИМ, положительно влияющих на отдаленный прогноз. Основная роль при ведении данной категории пациентов отведена бета-адреноблокаторам (ББ), двойной антиагрегантной терапии (ДААТ), ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)/ блокаторам рецепторов ангиотензина (БРА) и статинам [11], а в сложных клинических случаях – методам своевременного восстановления коронарного кровотока: чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) и коронарному шунтированию (КШ) [116].

К сожалению, в реальной клинической практике КР по целому ряду причин далеко не всегда выполняются в полном объеме. Наиболее точным методом, позволяющим получить объективную информацию о качестве оказания

медицинской помощи на всех этапах заболевания, являются медицинские регистры [10]. В России первые регистры появились в 70–80-х годах прошлого века, и одним из первых был регистр острого инфаркта миокарда [10]. По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) ежегодно умирают 0,6–1,4% больных, нефатальные инфаркты случаются с частотой 0,6–2,7% в год [21, 22, 60]. В нашей стране известно весьма ограниченное количество регистров пациентов с ИМ, в большинстве случаев в них оценивались особенности течения заболевания на момент острой стадии болезни, значительно реже – оценка оказания медицинской помощи на отдаленных стадиях болезни [37]. В значительной части это объясняется тем, что в госпитальных регистрах ИМ существенно затруднен поиск перенесших ИМ больных, а отсутствие прямого контакта с больным делает проблематичным оценку осложнений заболевания и реально получаемой ими терапии [66]. Эти проблемы значительно лучше решаются в амбулаторных регистрах, однако в нашей стране не существует ни одного амбулаторно-поликлинического регистра больных, перенесших ИМ. В таких амбулаторно-поликлинических регистрах как РЕКВАЗА, ПРОФИЛЬ, РЕГАТА включались больные с разными сроками после перенесенного ИМ, соответственно в них отсутствует возможность проследить динамику заболевания и методов лечения от острой и подострой его фаз до отдаленных исходов, оценить качество терапии на всех этапах наблюдения [9, 32, 46].

Изучение преемственности терапии между госпитальным и поликлиническим этапами ведения пациентов с ИМ, в условиях амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, на данный момент подробно изучено не было. С другой стороны, наблюдательные исследования демонстрируют в целом низкий уровень соблюдения рекомендаций по ведению пациентов с очень высоким риском ССО и низкую частоту назначения жизненно важных сердечно-сосудистых препаратов [143].

Качество терапии пациентов может зависеть от степени выявления больных высокого риска ССЗ, приверженности врачей к внедрению современных КР в

практику, приверженности больных к лечению [40], которая в свою очередь включает в себя приверженность больных к приему медикаментозной терапии [76, 122] и их приверженность к посещению врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) [91, 94, 127].

Таким образом, создание амбулаторно-поликлинического регистра пациентов с ИМ (ПРОФИЛЬ-ИМ), позволяющего проследить динамику состояния больного и оценить качество медикаментозного лечения на протяжении длительного времени, начиная с первого обращения пациента после выписки из стационара и далее на этапе длительного наблюдения в территориальной поликлинике, представляется актуальной задачей.

### **Степень разработанности темы исследования**

Впервые проведен анализ терапии и оценено качество назначаемого лечения у пациентов, перенесших ИМ, на всех этапах наблюдения пациента в условиях реальной клинической практики на основании результатов амбулаторно-поликлинического регистра ПРОФИЛЬ-ИМ.

### **Цель исследования**

В рамках регистра ПРОФИЛЬ-ИМ у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, оценить качество медикаментозной терапии на этапах раннего постгоспитального наблюдения и длительного наблюдения в амбулаторно-поликлинических условиях.

## **Задачи исследования**

1. Изучить качество догоспитальной терапии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, с учетом наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Проанализировать качество терапии при выписке пациентов из стационара и назначенной терапии в поликлинике, учитывая соответствие клиническим рекомендациям, инструкциям к препаратам, наличия льготного лекарственного обеспечения.

3. Оценить преемственность между стационаром и поликлиникой в назначении основных классов лекарственных препаратов, рекомендованных после перенесенного острого инфаркта миокарда.

4. Изучить приверженность пациентов к назначенной терапии на всех этапах амбулаторно-поликлинического наблюдения, проанализировать ее изменение в процессе амбулаторного наблюдения и влияние на исходы заболевания.

5. Оценить эффективность назначенной терапии по суррогатным конечным точкам (достижение целевых показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений, достижение целевых показателей липидного спектра, улучшение качества жизни).

6. Оценить качество терапии с применением индекса рациональной фармакотерапии и связь исходов заболевания со значениями индекса рациональной фармакотерапии.

## **Научная новизна**

Впервые в рамках амбулаторно-поликлинического регистра был проведен комплексный анализ качества лечения и наблюдения пациентов, перенесших ИМ. На основании медицинской документации поликлиники ретроспективно проведен



анализ качества догоспитальной терапии до референсного ИМ и ее соответствия современным представлениям по ведению пациентов с высоким и очень высоким риском ССО. Проведена оценка преемственности терапии, назначенной при выписке из стационара и в поликлиники, с учетом современных КР и особенностей течения основного заболевания, выявлены ошибки взаимодействия (across setting). При длительном наблюдении пациентов изучена частота назначения лекарственных препаратов, влияющих на прогноз после перенесенного ИМ, оценена частота достижения целевых показателей, определяющих эффективность данной терапии. Продемонстрирован вклад приверженности пациентов к проводимой терапии в развитие ССО. Оценена связь между качеством терапии, рассчитанной с помощью интегрированного индекса рациональной фармакотерапии (ИРФТ), и исходами заболевания.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

В условиях практического здравоохранения отражена реальная картина наблюдения и лечения пациентов с высоким и очень высоким риском ССО. Показана реальная ситуация с преемственностью между стационаром и поликлиникой в отношении назначения терапии, улучшающей прогноз у перенесших ИМ пациентов. Продемонстрированы нереализованные возможности терапии, выявлен низкий процент пациентов, получающих целевые дозы препаратов в первый год после перенесенного ИМ, определены факторы, связанные с низкой приверженностью к лечению, предложены мероприятия, направленные на улучшение взаимодействия врача и пациента в условиях практического здравоохранения. Реально существующая система профилактики (как первичной, так и вторичной) далеко не всегда на практике реализуется в полном объеме. Систематизированный подход к оценке качества терапии и

приверженности к лечению позволит улучшить оказание медицинской помощи пациентам, перенесшим ИМ, на всех этапах амбулаторного наблюдения.

### **Методология и методы исследования**

Работа выполнена на базе проспективного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ, посвящена оценке качества фармакотерапии на всех этапах амбулаторно-поликлинического наблюдения пациентов, перенесших ИМ. Использовались амбулаторная карта пациента, индивидуальная карта больного, анкета пациента, аналитические, клинико-инструментальные и лабораторные методы обследования.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Регистр ПРОФИЛЬ-ИМ показал, что большинство больных, перенесших ОИМ, уже имели сердечно-сосудистые заболевания либо набор традиционных факторов риска ИБС (в т.ч. артериальная гипертензия (АГ) или сахарный диабет (СД)), относились к пациентам высокого и очень высокого риска ССО, т.о. развитие ИМ у них было вполне предсказуемым.

2. Большая часть больных до развития ИМ не была охвачена системой первичной и вторичной профилактики заболевания, назначенная терапия мало соответствовала современным КР. Это относилось к больным с уже установленным диагнозом ИБС и в большей степени касалось лекарственных препаратов (ЛП), способных улучшить прогноз заболевания, т.е. статинов.

3. На постгоспитальном этапе большинству пациентов после ИМ были назначены основные классы ЛП, которые в соответствии с современными КР

необходимые для улучшения отдаленных исходов заболевания. Однако выбор конкретного ЛП из группы ББ и иАПФ/БРА не всегда соответствовал данным доказательной медицины, современным КР и официальной инструкции по применению ЛП.

4. В реальной клинической практике лишь небольшая часть пациентов с типичной стенокардией получает медикаментозную терапию, соответствующую современным КР, соответственно, уникальные возможности антиишемической терапии часто остаются нереализованными.

5. Приверженность к назначенной терапии остается достаточно низкой на всех этапах наблюдения, при этом основными факторами неприверженности к терапии остаются нежелательные эффекты терапии и общее хорошее самочувствие пациента. Использование опросника национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ) позволило выявить бóльшую долю неприверженных и частично приверженных лечению пациентов, чем при прямом опросе врачом.

6. Низкие значения ИРФТ продемонстрированы более, чем у половины больных 77 (51,7%), перенесших ИМ.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность результатов работы заключается в использовании статистического анализа при оценке полученных результатов при достаточном объеме материала. Проанализированы результаты работ российских и зарубежных авторов по вопросам данной тематики.

Апробация диссертации состоялась на заседании апробационной комиссии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России 1 декабря 2022 года (протокол №59/2). Диссертация рекомендована к защите. Основные положения диссертации нашли своё отражение в докладах на российских научных форумах и конференциях: «Неинфекционные заболевания и здоровья населения России» (Москва, 2016, 2017,

2019 г.), XV Всероссийский конгресс «Артериальная гипертензия 2019: профилактика и лечение» (Москва, 2019), Российский национальный конгресс кардиологов (Екатеринбург, 2019).

**Личный вклад автора** заключается в следующем: участие в организации исследования, в наборе пациентов и проведении всех этапов исследования; заполнение индивидуальных карт пациентов, ввод результатов обследований в электронную базу с последующей обработкой полученных данных и проведением статистического анализа; подготовка статей и тезисов для публикации результатов диссертационного исследования, представление основных результатов исследования на научных форумах и конференциях различного уровня.

### **Публикации по теме диссертации**

По теме диссертации опубликованы 17 научных работ: 7 статей, которые представлены в рецензируемых изданиях, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки России, в том числе входящие в международные базы цитирования Scopus, 9 тезисов, зарегистрирована 1 база данных.

### **Внедрение результатов исследования**

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

## **Структура и объём диссертации**

Диссертация представлена на 147 страницах компьютерной верстки и состоит из введения, четырех глав (обзор литературы, материал и методы, результаты исследования, обсуждение полученных результатов), выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и пяти приложений. Работа иллюстрирована 37 таблицами, 11 рисунками. Список литературы включает 144 источников: 67 отечественных и 77 зарубежных авторов.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1 Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда: распространенность в Российской Федерации, значение для отдаленного прогноза

Ишемическая болезнь сердца является основной причиной смертности в структуре осложнений сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире и представляет собой глобальную проблему общественного здоровья [117, 136]. Согласно данным исследования Global Burden (2020) ИБС страдают ~126 млн человек во всем мире (1655 на 100 тыс.), что составляет 1,72% населения планеты. В Европе показатели распространенности ИБС составили 3547 на 100 тыс., в США — 2929 на 100 тыс. К сожалению, отечественные данные по этим показателям существенно выше и составляют 4198 на 100 тыс. [104].

Одним из наиболее серьезных осложнений ИБС является ИМ, который возникает чаще всего вследствие окклюзии сосудов сердца, связанной с атеротромбозом. ИМ обычно возникает внезапно, его симптомы хорошо известны, разработаны четкие критерии диагностики [134]. По данным официальной статистики в 2020г было зарегистрировано 154457 случаев первичного ИМ и 21041 случай повторного [24]. Распространенность ИМ среди населения 35-64 лет согласно результатам исследования эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ-проспективное [15] выше у мужчин по сравнению с женщинами и увеличивается с возрастом у лиц обоего пола: от 0,8% до 10,1% у мужчин и от 0,2% до 2,9% у женщин, составив в среднем 5,2% и 1,5%, соответственно [59].

Современная система лечения острого коронарного синдрома (ОКС) в нашей стране опирается на Клинические рекомендации Российского кардиологического общества, утвержденные Научно-практическим советом Минздрава России [1, 5] и порядком оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. с последними изменениями от 21.02.2020 г.) [57].

Несмотря на снижение летальности при ОКС [7], у выживших пациентов сохраняется высокий риск повторных ССО в отдаленном периоде, таких как смерть, рецидивирующий ИМ, повторный ИМ, сердечная недостаточность, аритмия, стенокардия и инсульт [141]. По данным исследования ЭССЕ-РФ за период наблюдения в течение 6,21[5,25; 6,75] лет повторный ИМ развился у 9,7% мужчин и 9 (7%) женщин [59]. Смертность пациентов, перенесших ИМ, существенно выше, чем в популяции в целом. Это в первую очередь относится к пожилым пациентам, пациентам с артериальной гипертонией, сахарным диабетом, инсультом [102]. По данным зарубежных авторов по крайней мере, 5-10% выживших умирают в течении первых 12 месяцев после ИМ, а около 50% нуждаются в госпитализации в течении того же года. Анализ данных российского регистра ОКС РЕКОРД-3 показал, что частота случаев смерти, развившихся за 12 месяцев после ОКС на постгоспитальном этапе, составила 8,4% [63], а в амбулаторном регистре РЕГАТА смертность пациентов с ИМ любой давности в течении 6 лет – 41,6% [46]. Примерно такие же данные были продемонстрированы в зарубежных исследованиях [115].

Причины высокой смертности пациентов с ИМ на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения носят комплексный характер и могут зависеть от очень разных факторов. При таком серьезном прогнозе изучение факторов, увеличивающих риск развития повторного ИМ и ССО, является ключевой проблемой профилактики ССЗ и снижения уровня смертности у данной категории пациентов.

## **1.2 Основные цели при выборе тактики лечения пациента после перенесенного инфаркта миокарда**

Главными целями при выборе тактики лечения после перенесенного ИМ являются: предупреждение ССО и улучшение отдаленного прогноза, а также

улучшение качества жизни пациента. Эффективные меры вторичной профилактики у пациентов после перенесенного ИМ включают участие в программе кардиореабилитации, модификации образа жизни и использование постоянного приема ЛП, положительно влияющих на прогноз, диспансерное наблюдение. Данные доказательной медицины однозначно продемонстрировали, что отдаленный прогноз заболевания больных, перенесших ИМ, можно существенно улучшить, в первую очередь за счет медикаментозной терапии. Ряд рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) показал, что назначение и длительный прием рекомендованных после острого коронарного синдрома ЛП связано с улучшением клинических результатов и снижением риска ССО [98, 113]. Эта схема включает длительный прием аспирина и высокоинтенсивных доз статинов в дополнение к ингибитору Р2У12, который рекомендован для приема только в течение определенного периода после ИМ. В зависимости от клинической ситуации рекомендован прием ББ и иАПФ/БРА. Таким образом, на сегодняшний день кардиологи поликлиник располагают широким спектром фармакологических препаратов для терапии пациентов с перенесенным ИМ, положительно влияющих на отдаленный прогноз. К сожалению, в реальной клинической практике КР по целому ряду причин далеко не всегда выполняются в полном объеме.

### **1.3 Регистры пациентов с инфарктом миокарда как способ изучения качества медицинской помощи на этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения**

Наиболее точным методом, позволяющим получить объективную информацию о качестве оказания медицинской помощи на всех этапах заболевания, являются медицинские регистры, которые позволяют установить



связь между клиническими исходами и различными стратегиями ведения пациентов, а также выявить факторы, влияющие на эти исходы [10].

В России первые регистры появились в 70–80-х годах прошлого века, и одним из первых был регистр острого инфаркта миокарда [10]. По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений ежегодно умирают 0,6–1,4% больных, нефатальные инфаркты случаются с частотой 0,6–2,7% в год [21, 22, 60]. В нашей стране известно весьма ограниченное количество регистров пациентов с ИМ, в большинстве случаев в них оценивались особенности течения заболевания на момент острой стадии болезни, реже изучались течение отдаленной стадии болезни и отдаленные исходы [37]. В значительной части это объясняется тем, что в госпитальных регистрах ИМ существенно затруднен поиск перенесших ИМ больных, а отсутствие прямого контакта с больным делает проблематичным оценку осложнений заболевания и реально получаемой ими терапии [62]. Эти проблемы значительно лучше решаются в амбулаторных регистрах, однако в нашей стране не существует ни одного амбулаторно-поликлинического регистра больных, перенесших ИМ. В таких амбулаторно-поликлинических регистрах как РЕКВАЗА, ПРОФИЛЬ, РЕГАТА включались больные с разными сроками после перенесенного ИМ, соответственно в них отсутствует возможность проследить динамику заболевания от острой и подострой его фаз до отдаленных исходов, оценить качество терапии на всех этапах наблюдения [9, 32, 46].

Таким образом, создание амбулаторно-поликлинического регистра пациентов с ИМ (ПРОФИЛЬ-ИМ), позволяющего проследить динамику состояния больного и оценить качество медикаментозного лечения на протяжении длительного времени, начиная с первого обращения пациента после выписки из стационара и далее на этапе длительного наблюдения в территориальной поликлинике, является актуальным и своевременным.

## **1.4 Значение оценки качества терапии на всех этапах амбулаторно-поликлинического наблюдения**

### **1.4.1 Оценка качества терапии на догоспитальном этапе**

Качество получаемой медикаментозной терапии является одной из важнейших составляющих, влияющих на течение и исход ССЗ, в частности, после перенесенного ИМ. Как известно, так называемая догоспитальная терапия, предшествующая развитию ИМ, в значительной степени отражает качество первичной (у лиц без ИБС) и вторичной (у лиц с наличием ИБС) профилактики ИМ [107, 132], которое с позиций доказательной медицины должно соответствовать современным КР [1, 5, 112]. В первую очередь, безусловно, интерес представляет частота использования препаратов, способных улучшить прогноз заболевания и продлить жизнь пациентов (так называемых "life-saving drugs").

Однако целый ряд наблюдательных исследований, в том числе проведенных в рамках регистров, свидетельствует о том, что получаемая пациентами терапия часто оказывается не соответствующей современным КР [36, 64, 143]. Так в регистре ЛИС-3 (регистр острого коронарного ОКС Люберецкой районной больницы №2) выявлен низкий уровень приема пациентами основных препаратов, используемых для первичной и вторичной профилактики ССЗ. Частота приема антиагрегантов и ББ на догоспитальном этапе составила 23,2% и 25,1%, соответственно. Как и в регистре ЛИС-1, у пациентов регистра ЛИС-3 на догоспитальном этапе выявлена низкая доля пациентов, которые получали статины (4,9%), а доля пациентов, получавших иАПФ/БРА, составила 37,6% [52].

В целом обращала на себя внимание низкая частота приема пациентами некоторых групп ЛП, используемых для первичной и вторичной профилактики ССЗ до развития у них ИМ, хотя известно, что качество догоспитальной терапии может существенно влиять на ближайший и отдаленный период жизни больного [37].

Как показали предыдущие наблюдательные исследования, несмотря на ясное понимание значимости первичной и вторичной профилактики ССЗ, более широкое использование новых методов обследования и лечения пациентов, внедрение новых КР в амбулаторно-поликлиническую практику, существенной положительной динамики картины получаемой на догоспитальном этапе терапии не наблюдается. Решение этой задачи имеет комплексный характер, требующий регулярного рассмотрения всех механизмов оказания медицинской помощи, в том числе и четкого анализа терапии пациентов, перенесших ИМ, на всех этапах наблюдения.

#### **1.4.2 Преемственность между стационаром и поликлиникой в назначении медикаментозной терапии. Приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций**

Кроме оценки факторов риска, связанных с отдаленной выживаемостью пациентов с ИМ, большое значение имеет качество назначенной лекарственной терапии при выписке из стационара. Внимание к этой важной части терапии и ее анализ может существенно помочь в поиске наиболее эффективных стратегий улучшения лечения в целом.

Данные многочисленных исследований показывают, что в целом процент соблюдения КР на этом этапе лечения невысок. Причем этот факт характерен для стран с самым различным уровнем экономики. Исследования, проведенные в США и Нидерландах, показали, что 30-40% больных, выписанных с ОКС, не получают помощи в соответствии с современными КР, при этом 20-25% назначаемых вмешательств не являются необходимыми или даже небезопасны [93]. Недавнее французское исследование с участием более 5000 пациентов с ИМ показало, что около 40% пациентов не получали должного лечения [135]. Это имело клинические последствия, поскольку у пациентов, получавших недостаточное лечение, смертность в течение первого года была значительно выше.

Несмотря на создание компьютерных сетей и условий для быстрой доставки больных с ОКС в стационары, КР в отношении назначения медикаментозной терапии на этом этапе выполняются далеко не всегда [140]. Причинам недостаточного соблюдения КР посвящены многочисленные исследования. По данным анализа 76 исследований, в которых проводился опрос врачей, было показано, что барьеры на пути соблюдения КР могут возникать на самых разных этапах оказания медицинской помощи – на уровне одного врача и команды врачей, на уровне больного, на уровне организации медицинской помощи [138].

В нашей стране достигнуты определенные успехи в решении задачи по внедрению принципов доказательной медицины в клиническую практику, однако, следует признать, что лекарственные назначения далеко не всегда соответствуют основным положениям современных КР. При изучении предикторов приверженности врачей первичного звена КР в области фармакотерапии пациентов с ИБС был выявлен важный факт, значимость которого далее была подтверждена в многофакторном анализе. Наличие в анамнезе у пациента ИМ ассоциировано с неоптимальным выполнением специалистами КР: наличие ИМ снижало вероятность высокой приверженности врачей к КР (отношение шансов (ОШ) 0,28; 95%ДИ 0,16-0,48;  $p < 0,001$ ). Данный аспект требует более детального изучения, так как категория постинфарктных больных особо остро нуждается в максимально адекватном фармакологическом лечении для предотвращения повторных коронарных событий [18]. С результатами исследования в определенной мере согласуются данные, полученные в регистре РЕГАТА: среди факторов, влияющих на отдаленный прогноз, оказалась приверженность к выполнению КР. При длительном наблюдении пациентов с перенесенным ИМ оказалось, что умершие пациенты реже получали лекарственную терапию, соответствующую КР [46].

Частота назначения рекомендуемых препаратов для вторичной профилактики стала критерием оценки качества медицинской помощи как в стационарах, так и амбулаторных учреждениях по всему миру. Если назначение лекарственной терапии согласно КР в стационарах достаточно высокое и может превышать 90% в отношении некоторых классов препаратов, при этом примерно  $\frac{3}{4}$  пациентов

получают оптимальный режим медикаментозной терапии, то в течение первого года после ИМ соблюдает предписания согласно КР примерно половина пациентов [77]. Авторы показали, что этот факт в основном был связан со снижением дозы статина и ранней отменой ингибитора P2Y12. В некоторых случаях отмена препаратов была проведена в связи с нежелательными явлениями, связанными с приемом препарата, но в большинстве случаев причины неназначения ЛП остались неизвестными. Также было четко продемонстрировано, что если ЛП отсутствовал на момент выписки пациента в его выписном эпикризе без указания на то, что ЛП имеет противопоказания для назначения, он потом крайне редко назначался врачами общей практики в течение первого года. Безусловно, это отражает тот факт, что врачи поликлиник полностью доверяют рекомендациям по лечению, которые пациент получает при выписке.

Данные наблюдательных исследований убедительно демонстрируют определенные проблемы и сложности в соблюдении КР в реальной жизни, особенно при долгосрочной перспективе, что четко свидетельствуют о неполном объеме лекарственной терапии с целью вторичной профилактики. Крайне важно, чтобы внимание было сосредоточено на группах пациентов с повышенным риском неназначения важных для прогноза ЛП: женщины, пожилые пациенты, пациенты с мультиморбидностью, сниженной ФВ [77].

Результаты исследований показывают важность продолжения изучения причин неоптимального назначения терапии при выписке, что подтверждается литературными данными, которые в значительной степени показали влияние оптимальной терапии на смертность в течение первого года после ИМ [99, 135].

### **1.4.3 Оценка качества терапии на этапе амбулаторно поликлинического наблюдения**

Современная доказательная медицина располагает неоспоримыми данными о том, что прогноз жизни больных, выживших после перенесенного ИМ может быть

существенно улучшен с помощью ряда ЛП, что было доказано в целом ряде крупных РКИ и нашло отражение в современных КР, в которых эти классы ЛП рассматриваются обязательными к назначению практически всем больным после перенесенного ИМ. Текущие рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) и Американского Колледжа кардиологии/Американской кардиологической ассоциации (ACCF/АНА) рекомендуют схему приема препаратов для длительной терапии пациентов с ИМ, которая включает длительный прием аспирина и высокоинтенсивные дозы статинов в дополнение к ингибитору P2Y<sub>12</sub>, прием которого должен продолжаться, как правило, до 1 года. В зависимости от рекомендаций, ББ и иАПФ/БРА рекомендуются при определенных клинических условиях [95, 101, 105, 118, 130]. Несмотря на то, что в ряде исследований было продемонстрировано адекватное соблюдение КР, оказалось ни в одном из них не оценивался факт интенсивности терапии статинами и назначение ингибитора P2Y<sub>12</sub>, что также является очень важным фактом для суждения о проведении оптимальной терапии [70, 90, 139]. Считается, что оценка назначения высокоинтенсивных доз статинов (т.е. аторвастатин 40–80 мг, розувастатин 20–40 мг), должна быть одним из основных элементов оценки качества терапии после ИМ [126]. Не вызывает сомнения и тот факт, что оценка качества терапии должна в обязательном порядке включать информацию о причинах неназначения лекарственного препарата [85].

Известно, что ББ и иАПФ/БРА довольно широко назначаются у пациентов с перенесенным ИМ, в т.ч. и у пациентов с сохраненной ФВ ЛЖ. В исследовании Bruggmann S. et al. 83,3% пациентов получили ББ и 94,2% получили иАПФ/БРА при выписке из больницы [77]. Несмотря на то, что систематическое использование этих двух классов препаратов у пациентов с ИМ и сохраненной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ сегодня подвергается сомнению, тем не менее кардиологи сохраняют осторожность и продолжают назначать эти препараты практически всем пациентам после перенесенного ИМ. Проблема выбора наиболее эффективного препарата внутри одного и того же класса с позиций доказательной медицины крайне непроста, а иногда и просто не имеет решения. При отсутствии

прямых сравнений между такими препаратами в РКИ можно рекомендовать пользоваться косвенными данными: оценивать качество проведенных РКИ и, соответственно, отдавать предпочтение тем препаратам, которые изучались в РКИ наиболее высокого качества. Крайне важным является соблюдение одного из основных принципов доказательной медицины – результаты РКИ применимы только к тем больным, которые участвовали в конкретном РКИ, и не могут быть распространены на другие категории больных. При невозможности выбрать препарат с использованием указанных выше принципов рекомендуется делать выбор, исходя из данных, отраженных в инструкции к препарату, удобства приема (частота назначения) и учета официально зарегистрированных противопоказаний и ограничений к назначению [36].

Следует отметить, что внутри каждого из основных классов препаратов, рекомендуемых после ИМ, существует достаточно большое число отдельных препаратов, которые нередко наделяют абсолютно одинаковыми свойствами, используя термин «класс-эффект». Между тем, разные представители класса нередко имеют совершенно разную доказательную базу в отношении влияния на конкретные исходы болезни, в т.ч. у определенной категории пациентов, а ряд препаратов вообще не имеют таковой, поскольку с ними или не были проведены РКИ. Кроме того, в ряде РКИ показано, что представители одного и того же класса нередко обладают разным фармакологическим действием, неодинаково влияют на исходы болезни и различаются по безопасности [88]. Все это в полной мере относится к препаратам, используемым для улучшения исходов после перенесенного ИМ. Так, далеко не все ББ и иАПФ согласно официальной инструкции имеют показание «перенесенный ИМ, однако в последнее время наметилась тенденция заменять внутри класса одни препараты другими, нередко вопреки официальной инструкции по применению ЛП, а также действующими или актуальными на данный момент КР.

Хорошо известно, что проблема взаимозаменяемости лекарственных препаратов внутри класса весьма непростая и должна решаться исключительно на основании принципов доказательной медицины [100]. Далеко не всегда

существуют доказательства того, что один препарат – представитель класса, может быть заменен на другой без потери терапевтического эффекта [72]. Поэтому выбор препарата внутри класса, как правило, делается исключительно исходя из доказанности действия при проведении РКИ в конкретной клинической ситуации, он обычно регламентируется КР и официальной инструкцией по применению препарата.

ББ с фармакологической точки зрения – достаточно разнородная группа препаратов, поэтому неудивительно что не все они имеют одинаковую доказательную базу в улучшении прогноза жизни больных, перенесших ИМ [86]. Назначение ББ после перенесенного ИМ было первым примером доказательства возможности снижения смертности больных, перенесших ИМ, и явилось огромным прорывом в области клинической медицины [87]. После завершения ряда РКИ, продемонстрировавших такие свойства ББ, эти препараты стали обязательными к применению у всех больных, перенесших ИМ, при отсутствии противопоказаний к их назначению, этот факт не подвергается сомнению и в настоящее время [118]. На сегодняшний день четкие доказательства влияния на отдаленные исходы болезни у больных имеют только два ББ – метопролол и карведилол.

Похожая ситуация сложилась и с назначением иАПФ, которые были вторыми после ББ, доказавшими возможность снижения смертности в отдаленные сроки после перенесенного ИМ [35, 118]. Этот эффект был доказан не для всех представителей этого класса, в первую очередь это были каптоприл, эналаприл, рамиприл, лизиноприл и трандолаприл. Определенная доказательная база в этом отношении имеется и для зофеноприла. Этот факт достаточно четко отражен в современных КР, как зарубежных, так и отечественных. Крайне важно, что официальные инструкции, утвержденные Минздравом РФ [3], допускают применение после перенесенного ИМ только шесть иАПФ (эналаприл, рамиприл, лизиноприл, трандолаприл, каптоприл и зофеноприл), т.е. в данной ситуации никаких принципиальных расхождений между данными доказательной медицины и официальной инструкцией нет.



Сохраняются определенные проблемы, в отношении назначения антиангинальных/антиишемических препаратов несмотря на то, что современный врач обладает достаточным арсеналом лекарственных средств для предотвращения приступов стенокардии и улучшения качества жизни [106]. В последнее время все чаще уделяют внимание к лечению пациентов с сочетанием двух и более заболеваний. Это связано, прежде всего, со значительным распространением различных коморбидных состояний и с их негативным влиянием на течение заболевания (увеличение числа госпитализаций, повышение смертности и риска развития тяжелых осложнений), которые во многом затрудняют выбор лекарственной терапии и требуют особо пристального внимания к контролю ее эффективности и безопасности.

Таким образом, любые отклонения от качественной вторичной профилактики после перенесенного ИМ создают основания сомневаться, что больные, недавно перенесшие ИМ, получают в полной мере ту выгоду от лекарственной терапии в отношении улучшения отдаленных исходов болезни, которую они могли бы получить, если бы этот выбор был более адекватен. В связи с этим продолжение исследований по анализу качества терапии и поиску подходов для адекватной оценки этого качества у пациентов после ИМ не теряют своей актуальности.

### **1.5 Приверженность пациентов врачебным рекомендациям как элемент качества проводимого лечения**

Одной из значимых составляющих проведения эффективной фармакотерапии и достижения ее целей является приверженность лекарственному лечению. В последнее время значимость этой проблемы постоянно растет, ей посвящается все большее количество научных статей и обзоров [61]. Это обусловлено с тем, что одним из основных факторов, снижающих риск развития неблагоприятных ССО, является регулярная лекарственная терапия в соответствии с современными КР [14]. В то же время у коморбидных пациентов приверженность к лечению всегда

является проблемой вследствие необходимости принимать большое количество препаратов [30].

По определению Всемирной Организации Здравоохранения приверженность лечению (treatment adherence) — это степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни соответственно рекомендациям врача, медицинского работника [89]. Данные отечественных и зарубежных исследований по изучению приверженности позволяют сделать заключение, что пациенты, перенесшие ИМ, нередко имеют низкую приверженность мероприятиям по вторичной профилактике ССО [61, 144]. Очевидно, что несоблюдение режима лечения может вести к увеличению потенциально предотвратимых случаев ССО и смертности, увеличению количества незапланированных визитов в поликлинику или госпитализаций, что влечет за собой увеличение финансовых затрат на оказание медицинской помощи. Всегда возникает вопрос, какие факторы влияют на нежелание пациента выполнять рекомендации врача. Среди возможных причин называют плохое соблюдение врачами современных клинических рекомендаций, низкую приверженность больных назначенному врачами лечению и прочие причины. В последнее время в ряде областей медицины стали обращать внимание и на такой фактор как готовность больных посещать лечебные учреждения. Специальный термин “non-attendance” (буквальный перевод “непосещение”) был предложен еще в конце 1970-х [78].

Влияние низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений на приверженность к медикаментозной терапии было рассмотрено в проспективном когортном исследовании, проанализировавшем приверженность к медикаментозной терапии пациентов после выписки из стационара, проведенном в многопрофильной больнице Бейлинсон (в составе Медицинского центра им. И. Рабина, Израиль) [110]. Сниженная приверженность отмечалась среди пациентов, которым было прописано 7 и более препаратов в день, и была связана с низкой приверженностью больных к посещению врачей общей практики после выписки из стационара. Таким образом, частая смена терапии, проводимая врачами общей

практики, снижает приверженность пациентов к соблюдению рекомендаций по их приему, особенно среди больных с хроническими заболеваниями, потому что, как известно, быстрый подбор эффективной терапии положительно влияет на медикаментозную приверженность. Меньшее число смен препаратов оказывает позитивный психологический эффект на больного и способствует его комплаентности [2, 103].

В нашей стране наибольшую распространенность среди косвенных методов оценки приверженности приобрели прямой опрос или интервьюирование пациентов врачом, использование различных опросников, оценка клинического ответа пациента. Реже используются подсчет таблеток и пустых блистеров и анализ дневников самоконтроля пациентов. Следует учесть, что последние методы оценки приверженности в реальной клинической практике возможны только с согласия самого больного.

Среди факторов прекращения/нерегулярного приема чаще всего обозначались субъективные причины, такие как забывчивость, боязнь побочных эффектов ЛП, нежелание принимать ЛП длительно и хорошее самочувствие [49]. Продолжаются исследования по изучению факторов, влияющих на приверженность у пациентов после ИМ. Было показано, что женщины менее привержены приему гиполипидемических препаратов, чем мужчины [73]. Большое внимание в отношении оценки приверженности терапии и ее коррекции требуют как пожилые, так и молодые пациенты, пациенты с сопутствующими заболеваниями, безработные и пациенты с низким социальным статусом или низким уровнем образования, одинокие пациенты и пациенты, продолжающие курить [79]. К эффективным вмешательствам, направленным на повышение приверженности пациентов к медикаментозному лечению были отнесены: информационные стратегии (телефонные тренинги, групповые занятия, информационные инструкции в электронном виде, использование мотивационных стратегий), поведенческие стратегии (использование таблетниц, электронные оповещения о времени приема препаратов), стратегии, сосредоточенные на социальной поддержке (обучение пациентов и членов их семей, организации групповых

занятий), уменьшение количества принимаемых препаратов в день и дальнейшее непрерывное поддержание связи врачей амбулаторных учреждений с пациентом для дальнейшего мониторинга состояния и эффективности лечения [74, 97, 121]. При этом было отмечено, что комбинированные вмешательства улучшили как приверженность, так и исходы [97, 114].

Таким образом, выявление факторов, влияющих на приверженность пациента лечению после перенесенного ИМ, и оценка роли возможных вмешательств с целью повышения приверженности не теряют своей актуальности и в настоящее время, несмотря на достаточно длительный срок прилагаемых усилий для решения этой проблемы. Значимость барьеров приверженности нередко индивидуальна и существенно варьирует у разных пациентов в разных ситуациях. Максимально эффективной стратегией, по всей вероятности, должен быть путь воздействия на все или большинство известных барьеров приверженности.

### **1.6 Комплексная оценка качества фармакотерапии с применением специальных индексов**

Вопросы, связанные с определением основных параметров рациональной фармакотерапии (ФТ), до конца в современной медицине не разрешены. Необходимость комплексной оценки качества назначаемого пациентам лечения и приверженности больных этому лечению назрела давно. В ряде исследований была подтверждена тесная взаимосвязь и взаимовлияние данных аспектов [71]. Наряду с параметрами, относящимися к качеству лечения (назначение ЛП, его эффективность и безопасность), рекомендуется включать и показатели приверженности больных назначенному лечению [29]. Такая концепция представляется весьма оправданной: реализация принципов рациональной ФТ и достижение ее ведущих целей — улучшения прогноза заболевания и жизни пациентов с ССЗ, возможны только при сочетании высокой приверженности

врачей КР и назначении ФТ надлежащего качества, с полной приверженностью пациентов к выполнению врачебных рекомендаций по лекарственному лечению. Эти характеристики позволяют оценить предложенный новый инструмент — интегрированный показатель — ИРФТ [29]. Установлено, что у пациентов со стабильной ИБС при значениях ИРФТ <50% риск неблагоприятных исходов выше в 3 раза.

Поскольку расчет ИРФТ способен помочь как практическим врачам, так и контролирующим органам в сфере здравоохранения осуществить проверку полноты и корректности назначенного лечения, представляется целесообразным провести оценку качества терапии у пациентов с перенесенным ИМ, а также используя этот показатель оценить риск неблагоприятных исходов.

## **1.7 Заключение по обзору литературы**

Смертность от ИМ особенно высока в течение первого года после референсного события, поэтому качественное амбулаторное наблюдение пациентов, перенесших ИМ, в этот т.н. критичный период является очень важной задачей и может положительно повлиять на отдаленный прогноз.

Как известно, разрыв между доказательной медициной, практически воплощенной в современных КР, и реальной клинической практикой, как правило, весьма существенен, причем степень этого разрыва колеблется в очень значительных пределах и зависит от множества факторов. Организация регистров пациентов, перенесших ИМ, является практически единственным способом отразить реальную ситуацию и, учитывая полученные в этих регистрах результаты, сделать конкретные выводы и предложения о возможности ее улучшения.

Категория больных, перенесших ИМ, особо остро нуждается в максимально адекватном лечении с целью улучшения прогноза и предупреждения повторных

коронарных событий. Выявление различных факторов, влияющих на степень реализации основных положений КР, остается актуальной проблемой, решение которой будет содействовать целенаправленному поиску мер и стратегий по дальнейшему повышению качества лечения в условиях первичного звена здравоохранения.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### 2.1 Дизайн исследования

Настоящее исследование ПРОФИЛЬ-ИМ представляет собой проспективный регистр пациентов, в который включали всех пациентов, последовательно обратившихся к кардиологу в городскую поликлинику №9 г. Москвы или один из двух ее филиалов за период с 1 марта 2014г. по 1 июля 2015г. после госпитализации в связи с перенесенным ИМ. Датой включения в регистр считалась дата первого обращения пациента к кардиологу городской поликлиники №9 или в один из ее филиалов. Была составлена база данных пациентов. Данные медицинской документации (выписка из стационара), личного опроса пациентов занесены в специально разработанную регистрационную карту пациента (см. приложение А, Б). Амбулаторный прием пациентов осуществляли врачи поликлиники, прошедшие специальное обучение по заполнению документации исследования.

Все материалы (карта пациента, анкета и опросники (см. приложение В, Г)), предложенные пациентам для заполнения во время проведения исследования, были одобрены независимым этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ РФ. Каждый больной давал письменное информированное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных (см. приложение Д).

Исследование ПРОФИЛЬ-ИМ зарегистрировано на сайте [ClinicalTrials.gov](http://ClinicalTrials.gov) NCT04063176. В период проведения исследования для оценки качества проводимой терапии ориентировались на действующие в этот период клинические рекомендации.

Наблюдение за пациентами продолжалось не менее 1,5 лет. Отклик за 12 месяцев и 1,5 года наблюдения составил 97,5%, за указанные периоды наблюдений не удалось установить жизненный статус только 4 больных. В течении 1-го года наблюдения умерло 9 (5,6%) больных, за 1,5 года – еще 7 (4,4%) пациентов. Всего

умерло 16 больных (10%), в 14 случаях диагноз был подтвержден патологоанатомическим вскрытием. Общая схема регистра ПРОФИЛЬ-ИМ представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Схема настоящего исследования

## 2.2 Этапы исследования

В амбулаторно-поликлинический регистр включены 160 пациентов, перенесших ИМ.

Исследование строго спланировано с заранее определённым графиком визитов и/или телефонных контактов, что позволило отследить более тщательно течение заболевания каждого пациента, включенного в исследование.

Исследование состояло из трех этапов:

Первый этап (включение пациента в регистр).



Первичный опрос пациента предусматривал: подписание информированного согласия, уточнение факторов риска, сбор анамнеза, включая данные по лечению до референсного ИМ, проведение физикального осмотра и внесение в карту пациента всех полученных данных, в том числе лабораторно-инструментальных исследований амбулаторного этапа. Особое внимание уделялось регистрации лечения (медикаментозного и инвазивного), проведенного до референсного ИМ, и лечения, рекомендованного при выписке из стационара. Произведен анализ назначенного лечения в стационаре, выявление необходимости коррекции терапии на амбулаторно-поликлиническом этапе. Во время визита пациент заполнял анкету по приверженности, с помощью данного опросника можно было оценить регулярность наблюдения пациентов у врачей, информированность больных о своих ССЗ, показателях здоровья. Часть вопросов анкеты позволяла определить потенциальную и фактическую приверженность пациентов к рекомендованному лечению. В опросник также был включен тест по приверженности в модифицированном переводе [28], исключающем неоднозначность трактовки ответов. Для оценки приверженности к медикаментозной терапии применялись два подхода: 1) стандартизированный прямой опрос пациента врачом к приему каждой группы ЛП; 2) анкетирование с помощью модифицированного опросника НОДФ, где 0 баллов (ни одного положительного ответа) соответствовало полной приверженности к лечению; 1 балл (1 положительный ответ) – относительной неприверженности, 2 и более баллов – неприверженности к терапии. По полученным результатам проводилась сравнительная оценка приверженности между назначенной терапией врачом и терапией, реально принимаемой пациентом. Результаты опроса по приверженности к приему каждой группы ЛП оценивались следующим образом: регулярный прием данной группы ЛП —привержен к приему препарата из данной группы ЛП; не регулярно — относительно не привержен, не принимает — не привержен.

На первом и последующих визитах пациенту выдавался дневник для самостоятельного заполнения данных по терапии, которая включала название препаратов, дозы и кратность приема, возможные нежелательные явления. Так же

пациент оценивал свое понимание заболевания с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), которая представляла собой градуированную шкалу от 0 до 10 баллов. Пациент отмечал на шкале вертикальной линией, как он оценивает состояние своего здоровья на момент заполнения, по 10-балльной системе.

Второй этап (проспективная часть): каждые 2 месяца осуществлялся контрольный осмотр пациента или телефонный контакт с пациентом. Во время визита пациента или телефонного контакта уточнялся жизненный статус, фиксировались клинически значимые события: повторные сердечно-сосудистые события, госпитализации по поводу ССЗ, хирургические вмешательства на сердце и сосудах, экстренные госпитализации. Осуществлялся сбор информации по качеству проводимой терапии: отслеживались данные о нежелательных явлениях, причинах смены терапии, уточнялись факторы, повлиявшие на изменения в лечении (по инициативе пациента, наличие или отсутствие в аптечной сети препарата или доступности льготного обеспечения, наличие льготного лекарственного обеспечения и т.д.). Полученные данные вносились в регистрационную (базовую) карту пациента. В случае смерти пациента через его родственников или близких выяснялись дата смерти и ее причины, проведение патологоанатомической экспертизы. При невозможности получить информацию от родственников статус пациентов устанавливался на основании данных ЕМИАС (Единая Медицинская Информационно-Аналитическая Система).

Эффективность терапии оценивалась в соответствии с действующими на момент исследования КР. Критерием эффективности терапии являлся факт достижения суррогатных конечных точек: целевых цифр АД (менее 130/80 мм рт.ст., ЧСС (60-70 уд.в мин в покое), показателей липидного спектра (холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП)<1,8 ммоль/л).

В исследовании были применены такие понятия, как первичная комбинированная конечная точка (ПККТ), которая включала смерть пациента от любой причины, сердечно-сосудистые осложнения (нефатальный ИМ, нефатальный мозговой инсульт, нестабильная стенокардия), экстренные госпитализации по поводу ухудшения течения основного ССЗ, появление

клинически значимых нарушений ритма сердца; и вторичная комбинированная точка (ВККТ), которая включала смерть от сердечно-сосудистых причин, нефатальный ИМ, нефатальный мозговой инсульт.

На этом этапе проводилось структурированное интервью, направленное на оценку степени приверженности лекарственной терапии, анализ данных, полученных в результате самостоятельного ежемесячного заполнения дневника пациентом, который отражал подробную информацию о получаемой лекарственной терапии (указывается торговое название препарата, его дозировка, кратность приема, нежелательные явления), уточнялись причины коррекции терапии.

Третий этап – объединение полученных данных, оценка эффективности проводимой терапии и соответствие ее клиническим рекомендациям, выявление факторов неэффективности. Адекватность выбора ЛП оценивали, в первую очередь, по соответствию официальной инструкции по применению конкретного лекарственного препарата, утвержденной Минздравом Российской Федерации, а также по его соответствию современным КР и имеющимся данным доказательной медицины в виде результатов рандомизированных контролируемых исследований. Проведена оценка риска возникновения ПККТ, у пациентов в зависимости от приверженности к терапии. Проведен анализ полученных данных, которые сочетали основные параметры качества терапии и приверженности к медикаментозному лечению с помощью ИРФТ.

### **2.3 Критерии включения**

- мужчины и женщины любого возраста, перенесшие ИМ (этот ИМ был назван референсным) и обратившиеся в кардиологическое отделение Городской поликлиники (ГП) №9 г. Москвы или ее филиалы с 1 марта 2014г. по 1 июля 2015г;

- постоянное проживание на территории г. Москвы и Московской области;
- подписание информированного согласия на обработку персональных данных;

Исследователь не принимал участие в медицинском наблюдении пациентов, принятии решения о коррекции терапии и изменении тактики ведения пациентов, включенных в регистр.

## 2.4 Критерии исключения

- больные с отсутствием выписного эпикриза из стационара о перенесенном ИМ;
- обращение в поликлинику в период, превышающий полгода после референсного ИМ;
- отказ подписать информированное согласие;
- несоответствие критериям включения.

## 2.5 Характеристика пациентов

В исследование было включено 160 пациентов, перенесших ИМ, из них 106 мужчин и 54 женщины (66,2% vs 33,8% соответственно). Средний возраст пациентов составил  $61,9 \pm 11,9$  (от 33 до 87) лет, в среднем мужчины были моложе женщин на 10 лет  $57,6 \pm 10,1$  (от 33 до 84) vs  $70,4 \pm 10,8$  (от 39 до 87) соответственно. Моложе 60 лет было 73 (45,6%) пациента: 66 (90,4%) мужчин vs 7 (9,6%) женщин, 89 (55,6%) больных были пенсионерами, примерно треть больных 49 (30,6%) уже имели инвалидность. По полученным данным отмечено, что пациенты чаще переносили

инфаркт с подъемом сегмента ST – 105 (65,6%) пациентов, а без подъема ST – 55 (34,4%) пациентов. В таблице 1 представлены основные демографические характеристики включенных в регистр пациентов.

Таблица 1 – Основные демографические характеристика пациентов

Характеристики	Результат
Мужчины/Женщины	106/54 (66,2%/33,8%)
Возраст	61,9±11,9 (от 33 до 87 лет)
<i>мужчины</i>	57,6±10,1 (от 33 до 84 лет)
<i>женщины</i>	70,4±10,8 (от 39 до 87 лет)
Больные моложе 60 лет	73 (45,6%)
<i>мужчины/женщины</i>	66 (90,4%/7 (9,6%)
Образование:	
<i>высшее</i>	57 (35,6%)
<i>средне/ср. специальное</i>	37 (23,1%)/62 (38,8%)
<i>начальное</i>	4 (2,5%)
Работающие	65 (40,6%)
Пенсионеры	89 (55,6%)
Инвалидность	49 (30,6%)
ИМ с подъемом ST	105 (65,6%)
ИМ без подъема ST	55 (34,4%)
ЧКВ на момент референсного ИМ	101 (63,1%)
Посещение поликлиники до ИМ	
<i>регулярно</i>	54 (33,8%)
<i>не регулярно</i>	69 (43,1%)
<i>не посещает</i>	35 (21,9%)

Время от момента выписки из стационара до включения пациента в регистр колебалось в пределах – от 0 до 163 суток, медиана первого обращения составила 19,5 суток (Q1-Q3: 8-43 дня). Как правило, после обращения по месту прикрепления к врачу - терапевту далее пациенты направлялись на консультацию к кардиологу.

Подробные данные о факторах риска ССЗ и сопутствующих заболеваниях перед развитием референсного ИМ, полученные на основании информации, отраженной в амбулаторных картах пациента, а также подробного расспроса пациента на первом визите представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Основные факторы риска ССЗ перед развитием ИМ

Фактор риска	Число больных (%)
Артериальная гипертония (да/нет)	118 (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 типа (да/нет)	45 (28,1%) / 115 (71,9%)
Отягощенная наследственность ранних ССЗ по мужской линии / по женской линии	51 (31,8%) / 56 (35%)

Самым распространенным из них оказалась АГ, которой страдали 73,7% больных. Данные о повышенном уровне холестерина в крови до ИМ были выявлены у трети пациентов больных (30,6%), у остальных пациентов такие данные отсутствовали в амбулаторной карте или были неизвестны в виду неинформированности больных. При первичном осмотре избыточная масса тела зафиксирована у 78% больных. Такие факторы риска, как курение (23,7%) и сахарный диабет (СД) (28,1%) были отмечены у трети пациентов. Данные об отягощённой наследственности при опросе пациентов были выявлены у трети пациентов.

У большей части больных амбулаторные карты не содержали информацию о диагнозе ИБС или ее осложнениях. Сведения о наличии ИБС в анамнезе присутствовали только у 47 (29,4%) больных. Обращает внимание, что у большей части больных с ранее диагностированной ИБС отмечен перенесенный ИМ. В

таблице 3 представлены сведения о наличии ССЗ и их осложнений до развития референсного ИМ.

Таблица 3 – Наличие ССЗ и их осложнений в анамнезе

Сердечно-сосудистое заболевание/осложнение	Число больных (%)
ИБС в анамнезе - да/нет	47/113 (29,4% / 70,6%)
Инфаркт миокарда в анамнезе - да/нет	28/19 (59,6% / 40,5%) *
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 - да/нет	7/40 (14,9% / 85,1%)
Фибрилляция предсердий (ФП) в анамнезе (n) (да/нет)	15/145 (9,4% / 80,6%)
Сердечная недостаточность (n) (да/нет)	1/159 (0,6% / 99,4%)
Ранее перенесенное ОНМК (n) (да/нет/)	12 /148 (7,5% / 92,5%)

Примечание: \* — только из числа больных, имевших в диагнозе ИБС

В таблице 4 представлены данные о наблюдении больных в ЛПУ до развития у них ИМ. По полученным данным следует, что около половины больных, включенных в регистр, за последние 2 года перед ИМ посещали лечебные учреждения, причем значительная часть из них - поликлинику по месту жительства. Примерно треть пациентов в течение последних 2-х лет и более за медицинской помощью не обращались.

Таблица 4 – Наблюдение больных в ЛПУ до развития ИМ

Наблюдение до развития ИМ	Число больных (%)
Посещение центра здоровья <i>Да/ Нет</i>	6 (3,8%)/154 (96,2%)/
Диспансерное наблюдение <i>Да (ПИКС, ГБ, СД)</i>	18 (11,2%)
Последнее обращение в ЛПУ до референсного события:	
<i>менее 1 года</i>	88 (55,0%)
<i>1-2 года</i>	18 (11,2%)
<i>более 2-х лет</i>	54 (33,8%)

Согласно выписному эпикризу у 59 (36,9%) пациентов были зафиксированы на этапе стационарного лечения осложнения после перенесенного ИМ, которые представлены в таблице 5. Обращает внимание, что появление таких осложнений, как гипертонический криз - 12 (20,4%), нарушение ритма сердца (НРС): пароксизм ФП - 9 (15,3%) и ранняя постинфарктная стенокардия 10 (17%) выявлялось намного чаще, чем остальные осложнения.

Таблица 5 – Виды осложнений после перенесенного инфаркта миокарда

Вид осложнения N=59	Частота (%)
Гидроторакс	1 (1,7%)
Гипертонический криз	12 (20,4%)
Желудочно-кишечное кровотечение	1 (1,7%)
Застойная сердечная недостаточность	1 (1,7%)
НРС: желудочковая бигеминия	1 (1,7%)
НРС: пароксизм трепетания предсердий	1 (1,7%)
НРС: пароксизм ФП	9 (15,3%)
НРС: политопная желудочковая э/с	1 (1,7%)
НРС: фибрилляция желудочков	1 (1,7%)
НРС: частая желудочковая э/с	1 (1,7%)
Острая аневризма ЛЖ	7 (11,9%)
Острая аневризма ЛЖ с тромбом	2 (3,4%)
Отек легких	5 (8,5%)
Ранняя постинфарктная стенокардия	10 (17%)
Сердечная астма	1 (1,7%)
Веретенообразная аневризма брюшного отдела аорты	1 (1,7%)
Тромб в области ЛЖ	2 (3,4%)
ТЭЛА	2 (3,4%)

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 ИМ. Оказалось, что практически все больные по тем или иным причинам ранее посещали районные поликлиники, поскольку на них были заведены амбулаторные карты. У значительной части этих больных, как отмечалось ранее, имелись либо диагностированные ССЗ, либо факторы риска ИБС, в первую очередь АГ и/или СД. Однако регистр ПРОФИЛЬ-ИМ показал, что



под диспансерным наблюдением формально находились лишь 11,2% больных. Центры здоровья посетили всего 3,8% пациентов. Более трети больных последний раз обращались в поликлинику (по любым причинам) более двух лет перед развитием ИМ. Все это, бесспорно, свидетельствует о том, что реально существующая система первичной и вторичной профилактики далеко не всегда на практике выполняет свою роль, и нуждается в совершенствовании [39].

## 2.6 Статистическая обработка

Полученные результаты вносили в специально созданную для данного исследования в электронную таблицу Microsoft Office Excel 2016 и в дальнейшем проводилась обработка данных проводилась при помощи статистического пакета IBM SPSS Statistics 20.

Для анализа полученных данных использовали методы описательной статистики: качественные переменные представлены в виде долей (процентов), количественные – в виде Me (25; 75). Различия по количественным признакам между рассматриваемыми группами оценивались с помощью U-критерия Манна-Уитни, качественные различия оценивались с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона, для сравнения малых выборок – с использованием точного критерия Фишера. Для выявления факторов, ассоциированных с развитием сердечно-сосудистых событий на отдаленном этапе использована регрессионная модель пропорционального риска (Кокса) с определением относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ) с корректировкой на заведомо значимые показатели (пол и возраст больных), включаемых в модель принудительно, значимыми считались показатели при  $p < 0,05$ . Для оценки риска развития событий на отдаленном этапе наблюдения были построены кривые Каплан-Мейера с определением достоверности различий между кривыми (LogRank). В том случае, если у пациента было отмечено

несколько событий ПККТ, то при построении кривых Каплана-Мейера в анализ включалось только одно событие, которые по времени своего развития было зарегистрировано первым.

### ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1 Анализ догоспитальной терапии

Первым этапом был проведен анализ догоспитальной терапии пациентов регистра ПРОФИЛЬ-ИМ. Основными источником информации о догоспитальной терапии была медицинская документация пациента. Кроме того, врач проводил стандартизированный опрос больного. Полученные данные о частоте назначения основных классов лекарственных препаратов, получаемых больными до развития ИМ, а также по отдельным значимым нозологиям, представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Догоспитальная терапия, назначенная врачом, до ИМ по данным амбулаторной карты

Препарат	Общее количество назначенных ЛП (N=160)	Пациенты с ИБС (N= 47)	Пациенты с АГ (N=118)	Пациенты с СД (N=45)	Пациенты с ФП (N=15)
Антиагреганты	43 (26,9%)	32 (68,1%)	39 (33,1%)	21 (46,7%)	5 (33,3%)
ББ	38 (23,8%)	21 (44,7%)	35 (29,7%)	16 (35,6%)	6 (40%)
иАПФ/БРА	79 (49,4%)	35 (74,5%)	70 (59,3%)	31 (68,9%)	8 (53,3%)
Статины	10 (6,3%)	9 (19,1%)	9 (7,6%)	5 (11,1%)	0
Антикоагулянты*	1 (6,7%)	0	1 (6,7%)	0	1 (6,7%)
БКК	19 (6,7%)	10 (21,3%)	20 (16,9%)	7 (15,6%)	7 (46,7%)
Диуретики	6 (3,8%)	6 (12,8%)	13 (11,0%)	9 (20%)	2 (13,3%)
Нитраты	9 (5,6%)	9 (19,1%)	0	5 (11,1%)	3 (20%)
Не принимающие ЛП	0	6 (12,8%)	2 (4,7%)	8 (17,8%)	2 (13,3%)
Принимающие все 4 ЛП	0	4 (8,5%)	0	0	0

Примечание: \* - частота назначения антикоагулянтов оценивалась только у больных, имевших фибрилляцию предсердий в анамнезе (N=15 больных в регистре).

Преимущественно часто назначались препараты, относящиеся к группе иАПФ / БРА - 49,4%. Остальные группы назначались значительно реже: антиагреганты - 26,9%, ББ - 23,8%, статины - 6,3%, антикоагулянты (для пациентов с ФП) - 6,7%, блокаторы кальциевых каналов (БКК) - 6,7%, диуретики - 6 (3,8%), нитраты - (5,6%). Согласно данным амбулаторных карт лекарственная терапия ССЗ была назначена всем 160 пациентам. Среди пациентов с ИБС, СД и ФП были отмечены пациенты, не принимающие ЛП. Обращает внимание, что в группе пациентов с ИБС, количество принимающих все четыре основные группы препаратов, составило 8,5%.

В регистре оценивалась также приверженность к назначенному лечению в догоспитальный период. При опросе кардиологом на первом визите 104 (65,0%) пациента сообщили, что они принимали назначенные ранее врачом препараты до развития ИМ, в то время как 56 (35,0%) пациентов медикаментозную терапию с целью лечения или профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не принимали. На вопрос, кто назначал лекарственную терапию до ИМ, 66 (63,4%) больных ответили, что это делал участковый терапевт, 22 (21,2%) – кардиолог, а 16 (15,4%) пациентов сообщили, что они принимали терапию по своему усмотрению. На вопрос о регулярности приема назначенных сердечно-сосудистых препаратов 24 (23,1%) больных ответили, что они принимали их только при ухудшении самочувствия, 39 (37,5%) больных сообщили, что принимали их эпизодически и только 41 (39,4%) больной отметил, что принимал выписанные лекарства регулярно. Первичная и вторичная лекарственная профилактика ИМ мало соответствовала современным клиническим рекомендациям [26].

У большинства больных до развития референсного ИМ уже имелись ССЗ: у 29,4% имела место ИБС, 59,6% больных перенесли ранее ИМ (из числа пациентов, имеющих в диагнозе ИБС), у 9,4% была фибрилляция предсердий в анамнезе и у 15% (24 пациента) всего с учетом новых выявленных случаев ФП в стационаре, а 73,7% имели АГ.

На рисунке 2 представлены данные, полученные при опросе пациентов, имевших в анамнезе ИБС (n=47), о принимаемой терапии до развития ИМ.

Обращает внимание тот факт, что более половины пациентов с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений практиковали или курсовой прием препаратов или прием препаратов только при ухудшении самочувствия [26].

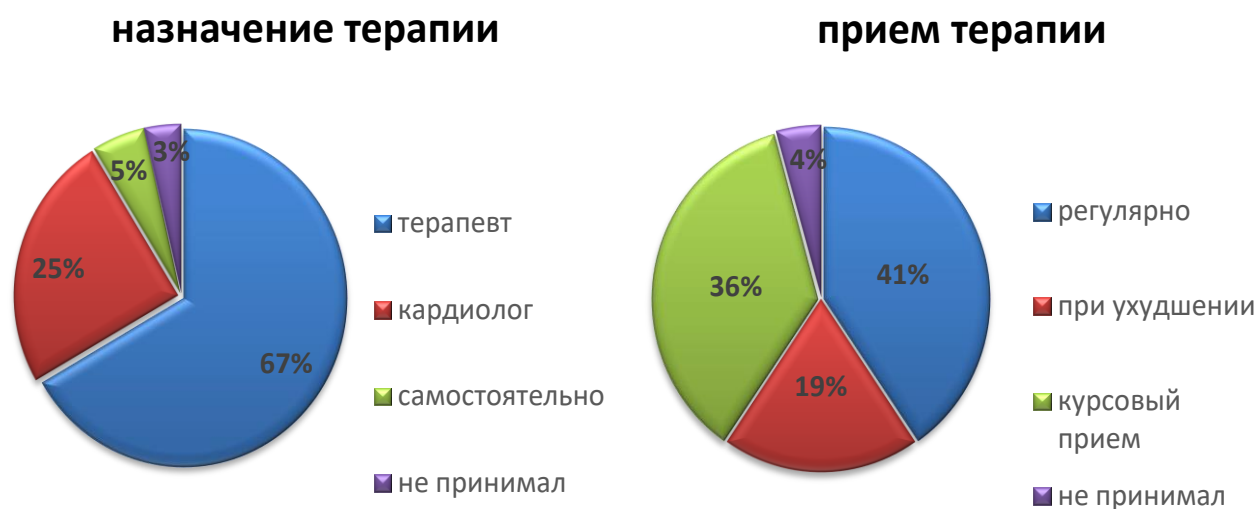


Рисунок 2 – Данные опроса пациентов с ИБС о приеме терапии до развития ИМ

В таблице 7 представлены данные о догоспитальной терапии только тех больных, у которых до ИМ был установлен диагноз ИБС. Принципиальным отличием между пациентами с наличием или отсутствием ИБС было более частое назначение антиагрегантов (68,1% vs 9,7%), иАПФ/БРА (74,5% vs 36,3%), ББ (44,7% vs 15%) и БКК (21,3% vs 8,8%), статинов (19,1% vs 0,9%). Все эти назначения среди больных регистра, имеющих ИБС в анамнезе, были статистически значимым.

Таблица 7 – Догоспитальная терапия, назначенная врачом у больных, имевших ИБС до развития ИМ

Препарат	Пациенты с ИБС (n= 47)	Пациенты без ИБС (n=113)	p
Антиагреганты, n (%)	32 (68,1%)	11 (9,7%)	<0,001 <sup>1</sup>
ББ	21 (44,7%)	17 (15,0%)	<0,001 <sup>1</sup>
иАПФ/БРА	35 (74,5%)	41 (36,3%)	<0,001 <sup>1</sup>

## Продолжение таблицы 7

Статины	9 (19,1%)	1 (0,9%)	<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>
Антикоагулянты	0	1 (0,9%)	1,0 <sup>2</sup>
БКК	10 (21,3%)	10 (8,8%)	0,057 <sup>3</sup>
Диуретики	6 (12,8%)	8 (7,1%)	0,356 <sup>2</sup>
Антагонисты альдостерона	3 (6,4%)	1 (0,9%)	0,076 <sup>2</sup>
Нитраты	9 (19,1%)	0	<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>

Примечание: 1 - - хи<sup>2</sup> Пирсона; 2 - точный критерий Фишера; 3 - хи квадрат Пирсона с поправкой на непрерывность

По данным регистра, пациентам с АГ существенно чаще до развития ИМ назначались антигипертензивные, гиполипидемические и антитромботические препараты, частота их назначения была низкой (таб.8): иАПФ/БРА были назначены только 70 (59,3%), ББ – 35 (29,7%), БКК – 20 (16,9%), диуретики – 13(11,0%), антиагреганты – 39 (33,1%), антикоагулянты – 1 (0,8%) и статины – 9 (7,6%) пациентам. Обращает внимание, что терапия чаще всего назначалась врачом терапевтом 70 (59,3%), чем кардиологом 17 (14,4%) у пациентов с АГ, что весьма закономерно, в виду более частого наблюдения у данного специалиста [55].

Таблица 8 – Догоспитальная терапия у больных, имевших АГ до развития ИМ

Группа ЛП	Пациенты с АГ N=118	Пациенты без АГ N=42	p*
Антиагреганты	39 (33,1%)	4 (9,5%)	<b>0,003</b>
Антикоагулянты	1 (0,8%)	0	1,000
иАПФ/БРА	70 (59,3%)	6 (14,3%)	<b>&lt;0,001</b>
Бетаблокаторы	35 (29,7%)	3 (7,1%)	<b>0,003</b>
БКК	20 (16,9%)	0	<b>0,004</b>
Диуретики	13 (11,0%)	1 (2,4%)	0,116
Статины	9 (7,6%)	1 (2,4%)	0,457

Примечание: \* - хи квадрат Пирсона

Наличие ФП выявлено у 24 (15%) пациентов: у 12 женщин и 12 мужчин. Пациенты с ФП были старше, чем пациенты без ФП, реже курили, по показателю

избыточного потребления алкоголя группы не различались. По наличию в анамнезе ранее перенесенных ИМ, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), СД и ожирения значимых различий между группами не было выявлено, за исключением установленной для референсного события ишемической болезни сердца, которая в группе пациентов с ФП регистрировалась в 2 раза чаще (таб.9).

Таблица 9 – Основные клиничко-анамнестические данные у пациентов с ФП

Данные анамнеза	Пациенты без ФП n=136	Пациенты с ФП n=24	p
Женский пол	42 (30,9%)	12 (50,0%)	0,111 <sup>3</sup>
Возраст	60,5±11,4*	68,8±11,8*	<b>0,001<sup>1</sup></b>
ИМ в анамнезе	21 (15,4%)	7 (29,2%)	0,141 <sup>4</sup>
ИБС в анамнезе	35 (25,7%)	12 (50,0%)	<b>0,031<sup>3</sup></b>
Стенокардия в анамнезе	17 (12,5%)	6 (25,0%)	0,119 <sup>4</sup>
ГБ в анамнезе	97 (71,3%)	21 (87,5%)	0,159 <sup>3</sup>
СД в анамнезе	38 (27,9%)	7 (29,2%)	1,000 <sup>3</sup>
ОНМК в анамнезе	9 (6,6%)	3 (12,5%)	0,392 <sup>4</sup>
Курящие	36 (26,5%)	2 (8,3%)	<b>0,010<sup>2</sup></b>
Избыточное употребление алкоголя	50 (36,8%)	8 (33,3%)	0,927 <sup>3</sup>
Пенсионер	75 (55,1%)	18 (75,0%)	0,069 <sup>2</sup>
Наличие инвалидности	38 (27,9%)	11 (45,8%)	0,130 <sup>3</sup>
Работающие	60 (44,1%)	5 (20,8%)	0,055 <sup>3</sup>

Примечание: 1-критерий Стьюдента; 2-  $\chi^2$  Пирсона; 3-  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йейтса; 4-точный критерий Фишера

### 3.2 Анализ преемственности терапии, назначенной при выписке из стационара и при первом визите в поликлинику

Современная доказательная медицина располагает неоспоримыми данными о том, что прогноз жизни больных, выживших после перенесенного ИМ, может быть

существенно улучшен с помощью ряда лекарственных препаратов, к которым, в первую очередь, относятся ББ, иАПФ/БРА и статины [56].

Терапия после выписки из стационара по поводу ИМ в целом соответствовала современным рекомендациям. Как следует подавляющему большинству больных при выписке из стационара были рекомендованы иАПФ/БРА, ББ, статины, наибольший процент назначения имели ББ. Результаты анализа назначений данных групп препаратов при выписке из стационара и рекомендованной на первом визите в поликлинику представлены на рисунке 3. При обращении в поликлинику частота назначения основных групп препаратов незначительно снизилась. Заметно значимо снизилась частота назначения иАПФ/БРА, причем более чем в 25% случаев значимых причин (выявленные нежелательные явления или нежелательные взаимодействия) для неназначения этих препаратов не было [56].

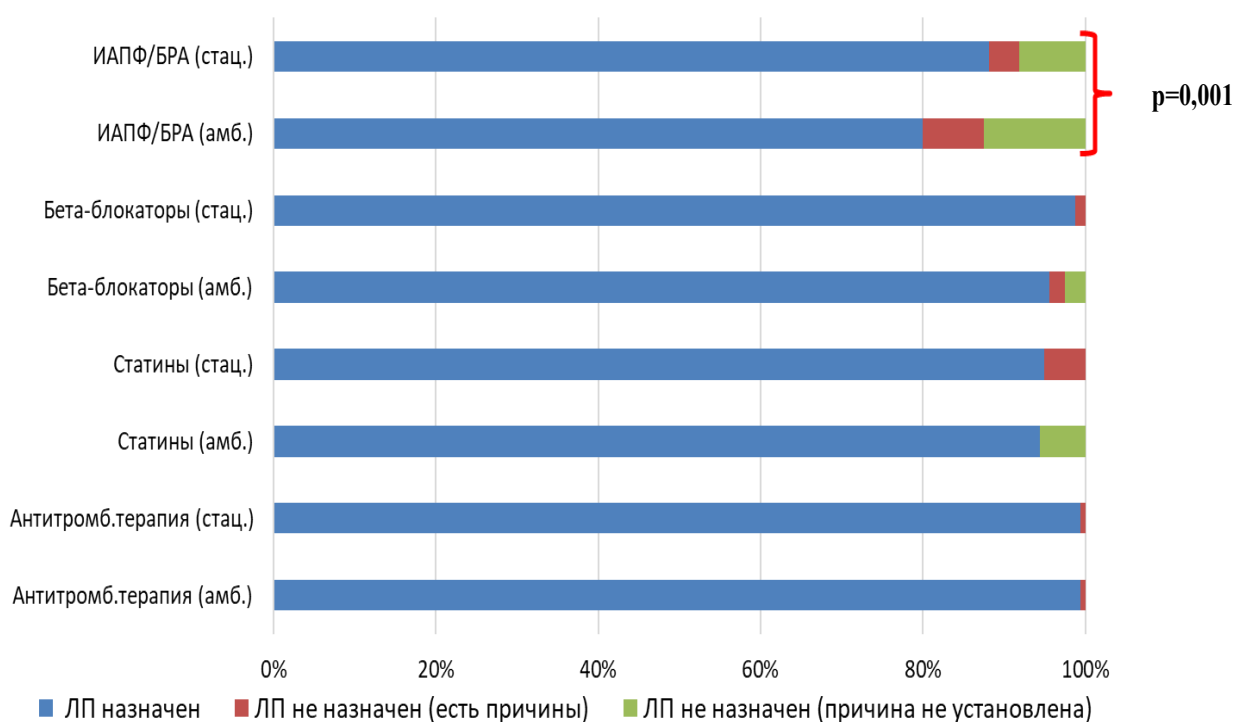


Рисунок 3 – Частота назначений препаратов, влияющих на прогноз, при выписке из стационара и при первом обращении в поликлинику

На раннем этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения пациентов с ФП, перенесших ИМ, регистрировалось значительное количество больных, которым при выписке не были назначены антикоагулянты в составе



антитромботической терапии (АТТ) (62,5%), доля таких пациентов при дальнейшем наблюдении в поликлинике увеличилась (70,8%). Эти пациенты принимали или один препарат из группы антиагрегантов или ДААТ (рис.4).

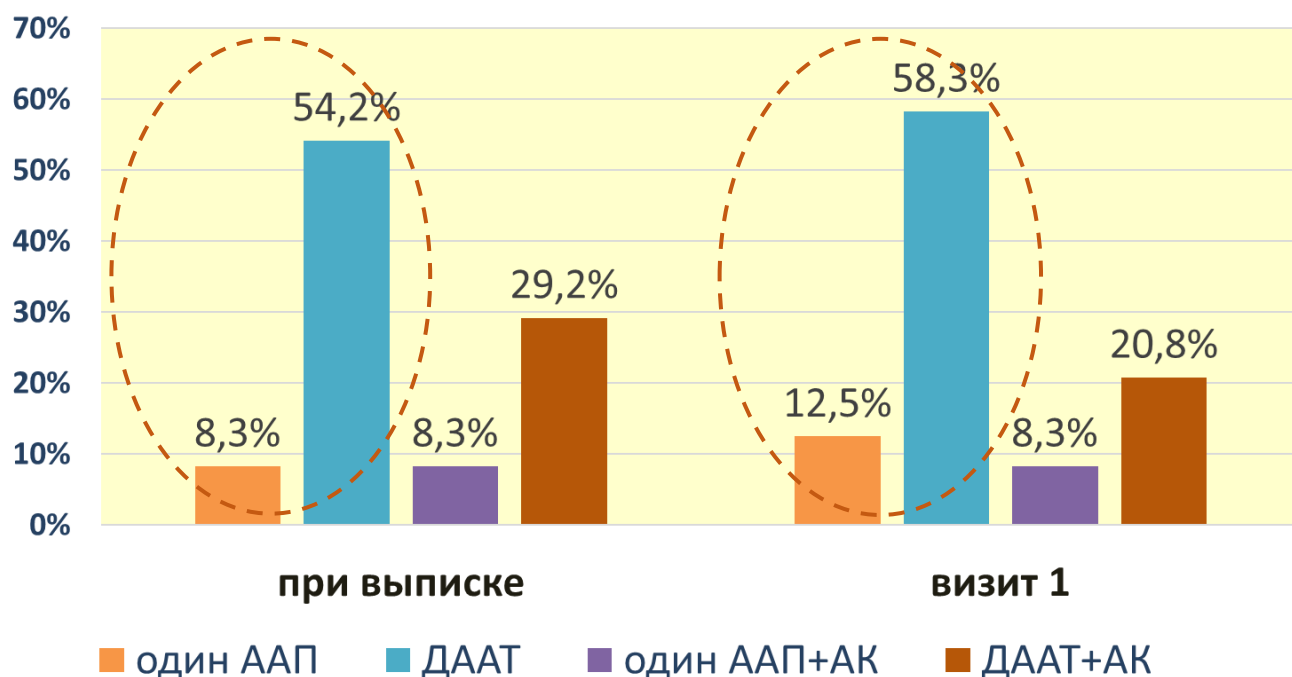


Рисунок 4 – Антитромботическая терапия у больных с ФП

Неназначения препаратов примерно в половине случаев объяснялось конкретными причинами, лишь для иАПФ/БРА у 13 пациентов (8,1%) таких причин выявить не удалось при выписке из стационара и у 20 (12,5%) пациентов при наблюдении в поликлинике (таб.10). Неизвестна причина не выполненных назначений в группе ББ у 4 (2,5%) пациентов при наблюдении в поликлинике. При назначении статинов у 5 (3,1%) при выписке из стационара и у 8 (5%) пациентов в поликлинике причину неназначения выяснить не удалось.

Таблица 10 – Причины невыполненных назначений при выписке и на первом визите в поликлинике

Показатель	Стационар N=160	Поликлиника N=160
<b>иАПФ/БРА</b>		
Количество назначений	N=141 (88%)	N=128 (80%)
Невыполненные назначения	N=19 (12%)	N=32 (20%)
Гипотония	3 (2%)	10 (6,3%)

Продолжение таблицы 10

ХПН	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Кашель	2 (1,3%)	1 (0,6%)
<i>Неизвестно</i>	<i>13 (8,1%)</i>	<i>20 (12,5%)</i>
<b>Бета-блокаторы</b>		
Количество назначений	N=158 (98,8%)	N=153 (95,6%)
Невыполненные назначения	N=2 (1,2%)	N=7 (4,4%)
Бр.астма	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Брадикардия	1 (0,6%)	1 (0,6%)
AV блокада	0	1 (0,6%)
<i>Неизвестно</i>	<i>0</i>	<i>4 (2,5%)</i>
<b>Статины</b>		
Количество назначений	N=152 (95%)	N=151 (94,4%)
Невыполненные назначения	N=8 (5%)	N=9 (5,6%)
Рабдомиолиз	1 (0,6%)	1 (0,6%)
ОХ <4,0ммоль/л	2 (1,3%)	0
<i>Неизвестно</i>	<i>5 (3,1%)</i>	<i>8 (5%)</i>
<b>ДААТ</b>		
Количество назначений	N=142 (88,7%)	N=140 (87,5%)
Невыполненные назначения	N=30 (18,7%)	N=33 (20,6%)
ЯБДПК	18 (11,3%)	20 (12,5%)
ЯБЖ	10 (6,3%)	10 (6,3%)
Эроз.гастрит	2 (1,3%)	3 (1,9%)
Неизвестно	0	0

### 3.3 Анализ качества терапии в течении 12 месяцев наблюдения

Была рассмотрена адекватность выбора лекарственного препарата на примере трех классов препаратов – ББ, иАПФ/БРА, имеющих четкие доказательства о положительном влиянии на отдаленный прогноз после ИМ, но представленных

достаточно большим количеством отдельных препаратов, имеющих разную доказательную базу такого действия или не имеющих ее вовсе [56].

Результаты, отразившие выбор конкретного препарата внутри каждого из указанных классов, отражены в таблице 11.

Таблица 11 – Частота назначений отдельных препаратов из группы иАПФ/БРА и ББ на разных этапах наблюдений

<b>Бетаблокаторы</b>				
Препарат по МНН	Стационар N=158	Визит 1 N=153	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
метопролол	52 (33%)	40 (26%)	38 (25%)	37 (25%)
сукцинат/тарtrat	5(10%)/47(90%)	6 (15%)/34 (85%)	11(29%)/27(71%)	8 (22%)/29 (78%)
карведилол	6 (4%)	5 (3%)	7 (5%)	4 (3%)
<b>бисопролол*</b>	<b>96 (61%)</b>	<b>103 (67%)</b>	92 (62%)	91 (62%)
атенолол	3 (2%)	2 (1%)	1 (1%)	2 (2%)
<b>небиволол *</b>	-	<b>2 (1%)</b>	2 (2%)	1 (1%)
<b>соталол *</b>	<b>1 (1%)</b>	<b>1 (1%)</b>	1 (1%)	1 (1%)
<b>иАПФ/БРА</b>				
Препарат по МНН	Стационар N=141	Визит 1 N=128	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
лизиноприл	17 (12%)	20 (16%)	18 (12%)	13 (9%)
эналаприл	28 (20%)	28 (22%)	20 (13%)	25 (17%)
<b>периндоприл*</b>	<b>53 (38%)</b>	<b>53 (41%)</b>	42 (28%)	35 (24%)
каптоприл	1 (1%)	0	0	1 (1%)
рамиприл	20 (14%)	9 (7%)	9 (6%)	6 (4%)
	<b>p=0,04<sup>1</sup></b>			
фозиноприл	14 (10%)	12 (9%)	10 (7%)	10 (7%)
зофеноприл	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
валсартан	1 (1%)	6 (5%)	6 (4%)	7 (5%)
<b>лозартан *</b>	<b>6 (4%)</b>	<b>6 (5%)</b>	13 (9%)	17 (12%)
<b>кандесартан *</b>	0	<b>2 (2%)</b>	2 (2%)	0

Примечание: \* - назначения "off-label"; 1 -  $\chi^2$  Пирсона

При выборе ББ в значительном большинстве случаев (как в стационаре, так и в поликлинике) предпочтение отдавалось бисопрололу (61 и 67%, соответственно). На втором месте был метопролол, частота его назначения была почти в два раза меньше, чем бисопролола. Остальные ББ назначались крайне редко, доля каждого из них не превышала 4%. Существенных различий между стационаром и поликлиникой в выборе ББ выявлено не было.

При выборе иАПФ однозначный приоритет отдавался периндоприлу (38% назначений в стационаре и 41% в поликлинике). Второе место по частоте назначений занимал эналаприл (20% в стационаре и 22% в поликлинике).

На поликлиническом этапе значимо в 2 раза снизилось назначение рамиприла. Остальные иАПФ назначались значительно реже. БРА вместо иАПФ при выписке из стационара назначались редко, всего в 5% случаев, однако в поликлинике частота назначения БРА возросла в два раза (10%).

При применении двойной антиагрегантной терапии предпочтение отдавалось комбинации ацетилсалициловой кислоте (АСК) и клопидогреля. В случае назначения тройной АТТ чаще отмечалось назначение аспирина, клопидогреля и дабигатрана. В тех случаях, когда пациенту назначался только один антиагрегант предпочтение отводилось АСК.

В тех случаях, когда был назначен один антиагрегант и антикоагулянт, чаще отмечалось назначение клопидогреля и варфарина.

Результаты анализа, при выборе конкретного препарата при назначении антитромботической терапии, отображены в таблице 12.

Таблица 12 – Назначение АТТ на разных этапах наблюдений

Препарат	<i>При выписке</i> N=160	<i>Визит 1</i> N=160	<i>Визит 6 мес.</i> N=149	<i>Визит 12 мес.</i> N=147
ДААТ	<b>142 (89%)</b>	<b>140 (88%)</b>	<b>129 (87%)</b>	<b>30 (20%)</b>
АСК	142 (100%)	140 (100%)	129 (87%)	30 (100%)
Клопидогрел	106 (75%)	112 (80%)	112 (75%)	28 (93%)
Тикагрелор	36 (25%)	28 (20%)	17 (11%)	2 (7%)
<b>ДААТ и антикоагулянт</b>	<b>7 (4%)</b>	<b>6 (4%)</b>	<b>6 (4%)</b>	<b>1 (1%)</b>

## Продолжение таблицы 12

АСК	7 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	1 (100%)
Клопидогрел	6 (86%)	5 (83%)	6 (100%)	1 (100%)
Тикагрелор	1 (14%)	1 (17%)	0	0
Варфарин	2 (29%)	3 (50%)	5 (83%)	1 (100%)
Дабигатран	5 (71%)	3 (50%)	1 (17%)	0
Ривароксабан	0	0	0	0
<b>Один антиагрегант</b>	<b>7 (4%)</b>	<b>11 (7%)</b>	<b>15 (10%)</b>	<b>107 (73%)</b>
АСК	3 (43%)	6 (55%)	7 (5%)	101 (94%)
Клопидогрел	2 (33%)	2 (20%)	5 (3%)	6 (6%)
Тикагрелор	2 (33%)	3 (30%)	3 (2%)	0
<b>Один антиагрегант и антикоагулянт</b>	<b>4 (3%)</b>	<b>3 (2%)</b>	<b>3 (2%)</b>	<b>9 (6%)</b>
АСК	0	1 (33%)	0	6 (67%)
Клопидогрел	4 (100%)	2 (67%)	3 (100%)	3 (33%)
Тикагрелор	0	0	0	0
Варфарин	2 (50%)	2 (67%)	2 (67%)	5 (56%)
Дабигатран	1 (25%)	1 (33%)	0	2 (22%)
Ривароксабан	1 (25%)	0	1	2 (22%)

По данным регистра, пациентам с ФП существенно чаще после ИМ при выписке из стационара назначалась ДААТ (54,2%) и только в 29,2% случаев тройная АТТ, так же стоит отметить, что у 8,3% было назначены один антиагрегант и антикоагулянт (таб.13).

Таблица 13 – Назначение комбинаций АТТ пациентам с ФП

Группа препаратов	При выписке N=24	Визит 1 N=24	Через 6мес N=22*	Через 12мес N=20**
Антиагрегант	2 (8%)	3 (13%)	0	9 (45%)
ДААТ	13 (54%)	14 (58%)	15 (68%)	4 (20%)
Антиагрегант и Антикоагулянт	2 (8%)	2 (8%)	2 (9%)	5 (25%)

## Продолжение таблицы 13

ДААТ и Антикоагулянт	7 (29%)	5 (21%)	5 (23%)	1 (5%)
Антикоагулянт	0	0	0	1 (5%)

Примечание: \* - 2 пациента умерли; \*\* - 4 пациента умерли

При первом визите к врачу в поликлинике и через 6 месяцев назначения оставались примерно такими же, как при выписке. Значимо снизилось назначение ДААТ и антикоагулянта через 12 мес. (5%) по отношению к первому визиту (21%) ( $p=0,017$ ) и значимо увеличилось назначение антиагреганта и антикоагулянта с 8% до 25% ( $p=0,031$ ).

При выборе статинов однозначный приоритет отдавался аторвастатину (85,5% назначений в стационаре и 85,4% в поликлинике). Второе место по частоте назначений занимал розувастатин (9,2% в стационаре и 11,3% в поликлинике). Симвастатин назначался значительно реже (5,3% в стационаре и 3,3% в поликлинике). Существенных различий между стационаром и поликлиникой в выборе статинов выявлено не было (таб.14).

Таблица 14 – Частота назначений статинов при выписке из стационара и при обращении в поликлинику

Препарат по МНН	Стационар N =152	Визит 1 N =151	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
аторвастатин	130 (85,5%)	129 (85,4%)	117 (79%)	100 (68%)
розувастатин	14 (9,2%)	17 (11,3%)	10 (7%)	11 (8%)
симвастатин	8 (5,3%)	5 (3,3%)	10 (7%)	14 (10%)

### 3.4 Анализ приверженности к терапии и выявление факторов, ассоциированных с приверженностью к лечению при амбулаторном наблюдении

По результатам прямого опроса врачом, которые отображены в таблице 15, 14,4% пациентов ответили, что неаккуратно выполняли врачебные назначения при выписке из стационара, доля таких пациентов практически не изменилась в течение года, однако примерно в 2 раза увеличилось количество пациентов, не выполнявших врачебные рекомендации (самостоятельная отмена назначенной терапии в связи с улучшением самочувствия или с неуверенностью в эффективности терапии или правильности ее назначения).

Таблица 15 – Ответ пациента на прямой вопрос врача о выполнении рекомендаций

Ответ пациента	При выписке N=160	Визит 1 N=160	Визит 6 мес. N=149*	Визит 12 мес. N=147**
Принимаю ЛП	133 (80,1%)	136 (85%)	121 (81,2%)	119 (83%)
Не все принимаю ЛП	23 (14,4%)	22 (13,8%)	26 (17,5%)	26 (15%)
Не принимаю ЛП	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (1,3%)	3 (2%)

Примечание: \* - 5 умерло, 4 связь утеряна, 2 отказ; \*\* - 9 умерло, 4 связь утеряна

По данным анкетирования выявлен низкий уровень выполнения рекомендованных назначений врачом. Очевидно, что это может оказывать существенное влияние на качество медикаментозной терапии, получаемой больными [54]. В результате чего возник вопрос, какие причины в первую очередь влияют на возможность пациента выполнять рекомендации врача. И следующим шагом стало проведение анализа факторов, которые были объединены в понятие «приверженность» пациентов. На первичном визите к врачу из 160 пациентов, включенных в регистр, анкеты заполнили 158 человек (отклик - 98,7%), два пациента отказались от заполнения анкеты. По результатам ответов пациентов о

выполнении рекомендаций врача с помощью модифицированного опросника были сформированы три группы по приверженности к терапии: 98 (62,1%) пациентов были привержены к лечению, 16 (10,1%) пациентов неприверженные и частично приверженные – 44 (27,8%) (таб.16). Эти группы были сформированы по наличию ответов на три вопроса о приверженности к терапии. При двух положительных ответах пациенты были отнесены к частично приверженным пациентам, при трех положительных ответах отнесены к полностью неприверженным.

Таблица 16 – Количество пациентов на различных этапах наблюдения в зависимости от статуса приверженности согласно модифицированному опроснику

Показатель	Приверженные пациенты	Частично приверженные пациенты	Полностью неприверженные
Визит 1 N-158 <sup>1</sup>	98 (62,1%)	44 (27,8%)	16 (10,1%)
Визит 6 месяцев N=149 <sup>2</sup>	116 (77,8%)	16 (10,7%)	17 (11,4%)
Визит 12 месяцев N=147 <sup>3</sup>	107 (72,8%)	26 (17,7%)	14 (9,5%)

Примечание: <sup>1</sup> два пациента отказались от заполнения анкеты; <sup>2</sup> умерло - 5, связь утеряна - 4, отказ - 2; <sup>3</sup> умерло - 9, связь утеряна - 4

При проведенном прямом опросе пациентов по выполнению рекомендованной терапии врачом и при помощи опросника приверженности к терапии были выявлены явные различия в ответах пациентов. По результатам заполнения опросника было выявлено более откровенное отношение пациента к ответам.

На всех этапах наблюдения оценивалась приверженность пациентов к приему лекарственной терапии. При личном опросе врача соотношение доли пациентов по регулярности приема ЛП существенно не менялась, при этом доля пациентов, отвечающих, что «принимают все препараты» составляла 81-85%, что было значимо выше при ответе на модифицированный опросник (65%) ( $p < 0,001$ ). При ответах на модифицированный опросник доля полностью неприверженных пациентов была примерно в 10 раз выше на всех этапах наблюдения, а доля



частично неприверженных была в два раза выше на первом визите при сравнении с личным опросом проводимого врачом ( $p=0,001$ ).

Согласно данным таблицы 17 основные причины невыполнения рекомендаций врача на протяжении всего периода наблюдений - это улучшение самочувствия, боязнь побочного эффекта, забывчивость приема ЛП.

Таблица 17 – Часто упоминаемые причины невыполнения назначений

Ответ пациента	Визит 1 N=23	Визит 6 мес. N=28	Визит 12 мес. N=29
Забывает принять	13 (54,2%)	5 (17,9%)	5 (17,2%)
	<b><math>p&lt;0,001^1</math></b>		
Побочный эффект препарата	2 (8,7%)	10 (35,7%)	9 (31,1%)
Стоимость препаратов	2 (8,3%)	1 (3,6%)	2 (6,9%)
Сомневаюсь в правильности назначений	3 (12,5%)	1 (3,6%)	4 (13,8%)
Предпочитаю другие методы лечения	0	1 (3,6%)	2 (6,9%)
Улучшение самочувствия	3 (12,5%)	10 (35,7%)	7 (24,1%)
	<b><math>p&lt;0,001^1</math></b>		

Примечание: 1 -  $\chi^2$  Пирсона

Из таблицы 18 следует, что пациенты трех групп, различавшиеся по приверженности к терапии, достоверно не различались по полу и возрасту. Очевидно, что работающие пациенты преобладали среди приверженных, а пенсионеры преобладали среди неприверженных/частично приверженных к терапии больных. Пациенты в группах приверженности к терапии достоверно не различались по уровню образования, наблюдению в медицинском учреждении ( $p>0,05$ ). У неприверженных пациентов отмечалось последнее обращение более 2-

х лет до ИМ ( $p < 0,05$ ). Малоподвижный образ жизни и СД чаще отмечались в группе неприверженных пациентов ( $p < 0,05$ ).

Таблица 18 – Сравнительная характеристика пациентов трех групп по приверженности к лечению на первом визите

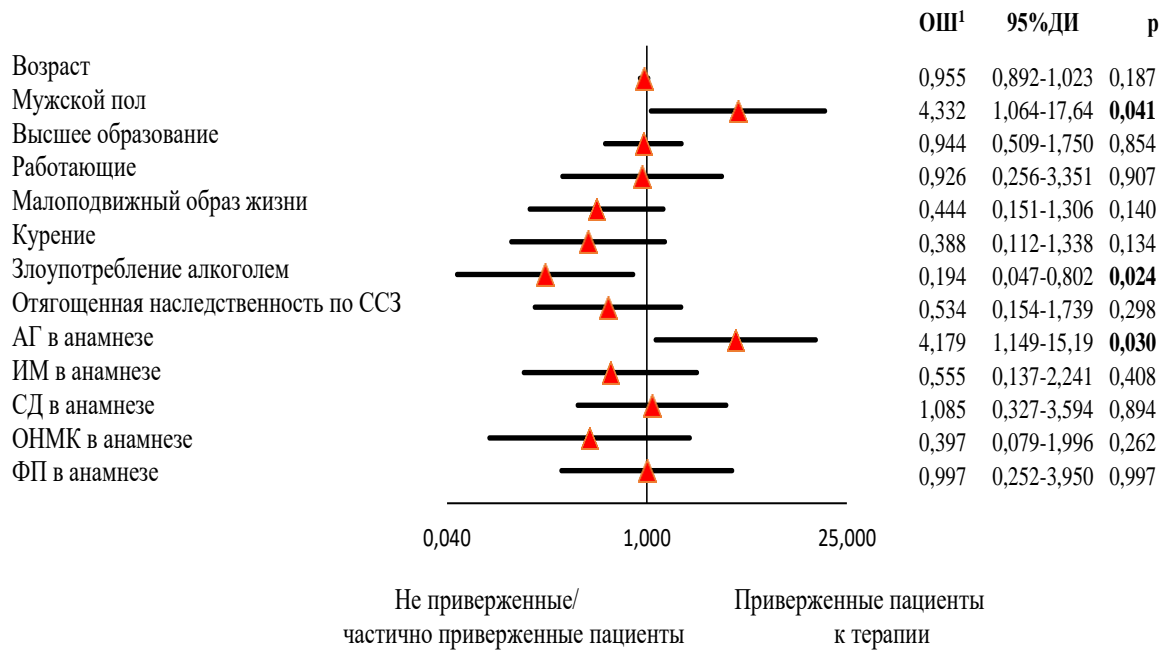
Фактор	Приверженные пациенты N=98	Неприверженные пациенты N=16	Частично приверженные N=44	p
Возраст, лет	61,05±1,2	61,9±3,5	63,3±1,7	0,590 <sup>1</sup>
Женский пол	31 (31,6%)	7 (43,8%)	16 (36,4%)	0,598 <sup>2</sup>
Мужской пол	67 (68,4%)	9 (56,3%)	28 (63,6%)	
Среднее образование	22 (22,4%)	2 (12,5%)	15 (34,1%)	0,162 <sup>2</sup>
средне-спец./ высшее образование	76 (77,6%)	14 (87,5%)	29 (65,9%)	
Работающие	43 (43,9%)	4 (25%)	16 (36,4%)	0,053 <sup>2</sup>
Пенсионер	51 (52%)	9 (56,3%)	31 (70,5%)	0,121 <sup>2</sup>
Инвалидность	26 (26,5%)	5 (31,3%)	18 (40,9%)	0,231 <sup>2</sup>
Наблюдение в центре здоровья до ИМ	4 (4,1%)	0	2 (4,5%)	0,697 <sup>2</sup>
Находился на «Д» учете по ССЗ	8 (8,2%)	4 (25%)	6 (13,6%)	0,125 <sup>2</sup>
Наблюдался в медучреждении	79 (80,6%)	13 (81,3%)	40 (90,9%)	0,3 <sup>2</sup>
Наблюдался у врача терапевта	37 (37,8%)	7 (43,8%)	18 (40,9%)	<b>0,032<sup>2</sup></b>
Наблюдался у кардиолога	6 (6,1%)	2 (12,5%)	3 (6,8%)	<b>0,003<sup>2</sup></b>
Последнее обращение до ИМ более 2-х лет	14 (14,3%)	4 (25%)	5 (11,4%)	<b>0,002<sup>2</sup></b>
Отягощенная наследственность по ССЗ	52 (53,1%)	9 (56,3%)	25 (56,8%)	0,906 <sup>2</sup>
Малоподвижный образ жизни	31 (31,6%)	8 (50%)	16 (36,4%)	<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>

Продолжение таблицы 18

Курение	20 (20,4%)	7 (43,8%)	9 (20,5%)	0,108 <sup>2</sup>
Употребление алкоголя	36 (36,7%)	7 (43,8%)	15 (34,1%)	0,708 <sup>2</sup>
Дислипидемия в анамнезе	34 (34,7%)	0	15 (34,1%)	<b>0,033<sup>2</sup></b>
Ожирение	40 (40,8%)	7 (43,8%)	12 (27,3%)	0,260 <sup>2</sup>
АГ в анамнезе	71 (72,4%)	11 (68,8%)	35 (79,5%)	0,590 <sup>2</sup>
ИБС в анамнезе	28 (28,6%)	3 (18,8%)	16 (36,4%)	0,384 <sup>2</sup>
ИМ в анамнезе	13 (13,3%)	3 (18,8%)	12 (27,3%)	0,129 <sup>2</sup>
ФП в анамнезе	15 (15,3%)	4 (25%)	5 (11,4%)	0,428 <sup>2</sup>
Стенокардия в анамнезе	16 (16,3%)	0	7 (15,9%)	0,219 <sup>2</sup>
ОНМК в анамнезе	7 (7,1%)	2 (12,5%)	3 (6,8%)	0,735 <sup>2</sup>
ТИА в анамнезе	3 (3,1%)	0	0	0,392 <sup>2</sup>
СД в анамнезе	20 (20,4%)	6 (37,5%)	19 (43,2%)	<b>0,015<sup>2</sup></b>

Примечание: 1-однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), 2- Q-критерий Кохрена

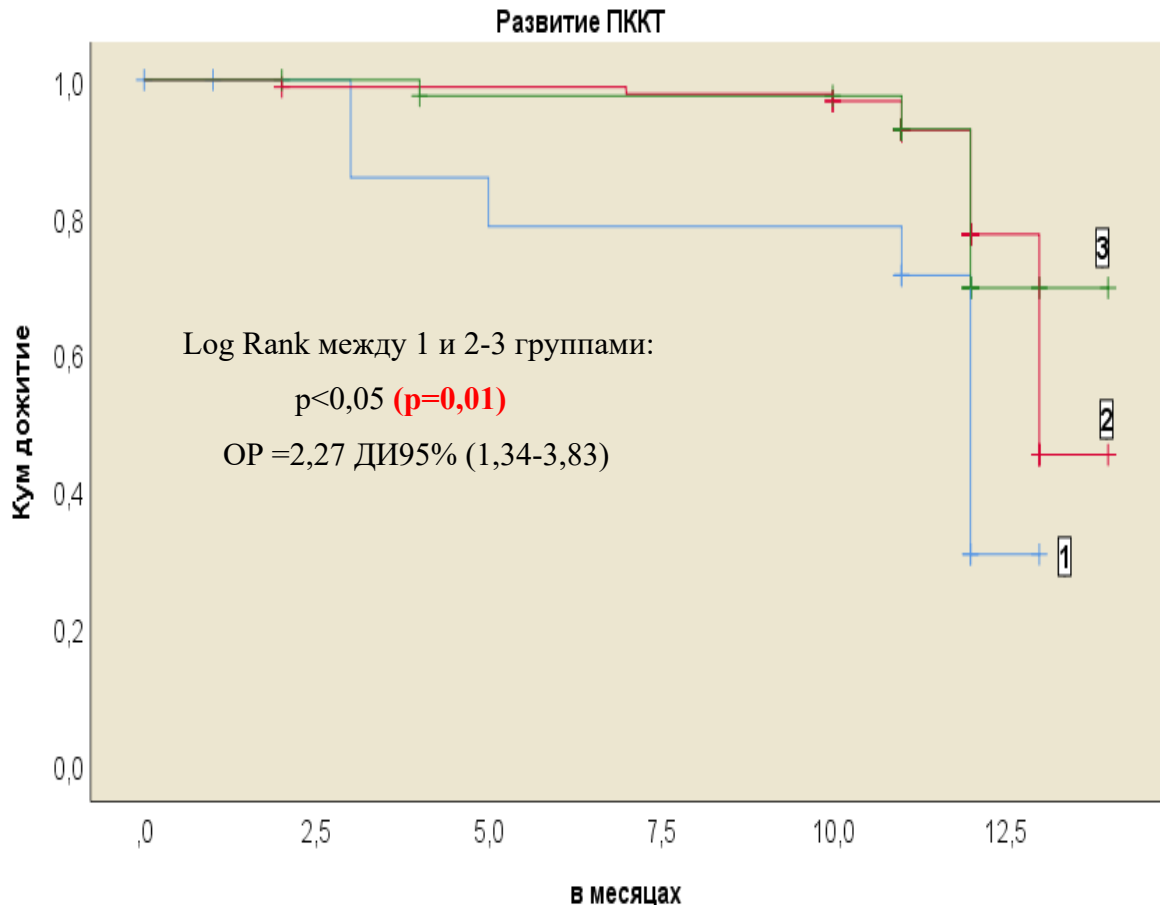
Была выявлена прямая связь приверженности к терапии с мужским полом, наличием АГ в анамнезе. Обратная связь приверженности к терапии была выявлена у пациентов, употребляющими чрезмерно алкоголь. Достоверной связи с приверженностью к терапии остальные факторы не продемонстрировали. Полученная регрессионная модель являлась статистически значимой ( $p=0,044$ ) (рис.5).



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

Рисунок 5 – Факторы, ассоциированные с приверженностью пациентов к лечению на первом визите

За время исследования выявлено 42 события относящихся к ПККТ: смерть от любых причин - 6 (3,7%), нефатальный ИМ – 8 (5%), нефатальный ОНМК – 1 (0,6%), нестабильная стенокардия – 12 (7,5%), значимые НРС – 9 (5,6%), экстренные госпитализации – 6 (3,7%). Проведенный с помощью метода Каплана-Мейера анализ показал, что риск развития ПККТ у неприверженных пациентов был выше (ОР=2,27 95%ДИ (1,34-3,83), p=0,01). Среднее время наступления ПККТ у неприверженных пациентов составило 10,5±0,9 месяцев (95% ДИ: 8,5-12,3), у частично приверженных пациентов составило 13,2±0,3 месяцев (95% ДИ: 12,6-13,6%), у приверженных пациентов 13,0±0,2 месяцев (95% ДИ: 12,6-13,4%) (рис.6).



Примечание: 1- неприверженные, 2 - приверженные, 3- частично приверженные

Рисунок 6 – Риск возникновения ПККТ в зависимости от приверженности пациента к терапии

В таблице 19 представлены данные о лекарственной терапии, назначенной врачом и принимаемой пациентами на различных этапах наблюдений согласно их ответу при проведении анкетирования. Согласно ответу пациента регулярность приема ДААТ значительно увеличилась в 2 раза к 6 месяцам (61% vs 81%) наблюдений ( $p < 0,001$ ). При ответе пациентов о регулярности приема антикоагулянтов (для пациентов с ФП) отмечен значимый прирост с 6 месяцев до 12 месяцев наблюдения с 27% vs 45%,  $p = 0,007$ . Регулярность приема иАПФ/БРА значительно возросла с первого визита к 6 визиту с 59% vs 74%,  $p = 0,008$  и значительно уменьшилась доля пациентов ответивших, что принимают препараты не регулярно с 17% vs 1%,  $p < 0,001$ . Увеличилась доля пациентов регулярно принимающих ББ с 1 визита к 6 визиту с 73% до 91%,  $p = 0,024$ . При приеме статинов регулярность при выписке

возросла к 6 месяцев наблюдения с 72% до 81%,  $p=0,009$ . В случае с нитратами доля пациентов, регулярно принимающих препараты, практически не изменилась, а доля пациенты отметивших нерегулярный прием препаратов, значимо увеличилась к 6 мес. наблюдений,  $p=0,001$ .

Таблица 19 – Сравнение данных о приеме лекарственной терапии на основании двух видов анкетирования

Назначил врач /ответ пациента о регулярности приема	При выписке (N=160)	Визит 1 (N=160)	Визит 6 мес. N=149*	Визит 12 мес. N=147**
<b>ДААТ</b>	<b>142 (89%)</b>	<b>140 (87%)</b>	<b>129 (87%)</b>	<b>30 (20%)</b>
регулярно	98 (61%)	98 (61%)	121 (81%)	27 (18,3%)
		<i>p&lt;0,001<sup>†</sup></i>		
не регулярно	35 (22%)	29 (18%)	0	2 (1,4%)
не принимаю	9 (6%)	13 (8%)	7 (5%)	1 (0,7%)
<b>Один антиагрегант</b>	<b>7 (4,4%)</b>	<b>11 (6,9%)</b>	<b>15 (10,1%)</b>	<b>107 (73%)</b>
регулярно	6 (3,8%)	9 (5,6%)	13 (8,7%)	98 (67%)
не регулярно	1 (0,6%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	7 (4,7%)
не принимаю	0	0	1 (0,7%)	2 (1,3%)
<b>Антикоагулянты<sup>1</sup></b>	<b>N=24</b>	<b>N=24</b>	<b>N=22</b>	<b>N=20</b>
	<b>11 (46%)</b>	<b>9 (37,5%)</b>	<b>11 (50%)</b>	<b>11 (55%)</b>
регулярно	8 (33%)	6 (25%)	6 (27,3%)	9 (45%)
		<i>p=0,007<sup>†</sup></i>		
не регулярно	0	2 (8,3%)	2 (9,1%)	0
не принимаю	3 (13%)	1 (4,2%)	3 (13,6%)	2 (10%)
<b>иАПФ/БРА</b>	<b>141 (88,2%)</b>	<b>133 (83,1%)</b>	<b>121 (81,2%)</b>	<b>117 (79,6%)</b>
регулярно	102 (63,8%)	94 (58,7%)	110 (73,8%)	107 (72,8%)
		<i>p=0,008<sup>†</sup></i>		
не регулярно	28 (17,5%)	27 (16,9%)	2 (1,3%)	9 (6,1%)
		<i>p&lt;0,001<sup>†</sup></i>		
не принимаю	11 (6,9%)	12 (7,5%)	9 (6,1%)	1 (0,7%)

Продолжение таблицы 19

<b>ББ</b>	<b>158 (98,8%)</b>	<b>153 (95,6%)</b>	<b>141 (94,6%)</b>	<b>136 (92,5%)</b>
регулярно	108 (67,5%)	117 (73,1%)	135 (90,6%)	131 (89,1%)
		<i>p=0,024<sup>1</sup></i>		
не регулярно	31 (19,4%)	23 (14,4%)	2 (1,3%)	5 (3,4%)
не принимаю	19 (11,9%)	13 (8,1%)	4 (2,7%)	0
<b>БКК</b>	<b>38 (23,8%)</b>	<b>34 (21,2%)</b>	<b>40 (26,8%)</b>	<b>39 (26,5%)</b>
регулярно	31 (19,4%)	29 (18,1%)	35 (23,5%)	37 (25,2%)
не регулярно	7 (4,4%)	4 (2,5%)	3 (2,1%)	2 (1,3%)
не принимаю	0	1 (0,6%)	2 (1,2%)	0
<b>Нитраты</b>	<b>20 (12,5%)</b>	<b>21 (13,2%)</b>	<b>24 (16,1%)</b>	<b>25 (17%)</b>
регулярно	13 (8,1%)	16 (10%)	16 (10,7%)	16 (10,9%)
не регулярно	4 (2,5%)	3 (1,9%)	8 (5,4%)	8 (5,4%)
		<i>p=0,001<sup>1</sup></i>		
не принимаю	3 (1,9%)	2 (1,3%)	0	1 (0,7%)
<b>Диуретики</b>	<b>54 (33,8%)</b>	<b>47 (29,4%)</b>	<b>46 (30,9%)</b>	<b>36 (24,5%)</b>
регулярно	36 (22,5%)	39 (24,4%)	45 (30,2%)	35 (23,8%)
не регулярно	10 (6,3%)	8 (5%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)
не принимаю	8 (5%)	0	0	0
<b>Статины</b>	<b>152 (95%)</b>	<b>151 (94,4%)</b>	<b>135 (91%)</b>	<b>125 (85%)</b>
регулярно	115 (71,8%)	120 (75%)	121 (81,2%)	109 (74,1%)
		<i>p=0,009<sup>1</sup></i>		
не регулярно	22 (13,8%)	19 (11,9%)	9 (6%)	7 (4,8%)
не принимаю	15 (9,4%)	12 (7,5%)	5 (3,4%)	9 (6,1%)

Примечание: \* - 5 умерло, 4 - связь утеряна, 2 - отказ; \*\* - 9 умерло, 4 - связь утеряна; 1 - для пациентов с ФП; 1 - хи<sup>2</sup> Пирсона

Соотношение пациентов, выполняющих частично или не выполняющих назначения врача оставалось для всех групп препаратов примерно одинаковой. В ходе проведенного анализа, результаты которого представлены в рисунке 7, было отмечено, что в среднем большинство пациентов получали пять и более препаратов, доля приверженных пациентов в целом не зависела от количества назначенных препаратов. На первом визите соотношение приверженных/частично

приверженных/неприверженных пациентов в отношении приема 4-х и менее ЛП и 5-ти и более ЛП было примерно одинаковым. Через 6 месяцев наблюдения доля неприверженных и частично приверженных пациентов, принимающих 5 и более препаратов существенно снизилась ( $p=0,002$  и  $p=0,001$  соответственно). Через 12 месяцев доля неприверженных пациентов в группе, принимавших 5 и более препаратов, была существенно ниже ( $p=0,004$ ).

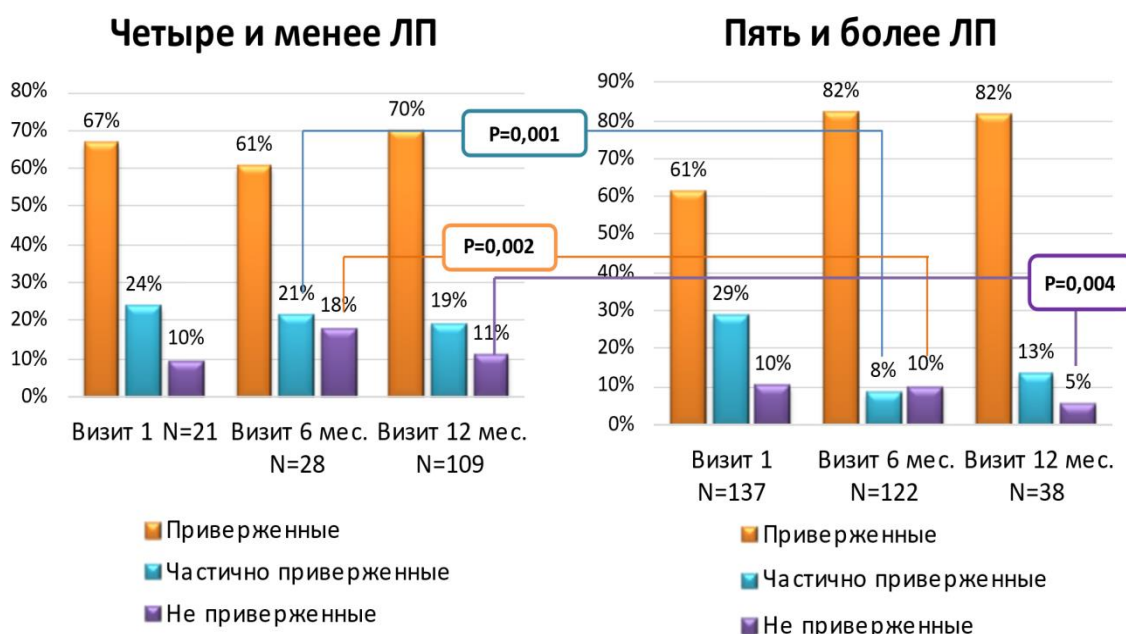


Рисунок 7 – Количество ЛП у пациентов разных групп приверженности к лечению на разных этапах наблюдения

### 3.5 Анализ эффективности назначенной терапии по достижению суррогатных точек

При дальнейшем анализе были получены данные об эффективности назначенной терапии у пациентов по суррогатным конечным точкам (достижение



целевых показателей артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), достижение целевых показателей липидного спектра, улучшение качества жизни с использованием ВАШ).

Нередко предполагается, что пациенты в достаточной степени понимают свое заболевание, которое влияет на качество жизни. Данный фактор оценивался с использованием ВАШ, по 10-балльной системе.

Анализ данных качества жизни с использованием ВАШ показал положительную динамику значений на протяжении всего периода наблюдения, но стоит обратить внимание, что полученные данные не превышали в среднем 7 баллов, но увеличились через 1 год наблюдения в сравнении с исходными данными (табл. 20).

Таблица 20 – Динамика показателей визуально-аналоговой шкалы

Показатель	Визит 1 N=158	Визит 2 N=116	Визит 3 N=100	Визит 4 N=119	Визит 5 N=90	Визит 6 N=72	Визит 7 N=147
Баллы ВАШ	5,72±1,9	6,09±1,9	6,29±1,8	6,18±1,9	6,23±1,7	6,58±1,7	6,93±1,9

Согласно данным таблицы 21 целевые цифры АД были достигнуты только у трети пациентов на всех этапах наблюдения. По данным ЧСС отмечено достижение целевых цифр более, чем у половины пациентов. Достижение целевых показателей общего холестерина (ОХ) отмечается у половины пациентов (56,5%) в первые 6 месяцев наблюдений, а достижение целевых цифр ХС ЛПНП отмечены только у четверти пациентов (21,2%), а после 6 месяцев наблюдений этот показатель стал еще ниже (16,7%).

Таблица 21 – Показатели по суррогатным конечным точкам

Показатели	Визит 1 N=160	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147	p <sup>1</sup>
АД ≤109/69 мм рт.ст.	20 (12,5%)	18 (12,1%)	12 (8,2%)	0,267
АД 110/70-139/89 мм рт.ст.	75 (46,9%)	55 (36,9%)	51 (34,7%)	<b>0,001</b>
АД ≥140/90 мм рт.ст.	<b>65 (40,6%)</b>	<b>76 (51%)</b>	<b>84 (57,1%)</b>	<b>0,001</b>

Продолжение таблицы 21

ЧСС < 60 уд./мин.	11 (6,9%)	13 (8,7%)	13 (8,8%)	0,876
ЧСС 60-70 уд./мин.	51 (31,9%)	77 (51,7%)	79 (53,7%)	<0,001
<b>ЧСС &gt; 70 уд./мин.</b>	<b>98 (61,3%)</b>	<b>59 (39,6%)</b>	<b>55 (37,4%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
ОХ < 4,0 ммоль/л	N=153 18 (11,8%)	N=85 48 (56,5%)	N=87 36 (41,4%)	<0,001
<b>ОХ ≥ 4,0 ммоль/л</b>	<b>135 (88,2%)</b>	<b>37 (43,5%)</b>	<b>51 (58,6%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
ХС ЛПНП <1,8 ммоль/л	N=48 4 (8,3%)	N=52 11 (21,2%)	N=54 9 (16,7%)	0,368

Примечание: 1 - Q-критерий Кохрена

Учитывая все показатели, было введено понятие, как «идеальный пациент», который имел оптимальные цифры АД, ЧСС и показателей ОХ (таб.22). На первом визите этот показатель был достаточно низкий и составил 2%, в последующих группах наблюдений этот показатель не превышал 11,8%.

Таблица 22 – «Идеальный пациент» по достижению суррогатных точек

Показатель	Визит 1 N=160	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
«Идеальный пациент» * по 2-м и более признакам	N=153 30 (19,6%)	N=85 40 (47,1%)	N=87 34 (39,1%)
«Идеальный пациент» * по всем 3-м признакам	N=153 3 (2,0%)	N=85 10 (11,8%)	N=87 10 (11,5%)

Примечание: \* - пациенты с показателями: АД120/80 мм рт.ст., ЧСС 60-70 в мин., ОХ менее 4,0 ммоль/л

В таблице 23 представлена частота назначенного врачом биохимического анализа крови на ОХ и ХС ЛПНП согласно проведенным визитам. Оказалось, что данные показатели в должном объеме не оценивались. Обращает особое внимание, что назначение анализа крови на ХС ЛПНП было очень низким с первого визита и в последующие, и не превышало 30%. Данный фактор можно рассматривать как независимый индикатор плохого выполнения рекомендаций.

Таблица 23 – Частота назначения врачом анализа крови на ОХ и ХС ЛПНП

	Визит 1 N=160	Визит 2 N=118	Визит 3 N=102	Визит 4 N=119	Визит 5 N=90	Визит 6 N=72	Визит 7 N=147
Анализ на ОХ	153 (96%)	50 (42%)	21 (21%)	38 (32%)	27 (30%)	22 (31%)	54 (37%)
Анализ на ХС ЛПНП	48 (30%)	26 (22%)	11 (11%)	23 (19%)	14 (16%)	14 (19%)	32 (22%)

В таблице 24 представлены данные о частоте назначений статинов с учетом назначенных доз препаратов. Была выявлена незначительная коррекция доз препаратов, наиболее часто назначаемые дозы - 20 мг для аторвастатина и симвастатина с учетом недостигнутых целевых показателей ХС ЛПНП. При этом назначения препаратов в большей дозировке (40 мг и более) были отмечены лишь у небольшого количества пациентов, при этом практически более половины пациентов имели возможность льготного обеспечения.

Таблица 24 – Назначение статинов по дозировке препарата

Препараты	Визит 1 N=160	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
Количество назначений	151 (94%)	142 (95%)	129 (88%)
<b>аторвастатин</b>	<b>129 (85%)</b>	<b>126 (85%)</b>	<b>104 (71%)</b>
10 мг	7 (5%)	15 (12%)	13 (13%)
20 мг	86 (67%)	90 (71%)	74 (71%)
30 мг	9 (7%)	12 (10%)	7 (7%)
40 мг	26 (20%)	9 (7%)	9 (9%)
80 мг	1 (1%)	0	1 (1%)
<b>розувастатин</b>	<b>17 (11%)</b>	<b>7 (5%)</b>	<b>11 (8%)</b>
10 мг	10 (59%)	3 (43%)	4 (36%)
15 мг	1 (6%)	0	0
20 мг	6 (35%)	4 (57%)	7 (64%)
<b>симвастатин</b>	<b>5 (3%)</b>	<b>9 (6%)</b>	<b>14 (10%)</b>
10 мг	0	1 (11%)	1 (7%)
20 мг	3 (60%)	8 (89%)	13 (93%)
30 мг	2 (40%)	0	0
<b>наличие льготы</b>	N=160 84 (53%)	N=149 77 (52%)	N=147 61 (42%)

На основании полученных данных по уровню достижения конечных суррогатных точек были рассмотрены такие показатели, как применение средних суточных дозировок лекарственных препаратов.

В начале были рассмотрены средние суточные дозировки основных групп ЛП (таб.25).

Таблица 25 – Средние суточные дозировки ЛП по основным группам

Название препарата по МНН	Визит 1 (N=160)	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
<b>иАПФ/БРА</b>			
Валсартан	80 [40;240]	120 [80;240]	160 [120;240]
Кандесартан	12 [8;16]	0	0
Лозартан	37,5 [25;100]	50 [25;100]	50 [25;100]
Периндоприл	5 [2,5;5]	5 [5;10]	5 [4,5;7,5]
Лизиноприл	10 [5;20]	10 [5;20]	10 [5;10]
Рамиприл	5 [2,5;5]	5 [5;10]	5 [5;10]
Фозиноприл	10 [7,5;20]	15 [6,25;20]	10 [10;10]
Эналаприл	10 [5;10]	10 [5;20]	10 [5;20]
<b>Блокаторы кальциевых каналов</b>			
Амлодипин	5 [5;5]	5 [5;10]	5 [5;10]
Нифедипин	30 [25;75]	80 [40;120]	80 [40;120]
Верапамил	0	100 [80;120]	0
<b>Бетаблокаторы</b>			
Атенолол	100 [100;100]	100 [62,5;100]	37,5 [25;50]
Бисопролол	5 [2,5;5]	5 [2,5;5]	5 [2,5;5]
Карведилол	12,5 [12,5;12,5]	25 [12,5;25]	25 [18,8;25]
Метопролол	50 [25;62,5]	50 [50;75]	50 [37,5;75]
Небивалол	6,25 [5;7,5]	0	0
<b>Статины</b>			
Аторвастатин	20 [20;30]	20 [20;20]	20 [20;20]
Розувастатин	10 [10;20]	10 [10;20]	20 [10;20]
Симвастатин	20 [20;40]	20 [20;20]	20 [20;20]

Примечание: Данные представлены в виде Me [25%; 75%]

Учитывая полученные данные, был сделан вывод о более частом изменении врачами только суточной дозировки валсартана, на разных этапах наблюдения, но остальных препаратов данной группы отмечена незначительная динамика изменения дозировки или ее не было.

В группе препаратов блокаторов кальциевых каналов отмечено увеличение дозировки ЛП в середине наблюдения (через 6 мес.) у нифедипина и верапамила, но в дальнейшем дозировки данных препаратов не изменились, в некоторых случаях снизились. У амлодипина не было изменения дозировки на протяжении всех этапов наблюдений. При анализе в группе ББ отмечены высокие дозировки в начале наблюдений у атенолола, но к визиту через 12 мес. дозировка значительно снизилась. У бисопролола и метопролола не было отмечено динамики в суточных дозировках. У таких препаратов, как карведилол и небивалол зафиксирован низкий рост увеличения дозировки или он совсем отсутствовал. Зафиксировано отсутствие динамики в суточных дозировках статинов, за исключением розувастатина, для которого к визиту через 12 мес. суточная доза возросла.

Важно отметить, что у ЛП во всех указанных группах не были достигнуты максимальные суточные дозировки на всех этапах наблюдений.

В дальнейшем был проведен анализ полученных данных по суточным дозировкам ЛП с поправкой на суррогатные конечные точки, который отражен в таблице 26.

На основании полученных данных, в группе препаратов иАПФ/БРА было отмечено в середине наблюдения значительное увеличение суточной дозировки валсартана у пациентов с гипертонией, но к визиту через 12 мес. данный показатель снизился. Остальные препараты данной группы и в группе БКК имели незначительную динамику изменения дозировки или ее совсем не было.

В группе ББ у пациентов с тахикардией было отмечено выраженное изменение дозировки атенолола к середине наблюдений. У ЛП данной группы, как карведилол, бисопролол, метопролол практически суточная дозировка не изменилась, а в случае с небивалолом суточная дозировка уменьшилась.

При анализе суточной дозировки статинов у пациентов с гиперхолестеринемией выявлено, что дозировки практически не изменились на разных этапах наблюдений. Стоит отметить незначительное увеличение розувастатина к визиту через 12 мес.

Таблица 26 – Суточные дозировки ЛП по основным группам с поправкой на суррогатные точки

Препарат	Визит 1 (N=160)	Визит 6 мес. N=149	Визит 12 мес. N=147
<b>Суточные дозировки ЛП у пациентов АД более 140/90 мм рт.ст.</b>			
<b>ИАПФ/БРА</b>			
	<b>N=43</b>	<b>N=36</b>	<b>N=42</b>
Валсартан	0	240 [160;320]	160 [80;320]
Кандесартан	0	0	0
Лозартан	0	100 [62,5;100]	75 [37,5;100]
Периндоприл	5 [5;5]	10 [5;10]	10 [5;10]
Лизиноприл	10 [5;20]	20 [15;20]	20 [15;20]
Рамиприл	5 [3,75;7,5]	10 [7,5;10]	0
Фозиноприл	20 [20;20]	0	0
Эналаприл	10 [10;15]	10 [10;20]	20 [10;20]
Хинаприл	0	0	0
<b>Блокаторы кальциевых каналов</b>			
	<b>N=43</b>	<b>N=36</b>	<b>N=42</b>
Амлодипин	5 [5;7,5]	7,5 [5;10]	5 [5;10]
Нифедипин	0	0	0
Верапамил	0	0	0
<b>Суточные дозировки ЛП у пациентов с ЧСС более 70 уд. в мин</b>			
<b>Бетаблокаторы</b>			
	<b>N=98</b>	<b>N=50</b>	<b>N=55</b>
Атенолол	0	100 [62,5;100]	0
Бисопролол	5 [2,5;5]	5 [5;10]	5 [2,5;5]
Карведилол	12,5 [12,5;18,75]	25 [18,75;37,5]	25 [18,75;25]
Метопролол	50 [25;87,5]	50 [50;75]	50 [50;50]

Продолжение таблицы 26

Небивалол	6,25 [5;7,5]	0	0
<b>Суточные дозировки ЛП у пациентов с ОХ более 4,0 ммоль/л</b>			
<b>Статины</b>			
	<b>N=135</b>	<b>N=21</b>	<b>N=31</b>
Аторвастатин	20 [20;30]	20 [20;20]	20 [20;20]
Розувастатин	10 [10;20]	0	15 [10;20]
Симвастатин	20 [20;30]	0	20 [20;20]

Примечание: данные представлены в виде Me [25%; 75%]

Обращает внимание, что у ЛП во всех указанных группах с учетом суррогатных точек не были использованы максимальные суточные дозировки, а в некоторых случаях отмечено использование минимальных суточных дозировок ЛП на всех этапах наблюдений, что вероятно повлияло на неудовлетворительное достижение целевых показателей АД, ЧСС, липидного спектра.

### **3.6 Практика назначения антиангинальной/антиишемической терапии у пациентов, у которых сохранялись типичные клинические проявления стабильной стенокардии**

Типичные приступы стенокардии были выявлены почти у четверти пациентов (38 пациентов – 23,8%). Клинико-демографические показатели данных пациентов представлены в таблице 27.

Таблица 27 – Основные клинико-демографические показатели пациентов с типичной стенокардией

Фактор	Пациенты с типичной стенокардией (n=38)	Пациенты без стенокардии (n=122)	p
Возраст, лет	61,8±10,3	61,7±12,3	0,979 <sup>1</sup>
Мужской пол, n (%)	22 (57,9%)	84 (68,9%)	0,212 <sup>2</sup>
Начальное образование	0	4 (3,3%)	0,077 <sup>2</sup>
Среднее образование	8 (21,1%)	29 (23,8%)	
Средне-спец. образование	21 (55,3%)	41 (33,6%)	

Продолжение таблицы 27

Высшее образование	9 (23,7%)	48 (39,3%)	
Статус работающего	13 (34,2%)	52 (43,6%)	0,357 <sup>2</sup>
Пенсионер	24 (63,2%)	69 (56,6%)	0,471 <sup>2</sup>
Диспансерный учет по ССЗ	9 (23,7%)	9 (7,4%)	<b>0,015<sup>3</sup></b>
Наблюдение в мед. учреждении	35 (92,1%)	98 (80,3%)	0,149 <sup>4</sup>
Курение	9 (23,7%)	29 (23,8%)	1,00 <sup>4</sup>
Избыточное употребление алкоголя	12 (31,6%)	46 (37,7%)	0,493 <sup>2</sup>
Гиперхолестеринемия в анамнезе	15 (39,5%)	34 (27,9%)	0,192 <sup>2</sup>
АГ в анамнезе	29 (76,3%)	89 (73%)	0,841 <sup>4</sup>
ИБС в анамнезе	16 (42,1%)	31 (25,4%)	<b>0,048<sup>2</sup></b>
Стенокардия напряжения в анамнезе	8 (21,1%)	15 (12,3%)	0,281 <sup>4</sup>
ОИМ в анамнезе	10 (26,3%)	18 (14,8%)	0,163 <sup>4</sup>
ОНМК в анамнезе	4 (10,5%)	8 (6,6%)	0,481 <sup>3</sup>
СД в анамнезе	14 (36,8%)	31 (25,4%)	0,171 <sup>2</sup>
ЧКВ в анамнезе	4 (10,5%)	4 (3,3%)	0,092 <sup>3</sup>
АКШ в анамнезе	2 (5,3%)	1 (0,8%)	0,141 <sup>3</sup>
Ожирение	13 (34,2%)	47 (38,5%)	0,631 <sup>2</sup>

Примечание: <sup>1</sup> - t-критерий Стьюдента; <sup>2</sup> -  $\chi^2$  Пирсона; <sup>3</sup> - точный критерий Фишера; <sup>4</sup> -  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йейтса

По основным клиническим характеристикам пациенты с типичной стенокардией практически не отличались от остальной группы пациентов за исключением существенно большей доли больных с диагностированной ИБС до ИМ и находившихся под диспансерным наблюдением.

Следует отметить, что почти все пациенты получали ББ, около трети пациентов получали БКК, в большинстве случаев это были БКК дигидропиридинового ряда (таб.28). Согласно принятой классификации, эти препараты относятся к антиангинальным препаратам первой линии. Примерно



треть пациентов принимала нитраты пролонгированного действия. Очень показательным является тот факт, что в течение первого года после ИМ препараты второй линии для усиления антиангинальной терапии практически не назначались [20]. Кроме того, за этот период количество пациентов, получавших антиангинальные препараты первой линии, существенно не изменилось, со временем их количество даже несколько уменьшилось.

Таблица 28 – Терапия антиангинальными препаратами первой и второй линии пациентов с типичной стенокардией (n=38)

Препараты	Выписка	Визит 6 мес.	Визит 12 мес.
Бетаблокаторы	37 (97,4%)	34 (94,4%)	30 (88,2%)
БКК	11 (28,9%)	12 (33,3%)	13 (38,2%)
Нитраты	13 (34,2%)	14 (38,8%)	8 (23,5%)
Триметазидин	1 (2,6%)	0	0
Никорандил	0	0	0
Ивабрадин	0	0	0

В целом, эффективность назначенной антиангинальной терапии была недостаточной, поскольку только у 4-х пациентов (10,5%) отмечалось положительная динамика и полное устранение приступов типичной стенокардии. Обострение течения заболевания в виде госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии было зарегистрировано у 9 (23,7%) пациентов из группы с типичной стенокардией и 5 (4,1%) пациентов остальной группы ( $p < 0,001$ ), следовательно, уникальные возможности антиангинальной (антиишемической) терапии остались нереализованными [20].

### 3.7 Анализ качества лечения с учетом наличия мультиморбидности

В таблице 29 отражены основные анамнестические факторы у пациентов с ИМ в зависимости от наличия СД.

Таблица 29 – Анамнестические факторы у пациентов ИМ в зависимости от наличия СД

Показатель	Наличие СД N=45	Отсутствие СД N=115	p
Мужской пол	19 (42,2%)	87 (75,7%)	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
Женский пол	26 (57,8%)	28 (24,3%)	
Возраст	64,1 [60,6-67,5]	60,8 [58,6-63,0]	0,123 <sup>4</sup>
Наличие подъема ST	26 (57,8%)	77 (67%)	0,276 <sup>1</sup>
<i>Образование:</i>			
начальное	1 (2,2%)	3 (2,6%)	0,941 <sup>3</sup>
среднее	9 (20%)	28 (24,3%)	
средне-специал.	18 (40%)	44 (38,3%)	
высшее	17 (37,8%)	40 (34,8%)	
Работающие	14 (31,1%)	51 (44,3%)	0,125 <sup>1</sup>
Пенсионеры	33 (73,3%)	60 (52,2%)	<b>0,015<sup>1</sup></b>
Употребление алкоголя	13 (28,9%)	45 (39,1%)	0,226 <sup>1</sup>
Курение	8 (17,8%)	30 (26,1%)	0,267 <sup>1</sup>
Повышение холестерина в анамнезе	19 (42,2%)	30 (26,1%)	<b>0,047<sup>1</sup></b>
Наличие ожирения	20 (44,4%)	40 (34,8%)	0,256 <sup>1</sup>
АГ в анамнезе	38 (84,4%)	80 (69,6%)	0,054 <sup>1</sup>
ИБС в анамнезе	21 (46,7%)	26 (22,6%)	<b>0,003<sup>1</sup></b>
ИМ в анамнезе	15 (33,3%)	13 (11,3%)	<b>0,002<sup>2</sup></b>
ОНМК в анамнезе	5 (11,1%)	7 (6,1%)	0,320 <sup>3</sup>

Примечание: <sup>1</sup> -  $\chi^2$  Пирсона; <sup>2</sup> - точный критерий Фишера; <sup>3</sup> -  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йейтса; <sup>4</sup> - t-критерий Стьюдента;

При анализе клиничко-анамнестических показателей, выявлено, что среди пациентов с СД, преобладали женщины (57,8% vs 42,2%,  $p < 0,05$ ). В целом, средний возраст пациентов в группе без СД составил 60,8 [58,6-63,0], а в группе с СД –

64,1[60,6-67,5], ( $p>0,05$ ). Среди больных с СД преобладали пациенты со средне-специальным и высшим образованием, а так же пенсионеры (73,3% vs 52,2%,  $p<0,05$ ). По наличию вредных привычек (курение, употребление алкоголя) в двух группах не было статистически значимых различий. Наличие ожирения чаще отмечалось в группе с СД (44,4% vs 34,8%,  $p>0,05$ ). Повышение холестерина, по данным амбулаторной карты, чаще отмечалось у пациентов с СД (42,2% vs 26,1%,  $p<0,05$ ). Достоверно у большего количества больных в анамнезе наблюдались ИБС (46,7% vs 22,6%,  $p=0,003$ ), постинфарктный кардиосклероз (33,3% vs 11,3%;  $p=0,002$ ).

При анализе получаемой терапии в анамнезе большинство пациентов с СД достоверно значимо имели льготное обеспечение (46,7% vs 13,9%;  $p<0,05$ ), чаще всего был отмечен прием таких препаратов, как антиагрегант (46,7% vs 19,1%), ББ (35,6% vs 19,1%), иАПФ/БРА (68,9% vs 39,1%), диуретики (20% vs 4,3%) (таб.30).

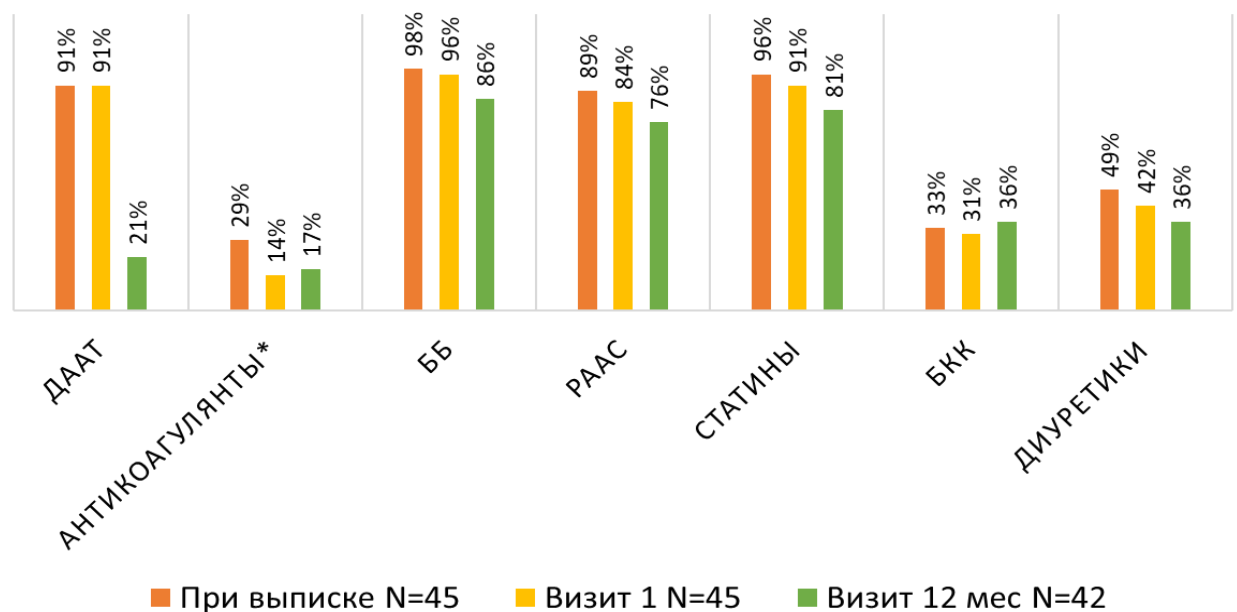
Таблица 30 – Медикаментозное лечение, получаемое пациентами до референсного ИМ, в зависимости от наличия СД

	Наличие СД N=45	Отсутствие СД N=115	p
Наличие льготного обеспечения	21 (46,7%)	16 (13,9%)	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
Антиагрегант	21 (46,7%)	22 (19,1%)	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
ББ	16 (35,6%)	22 (19,1%)	<b>0,028<sup>1</sup></b>
иАПФ/БРА	31 (68,9%)	45 (39,1%)	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Диуретики	9 (20%)	5 (4,3%)	<b>0,003<sup>3</sup></b>
Статины	5 (11,1%)	5 (4,3%)	0,146 <sup>3</sup>
БКК	7 (15,6%)	13 (11,3%)	0,642 <sup>2</sup>
Нитраты	5 (11,1%)	4 (3,5%)	0,133 <sup>2</sup>
ЧКВ	4 (8,9%)	4 (3,5%)	0,222 <sup>3</sup>

Примечание: 1- $\chi^2$  Пирсона, 2- $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йейтса, 3-точный критерий Фишера

Дальнейший анализ полученной терапии, после выписки из стационара и на последующих визитах показал, что пациентам с СД существенно чаще назначалась двойная антиагрегантная терапия на всех этапах наблюдения (рис.8). Достоверно

значимые различия выявлены при приеме диуретиков у пациентов с СД на трех этапах наблюдения по сравнению с пациентами без СД (48,9%/27,8%; 42,2%/24,3%; 35,7%/20%,  $p < 0,05$ ). Стоит обратить внимание, что через 12 месяцев наблюдения уменьшился прием таких групп препаратов, как ББ, иАПФ/БРА и статины у пациентов с СД. Так же обращает внимание, что пациенты в группе с СД не имели статистически значимых различий по проведению тромболизиса в стационаре (4(8,9%)/8(7,0%),  $p > 0,05$ ) и ЧКВ (29(64,4%)/72(62,6%),  $p > 0,05$ ).



Примечание: \* - частота назначения антикоагулянтов оценивалась только у больных, имевших фибрилляцию предсердий

Рисунок 8 – Терапия у пациентов с сахарным диабетом на различных этапах наблюдений

Наличие бронхолегочной патологии у пациентов, госпитализированных по поводу ИМ составила 5 %. Средний возраст пациентов в группе с сопутствующими заболеваниями легких был  $65,3 \pm 2,8$  ( $n=8$ ), у пациентов группы без патологии легких –  $61,5 \pm 0,9$  ( $n=152$ ). При анализе клинико-anamнестических особенностей больных, выявлено, что среди пациентов с бронхолегочной патологией, преобладали женщины (75% vs 25%,  $p < 0,05$ ). По полученным данным среди больных с бронхолегочной патологией преобладали пациенты со средне-специальным образованием (50%), а также пенсионеры (87,5% vs 56,6%,  $p > 0,05$ ).

По наличию вредных привычек (курение, употребление алкоголя) в двух группах не было статистически значимых различий. Наличие АГ, ИБС, НРС чаще отмечалось в группе с бронхолегочной патологией (таб.31).

Таблица 31 – Анамнестические факторы у пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от наличия бронхолегочной патологии

Показатель	Наличие заболеваний легких N=8	Отсутствие заболевания легких N=152	p
Мужской пол	2 (25%)	104 (68,4%)	<b>0,018<sup>2</sup></b>
Женский пол	6 (75%)	48 (31,6%)	
Возраст	65,3±2,8	61,5±0,9	0,387 <sup>1</sup>
<i>Образование:</i>			
начальное	0	4 (2,6%)	0,808 <sup>2</sup>
среднее	2 (25%)	35 (23%)	
средне-специальное	4 (50%)	58 (38,2%)	
высшее	2 (25%)	55 (36,2%)	
Работающие	3 (37,5%)	62 (40,8%)	1,0 <sup>2</sup>
Пенсионеры	7 (87,5%)	86 (56,6%)	0,140 <sup>2</sup>
Употребление алкоголя	1 (12,5%)	57 (37,5%)	0,260 <sup>2</sup>
Курение	0	38 (25%)	0,2 <sup>2</sup>
АГ в анамнезе	7 (87,5%)	111 (73%)	0,682 <sup>2</sup>
ИБС в анамнезе	3 (37,5%)	44 (28,9%)	0,694 <sup>2</sup>
НРС в анамнезе	1 (12,5%)	14 (9,2%)	0,553 <sup>2</sup>

Примечание: 1 - t-критерий Стьюдента; 2-точный критерий Фишера

Из таблицы 32 видно, что в группе пациентов, имеющих бронхолегочные заболевания, при анализе получаемой терапии чаще всего был отмечен прием таких препаратов, как антиагреганты, а именно АСК (37,5% vs 26,3%), достоверно значимо было назначение БКК, а именно недигидроперидинового ряда (верапамил) (20% vs 6,7%,  $p < 0,05$ ), назначение ББ было примерно одинаково в обеих группах ( 25,0% vs 23,7%,  $p > 0,05$ ), при этом предпочтение в данной группе отдавалось только биспрололу у пациентов с заболеванием легких.

Таблица 32 – Медикаментозное лечение, получаемое пациентами до ИМ, в зависимости от наличия бронхолегочной патологии

	Наличие заболеваний легких N=8	Отсутствие заболевания легких N=152	p*
Антиагреганты (АСК)	3 (37,5%)	40 (26,3%)	0,444
Бетаблокаторы	2 (25%)	36 (23,7%)	1,0
<i>бисопролол</i>	2 (100%)	19 (52,8%)	0,072
БКК	5 (62,5%)	15 (9,9%)	<b>0,001</b>
<i>верапамил</i>	1 (20%)	1 (6,7%)	<b>0,002</b>

Примечание: \* - точный критерий Фишера

По данным осмотра у пациентов с бронхолегочной патологией было выявлено достоверно значимое достижение целевых показателей ЧСС. Не было выявлено статистически значимых различий по наличию одышки и показателей АД при осмотре пациентов. В период стационарного лечения пациентов с ИМ по данным электрокардиограммы (ЭКГ) не наблюдались НРС и нарушений проводимости сердца (НПС), по данным холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ) так же не было выявлено достоверно значимых различий в обеих группах. При сравнении больных по наличию хронической сердечной недостаточности (ХСН), достоверно значимых различий не выявлено при ФВ ЛЖ менее 40% в данной группе пациентов (таб.33).

Таблица 33 – Данные осмотра и выписки у пациентов после ИМ, в зависимости от наличия бронхолегочной патологии

Показатель	Наличие заболеваний легких N=8	Отсутствие заболевания легких N=152	p <sup>1</sup>
ЧСС менее 60	0	11 (7,2%)	1,0
ЧСС 60-70	6 (75%)	45 (29,6%)	<b>0,013</b>
Гипотония	0	20 (13,2%)	0,597
Нормотония	1 (12,5%)	74 (48,7%)	0,068
Наличие одышки	4 (50%)	68 (44,7%)	1,0
НРС по ЭКГ	0	15 (9,9%)	0,951

## Продолжение таблицы 33

НПС по ЭКГ	0	3 (1,9%)	0,958
НПС по ХМ-ЭКГ	N=6 3 (50%)	N=87 30 (34,5%)	0,662
НПС по ХМ-ЭКГ	N=6 0	N=87 3 (3,4%)	1,0
ФВ менее 40%	0	23 (15,4%)	0,605
ХСН при выписке	7 (87,5%)	114 (75%)	0,681

Примечание: 1 - точный критерий Фишера

У пациентов, имеющих бронхолегочную патологию предпочтение в назначении из группы ББ отдавалось бисопрололу, которое не изменялась на протяжении всего периода наблюдения, только при визитах в поликлинику были произведены единичные замены на недигидропиридиновые БКК (НП БКК) (таб.34).

Таблица 34 – Сравнение терапии у пациентов с бронхолегочной патологией на разных этапах наблюдения

Препараты		При выписке N=8 <sup>1</sup>	Визит 1 N=8 <sup>1</sup>	Визит 7 N=9 <sup>2</sup>
<b>ББ</b>		7 (87,5%)	7 (87,5%)	7 (77,8%)
Бисопролол		7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)
<b>БКК</b>		0	4 (50%)	5 (55,6%)
<b>НП БКК</b>	Верапамил	0	1 (25%)	1 (20%)
	Дилтиазем	0	0	0

Примечание: <sup>1</sup> - бронхолегочная патология в анамнезе и выявленная в стационаре;

<sup>2</sup> - бронхолегочная патология в анамнезе и выявленная за 12 мес. наблюдения

### 3.8 Анализ лекарственной терапии в зависимости от льготного обеспечения

Льготные препараты на всех этапах наблюдения получали около половины пациентов, с тенденцией к снижению с 53% до 38% к 12 месяцам лечения (рис. 9). Основными причинами, по которым пациенты не получали положенные для них

льготные препараты, были или просто отказ самого пациента, или различные организационные причины, связанные с оформлением и получением таких льгот. Льготное обеспечение до перенесенного ИМ получали 37 (23,1%) пациентов, а отказались от приема льготных препаратов 7 (4,4%) человек, у 116 (72,5%) данное обеспечение отсутствовало.

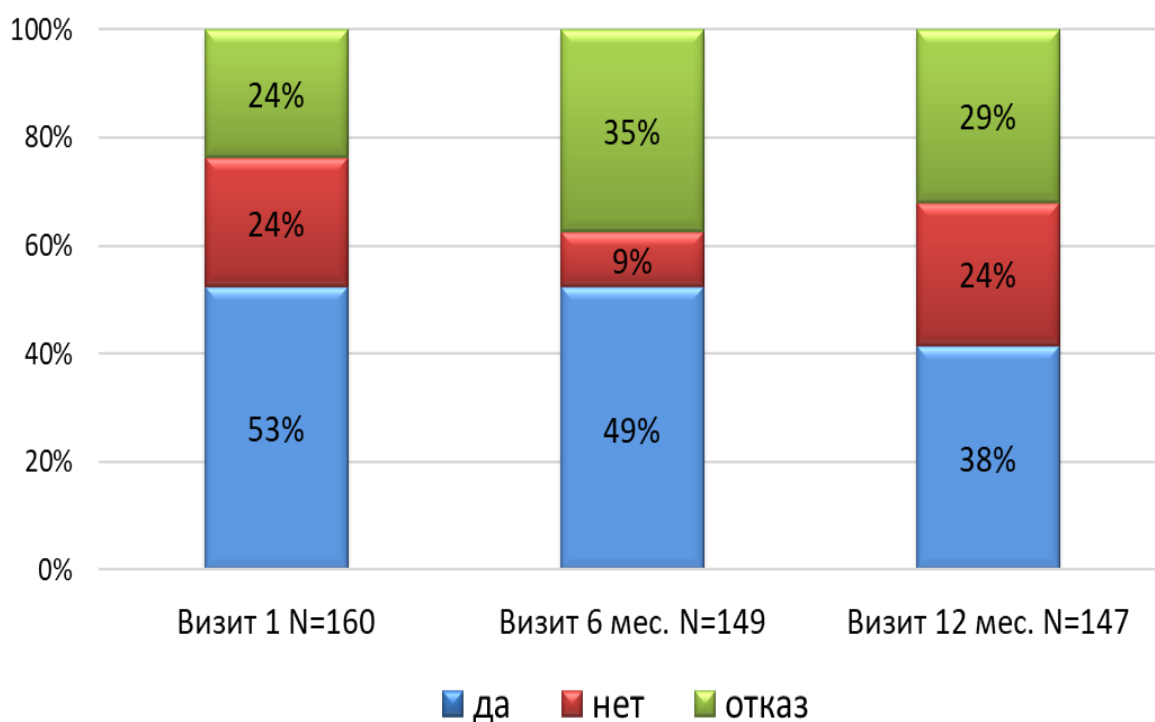


Рисунок 9 – Льготное обеспечение на разных этапах наблюдения

Была проведена оценка качества терапии по наличию у пациента льготного обеспечения. Было выявлено, что применение АСК на всех этапах наблюдения было одинаковым. Применение второго антиагреганта в составе ДААТ имело закономерное снижение к концу первого года лечения, но его назначение чаще регистрировалось в группе пациентов с льготным обеспечением (41%). Чаще всего по льготному обеспечению назначались ингибиторы иАПФ/БРА, ББ, статины на всех этапах наблюдения. Назначение остальных групп препаратов по льготе не превышало 50% (таблица 35).



Таблица 35 – Лекарственная терапия по наличию льготного обеспечения

	Визит 1 n=84	Визит 6 мес. N=58	Визит 12мес. N=61
Антиагрегант (АСК)	81 (96,4%)	51 (87,9%)	51 (83,6%)
Второй антиагрегант	82 (97,6%)	57 (98,3%)	25 (41%)
ДААТ	74 (88,1%)	47 (81%)	15 (24,6%)
Антикоагулянт иАПФ/БРА	6 (7,1%)	5 (8,6%)	6 (9,8%)
ББ	73 (86,9%)	48 (82,8%)	50 (82%)
БКК	81 (96,4%)	54 (93,1%)	56 (91,8%)
Диуретики	20 (23,8%)	21 (36,2%)	22 (36,1%)
Статины	22 (26,2%)	23 (39,7%)	18 (29,5%)
Статины	81 (96,4%)	55 (94,8%)	51 (83,6%)
Нитраты	12 (14,3%)	19 (32,8%)	15 (24,6%)

### 3.9 Анализ лекарственной терапии с учетом нежелательных явлений

При назначении лекарственной терапии была проведена не только оценка ее эффективности, но и безопасности. Сведения о появлении любых непреднамеренных реакций организма при использовании лекарственных препаратов получили путем анализа сообщений от пациентов о их состоянии (таб.36).

По полученным данным наиболее часто фиксировались нежелательные явления на фоне приема двойной антиагрегантной терапии, такие как: множественные экхимозы -5 (3,1%), эпистаксис – 2 (1,3%), кожный зуд -1 (0,6%), кашель- 1 (0,6%). У 7 (4,3%) пациентов была произведена замена или отмена одного из компонентов двойной антиагрегантной терапии, у 2 (1,3%) пациентов терапия была продолжена без изменений. На фоне приема антикоагулянтной терапии (варфарин) у пациента с ФП был зафиксирован случай макрогематурии -1 (0,6%), что повлекло к отмене данного препарата.

Таблица 36 – Нежелательные явления на фоне приема основных групп препаратов

Нежелательные явления	Результат <i>N</i> = 160		Группа препаратов
Эпистаксис	2 (1,3%)		ДДАТ
Экхимозы	5 (3,1%)		ДДАТ
Кожный зуд	1 (0,6%)		ДДАТ
Кашель	7 (4,4%)	1 (0,6%)	ДДАТ
		6 (3,7%)	иАПФ
Гемофтальм	1 (0,6%)		ДДАТ
Макрогематурия	1 (0,6%)		Антикоагулянты
Эректильная дисфункция	2 (1,3%)		Бетаблокаторы
Отечность голеней	1 (0,6%)		БКК
Цефалгия	6 (3,7%)		Нитраты
Гинекомастия	1 (0,6%)		Калийсберегающие диуретики
Кожные высыпания	2 (1,3%)		Статины

Случаи неблагоприятной реакции на фоне приема ББ были зафиксированы у 2 (1,3%) пациентов по типу эректильной дисфункции (бисопролол), в обоих случаях терапия была продолжена без коррекции. Единичный случай неблагоприятной реакции 1 (0,6%) был зафиксирован на фоне приема БКК (амлодипин) по типу отёчности голеней, была произведена отмена терапии, без дальнейшей коррекции.

В случае приема иАПФ наблюдалась нежелательное явление, как кашель у 6 (3,7%) пациентов. У всех пациентов была проведена замена на препараты из группы БРА. Прием нитратов сопровождался у 6 (3,7%) пациентов появлением цефалгии, у 5 (3,1%) пациентов данный препарат был отменен.

На фоне прием калийсберегающих диуретиков (спиронолактон) у 1 (0,6%) пациента был зафиксирован случай гинекомастии, что привело к замене на эплеренон. Прием статинов у 2 (1,3%) пациентов сопровождался кожным зудом (симвастатин), в обоих случаях была произведена замена на аторвастатин.

### 3.10 Применение интегрированного показателя качества терапии и приверженности для оценки качества фармакотерапии

Проведя анализ полученных данных, которые сочетали основные параметры качества терапии и приверженности к медикаментозному лечению, в дальнейшем были объединены в показатель - ИРФТ.

ИРФТ объединил в себе основные характеристики показателей приверженности и качества фармакотерапии и вычисляется по формуле:

$$\text{ИРФТ} = \frac{\text{Назн.}[\text{АГТ} \cdot \text{КПагт} \cdot \text{АГТ}\text{эф}] + (\text{ГЛТ} \cdot \text{КПглт} \cdot \text{ГЛТ}\text{эф}) + (\text{ССТ} \cdot \text{КПсст} \cdot \text{ССТ}\text{эф}) + (\text{ДААТ} \cdot \text{КПдаат}) + (\text{ОАК}\# \cdot \text{КПоак}\#) + (\text{АИТ} \cdot \text{КПаит})}{\text{Необх. (АГТ} \cdot \text{К0} + \text{ГЛТ} \cdot \text{К0} + \text{ДААТ} \cdot \text{К0} + \text{ОАК}\# \cdot \text{К0} + \text{ССТ} \cdot \text{К0} + \text{АИТ} \cdot \text{К0})} \times 100\%$$

где:

**Необх.** – сумма баллов за ФТ-мероприятия, которые необходимо было провести у данного пациента, учитывая его анамнез/сопутствующие заболевания: каждый из необходимых препаратов (групп препаратов) оценивается в 1 балл, во всех остальных случаях – в 0 баллов.

**Назн.** – сумма баллов за проведенные фармакотерапевтические мероприятия (назначенные ЛП)

**КП** – коэффициент приверженности к приему конкретного препарата (группы препаратов): 0 – пациент не привержен, 1 – пациент привержен

**К0** – коэффициент «обнуления» (безопасности ФТ) – при наличии абсолютных противопоказаний или серьезных/плохо переносимых ПЭ лекарственного препарата (или всей группы ЛП – АГТ, ССТ) = 0, во всех остальных случаях = 1.

**эф** – критерий эффективности терапии (по достижению установленных целевых показателей)

*& - при наличии нозологий, требующих назначения ЛП с доказанной эффективностью, по аналогии вводятся дополнительные переменные (включая необходимые, назначенные ЛП, оценку их эффективности, приверженности к приему ЛП, К0)*

*АГТ - антигипертензивная терапия*

*ГЛТ - гиполипидемическая терапия*

*ССТ - сахароснижающая терапия*

*АИТ - антиишемическая терапия*

*# только для пациентов с ФП*

По полученным результатам, более половины наблюдаемых пациентов, перенесших ИМ имели ИРФТ менее 60%, данные представлены в таблице 37.

Таблица 37 – Результаты оценки ИРФТ у больных, перенесших ИМ (регистр ПРОФИЛЬ-ИМ)

Значение ИРФТ, %	Пациенты, (n=149)	Пациенты, (%)
0	19	12,8
20,00	2	1,3
25,00	7	4,7
33,33	19	12,8
40,00	4	2,7
50,00	26	17,4
60,00	7	4,7
66,67	23	15,4
75,00	15	10,1
80,00	2	1,3
100	25	16,8

Это может свидетельствовать об неудовлетворительном достижении основных целей лечения или приверженности к фармакотерапии пациентов, о низком качестве рекомендованной терапии, а так же сочетание этих фактов.

У 77 (51,7%) пациентов, перенесших ИМ, значения ИРФТ составили менее 60%. Регрессионный анализ пропорциональных рисков Кокса выявил, что риск развития компонентов ПККТ у больных с ИРФТ <60% в 1,51 больше ( $p=0,218$ ), чем

у пациентов со значением данного интегрированного показателя от 60% и выше (рисунок 10).

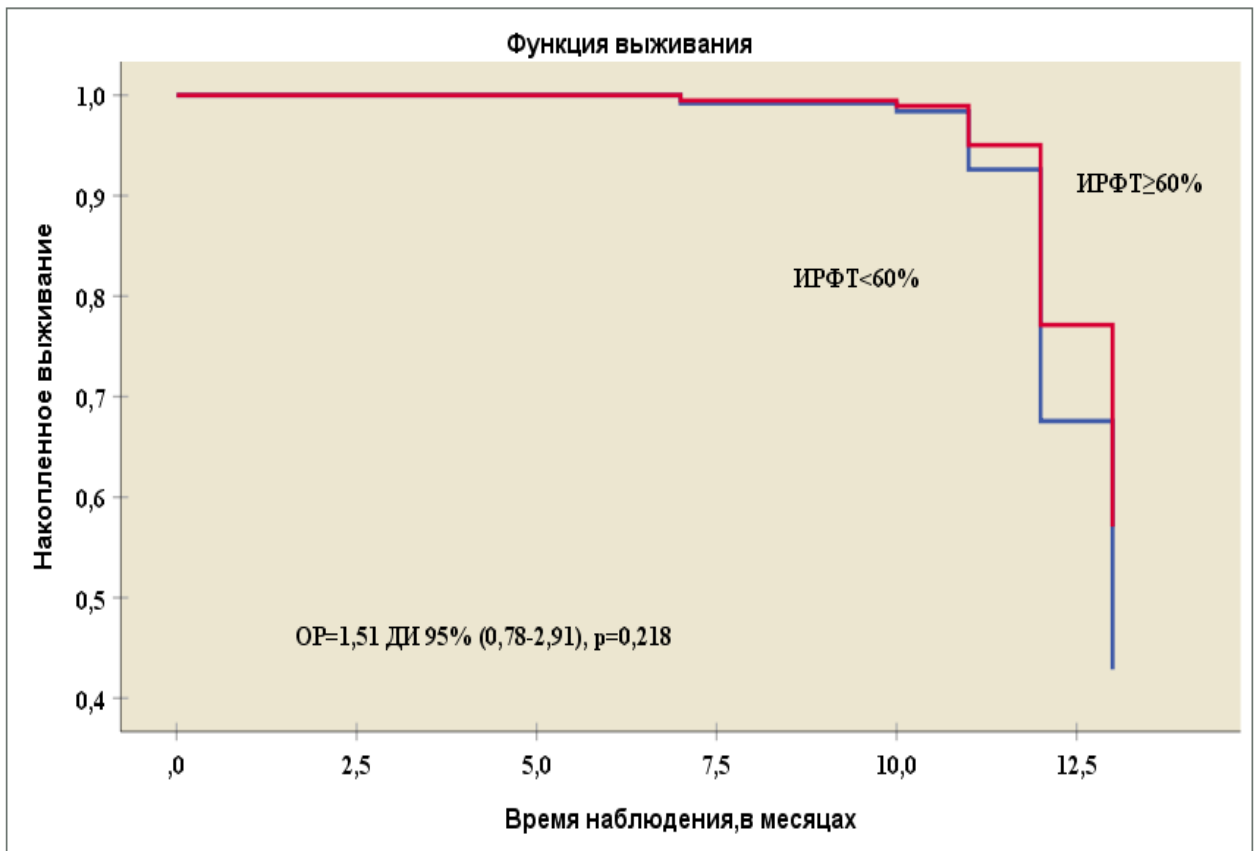


Рисунок 10 – Развитие ПККТ (кривые Каплан-Мейера) в зависимости от результата ИРФТ более 60% (n=149)

За время исследования выявлено 18 событий относящихся к ВККТ: нефатальный ИМ – 9 (5,6 %), нефатальный ОНМК – 1 (0,6%), смерть от сердечно-сосудистых причин – 8 (5%). На основании регрессионного анализа пропорциональных рисков Кокса было выявлено, что риск развития компонентов ВККТ у больных с ИРФТ < 60% в 3,4 больше (p=0,061), чем у пациентов со значением данного интегрированного показателя от 60% и выше (рисунок 11).

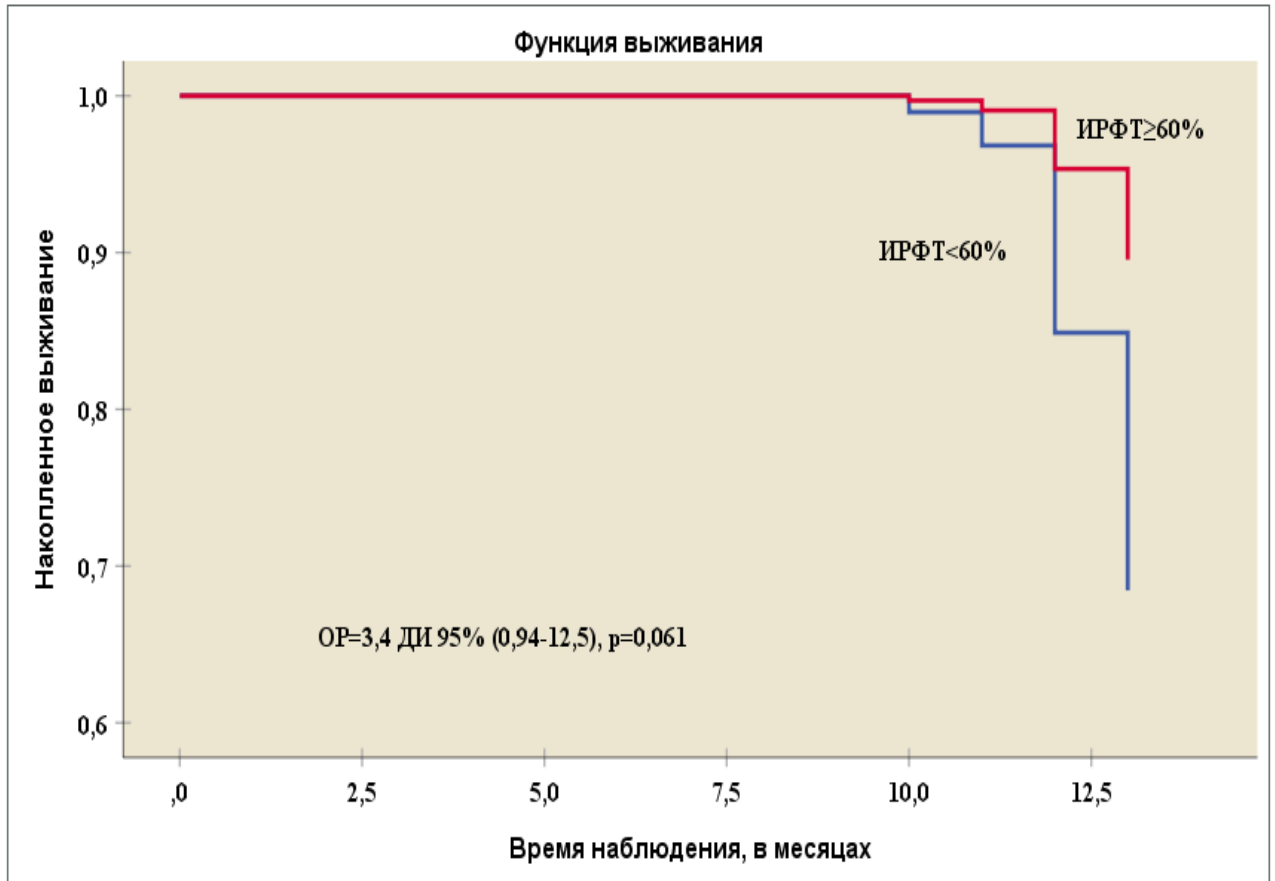


Рисунок 11 – Развитие ВККТ (кривые Каплан-Мейера) в зависимости от результата ИРФТ более 60%

В результате была определена вероятность неблагоприятных исходов у больных, перенесших ИМ, в связи со значениями ИРФТ. Эти данные подтверждают, что необходим комплексный подход, сочетающий оценку параметров качества фармакотерапии и приверженности к ней.

## ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

### 4.1 Методические особенности работы

В последнее время стало очевидным, что регистры заболевания — это самый надежный способ получения данных о реальной клинической практике [68, 82, 119]. Настоящее исследование было проспективным, проведенное в условиях реального общения и наблюдения за пациентом. Было учтено качество и приверженность к терапии, получаемой пациентами после референсного ИМ, а также особый интерес представляла частота использования препаратов, способных улучшить прогноз заболевания и прогноз жизни (так называемых "life-saving drugs").

Специфика регистра ПРОФИЛЬ-ИМ заключалась в том, что в него включались лишь лица, выписанные после перенесенного ИМ и обратившиеся в поликлинику по месту жительства. Известно, что некоторые больные после ИМ лечатся в ведомственных поликлиниках, а некоторые больные не обращаются в поликлинику вообще [53].

Особое внимание уделялось выяснению медикаментозного анамнеза: сначала осуществлялся подробный сбор информации о принимаемых до референсного ИМ лекарственных препаратах, далее — о препаратах, назначенных во время стационарного этапа (на основании выписки из стационара), а также препаратах, принимаемых пациентом после выписки из стационара (в том случае, если между выпиской и визитом пациента к кардиологу прошло некоторое время).

В связи с тем, что исследование проводилось в условиях реальной клинической практики, «Карта пациента», «Анкета пациента», заполнялись с учетом возможности врачей проводить опрос пациентов в рамках установленных временных ограничений.

Были получены данные, наиболее полно отражающие реальную картину в одной из городских поликлиник Москвы. Конечно, одна поликлиника не может рассматриваться представительным объектом для всего города и тем более всей нашей страны. Однако, по полученным данным можно представить сложившуюся картину оказания амбулаторно-поликлинической помощи в центральном регионе.

Регистр ПРОФИЛЬ-ИМ показал, что под диспансерным наблюдением формально находились лишь 11,2% больных. Центры здоровья посетили всего 3,8% пациентов. Более трети больных последний раз обращались в поликлинику (по любым причинам) более двух лет перед развитием ИМ. Все это, бесспорно, свидетельствует о том, что реально существующая система первичной и вторичной профилактики далеко не всегда на практике выполняет свою роль, и нуждается в совершенствовании [39].

#### **4.2 Обсуждение данных по догоспитальной терапии**

Основным источником информации о догоспитальной терапии в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ была медицинская документация пациента (т.е. амбулаторная карта пациента), т.к. большинство пациентов не могли точно перечислить или воспроизвести по памяти название всех принимаемых ранее препаратов. Кроме того, врач проводил стандартизованный опрос больного по специально разработанным для данного исследования анкетам, при котором пытался выяснить общую приверженность больного к назначенному ранее лечению, а также информацию о том, кем препарат был назначен, и регулярность его приема. Таким образом были получены данные о терапии, которую принимали пациенты до развития ИМ (т.н. догоспитальная терапия - "preadmission treatment" [132]). Данная часть регистра ПРОФИЛЬ-ИМ была ретроспективной, поэтому могла содержать определенные неточности в отношении назначенных ЛП и приверженности пациента к их приему. Стало очевидным, что назначение основных групп



препаратов было достаточно низким, а также обращает внимание тот факт, что более половины пациентов с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений практиковали или курсовой прием препаратов или прием препаратов только при ухудшении самочувствия, реальная частота приема лекарственной терапии, по-видимому, была еще ниже.

В доступной медицинской литературе отсутствуют данные о создании проспективных регистров, комплексно включавших больных с АГ, ИБС, ХСН и ФП, в рамках которых изучались исходы и влияние на риск развития сердечно-сосудистых событий анамнестических факторов, особенностей клинического течения ССЗ и их сочетаний, сопутствующей патологии, назначенной медикаментозной терапии [8]. Как известно, так называемая догоспитальная терапия, предшествующая развитию ИМ, в значительной степени отражает качество первичной (у лиц без ИБС) и вторичной (у лиц с наличием ИБС) профилактики ИМ [92, 107, 132, 143]. Как показали результаты исследования, качество вторичной профилактики было невысоким, а из препаратов, способных повлиять на прогноз заболевания, частота назначения статинов была самой низкой. В настоящее время имеются хорошие условия для применения возможностей доказательной медицины не только для улучшения прогноза и снижения риска ССО у пациентов с ИБС, но и более эффективного медикаментозного лечения, улучшающего качество жизни пациентов. К сожалению, в реальной клинической практике лишь небольшая часть пациентов с ИБС получала медикаментозную терапию, соответствующую КР.

Известно, что наличие у пациента АГ повышает риск развития ИМ примерно в 2,5 раза [142]. Не удивительно, что в регистрах пациентов с острым коронарным синдромом или ИМ стабильно выявляется достаточно высокая доля пациентов с АГ в анамнезе [55]. В нашем исследовании был проведен анализ антигипертензивной терапии на догоспитальном этапе у пациентов с АГ в анамнезе.

Таким образом, данная часть работы показала, что первичная и вторичная лекарственная профилактика ИМ в целом мало соответствовала современным

клиническим рекомендациям, поэтому: только 65% пациентам до референсного инфаркта были назначены препараты, снижающие риск сердечно-сосудистых событий, 8,5% пациентов с ишемической болезнью сердца на догоспитальном этапе получали комплексную медикаментозную терапию с целью улучшения прогноза, при этом доля пациентов, получавших статины, составила всего 19,1%, а 12,8% пациентов вообще не принимали никаких препаратов.

#### **4.3 Обсуждение преимущественности терапии, назначенной при выписке из стационара и при первом визите в поликлинику**

Было доказано в целом ряде крупных РКИ и нашло отражение в современных КР, в которых такие классы ЛП, как ББ, иАПФ/БРА, статины рассматриваются обязательными к назначению практически всем больным после перенесенного ИМ [38, 41, 118].

Внутри каждого из упомянутых классов препаратов существует достаточно большое число отдельных препаратов, которые нередко наделяют абсолютно одинаковыми свойствами, используя термин «класс-эффект» [34]. Между тем, разные представители класса нередко имеют совершенно разную доказательную базу в отношении влияния на конкретные исходы болезни, в т.ч. у определенной категории пациентов, а ряд препаратов вообще не имеют таковой, поскольку с ними не были проведены РКИ. Кроме того, в ряде РКИ показано, что представители одного и того же класса нередко обладают разным фармакологическим действием, неодинаково влияют на исходы болезни и различаются по безопасности [88].

В настоящей работе была рассмотрена адекватность выбора лекарственного препарата на примере трех классов препаратов – ББ, иАПФ/БРА, имеющих четкие доказательства о положительном влиянии на отдаленный прогноз после ИМ, но представленных достаточно большим количеством отдельных препаратов, имеющих разную доказательную базу такого действия или не имеющих ее вовсе.

Однако, как известно, ББ с фармакологической точки зрения – достаточно разнородная группа препаратов, поэтому неудивительно что не все они имеют одинаковую доказательную базу в улучшении прогноза жизни больных, перенесших ИМ [86]. На сегодняшний день четкие доказательства влияния на отдаленные исходы болезни у таких больных имеют только два ББ – метопролол и карведилол (исключая практически не используемые в настоящее время тимолол и пропранолол) [118]. К сожалению, однако, эти два препарата составили менее половины во всех назначениях как в стационаре, так и в поликлинике. Больше половины назначений ББ приходилось на бисопролол, который, как известно, не имеет никакой доказательной базы в улучшении прогноза жизни больных после ИМ. Более того, с бисопрололом не проведено ни одного крупного РКИ с целью изучения влияния данного препарата на отдаленный прогноз после перенесенного ИМ, соответственно в официальной инструкции к этому препарату отсутствует показание «перенесенный ИМ». Таким образом, большая часть назначений ББ после перенесенного ИМ относилась к назначениям “off-label” [3].

Применение иАПФ у больных, перенесших ИМ (как правило, в добавление к ББ), было следующим шагом в попытке улучшить прогноз жизни больных после ИМ. Как известно, РКИ с этими препаратами убедительно продемонстрировали возможность добиться дополнительного улучшения отдаленной выживаемости больных; иАПФ были вторыми после ББ, доказавшими возможность снижения смертности в отдаленные сроки после перенесенного ИМ [35, 118]. Этот эффект, однако, был доказан отнюдь не для всех представителей этого класса, в первую очередь это были каптоприл, эналаприл, рамиприл, лизиноприл и трандолаприл. Определенная доказательная база в этом отношении имеется и для зофеноприла. Этот факт достаточно четко отражен в современных КР, как зарубежных, так и отечественных. Крайне важно, что официальные инструкции, утвержденные Минздравом РФ [3], допускают применение после перенесенного ИМ только 6 иАПФ (эналаприл, рамиприл, лизиноприл, трандолаприл, каптоприл и зофеноприл), т.е. в данной ситуации никаких принципиальных расхождений между данными доказательной медицины и официальной инструкцией нет. Тем не менее,

как показали данные исследования, наиболее часто после перенесенного ИМ назначали периндоприл, с которым не было проведено ни одного РКИ у больных, перенесших ИМ, и который не имеет никакой доказательной базы в отношении улучшения исходов заболевания у таких больных. В официальной инструкции также отсутствуют упоминания о возможности назначения периндоприла после ИМ. Таким образом, можно однозначно заключить, что значительная часть назначения иАПФ больным после ИМ была сделана «off label».

В данном исследовании проанализировали, как реально выбирается препарат для тех классов, которые представлены достаточно большим набором лекарств, доказательная база которых сильно отличается между собой, где от выбора врача может в значительной степени зависеть исход заболеваний. Один из основных принципов современной доказательной медицины гласит, что получить результаты, аналогичные результатам, полученным в РКИ, можно лишь максимально приближая реальную клиническую практику к тем условиям, в которых проводились РКИ [96, 111, 129].

Полученные в исследовании данные вполне согласуются с более поздними данными крупного регистра ОКС – РЕГИОН-ИМ (Бойцов С.А и соавт), результаты которого показали, что в стационаре к моменту выписки статины получали 95% пациентов, ББ – 87%, иАПФ – 80%, ацетилсалициловую кислоту – 82%, ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов – 98% пациентов независимо от варианта ОКС. Представленные данные вполне сопоставимы с данными шведского регистра за 2021 г., исключение составляет выбор варианта ингибитора P2Y12 рецепторов тромбоцитов: в РФ в 58% случаев назначается клопидогрел и в 42% тикагрелор. К сожалению, сохраняется проблема назначения неадекватных доз статинов: на декабрь 2021 г. 91% пациентов, перенесших ИМ, на амбулаторном этапе получали аторвастатин в средней дозе менее 25 мг/сут, 7% – от 25 до 35 мг и только 3% – в дозе более 35 мг/сут.

В итоге, отметим, что данные проспективного амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ, включавшие больных, недавно перенесших ИМ и обратившихся в одну из московских поликлиник, показали, что большинству больных назначают

основные классы препаратов, которые в соответствии с современными КР необходимы для улучшения отдаленных исходов заболевания, причем ситуация в этом отношении оказалась даже лучше, чем зарегистрированная в некоторых западных регистрах [107]. С другой стороны, выбор конкретного препарата из группы ББ и иАПФ был, как правило, неадекватен, он не всегда соответствовал данным доказательной медицины, современным КР и официальной инструкции по применению конкретных ЛП. Соответственно, есть основания опасаться, что больные, недавно перенесшие ИМ, не получают в полной мере той выгоды от назначения этих препаратов в отношении улучшения отдаленных исходов болезни, который они могли бы получить, будь этот выбор более адекватен [56].

Антитромботическая терапия у больных с инфарктом миокарда и неклапанной фибрилляцией предсердий, как правило, предполагает лечение тройной антитромботической терапией. Такая терапия повышает риск геморрагических осложнений и не всегда четко соблюдается на ранних этапах амбулаторно-поликлинического наблюдения. В группе пациентов с ФП без ИМ вопросы назначения ОАК решаются более просто, нежели у пациентов с сочетанием ФП и ИМ, но частота назначения ОАК является недостаточной, хотя и увеличивается на протяжении последних нескольких лет. Возможные резервы улучшения тактики ведения пациентов с ФП и ИМ мы видим в повышении приверженности самих врачей к назначению ОАК, преемственности между сосудистыми центрами и отделениями реабилитации, амбулаторно-поликлинической службой [48].

На ранних этапах амбулаторного наблюдения возросла доля пациентов, получавших ДААТ до 14 человек (58,3%) за счет уменьшения доли пациентов, получавших тройную АТТ (21%). Объяснимыми с точки зрения безопасности АТТ были только следующие изменения: замена ДААТ на антикоагулянт и антиагрегант у одного пациента и отмена антикоагулянта у одного пациента из-за развития гематурии. У большинства пациентов в медицинской документации не были указаны причины для неназначения антикоагулянта, они продолжили лечение

ДААТ. В большинстве случаев в медицинской документации не были указаны причины, почему антикоагулянты не были назначены или были отменены.

#### **4.4 Обсуждение результатов по приверженности к терапии в течении 12 месяцев наблюдения**

Назначение препаратов в соответствии с современными КР решает только часть проблем эффективного современного лечения. Как известно, многие больные не выполняют или не полностью выполняют назначения врачей, что свидетельствует об их отношении к назначенной терапии [17]. На примере данного исследования можно оценить результаты по выполнению пациентом рекомендаций врача. Часть больных не выполняли эти рекомендации, поскольку не видели необходимости в этом. Основную роль играли причины, связанные с самим пациентом, но и влияние факторов, связанных с медицинским учреждением и врачом, также вносят существенный вклад [54].

Знание причин, влияющих на снижение выполнения пациентом рекомендаций врача, позволит улучшить работу амбулаторного звена, направляя силы здравоохранения в нужное русло, организуя должным образом работу поликлиник, проводя обучение населения для повышения эффективности сотрудничества врач-пациент, что также может улучшить результаты профилактических мероприятий [54].

Важным резервом повышения качества ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе больных, перенесших ранее ИМ, является осуществление наблюдения кардиологами, терапевтами в соответствии с установленным порядком, а также повышение частоты назначения необходимых лекарственных средств, включенных в схему комплексного медикаментозного лечения [47].

Главная роль в решении проблемы приверженности должна быть отведена лечащему врачу. Именно врач может и должен предоставить пациенту полную

информацию о заболевании, осложнениях болезни, прогнозе здоровья и жизни, основных способах лечения и его задачах, с целью создать мотивацию на строгое и регулярное выполнение всех лечебных и профилактических врачебных рекомендаций. Именно врач должен назначить больному лечение, соответствующее современным КР с учетом всех имеющиеся у пациента показаний/противопоказаний к назначению данной терапии [30]. Именно врач должен создать у пациента мотивацию на сотрудничество и выполнение всех врачебных рекомендаций, тем не менее, не освобождая взрослого дееспособного человека — пациента — от ответственности за свои здоровье и жизнь [120, 124]. Только выполнение всех перечисленных задач: назначение пациенту качественной терапии и высокая стойкая приверженность больного этому лечению, позволит достичь основных целей лечения — улучшения прогноза заболевания, повышение качества жизни [31]. К сожалению, в условиях каждодневной амбулаторно-поликлинической практики лечащий врач, ввиду выраженного дефицита временного, личностного, профессионального и других ресурсов, нередко не имеет возможностей для максимально успешного претворения данных целей в жизнь [43].

#### **4.5 Обсуждение полученных результатов по приверженности к терапии на различных этапах амбулаторного наблюдения**

Перспективный регистр, служит инструментом контроля за исполнением положений клинических рекомендаций, при долгосрочном наблюдении пациентов, перенесших ИМ [46]. Проведен анализ назначения основных групп лекарственных препаратов, на основании проведенных визитов, при использовании анкетирования, нескольких опросников, что позволило оценить потенциальную и фактическую приверженность пациентов к рекомендованному лечению. По результатам опроса произведена оценка общей приверженности пациентов

назначенной при выписке из стационара и в поликлиники, с учетом современных клинических рекомендаций и особенностей течения основного заболевания, выявлены факторы, ассоциированные с приверженностью пациентов к лечению. При длительном наблюдении изучена частота назначения лекарственных препаратов, влияющих на прогноз после перенесенного ИМ. Оценен риск развития ПКТ в зависимости от приверженности пациентов к проводимой терапии.

Оказалось, что при заполнении опросника было значительно больше ответов, характеризующих пациентов как неприверженных или частично приверженных терапии, чем при ответе пациентов на прямые вопросы врача по приему ЛП. Данный факт позволяет сделать заключение, что пациенты отвечали на вопросы анкеты более честно, а на ответы пациента врачу о соблюдении режима приема ЛП не следует полностью полагаться. Использование короткого анкетирования с целью выяснения соблюдения пациентом режима приема ЛП может служить дополнительным инструментом для определения приверженности и формирования подходов для коррекции нарушений приверженности [19].

#### **4.6 Обсуждение полученных данных по эффективности назначенной терапии и достижению суррогатных точек**

Результаты исследований с использованием конечных точек популяционного уровня носят статистический характер и не отражают индивидуальных реакций, поэтому в последние годы наблюдается тенденция в сторону совместного использования точек обоих уровней для обеспечения максимальной объективности и достоверности результатов исследований [67]. Но суррогатные точки могут быть сравнительно легко измерены, поэтому их использование значительно ускоряет процесс исследования и снижает затраты на его проведение, т.к. суррогатные точки основаны на биомаркерах и могут быть сравнительно легко измерены, они используются в качестве замены для конечных точек [67].



АГ является одним из ведущих фактором сердечно-сосудистого риска. Установлено, что снижение АД на 1 мм рт.ст. обеспечивает уменьшение риска сердечного приступа на 10%, а также уменьшение смертности в результате сердечных событий на 5% [49]. Таким образом, снижение АД может быть использовано в качестве надежной суррогатной точки при оценке эффективности лечения АГ. Тем не менее, при оценке антигипертензивных препаратов, применение АД в качестве суррогатной точки не гарантирует объективности конечных результатов [84]. По результатам данного наблюдения, чаще отмечались показатели в пределах нормотонии, но данный показатель не превышал 40%.

Считается, что повышенный уровень общего холестерина, его фракций и триглицеридов в крови является одним из самых сильных факторов риска внезапной сердечной смерти [49]. По полученным данным назначение анализа крови на липидный спектр было достаточно низким, в результате чего полученные результаты не превышали 50%. Стоит отметить, что достижения целевых показателей ОХ отмечалось в половине случаев, а по уровню ХС ЛПНП не превышало четверти пациентов, при этом на всем протяжении наблюдения не было выявлено выраженной коррекции дозировки статинов. Данный фактор можно рассматривать как независимый индикатор плохого выполнения рекомендаций.

Стоит отметить, что в амбулаторно-поликлиническом регистре РЕКВАЗА одной из причин недостаточно выраженного воздействия статинов на прогноз у включенных в исследование пациентов являлось назначение недостаточных доз препаратов. В частности, при выраженной гиперхолестеринемии (уровень ОХ в крови  $> 6,2$  ммоль/л) умеренные дозы статинов, соответствующие 10-20 мг аторвастатина, назначались в 99% случаев, а более высокие дозы — лишь в 1% случаев [8].

Результаты крупных эпидемиологических исследований позволили установить, что ЧСС в виде тахикардии является независимым фактором риска, увеличивающим показатели общей смертности, внезапной смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [75]. Достижение целевой ЧСС среди больных с перенесённым инфарктом миокарда в реальной клинической

практике имеет большую трудность. По данным международной реальной клинической практики было показано, что на фоне ББ не достигается целевой уровень ЧСС. Это происходит за счет низкого охвата назначений ББ и низких доз препаратов, что не соответствует результатам, полученным в рандомизированных исследованиях [108, 131, 133].

В данном исследовании за эффективный контроль ЧСС принимался показатель от 60 до 70 уд/мин. Было отмечено в общей группе наблюдения назначение ритмурежающей терапии, в минимальных или средних дозировках. О достаточности дозы ритмурежающей терапии обычно судят по достижению целевой ЧСС. У пациентов с ЧСС более 70 в мин ритмурежающая терапия назначалась лишь в средних суточных дозировках.

#### **4.7 Обсуждение антиангинальной/антиишемической терапии у пациентов, у которых сохранялись типичные клинические проявления стабильной стенокардии**

Устранение симптомов стенокардии остается важной задачей при оказании помощи пациентам после перенесенного ИМ на этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения.

Частота выявления стенокардии напряжения в течение первого года наблюдения после ИМ зависит от применяемых методов ее верификации, но может достигать 20% [109]. В регистре ПРОФИЛЬ-ИМ доля таких пациентов составила 23,8%. Возможно, что реальные показатели могли быть и другими, поскольку в этом исследовании выявление типичной стенокардии было основано только на данных опроса пациента [20]. Результаты проведенного анализа позволили сделать вывод о том, что врачи поликлиники не до конца использовали все резервы современной антиишемической терапии. Только у 4-х пациентов удалось устранить приступы стенокардии, а анализ динамики частоты назначения

антиишемических препаратов показал, что в течение года наблюдения никакой тенденции к усилению терапии со стороны врачей не было отмечено, не активно применялась комбинированная терапия, более того, практически не использовались препараты второй линии (триметазидин был назначен 1 пациенту в начале исследования, но потом был отменен). Можно было бы ожидать от врачей назначения никорандила хотя бы некоторым пациентам, как антиишемического препарата с доказанным положительным действием на риск ССО, но в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ это не оправдалось [80].

#### **4.8 Обсуждение полученных данных по качеству лечения с учетом наличия мультиморбидности**

В настоящее время одной из актуальных проблем в кардиологии и эндокринологии является проблема сочетанного течения инфаркта миокарда и СД, так как представляет серьезную медико-социальную значимость [13]. Эти данные, безусловно, указывают на то, что СД утяжеляет течение ИМ и является фактором риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [51].

Во многих исследованиях показано, что пациенты с СД получают тот же, если не больший, эффект от лечения ИМ в сравнении с лицами без этого заболевания. Этот факт во многом может быть обусловлен тем, что абсолютный риск развития сердечно-сосудистых событий среди больных ИМ в сочетании с СД больше, соответственно, и абсолютная польза от терапии увеличивается [81]. И, тем не менее, пациенты с СД и ИМ, в «реальной жизни», не получают адекватной лекарственной терапии. Вероятнее всего, нежелание проводить более разборчивое лечение в группе с СД является проявлением обнаруженной в ряде исследований закономерности, согласно которой – чем меньше базовый кардиоваскулярный риск пациента, тем больше у него вероятность получить более полноценное лечение» [65, 69]. «Этот феномен назван авторами одной из работ «парадоксом лечения-

риска» (treatment-risk paradox) [69]. Данные факты являются основанием для тщательного соблюдения рекомендаций по рациональной антитромбоцитарной, гиполипидемической, антиишемической и гипотензивной терапии у больных ИМ с сопутствующим СД [4].

В условиях российской реальной клинической практики наличие СД у пациентов с ИМ предопределяет более тяжелое течение ИМ. Вместе с тем, пациенты с ИМ и СД, по сравнению с пациентами без СД, ненамного чаще подвергались экстренному ЧКВ, но имели более частое назначение антиагрегантной терапии [4]. Анализ получаемой терапии показал, что возможности терапии антиишемическими, гипотензивными, гиполипидемическими препаратами оказались недостаточными для защиты ишемизированного жизнеспособного миокарда.

Повышенного внимания от врача требует ведение пациентов с бронхолегочной патологией после острого коронарного события. При применении ББ в лечении ИМ, на госпитальном и амбулаторном этапах у пациентов с бронхолегочной патологией, необходим постоянный врачебный контроль в отношении возможного усиления бронхообструктивного синдрома, что приведет к отмене этой группы лекарственных средств. Бронхолегочные заболевания являются недостаточно изученной темой у пациентов с ИМ несмотря на то, что она затрагивает около 1,5% населения Европы, хотя истинная распространенность может достигать 10%, так как многие пациенты остаются без диагноза [23]. Основными факторами риска развития бронхообструктивных заболеваний, в частности ХОБЛ, являются курение табака, промышленные поллютанты, плохое питание и низкий социально-экономический статус [83, 125].

Широко распространено мнение о том, что при бронхолегочной патологии противопоказано лечение ББ из-за потенциального риска бронхоспазма. Тем не менее, несмотря на увеличивающееся число исследований, доказывающих, что применение ББ оправданно и безопасно у пациентов с бронхолегочной патологией, их использование в данной группе продолжает оставаться ограниченным [6, 33, 58]. Так же есть данные и о том, что кардиоселективные ББ, в частности бисопролол,

не ухудшают клиническое течение бронхообструктивных заболеваний, кроме того, его риск может быть снижен при низкой стартовой дозе этих препаратов с постепенным ее увеличением [123, 128].

Исходя из полученных данных, в лечении ИМ на различных этапах наблюдения в сочетании с бронхолегочной патологией такие препараты, как ББ назначались достаточно чаще, чем пациентам без данной патологии. Не было выявлено причин, таких как усиления бронхообструктивного синдрома, побочного действия ББ: брадикардии, гипотонии, атриовентрикулярной блокады. Замена ББ на НД БКК у пациентов с бронхолегочной патологией на амбулаторном этапе, отмечалась достаточно редко, что могло свидетельствовать о желании врача избежать нежелательных явлений при лечении пациентов с данной патологией. Обращает внимание следующий факт, что на стационарном этапе таких замен не отмечалось.

#### **4.9 Обсуждение полученных данных по лекарственной терапии в зависимости от льготного обеспечения**

Основными задачами в области охраны здоровья являются улучшения качества и обеспечения доступности медицинской и фармацевтической помощи [12]. Нужно обратить внимание на основные принципы фармацевтической помощи [16], такие как индивидуальный подход к больному; постоянное взаимодействие фармацевтического работника с больным и его врачом в ходе фармакотерапии; систематическое повышение уровня знаний фармацевтического работника в области фармакотерапии конкретного заболевания, информации о лекарственном средстве; соблюдение профессиональной этики и конфиденциальности. Изучением удовлетворенности населения услугами, в том числе и по лекарственному обеспечению населения, занимаются многие ведомства, которые формулируют свои приоритеты в зависимости от решаемых задач и необходимости принятия

управленческих решений, используя свой инструментарий исследования [44]. Необходимо сказать, что надо исходить из основного принципа, заложенного ст. 41 Конституции РФ, которая гласит, что «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [25]. Однозначно можно сказать, что население в первую очередь заинтересовано в том, чтобы при первом же обращении в поликлинику выдали лекарство, так как оказание фармацевтической услуги должно быть своевременным, а получаемые лекарства должны быть качественными и безопасным [25].

Программа лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на социальную поддержку государства, чрезвычайно важна [25]. По полученным результатам наблюдения пациентов перенесших ИМ, на амбулаторно-поликлиническом этапе, выявлена достаточно большая доля пациентов, отказавшаяся от получения лекарственных препаратов на условиях льготного обеспечения в пользу их денежного возмещения, при этом количество таких пациентов увеличилось к концу первого года наблюдения.

У пациентов, получавших препараты согласно льготному обеспечению, продемонстрировано удовлетворительное качество терапии. Но условия реализации льготного обеспечения лекарственными препаратами для пациентов, перенесших ИМ, на этапе первого года наблюдения требуют определенного усовершенствования. Анализируя причины отказа, от льготного обеспечения, можно предположить, что часть населения хочет использовать для лечения современные с доказанной эффективностью препараты, а они часто отсутствуют в списке льготных препаратов. Сложность оформления рецептов в ЛПУ указывает на отсутствие надлежащего механизма проведения данной процедуры врачами и другими ответственными лицами [25].

#### **4.10 Обсуждение полученных данных о нежелательных явлениях лекарственной терапии**

Поскольку лекарственные препараты, применяемые для первичной или вторичной профилактики, оказывают свое действие в течение длительного времени, врач, как правило, не может оценить их эффективность по клиническим признакам. Врач не может оценить и долгосрочное влияние препарата на исходы заболевания, так как, во-первых, это влияние носит вероятностный характер и проявится далеко не у всех пролеченных, во-вторых, из-за того, что практические врачи редко имеют возможность отследить судьбу своих пациентов [27]. В проведенном исследовании была возможность отследить нежелательные явления на протяжении всего исследования.

Наиболее часто нежелательные явления регистрировались при приеме ДААТ, иАПФ/БРА и нитратов. Все нежелательные явления были ожидаемыми, информация о таком виде нежелательных явлений была представлена в инструкции к препарату.

#### **4.11 Обсуждение полученных данных на основании результатов оценки качества фармакотерапии с помощью интегрированного показателя**

Фармакотерапия на сегодняшний день занимает лидирующие позиции среди всех применяемых видов лечения. Вопросы, связанные с определением основных параметров рационального лекарственного лечения, являются одной из значимых проблем современной медицины [42].

По данным результатам проведенной работы были получены данные указывающие на тесную взаимосвязь между параметрами качества фармакотерапии и приверженности к ней. Это является ключевым моментом для

реализации индивидуализированного комплексного подхода к лечению пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Не что иное, как высокая приверженность к значительно эффективному и безопасному лечению в конечном итоге позволяет добиться основных целей терапии: повышению качества жизни и улучшению прогноза у кардиологических больных. В данном случае такой показатель, как индекс рациональной фармакотерапии, доказал важность комплексного подхода для определения прогноза, у кардиологических пациентов. Таким образом, это позволяет повысить приверженность пациентов к лечению, основываясь на эффективности и безопасности терапии, назначенной с учетом показаний и противопоказаний в каждом конкретном случае, давая возможность быстро и надежно достичь лечебного эффекта.

Расчет ИРФТ способен помочь как практическим врачам, так и контролирующим органам в сфере здравоохранения осуществить проверку полноты и корректности назначенных видов ФТ, их соответствия современным КР ("необходимая ФТ"), с учетом степени приверженности больных к приему рекомендованных ЛП, эффективности и безопасности назначенного лечения в рамках персонифицированного подхода, а также риск неблагоприятных исходов у пациентов с ССЗ и другими коморбидными состояниями [29].

Следовательно, реализация принципов рациональной ФТ и достижение ее ведущих целей — улучшения прогноза заболевания и жизни пациентов с ССЗ, возможны только при сочетании высокой приверженности врачей КР и назначении ФТ надлежащего качества, с полной приверженностью пациентов к выполнению врачебных рекомендаций по лекарственному лечению, что и позволяет оценить предложенный новый инструмент — ИРФТ [29].



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В первом в Российской Федерации амбулаторно-поликлиническом регистре больных, перенесших ИМ, было показано, что большинство больных уже имели сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза либо набор традиционных факторов риска ИБС (в т.ч. АГ или СД), таким образом развитие ИМ у них было вполне предсказуемым. К сожалению, большая часть этих больных до развития ИМ не была охвачена системой первичной и вторичной лекарственной профилактики заболевания. Первичная (у лиц без ИБС) и вторичная (у лиц с ИБС) лекарственная профилактика ИМ в целом мало соответствовала современным КР. В первую очередь, это касалось больных с уже установленным диагнозом ИБС, в наибольшей степени относилось к препаратам, способным улучшить прогноз заболевания, в т.ч. статинов. На постгоспитальном этапе большинству пациентов после ИМ были назначены основные классы препаратов, которые в соответствии с современными КР необходимы для улучшения отдаленных исходов заболевания. Однако выбор конкретного препарата из группы ББ и иАПФ/БРА не всегда соответствовал данным доказательной медицины, официальной инструкции по применению ЛП. Неадекватно использовались возможности гиполипидемической терапии: не титровались и не назначались высокоэффективные дозы препаратов, не контролировался с должной частотой уровень ХС ЛПНП.

В настоящее время имеются хорошие условия для применения возможностей доказательной медицины не только для улучшения прогноза и снижения риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с хроническим коронарным синдромом, но и более эффективного медикаментозного лечения стенокардии (ишемии), улучшающей качество жизни. К сожалению, в реальной клинической практике возможности антиангинальной терапии реализуются не в полном объеме.

Согласно регистру ПРОФИЛЬ-ИМ приверженность к назначенной терапии остается достаточно низкой на всех этапах наблюдения, при этом важными факторами неприверженности к терапии остаются опасение нежелательных

явлений, забывчивость и хорошее самочувствие пациента. В течение первого года после ИМ низкая приверженность терапии значительно повышает риск сердечно-сосудистых событий. Эти данные подтверждают необходимость комплексного подхода, сочетающего оценку параметров качества фармакотерапии и приверженности к ней, начиная с самого раннего этапа наблюдения пациента в поликлинике.

## ВЫВОДЫ

1. Качество первичной и вторичной медикаментозной профилактики инфаркта миокарда в целом мало соответствовало современным клиническим рекомендациям: только 65% пациентам до референсного инфаркта были назначены препараты, снижающие риск сердечно-сосудистых событий. Среди пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца только 19,1% получали статины, всего 8,5% пациентов получали комплексную медикаментозную терапию с целью улучшения прогноза, а 12,8% пациентов вообще не принимали никаких лекарственных препаратов.

2. При выписке и на раннем постгоспитальном периоде не все пациенты получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента / блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-адреноблокаторы, статины и антитромботические препараты в соответствии с клиническими рекомендациями: доля таких пациентов составляла 13,5%, 1,3%, 5,3% и 21% соответственно. В большинстве случаев причины неназначения данных групп препаратов и невыполнения клинических рекомендаций в медицинской документации отсутствовали (в 68,4% случаев для ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента / блокаторов рецепторов ангиотензина и в 62,5% для статинов).

3. Выбор конкретного лекарственного препарата внутри класса был не всегда адекватен (не соответствовал официально зарегистрированным показаниям к назначению). При выписке и на раннем постгоспитальном этапе предпочтение отдавалось биспорололу (61% и 67%), периндоприлу (38% и 41%), эналаприлу (20% и 22%) соответственно, значительно снизилась на амбулаторном этапе частота назначения рамиприла с 14% до 7% ( $p < 0,05$ ).

4. Доля частично приверженных и не приверженных к терапии пациентов оставалась высокой на всех этапах наблюдения (соответственно 28% и 10% в начале исследования, 18% и 10% в конце исследования. Частота выявления неприверженности пациентов к терапии на основании опросников в 10 раз

превышала частоту выявления неприверженности на основании прямого опроса пациента врачом.

5. Выявлена прямая связь приверженности к терапии с мужским полом (ОШ=4,33,  $p=0,041$ ), наличием артериальной гипертензии в анамнезе (ОШ=4,18,  $p=0,030$ ), обратная связь приверженности к терапии выявлена у пациентов, чрезмерно употребляющими алкоголь (ОШ= 0,19,  $p=0,024$ ).

6. Неприверженность к терапии статистически значимо увеличивала риск развития сердечно-сосудистых событий у пациентов в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда (ОР=2,27,  $p=0,01$ ).

7. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента / блокаторы рецепторов ангиотензина, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, статины редко использовались в максимальных суточных дозировках, отмечено частое использование минимальных суточных дозировок лекарственных препаратов на всех этапах наблюдений. Частота достижения целевых показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений, показателей холестерина липопротеинов низкой плотности составила соответственно 42,9%, 62,6% и 16,7%.

8. Регулярный контроль по оценке общего холестерина проведен только у трети пациентов, при этом определение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности выполнено всего лишь в половине случаев.

9. Низкие значения индекса рациональной фармакотерапии, объединяющего показатели качества терапии и приверженности к лечению, продемонстрированы более, чем у половины больных (51,7%), перенесших инфаркт миокарда, и были ассоциированы с увеличением в 3,4 раза риска развития сердечно-сосудистых осложнений ( $p=0,06$ ).

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В связи с расхождением результатов реальной клинической практики с существующими клиническими рекомендациями необходим регулярный контроль качества терапии и проверка эффективности назначенного лечения у пациентов, перенесших ИМ, на этапе амбулаторно-поликлинического наблюдения с помощью специально разработанных программ (индекса рациональной фармакотерапии).

2. С целью повышения качества фармакотерапии целесообразно в практику ведения амбулаторных карт пациентов, перенесших инфаркт миокарда, ввести графу, в которой врач должен отметить причины, в связи с которыми не проведено назначение необходимого согласно клиническим рекомендациям препарата, не проведена титрация дозы препарата до максимально эффективной или максимально переносимой, а также регистрировать достижение целевых показателей эффективности проводимой терапии.

3. Для более тщательного контроля выполнения пациентом рекомендованного врачом лечения необходимы: внедрение краткой анкеты для оценки принимаемой терапии и приверженности, предлагаемой для заполнения пациенту перед каждым посещением врача-кардиолога; разработка специализированных образовательных программ для больных, перенесших инфаркт миокарда, и их родственников, делая особый акцент на повышение приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

- АГ – артериальная гипертензия;
- АГТ – антигипертензивная терапия;
- АД – артериальное давление;
- АИТ – антиишемическая терапия;
- АСК – ацетилсалициловая кислота;
- КШ – аортокоронарное шунтирование;
- АСК – ацетилсалициловая кислота;
- АТТ – антитромботическая терапия;
- ББ – бета-адреноблокаторы;
- БКК – блокаторы кальциевых каналов;
- БРА – блокатор рецепторов ангиотензина;
- ВАШ – визуально-аналоговая шкала;
- ВККТ – вторичная конечная точка;
- ГЛТ – гиполипидемическая терапия;
- ГП – городская поликлиника;
- ДААТ – двойная антиагрегантная терапия;
- ДИ – доверительный интервал;
- иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
- ИБС – ишемическая болезнь сердца;
- ИМ – инфаркт миокарда;
- ИРФТ – индекс рациональной фармакотерапии;
- КР – клинические рекомендации;
- КШ – коронарное шунтирование;
- ЛЖ – левый желудочек;
- ЛИС-1 – Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда;
- ЛП – лекарственный препарат;

ЛПНП – липопротеин низкой плотности;  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение;  
МНН – международное непатентованное название;  
НП БКК – недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов;  
НРС – нарушение ритма сердца;  
ОАК – оральные антикоагулянты;  
ОИМ – острый инфаркт миокарда;  
ОКС – острый коронарный синдром;  
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения;  
ОСН – острая сердечная недостаточность;  
ОР – относительный риск;  
ОХ – общий холестерин;  
ОШ – отношения шансов;  
ПККТ – первичная конечная точка;  
ПРОФИЛЬ-ИМ – амбулаторно-поликлинический регистр пациентов на базе городской поликлиники №9 г. Москвы, перенесших острый инфаркт миокарда;  
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система;  
РКИ – рандомизированные контролируемые исследования;  
СД – сахарный диабет;  
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания;  
ССО – сердечно-сосудистых осложнений;  
ССТ – сахароснижающая терапия;  
ТИА – транзиторная ишемическая атака;  
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии;  
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ РФ – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России;  
ФВ – фракция выброса;  
ФК – функциональный класс;  
ФП – фибрилляция предсердий;

ФТ – фармакотерапия;

ХМ-ЭКГ – холтеровское мониторирование ЭКГ;

ХС – холестерин;

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких;

ХСН – хроническая сердечная недостаточность;

ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство;

ЧСС – частота сердечных сокращений;

ЭКГ – электрокардиограмма.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверков, О. В. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 / О. В. Аверков, Д. В. Дупляков, М. Ю. Гиляров // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25. – № 11. – С. 251-310.

2. Агеев, Ф. Т. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? / Ф. Т. Агеев, М. Д. Смирнова, Т. В. Фофанова // Сердечная недостаточность. – 2011. – Т. 12. – № 4. – С. 238-243.

3. Александровский, Ю. А. Справочник лекарств РЛС / Ю. А. Александровский, А. А. Баранов, Ю. Н. Беленков. – 2013. – 1428 с.

4. Атабегашвили, М. Р. Как наличие сахарного диабета влияет на течение острого коронарного синдрома у пожилых пациентов в реальной клинической практике? / М. Р. Атабегашвили, Е. В. Константинова, М. Д. Муксинова // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2019. – Т. 15. – № 1. – С. 29-35.

5. Барбараш, О.Л. Дупляков, Д. В. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 / Д. В. Барбараш, О.Л. Дупляков, Д. А. Затейщиков // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26. – № 4. – С. 149-202.

6. Белевский, А. С. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / А. С. Белевский. – 2012. – 80 с.

7. Бойцов, С. А. Что меняется в лечении острого коронарного синдрома в Российской Федерации? / С. А. Бойцов, Б. Г. Алемян, Р. М. Шахнович // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2022. – Т. 18. – № 6. – С. 703-709.

8. Бойцов, С. А. Амбулаторно-поликлинический регистр РЕКВАЗА : данные проспективного наблюдения , оценка риска и исходы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / С. А. Бойцов, М. М. Лукьянов, С. С. Якушин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14. – № 1. – С. 53-62.

9.Бойцов, С. А. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики / С. А. Бойцов, М. М. Лукьянов, С. С. Якушин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13. – № 6. – С. 44-50.

10.Бойцов, С. А. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности / С. А. Бойцов, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – Т. 12. – № 1. – С. 4-9.

11.Бойцов, С. А. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития / С. А. Бойцов, А. Г. Чучалин, П. В. Ипатов. – Москва, 2014. – 1-112 с.

12.Геллер, Л. Н. Стратегия управления лекарственным обеспечением декретированных групп населения на современном этапе / Л. Н. Геллер, А. А. Будревич // Здоровье, вопросы практического здравоохранения. – 2005. – С. 70-73.

13.Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, Г. Р. Галстян // Сахарный диабет. – 2015. – Т. 18. – № 1S. – С. 1–112.

14.Драпкина, О. М. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 / О. М. Драпкина, А. В. Концевая, А. М. Калинина // Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 4. – С. 3235.

15.Драпкина, О. М. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации. Третье исследование (ЭССЕ-РФ-3). Обоснование и дизайн исследования / О. М. Драпкина, С. А. Шальнова, А. Э. Имаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 5. – С. 48-57.

16.Дремова, Н. Б. Фармацевтическая помощь:термин и понятие / Н. Б. Дремова, А. И. Овод, Э. А. Коржавых // Фармация. – 2005. – Т. 2. – С. 37-45.

17.Загребельный, А. В. Анализ назначения дезагрегантной терапии врачами амбулаторно-поликлинического звена больным, перенесшим острый инфаркт

миокарда и / или коронарную ангиопластику с имплантацией стента, в рамках амбулаторного регистра рекваза / А. В. Загребельный, С. Ю. Марцевич, М. М. Лукьянов // Клиницист. – 2015. – Т. 9. – С. 34-39.

18.Зырянов, С. К. Многофакторный анализ приверженности специалистов первичного звена современным подходам к фармакологическому лечению стабильной ишемической болезни сердца / С. К. Зырянов, С. Б. Фитилев, А. В. Возжаев // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2021. – Т. 17. – № 1. – С. 29-35.

19.Калайджян, Е. П. Изучение приверженности лекарственной терапии на этапе амбулаторного наблюдения у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (данные регистра ПРОФИЛЬ-ИМ) / Е. П. Калайджян, Н. П. Кутишенко, Ю. В. Лукина // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2023. – Т. 19. – № 1. – С. 50-57.

20.Калайджян, Е. П. Неиспользованные возможности антиишемической терапии после острого инфаркта миокарда: данные регистра ПРОФИЛЬ-ИМ / Е. П. Калайджян, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2020. – Т. 16. – № 5. – С. 798-803.

21.Карпов, Ю. А. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Практические рекомендации / Ю. А. Карпов, В. В. Кухарчук, А. А. Лякишев // Кардиологический вестник. – 2015. – Т. 10. – № 3. – С. 3-33.

22.Карпов, Ю. А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: Стратегия и тактика лечения. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство» / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин. – 2012. – 271 с.

23.Килесса, В. В. Сочетание хронической обструктивной болезни легких и острого инфаркта миокарда в реальной клинической практике / В. В. Килесса, Н. В. Жукова, Е. А. Костюкова // Крымский терапевтический журнал. – 2018. – Т. 1. – С. 11-15.

24.Котова, Е. Г. Заболеваемость взрослого населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов // ЦНИИОИЗ Минздрава России. – 2021.

– С. 164.

25. Кузнецова, А. М. Исследование удовлетворенности льготных категорий населения качеством лекарственного обеспечения / А. М. Кузнецова. – 2011. – Т. 65. – С. 217-221.

26. Кутишенко, Н. П. Амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): данные о догоспитальной терапии в сравнении с регистром ЛИС-3 / Н. П. Кутишенко, Е. П. Калайджян, Д. П. Сичинава // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 1. – С. 88-93.

27. Кутишенко, Н. П. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации Внок, 2011 / Н. П. Кутишенко, С. Н. Толпыгина, Ю. В. Лукина // Рациональная терапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7. – № 5. – С. 2-72.

28. Лукина, Ю. В. Приверженность к лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом / Ю. В. Лукина, М. Л. Гинзбург, В. П. Смирнов // Клиницист. – 2012. – Т. 6. – № 2. – С. 41-49.

29. Лукина, Ю. В. Новый метод комплексной оценки качества и приверженности фармакотерапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22. – № 1. – С. 59-64.

30. Лукина, Ю. В. Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23. – № 3. – С. 43-60.

31. Лукина, Ю. В. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2017. – Т. 13. – № 4. – С. 519-524.

32. Лукина, Ю. В. Исследование приверженности к лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра Профиль) / Ю. В. Лукина, С. Ю. Марцевич, А. В. Загребельный [и др.] // Кардиоваскулярная терапия

и профилактика. – 2013. – Т. 12. – № 5. – С. 56-61.

33.Мареев, В. Ю. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (4-й пересмотр). / В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев, Г. П. Арутюнов // Сердечная Недостаточность. – 2013. – Т. 14. – № 7(81). – С. 379-472.

34.Марцевич, С. Ю. Как решить проблему выбора препарата внутри одного класса с позиций доказательной медицины? / С. Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2019. – Т. 15. – № 2. – С. 271-276.

35.Марцевич, С. Ю. Применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента после перенесенного инфаркта миокарда. О чем говорят данные доказательной медицины? / С. Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6. – № 5. – С. 673-676.

36.Марцевич, С. Ю. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре / С. Ю. Марцевич, М. Л. Гинзбург, Н. П. Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – Т. № 5 (8). – С. 681–684.

37.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 // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 32-38.

38.Марцевич, С. Ю. Рациональная фармакотерапия больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Российские рекомендации / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, Д. А. Аничков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. – № 6S4. – С. 2-56.

39.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 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 17. – № 1. – С. 81-86.

40.Марцевич, С. Ю. Национальные рекомендации по эффективности и

безопасности лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, С. Н. Толпыгина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика № 5 (7). – 2011. – Т. № 5 (7). – С. 1-72.

41.Марцевич, С. Ю. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, С. Н. Толпыгина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7. – № 5. – С. 1-72.

42.Марцевич, С. Ю. Приверженность к терапии статинами пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в условиях реальной клинической практики: диагностика и возможные пути решения проблемы (по данным наблюдательного исследования ПРИОРИТЕТ) / С. Ю. Марцевич, Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 6. – С. 891-900.

43.Минаков, Э. В. Клиническая инертность как фактор, препятствующий эффективному лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Э. В. Минаков, Р. А. Хохлов, Г. И. Фурменко // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2009. – Т. 5. – № 2. – С. 39-48.

44.Мухарямова, Л. М. Исследования удовлетворенности населения качеством медицинской помощи: новые контексты и старые проблемы / Л. М. Мухарямова // Социология медицины. – 2010. – Т. 2. – С. 20-32.

45.Оганов, Р. Г. Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъёма сегмента ST / Р. Г. Оганов, А. А. Агапов, Р. С. Акчурин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 8. – № 5 (прил. 1). – С. 411-440.

46.Переверзева, К. Г. Амбулаторный регистр пациентов, перенесших инфаркт миокарда (РЕГАТА): данные проспективного наблюдения и исходы / К. Г. Переверзева, М. М. Лукьянов, Е. Ю. Андреев // Кардиология. – 2022. – Т. 62. – № 2. – С. 12-19.

47.Переверзева, К. Г. Пациент с инфарктом миокарда в анамнезе: сравнение тактики ведения терапевтом и кардиологом по данным регистра РЕГАТА (Регистр

пациентов , перенесших инфаркт миокарда) / К. Г. Переверзева, С. С. Якушин, А. И. Грачева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19. – № 3. – С. 13-19.

48.Переверзева, К. Г. Антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий после инфаркта миокарда: клинические рекомендации и реальная практика / К. Г. Переверзева, С. С. Якушин, А. Э. Припадчева // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 6. – С. 2-7.

49.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 // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2011. – Т. 7. – № 5. – С. 567-573.

50.Руда, М. Я. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST / М. Я. Руда, С. П. Голицын, Н. А. Грацианский // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т. 6. – № 8 (прил. 1). – С. 415-500.

51.Рудакова, Л. Е. Особенности течения фатального инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа / Л. Е. Рудакова, Ю. Б. Беляева, Ф. К. Рахматуллов // Медицинские науки. Клиническая медицина. – 2011. – Т. 2. – № 18. – С. 117-127.

52.Семенова, Ю. В. Оценка динамики качества догоспитальной терапии больных с острым коронарным синдромом за прошедшие годы: сравнение регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 / Ю. В. Семенова, А. В. Загребельный, Н. П. Кутишенко // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2017. – Т. 13. – № 6. – С. 827-834.

53.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 // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Т. 13. – № 3. – С. 363-369.

54.Семенова, Ю. В. Анализ проблемы низкой приверженности пациентов к посещению амбулаторных учреждений и программ кардиореабилитации по данным опубликованных исследований / Ю. В. Семенова, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2015. – Т. 11. – № 6. – С. 618-625.

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

56.Сичинава, Д. П. Оценка адекватности выбора лекарственного препарата у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, в рамках регистра ПРОФИЛЬ-ИМ / Д. П. Сичинава, Е. П. Калайджян, Н. П. Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – Т. 15. – № 2. – С. 224-229.

57.Скворцова, В. И. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (ред. От 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» / В. И. Скворцова. – 2012. – 1-65 с.

58.Чазова, И. Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: клинические рекомендации / И. Е. Чазова, Е. В. Ощепкова, Ю. В. Жернакова // Кардиологический вестник. – 2014. – Т. 10. – № 1. – С. 3-30.

59.Шальнова, С. А. Инфаркт миокарда в популяции некоторых регионов России и его прогностическое значение / С. А. Шальнова, О. М. Драпкина, В. А. Куценко // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27. – № 6. – С. 0-3.

60.Шляхто, Е. В. Национальное руководство. Краткое издание / 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа / Е. В. Шляхто. – 2019. – 816 с.

61.Щинова, А. М. Приверженность терапии после перенесенного инфаркта миокарда и методы ее улучшения / А. М. Щинова, А. В. Потехина, Ю. А. Долгушева // Атеросклероз и дислипидемия. – 2022. – Т. 3. – № 48. – С. 5–13.

62.Эрлих, А. Д. Грацианский, Н. А. Результаты шестимесячного наблюдения за больными с острыми коронарными синдромами в Российском регистре РЕКОРД / Н. А. Эрлих, А. Д. Грацианский // Кардиология. – 2011. – Т. 51. – № 12. – С. 11-16.



63.Эрлих, А. Д. 12-месячные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом, включённых в российский регистр «РЕКОРД-3» / А. Д. Эрлих // Российский кардиологический журнал. – 2018. – Т. 3. – № 155. – С. 23-30.

64.Эрлих, А. Д. Особенности лечения и исходы у больных с острым коронарным синдромом и анемией. Результаты регистра РЕКОРД / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Российский кардиологический журнал. – 2012. – Т. 97. – № 5. – С. 12-16.

65.Эрлих, А. Д. Регистр РЕКОРД. Лечение больных с острыми коронарными синдромами в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инвазивных коронарных процедур / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Кардиология. – 2010. – Т. 7. – С. 8-14.

66.Эрлих, А. Д. Шестимесячные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом, включенных в Российский регистр РЕКОРД-3 / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Российский кардиологический журнал. – 2017. – Т. 11. – № 151. – С. 8-14.

67.Ягудина, Р. И. Использование конечных и суррогатных точек в фармакоэкономических исследованиях / Р. И. Ягудина, В. А. Чибилев // Фармакоэкономика. – 2010. – Т. 3. – № 2. – С. 12-18.

68.Alpert, J. S. Are data from clinical registries of any value? / J. S. Alpert // European Heart Journal. – 2000. – Vol. 21. – № 17. – P. 1399-1401.

69.Alter, D. A. Factors explaining the under-use of reperfusion therapy among ideal patients with ST-segment elevation myocardial infarction / D. A. Alter, D. T. Ko, A. Newman // European Heart Journal. – 2006. – Vol. 27. – № 13. – P. 1539-1549.

70.Auer, R. Quality of care after acute coronary syndromes in a prospective cohort with reasons for non-prescription of recommended medications / R. Auer, B. Gencer, L. Raber // PLoS One. – 2014. – Vol. 9. – № 3. – P. e93147.

71.Berhe, D. Impact of adverse drug events and treatment satisfaction on patient adherence with antihypertensive medication — a study in ambulatory patients / D. Berhe, K. Taxis, F. Haaijer-Ruskamp // Br J Clin Pharmacol. – 2017. – Vol. 83. – № 9. – P. 2107-2017.

72. Blöchl-Daum, B. “Me-too drugs” and the concept of a class effect / B. Blöchl-Daum // *Wien Med Wochenschr.* – 2006. – Vol. 156. – № 17-18. – P. 494–497.

73. Bots, S. Medication adherence after acute coronary syndrome in women compared with men: a systematic review and meta-analysis / S. Bots, J. Inia, S. Peters // *Front Glob Womens Health.* – 2021. – Vol. 2. – № 637398. – P. 1-9.

74. Bowry, A. D. A systematic review of adherence to cardiovascular medications in resource-limited settings / A. D. Bowry, W. H. Shrank, J. L. Lee // *Journal of general internal medicine.* – 2011. – Vol. 12. – № 26. – P. 1479–1491.

75. Braman, N. S. Morbidity and mortality in cardiovascular disorders: Impact of reduced heart rate / N. S. Braman // *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics.* – 2001. – Vol. 6. – № 4. – P. 313–331.

76. Brown, M. T. Medication adherence: WHO cares? / M. T. Brown, J. K. Bussell // *Mayo Clinic Proceedings.* – 2011. – Vol. 86. – № 4. – P. 304-314.

77. Bruggmann, C. Long-Term Quality of Prescription for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients: A Real World 1-Year Follow-Up Study / C. Bruggmann, J. Iglesias, M. Gex-Fabry // *American Journal of Cardiovascular Drugs.* – 2020. – Vol. 20. – № 1. – P. 105-115.

78. Cooper, N. A. Lost to follow up: a study of nonattendance at a general paediatric outpatient clinic / N. A. Cooper, M. A. Lynch // *Arch Dis Child.* – 1979. – Vol. 54. – № 10. – P. 765-769.

79. Crowley, M. Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors / M. Crowley, L. Zullig, B. Shah // *J Gen Intern Med.* – 2015. – Vol. 30. – № 1. – P. 83-90.

80. Dargie, H. Effect of nicorandil on coronary events in patients with stable angina: the Impact Of Nicorandil in Angina (IONA) randomised trial / H. Dargie // *Lancet.* – 2002. – № 359. – P. 1269–1275.

81. Donahoe, M. S. Diabetes and mortality following acute coronary syndromes / M. S. Donahoe, G. C. Stewart, C. H. McCabe // *JAMA.* – 2007. – Vol. 298. – P. 765-775.

82. Dyke, C. K. National and regional registries: what good are they? / C. K. Dyke // *European Heart Journal.* – 2000. – Vol. 21. – № 17. – P. 1401–1403.

83. Feary, J. R. Prevalence of major comorbidities in subjects with COPD and incidence of myocardial infarction and stroke: a comprehensive analysis using data from primary care / J. R. Feary, L. C. Rodrigues, C. J. Smith // *Thorax*. – 2010. – Vol. 65. – № 11. – P. 956–962.

84. Fleming, T. R. Surrogate End Points in Clinical Trials: Are We Being Misled? / T. R. Fleming, D. L. DeMets // *Annals of Internal Medicine*. – 1996. – Vol. 125. – № 7. – P. 605-613.

85. Fox, A. Optimal medical therapy prescribing patterns and disparities identified in patients with acute coronary syndromes at an academic medical center in an area with high coronary heart disease-related mortality / A. Fox, G. Skrepnek, J. Miller // *Am J Cardiovasc Drugs*. – 2019. – Vol. 19. – № 2. – P. 185-193.

86. Freemantle, N.  $\beta$  blockade after myocardial infarction: Systematic review and meta regression analysis / N. Freemantle, J. Cleland, P. Young // *British Medical Journal*. – 1999. – Vol. 318. – № 7200. – P. 1730-1737.

87. Friedman, L. A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction / L. Friedman // *JAMA*. – 1982. – Vol. 247. – № 12. – P. 1707-1714.

88. Furberg, C. D. Are all angiotensin-converting enzyme inhibitors interchangeable? / C. D. Furberg, B. Pitt // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2001. – Vol. 37. – № 5. – P. 1456–1460.

89. Geest, S. De. Adherence to long-term therapies: Evidence for action / S. De Geest, E. Sabaté // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2003. – P. 1-199.

90. Gencer, B. Reasons for discontinuation of recommended therapies according to the patients after acute coronary syndromes / B. Gencer, N. Rodondi, R. Auer // *Eur J Intern Med*. – 2015. – Vol. 26. – № 1. – P. 56–62.

91. George, A. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care / A. George, G. Rubin // *Family practice*. – 2003. – Vol. № 2 (20). – P. 178–84.

92. Gorelick, P. B. New Guidelines to Reduce Risk of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. No Title / P. B. Gorelick, L. B. Goldstein, B. Ovbiagele // *Stroke*. – 2014. – Vol. 45. – № 4.

93.Grol, R. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care / R. Grol, J. Grimshaw // *Lancet*. – 2003. – Vol. 362. – P. 1225–1230.

94.Hamilton, W. Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: A cohort study / W. Hamilton, A. Round, D. Sharp // *British Journal of General Practice*. – 2002. – Vol. 52. – № 477. – P. 317-319.

95.Hamm, C. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: the Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes (ACS) in Patients Presenting without Persistent ST Segment Elevatio / C. Hamm, J. Bassand, S. Agewall // *European Heart Journal*. – 2011. – Vol. 32. – № 23. – P. 2999–3054.

96.Harris, M. Clinical evidence made easy / M. Harris, G. J. Taylor, D. Ackson // *Banbury*. – 2014. – Vol. 1. – P. 2012.

97.Ho, P. M. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes / P. M. Ho, C. L. Bryson, J. S. Rumsfeld // *Circulation*. – 2009. – Vol. 23. – № 119. – P. 3028–3035.

98.Ho, P. M. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction / P. M. Ho, J. A. Spertus, F. A. Masoudi // *Archives of Internal Medicine*. – 2006. – Vol. 166. – № 17. – P. 1842-1847.

99.Hoedemaker, N. P. G. Trends in optimal medical therapy prescription and mortality after admission for acute coronary syndrome: A 9-year experience in a real-world setting / N. P. G. Hoedemaker, P. Damman, J. P. Ottervanger // *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*. – 2018. – Vol. 4. – № 2. – P. 102-110.

100.Holms, D. R. ACCF/AHA health policy statement on therapeutic interchange and substitution / D. R. Holms, J. A. Becker, C. B. Granger // *Circulation*. – 2011. – Vol. 124. – P. 1290-1310.

101.Ibanez, B. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with STsegment elevation: the Task Force for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation of the European Society of / B. Ibanez, S. James, S. Agewall // *European Heart Journal*. – 2018. – Vol. 39. – № 2. – P. 119–177.

102.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 Cardiovascular Disorders*. – 2017. – Vol. 17. – № 1. – P. 1-8.

103.Jokisalo, E. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. / E. Jokisalo, H. Enlund, P. Halonen // *Blood Press*. – 2003. – Vol. 12. – № 1. – P. 49-55.

104.Khan, M. A. Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study / M. A. Khan, M. J. Hashim, H. Mustafa // *Cureus*. – 2020. – Vol. 12. – № 7. – P. e9349.

105.Kolh, P. ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of / P. Kolh, S. Windecker, F. Alfonso // *European Heart Journal*. – 2014. – Vol. 46. – № 4. – P. 517–592.

106.Komajda, M. Euroobservational research programme: The chronic ischaemic cardiovascular disease registry: Pilot phase (CICD-pilot) / M. Komajda, F. Weidinger, M. Kerneis // *Eur Heart J*. – 2016. – Vol. 37. – P. 152-160.

107.Lee, H. Y. Use of secondary prevention drug therapy in patients with acute coronary syndrome after hospital discharge / H. Y. Lee, C. E. Cooke, T. A. Robertson // *Journal of Managed Care Pharmacy*. – 2008. – Vol. 14. – № 3. – P. 271-280.

108.Lowrie, R. The Heart failure and Optimal Outcomes from Pharmacy Study (HOOPS): rationale, design, and baseline characteristics. / R. Lowrie, F. S. Mair, N. Greenlaw // *Eur J Heart Fail*. – 2011. – Vol. 13. – № 8. – P. 917–24.

109.Maddox, T. M. Angina at 1 year after myocardial infarction / T. M. Maddox, K. J. Reid, J. A. Spertus // *Arch Intern Med*. – 2008. – Vol. 168. – № 168. – P. 1310–1316.

110.Mansur, N. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study / N. Mansur, A. Weiss, A. Hoffman // *Drugs Aging*. – 2008. – Vol. 25. – № 10. – P. 861-870.

111.Mant, D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? / D. Mant // *Lancet*. – 1999. – Vol. 353. – P. 743-746.

112.Montalescot, G. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology / G. Montalescot, U. Sechtem, S. Achenbach // *European Heart Journal*. – 2013. – Vol. 34. – № 38. – P. 2949-3003.

113.Mukherjee, D. Impact of Combination Evidence-Based Medical Therapy on Mortality in Patients with Acute Coronary Syndromes / D. Mukherjee, J. Fang, S. Chetcuti // *Circulation*. – 2004. – Vol. 109. – № 6. – P. 745-749.

114.Murry, C. E. Preconditioning with ischemia: a delay of lethal cell injury in ischemic myocardium / C. E. Murry, R. B. Jennings, K. A. Reimer // *Circulation*. – 1986. – Vol. 5. – № 74. – P. 1124–1136.

115.Nadlacki, B. Long term survival after acute myocardial infarction in Australia and New Zealand, 2009-2015: a population cohort study / B. Nadlacki, D. Horton, S. Hossain // *Medical Journal of Australia*. – 2021. – Vol. 214. – № 11. – P. 519-525.

116.Neumann, F. The task force on myocardial revascularization of the European society of cardiology (ESC) and the european association for cardio-thoracic surgery (eacts) / F. Neumann, M. Sousa-Uva, A. Ahlsson // *Russian Journal of Cardiology*. – 2019. – Vol. 24. – № 8. – P. 151-226.

117.Nichols, M. Cardiovascular disease in Europe 2014: Epidemiological update / M. Nichols, N. Townsend, P. Scarborough // *European Heart Journal*. – 2014. – Vol. 35. – № 42. – P. 2950-2959.

118.O’Gara, P. T. ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / P. T. O’Gara, F. G. Kushner, D. D. Ascheim // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2013. – Vol. 61. – № 4.

119.O’Shea, J. Inter-regional differences in acute coronary syndrome trials / J. O’Shea, R. Califf // *European Heart Journal*. – 2000. – Vol. 21. – № 17. – P. 1397 – 1399.

120.Olshansky, B. Placebo and nocebo in cardiovascular health: implications for healthcare, research, and the doctor-patient relationship / B. Olshansky // *J Am Coll Cardiol*. – 2007. – Vol. 49. – № 4. – P. 415-421.

121.Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // The New England journal of medicine. – 2005. – Vol. 5. – Adherence to Medicat. – № 353. – P. 487–497.

122.Osterberg, L. The New England journal of medicine / L. Osterberg, T. Blaschke // Adherence to medication. – 2005. – Vol. № 5 (353). – N. Engl. J. Med. – P. 487–497.

123.Quint, J. K. Effect of  $\beta$ -blockers on mortality after myocardial infarction in adults with COPD: population based cohort study of UK electronic healthcare records [Electronic Resource] / J. K. Quint, E. Herrett, K. Bhaskaran // BMJ. – 2013. – № 347. – P. 2-15.

124.Roter, D. L. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis / D. L. Roter, J. A. Hall, R. Merisca // Med Care. – 1998. – Vol. 36. – № 8. – P. 1138-1161.

125.Rothnie, K. J. Risk of myocardial infarction (MI) and death following MI in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and meta-analysis. / K. J. Rothnie, R. Yan, L. Smeeth // BMJ Open. – 2015. – № 5:e007824. – P. 1-18.

126.Schiele, F. Quality indicators for acute myocardial infarction: a position paper of the Acute Cardiovascular Care Association / F. Schiele, C. Gale, E. Bonnefoy // Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. – 2017. – Vol. 6. – № 1. – P. 34–59.

127.Sharp, D. J. Non-attendance at general practices and outpatient clinics: Local systems are needed to address local problems / D. J. Sharp, W. Hamilton // BMJ. – 2001. – Vol. 7321. – № 323. – P. 1081–1082.

128.Short, P. M. Effect of  $\beta$ -blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study [Electronic Resource] / P. M. Short, S. I. Lipworth, D. H. Elder // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. 1-9.

129.Smith, S. C. Evidence-based medicine: making the grade miles to go before we sleep. / S. C. Smith // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 178-179.

130.Smith, S. J. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology

Foundation endorsed by the World / S. J. Smith, E. Benjamin, R. Bonow // *J Am Coll Cardiol.* – 2011. – Vol. 58. – № 23. – P. 2432–46.

131. Steg, P. G. Women and men with stable coronary artery disease have similar clinical outcomes: insights from the international prospective CLARIFY registry. / P. G. Steg, N. Greenlaw, J. C. Tardif // *Eur Heart J.* – 2012. – Vol. 33. – P. 2831–40.

132. Sundboll, J. Impact of preadmission treatment with calcium channel blockers or beta blockers on short-term mortality after stroke: a nationwide cohort study. / J. Sundboll, M. Schmidt // *BMC neurology.* – 2015. – Vol. 15. – № 1. – P. 24.

133. Tardif, J. C. Resting heart rate and incident heart failure in apparently healthy men and women in the EPIC-Norfolk study. / J. C. Tardif, E. O'Meara, M. Komajda // *Eur Heart J.* – 2011. – Vol. 32. – № 20. – P. 2507–15.

134. Thygesen, K. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018) / K. Thygesen, J. S. Alpert, A. S. Jaffe // *Circulation.* – 2018. – Vol. 138. – № 20. – P. e618–e651.

135. Tomasevic, D. E. . Effect of Optimal Medical Therapy at Discharge in Patients With Reperfused ST-Segment Elevation Myocardial Infarction on 1-Year Mortality (from the Regional RESCUe Registry) / D. E. . Tomasevic, C. Khoury, F. Subtil // *American Journal of Cardiology.* – 2018. – Vol. 121. – № 4. – P. 403–409.

136. Virani, S. S. Heart Disease and Stroke Statistics - 2021 Update: A Report From the American Heart Association / S. S. Virani, A. Alonso, H. J. Aparicio // *Circulation.* – 2021. – Vol. 143. – № 8. – P. E254–E743.

137. Virani, S. S. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association / S. S. Virani, A. Alonso, E. J. Benjamin // *Circulation.* – 2020. – Vol. 3. – № 141(9). – P. 139–596.

138. Wang, T. Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews / T. Wang, J.-Y. Tan, X.-L. Liu // *BMJ Open.* – 2023. – Vol. 13. – P. e062158.

139. Welker, J. Hospital revascularisation capability and quality of care after an acute coronary syndrome in Switzerland / J. Welker, R. Auer, B. Gencer // *Swiss Med Wkly.* – 2016. – Vol. 146. – P. w14275.



140. Widimsky, P. Barriers in the implementation of guidelines for acute coronary syndromes. Focus on antiplatelet therapy / P. Widimsky, P. Toušek, F. Toušek // *Cor et Vasa* Amsterdam: Elsevier Science BV. – 2017. – Vol. 59. – № 3. – P. 240-245.

141. Yan, A. T. One-year outcome of patients after acute coronary syndromes (from the Canadian Acute Coronary Syndromes Registry) / A. T. Yan, M. Tan, D. Fitchett // *The American Journal of Cardiology*. – 2004. – Vol. 94. – № 1. – P. 25–29.

142. 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 // *Lancet*. – 2004. – Vol. 364. – № 9438. – P. 937-952.

143. Yusuf, S. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): A prospective epidemiological survey / S. Yusuf, S. Islam, C. . Chow // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 378. – № 9798. – P. 1231-1243.

144. Zorina, O. Patient Adherence to Therapy After Myocardial Infarction / O. Zorina, N. Fatkulina, F. Saduyeva // *Patient Prefer Adherence*. – 2022. – Vol. 16. – P. 1613-1622.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А. Карта пациента при включении в исследование

### Карта пациента N

#### Паспортные данные

**ФИО:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_ **Возраст:** \_\_\_\_\_

**Телефон**      **дом.** \_\_\_\_\_ **сотов.** \_\_\_\_\_

**Контактные телефоны родственников:** \_\_\_\_\_

**Адрес проживания:** \_\_\_\_\_

**Адрес прописки:** \_\_\_\_\_

**Дата последнего перенесенного ИМ(с указанием з.О):** \_\_\_\_\_

**Сроки госпитализации:** \_\_\_\_\_

**Визит 1 (включение)** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

#### Общие данные

**Ваше образование:**

- начальное       среднее       среднее специальное       высшее  
 неоконченное высшее

**Ваша рабочая деятельность:**

- не работает       работает:  
 а) работа связана с физической нагрузкой  
 б) работа связана с эмоциональной нагрузкой

- пенсионер       наличие инвалидности (какая группа)

**Наблюдался пациент в центре здоровья:**

- да (указать с какого года)       нет       не известно

**Наблюдался пациент в медучреждении:**

- поликлиника по м/ж       ведомственное       научный центр       платное

**Наблюдался пациент у врача (терапевта и/или кардиолога или других специальностей)**

- да (указать профиль врача)  
 не регулярно (указать профиль врача)  
 нет

**Когда было последнее обращение к врачу до референсного инфаркта миокарда**



**Тяжелые нарушения сердечного ритма:**

- да, указать с какого года: \_\_\_\_\_  нет  неизвестно  
 Пароксизмальное  
 Постоянное

**Ранее перенесённые ОНМК:**

- да, указать в каком(-их) году(-ах) \_\_\_\_\_  нет  неизвестно

**Ранее перенесённые ТИА:**

- да, указать в каком(-их) году(-ах) \_\_\_\_\_  нет  неизвестно

**Сахарный диабет:**

- да, указать с какого года и тип \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**Нарушение толерантности к глюкозе:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**ХОБЛ:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**Бронхиальная астма:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**Заболевания печени:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**Заболевания почек:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**Заболевания щитовидной железы:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  
 неизвестно

**Язвенная болезнь желудка или ДПК:**

- да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  неизвестно  
 а) Обострение  
 б) Ремиссия

**Пороки сердца**

- Да(нужное подчеркнуть):  нет  неизвестно
- Врожденный(указать тип порока)
  - Приобретенный(указать тип порока)
  - Оперированный(указать дату и тип порока)
  - Не оперированный

Другие заболевания (не указанные в рубриках) \_\_\_\_\_

---

**Лечение до референсного ИМ***Консервативное***Прием препаратов до ИМ:**

- Регулярно    Эпизодически    При ухудшении самочувствия    Не принимал(-а)

**Перечень препаратов (с указанием торгового названия и дозы):**

<i>Группа</i>	<i>ТГ название</i>	<i>Доза</i>
Аспирин		
Антикоагулянты		
АРА II/ ингибиторы АПФ		
β- блокаторы		
Антагонисты кальция		
Статины		
Диуретики		
Другие лекарства		

*Хирургическое***Проведение КАГ:**

- Да(с указанием даты)    Нет

**Проведение БАП и стентирование:**

- Да(с указанием даты)    Нет

**Проведение АКШ**

- Да(с указанием даты)    Нет

**Объективный осмотр**

РОСТ(см)		САД	
ВЕС(кг)		ДАД	
ИМТ(кг/м <sup>2</sup> )		ЧСС	

**Аускультация сердца:**

- ритм правильный    ритм неправильный

**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	

**Наличие одышки:**
 Да       Нет
**Наличие отеков на ногах:**
 Да       Нет
**Наличие сердечной недостаточности (на основании амбул.карты+физик.осмотра):**
 Да(указать ФК)\_\_\_\_\_       Нет
**Данные лабораторных и инструментальных исследований (по данным выписки из стационара):****Общий анализ крови (дата):**

Эритроциты	
Гемоглобин	
Лейкоциты	
Тромбоциты	
СОЭ	

**Биохимический анализ крови (дата):**Креатинин-Холестерин-ТГ-ЛПВП-ЛПНП-Глюкоза-КФК-МНО-Мочевина-Билирубин-АСТ-АЛТ-Мочевая к-та-Т4-ТТГ-общий белок-**Общий анализ мочи (дата):**

Уд.вес	
белок	

сахар	
лейкоциты	
эритроциты	

**Результат ЭКГ (дата):**Какой вид ритма:

синусовый       мерцание/трепетание предсердий       другое

Наличие АВ-блокада/СА-блокады:

Да (указать степень) \_\_\_\_\_       Нет

Наличие ПБНПГ:     Да (указать вид)       Нет

Наличие ГЛЖ:       Да       Нет

Наличие патологического з. Q:     Да       Нет

Наличие изменения ST:       Да       Нет

**Результат ЭХО-КГ (дата):**

Дилатация предсердий:     Да       Нет

Дилатация желудочков:     Да       Нет

Аневризма ЛЖ:       Да       Нет

Нарушение сократимости:     Локальное       Глобальное       Нет

Гипертрофия полостей:     Да (указать полость) \_       Нет

Пороки сердца:     Да (указать клапан, вид и степень поражения)  
 Нет

ФВ%- \_\_\_\_\_

Наличие легочной гипертензии:     Да (указать степень) \_\_\_\_\_       Нет

**Проба с физической нагрузкой (дата):**

Тип пробы с ФН:     ТМ     ВЭМ

Результат пробы:     Положительный     Отрицательный     Сомнительный

Толерантность к ФН:     Низкая     Средняя     Высокая

Проба остановлена из-за:

- Боль в грудной клетке
- Достигнута субмакс. ЧСС
- Депрессия ST
- Высокое АД

Устал

Вид депрессии ST:

Нет

Косовосходящая

Горизонтальная

Косонисходящая

Корытообразная

Другое \_\_\_\_\_

Проведение КАГ:

Да( дата) \_\_\_\_\_

Нет

**Проведенная терапия в стационаре**

Проведение тромболиза:

Да(указать где проведен) \_\_\_\_\_  Нет

Консервативная терапия:

<i>Группа</i>	<i>ТГ название</i>	<i>Доза</i>	<i>Наличие НЯ (указать вид)</i>
Аспирин			
Антикоагулянты			
АРА II/ ингибиторы АПФ			
β- блокаторы			
Антагонисты кальция			
Статины			
Диуретики			
Другие лекарства			

Хирургическое лечение:

1) БАП и стентирование:  Да( дата) \_\_\_\_\_  Нет

2) АКШ:  Да( дата) \_\_\_\_\_  Нет

**Назначенная терапия при выписке из стационара:**

<i>Группа</i>	<i>ТГ название</i>	<i>Регулярность Приема*</i>	<i>Доза</i>	<i>Наличие НЯ (указать вид)</i>
Аспирин				
Антикоагулянты				
АРАII/ ингибиторы АПФ				
β- блокаторы				
Антагонисты кальция				
Статины				
Диуретики				
Другие лекарства				

\*не

принимает, регулярно, иногда



**Проводилась ли профилактическая работа по влиянию на ССЗ и коррекции ФР при выписке:**

- отказ от курения
- отказ от злоупотребления алкоголем
- гиполипидемическая диета
- снижение веса
- снижении гиподинамии

**Выполняет ли пациент рекомендации по профилактике ССЗ и коррекции ФР после выписке из стационара:**

- Да  Нет  Иногда

**Назначенная терапия в поликлинике врачом кардиологом**

<i>Группа</i>	<i>ТГ название</i>	<i>Регулярность Приема*</i>	<i>Доза</i>	<i>Наличие НЯ (указать вид)</i>
Аспирин				
Антикоагулянты				
АРАП/ ингибиторы АПФ				
β- блокаторы				
Антагонисты кальция				
Статины				
Диуретики				
Другие лекарства				

\*не принимает, регулярно, иногда

**Наличие льготного обеспечения:**

- Да  Нет  Отказался

**Проводилась ли профилактическая работа по влиянию на ССЗ и коррекции ФР кардиологом:**

- снижение веса
- снижении гиподинамии
- отказ от курения
- отказ от злоупотребления алкоголем
- гиполипидемическая диета

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Карта пациента на повторном визите

**Визит N 2**    **Дата:** \_\_\_\_\_    **N пациента** \_\_\_\_\_

### **Статус**

- Жив  
 Умер(выяснено по телефону, через родственников)  
     *Дата смерти-*  
 Неизвестно(пациент не выходит на контакт)

*В случае смерти, указать причину:*

- ИБС  
 ИМ  
 ОНМК  
 ОСН  
 СД  
 Онкология  
 Заболевания легких  
 Другие(уточнить) \_\_\_\_\_  
 Неизвестно \_\_\_\_\_

### **Социальный статус:**

- не работает  
 работает:  
 а) работа связана с физической нагрузкой  
     б) работа связана с эмоциональной нагрузкой       пенсионер  
      наличие инвалидности (указать группу) \_\_\_\_\_

### **Факторы риска**

#### **Курение:**

- да                                       нет                                       бросил  
 какой стаж курения \_\_\_\_\_      когда бросил курить \_\_\_\_\_  
 сколько сигарет в день \_\_\_\_\_      стаж курения до отказа \_\_\_\_\_

#### **Употребление алкоголя:**

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

Количество «дранков»\* в неделю \_\_\_\_\_

\* Употребление алкоголя (из расчета, что 1 «дранк» = 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))

**За время от последнего визита появились:**

**Перенес повторный ИМ:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет   
 Неизвестно

**Перенес ОНМК:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  Неизвестно

**Перенес ТИА:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  Неизвестно

**Хроническая почечная недостаточность:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  Неизвестно

**Сахарный диабет:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  Неизвестно

**Нарушение толерантности к глюкозе:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  Неизвестно

**Хронические заболевания легких:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  Неизвестно

**Бронхиальная астма:**  Да(с указанием даты) \_\_\_\_\_  Нет  
 Неизвестно

**Заболевания печени:**

да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  неизвестно

**Заболевания почек:**

да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  неизвестно

**Заболевания щитовидной железы:**

да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  неизвестно

**Язвенная болезнь желудка или ДПК:**

да, указать с какого года \_\_\_\_\_  нет  неизвестно

а) Обострение

б) Ремиссия

**Пороки сердца**

Да(нужное подчеркнуть):  нет  неизвестно

- Приобретенный(указать тип порока)
- Оперированный(указать дату и тип порока)
- Не оперированный

**Другие заболевания (не указанные в рубриках)**


---



---



---



---

**Госпитализации за последние 2 месяца:**  да, указать дату \_\_\_\_\_  нет

**Причина госпитализации:**  по заболеванию ССС  другие заболевания

**Объективный осмотр**

РОСТ(см)		САД	
ВЕС(кг)		ДАД	
ИМТ(кг/м <sup>2</sup> )		ЧСС	

**Аускультация сердца:** ритм правильный ритм неправильный**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	

**Наличие одышки:** Да Нет**Наличие отеков на ногах:** Да Нет**Наличие сердечной недостаточности (на основании амбул.карты+физик.осмотра):** Да(указать ФК)\_\_\_\_\_ Нет**Данные лабораторных и инструментальных исследований (по данным выписки из стационара):****Общий анализ крови (дата):**

Эритроциты	
Гемоглобин	
Лейкоциты	
Тромбоциты	
СОЭ	

**Биохимический анализ крови (дата):**Креатинин-Холестерин-ТГ-ЛПВП-ЛПНП-

Глюкоза-  
КФК-  
МНО-  
Мочевина-  
Билирубин-  
АСТ-  
АЛТ-  
Мочевая к-та-  
Т4-  
ТТГ-  
общий белок-

**Общий анализ мочи (дата):**

Уд.вес	
белок	
сахар	
лейкоциты	
эритроциты	

**Результат ЭКГ (дата):**

Какой вид ритма:  синусовый       мерцание/трепетание предсердий       другое

Наличие АВ-блокада/СА-блокады:  Да (указать степень) \_\_\_\_\_  Нет

Наличие ПБНПГ:  Да (указать вид)       Нет

Наличие ГЛЖ:  Да       Нет

Наличие патологического з. Q:  Да       Нет

Наличие изменения ST:  Да       Нет

**Результат ЭХО-КГ (дата):**

Дилатация предсердий:  Да       Нет

Дилатация желудочков:  Да       Нет

Аневризма ЛЖ:  Да       Нет

Нарушение сократимости:  Локальное       Глобальное       Нет

Гипертрофия полостей:  Да (указать полость) \_       Нет

Пороки сердца:  Да (указать клапан, вид и степень поражения)  
 Нет

ФВ%- \_\_\_\_\_

Наличие легочной гипертензии:  Да (указать степень)\_\_\_\_\_  Нет

**Проба с физической нагрузкой (дата):**

Тип пробы с ФН:  ТМ  ВЭМ

Результат пробы:  Положительный  Отрицательный  
 Сомнительный

Толерантность к ФН:  Низкая  Средняя  Высокая

Проба остановлена из-за:

- Боль в грудной клетке  
 Достигнута субмакс. ЧСС  
 Депрессия ST  
 Высокое АД  
 Устал

Вид депрессии ST:

- Нет  
 Косовосходящая  
 Горизонтальная  
 Косонисходящая  
 Корытообразная  
 Другое\_\_\_\_\_

**Проведение КАГ:**

Да( дата)\_\_\_\_\_  Нет

**Назначенная терапия в поликлинике врачом кардиологом**

**Наличие льготного обеспечения:**

Да  Нет  Отказался

<i>Группа</i>	<i>ТГ название</i>	<i>Регулярность Приема*</i>	<i>Доза</i>	<i>Наличие НЯ (указать вид)</i>
Аспирин				
Антикоагулянты				
АРАП/ ингибиторы АПФ				
β- блокаторы				
Антагонисты кальция				
Статины				
Диуретики				
Другие лекарства				

\*не принимает, регулярно, иногда

**Выполняет ли пациент рекомендации по профилактике ССЗ и коррекции ФР  
рекомендованную на предыдущем визите:**

- Да  Нет  Иногда

**Проводилась ли профилактическая работа по влиянию на ССЗ и коррекции ФР  
кардиологом:**

- снижение веса  
 снижении гиподинамии  
 отказ от курения  
 отказ от злоупотребления алкоголем  
 гиполипидемическая диета

## ПРИЛОЖЕНИЕ В. Анкета пациента при включении в исследование

### Анкета пациента N

**ФИО:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Возраст:** \_\_\_\_\_

**Пол:** \_\_\_\_\_

**Образование:**

начальное, среднее, среднее специальное, неоконченное высшее, высшее, иное  
(необходимое подчеркнуть)

**Визит N 1 (дата):** \_\_\_\_\_

1. Вы курите?

А) Да

стаж курения

сколько сигарет в день выкуриваете \_\_\_\_\_

Б) Нет, никогда не курил

В) Бросил курить

укажите сколько лет курили (или когда бросили) \_\_\_\_\_

2. Злоупотребляете ли алкогольными напитками?

Да

Иногда

Нет

Сколько «дринков» \* 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))

3. Была у Вас ишемическая болезнь сердца до перенесенного инфаркта миокарда?

Да

Нет

Не знаю

4. Были у Вас посещения Вы врача-терапевта, кардиолога и/или другого врача до перенесенного инфаркта миокарда?

А) регулярно:

1 раз в год,  1 раз в полгода,  1 раз в месяц.

Б) только по необходимости

В) не посещаю

5. Оцените свое состояние здоровья?

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

6. Как Вы поступили в стационар?

с амбулаторного приема врача терапевта в поликлинике

с амбулаторного приема врача кардиолога в поликлинике



- по направлению участкового врача после вызова на дом
- бригадой «Скорой помощи»
- другое

7. Что стало поводом для обращения к врачу (возможно несколько вариантов ответов)

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

8. Принимали ли Вы самостоятельно какие-либо препараты для снятия возникших симптомов?

- нет
- да (возможно несколько вариантов ответов):

а) прием нитроглицерина, б) прием корвалола/валокордина, в) прием валидола, г) прием нитроглицерина, д) прием анальгина, е) другое \_\_\_\_\_

9. Вы принимаете препараты, рекомендованные при выписке из стационара:

- всегда
- не все
- не принимаю

10. Как принимаете медикаментозные препараты при выполнении рекомендаций:

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

11. Какие причины, по которым Вы не выполняете назначения врачей:

- забываю принять препараты
- стоимость препаратов
- хорошее самочувствие (АД, пульс, лабораторные показатели)
- побочные эффекты препаратов
- предпочитаю другие методы лечения

13. Вы пропускаете прием препаратов, если чувствуете себя плохо

- Да
- Нет

14. При хорошем самочувствии от приема лекарств, Вы пропускаете следующий прием?

- Да
- Нет

15. Вы знаете свой оптимальный уровень холестерина:

- Да
- Нет

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Анкета пациента на повторном визите

### Визит N 2(дата)

#### N пациента

Вы принимаете лекарственные препараты, рекомендованные Вам лечащим врачом на прошлом визите?

- Да  Нет  Не все

Какие причины, по которым Вы не выполняете назначения врачей?

- забываю принять препараты  
 стоимость препаратов  
 хорошее самочувствия (АД, пульс, лабораторные показатели)  
 побочные эффекты препаратов  
 предпочитаю другие методы лечения  
 сомневаюсь в назначенной терапии  
 другие причины

Вы вызывали бригаду «Скорой помощи» за последние 2 месяца?

- Да  Нет

Что стало причиной для вызова «Скорой помощи»:

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

У Вас были внеплановые визиты к какому-либо врачу (за последние 2 месяца):

- Да (указать какой врач и причина)  Нет

У Вас были госпитализации в стационар (за последние 2 месяца):

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

Оцените свое состояние здоровья?

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

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

- принимаю без изменений  
 изменялись дозы препаратов  
 препараты менялись один раз за 2 месяца  
 препараты менялись несколько раз за 2 месяца  
 не принимаю назначенные препараты

9. Вы отмечаете изменения в течение основного заболевания

- нет  
 затрудняюсь ответить  
 да (указать какие)

10. Вы отмечаете изменения в течение сопутствующих заболеваний

- нет  
 затрудняюсь ответить  
 да (указать какие)

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д. 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 \_\_\_\_\_