

Способы совершенствования вторичной сердечно-сосудистой профилактики у пациентов, перенесших острый коронарный синдром

Е. А. Ряполова, И. В. Друк, Л. В. Шукиль, О. Ю. Кореннова, С. П. Подольная

Резюме. В 2015 г. для повышения приверженности пациентов к приему жизнеспасующих препаратов была разработана и внедрена государственная программа Омской области «Развитие здравоохранения Омской области» в части льготного лекарственного обеспечения ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелом, atorвастатином. По итогам реализации данного мероприятия был проведен клинико-экспертный анализ эффективности диспансерного наблюдения, усовершенствована и внедрена маршрутизация пациентов между стационаром и поликлиникой. На основе предложенных технологий в 2018 г. вновь реализована усовершенствованная программа, эффективность которой в части приверженности врачей к клиническим рекомендациям и пациентов к диспансерному наблюдению явилась предметом настоящего исследования для научного обоснования способов совершенствования вторичной сердечно-сосудистой профилактики.

На фоне усовершенствования маршрутизации пациентов, перенесших острый коронарный синдром и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, между стационаром и поликлиникой, модернизации бесплатного лекарственного обеспечения и разработки унифицированных шаблонов медицинских записей для предупреждения ошибок при ведении пациентов доказано повышение приверженности врачей к актуальным клиническим рекомендациям, а пациентов — к диспансерному наблюдению как способам совершенствования вторичной сердечно-сосудистой профилактики.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти населения во всем мире и ежегодно обуславливают 17,3 млн смертей (31,5% от всей смертности планеты и 45% всех смертей от неинфекционных заболеваний). В Российской Федерации (РФ) уже с 30-летнего возраста ишемическая болезнь сердца (ИБС) — основная причина заболеваемости и инвалидности, а с 40 лет — преждевременной смерти [1].

Уровень первичной заболеваемости ССЗ населения Омской области в 2018 г. составил 43,7 на 1000 населения и имеет умеренный темп (1,2%) прироста с 2014 г. В том числе отмечается тенденция к росту заболеваемости ИБС (темп прироста — 4,7 на 100 тыс. населения), а также повторным инфарктом миокарда (ИМ; темп прироста — 2,5 на 100 тыс. населения) [2, 3].

Несмотря на регулярное обновление рекомендаций по вторичной профилактике ССЗ, основанных на принципах доказательной медицины, отмечается неадекватный или недостаточный уровень профилактических мер по результатам наблюдательных исследований среди пациентов с ССЗ [4–7] и наблюдается несоответствие реальной врачебной практики стандартам лечения и профилактики.

Вследствие этого актуальным остается вопрос разработки способов повышения эффективности мер вторичной профилактики ССЗ в РФ и, в частности, в Омской области. Предметом настоящего исследования явилась приверженность врачей-кардиологов к актуальным клиническим рекомендациям в ходе диспансерного наблюдения (ДН) пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, а также приверженности пациентов к ДН. Поэтому целью настоящего исследования явилось обоснование способов повышения эффективности вторичной сердечно-сосудистой профилактики у пациентов, перенесших ОКС и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, в рамках диспансерного наблюдения.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе БУЗОО ГККД (Омск) в период с 1 июля 2015 г. по 31 декабря 2019 г.

В 2015 г. для повышения приверженности пациентов к приему жизнеспасующих препаратов была разработана и внедрена государственная программа Омской области «Развитие здравоохранения Омской области» в части льготного лекарственного обеспечения ацетилсалициловой кислотой (АСК), клопидогрелом, atorвастатином (Программа) [8]. Данная Программа явилась «особым» видом региональной льготы для обеспечения дорогостоящими и не имеющими прямого влияния на качество жизни лекарствами пациентов, перенесших ОКС и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии [9]. Программа отличалась от существующей системы льготного лекарственного обеспечения длительностью (12 месяцев после индексного события против 6 месяцев) и местом получения препаратов (на приеме у врача-кардиолога) — для повышения приверженности пациентов к непрерывному приему лекарственной терапии.

По итогам реализации данного мероприятия был проведен клинико-экспертный анализ эффективности ДН,

выявлен ряд организационных и тактических проблем. В итоге усовершенствована и внедрена маршрутизация пациентов между стационаром и поликлиникой БУЗОО ГККД, позволяющая в срок 1–3 дня попасть на прием к специалисту и получить «на месте» необходимые лекарственные препараты. В перечень препаратов для бесплатного лекарственного обеспечения были добавлены тикагрелор (как более эффективный антиагрегант у пациентов после ОКС), аторвастатин 80 мг и исключена дозировка аторвастатина 20 мг (не эффективна после ОКС в клинических рекомендациях). В полной мере реализована электронная система «Трастмед: медицинская информационная система». Внедрены обязательное заполнение врачами унифицированных шаблонов медицинских записей для предупреждения ошибок при ведении пациентов, возможность перманентного мониторинга качества ведения медицинской документации для материальной стимуляции врачей к выполнению актуальных клинических рекомендаций. На основе предложенных технологий в 2018 г. вновь реализована усовершенствованная Программа [10], эффективность которой в части приверженности врачей к клиническим рекомендациям и пациентов к ДН явилась предметом настоящего исследования для научного обоснования способов совершенствования вторичной сердечно-сосудистой профилактики.

Объектом исследования явилась медицинская документация участников Программы 2015 г. и 2018 г., находившихся 12 месяцев на ДН у врачей-кардиологов: выписки из историй болезни стационарных больных, медицинские карты амбулаторных больных (МКАБ), электронные заключительные эпикризы, сформированные в единый электронный отчет в формате Microsoft Excel.

В основную группу методом сплошной выборки включены 240 пациентов, закончивших участие в Программе 2015 г. в срок (12 месяцев ДН). Группу сравнения составил 901 пациент, закончивший участие в Программе 2018 г. в срок (12 месяцев ДН). Средний возраст пациентов основной группы составил $59,5 \pm 9,7$ года, мужчин было 76,4%. ИМ перенесли 93,1%, нестабильную стенокардию — 6,9% пациентов. В анамнезе 88,6% больных имели артериальную гипертензию (АГ), 5,9% — сахарный диабет 2 типа, 9,4% — фибрилляцию предсердий. По клиническим характеристикам основная группа и группа сравнения были сопоставимы.

Проведен сравнительный клиничко-эпидемиологический и клиничко-экспертный анализ соответствия тактики ведения пациентов, перенесших ОКС и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, в ходе ДН у врачей-кардиологов актуальным клиническим рекомендациям до и после внедрения усовершенствованных технологий. В сравниваемых группах через 12 месяцев ДН изучено наличие данных в МКАБ о распространенности основных факторов риска (ФР) прогрессирования ССЗ, таких как курение, ожирение или избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м^2). Анализировалось наличие рекомендаций по коррекции физической активности и характеру питания. Оценено достижение целевых значений уровней артериального давления (АД; менее 140/90 мм рт. ст.), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП; менее 1,8 ммоль/л и менее 1,4 ммоль/л) на фоне назначенной лекарственной терапии; проведение необходимого лабораторного контроля эффективности и безопасности статинотерапии; обоснованность постановки клинических диагнозов «стенокардия» и «хроническая сердечная недостаточность (ХСН) с сохраненной фракцией выброса (сФВ)», антиагрегантная терапия. В обеих группах были рассчитаны суррогатные и конечные точки эффективности ДН, а именно годовая летальность, частота госпитализаций по поводу повторных ОКС и осложнений лекарственной терапии, частота первичной инвалидизации пациентов.

Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакетов Statistica 10, Microsoft Excel. В исследовании применялись методы однофакторного дисперсионного анализа, анализа таблиц сопряженности. При анализе таблиц сопряженности оценивались значения статистики Пирсона хи-квадрат (χ^2), достигнутый уровень значимости (p). При сравнении средних величин количественных показателей использовали непараметрический U-критерий Манна–Уитни. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался менее 0,05. Проверка нормальности распределения производилась с использованием метода Шапиро–Уилка, проверка гипотез о равенстве генеральных дисперсий — с помощью критерия Левене. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm \sigma$, где M — среднее выборочное, σ — стандартное отклонение, и в виде медианы ($V_{0,5}$), 25-го перцентиля ($V_{0,25}$) и 75-го перцентиля ($V_{0,75}$).

Результаты исследования

Анализ внимания врачей к модифицируемым ФР показал, что в группе сравнения достоверно увеличилось внесение в медицинскую документацию данных о важных ФР ССЗ (табл. 1), увеличилось количество письменных рекомендаций по их коррекции. Однако статистической разницы в количестве пациентов, продолжающих курение и имеющих повышенную массу тела, в обеих группах не получено.

В группе сравнения достигли целевого уровня АД статистически значимо большее количество пациентов (табл. 2).

Таблица 1					
Частота внесения данных о ФР ССЗ в МКАБ и распространенность курения и ИМТ более 25 кг/м ² в обеих группах, абс., %					
Показатель (признак, характеристика)	Основная группа		Группа сравнения		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Частота внесения данных о статусе курения	38	15,8	725	86,8	0,000
Частота внесения значения ИМТ	63	26,3	755	90,4	0,000
Распространенность курения	52	26,5	254	35,0	0,105
Распространенность ИМТ более 25 кг/м ²	149	76,0	639	75,2	0,123
Примечание. Абс. — абсолютное количество пациентов.					

Таблица 2					
Частота достижения целевых значений АД и ЛПНП в обеих группах, абс., %					
Показатель (признак, характеристика)	Основная группа		Группа сравнения		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Достижение целевого уровня АД	160	74,1	627	94,1	0,038
Достижение целевого уровня ХС ЛПНП (менее 1,8 ммоль/л)	23	9,6	243	34,8	0,000
Достижение целевого уровня ХС ЛПНП (менее 1,4 ммоль/л)	6	2,5	39	5,8	0,174

В группе сравнения через 12 месяцев ДН медиана уровня ХС ЛПНП статистически не отличалась от значений в основной группе (2,2 ммоль/л, $V_{0,25} = 1,9$, $V_{0,75} = 2,8$ и 2,07 ммоль/л, $V_{0,25} = 1,74$, $V_{0,75} = 2,49$ соответственно; $p = 0,524$). Однако в группе сравнения достигли целевых значений ХС ЛПНП статистически значимо больше пациентов, чем в основной группе (табл. 2), за счет увеличения средней назначаемой дозы аторвастатина с $43,9 \pm 3,4$ мг в 2015 г. до $76,74 \pm 11,14$ мг в 2018 г. ($p = 0,000$), а также назначения в 2018 г. эзетимиба в дозе 10,0 мг в 47,5%.

Оценка эффективности и безопасности статинотерапии была проведена в группе сравнения у 734 пациентов (87,9%), в основной группе — у 122 пациентов (60%), что свидетельствует о достоверном увеличении внимания кардиологов к необходимости контроля биохимических показателей крови (25,35; $p = 0,0010$).

При целенаправленном обследовании пациентов основной группы диагноз «стенокардия» был верифицирован у 16 человек, а «ХСН с сФВ» — у 120, остальным пациентам диагнозы сняты и проведен депрескрийбинг антиангинальной и диуретической терапии (табл. 3).

Таблица 3					
Частота постановки диагнозов «стенокардия» и «ХСН с сФВ» по данным МКАБ и частота их верификации, абс., %					
Показатель (признак, характеристика)	Основная группа, n = 240		Группа сравнения, n = 860		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Частота постановки диагноза «стенокардия»	108	45,0	61	8,6	0,000
Частота верификации диагноза «стенокардия»	16	8,1			
Частота постановки диагноза «ХСН с сФВ»	229	95,4	435	50,5	0,001
Частота верификации диагноза «ХСН с сФВ»	120	50,0			

В 2018 г. вопрос верификации диагнозов находился под постоянным мониторингом экспертов БУЗОО ГККД по

качеству медицинской помощи. Частота постановки диагноза «стенокардия» и «ХСН с сФВ» соответствовала данным 2015 г. (после верификации), факт наличия верифицированной ишемии у пациентов в период ДН являлся поводом для принятия решения о реваскуляризации, поэтому специального обследования пациентов в ходе исследования не проводилось.

В группе сравнения закончил ДН в срок 901 человек (89,7%), в основной группе к 12-му месяцу остались на ДН 240 человек (94,1%). В течение 12 месяцев ДН в рамках Программы количество пациентов, приверженных к наблюдению у врачей-кардиологов, как в 2015 г., так и в 2018 г. достоверно не отличалось (0,22; $p = 0,6372$), однако было значимо большим, чем у врачей-терапевтов (60,7%, $p < 0,0001$).

В основной группе пациенты получали бесплатно АСК и клопидогрел. В группе сравнения 703 пациента (78,0%) получали АСК и клопидогрел, 114 пациентов (12,7%) — АСК и тикагрелор. 2 пациента (0,2%) самостоятельно приобретали в дополнение к АСК прасугрел, рекомендованный при выписке из стационара. 82 пациента (9,1%), нуждавшиеся в антикоагулянтной терапии (мерцательная аритмия, механические протезы клапанов, тромбозы глубоких вен/тромбоэмболии легочной артерии), бесплатно получали клопидогрел (75 мг) и приобретали за счет личных средств оральный антикоагулянт.

В 2018 г. проведен анализ вероятных причин повторных сердечно-сосудистых событий и кровотечений в течение года ДН. 12 человек перенесли повторный ИМ. 6 человек перенесли атеротромбоз другой артерии (ИМ 1-го типа; 0,6%). Всем этим пациентам были назначены АСК и клопидогрел, после события клопидогрел заменен на тикагрелор. Все пациенты получали atorvastatin (80 мг/сут), но никто из них не достиг целевого значения ХС ЛПНП (средний уровень $2,84 \pm 0,9$). 2 человека — ИМ без обструкции коронарных артерий (ИМ 2-го типа; 0,2%), оба пациента получали АСК и тикагрелор. 3 пациента — ИМ вследствие тромбоза стента (ИМ 4в типа; 0,3%), им клопидогрел был заменен на тикагрелор после повторного события. 1 пациент — ИМ после планового коронарного шунтирования (ИМ 5-го типа; 0,1%).

Повторная госпитализация по поводу нестабильной стенокардии понадобилась 60 пациентам (6%). Из них у 2 (0,2%) не было показаний для проведения коронароангиографии (КАГ), у 13 (1,3%) КАГ проведена и не выявлены гемодинамически значимые поражения коронарного русла. 1 пациенту выполнено повторное стентирование коронарной артерии вследствие тромбоза стента, ему также клопидогрел был заменен на тикагрелор. 25 пациентам (2,5%) проведено рестентирование коронарной артерии вследствие гемодинамически значимого стеноза стента, при этом у всех пациентов были установлены стенты без лекарственного покрытия. 19 пациентам (1,9%) проведено плановое стентирование значимого стеноза другой коронарной артерии, без признаков атеротромбоза.

В группе сравнения 7 пациентов (0,7%) перенесли угрожающие жизни кровотечения, из них 5 — желудочно-кишечные, 1 — геморроидальное, 1 — геморрагический гастрит. 1 пациент получал АСК и тикагрелор, 5 — АСК и клопидогрел, 1 — клопидогрел и ривароксабан по поводу фибрилляции предсердий.

Стойкая утрата трудоспособности среди работающих пациентов составила 2,1% (7 человек из 329 пациентов трудоспособного возраста).

В группе сравнения общая одnogодичная летальность составила 1,2% (12 пациентов из 1004). Смертность от сердечно-сосудистых причин 0,8% (8 пациентов). 4 пациента погибли от злокачественных новообразований, 1 пациент — от разрыва аневризмы левого желудочка, 1 пациент — от острого нарушения мозгового кровообращения (пациент с фибрилляцией предсердий отказался от приема антикоагулянта несмотря на рекомендации), 2 — от острой сердечно-сосудистой недостаточности (пациенты с многососудистым гемодинамически значимым поражением коронарного русла), у 4 пациентов смерть наступила дома внезапно, танатогенез не установлен в связи с отказом родственников от вскрытия (табл. 4).

Таблица 4 Частота суррогатных и конечных точек ДН в 2 группах, абс., %					
Показатель (признак, характеристика)	Основная группа, n = 255		Группа сравнения, n = 1004		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Повторный ИМ	2	0,8	12	1,2	0,580
Повторные ОКС, требующие стентирования	17	6,7	45	4,5	0,173
Одногодичная летальность, общая	5	2,0	12	1,2	0,352
Одногодичная летальность от ССЗ	3	1,2	8	0,8	0,565
Частота госпитализаций по поводу кровотечений	1	0,4	7	0,7	0,586
Стойкая утрата трудоспособности	0	0,0	7	2,8	0,096

Обсуждение

Эффективные меры вторичной профилактики ССЗ способствуют увеличению продолжительности жизни пациентов, перенесших ОКС [11]. Важность профилактических мероприятий определена на государственном уровне. С 2011 г. ряд законодательных мер определил профилактику приоритетной областью российского здравоохранения [12, 13].

Настоящее исследование позволило оценить эффективность разработанных и внедренных способов совершенствования вторичной профилактики ССЗ на уровне крупного региона РФ, направленных на повышение приверженности врачей-кардиологов к актуальным клиническим рекомендациям в ходе ДН пациентов, перенесших ОКС и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, и пациентов — к ДН.

По итогам анализа рутинной практики врачей-кардиологов в 2015 г. выявлены проблемы недостаточного внимания к модифицируемым факторам сердечно-сосудистого риска, клинической инертности в достижении целевых показателей АД и липидов, гипердиагностики ХСН и стенокардии и, соответственно, неадекватной лекарственной терапии. Это потребовало разработки (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2019610854) и внедрения в существующую региональную медицинскую информационную систему унифицированных электронных шаблонов медицинских записей с возможностью получения оперативной информации об эффективности ДН в разрезе пациентов и/или врачей за любой период времени и принятия управленческих мотивационных решений по отношению к врачам-кардиологам.

В результате в 2018 г. достоверно возросла частота внесения в МКАБ данных о статусе курения (87,3%; $p = 0,000$) и ИМТ (90,4%; $p = 0,000$), а следовательно, увеличилось количество письменных рекомендаций по их коррекции. Однако статистической разницы в количестве пациентов, продолжающих курение и имеющих повышенную массу тела, в обеих группах не получено ($p = 0,082$), что, вероятно, обусловлено низкой приверженностью пациентов к выполнению рекомендаций по модификации образа жизни и требует разработки дополнительных мер, направленных на немедикаментозную профилактику ССЗ. Целевого диапазона систолического АД (САД) достигли 94,1% пациентов, целевого уровня ХС ЛПНП — 34,8%, что статистически значимо больше, чем в первой части данного исследования ($p = 0,038$, $p = 0,000$ соответственно), а также чем в российских и зарубежных исследованиях [5, 15]. Достоверное увеличение доли пациентов с целевым уровнем ХС ЛПНП обусловлено, с одной стороны, использованием у большинства пациентов аторвастатина в дозе 80 мг в сутки, а с другой стороны — добавлением эзетимиба у 47,5% пациентов. Тем не менее даже комбинированная гиполипидемическая терапия не привела у 94,2% пациентов к снижению ХС ЛПНП менее 1,4 ммоль/л в соответствии с клиническими рекомендациями Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2019 г. [16]. Вероятно, достижение такого уровня ХС ЛПНП у большинства пациентов возможно только при использовании ингибиторов PCSK9, однако рекомендовать их не представлялось возможным в связи с недоступностью в тот период времени данного класса препаратов. Учитывая относительно короткий срок после публикации указанных рекомендаций, исследований, посвященных достижению столь низкого целевого уровня ХС ЛПНП, в периодических изданиях нет.

Значительно снизилось количество необоснованно выставленных диагнозов. Диагноз «стенокардия» имел место у 8,6% пациентов, что соответствовало реальной клинической ситуации. Своевременно выявленные в ходе ДН признаки ишемии миокарда послужили поводом для проведения планового чрескожного коронарного вмешательства у 4,3% и реваскуляризации миокарда методом коронарного шунтирования у 1,7% пациентов. Исключено необоснованное назначение нитратов пролонгированного действия. Значительно уменьшилось

количество необоснованно выставленных диагнозов «ХСН с сФВ» (64,5%, $p = 0,0012$) и назначений спиронолактона (2,9%, $p = 0,0092$). Гипердиагностика диагноза «ХСН с сФВ» была выявлена и в других регионах РФ. В Рязани в ходе верификации ранее установленного диагноза «ХСН с сФВ», согласно клиническим рекомендациям, было выявлено несоответствие в 25,3% случаев [14].

Таким образом, внедренный способ повышения приверженности врачей к клиническим рекомендациям по вторичной сердечно-сосудистой профилактике является эффективным, реализуемым в любой информационной системе, применим для любого контингента и любого количества пациентов, обращающихся в медицинскую организацию.

Однако своевременное начало ДН и бесплатное лекарственное обеспечение «прогноз-модифицируемыми» препаратами в течение 12 месяцев возможны только при условии организации четкой маршрутизации потоков пациентов, перенесших ОКС и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи. Это является основой обеспечения высокой приверженности к ДН пациентов и улучшения прогноза их жизни.

Главными итогами реализации усовершенствованной Программы явилась низкая частота одногодичной летальности от любых и сердечно-сосудистых причин по сравнению с ранее проведенными исследованиями. Так, по данным анализа российского регистра ОКС РЕКОРД-3 частота случаев смерти от ОКС, развившихся за 12 месяцев после выписки из стационара, составила 8,4%, а от всех причин — 15,8% [17]. В российском сегменте международного исследования EPICOR, в котором участвовали только крупные специализированные сердечно-сосудистые центры, одногодичная летальность составила 2,8% [18]. В исследовании PLATO [19] сумма случаев смерти от сердечно-сосудистых причин в ближайший год на фоне приема двойной антиагрегантной терапии (АСК и клопидогрела) составляла 11,7%, а АСК с тикагрелором — 9,8%. В целом, по данным ВОЗ, годовая смертность после ИМ в среднем составляет около 5% [20].

В настоящем исследовании в 2015 г. и в 2018 г. получены рекордно (по сравнению с приведенными выше данными литературы) низкие цифры одногодичной летальности от сердечно-сосудистых причин — 1,2% и 0,8% соответственно. Это свидетельствует о высокой эффективности программно-целевого метода во вторичной сердечно-сосудистой профилактике. А отсутствие значимой разницы между конечными точками Программы 2015 г. и 2018 г., несмотря на достоверное повышение приверженности врачей к реализации мер по вторичной сердечно-сосудистой профилактике в 2018 г., вероятно, связано с относительно краткосрочным (12 месяцев) периодом наблюдения. По данным ряда исследований регулярный прием статинов и антиагрегантов приводит к значимому расхождению кривых смертности от ССЗ через 2,5–5 лет [21].

Разработанные и внедренные мероприятия соответствуют положениям постановления Правительства РФ от 30.11.2019 г. № 1569 [22] при формировании подхода к организации бесплатного лекарственного обеспечения лиц, находящихся на ДН, перенесших в период с 1 января 2020 г. ИМ, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ, лекарственными препаратами в амбулаторных условиях.

Заключение

Внедрение унифицированных электронных шаблонов медицинских записей с возможностью получения оперативной информации об эффективности диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОКС и рентгенэндоваскулярное вмешательство на коронарной артерии, являлось способом повышения приверженности врачей к клиническим рекомендациям. Модернизация системы маршрутизации пациентов между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи, а также усовершенствование системы бесплатного лекарственного обеспечения явились способом повышения приверженности пациентов к диспансерному наблюдению. Вышеуказанные преобразования явились методами совершенствования вторичной сердечно-сосудистой профилактики.

Литература/References

1. Агеева Л. И. Здравоохранение в России. 2017: статистический сборник. М.: Росстат, 2017, 170. [Ageyeva L. I. Zdravookhraneniye v Rossii. [Healthcare in Russia] 2017: statistichesky sbornik. Moskva: Rosstat, 2017, 170. (In Russ.).]
2. Бойко В. П. Региональная программа Омской области «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2019–2024 годы. [Boyko V. P. Regionalnaya programma Omskoy oblasti «Borba s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami» na 2019–2024 gody. [The regional program of the Omsk region «Combating cardiovascular diseases» for 2019–2024.] (In Russ.).]
3. Гудинова Ж. В., Усачева Е. В., Бережной К. О. Заболеваемость инфарктом миокарда в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Омской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018, 6 (26): 397–400. [Gudinova Zh. V., Usacheva Ye. V., Berezhnoy K. O. Zabolevayemost infarktomyokarda v Rossyskoy Federatsii, Sibirskom federalnom okruge i Omskoy oblasti [Myocardial infarction incidence in the Russian Federation, Siberian Federal District and Omsk Region] Problemy

- sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2018, 6 (26): 397–400. (In Russ.).]
4. Герасимов А. А., Полибин Р. В., Миндлина А. Я. Приверженность врачей амбулаторно-поликлинической организации клиническим рекомендациям при проведении профилактики повторного инфаркта миокарда. Эпидемиология и инфекционные болезни // Актуальные вопросы. 2017; 3: 25–30. [Gerasimov A. A., Polibin R. V., Mindlina A. Ya. Priverzhennost vrachey ambulatorno-poliklinicheskoy organizatsii klinicheskim rekomendatsiyam pri provedenii profilaktiki povtornogo infarkta miokarda. Epidemiologiya i infektsionnye bolezni [The commitment of outpatient physicians to clinical guidelines for the prevention of myocardial infarction. Epidemiology and Infectious Diseases] Aktualnye voprosy. 2017; 3: 25–30. (In Russ.).]
 5. Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Бойцов С. А., Аушева А. К., Соколова О. Ю., Курсаков А. А. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV // Кардиология. 2015; 55 (12): 99–107. [Pogosova N. V., Oganov R. G., Boytsov S. A., Ausheva A. K., Sokolova O. Yu., Kursakov A. A. i dr. Monitoring vtorichnoy profilaktiki ishemicheskoy bolezni serdtsa v Rossii i Yevrope: rezultaty rossyskoy chasti mezhdunarodnogo mnogotsentrovogo issledovaniya EUROASPIRE IV [Monitoring secondary prevention of coronary heart disease in Russia and Europe: results of the Russian part of the international multicenter study EUROASPIRE IV] Kardiologiya. 2015; 55 (12): 99–107. (In Russ.).]
 6. Kotseva K., Wood D., G. De Backer EUROASPIRE III: a survey on the life-style, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 2009, 16 (2): 121–137.
 7. Nazzari C., Lanari F., Garmendia M. L. Secondary prevention in acute myocardial infarction in Chile // J Epidemiol Community Health. 2011; 65. Suppl. № 1 (poster session 2). 281–282.
 8. Шукиль Л. В., Кореннова О. Ю. Фармакоэкономическое обоснование медикаментозного обеспечения ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелом, atorvastатином пациентов, перенесших рентгенэндоаскулярные вмешательства на коронарных сосудах по поводу острого коронарного синдрома // Трудный пациент. 2015, 10–11 (13): 14–17. [Shukil L. V., Korennova O. Yu. Farmakoeconomicheskoye obosnovaniye medikamentoznogo obespecheniya atsetilsalitsilovoy kislotoy, klopido-grelom, atorvastatinom patsiyentov, perenesshikh rentgenendoaskulyarnyye vmeshatel'stva na koronarnykh sosudakh po povodu ostrogo koronarnogo sindroma [Pharmacoeconomic rationale for providing the patients undergoing endovascular coronary intervention for acute coronary syndrome with medical acetylsalicylic acid, clopidogrel, atorvastatin] Trudny patsiyent. 2015, 10–11 (13): 14–17. (In Russ.).]
 9. Постановление Правительства Омской области от 24 декабря 2014 года № 330-п «О Территориальной программе бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Омской области на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов». [Postanovleniye Pravitelstva Omskoy oblasti ot 24 dekabrya 2014 goda № 330-p «O Territorialnoy programme besplatnogo okazaniya meditsinskoy pomoshchi grazhdanam v Omskoy oblasti na 2015 god i planovy period 2016 i 2017 godov». [Decree of the Government of the Omsk Region dated December 24, 2014 No. 330-p «On the Territorial Program for the free provision of medical care to citizens in the Omsk Region for 2015 and the planning period 2016 and 2017»] (In Russ.).]
 10. Постановление Правительства Омской области от 27 июня 2018 года № 172-п «О внесении изменений в постановление Правительства Омской области от 16 октября 2013 года № 265-п». [Postanovleniye Pravitelstva Omskoy oblasti ot 27 iyunya 2018 goda № 172-p «O vnesenii izmeneniy v postanovleniye Pravitelstva Omskoy oblasti ot 16 oktyabrya 2013 goda № 265-p». [Resolution of the Government of the Omsk Region dated June 27, 2018 No. 172-p «On Amending the Resolution of the Government of the Omsk Region dated October 16, 2013 No. 265-p».] (In Russ.).]
 11. Бойцов С. А. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. 2018, 23 (6): 7–122. [Boytsov S.A. Kardiovaskulyarnaya profilaktika 2017. Rossyskiye natsionalnye rekomendatsii [Cardiovascular Prevention 2017. Russian National Recommendations] Rossysky kardiologichesky zhurnal. 2018, 23 (6): 7–122. (In Russ.).]
 12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». КонсультантПлюс. [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossyskoy Federatsii ot 15 noyabrya 2012 g. № 918n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi bolnym s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 15, 2012 No. 918n «On approval of the Procedure for the provision of medical care to patients with cardiovascular diseases»] KonsultantPlyus (In Russ.).]
 13. Федеральный Закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». КонсультантПлюс. [Federalny Zakon RF № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan Rossyskoy Federatsii». [Federal Law of the Russian Federation No. 323-FZ «On the Basics of Protecting the Health of Citizens of the Russian Federation».] KonsultantPlyus (In Russ.).]
 14. Бойцов С. А., Лукьянов. М. М., Якушин С. С. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014, 13 (6): 44–50. [Boytsov S. A., Luk'yanov M. M., Yakushin S. S. Registr kardiovaskulyarnykh zabolevaniy (REKVAZA): diagnostika, sochetannaya serdechno-sosudistaya patologiya, soputstvuyushchiye zabolevaniya i lecheniye v usloviyakh real'noy ambulatorno-poliklinicheskoy praktiki // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. [Cardiovascular diseases registry (REKVAZA): diagnostics, concomitant cardiovascular pathology, comorbidities and treatment in the

- real outpatient-polyclinic practice] // Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014; 13 (6): 44–50. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-3-8>.]
15. Оганов Р. Г., Лепяхин В. К., Фитилев С. Б., Левин А. М., Шкребнева И. И., Титарова Ю. Ю., Возжаев А. В. Оценка выполнения рекомендаций по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (фармакоэпидемиологическое исследование) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009; 8 (4). [Oganov R. G., Lepakhin V. K., Fitilev S. B., Levin A. M., Shkrebnaya I. I., Titarova Yu. Yu., Vozzhaev A. V. Otsenka vypolneniya rekomendatsiy po vtorichnoy profilaktike serdechno-sosudistyykh zabolevaniy u patsiyentov, perenesshikh infarkt miokarda (farmakoepidemiologicheskoye issledovaniye) [Assessing the implementation of the recommendations on secondary cardiovascular prevention in patients after myocardial infarction (a pharmaco-epidemiologic study)] // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2009; 8 (4). (In Russ.).]
 16. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) // European Heart Journal. 2020; 41 (1): 111–188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>.
 17. Эрлих А. Д., Барбараш О. Л., Кашталап В. В., Грацианский Н. А. Степень следования клиническим руководствам при остром коронарном синдроме без подъема ST: связь с исходами, предикторы «плохого» лечения (результаты регистра «Рекорд-3»). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2016; 2: 75–82. [Erliah A. D., Barbarash O. L., Kashtalap V. V., Gracianskij N. A. Stepen' sledovaniya klinicheskimi rukovodstvami pri ostrom koronarnom sindrome bez pod'emom ST: svyaz' s iskhodami, prediktory «plohogogo» lecheniya (rezul'taty registra «Rekord-3») [The degree of adherence to clinical guidelines for acute coronary syndrome without ST elevation: association with outcomes, predictors of «poor» treatment (results of the «Record-3» register). Complex problems of cardiovascular diseases.] Kompleksnyye problemy serdechno-sosudistyykh zabolevaniy. 2016; 2: 75–82. (In Russ.).]
 18. Ruda M. Y., Averkov O. V., Khomitskaya Y. V. Long-term follow-up of antithrombotic management patterns in patients with acute coronary syndrome in Russia: an observational study (EPICOR-RUS study) // Curr. Med Res. Opin. 2017, 33 (7): 1269–1276.
 19. Wallentin L., Becker R. C., Budaj A., et al. for the PLATO Investigators. Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes // N. Engl. J. Med. 2009; 361: 1045–1057.
 20. World Health Organization/ http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/secondary_prevention/country/en/index1.html.
 21. Давидович И. М., Малай Л. Н., Кутишенко Н. П. Отдаленные результаты и приверженность терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: данные регистра (Хабаровск) // Клиницист. 2017. № 11 (4). С. 36–44. [Davidovich I. M., Malay L. N., Kutishenko N. P. Otdalennyye rezul'taty i priverzhennost' terapii u patsiyentov posle ostrogo infarkta miokarda: dannyye registra (Khabarovsk) [The analysis of long-term outcomes and adherent to treatment in patients after myocardial infarction: khabarovsk register data] The Clinician. 2017; 11 (1): 36–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2016-10-4-36-44>.]
 22. Берштейн Л. Л., Збышевская Е. В., Катамадзе Н. О., Кузьмина-Крутецкая А. М., Волков А. В., Андреева А. Е., Гумерова В. Е., Битакова Ф. И., Сайганов С. А. ISCHEMIA — крупнейшее в истории рандомизированное исследование по стабильной ишемической болезни сердца. Исходные характеристики включенных пациентов на примере российского центра // Кардиология. 2017; 57 (10): 12–19. [Bershtein L. L., Zbyshevskaya E. V., Katamadze N. O., Kuzmina-Krutetskaya A. M., Volkov A. V., Andreeva A. E., Gumerova V. E., Bitakova F. I., Sayganov S. A. ISCHEMIA — krupneysheye v istorii randomizirovannoye issledovaniye po stabil'noy ishemicheskoy bolezni serdtsa. Iskhodnyye kharakteristiki vlyuchennykh patsiyentov na primere rossiyskogo tsentra [ISCHEMIA — the Largest Ever Randomized Study in Stable Coronary Artery Disease. Baseline Characteristics of Enrolled Patients in One Russian Site] // Kardiologiya. 2017; 57 (10): 12–19. (In Russ.) <https://doi.org/10.18087/cardio.2017.10.10038>.]
 23. Постановление Правительства РФ от 30.11.2019 г. № 1569 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в части обеспечения лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, перенесших в период с 1 января 2020 года инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, лекарственными препаратами в амбулаторных условиях». Консультант Плюс. [Postanovleniye Pravitelstva RF ot 30.11.2019 g. № 1569 «O vnosenii izmeneniy v gosudarstvennuyu programmu Rossyskoy Federatsii «Razvitiye zdravookhraneniya», v chasti obespecheniya lits, nakhodyashchikhsya na dispansernom nablyudeni, perenesshikh v period s 1 yanvarya 2020 goda infarkt miokarda, a takzhe kotorym byli vypolneny aortokoronarnoye shuntirovaniye, angioplastika koronarnyykh artery so stentirovaniyem i kateternaya ablyatsiya po povodu serdechno-sosudistyykh zabolevaniy, lekarstvennyymi preparatami v ambulatornykh usloviyakh». [Decree of the Government of the Russian Federation of November 30, 2019 No. 1569 «On Amending the State Program of the Russian Federation» Development of Health Care», in terms of providing people under medical supervision who had myocardial infarction from January 1, 2020, as well as those who performed coronary artery bypass grafting, angioplasty of coronary arteries with stenting and catheter ablation for cardiovascular diseases, drugs on an outpatient basis».] Konsultant Plus.]

О. Ю. Кореннова*, **, доктор медицинских наук, профессор
Л. В. Шукиль*, доктор фармацевтических наук
Е. А. Ряполова*, кандидат медицинских наук
И. В. Друк*, доктор медицинских наук, профессор

* **ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России**, Омск, Россия

** **БУЗОО ГККД**, Омск, Россия

¹ Контактная информация: podolnayasvetlana@mail.ru

DOI: 10.26295/OS.2020.65.55.019

Способы совершенствования вторичной сердечно-сосудистой профилактики у пациентов, перенесших острый коронарный синдром/ С. П. Подольная, О. Ю. Кореннова, Л. В. Шукиль, Е. А. Ряполова, И. В. Друк

Для цитирования: Лечащий врач № 7/2020; Номера страниц в выпуске: 21-27

Теги: сердце, диспансерное наблюдение, коронарные артерии