

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: ДАННЫЕ РЕГИСТРА (ХАБАРОВСК)

И.М. Давидович¹, Л.Н. Малай¹, Н.П. Кутишенко²

¹ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России;
Россия, 680000 Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35

²ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;
Россия, 101990 Москва, Петроверигский переулок, 10, стр. 3

Контакты: Людмила Николаевна Малай l-malay@rambler.ru

Цель исследования — оценить отдаленные результаты и медикаментозное лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе через 2,5 года после референсного острого инфаркта миокарда (ОИМ), изучить приверженность пациентов современной лекарственной терапии и роль различных факторов, влияющих на отдаленный прогноз.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе регистра пациентов с ОИМ, последовательно госпитализированных в региональный сосудистый центр г. Хабаровска в I квартале 2014 г. Результаты и приверженность лечению были оценены через 2,5 года путем проведения телефонных опросов.

Результаты. По данным проспективной части Хабаровского регистра ОИМ из 292 пациентов, выписанных из Регионального сосудистого центра, жизненный статус через 2,5 года удалось установить у 274 (93,8 %), из которых умерли 45 (16,42 %, или 15,40 % от всех выписанных из стационара). В структуре смертности доля умерших от сердечно-сосудистых заболеваний составила 86,6 %. Отдаленная летальность больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST) составила 19,3 %, инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ИМбнST) — 13,2 %; $p = 0,632$.

Новыми предикторами неблагоприятного прогноза, помимо традиционных, стали сопутствующие цереброваскулярные заболевания, отсутствие приема антигипертензивных препаратов и β -адреноблокаторов до референсного ОИМ, неназначение антиагрегантов в нагрузочной дозе в первые часы заболевания.

Частота приема лекарственных препаратов после референсного ОИМ была недостаточной: для статинов — 65,1 %, блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы — 76,0 %, β -адреноблокаторов — 73,80 %. В течение 1 года только половине пациентов (55,9 %) проводили двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ). Согласно результатам теста Мориски—Грина приверженными к лечению явились 109 человек (47,6 %). О показателях артериального давления, холестерина и глюкозы крови были осведомлены 79 (34,5 %) пациентов из регистра.

Заключение. Показатели отдаленной летальности среди пациентов с ИМнST и ИМбнST в отдаленном периоде значимо не различались. Регистр ОИМ выявил предикторы неблагоприятного исхода, продемонстрировал недостаточную частоту приема рекомендованных лекарственных препаратов во вторичной профилактике после референсного ОИМ, особенно в отношении статинов и ДАТТ. Приверженность пациентов длительной медикаментозной терапии, а также осведомленность об индикаторах качества лечения (уровни холестерина и глюкозы крови, артериального давления) в реальной клинической практике, по данным регистра, оказались низкими.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, регистр, предикторы неблагоприятного исхода, приверженность лечению, отдаленная летальность, лекарственная терапия, клинические рекомендации, статины, двойная антитромбоцитарная терапия, индикаторы качества лечения

DOI: 10.17650/1818-8338-2016-10-4-36-44

THE ANALYSIS OF LONG-TERM OUTCOMES AND ADHERENT TO TREATMENT IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION: Khabarovsk REGISTER DATA

I.M. Davidovich¹, L.N. Malay¹, N.P. Kutishenko²

¹Far Eastern State Medical University, Ministry of Health of Russia; 35 Muravieva-Amurskogo St., Khabarovsk 680000, Russia;

²State Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia; Build. 3, Petroverigsky Pereulok, Moscow 101990, Russia

Objective. To evaluate the long-term outcomes and medical treatment in patients during 2.5 years after reference acute myocardial infarction (AMI), to study adherent to medical treatment and the role of various factors affecting the long-term prognosis.

Materials and methods. The AMI Register included data about all patients, whom are consistently hospitalized in the regional vascular center (RVC) of Khabarovsk during the period from 01.01.14 till 31.03.14. The 2.5 years outcomes and adherence to treatment were evaluated by using phone interview.

Results. According to prospective part of the AMI Register of 292 patients discharged from the regional vascular center (RVC), the vital status in 2.5 years managed to be established at 274 (93.8 %) from which died 45 (16.42 %, or 15.40 % from all discharged patients). In structure of a mortality the proportion of dead from cardiovascular disease (CVD) patients made 86.6 %. The long-term mortality of patients with myocardial infarction with ST-segment elevation was 19.3 %, the myocardial infarction non-ST-segment elevation — 13.2 %; $p = 0.632$.

The new predictors of death 2.5 years after the onset of AMI were cerebrovascular diseases, the absence of the antihypertensive drugs and β -blockers before reference AMI, not prescribing antiplatelet drugs in loading doses in the early hours of the disease. Frequency of real reception of statins was 65.1 %, angiotensin-renin blockers — 76.0 %, β -blocker — 73.8 % of patients after AMI. Only 55.9 % patients Received double antithrombotic therapy (DAT) during a year. By the Moriscors—Green test adherent were only 109 (47.6 %). 79 (34.5 %) know their values cholesterol, blood pressure and blood glucose.

Conclusions. Indicators of the remote lethality among patients authentically didn't differ with a myocardial infarction with ST-segment elevation in AMI and a myocardial infarction non-ST-segment elevation in AMI in the remote period. The register AMI taped failure predictors, showed the insufficient frequency of reception of recommended medicinal drugs in secondary prophylaxis after a referent AMI, especially concerning statines and DAT. The commitment of patients of long medicament therapy, and also awareness on indicators of quality of treatment (level of a cholesterol, blood pressure) in real clinical practice according to the register were low.

Key words: acute myocardial infarction, register, failure predictors, adherent to medical treatment, long-term mortality, drug therapy, clinical recommendations, statins, double antithrombotic therapy, indicators of quality of treatment

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения многих стран мира [1].

Несмотря на достижения в области фармакологии, внедрение инвазивных рентгеноэндоваскулярных методов терапии, наличие современных клинических руководств, эффективность лечения и вторичной профилактики пациентов с ССЗ, в частности с острым инфарктом миокарда (ОИМ), продолжает оставаться низкой, особенно в нашей стране [2–5].

Такие факторы, как спектр лечебных мероприятий, которые больной получал на всех этапах заболевания, степень соответствия фактически получаемого лечения современным клиническим рекомендациям, а также приверженность длительной терапии основного заболевания в значительной степени определяют ближайший и отдаленный прогнозы пациента, перенесшего ОИМ [6–10].

Наиболее достоверную информацию о динамической оценке качества и эффективности медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) и ОИМ позволяют получить независимые регистры, интерес к которым в России в последнее время растет [4, 5].

Однако только незначительное количество регистров ОКС и ОИМ ставили своей целью изучить отдаленные исходы данного заболевания и роль факторов, влияющих на эти исходы [11–14]. В России практически отсутствуют исследования по изучению приверженности пациентов медикаментозной терапии, об их осведомленности об индикаторах качества лечения (общий холестерин (ОХС), уровень артериального давления (АД)), о фактически проводимой кардиореабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе после перенесенного ОИМ.

Цель работы — оценить отдаленные результаты через 2,5 года после ОИМ, провести анализ качества

медикаментозного лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе, изучить приверженность пациентов комплексной лекарственной терапии в рамках проспективной части Хабаровского регистра ОИМ.

Материалы и методы

Создан регистр пациентов с верифицированным ОИМ и ранними осложнениями (рецидив, ранняя постинфарктная стенокардия), госпитализированных и проходивших лечение в Региональном сосудистом центре (РСЦ) г. Хабаровска в I квартале 2014 г. ($n = 321$). Хабаровский регистр ОИМ состоял из ретроспективной и проспективной частей. Ретроспективная, связанная с анализом информации, полученной из историй болезни госпитализированных пациентов, была подробно описана нами ранее [15]. На рис. 1 представлена схема Хабаровского регистра ОИМ.

Целью проспективной части являлась оценка исходов через 2,5 года после выписки из РСЦ путем телефонного интервьюирования самих пациентов или их родственников (в случае, если пациент не мог самостоятельно предоставить необходимую информацию). В случае смерти больных, включенных в регистр, старались установить причину и обстоятельства летального исхода. Во время опроса оценивали жизненный статус (жив пациент или умер), проводимую реабилитацию (санаторий, наблюдение у терапевта или кардиолога по месту жительства), перенесенные сердечно-сосудистые события (повторный ОИМ, нарушения ритма, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), декомпенсация сердечной недостаточности), хирургические вмешательства на сердце и сосудах после выписки. У пациентов уточнялась информация о проводимом на дату контакта лечении, длительности двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ), дозах и продолжительности приема статинов, приверженности пациентов к соблюдению врачебных рекомендаций

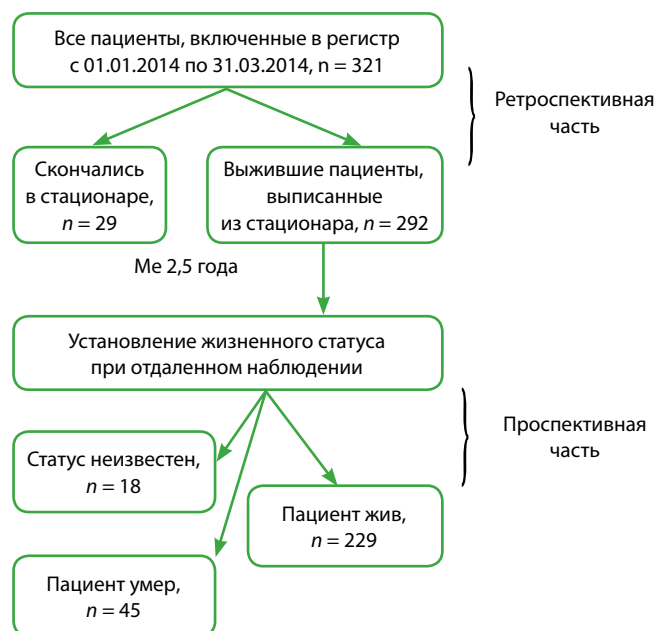


Рис. 1. Дизайн Хабаровского регистра острого инфаркта миокарда

(опросник Мориски–Грина) [16], осведомленности включенных в регистр больных об уровнях ОХС, АД, глюкозы крови и ряд других дополнительных сведений.

Работа одобрена локальным этическим комитетом при ФГБОУ ВО ДВГМУ в соответствии с положением и на основании ст. 43 Хельсинкской декларации по вопросам медицинской этики. Все включенные пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 6.0 (StatSoft, США). При описании данных клинического обследования рассчитывали средние (M) и относительные (P) показатели, стандартную ошибку средних ($\pm m_m$) и относительных ($\pm m_p$) величин, стандартное квадратическое отклонение (s). В целях изучения степени влияния ряда качественных и количественных характеристик в группах рассчитывались отношение шансов (анализ таблиц сопряженности) и 95 % доверительные интервалы. Для выявления факторов, связанных с неблагоприятным исходом, выполняли однофакторный пошаговый анализ методом логистической регрессии. Изучаемые факторы включали в анализ в дискретном виде. Различия между качественными показателями определяли с использованием критерия χ^2 .

Для количественных переменных проводили тест на нормальность распределения. Сравнение между собой непрерывных величин с нормальным распределением осуществляли с помощью t -критерия Стьюдента. Для сравнения непрерывных величин при неправильном распределении показателя использовали непараметрический критерий Манна–Уитни (U -критерий). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Из 292 пациентов, выписанных из РСЦ (150 мужчин, 142 женщины, средний возраст $64,56 \pm 11,13$ года), 150 (51,4 %) перенесли инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), 133 (45,5 %) – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) и 9 (3,1 %) – раннюю постинфарктную стенокардию и ранний рецидив ОИМ. Жизненный статус удалось установить у 274 (93,8 %) больных, 18 (6,2 %) были потеряны для наблюдения. Из указанных выше 274 человек умерли 45 (16,42 %, или 15,4 % от всех выписанных из стационара – 21 мужчина и 24 женщины). Из 45 умерших у 39 причиной смерти были ССЗ, у 6 – несердечные причины (онкология, кровотечение, автотравма). Таким образом, доля умерших от ССЗ составила 86,6 %. Причинами смерти были: повторный ОИМ ($n = 25$; 55,5 %), острая сердечная недостаточность (ОСН) ($n = 10$; 22,2 %), ОНМК ($n = 4$; 8,8 %).

Показатели отдаленной летальности среди пациентов с ИМпST и ИМбпST в нашем регистре статистически значимо не различались; $p = 0,632$: при ИМпST выживших – 117, умерших – 28, летальность составила 19,3 %; при ИМбпST выживших – 112, умерших – 17, летальность – 13,2 %.

При сравнении 2 групп пациентов (выживших и умерших после референсного ОИМ) с помощью однофакторного регрессионного анализа были выявлены предикторы смертельного исхода через 2,5 года после выписки из РСЦ (табл. 1).

У выписанных из стационара пациентов с фибрилляцией предсердий ($n = 48$) только наличие постоянной ее формы значимо ухудшало отдаленный прогноз.

За 2,5-летний период после выписки у пациентов ($n = 229$) развились сердечно-сосудистые события, представленные на рис. 2.

За этот период были зарегистрированы 123 (53,71 %) госпитализации в связи с ССЗ (в том числе по причине реваскуляризации миокарда, повторного ОКС), 60 (26,20 %) госпитализаций по поводу обострения других заболеваний, 4 (1,74 %) больным была выполнена каротидная эндартэктомика. Инвалидами были признаны 50 (22 %) человек после перенесенного ОИМ.

Всего 53 пациента (23,1 %) из всех выживших ($n = 229$) в рамках регистра ОИМ были направлены в местный кардиологический санаторий для проведения дальнейшей кардиореабилитации. На рис. 3 представлены данные о диспансерном наблюдении у специалистов на амбулаторно-поликлиническом этапе в течение 2,5 года после перенесенного ОИМ.

Что касается медикаментозной терапии с положительным влиянием на отдаленные исходы, т. е. так называемых прогноз-модифицирующих препаратов, то, как и следовало ожидать, назначения, сделанные при выписке из РСЦ, к моменту интервью претерпели определенные изменения (табл. 2). Частота рекомендованной

Таблица 1. Предикторы смертельного исхода через 2,5 года после референсного острого инфаркта миокарда

Фактор	Отношение шансов	95 % доверительный интервал	p
Сопутствующий сахарный диабет	4,982	2,445–10,152	0,0001
Наличие острой сердечной недостаточности II–IV степени	4,520	1,434–14,249	0,01
Возраст старше 75 лет	3,296	1,771–6,135	0,0003
Отсутствие антигипертензивной терапии на догоспитальном этапе	3,153	1,248–7,964	0,02
Фракция выброса < 40 %	3,004	1,281–7,044	0,01
Сопутствующее цереброваскулярное заболевание	2,648	1,210–3,345	0,001
Неназначение антиагрегантов в нагрузочной дозе	2,487	1,402–4,410	0,002
Назначение диуретиков на стационарном этапе	2,217	1,237–3,925	0,05
Постоянная форма фибрилляции предсердий	1,997	1,050–3,798	0,04
Повышение креатинина ≥ 120 мкмоль/л	1,916	1,037–2,923	0,01
Неприем β -адреноблокаторов на догоспитальном этапе	1,898	1,075–3,351	0,03

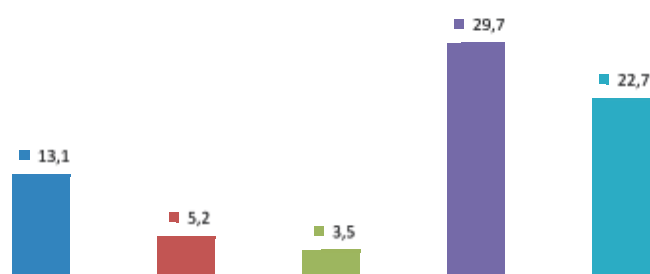


Рис. 2. Неблагоприятные события и инвазивные вмешательства за 2,5 года после референсного острого инфаркта миокарда (n = 229)



Рис. 3. Наблюдение у специалистов на амбулаторно-поликлиническом этапе после референсного острого инфаркта миокарда (n = 229)

ДАТТ при выписке из РСЦ и фактически принимаемой в течение года представлена на рис. 4.

Большинство (71,6 %) пациентов отметили хорошую переносимость принимаемых лекарств, у 7 % зарегистрированы жалобы на геморрагии. Опрошенным пациентам предлагали провести самооценку здоровья через 2,5 года после референсного ОИМ. Половина

Таблица 2. Частота назначения лекарственных препаратов, рекомендованных при выписке и через 2,5 года после референсной госпитализации

Препарат	Рекомендованный при выписке (n = 292)	Фактически получаемый на отдаленном этапе наблюдения (n = 229)
Ацетилсалициловая кислота	268 (91,8 %)	201 (87,8 %)
β -адреноблокаторы	271 (92,8 %)	169 (73,8 %)
Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина	273 (93,5 %)	174 (76,0 %)
Статины	284 (97,3 %)	149 (65,1 %)
Лечение статинами в высоких дозах (аторвастатин 40 и 80 мг или розувастатин 20 или 40 мг)	203 (69,5 %)	55 (24,0 %)

(55,5 %) выбрали ответ «посредственная», треть (36,2 %) – «хорошая» и только десятая часть (8,2 %) – «плохая».

Проспективная часть исследования также ставила своей задачей изучение приверженности длительной медикаментозной терапии и осведомленности пациентов после перенесенного ОИМ об уровнях ОХС, АД, глюкозы крови, так как отечественных исследований, в которых бы освещались эти вопросы, практически нет. Для скрининга приверженности лечению мы использовали тест Мориски–Грина [16], согласно которому приверженными (набравшими 4 балла) оказались чуть меньше половины пациентов – 109 (47,6 %), недостаточно приверженными (3 балла по результатам теста) – 56 (24,4 %), не приверженными лечению (2 балла

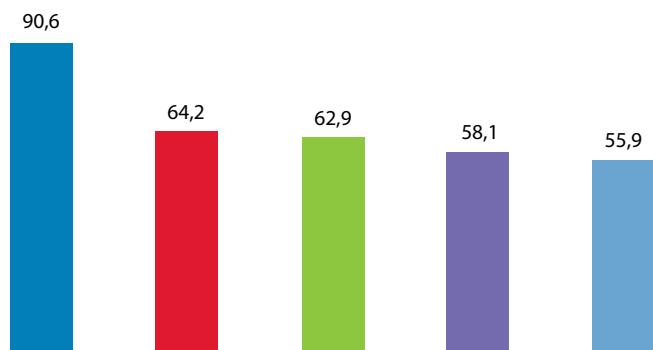


Рис. 4. Частота рекомендованной двойной антитромбоцитарной терапии при выписке из Регионального сосудистого центра и фактически принимаемой в течение года

и меньше) — 45 (19,7 %), 19 (8,3 %) человек затруднились ответить.

Через 2,5 года после перенесенного ОИМ большинство ($n = 184$; 80,4 %) пациентов знали уровень своего АД, чуть меньше половины ($n = 111$; 48,5 %) — уровень глюкозы крови. Хуже всего включенные в исследование и выжившие были информированы о значении ОХС: 15 (6,6 %) человек назвали уровень ОХС < 4 ммоль/л, 64 (30 %) > 4 ммоль/л (рис. 5).

Обсуждение

На современном этапе провести анализ качества обследования, лечения и исходов больных с ОИМ, ОКС на разных этапах оказания медицинской помощи в реальной клинической практике можно с помощью создания регистров, а также путем сопоставления результатов регистров с данными национальных и международных клинических руководств.

В Хабаровском регистре ОИМ отдаленная летальность через 2,5 года после референсного ОИМ составила 15,4 % от всех выписанных из стационара. В регистре GRACE 6-месячная летальность после выписки из стационара составила 4,8 % [13], а в регистре

EPICOR годовичная летальность равнялась 3,9 % [14]. Отдаленная выживаемость больных из нашего регистра была несколько выше по сравнению с регистром ЛИС (2005–2007 гг., в «дореперфузионную эру»), в котором летальность через 3 года у больных ОИМ составила 19,9 % от общего числа выписанных из стационара (у нас 15,4 % через 2,5 года) [11]. Возможно, это было обусловлено тем, что пациентам, включенным в Хабаровский регистр ОИМ, проводили в основном фармакоинвазивные вмешательства [15]. Вместе с тем процент повторных ОИМ, ОСН и ОНМК в нашем регистре и регистре ЛИС был практически одинаковым. Регистр ЛИС был взят для сравнения неслучайно, так как это был правильно организованный и проведенный регистр с включением 1133 больных ОИМ в Московской области, с откликом пациентов 84,6 %, продолжительным периодом наблюдения после референсного события, а также с оценкой влияния различных факторов на отдаленные исходы [11]. Для авторов статьи было интересно сравнить показатели отдаленной летальности ОИМ и предикторы неблагоприятного исхода у пациентов после индексного события за практически 10-летний период в регистре ЛИС и Хабаровском регистре, поскольку за этот период времени кардинально изменились возможности и подходы к лечению.

В настоящее время распространено мнение о том, что прогноз у больных ИМбпСТ более благоприятный, чем у пациентов с ИМпСТ [17]. Тем не менее, по результатам большого количества выполненных исследований выявлено, что риск развития повторных сердечно-сосудистых событий у пациентов с ОКС бпСТ может превышать соответствующий показатель у больных ОКС пСТ, хотя госпитальная летальность при ОКС пСТ в 2–3 раза выше, чем при ОКС бпСТ [13, 18–20]. Этот факт можно объяснить тем, что пациенты с ОКС или ОИМ бпСТ, как правило, старше, чаще полиморбидны, особенно в плане сочетания коронарной

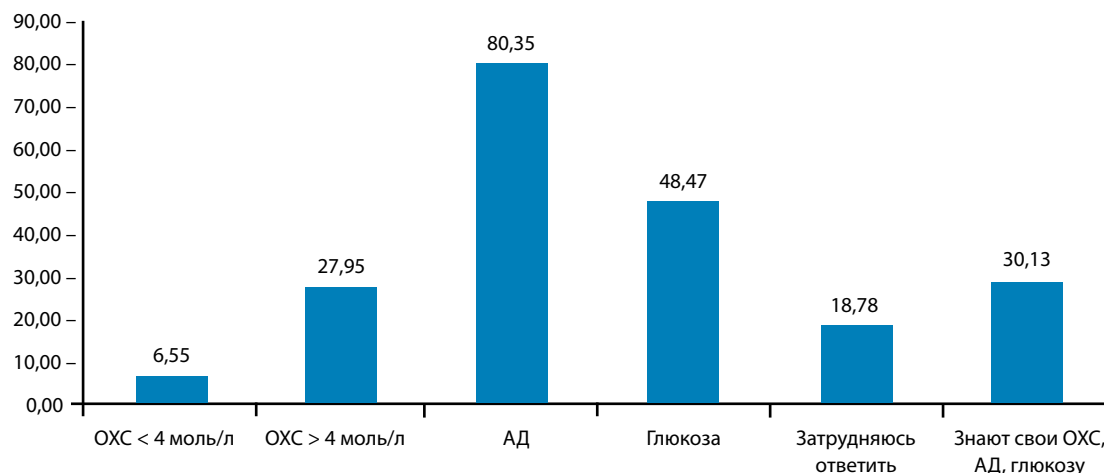


Рис. 5. Осведомленность пациентов об уровнях общего холестерина, артериального давления и глюкозы крови через 2,5 года после перенесенного острого инфаркта миокарда ($n = 229$)

патологии с сахарным диабетом (СД), хронической болезнью почек, чаще госпитализируются в «неинвазивные» стационары, им реже проводятся первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) [17].

Такие предикторы смерти, как возраст старше 75 лет, СД, фибрилляция предсердий, ОСН, сниженная фракция выброса ($< 40\%$), повышенный креатинин (в нашем исследовании > 120 мкмоль/л), прием диуретиков на госпитальном этапе, были продемонстрированы как в зарубежных, так и в российских регистрах и исследованиях [11–14, 21]. Новыми факторами, влияющими на отдаленную летальность после референсного события, в нашем регистре, в отличие от других исследований, стали наличие сопутствующего цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ), отсутствие приема антигипертензивной терапии и β -адреноблокаторов (БАБ) до ОИМ, а также неназначение антиагрегантов в нагрузочной дозе в первые часы заболевания. Очевидно, что сочетание ишемической болезни сердца с различными проявлениями ЦВЗ (перенесенный инсульт, сосудистая деменция, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия), с одной стороны, чаще наблюдается у более пожилых пациентов, у которых госпитальный и отдаленный прогнозы значимо хуже, с другой — наличие ОИМ на фоне ЦВЗ ограничивает у таких больных проведение процедур первичного ЧКВ, применение антикоагулянтов и комбинацию антитромбоцитарных препаратов из-за большего числа прежде всего внутричерепных геморрагий [8, 9]. Лечение антигипертензивными препаратами как доказательство положительного влияния коррекции такого фактора риска, как артериальная гипертензия, а также прием БАБ до референсного ОИМ достоверно положительно влияли на отдаленную выживаемость, по данным Хабаровского регистра [6, 7].

Неиспользование комбинации антитромбоцитарных препаратов в нагрузочных дозах в ранние сроки заболевания (ацетилсалициловая кислота + клопидогрел 300–600 мг или тикагрелол 180 мг) в нашем исследовании значимо ухудшало прогноз у пациентов после перенесенного ОИМ на отдаленном этапе наблюдения, так как комбинированная антитромбоцитарная терапия является необходимым элементом лечения пациентов с разными типами ОКС вне зависимости от тактики реваскуляризации [8, 9].

Достаточно высокий процент выполненных процедур ЧКВ/аорто-коронарного шунтирования (АКШ) (см. рис. 2) после референсного ОИМ характеризует хорошо отлаженное взаимодействие между РЦС и Федеральным центром сердечно-сосудистой хирургии в г. Хабаровске, в который были направлены пациенты после выписки из РЦС в целях проведения плановой коронароангиографии (при ее отсутствии во время референсной госпитализации), процедур полной отсроченной реваскуляризации миокарда при многососудистом поражении коронарных артерий или неудачном первичном ЧКВ.

Около четверти ($n = 53$; 23,1 %) пациентов, по данным проспективной части Хабаровского регистра ОИМ, были направлены в местный кардиологический санаторий. В последующем 191 (83,4 %) больной из перенесших ИМ в течение 2,5 года на амбулаторно-поликлиническом этапе находился под наблюдением кардиолога и терапевта, 38 (16,6 %) после референсного ОИМ вообще нигде не наблюдались, почти половина ($n = 103$; 45,0 %) опрошенных наблюдалась только у участковых терапевтов (см. рис. 3). Таким образом, практически 60 % лиц, перенесших ОИМ, в течение последующих 2,5 года ни разу не были на консультации у специалиста-кардиолога на амбулаторном этапе. Возможно, этот факт повлиял на фактически принимаемую медикаментозную терапию после референсного ОИМ (выбор конкретного препарата и его дозы).

Анализ приверженности лекарственной терапии с доказанным положительным влиянием на отдаленные исходы после выписки из РЦС выявил следующие особенности (см. табл. 2). Прием ацетилсалициловой кислоты оставался достаточно высоким, но произошло снижение частоты приема БАБ, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), агонистов рецепторов к ангиотензину II, но особенно приема статинов. Если при выписке из РЦС 2/3 пациентам была рекомендована статинотерапия высокими дозами (аторвастатин 40 и 80 мг, розувастатин 20 и 40 мг), то через 2,5 года после перенесенного ОИМ только четверть пациентов принимала соответствующие дозы рекомендованных статинов, в 70 % случаев это был аторвастатин.

По сравнению с результатами исследования EUROASPIRE IV по вторичной профилактике больных ишемической болезнью сердца в Европе, перенесших ОКС, АКШ или ЧКВ, пациенты из Хабаровского регистра чаще принимали иАПФ/сартаны (75,98 % против 65,10 %), но реже антиагреганты (87,80 % против 93,40 %), БАБ (73,80 % против 80,10 %), особенно статины (65,05 % против 74,60 %) [10, 22].

Еще хуже обстояло дело с приемом ДАТТ: в течение года наблюдения доля лиц, которым она была рекомендована, снизилась практически в 2 раза — с 90,6 до 55,9 %, при этом треть больных прекратила прием 2 антиагрегантов уже через 3 мес (см. рис. 4), хотя в клинических рекомендациях по ведению пациентов при разных типах ОКС четко прописан прием ДАТТ в течение 12 мес после референсного события [8, 9].

По данным различных исследований, приверженность ДАТТ после ОКС и стентирования коронарных артерий в течение 6–12 мес в зарубежных странах достаточно высокая и продолжает увеличиваться. Так, в испанском регистровом исследовании (29 стационаров) 94 % пациентов после стентирования коронарных артерий через 6 мес продолжили прием ДАТТ [23]. Во французском регистре PARIS при выписке

из стационаров 99,6 % больных после ЧКВ получали ДАТТ, не приверженными ДАТТ через 1 мес оказались 2,1 %, через 12 мес – 12,5 % пациентов [24].

Сведения о приверженности ДАТТ у российских пациентов существенно ограничены. Частота ДАТТ через 6 мес после ОКС в регистре РЕКОРД (2007–2008 гг., отклик < 50 %) составляла 22 %, в РЕКОРД-3 (2015 г., отклик 62,3 % больных) она увеличилась до 56,9 % (с ЧКВ – 74,2 %) [25].

Низкая приверженность к лечению в отношении больных, перенесших ОИМ, существенно нивелирует эффективность инвазивных и фармакологических методов реперфузии миокарда, повышает риск развития осложнений (тромбоз стента, повторный ОИМ, развитие сердечной недостаточности, нарушения ритма и проводимости), сопровождается снижением качества жизни и приводит к увеличению затрат на лечение [26]. Кроме того, плохая приверженность терапии ухудшает отдаленный прогноз у больных, перенесших ОИМ [27]. В исследовании EFFECT, в котором участвовали пациенты после ОИМ в возрасте старше 65 лет, абсолютная смертность в течение года у больных, которые принимали все рекомендованные препараты, составила 12,8 %; у пациентов, которые не в полной мере придерживались назначенной терапии, летальность увеличилась до 20,5 %; у тех, кто не принимал никаких лекарственных препаратов – до 30,4 % [28].

Согласно тесту Мориски–Грина, приверженными (4 балла) медикаментозному лечению являлись 109 человек (47,6 %), но в реальности эти данные могут быть ниже. Только 2/3 пациентов из регистра (3 и 4 балла

по шкале Мориски–Грина – 165 (72,05 %)) оказались готовыми принимать медикаментозную терапию длительное время. На это, очевидно, могли повлиять такие факторы, как наличие тяжелого заболевания в виде ОИМ, госпитализация в РСЦ, проведенное первичное ЧКВ, а также в трети случаев выполненные процедуры ЧКВ/АКШ после референсного события.

К сожалению, пациенты Хабаровского регистра были плохо информированы о значениях ОХС (34,5 %), гораздо лучше – об уровне АД (80,35 %). Только треть пациентов из регистра смогли указать значения всех трех показателей, таких как ОХС, АД и уровень глюкозы крови, которые являются важными индикаторами качества лечения (см. рис. 5).

Заключение

Хабаровский регистр ОИМ выявил достаточно высокие показатели летальности в отдаленном периоде, которые достоверно не различались как при ИМпST, так при ИМбпST, а также предикторы неблагоприятного исхода. Полученные данные продемонстрировали недостаточную частоту приема рекомендованных лекарственных препаратов во вторичной профилактике после референсного ОИМ, особенно в отношении статинов и ДАТТ. Доля больных, прошедших санаторный этап кардиореабилитации и имевших возможность наблюдаться у кардиологов в поликлиниках по месту жительства, так же как и приверженность пациентов длительной медикаментозной терапии и осведомленность об индикаторах качества лечения (ОХС, АД), в реальной клинической практике оказались низкими.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

- Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L. et al. Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3): e28–e292. DOI: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.
- Эрлих А.Д., Мацкеплишвили С.Т., Грацианский Н.А., Бузиашвили Ю.И. Первый московский регистр острого коронарного синдрома: характеристика больных, лечение и исходы за время пребывания в стационаре. *Кардиология* 2013;53(12):4–13. [Erlikh A.D., Matskeplishvili S.T., Gratsianskiy N.A. Buziashvili Yu.I. the First Moscow register of acute coronary syndrome: characteristics of patients, treatment and outcome during the hospital stay. *Kardiologiya = Cardiology* 2013;53(12):4–13. (In Russ.)].
- Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Российский регистр острого коронарного синдрома «РЕКОРД-3». Характеристика пациентов и лечение до выписки из стационара. *Кардиология* 2016;56(4):16–24. [Erlikh A.D., Gratsianskiy N.A. Russian registry of acute coronary syndromes “RECORD-3”. Characteristics of patients and treatment before discharge from the hospital. *Kardiologiya = Cardiology* 2016;56(4):16–24. (In Russ.)].
- Васильева Л.В., Шевченко И.И., Эрлих А.Д. и др. Динамика лечения и госпитальных исходов у пациентов с острым коронарным синдромом в «неинвазивных» стационарах (данные регистров серии «РЕКОРД»). *Трудный пациент* 2016;14(1):5–10. [Vasil'eva L.V., Shevchenko I.I., Ehrlich A.D. et al. The dynamics of treatment and in-hospital outcomes in patients with acute coronary syndrome in the “non-invasive” hospitals (register data series “RECORD”). *Trudnyy patsient = Difficult Patient* 2016;14(1):5–10. (In Russ.)].
- Гинзбург М.Л., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Возможности регистра как инструмента контроля качества фармакотерапии на амбулаторном этапе у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (РЕГИСТР «ЛИС-1»). Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014;10(3):288–92. [Ginzburg M.L., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P. et al. The possibility of register as a quality control tool of pharmacotherapy at outpatient treatment in patients with high risk of cardiovascular complications (REGISTER “LIS-1”). *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2014;10(3):288–92. (In Russ.)].
- Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации.

- M., 2013. Доступно по: http://cardio-69.ru/sites/default/files/profilaktika_hronicheskikh_neinfekcionnyh_zabolevaniy_rekomendacii_gnicpm_chuchalin_a.g._boycov_s.a.pdf. [Prevention of chronic non-communicable diseases. Recommendations. Moscow, 2013. Available at: http://cardio-69.ru/sites/default/files/profilaktika_hronicheskikh_neinfekcionnyh_zabolevaniy_rekomendacii_gnicpm_chuchalin_a.g._boycov_s.a.pdf. (In Russ.)].
7. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33(13):1635–701. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs092.
8. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), Steg P.G., James S.K. et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012;33(20):2569–619.
9. Roffi M., Patrono C., Collet J.P. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2016;37(3):267–315. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv320.
10. Kotseva K., Wood D., De Bacquer D. et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23(6):636–48. DOI: 10.1177/2047487315569401.
11. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Люберецкое исследование смертности (исследование ЛИС): факторы, влияющие на отдаленный прогноз жизни после перенесенного инфаркта миокарда. Профилатическая медицина 2013;16(2):32–8. [Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P. et al. Lyubertsy study on mortality (study LIS): factors affecting long-term prognosis of life after myocardial infarction. *Profilakticheskaya meditsina* = Preventive Medicine 2013;16(2):32–8. (In Russ.)].
12. Эрлих А.Д. Первый московский регистр острого коронарного синдрома: результаты 6-месячного наблюдения. Неотложная кардиология 2014;(2):3–9. [Erlikh A.D. First Moscow register of acute coronary syndrome: results of a 6-month observation. *Neotlozhnaya kardiologiya* = Emergency Cardiology 2014;(2):3–9. (In Russ.)].
13. Goldberg R.J., Currie K., White K. et al. Six-month outcomes in a multinational registry of patients hospitalized with an acute coronary syndrome (the Global Registry of Acute Coronary Events [GRACE]). *Am J Cardiol* 2004;93(3):288–93. DOI: 10.1016/j.amjcard.2003.10.006. PMID: 14759376.
14. Pocock S., Bueno H., Licour M. et al. Predictors of one-year mortality at hospital discharge after acute coronary syndromes: A new risk score from the EPICOR (long-term follow up of antithrombotic management patterns in acute CORonary syndrome patients) study. *Eur Heart J* 2015;4(6):509–17. DOI: 10.1177/2048872614554198.
15. Малай Л.Н., Солохина Л.В., Бухонкина Ю.М. и др. Характеристика больных и госпитальные исходы у пациентов с острым инфарктом миокарда: данные регистра (г. Хабаровск). Часть 1. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2016;12(1):56–62. [Malay L.N., Solokhina L.V., Bukhonkina Yu.M. et al. Characteristics of patients and hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction: data register (Khabarovsk). Part 1. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* = Rational Pharmacotherapy in Cardiology 2016;12(1):56–62. (In Russ.)].
16. Morinsky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67–74. PMID: 3945130.
17. Барбараш О.Л., Кашталп В.В. Лечение пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. Все ли проблемы решены? Сердце 2016;15(5):320–5. [Barbarash O.L., Kashtalap V.V. Treatment of patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation. All problems solved? *Serdts* = Heart 2016;15(5):320–5. (In Russ.)].
18. Montalescot G., Dallongeville J., Van Belle E. et al. STEMI and NSTEMI: are they so different? 1 year outcomes in acute myocardial infarction as defined by the ESC/ACC definition (the OPERA registry). *Eur Heart J* 2007;28(12):1409–17. DOI: 10.1093/eurheartj/ehm031.
19. Collinson J., Flather M.D., Fox K.A. et al. Clinical outcomes, risk stratification and practice patterns of unstable angine and myocardial infarction without ST elevation: Prospective Registry of Acute Ischaemic Syndrome in the UK (PRAUS-UK). *Eur Heart J* 2000;21(17):1450–7. DOI: 10.1053/euhj.1999.1995.
20. Cox D.A., Stone G.W., Grines C.L. et al. Comparative early and late outcomes after primary percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation and non-ST-segment elevation acute myocardial infarction (from CADILLAC trial). *Am J Cardiol* 2006;98(3):331–7. DOI: 10.1016/j.amjcard.2006.01.102. PMID: 16860018.
21. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л. и др. Влияние фибрилляции предсердий на ближайший и отдаленный прогноз жизни при остром инфаркте миокарда. Данные исследования ЛИС-1 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014;10(2):170–3. [Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Ginzburg M.L. et al. Influence of atrial fibrillation on the nearest and remote forecast of life in acute myocardial infarction. These studies LIS-1 (Lyubertsy study of mortality of patients with acute myocardial infarction). *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* = Rational Pharmacotherapy in Cardiology 2014;10(2):170–3. (In Russ.)].
22. Поросова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. Медикаментозная терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. Кардиология 2016;56(12):11–9. [Pogosova N.V. Oganov R.G., Boytsov S.A. et al. Drug therapy in patients with coronary heart disease in Russia and Europe: results from the Russian part of the international multicenter study EUROASPIRE IV. *Kardiologiya* = Cardiology 2016;56(12):11–9. (In Russ.)].
23. Ferreira-Gonzales I., Marsal J.R., Ribera A. et al. Background, incidence, and predictors of antiplatelet therapy discontinuation during the first year after drug-eluting stent implantation. *Circulation* 2010;122(10):1017–25. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.938290.
24. Kherada N., Sartori S., Vadde R. et al. Predictors of dual antiplatelet therapy non-adherence after PCI: one-year insights from the PARIS Registry. *JACC* 2013;61(10):E151. DOI: 10.1016/j.jacc.2012.08.1037.
25. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Использование антитромботических препаратов при остром коронарном синдроме в повседневной клинической практике Российских стационаров (по результатам регистра «РЕКОРД-3»). Атеро-

- тромбоз 2016;(2):27–35. [Erlikh A.D., Gratsianskiy N.A. The use of antithrombotic drugs in acute coronary syndrome in daily clinical practice of Russian hospitals (according to register “RECORD-3”). Aterotromboz = Atherothrombosis 2016;(2):27–35. (In Russ.)].
26. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J Med 2005;353(5):487–97. DOI: 10.1056/NEJMr050100.
27. Гиляревский С.Р. Соблюдение предписанного режима терапии и эффективность лечения больных с хроническим течением коронарной болезни сердца: состояние проблемы и пути ее решения. Сердце 2017;15(6):391–7. [Gilyarevskiy S.R. Adherence to the prescribed therapy regimen and the effectiveness of treatment of patients with chronic coronary heart disease: state of the problem and its solutions. Serdtse = Heart 2017;15(6):391–7. (In Russ.)].
28. Jackevicius C.A., Li P., Tu J.V. Prevalence, predictors and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. Circulation 2008;117(8):1028–36. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820.