

СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Приверженность посещению лечебных учреждений и качество терапии после перенесенного острого коронарного синдрома (по данным регистра ЛИС 3)

Золотарева Н.П.^{1*}, Загребельный А.В.¹, Гинзбург М.Л.²,
Марцевич С.Ю.¹, Драпкина О.М.¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, Москва, Россия

² Люберецкая областная больница, Люберцы, Россия

Рабочая группа регистра ЛИС-3: Благодатских С. В., Будаева И.В., Гинзбург М.Л., Даниэльс Е.В., Загребельный А.В., Золотарева Н.П., Кутищенко Н.П., Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Некошнова Е.С., Семенова Ю.В., Старцев Д.А., Фокина А.В.

Цель. Оценить связи между приверженностью больных посещению поликлиник после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) и качеством получаемой ими терапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе регистров ЛИС (ЛИС и ЛИС-3) (Люберецкое исследование смертности) в Люберецком районе Московской области. Для выяснения жизненного статуса со всеми больными, выписанными в первые 9 мес 2014 и 2018 гг. из Люберецкой районной больницы 2, был установлен контакт не ранее, чем через 1 год после выписки, а в случае смерти – выяснена ее причина. В ходе телефонного опроса была получена информация о принимаемой терапии, приверженности посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), был проведен учет случаев сердечно-сосудистых событий и инвазивного лечения, госпитализаций по поводу ухудшения течения основного заболевания за период после выписки из стационара. Поиск не ответивших на телефонный звонок больных осуществлялся при помощи изучения архива поликлиник, с помощью статистической базы «Мегаклиника», и данных индивидуальной программы реабилитации инвалида. В ходе телефонного опроса отклик составил 60,5%, поиск оставшихся больных через статистические базы данных, архив поликлиник позволили повысить суммарный отклик до 87,2%.

Результаты. В регистре ЛИС-3 из 104 пациентов, выписанных в 2014 г., статус удалось определить у 90 (86,5%) больных, из 223 пациентов в 2018 г. – у 195 (87,4%) пациентов.

В ходе опроса установлено, что после выписки из стационара наблюдаются 172 пациента, совсем не наблюдаются в ЛПУ после выписки 53 пациента. Не принимали никакие группы лекарственных препаратов (ЛП) на момент опроса 11 (4,9%) человек. В группе пациентов высоко приверженных посещению ЛПУ, отмечена большая частота приема основных ЛП после выписки из стационара по данным опроса: статинов (88,2%; $p < 0,001$), бета-адреноблокаторов (86,4%; $p < 0,001$) и дезагрегантов (90,9%; $p = 0,001$). В обеих группах, приверженных и не приверженных посещению ЛПУ отмечается отрицательная динамика в качестве приема ЛП после выписки из стационара, однако в группе больных, приверженных посещению ЛПУ отмечено, что шанс приема антиагрегантов после выписки был выше в 3,4 раза [отношение шансов (ОШ) 3,449; $p = 0,002$], бета-адреноблокаторов – в 4 раза (ОШ 4,103; $p < 0,001$), статинов в – 4,5 раза (ОШ 4,450; $p < 0,001$), по отношению к группе пациентов, которые не наблюдаются в ЛПУ после выписки из стационара.

Заключение. Через 1-6 лет после выписки из стационара после референсного события качество терапии существенно ухудшалось в обеих группах, в большей степени у неприверженных посещению ЛПУ. Отмечены значимые различия частоты применения ЛП (антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы) в группе приверженных посещению ЛПУ в сравнении с неприверженными посещению ЛПУ. Высокая приверженность посещению ЛПУ после выписки из стационара связана с большей частотой приема ЛП. Несмотря на улучшения качества соблюдения клинических рекомендаций, сохраняется процент пациентов (4,9%), которые самостоятельно отказываются от приема ЛП независимо от посещения ЛПУ после выписки из стационара.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, регистр, приверженность, качество терапии, осложнения.

Для цитирования: Золотарева Н.П., Загребельный А.В., Гинзбург М.Л., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Приверженность посещению лечебных учреждений и качество терапии после перенесенного острого коронарного синдрома (по данным регистра ЛИС 3). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2022;18(6):684-691. DOI:10.20996/1819-6446-2022-12-07.

Adherence to Visits to Medical Institutions and Quality of Therapy after Acute Coronary Syndrome (according to the LIS Registry 3)

Zolotareva N.P.^{1*}, Zagrebely A.V.¹, Ginzburg M.L.², Martsevich S.Yu.¹, Drapkina O.M.¹

¹ National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

² Lyubertsy Regional Hospital, Lyubertsy, Russia

The LIS-3 registry working group: Blagodatskikh S.V., Budaeva I.V., Ginzburg M.L., Daniels E.V., Zagrebely A.V., Zolotareva N.P., Kutishenko N.P., Lukina Yu.V., Martsevich S.Yu., Nekoshnova E.S., Semenova Yu.V., Startsev D.A., Fokina A.V.

Aim. The aim of the research is to evaluate the relationship between patients' adherence to visiting polyclinics after acute coronary syndrome (ACS) and the quality of the therapy they receive.

Material and methods. The study was conducted on the basis of the LIS registers (LIS and LIS-3) (Lyubertsy study of mortality) in the Lyubertsy district of the Moscow region. To clarify the vital status of all patients discharged in the first 9 months of 2014 and 2018. from Lyubertsy district

hospital 2, contact was established no earlier than 1 year after discharge, and in case of death, its cause was clarified. In the course of a telephone survey, information was obtained on the therapy taken, adherence to visits to medical institutions, a record of cases of cardiovascular events and invasive treatment, hospitalizations due to worsening of the course of the underlying disease for the period after discharge from the hospital was carried out. The search for patients who did not answer the phone call was carried out by studying the archives of polyclinics, using the Megaclinic statistical database, and the data of the individual rehabilitation program for the disabled. In the course of a telephone survey, the response was 60.5%, the search for the remaining patients through statistical databases, the archive of polyclinics made it possible to increase the total response to 87.2%.

Results. In the LIS-3 registry, out of 104 patients discharged in 2014, the status was determined in 90 (86.5%) patients, out of 223 patients in 2018 – in 195 (87.4%) patients. During the survey, it was found that 172 patients are observed after discharge from the hospital, 53 patients are not observed at all in the medical facility after discharge. 11 (4.9%) people did not take any groups of medications at the time of the survey. In the group of patients who are highly committed to attending a health facility, the best quality of taking essential medications after discharge from the hospital was noted according to the survey: statins (88.2%, $p < 0.001$), beta-blockers (86.4%, $p < 0.001$) and antiplatelets (90.9%, $p = 0.001$). In both groups, committed and not committed to attending a medical facility, there is a negative dynamics in the quality of taking medications after discharge from the hospital, however, in the group of patients committed to attending a medical facility, it was noted that the odds of taking antiplatelet agents after discharge was 3.4 times higher (OR 3.449, $p = 0.002$), beta-blockers – 4 times (OR 4.103, $p < 0.001$), statins – 4.5 times (OR 4.450, $p < 0.001$), in relation to the group of patients who are not observed in the medical facility after discharge from the hospital.

Conclusion. 1-6 years after discharge from the hospital after the reference event, the quality of therapy deteriorated significantly in both groups, mostly in non-adherent patients. Significant differences in the quality of medication intake (antiplatelet agents, statins, β -blockers) were noted in the group of adherents to visiting health care facilities in comparison with those who were not committed to visiting health facilities. It is obvious that high adherence to visits to healthcare facilities after discharge from the hospital is associated with better quality of medication intake. Despite improvements in the quality of adherence to clinical recommendations, the percentage of patients who independently refuse to take drug therapy (4.9%), regardless of visits to healthcare facilities after discharge from the hospital, remains.

Key words: acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, registry, adherence, quality of therapy, complications.

For citation: Egorova I.S., Vezikova N.N. Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention: State of the Problem and Clinical Practice Data. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2022;18(6):684-691. DOI:10.20996/1819-6446-2022-12-07.

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): zolotarjeva_n@mail.ru

Received/Поступила: 30.11.2022

Accepted/Принята в печать: 09.12.2022

Введение

Инфаркт миокарда (ИМ) вносит существенный вклад в показатели смертности от ишемической болезни сердца, причем как в острую фазу заболевания, так и в отдаленные сроки от его возникновения [1, 2]. Было показано, что значительная доля больных, выживших после острого инфаркта миокарда (ОИМ), умирает в первые 5 лет после выписки из стационара [3]. В регистре ЛИС-3 было показано, что за последние 10 лет показатели отдаленной смертности после ОИМ существенно снизились [4]. Это объясняли различными причинами: в первую очередь, улучшением качества лечения больных, улучшением работы поликлиник.

Целью исследования – оценить связь между приверженностью больных посещению поликлиник после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) и качеством получаемой ими терапии.

Материал и методы

Исследование проведено на базе регистров ЛИС (ЛИС и ЛИС-3) (Люберецкое исследование смертности) в Люберецком районе Московской области. Протокол госпитальной части регистра ЛИС-3 был подробно описан ранее [5]. Схема постгоспитальной части регистра ЛИС-3 также была опубликована [4].

Для выяснения жизненного статуса со всеми больными, выписанными в первые 9 мес 2014 и 2018 гг. из Люберецкой районной больницы №2, был уста-

новлен контакт не ранее, чем через 1 год после выписки, а в случае смерти – выяснена ее причина. Телефонные контакты с больными были закончены в ноябре 2020 г. В ходе телефонного опроса была получена информация о принимаемой терапии, приверженности посещению лечебно-профилактических учреждений, был проведен учет случаев сердечно-сосудистых событий и инвазивного лечения, госпитализаций по поводу ухудшения течения основного заболевания за период после выписки из стационара. Поиск не ответивших на телефонный звонок больных осуществлялся при помощи изучения архива поликлиник, с помощью статистической базы «Мегаклиника», применяемой для ведения учетно-отчетных процессов в более чем 600 медицинских организаций г. Москвы и Московской области, начиная с 2009 г., и данных индивидуальной программы реабилитации инвалида, куда областное бюро медико-социальной экспертизы отправляет справки о смерти населения.

В ходе телефонного опроса отклик составил 60,5%, поиск оставшихся больных через статистические базы данных, архив поликлиник позволили повысить суммарный отклик до 87,2%. За осложнения были приняты следующие фатальные и нефатальные события после выписки: смерть, ИМ, мозговой инсульт, госпитализация по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), операции (интервенционные вмешательства на сердце и сосудах сердца), коронароангиография.

В анализ по оценке приверженности посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и приверженности приему лекарственных препаратов (ЛП) терапии на момент опроса не были включены умершие пациенты (n=59), так как не было возможности оценить посещаемость ими поликлиник и прием ЛП. Выжившие пациенты (n=226) после выписки из стационара ответили на вопросы анкеты больного, которая была разработана в отделе профилактической фармакотерапии. С теми больными, с которыми не удалось связаться, анкета была заполнена при помощи анализа архива поликлиники или статистических баз данных. По результатам опроса пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от посещаемости ЛПУ: 1 группа – пациенты высоко приверженные посещению ЛПУ, которые наблюдались у кардиолога или терапевта по поводу ССЗ 1 раз в год и чаще; 2 группа – среднеприверженные посещению ЛПУ, которые наблюдались у кардиолога/терапевта реже 1 раза в год; 3 группа – неприверженные посещению ЛПУ, которые не обращались к терапевту/кардиологу после выписки из стационара.

При обработке полученных данных использовалась статистическая программа SPSS Statistics 23 (IBM, США). Получены данные описательной статистики для групп больных, включенных в регистр ЛИС-3 с различной степенью приверженности посещению ЛПУ и к приему ЛП, определены абсолютные значения и процентные отношения при анализе причин непосещения ЛПУ. При анализе приема групп ЛП у пациентов с различной степенью приверженности посещению ЛПУ и к приему ЛП определялись абсолютные и процентные отношения. Для количественных показателей проводился анализ на нормальность распределения. Сравнение между собой величин с нормальным распределением осуществлялось с помощью t-теста. При сравнении величин с неправильным распределением использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Сравнение дискретных величин проводилось с использованием критерия χ^2 с поправкой на непрерывность по Йетсу. Если число случаев в одной из сравниваемых групп было <5, использовался двусторонний критерий Фишера (F-критерий). Для выявления связи частоты посещения врача ЛПУ пациентами с факторами риска, сердечно-сосудистыми и сопутствующими заболеваниями в анамнезе использовался критерий согласия Пирсона (хи-квадрат). Различия считались статистически значимыми при значениях двустороннего $p < 0,05$.

Результаты

В регистре ЛИС-3 из 104 пациентов, выписанных в 2014 г., статус удалось определить у 90 (86,5%) больных (36 женщин и 54 мужчины), из 223 пациентов

в 2018 г. – у 195 (87,4%) пациентов (79 женщин и 116 мужчин). Пациенты, выписанные из стационара в 2014 и 2018 гг. были объединены в одну группу для дальнейшего анализа, в связи с отсутствием различий по отдаленной смертности.

По данным опроса после выписки умерли 59 (18%) больных [31 женщина (52,5%) и 28 мужчин (47,5%)], средний возраст умерших составил $71,8 \pm 13,0$ лет. Была получена информация по следующим причинам смерти у данных пациентов: внезапная смерть – 2 (3,4%), ИМ – 10 (16,9%), другие болезни сердца – 28 (47,5%), другие причины – 1 (1,7%), заболевания легких – 3 (5,1%), новая коронавирусная инфекция – 1 (1,7%), кровотечения – 2 (3,4%), мозговой инсульт – 1 (1,7%), онкологические заболевания – 5 (8,5%), нет данных – 6 (10,2%).

Были получены данные об осложнениях, после выписки из стационара: ИМ – 16 случаев (8,2%), мозговой инсульт – 5 (2,6%), госпитализации по поводу ССЗ – 104 (53,0%), операции/интервенционные вмешательства на сердце или сосудах сердца – 63 (32,1%), коронароангиография – 8 (4,1%).

В ходе опроса установлено, что после выписки из стационара наблюдаются 172 пациента (102 мужчины и 70 женщин), совсем не наблюдаются в ЛПУ после выписки 53 пациента (39 мужчин и 14 женщин), 1 мужчина – нет данных.

В табл. 1 представлены данные о причинах не посещения ЛПУ: чаще всего это было хорошее самочувствие (13,3%), сложность добраться до ЛПУ (3,1%) и сложность записи к доктору в ЛПУ (3,1%).

Как следует из табл. 2, больные, неприверженные посещению ЛПУ, не различались от больных, посещавших ЛПУ, по социальному статусу, факторам риска, сопутствующим заболеваниям в анамнезе. Отмечены значимые различия по наличию ишемической болезни сердца ($p=0,011$) и ИМ ($p=0,024$) в анамнезе в группе не посещающих ЛПУ после выписки из стационара.

При анализе терапии, назначенной при выписке из стационара (рис. 1) и ее связи с отдаленным прогнозом, было выявлено, что значимо реже при выписке

Table 1. Reasons for non-attendance at health facilities
Таблица 1. Причины непосещения ЛПУ

Причина	n (%)
Долгое время ожидания с момента записи	7 (13,2)
Забывчивость	1 (1,9)
Неверие в получение качественной медицинской помощи	5 (9,4)
Нехватка времени	2 (3,8)
Трудно добираться	7 (13,2)
Хорошее самочувствие	30 (56,6)
Неизвестная причина	1 (1,9)

Table 2. Characteristics of anamnestic patients depending on adherence to visiting the clinic after acute coronary syndrome
Таблица 2. Характеристика анамнестическая больных в зависимости от приверженности посещению поликлиники после ОКС

Параметр	≥1 раз в год (n=110)	<1 раза в год (n=60)	Не посещали (n=53)	Нет данных (n=3)	p
Мужчины, n (%)	65 (59,1)	35 (58,3)	39 (73,6)	3 (100,0)	0,134
Возраст, лет	56,9±11,4	61,1±12,1	55,7±9,1		
Женщины, n (%)	45 (40,9)	25 (41,7)	14 (26,4)	0 (0)	0,134
Возраст, лет	64,5±10,4	64,5±10,8	72,3±9,1		
Работает, n (%)	47 (42,7)	21 (35,0)	25 (47,2)	1 (4,0)	0,891
Курение, n (%)	35 (31,8)	17 (28,3)	16 (23,2)	1 (4,0)	0,742
Низкая физическая активность, n (%)	41 (37,3)	24 (40,0)	22 (41,5)	1 (4,0)	0,972
Наследственность по ССЗ, n (%)	12 (10,9)	7 (11,7)	5 (9,4)	0 (0)	0,172
АГ, n (%)	79 (71,8)	43 (71,7)	36 (22,8)	0 (0)	0,062
СД 2 типа, n (%)	18 (16,4)	8 (13,3)	4 (13,3)	0 (0)	0,410
Дислипидемия, n (%)	0 (0)	4 (6,7)	2 (3,8)	0 (0)	0,070
ИБС, n (%)	25 (22,7)	10 (16,7)	21 (39,6)	2 (66,7)	0,011
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	12 (10,9)	8 (13,3)	11 (20,8)	2 (66,7)	0,024
ФП, n (%)	4 (3,6)	2 (3,3)	3 (33,3)	0 (0)	0,893
ОНМК, n (%)	2 (1,8)	4 (6,7)	2 (3,5)	0 (0)	0,425
ХБП, n (%)	3 (2,7)	2 (3,3)	1 (1,9)	3 (100,0)	0,958
Анемия, n (%)	2 (1,8)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	0,799
Хронические заболевания легких, n (%)	4 (3,6)	3 (5,0)	3 (5,7)	0 (0)	0,910
Заболевания щитовидной железы, n (%)	2 (1,8)	0 (0)	1 (1,9)	3 (100,0)	0,759

АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, СД – сахарный диабет, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ФП – фибрилляция предсердий, ХБП – хроническая болезнь почек

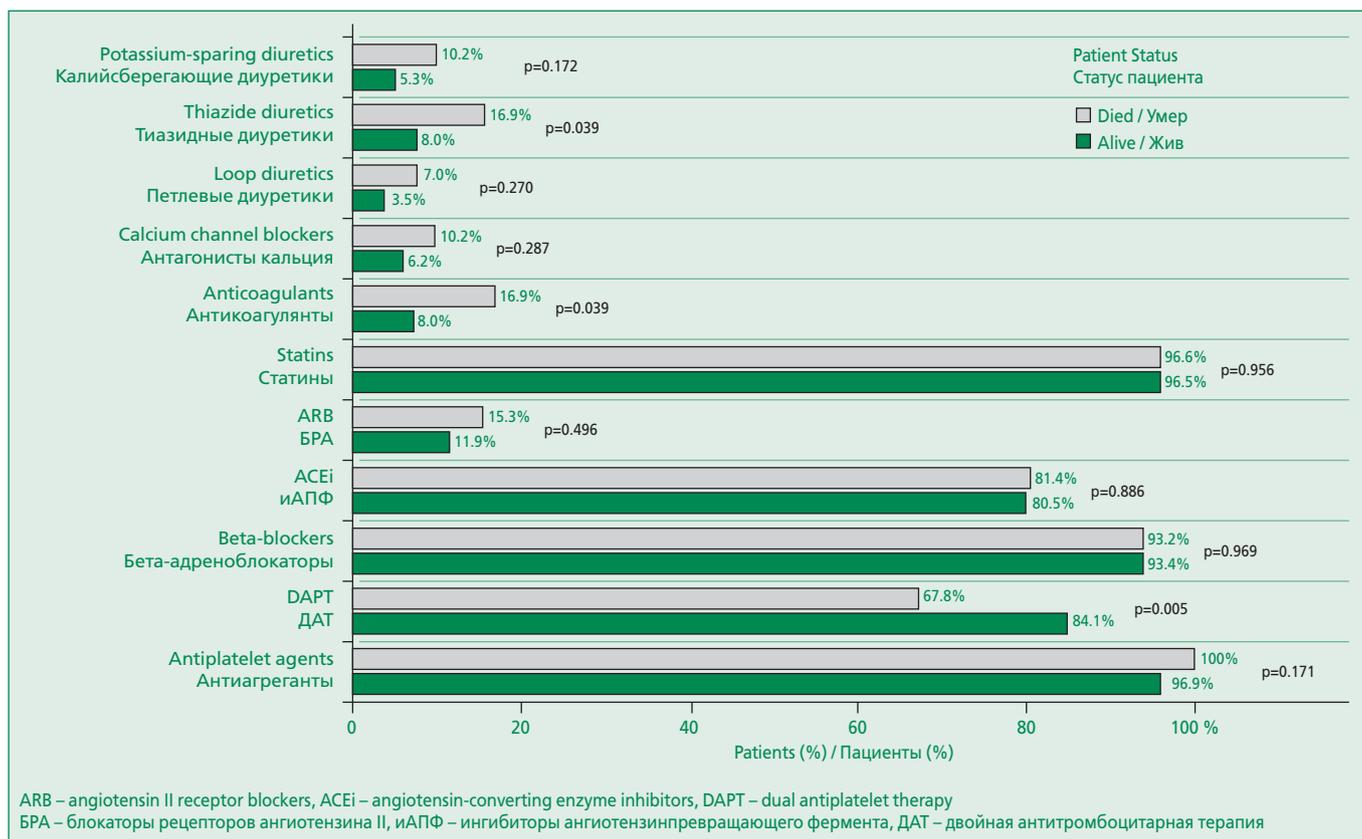


Figure 1. Recommended therapy at discharge from the hospital, depending on the status of the patient at the time of the survey (n=285)

Рисунок 1. Рекомендованная терапия при выписке из стационара в зависимости от статуса пациента на момент опроса (n=285)

Table 3. Gender and age indicators of patients, depending on the degree of adherence to drug therapy

Таблица 3. Гендерно-возрастные показатели пациентов, в зависимости от степени приверженности лекарственной терапии

Пол	Привержены терапии (n=210)	Не привержены терапии (n=11)	Нет данных (n=5)	p
Мужчины, n (%)	131 (58,0)	9 (4,0)	2 (0,9)	0,243*
Возраст, лет	57,4±11,6	59,3±6,9	72,5±9,2	
Женщины, n (%)	79 (35,0)	2 (0,9)	3 (1,3)	
Возраст, лет	65,8±10,8	69,5±6,4	65,0±8,9	

* для пола

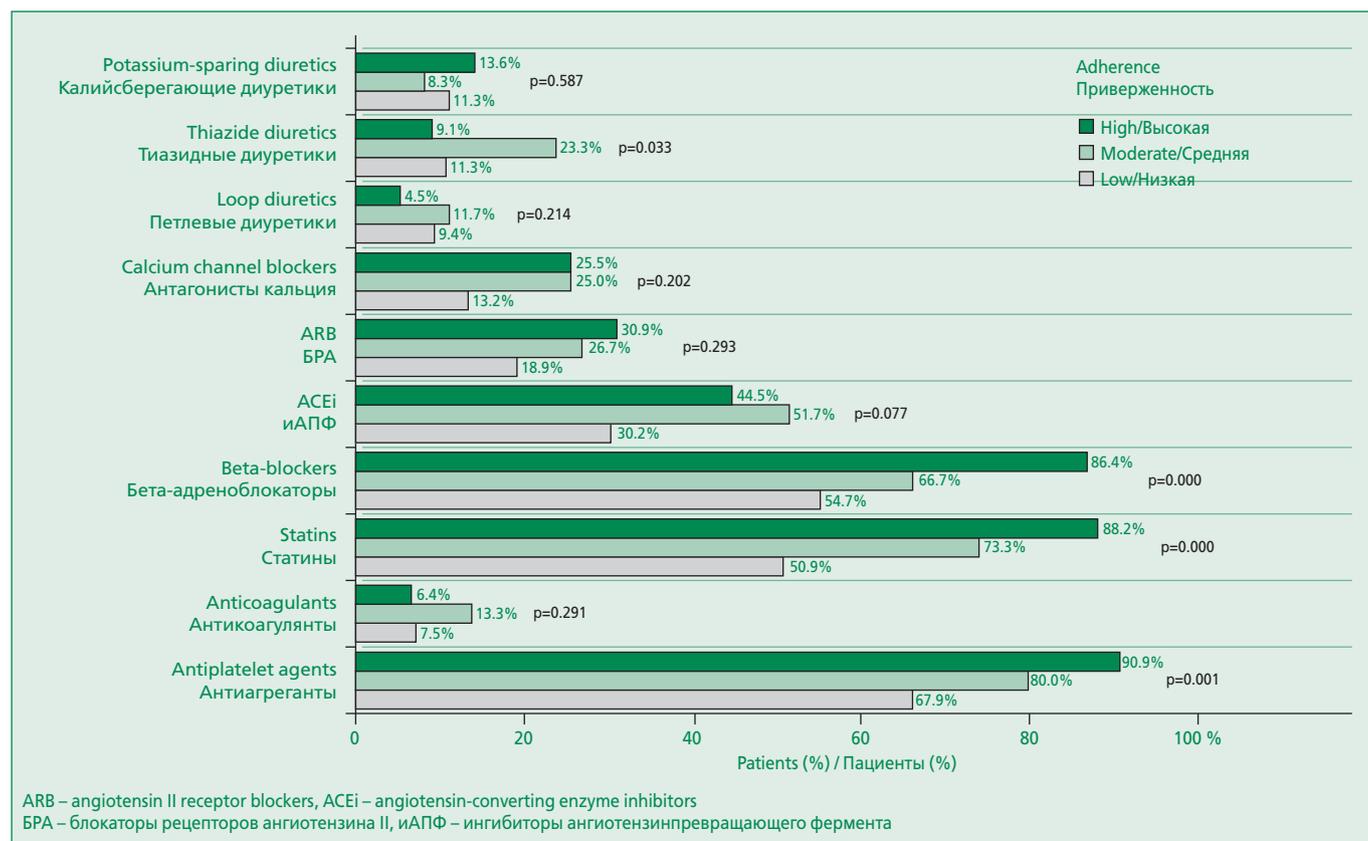
была назначена двойная антиагрегантная терапия в группе пациентов, которые умерли после выписки из стационара (p=0,005). У 10 из 59 умерших пациентов были назначены антикоагулянты перед выпиской из стационара, у 3 из них в анамнезе была фибрилляция предсердий (ФП). У 18 из 226 выживших пациентов были назначены антикоагулянты перед выпиской из стационара, у 4 из них в анамнезе была ФП. При опросе установлено, что 19 человек принимали антикоагулянты, у 5 из них в анамнезе ФП. В остальном различий в назначаемой терапии при выписке из стационара в двух группах не отмечалось.

Как видно из табл. 3, не принимали ЛП на момент опроса 11 (4,9%) человек, 8 из них не посещали ЛПУ после выписки из стационара, 2 человека были средне привержены посещению ЛПУ, 1 человек был высоко привержен посещению ЛПУ. Все 11 пациентов самостоятельно отменяли себе терапию после выписки из стационара не зависимо от степени посещения ЛПУ. Среди них после выписки из стационара у 1 (7,1%) пациента произошел ИМ, 2 (18,0%) пациента были госпитализированы в стационар по поводу ССЗ, у 2 (18,2%) пациентов была проведена операция на сердце/сосудах.

Как видно из рис. 2, в группе пациентов высоко приверженных посещению ЛПУ, отмечена большая частота приема основных ЛП после выписки из стационара по данным опроса: статинов (88,2%; p<0,001), бета-адреноблокаторов (86,4%; p<0,001) и антиагрегантов (90,9%; p=0,001).

В группе пациентов, наблюдающихся в ЛПУ после выписки, отмечена отрицательная динамика в приверженности к приему ЛП (рис. 3): прекратили прием антиагрегантов 18 пациентов, двойной антиагрегантной терапии – 122, бета-адреноблокаторов – 24, ингибиторов АПФ – 62, аспирина – 18, статинов – 26, антикоагулянтов – 6 пациентов.

В группе пациентов, не наблюдавшихся в ЛПУ после выписки, отмечено более выраженное ухудшение



Frequency of medicines taking depending on the degree of adherence to health care facilities visits (n=226)

Рисунок 2. Частота применения ЛП в зависимости от степени приверженности посещению ЛПУ (n=226)

ACS in patients undergoing PCI
ОКС у пациентов, перенесших ЧКВ

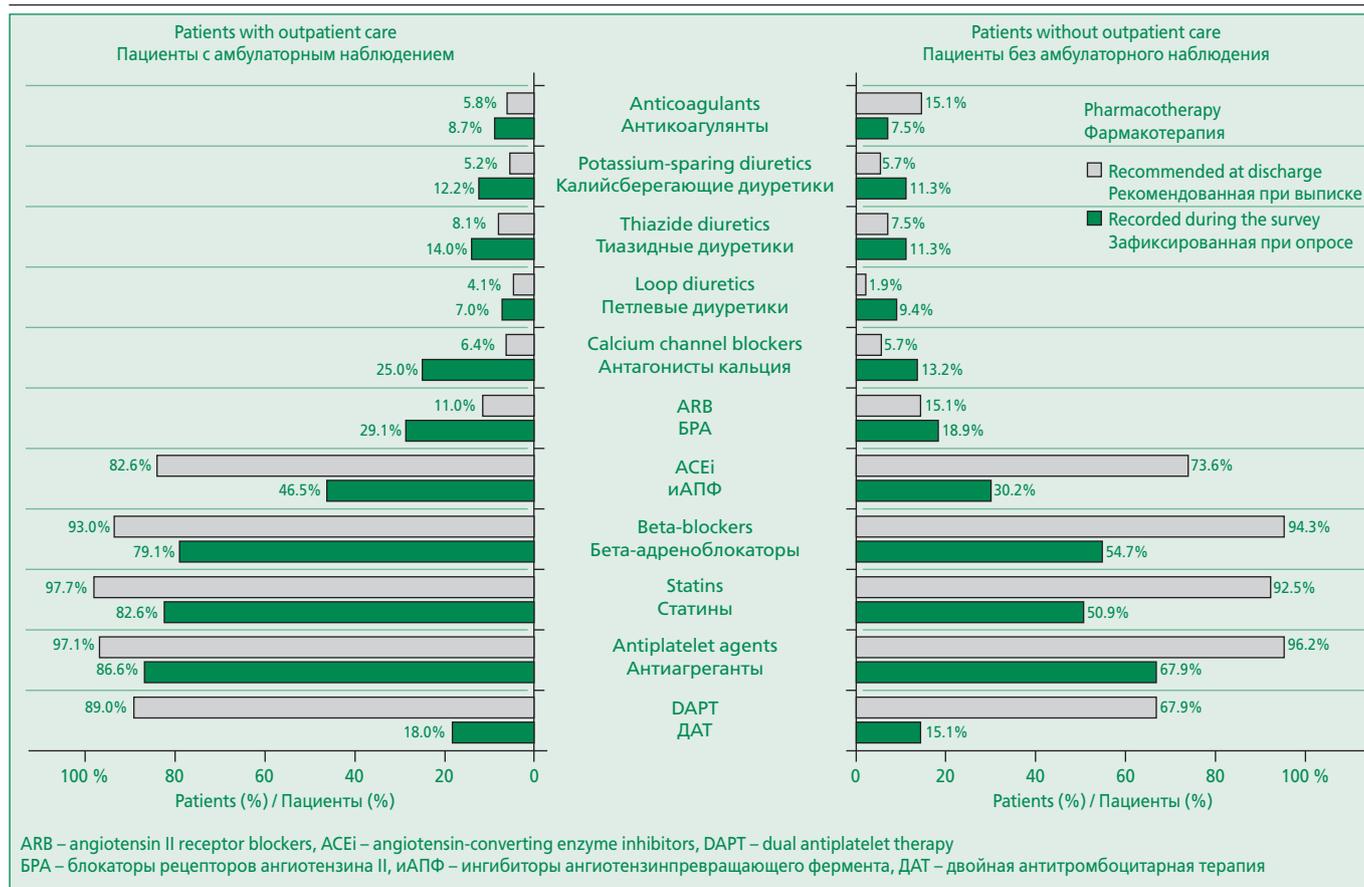


Figure 3. Pharmacotherapy depending on the availability of outpatient care

Рисунок 3. Фармакотерапия в зависимости от наличия амбулаторного наблюдения

приверженности к приему ЛП: прекратили прием антиагрегантов 16 пациентов, двойной антиагрегантной терапии – 28, бета-адреноблокаторов – 21, ингибиторов АПФ – 23, аспирин – 11, других антиагрегантов – 32, статинов – 22, антикоагулянтов – 4 пациента.

Table 4. One-way analysis of treatment with drugs prescribed at hospital discharge (according to the survey data, depending on adherence to observation)

Таблица 4. Однофакторный анализ применения пациентами лекарственных препаратов, назначенных при выписке из стационара (по данным опроса в зависимости от приверженности наблюдения)

Факторы	ОШ	95% ДИ	p
Антикоагулянты	0,667	0,102-4,354	0,672
Статины	4,450	2,207-8,972	<0,001
Ингибиторы АПФ	1,855	0,904-3,807	0,090
Бета-адреноблокаторы	4,103	2,18-8,344	<0,001
Другие антиагреганты	1,075	0,486-2,377	0,858
Аспирин	2,498	1,080-5,779	0,029
Двойная антиагрегантная терапия	0,889	0,369-2,142	0,794
Антиагреганты	3,449	1,558-7,493	0,002

ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал

В обеих группах, приверженных и неприверженных посещению ЛПУ отмечена отрицательная динамика в частоте применения ЛП после выписки из стационара, однако в группе больных, приверженных посещению ЛПУ после выписки из стационара приверженность к приему ЛП ухудшилась в значительно меньшей степени. Наблюдение в ЛПУ после выписки значительно повлияло на частоту применения ЛП, влияющих на исходы болезни после перенесенного ОКС. При сравнении двух групп (табл. 4), отмечено, что шанс приема антиагрегантов в группе пациентов, приверженных посещению ЛПУ, после выписки был выше в 3,4 раза, бета-адреноблокаторов – в 4 раза, статинов – в 4,5 раза, по отношению к группе пациентов, которые не наблюдались в ЛПУ после выписки из стационара.

Обсуждение

Целью данной работы было изучить, каким образом приверженность посещению ЛПУ после выписки из стационара может влиять на качество получаемой терапии. Было показано, что частота применения ЛП напрямую зависела от приверженности посещению ЛПУ после выписки из стационара. Ранее уже было показано, что приверженность к приему ЛП снижается спустя 6 мес после выписки из стационара, однако не

изучались связи с посещением ЛПУ [7]. Снижение приверженности к приему лекарственной терапии, в первую очередь, у не посещавших может говорить о недостаточной осведомленности пациентов о необходимости приема ЛП лечащими врачами в ЛПУ.

Терапия, назначенная при выписке из стационара, соответствует клиническим рекомендациям. Это значительно лучше, чем было в ЛИС-1 [5]. Однако в ЛИС-1 не проводилось сравнения назначаемой терапии перед выпиской из стационара и отдаленной смертностью у пациентов.

Следует отметить, однако, что рекомендованная терапия отражает лишь приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций и далеко не всегда отражает терапию, которую реально принимали больные после выписки из стационара [11].

Приверженность назначаемой медикаментозной терапии в течение 12 мес после ОКС по данным Ростовского регистра ОКС, куда было включено 327 пациентов, которые находились на стационарном лечении по поводу ОКС: 199 (60,9%) пациентов с нестабильной стенокардией и 128 (39,1%) с ОИМ. Оценивалось назначенное лечение и приверженность к терапии в течение 12 мес после коронарного события. Приверженность была максимальной лечению ингибиторами АПФ/блокаторами рецепторов ангиотензина II (83,6%), двойной атитромбоцитарной терапией (79,9%) и бета-адреноблокаторами (78,1%), минимальной – гиполипидемическими средствами (статины; 61,6%). По данным Ростовского регистра ОКС, также выявлено статистически значимое снижение приверженности к приему препаратов через 6 и 12 мес от начала терапии [7].

В пятом исследовании российской части EUROASPIRE, куда включено 699 пациентов (16208 пациентов в общей популяции исследования), из которых визит-интервью на отдаленном этапе посетили 399 (8261 пациент в исследовании в целом). Также, как и в нашей работе отдельно оценивалась приверженность в отношении приема отдельных ЛП. На отдаленном этапе (≥ 6 мес и < 2 лет) антиагреганты принимали 94,7% российских пациентов и 92,5% всех участников исследования, бета-адреноблокаторы – 83,2% и 81,0%, ингибиторы АПФ – 60,2% и 57,3%, сартаны – 19,3% и 18,4%, антагонисты кальция – 21,1% и 23,0%, нитраты – 9,0% и 18,2%, диуретики – 31,8% и 33,3%, статины – 88,2% и 80,8%, антикоагулянты – 8,8% и 8,2% пациентов соответственно. Высокоинтенсивную гиполипидемическую терапию получали 54,0% пациентов в российских центрах и 60,3% в исследовании в целом [9]. В целом качество приема препаратов после выписки из стационара было сопоставимо с группой наблюдающихся после выписки из стационара в нашей работе. В исследовании EU-

ROASPIRE IV (2012-2013 гг.), по сравнению с EUROASPIRE I, произошло увеличение пациентов, принимающих блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) с 29,5% до 75,1%; бета-адреноблокаторы – с 53,7% до 82,6%, статинов с 18,5% до 85,7% в EUROASPIRE IV, по сравнению с 1995 г [8].

В исследовании EUROASPIRE V оценка приверженности к терапии у российских пациентов практически не отличалась от среднеевропейских показателей, за исключением противодиабетических препаратов, в отношении которых российские участники несколько чаще заявляли о полной приверженности. Среди регистров с доступными данными долгосрочного наблюдения за пациентами, перенесшими острый коронарный синдром, длительность отдаленного этапа исследования EUROASPIRE V была сопоставима с длительностью Хабаровского регистра ОИМ [6], где приверженность оценивалась с помощью опросника Мориски-Грина [включали приверженных пациентов (4 балла) и недостаточно приверженных (3 балла)], она составила через 2,5 года после выписки всего 72% в сравнении с 92,9% в нашем исследовании (общая приверженность к приему ЛП). По данным проспективной части Хабаровского регистра ОИМ из 292 пациентов, выписанных из стационара, через 2,5 года статус удалось определить у 274 пациентов, из которых умерли 45 больных (16,4%) против 59 пациентов (20,7%) в нашей работе. В этом исследовании через 2,5 года после референсного события частота применения аспирина составила 87,8%, статинов – 65,1%, бета-адреноблокаторов – 73,8% (меньше, чем в EUROASPIRE V), а частота приема блокаторов РААС была сопоставима с таковой в нашем исследовании (76,0%). Частота использования высокоинтенсивной терапии статинами (24,0%) оказалась в 2 раза ниже, чем у пациентов в EUROASPIRE V, возможно, за счет региональных особенностей.

В исследование PURE, включались пациенты с 2003-2009 гг. с сердечно-сосудистым заболеванием (ишемическая болезнь сердца или инсульт). Препараты с доказанной эффективностью принимала небольшая часть больных, при этом показатели сильно различались между развитыми и развивающимися странами. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями принимали антиагрегантные препараты в 25,3% случаев, бета-адреноблокаторы – 17,4%, ингибиторы АПФ/блокаторы рецепторов ангиотензина II – 19,5%, статины – 14,6% [10].

По данным телефонных контактов через 14-34 мес в регистре ЛИС-3, среди пациентов, которые были госпитализированы в стационар с 01.11.2013 по 31.07.2015 г. с диагнозом ОКС, приверженность посещению ЛПУ после выписки из стационара значи-

тельно не отличалась от полученной в нашем исследовании: из 243 пациентов после выписки из стационара – 127 пациентов были высоко приверженными посещению ЛПУ, 53 – среднеприверженными и 53 – неприверженными [11].

Заключение

Таким образом, приверженность посещению поликлиники после ОКС не отличалась от приверженности, описанной ранее в регистре ЛИС-3. Через 1-6 лет после выписки из стационара после референсного события качество терапии существенно ухудшилось в обеих группах, в большей степени у неприверженных посещению ЛПУ. Отмечены значимые различия в частоте применения ЛП (антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы) в группе приверженных посещению ЛПУ в сравнении с неприверженными. Очевидно, что

высокая приверженность посещению ЛПУ после выписки из стационара связана с большей частотой приема ЛП. Несмотря на улучшение качества соблюдения клинических рекомендаций, сохраняется доля пациентов (4,9%), которые самостоятельно отказываются от приема ЛП не зависимо от посещения ЛПУ после выписки из стационара.

Отношение и Деятельность. Нет.

Relationships and Activities. None.

Финансирование. Исследование проведено при поддержке Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины.

Funding. The study was performed with the support of the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine.

References / Литература

- Mendis S, Armstrong T, Bettcher D, et al. Global status report on non-communicable diseases 2014. World Health Organization [cited 2022 Nov 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
- Nichols M., Townsend N., Luengo-Fernandez R., et al. European cardiovascular disease statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis [cited 2022 Nov 10]. Available from: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>.
- Martsevich SYu, Ginzburg ML, Kutishenko NP, et al. A Lyubertsy study of mortality among patients with prior acute myocardial infarction: the first results of the LIS study. *Clinician*. 2011;5(1):24-7 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутищенко Н.П., и др. Люберецкое исследование по изучению смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Первые результаты исследования «ЛИС». *Клиницист*. 2011;5(1):24-7]. DOI:10.17650/1818-8338-2011-1-24-27.
- Martsevich SYu, Zolotareva NP, Zagrebenny AV, et al. Changes in Long-term Mortality in Patients with Myocardial Infarction History According to the LIS Lubereckiy registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(2):176-82 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Золотарева Н.П., и др. Динамика показателей отдаленной смертности у больных, перенесших инфаркт миокарда по данным люберецкого регистра ЛИС. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(2):176-82]. DOI:10.20996/1819-6446-2022-04-05.
- Martsevich SYu, Zagrebenny AV, Zolotareva NP, et al. LIS-3 Acute Coronary Syndrome Registry: Changes in Clinical and Demographic Characteristics and Tactics of Prehospital and Hospital Treatment of Surviving Patients After Acute Coronary Syndrome Over a 4-Year Period. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(2):266-72 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Золотарева Н.П., и др. Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: динамика клинико-демографических характеристик и тактика догоспитального и госпитального лечения выживших пациентов, перенесших острый коронарный синдром, за 4-летний период. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2020;16(2):266-72]. DOI:10.20996/1819-6446-2020-04-15.
- Davidovich IM, Malay LN, Kutishenko NP. The analysis of long-term outcomes and adherent to treatment in patients after myocardial infarction: Khabarovsk register data. *Clinician*. 2017;11(1):36-44 (In Russ.) [Давидович И.М., Малай Л.Н., Кутищенко Н.П. Отдаленные результаты и приверженность терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: данные регистра (Хабаровск). *Клиницист*. 2017;11(1):36-44]. DOI:10.17650/1818-8338-2016-10-4-36-44.
- Khaisheva LA, Glova SE, Suroedov VA, et al. Evaluation of Drug Therapy and Adherence to It in Patients after Acute Coronary Syndrome in Real Clinical Practice (Results of One Year Observation). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(6):852-7 (In Russ.) [Хаишева Л.А., Глова С.Е., Суроедов В.А., и др. Оценка медикаментозной терапии и приверженности к ней у пациентов после острого коронарного синдрома в реальной клинической практике (результаты годового наблюдения). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2018;14(6):852-7]. DOI:10.20996/1819-6446-2018-14-6-852-857.
- 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.
- Pogosova NV, Boytsov SA, Ausheva AK, et al. Drug Therapy and Adherence in Patients With Coronary Heart Disease: Results of the Russian Part of the EUROASPIRE V International Multicenter Study. *Kardiologiya*. 2021;61(8):4-13 (In Russ.) [Погосова Н.В., Бойцов С.А., Аушева А.К., и др. Медикаментозная терапия и приверженность к ней пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V. *Кардиология*. 2021;61(8):4-13]. DOI:10.18087/cardio.2021.8.n1650.
- Yusuf S, Islam S, Chow CK, et al. 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. *Lancet*. 2011;378(9798):1231-43. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61215-4.
- Martsevich SYu, Semenova YuV, Kutishenko NP, et al. Assessment of patients compliance for ambulatory institutions visits and its influence on the quality of treatment before development of acute coronary syndrome, by the LIS-3 registry. *Russian Journal of Cardiology*. 2016;(6):55-60 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Семенова Ю.В., Кутищенко Н.П., и др. Оценка приверженности пациентов посещению лечебно-профилактических учреждений и ее влияния на качество терапии до развития острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3. *Российский Кардиологический Журнал*. 2016;(6):55-60]. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-6-55-60.

Сведения об Авторах / About the Authors

Золотарева Надежда Петровна [Nadezda P. Zolotareva]

ORCID 0000-0003-3059-2345

Загребельный Александр Васильевич [Alexander V. Zagrebenny]

ORCID 0000-0003-1493-4544

Гинзбург Моисей Львович [Moisey L. Ginzburg]

ORCID 0000-0001-7359-5015

Марцевич Сергей Юрьевич [Sergey Y. Martsevich]

ORCID 0000-0002-7717-4362

Драпкина Оксана Михайловна [Oxana M. Drapkina]

eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430