

Горбунова Е. В.<sup>1</sup>, Брюханова И. А.<sup>2</sup>, Крестова О. С.<sup>2</sup>, Ведерникова А. Г.<sup>2</sup>, Макаров С. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – ФГБНУ «НИИ КПССЗ», 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6

<sup>2</sup> – ГБУЗ КО «КОККА им. акад. Л. С. Барбараша», 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ

Ключевые слова: амбулаторное ведение, больной с инфарктом миокарда, кардиолог, врач-терапевт (участковый)

Ссылка для цитирования: Горбунова Е. В., Брюханова И. А., Крестова О. С., Ведерникова А. Г., Макаров С. А. Факторы, влияющие на эффективность ведения больных при профилактике повторных коронарных событий. *Кардиология* 2017;57(3):17–23

### РЕЗЮМЕ

**Цель.** Выявить факторы, влияющие на эффективность амбулаторного ведения больных с ИМ в профилактике повторных коронарных событий. **Материалы и методы.** Основную группу составили пациенты (n=111) с повторным ИМ, в контрольную вошли пациенты с первичным инфарктом миокарда (n=89) после чрескожного коронарного вмешательства. Оценивались социально-демографические, клинико-anamnestические и поведенческие факторы (снижение веса, отказ от курения, следование рекомендациям врачей по приему медикаментозной терапии, физической и психологической реабилитации). **Результаты.** Факторами риска, влияющими на развитие повторного ИМ, являются возраст пациентов, сопутствующий мультифокальный атеросклероз, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, лишний вес и курение, несоблюдение рекомендаций врачей-кардиологов и терапевтов (участковых). **Заключение.** Анализ эффективности ведения больных с перенесенным ИМ показал важность амбулаторно-поликлинического звена реабилитации в профилактике повторного острого коронарного события.

Gorbunova E. V.<sup>1</sup>, Bryukhanova I. A.<sup>2</sup>, Krestova O. S.<sup>2</sup>, Vedernikova A. G.<sup>2</sup>, Makarov S. A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Research Kemerovo Cardiology Dispensary, Sosnovy Bulvar 6, Kemerovo 650002

<sup>2</sup> – Kemerovo Regional Clinical Cardiac Dispensary named after the Academician L. S. Barbarash, Kemerovo, Russia 650002

## FACTORS AFFECTING EFFECTIVE PATIENT MANAGEMENT FOR PREVENTING RECURRENT CORONARY EVENTS

Keywords: outpatient management, patient with myocardial infarction, cardiologist, general physician

For citation: Gorbunova E. V., Bryukhanova I. A., Krestova O. S., Vedernikova A. G., Makarov S. A. Factors affecting effective patient management for preventing recurrent coronary events. *Kardiologiia*. 2017;57(3):17–23

### SUMMARY

**Aim.** To identify factors affecting effective management of patients with myocardial infarction for preventing recurrent coronary events in the outpatient setting. **Materials and Methods.** The study group consisted of patients (n=111) with recurrent myocardial infarction. The control group consisted of patients with primary myocardial infarction (n=89) after percutaneous coronary intervention. Social and demographic, clinical and behavioral factors (weight loss, smoking cessation, adherence to therapy, physical and psychological rehabilitation) were evaluated. **Results.** Risk factors contributing to the development of repeated MI were as follows: patients' age, concomitant polyvascular and multivessel disease, arterial hypertension, hypercholesterolemia, excess weight and smoking, poor adherence to the recommendations of cardiologists and general physicians. **Conclusion.** The analysis of the effectiveness of the management of patients with myocardial infarction demonstrated the importance of the outpatient rehabilitation in preventing repeated acute coronary events.

На основании «Порядка оказания медицинской помощи больным с ССЗ, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №918н» после выписки из стационара больные, перенесшие ИМ, в течение года наблюдаются кардиологами в амбулаторно-поликлинической сети. Через год после острого коронарного события пациенты переходят под наблюдение участковых терапевтов, которые с периодичностью 2–4 раза в год рекомендуют больным консультативный

осмотр кардиологом [1]. Главной целью ведения пациентов с постинфарктным кардиосклерозом на амбулаторном этапе являются лечение осложнений и вторичная профилактика коронарного события [2] посредством коррекции ФР, назначения оптимальной медикаментозной терапии и адекватной реваскуляризации миокарда [3–6].

Несмотря на достигнутый успех в первичной профилактике ИМ, в течение последних 5 лет постепенно увеличивается относительное число случаев повторных

ИМ, что может быть связано с проведением недостаточного эффективных мероприятий по вторичной профилактике острых коронарных событий [7], осуществление которых закономерно возлагается на амбулаторный этап ведения больных.

Цель исследования – выявить факторы, влияющие на эффективность амбулаторного ведения больных с ИМ в профилактике повторных коронарных событий.

### Материалы и методы

В исследовании методом случайного отбора сформированы две группы больных. Основную группу составили пациенты (n=111) с повторным ИМ, в контрольную группу вошли пациенты с первичным ИМ (n=89). Критерии включения в исследование: пациенты с ИМ с подъемом интервала ST (ИМпST), подвергшиеся на госпитальном этапе первичному чрескожному коронарному вмешательству при первичном ИМ, возраст пациентов 18–75 лет, отсутствие амнестических и когнитивных нарушений, подписанное пациентом информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения являлись сопутствующая фибрилляция предсердий, диктующая необходимость приема тройной антитромботической терапии, желудочковые нарушения ритма высоких градаций, нарушения проводимости, требующие имплантации электрокардиостимулятора, тяжелая сопутствующая патология, влияющая на продолжительность жизни и определяющая неблагоприятный прогноз. Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека».

Анализировались данные амбулаторных карт, выписок из историй болезни, проводилось анкетирование больных по специально разработанной анкете, в которой оценивались социально-демографические данные, ретроспективно оценивались клиничко-anamнестические и поведенческие ФР, свидетельствующие об уровне приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врачей. Пациентам проводилась стандартная медикаментозная терапия, включающая 4 группы препаратов: β-АБ, статины, иАПФ, в течение одного года после ИМ проводилась двойная антиагрегантная терапия с последующим продолжением однокомпонентной дезагрегантной терапии.

Статистический анализ выполнялся с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica версия 6.1. При анализе количественных показателей рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (σ). Качественные показатели представлены частотами в процентах. Различия количественных показателей для обеих групп оценивались по критерию Манна–Уитни.

При оценке различий качественных показателей строились таблицы сопряженности с последующим применением  $\chi^2$  Пирсона. Критическим уровнем статистической значимости принималось  $p=0,05$ .

### Результаты

В исследовании проведен анализ факторов, влияющих на эффективность ведения больных с перенесенным ИМ на амбулаторном этапе кардиологом и терапевтом с целью профилактики повторного коронарного события. При анализе социально-демографических признаков выявлено, что пациенты с повторным ИМ, возникшим в среднем через  $2,9 \pm 1,8$  года после первичного острого коронарного события, имели более старший возраст ( $65,81 \pm 9,54$  лет), по сравнению с больными с первичным ИМ, который составил  $60,82 \pm 10,79$  лет ( $p=0,0006$ ). Группы сравнения не имели статистически значимых различий по полу и уровню образования. В группе с первичным ИМ на 14 (28,3%) пациентов было больше работающих граждан ( $p=0,0001$ ).

В отношении локализации ИМ и поражения коронарного русла отсутствовали статистически значимые различия, однако среди больных с повторным ИМ более значимо степени был выражен коморбидный фон. При повторном ИМ на 36 (23%) больных было больше с клиническими проявлениями мультифокального атеросклероза ( $p=0,0009$ ), в группах сравнения не выявлено статистически значимых различий по частоте возникновения сопутствующей патологии – СД и дисфункции почек.

В группе больных с первичным ИМ в 87 (97,8%) случаях пациенты в течение 1 года наблюдались у кардиолога и только 2 пациента не смогли посещать кардиолога в связи с ограниченностью в передвижении, они наблюдались у терапевта, но врач-кардиолог ежеквартально в течение всего года наблюдения осматривал пациентов дома. Напротив, в группе с повторным ИМ 46 (41,4%) больных в течение 1-го года наблюдались у кардиолога и 65 (58,6%) – у терапевта; в этой группе больных через год после первичного ИМ не проводилась консультация кардиолога у 27 (24,3%) больных. Посещали кардиолога 1 раз в год 54 (48,6%) пациента, с кратностью 2–3 раза в год и более – лишь 16 (14,4%) и 14 (12,7%) пациентов соответственно. В том случае, когда с периодичностью несколько раз в год пациентам проводилась консультация врача-кардиолога, статистически значимо реже регистрировалось повторное острое коронарное событие (табл. 1).

Следует полагать, что на основании имеющихся рекомендаций по ведению данной категории больных, врачами-кардиологами назначалась медикаментозная терапия в полном объеме и в рекомендуемых терапевтических

Таблица 1. Характеристика больных с ИМ в группах сравнения

Показатели		Первичный ИМ (n=89)	Повторный ИМ (n=111)	Р
Средний возраст, лет		60,82±10,79	65,81±9,54	0,0006
Пол	женский	25 (28,0%)	27 (24,3%)	0,5463
	мужской	64 (72,0%)	84 (75,7%)	
Образование	начальное	15 (16,9%)	19 (17,1%)	0,9607
	среднее	12 (13,5%)	18 (16,2%)	0,5906
	специальное	52 (58,4%)	66 (59,5%)	0,0001
	высшее	10 (11,2%)	8 (7,2%)	0,3225
Социальный статус	работающий	70 (78,7%)	56 (50,4%)	0,0001
	пенсионер	39 (43,8%)	55 (49,6%)	0,3853
	инвалид	22 (24,7%)	37 (33,3%)	0,1843
Локализация ИМ (первичного)	передний	61 (68,5%)	70 (63,0%)	0,4181
	задний	28 (31,5%)	41 (37,0%)	
Поражение коронарного русла	однососудистое	4 (4,5%)	6 (5,4%)	0,7689
	двухсосудистое	9 (10,1%)	18 (16,2%)	0,2094
	множественное	76 (85,4%)	87 (78,4%)	0,2042
Сопутствующая патология	мультифокальный атеросклероз	42 (47,2%)	78 (70,2%)	0,0009
	СД	13 (14,6%)	24 (21,6%)	0,2042
	дисфункция почек	2 (2,2%)	4 (3,6%)	0,5763
Наблюдение в 1-й год после ИМ	кардиолог	87 (97,8%)	46 (41,4%)	0,0001
	терапевт	2 (2,2%)	65 (58,6%)	
	не проводилось	4 (4,5%)	27 (24,3%)	
Наблюдение через год после ИМ у кардиолога	1 раз в год	17 (19,1%)	54 (48,6%)	0,0001
	2 раза в год	42 (47,2%)	16 (14,4%)	0,0001
	3 раза и более	26 (29,2%)	14 (12,7%)	0,0035

Таблица 2. Медикаментозная терапия и коррекция поведенческих ФР

Показатели	Первичный ИМ (n=89)	Повторный ИМ (n=111)	Р
Двойная антиагрегантная терапия, 1 год	89 (100%)	96 (86,5%)	0,0003
АСК	88 (98,9%)	93 (83,8%)	0,0003
Бета-адреноблокаторы	83 (93,2%)	88 (79,3%)	0,0053
Ингибиторы АПФ	75 (84,2%)	62 (55,8%)	0,0001
Статины	80 (89,9%)	69 (62,2%)	0,0002
Достижение целевого уровня АД	70 (78,6%)	39 (35,1%)	0,0001
Достижение целевого значения ХС ЛНП	62 (69,7%)	21 (18,9%)	0,0001
Снижение веса	54 (60,7%)	18 (16,2%)	0,0001
Отказ от курения	65 (73,0%)	63 (56,8%)	0,0172
Занятия лечебной физкультурой	63 (70,7%)	22 (19,8%)	0,0001
Коррекция психологического статуса	35 (39,3%)	5 (4,5%)	0,0001

дозировках, проводилась физическая и психологическая реабилитация, что способствовало стабилизации и улучшению клинического течения заболевания, профилактике повторного коронарного события. Так, кардиологами в течение 1 года наблюдения назначалась двойная антиагрегантная терапия всем пациентам после ИМ (табл. 2). В то же время терапевты отступали от клинических рекомендаций и стандартов ведения больных с ИМ. Так, в течение 1 года лишь в 96 (86,5%) случаях назначалась адекватная медикаментозная терапия, включавшая двойную антиагрегантную терапию и прием статинов у 69 (62,2%) больных.

## Обсуждение

При анализе факторов, влияющих на эффективность ведения больных в профилактике повторного ИМ следует отметить, что важная роль отводится выраженности поражения коронарного русла, наличию сопутствующей патологии и особенностям ведения больных на амбулаторном этапе.

С 1991 года в г. Кемерово создана единая амбулаторная кардиологическая служба, в структуру которой входят кардиологи первичного звена, рабочие места которых находятся в поликлиниках города, и районные (по административному принципу) кардиологи [8].

Единая амбулаторная кардиологическая служба направлена на повышение удовлетворенности граждан в получении качественной специализированной кардиологической помощи, улучшение доступности при использовании новых современных технологий. Однако первичным звеном в оказании медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы по-прежнему являются врачи-терапевты (участковые), в функциональные обязанности которых входит наблюдение пациентов, перенесших ИМ более 1 года назад, и направление на консультацию к врачу-кардиологу, согласно установленному плану диспансерного наблюдения.

В исследовании, выполненном нашими коллегами под руководством профессора О. Л. Барбараша [9], было показано значимое неблагоприятное влияние дисфункции почек, СА, мультифокального атеросклероза в течение 3 лет наблюдения как на риск повторного ИМ, так и на вероятность развития сердечно-сосудистой смерти в течение 3-летнего постинфарктного периода.

В работе С. Н. Толпыгиной с соавт. [10] было показано, что в течение 12 месяцев после ИМ только у 38% пациентов назначалась терапия, включающая аспирин и клопидогрел. Низкая приверженность к лечению, особенно к антиагрегантной терапии, ассоциируется с достоверным увеличением частоты случаев сердечно-сосудистых осложнений, повторных ИМ и смерти. Наряду с объективными, экономическими факторами (высокой стоимостью препаратов) существенное значение имеют и субъективные факторы, особенно мнение лечащего врача, зачастую противоречащее существующим рекомендациям [11].

В исследовании Britten N. с соавт. [12] было показано, что врачи при назначении и выписке рецепта на препарат часто не сообщают пациенту такую информацию, как название лекарства, цели лечения, продолжительность лечения, дозирование или предполагаемые побочные эффекты новых препаратов. Отсутствие необходимой информации в момент выписки рецепта предполагает низкую приверженность к лечению даже у самых требовательных и мотивированных пациентов [13].

Важным аспектом в ведении больных с ИМ является нормализация уровня АД. Известно, что САД должно быть менее 140 мм рт. ст., но не ниже 110 мм рт. ст. [5]. Достижение рекомендуемого значения АД в настоящем исследовании было достигнуто только у 39 (35,1%) больных с повторным ИМ, однако в группе больных с первичным ИМ стабилизация значений АД в течение года регистрировалась в 70 (78,6%) случаях. По данным О. П. Мальхиной [14], развитие повторных ИМ обусловлено теми же ФР, что и первичных, однако существенно увеличивается роль АГ. Принимая во внимание данные Е. А. Кужелевой [15] о том, что неадекватная медикамен-

тозная терапия обуславливает неблагоприятное течение постинфарктного периода и у 29% больных через 5 лет наблюдения возникает повторный ИМ, следует, что врачи-кардиологи более компетентны в вопросах медикаментозного лечения и динамического наблюдения данной категории больных.

Отказ от приема препарата или пропуск в приеме из-за забывчивости в исследовании SERENEUS являлись неблагоприятными предикторами достижения целевых уровней ХС ЛПНП (ХС ЛНП) [16]. В проведенном нами исследовании достижение целевого значения ХС ЛНП было выявлено лишь у 21 (18,9%) больного при повторном коронарном событии. В группе больных с первичным ИМ достижение ХС ЛНП регистрировалось ниже 1,5 ммоль/л в 62 (69,7%) случаях при назначении статинов в рекомендуемых терапевтических дозировках: аторвастатин 40–80 мг и розувастатин 20–40 мг в сутки [17]. Наблюдение больных в специализированном медицинском центре, сотрудники которого активно используют в своей практике современные клинические рекомендации, способствует улучшению степени коррекции нарушений липидного обмена и повышает приверженность к терапии статинами. Между тем в реальной клинической практике тактика назначения статинов далека от той, которую предлагают современные клинические рекомендации. В первую очередь это выражается в недостижении целевых значений уровней липидов (достигались лишь чуть более чем у ¼ части больных) [18].

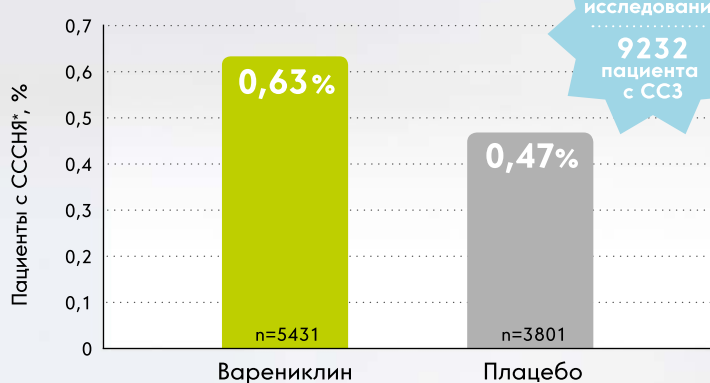
Влияние изменения образа жизни на уровень липидов все чаще обсуждается в зарубежной и отечественной медицинской литературе. Достигнуто общее согласие среди экспертов об эффективности влияния на уровень липидов снижения избыточной массы тела [19]. Дополнительные мероприятия по снижению массы тела рекомендуются при ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> и/или окружности талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин. Основные пути нормализации веса: диета с пониженной калорийностью, а при удовлетворительном состоянии – контролируемые физические нагрузки. Доказательств влияния на смертность в результате снижения массы тела нет, но снижение веса требуется для воздействия на другие ФР [5].

По результатам проведенного исследования выявлено, что в группе больных с перенесенным 1 ИМ снизили вес на 36 (44,5%) пациентов больше, чем в группе больных с развившимся повторным ИМ. В группе с первичным ИМ бросили курить 65 (73%) пациентов, при повторном ИМ в 63 (56,8%) случаях был зарегистрирован отказ от курения (p=0,0172). Известно, что прекращение курения на 30% снижает смертность в течение последующих лет. Из-за вынужденного отказа от курения в первые дни болезни период амбулаторного ведения больных – идеальное время для мотивации больного к полному отказу

- Единственный препарат для лечения никотиновой зависимости не имеющий ограничений в применении у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями<sup>1</sup>
- Оказывает двойной эффект: уменьшает тягу к курению и смягчает «симптомы отмены»<sup>1</sup>
- Имеет высокие показатели эффективности и безопасности, в том числе у пациентов с сердечно-сосудистой патологией<sup>2-6</sup>

**БЕЗОПАСНОСТЬ ЧАМПИКСА  
СОПОСТАВИМА С ПЛАЦЕБО У ПАЦИЕНТОВ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ<sup>6</sup>**

$\Delta=0,27\%$ ,  $p=0,15$



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧАМПИКСА  
У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ  
ПАТОЛОГИЕЙ<sup>4</sup>**



- В исследовании принимали участие курящие пациенты с высокой степенью тяжести никотиновой зависимости с **диагностически подтвержденной сердечно-сосудистой патологией**; диагноз поставлен не менее чем за 2 месяца до начала исследования.
- **Перенесенные ранее заболевания:** инфаркт миокарда в анамнезе, состояние после стентирования, стабильная стенокардия, застойная сердечная недостаточность, инсульт в анамнезе, ишемическая атака в анамнезе, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа.
- Пациентов наблюдали в течение года. **Переносимость Чампикс® была хорошей.** Препарат не оказывал воздействия на артериальное давление или частоту сердечных сокращений.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Чампикс® от 07.08.2015. 2. Vadasz I. The first Hungarian experiences with varenicline to support smoking cessation. Medicina Thoracalis LXII.1. February 2009: 1-9. 3. Thomas K.H. et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. BMJ 2015 350 h1109 doi: 10.1136/bmj.h1109. 4. Rigotti N.A. et al. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients with Cardiovascular Disease: A Randomized Trial. Poster presented at the 58th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology (ACC), March 29-31, 2009; Orlando, FL, USA. 5. Tashkin D.P. et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. Chest. 2011 Mar; 139(3): 591-9. 6. Prochaska J.J., Hilton J.F. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012 May 4;344:e2856. doi: 10.1136/bmj.e2856. \*СССНЯ – симптоматические сердечно-сосудистые нежелательные явления.

от курения в будущем. Врач должен предложить пациенту индивидуально разработанный план отказа от курения с использованием специальных образовательных программ или фармакотерапии [3].

После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлиническое отделение учреждения, в котором наблюдается в течение 1 года. 3-й этап кардиореабилитации – поликлинический – самый важный, он длится всю оставшуюся жизнь. С учетом уровня реабилитационного потенциала при выписке из стационара рекомендуется применение индивидуальных реабилитационных программ, включающих медикаментозную, физическую и психологическую реабилитацию [20]. Однако в связи с низкой приверженностью к выполнению рекомендаций в группе больных с первичным ИМ проводились занятия лечебной физкультурой у 63 (70,7%) больных и у 22 (19,8%) – при повторном ИМ, среди которых только в 5 (4,5%) случаях была оказана психологическая помощь. При прохождении кардиореабилитации в дневном стационаре у 35 (39,3%) больных с одним перенесенным ИМ была проведена консультация психолога.

### **Заключение**

Пациенты после выписки из стационара с перенесенным ИМ становятся объектом особого внимания врачей-кардиологов и терапевтов, которые, используя современные рекомендации по ведению данной категории больных, проводят вторичную профилактику, направленную как на предупреждение осложнений, так и на возникновение повторного ИМ.

В исследовании проведен сравнительный анализ факторов, влияющих на развитие повторного коронарного события. Оценивались социально-демографические, клинико-анамнестические и поведенческие факторы (снижение веса, отказ от курения, следование рекомендациям врачей по приему медикаментозной терапии, физической и психологической реабилитации). Предикторами повторного ИМ являлись возраст пациентов, сопутствующий мультифокальный атеросклероз, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, лишний вес и курение. Исключить их влияние на развитие повторного

коронарного события можно с помощью повышения информированности врачей и их мотивации к выполнению стандартов и рекомендаций по ведению данной категории больных. В реальной клинической практике не во всех случаях соблюдаются клинические рекомендации. Подтверждение тому – неадекватная лекарственная терапия, недостижение целевого уровня АД и рекомендуемого значения ХС ЛНП, отсутствие мотивации пациентов к снижению веса и отказу от курения. Также необходимо отметить, что пациенты недостаточно информированы о положительных эффектах физических тренировок и возможностях психологического консультирования. Не вызывает сомнения, что врачи-кардиологи в силу своей профессиональной компетенции более информированы по вопросам амбулаторного ведения данной категории больных. Вместе с тем именно врачи-терапевты ответственны за выписку льготных лекарственных препаратов и коррекцию факторов сердечно-сосудистого риска.

Таким образом, анализ факторов, влияющих на эффективность ведения больных с ИМ на амбулаторном этапе, показал преимущество оказания специализированной кардиологической помощи больным с ОКС в профилактике повторного ИМ. Не вызывает сомнения актуальность усовершенствования преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных с ИМ, повышения информированности медицинских работников как первичного звена здравоохранения, так и врачей-кардиологов.

### **Ограничения исследования**

Исследование было выполнено в одном центре, опросник по приверженности к лечению у данной категории больных не валидирован.

### **Благодарность**

*Авторы статьи выражают глубокую благодарность член-корреспонденту РАН, профессору, директору ФГБНУ «НИИ комплексных проблем ССЗ» Ольге Леонидовне Барбараш за неоценимую помощь при организации и проведении исследования.*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Агеев Ф.Т., Акчурин Р.С., Власова Э.Е., Голицин С.П., Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А. и др. Диспансерное наблюдение больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Евразийский Кардиологический Журнал. 2015; (1):6–17 [Ageev F.T., Akchurin R.S., Vlasova E. E., Goliczin S.P., Efremova Yu.E., Karpov Yu.A. i dr. Dispansernoe nablyudenie bol'ny'x s ishemicheskoy bolezn'yu serdca (IBS). Evrazijskij Kardiologicheskij Zhurnal. 2015; (1):6–17].
2. Кисляк О.А., Хаутиева Ф.М. Ведение больных после инфаркта миокарда. Лечебное Дело. 2010; (1):43–52 [Kislyak O.A.,
3. Хаутиева Ф.М. Ведение бол'ny'x после инфаркта миокарда. Лечебное Дело. 2010; (1):43–52].
4. Воробьева И. И., Васильева Е. Ю., Шпектор А. В. Оптимальная тактика амбулаторного ведения больных после перенесенного инфаркта миокарда. Креативная Кардиология. 2010; (2):40–53 [Vorob'eva I. I., Vasil'eva E. Yu., Shpektor A. V. Optimal'naya taktika ambulatornogo vedeniya bol'ny'x после perenesennogo infarkta miokarda. Kreativnaya Kardiologiya. 2010; (2):40–53].

4. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*. 2003;361 (9351):13–20. DOI:10.1016/S0140-6736(03)12113-7.
5. Руда М.Я., Аверков О.В., Голицын С.П., Грацианский Н.А., Комаров А.А., Панченко Е.П. и др. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. *Кардиологический Вестник*. 2014; IX (4):3–60 [Ruda M.Ya., Averkov O.V., Golitsyn S.P., Graczianskiy N.A., Komarov A.L., Panchenko E.P. i dr. Diagnostika i lechenie bol'ny'x ostrym infarktom miokarda s pod'emom segmenta ST e'lektrokardiogrammy'. *Kardiologicheskij Vestnik*. 2014; IX (4):3–60].
6. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömstrom-Lundqvist C et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;33 (20):2569–619. DOI:10.1093/eurheartj/ehs215.
7. Кашталап В.В., Завырылина И.Н., Барбараш О.А. Эндovasкулярная реваскуляризация при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST в России: проблемы и перспективы дальнейшего развития. *Креативная Кардиология*. 2015; (3):5–15. DOI:10.15275/kreatkard.2015.03.01 [Kashtalap V.V., Zavyrylina I. N., Barbarash O.L. E'ndovaskulyarnaya revaskulyarizatsiya pri ostrom koronarom syndrome s pod'emom segmenta ST v Rossii: problemy i perspektivy dal'nejshego razvitiya. *Kreativnaya Kardiologiya*. 2015; (3):5–15. DOI:10.15275/kreatkard.2015.03.01].
8. Артамонова Г.В., Крючков Д.В., Куш О.В., Макаров Н.С., Моисеенков Г.В., Херасков В.Ю. и др. Интеграция инновационных технологий управления кардиологической службой. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2012; (1):35–9 [Artamonova G.V., Kryuchkov D.V., Kushh O.V., Makarov N.S., Moiseenkov G.V., Heraskov V.Yu. i dr. Integratsiya innovatsionny'x tekhnologij upravleniya kardiologicheskoy sluzhboj. *Kompleksny'e problemy serdechno-sosudisty'x zabolevanij*. 2012; (1):35–9].
9. Барбараш О.А., Каретникова В.Н., Кашталап В.В. Пациент после инфаркта миокарда: как снизить риск повторного ишемического события? *Cardiosomatika*. 2015; (2):12–9 [Barbarash O.L., Karetnikova V.N., Kashtalap V.V. Pacient posle infarkta miokarda: kak snizit' risk povtornogo ishemicheskogo soby'tiya? *Cardiosomatika*. 2015; (2):12–9].
10. Толпыгина С.Н., Полянская Ю.Н., Марцевич С.Ю. Лечение пациентов с хронической ИБС в реальной клинической практике по данным регистра ПРОГНОЗ ИБС (часть 2). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2013;9 (5):494–9 [Tolpygina S. N., Polyanskaya Yu. N., Marczevich S. Yu. Lechenie paczientov s xronicheskoy IBS v real'noj klinicheskoy praktike po dannym registra PROGNOZ IBS (chast' 2). *Racziional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2013;9 (5):494–9].
11. Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я.П., Долотовская П.В., Фурман Н.В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011;7 (5):567–73 [Puchin'yan N. F., Dovgalevskij Ya. P., Dolotovskaya P. V., Furman N.V. Priverzhennost' rekomendovannoj terapii bol'ny'x, perenesshix ostrym koronarnym sindrom, i risk razvitiya serdechno-sosudisty'x oslozhnenij v techenie goda posle hospitalizatsii. *Racziional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2011;7 (5):567–73].
12. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000;320 (7233):484–8.
13. Marshall IJ, Wolfe CDA, McKevitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ*. 2012;345: e3953.
14. Волкова Э.Г., Левашов С.Ю., Малыгина О.П. Повторные инфаркты миокарда: особенности изменения содержания биомаркеров и ремоделирования миокарда (исследование случай-контроль). *Кардиология*. 2007;47 (7):26–8 [Volkova E. G., Levashov S.Yu., Maly'xina O.P. Povtory'e infarkty' miokarda: osobennosti izmeneniya soderzhaniya biomarkerov i remodelirovaniya miokarda (issledovanie sluchaj-kontrol'). *Kardiologiya*. 2007;47 (7):26–8].
15. Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Тукиш О.В. Медикаментозная терапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда, как важнейшая составляющая поликлинического этапа кардиореабилитации. *Cardiosomatika*. 2015; (3):22–6 [Garganeeva A.A., Kuzheleva E.A., Tukish O.V. Medikamentoznaya terapiya paczientov, perenesshix infarkt miokarda, kak vazhnejshaya sostavlyayushaya poliklinicheskogo e'tapa kardioreabilitatsii. *Cardiosomatika*. 2015; (3):22–6].
16. Бойцов С.А., Хомицкая Ю.В. Централизованное исследование по оценке эффективности лечения гиперхолестеринемии в России (СЕРНЕУС). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2013;12 (4):67–74 [Bojczov S.A., Homiczka Yu.V. Czentralizovannoe issledovanie po ocenke e'fektivnosti lecheniya giperxolesterinemii v Rossii (SERNEUS). *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2013;12 (4):67–74].
17. Сергиенко И.В., Аронов Д.М., Арабидзе Г.Г., Ахмеджанов Н.М., Бажан С.С., Барбараш О.А. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2017; (3):5–22 [Sergienko I.V., Aronov D.M., Arabidze G.G., Axmedzhanov N.M., Bazhan S.S., Barbarash O.L. i dr. Diagnostika i korrektsiya narushenij lipidnogo obmena s czel'yu profilaktiki i lecheniya ateroskleroza. *Rossijskie rekomendatsii VI peresmotr. Ateroskleroz i dislipidemii*. 2017; (3):5–22].
18. Марцевич С.Ю., Гайсенко О.В., Лукина Ю.В., Загребельный А.В., Трипкош С.Г. Реальная практика назначения статинов и ее зависимость от наблюдения в специализированном медицинском центре у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (по данным регистра ПРОФИЛЬ). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2013;9 (4):362–7 [Marczevich S. Yu., Gajsenok O.V., Lukina Yu.V., Zagrebel'ny'j A.V., Tripkosh S.G. Real'naya praktika naznacheniya statinov i ee zavisimost' ot nablyudeniya v speczializirovannom mediczinskom czentre u bol'ny'x s vy'sokim riskom serdechno-sosudisty'x oslozhnenij (po dannym registra PROFIL'). *Racziional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2013;9 (4):362–7].
19. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H и др. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016;37 (39):2999–3058. DOI:10.1093/eurheartj/ehw272 [Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H i dr. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016;37 (39):2999–3058. DOI:10.1093/eurheartj/ehw272].
20. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Барбараш О.А., Долецкий А.А., Красницкий В.Б., Лебедева Е.В. и др. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика. *Cardiosomatika*. 2014; (S1):5–41 [Aronov D.M., Bubnova M.G., Barbarash O.L., Doleckij A.A., Krasniczkij V.B., Lebedeva E.V. i dr. Ostry'j infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST e'lektrokardiogrammy': reabilitatsiya i vtorichnaya profilaktika. *Cardiosomatika*. 2014; (S1):5–41].

Материал поступил в редакцию 31/08/2017