

ru – Retrieved from: <http://www.mednet.ru> (access date 02.02.2016).

4. Pchelina I.V., Bogachevskaya S.A., Bondar' V.Yu., Bogachevskiy A.N. On the question of the need for cardiovascular intervention in the Far Eastern Federal District. Collection of Modern aspects of diagnosis and treatment in cardiac surgery // Materials of scientific-practical conference with international participation. – 2015. – P. 109-117.

5. Fufaev E.N. On the question of the method of clinical and social research on the need for cardiac surgery // Good clinical practice. – 2003. – № 2. – P. 108-113.

6. January C. T., Wann L.S., Alpert J.S., et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of patients with atrial fibrillation // J. Am. Coll. Cardiol. – 2014. – № 64. – P. 2246-2280. – Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109714017392> (access date 20.02.2016).

Координаты для связи с авторами: Богачевская Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, зав. отделением функциональной и ультразвуковой диагностики ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, тел. 8-(4212)-78-06-31, e-mail: bogachevskayasa@gmail.com.



УДК 616.127-005.8-002.1-085-037(571.62)

Л.Н. Малай, И.М. Давидович

ХАБАРОВСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

По данным проспективной части Хабаровского регистра острого инфаркта миокарда (ОИМ) из 292 пациентов, выписанных из регионального сосудистого центра (РСЦ), жизненный статус через 2,5 года удалось установить у 274 (93,8 %), из которых умерли 45 (16,42 %) или 15,4% от всех выписанных из стационара. В структуре смертности доля умерших от ССЗ составила 86,6 %. Показатели отдаленной летальности среди пациентов инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) в отдаленном периоде достоверно не различались. Регистр ОИМ выявил предикторы неблагоприятного исхода, продемонстрировал недостаточную частоту приема современных лекарственных препаратов во вторичной профилактике после референсного ОИМ, особенно в отношении статинов и двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ). Приверженность пациентов длительной медикаментозной терапии, а также осведомленность об индикаторах качества лечения (уровень холестерина крови, артериального давления) в реальной клинической практике по данным регистра оказались низкими.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, регистр, предикторы неблагоприятного исхода, приверженность лечению.

L.N. Malay, I.M. Davidovich

KHABAROVSK REGISTER OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: THE ANALYSIS OF LONG-TERM PROGNOSIS AND LONG-TERM MEDICAL TREATMENT COMPLIANCE

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

According to prospective part of the Khabarovsk register of the acute myocardial infarction (AMI) of 292 patients discharged from the regional vascular center (RSTs), the vital status in 2,5 years was managed to be established in 274 (93,8 %) out of which 45 died (16,42 %) or 15,4 % from all discharged from a hospital. In structure of mortality the share of the dead from CVD made up 86,6 %. Indicators of the remote lethality in patients didn't reliably differ from a myocardial infarction with ST-segment elevation in AMI and a myocardial infarction with non-ST-segment elevation in AMI in the remote period. The register AMI detected failure predictors, showed the insufficient frequency of modern medications in secondary prophylaxis after a referent AMI, especially concerning statines and double antithrombotic therapy (DAT). Patients compliance to a long medication therapy, and also awareness of 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, treatment compliance.

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в особенности ишемическая болезнь сердца (ИБС), по-прежнему лидируют среди основных причин смертности и инвалидизации населения во многих странах мира [9]. Очевидно, что ближайший и отдаленный прогноз пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда (ОИМ), в значительной степени зависит от спектра лечебных мероприятий, которые он получал на всех этапах заболевания, степени соответствия фактически получаемого лечения современным клиническим рекомендациям, а также приверженности длительной медикаментозной терапии основного заболевания [6, 7, 13, 14, 15]. Наиболее достоверную информацию о динамической оценке эффективности и качества оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) с последующей разработкой механизмов ее совершенствования для улучшения ближайших и отдаленных результатов позволяют получить независимые регистры, интерес к которым в последнее время в Российской Федерации только растет [2].

Материалы и методы

Проспективное наблюдение за 292 пациентами (мужчин – 150, женщин – 142, средний возраст – $64,56 \pm 11,13$ лет), перенесшими ОКС, госпитализированных, проходивших лечение и выписанных из регионального сосудистого центра (РСЦ) г. Хабаровска в первом квартале 2014 года от общего числа в 321 больных с ОИМ, включенных в Хабаровский регистр ОИМ [3]. Из них 150 (51,4 %) перенесли ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST), 133 (45,5 %) инфаркт без подъема сегмента ST (ИМбпST) и 9 (3,1 %) раннюю постинфарктную стенокардию и ранний рецидив ОИМ. Устанавливали исходы после перенесенного ОКС 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 включенных в регистр пациентов старались установить причину и обстоятельства летального исхода при контакте с родственниками. Во время опроса оценивался жизненный статус (жив пациент или умер); проводимая реабилитация (санаторий, наблюдение у терапевта, 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 из РСЦ. У пациентов уточнялась информация о проводимом на дату контакта лечении, длительности двойной антитромботической терапии (ДАТТ), дозах и продолжительности

Среди большого количества регистров ОКС и ОИМ только в единичных была проведена оценка отдаленных, через 1-5 лет, исходов после перенесенного ОКС/ОИМ и установлена роль различных факторов, влияющих на них у данной категории лиц [4, 8, 10, 12]. При этом в проведенных в нашей стране регистрах практически отсутствуют сведения о приверженности пациентов к выполнению рекомендаций по современной медикаментозной терапии, нет данных, касающихся осведомленности об индикаторах качества лечения и фактически проводимой кардиореабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе после перенесенного ОИМ.

Цель работы – установить отдаленные, через 2,5 года, исходы после референсного ОИМ, изучить приверженность пациентов комплексной лекарственной терапии, рекомендованной после перенесенного ОИМ и провести анализ качества эффективности медикаментозного лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе в рамках проспективной части Хабаровского регистра ОИМ.

приема статинов, оценивали приверженность пациентов к соблюдению врачебных рекомендаций (опросник Мориска-Грина) [11], а также их осведомленности об уровнях общего холестерина крови (ОХС), АД, глюкозы крови и ряд других дополнительных сведений.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 6.0 for Windows (StatSoft Inc., USA). При описании данных клинического обследования больных рассчитывали средние (М) и относительные (Р) показатели, стандартную ошибку средних ($\pm mM$) и относительных ($\pm mP$) величин, стандартное квадратическое отклонение (σ). Для оценки взаимосвязей между изучаемыми признаками использовалась методика расчета коэффициента корреляции Пирсона. С целью изучения степени влияния ряда качественных и количественных характеристик в группах рассчитывалось отношение шансов OR (анализ таблиц сопряженности) и доверительные интервалы 95 %CI. При расчете отношения шансов для показателей, включенных в исследование, использовали бинарный логистический регрессионный анализ. Для количественных переменных проводился тест на нормальность распределения. Сравнение между собой непрерывных величин с нормальным распределением осуществлялось с помощью *t*-критерия Стьюдента. Для сравнения непрерывных величин при неправильном распределении показателя использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из 292 пациентов, выписанных из РСЦ, жизненный статус удалось установить у 274 (93,8 %), 18 (6,2 %) были потеряны для контакта. Из указанных выше 274 человек умерло 45 (16,42 %) или 15,4 % от всех выписанных из стационара, 21 мужчина и 24 женщины. Из 45 умерших у 39 (14,23 %) причиной смерти были различные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), у

6 (2,19 %) человек – несердечные (онкология, кровотечение, автотравма), таким образом, доля умерших от ССЗ, составила 86,6 %. В группе умерших от ССЗ причинами смерти были повторный ОИМ у 25 человек (55,5 %), острая сердечная недостаточность (ОСН) – у 10 (22,2 %) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – у 4 (8,8 %). Данные отдаленной

летальности в Хабаровском регистре ОИМ оказались хуже по сравнению с результатами зарубежных регистров различной давности (в более «старом» регистре ОКС GRACE 6-месячная летальность после выписки из стационара составила 4,8 % [10], в «новом» регистре EPICOR годовая летальность равнялась уже 3,9 % [12]). Однако, по сравнению с Российским регистром ЛИС, проведенным в 2005–2007 годах, еще в «дореперфузионную эру», в котором летальность через 3 года после перенесенного ОИМ составила 19,9% от общего числа выписанных из стационара [4], она оказалась ниже. Возможно, это было обусловлено тем, что пациенты, включенные в Хабаровский регистр ОИМ, получали в основном фармако-инвазивное вмешательство. Вместе с тем процент повторных ОИМ, ОИМ и ОНМК в нашем регистре и регистре ЛИС был практически одинаковым.

В Хабаровском регистре показатели отдаленной летальности среди пациентов с ИМнСТ и ИМбпСТ достоверно не различались: при ИМнСТ выживших 117, умерших 28, летальность 19,3 %, при ИМбпСТ выживших 112, умерших 17, летальность 13,2 % ($p=0,632$). В настоящее время до сих пор среди большинства врачей существует мнение о том, что прогноз у больных ИМбпСТ более благоприятный, чем у пациентов ИМнСТ. Тем не менее, по результатам различных исследований риск развития повторных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпСТ) даже превышает соответствующий показатель у больных ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпСТ), хотя госпитальная летальность при ОКСпСТ в 2-3 раза выше, чем при ОКСбпСТ [10, 12]. Этот факт объясняют тем, что пациенты с ОКСбпСТ, как правило, старше, чаще полиморбидны, особенно в плане сочетания коронарной патологии с сахарным диабетом (СД) и хронической болезнью почек (ХБП), чаще госпитализируются в «неинвазивные» стационары, в связи с чем, им реже проводятся первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) [1].

Проведенный бинарный логистический регрессионный анализ позволил установить предикторы летального исхода через 2,5 года после выписки из РСЦ среди умерших пациентов, включенных в Хабаровский регистр (таблица). Такие предикторы развития смерти как возраст старше 75 лет, сопутствующие СД, фибрилляция предсердий (ФП), ОИМ, сниженная (менее 40 %) фракция выброса левого желудочка, повышенный креатинин крови, то есть наличие ХБП, а также прием диуретиков на госпитальном этапе терапии были продемонстрированы ранее в зарубежных и российских регистрах [4, 5, 8, 10, 12]. Наряду с этим, в нашем регистре в отличие от других исследований были выявлены новые факторы, влияющие на отдаленную летальность после референсного события. В первую очередь это наличие сопутствующего цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ), которое в разы ухудшало отдаленный прогноз, отсутствие приема антигипертензивной терапии и, особенно, бета-блокаторов (БАБ) до возникновения ОИМ, а также назначение антиагрегантов в нагрузочной дозе, как требуют современные рекомендации в первые часы заболевания. Очевидно, что с одной стороны, соче-

тание ИБС с различными проявлениями ЦВЗ (перенесенный инсульт, сосудистая деменция, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия), чаще наблюдаемое у пациентов старших возрастных групп, у которых госпитальный и отдаленный прогноз достоверно хуже, с другой стороны – наличие ОИМ на фоне ЦВЗ, ограничивало у этой категории больных проведение процедуры первичного ЧКВ, применение антикоагулянтов и комбинации антитромбоцитарных препаратов из-за большего числа возможных осложнений, прежде всего внутричерепных геморагий [14, 15]. Именно неиспользование комбинации антитромбоцитарных препаратов в нагрузочных дозах (ацетилсалициловая кислота + клопидогрель 300-600 мг или тикагрелол 180 мг) в ранние сроки заболевания по результатам нашего регистра достоверно ухудшало прогноз у пациентов после перенесенного ОИМ на отдаленном этапе наблюдения. Вместе с тем, подобная терапия является необходимым элементом лечения пациентов с разными типами ОКС вне зависимости от тактики реваскуляризации [14, 15]. Хабаровский регистр выявил, что лечение антигипертензивными препаратами, как доказательство положительного влияния коррекции такого фактора риска как артериальная гипертензия, а также прием БАБ до референсного ОИМ, которые улучшают прогноз у пациентов с ИБС [7, 13] достоверно влияли на отдаленную выживаемость.

За 2,5 летний период после выписки из стационара у выживших пациентов ($n=229$) из Хабаровского регистра ОИМ развились следующие осложнения: 30 (13,1%) случаев повторного ОИМ, 12 (5,2 %) – ОНМК, 8 (3,5 %) – значимые кровотечения, 123 (53,7 %) госпитализаций в связи с ССЗ, в том числе по причине реваскуляризации миокарда, 60 (26,2 %) – госпитализаций по поводу обострения других заболеваний. Всего 68 человек (29,7 %) были подвергнуты процедурам ЧКВ /аорто-коронарного шунтирования (АКШ), из них 52 пациента (22,2 %) прошли плановое ЧКВ/АКШ в рамках отсроченной полной реваскуляризации миокарда и 4 (1,7 %) провели каротидную эндартэктомию. Признаны инвалидами после перенесенного ОИМ были 50 человек (22 %). Достаточно высокий процент выполненных процедур ЧКВ/АКШ после референсного ОИМ характеризует хорошо отлаженную работу федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (ФЦ ССХ) в городе Хабаровске, в который были направлены пациенты после выписки из РСЦ с целью проведения плановой коронароангиографии при отсутствии ее проведения во время референсной госпитализации, процедур полной реваскуляризации миокарда при многососудистом поражении коронарных артерий или неудачном первичном ЧКВ.

Всего 53 пациента (23,1 %) из всех выживших ($n=229$) в рамках регистра ОИМ были направлены в местный кардиологический санаторий для проведения дальнейшей кардиореабилитации. В последующем 191 пациент (83,4 %) из перенесших ИМ в течение 2,5 лет на амбулаторно-поликлиническом этапе находились под наблюдением кардиолога (41-17,9 %), кардиолога совместно с участковым терапевтом (47-20,5 %), чуть больше – 103 (45 %) только участковых терапевтов. К сожалению, 38 (16,6 %) пациентов после референс-

ного ОИМ вообще нигде не наблюдались, таким образом, свыше 60 % лиц, перенесших ОИМ, в течение последующих 2,5 лет ни разу не были на консультации у специалиста-кардиолога на амбулаторном этапе.

Анализ приверженности лекарственной терапии с доказанным положительным влиянием на отдаленные исходы после выписки из РСЦ, то есть «прогноз-модифицирующим» препаратам, согласно современным рекомендациям через 2,5 года выявил следующие особенности (рис. 1). Прием ацетилсалициловой кислоты оставался достаточно высоким, однако наблюдалось достоверное снижение частоты приема БАБ, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или антагонистов рецепторов ангиотензина (иАПФ/АРА), но особенно – приема статинов. Если при выписке из РСЦ 69,5 % пациентам была рекомендована статинотерапия высокими дозами (аторвастатин 40/80 мг, розувастатин 20/40 мг), то через 2,5 года после перенесенного ОИМ только 24 % из них принимали соответствующие дозы.

По сравнению с результатами, полученными в российской когорте исследования EUROASPIRE IV по вторичной профилактике больных ИБС в Европе, перенесших ОКС, АКШ или ЧКВ, пациенты из Хабаровского регистра даже чаще принимали иАПФ/АРА (76 % против 65,1 %), однако реже антиагреганты (87,8 % против 93,4 %), БАБ (73,8 % против 80,1 %), особенно статины (65,1 % против 74,6 %) [6]. Также плохо обстояло дело с приёмом ДАТТ: в течение года наблюдения процент лиц, которым она была рекомендована, снизился практически в два раза – с 90,6 % до 55,9 %, при этом треть больных прекратила прием двух антиагрегантов уже через 3 месяца (рис. 2), хотя в клинических рекомендациях по ведению пациентов при разных типах ОКС четко прописан прием ДАТТ в течение 12 месяцев после референсного события [14, 15]. Большинство пациентов (71,6 %) отмечали хорошую переносимость принимаемых лекарств, у 7 % были жалобы на геморрагии.

Доказано, что низкая приверженность к лечению больных после ОИМ существенно нивелирует эффективность инвазивных и фармакологических методов реперфузии миокарда, повышает риск развития осложнений, сопровождается снижением качества жизни и приводит к увеличению затрат на лечение [11]. Для скрининга приверженности лечению использовали тест Мориски – Грина, согласно которому всего было опрошено 229 человек. Приверженными (набравшими 4 балла) оказалось чуть меньше половины пациентов – 109 (47,6 %), недостаточно приверженными (3 балла по результатам теста) – 56 (24,4 %), не приверженными лечению (равно и меньше 2 баллов) – 45 (19,7 %), 19 человек (8,3 %) затруднились ответить. Таким образом, 2/3 пациентов из регистра оказались готовыми принимать медикаментозную терапию длительное время, что подтверждается и данными рисунка 1. На это, очевидно, могли повлиять такие факторы, как наличие тяжелого заболевания в виде ОИМ, госпитализация в РСЦ, проведенное первичное ЧКВ, а также выполненные процедуры ЧКВ/АКШ после референсного события.

Одной из задач проспективной части Хабаровского регистра ОИМ помимо проведения скрининга при-

верженности длительной медикаментозной терапии было изучение осведомленности об уровнях ОХС, АД, глюкозы крови у пациентов после референсного события, тем более, что отечественных исследований по данному направлению практически нет. Установлено, что через 2,5 года после перенесенного ОИМ большинство пациентов (184 – 80,4 %) знали свой уровень АД, чуть меньше половины (111 – 48 %) – уровень глюкозы крови. Хуже всего обстояло дело с информированностью о значении ОХС: 15 человек (6,6 %) назвали уровень ОХС < 4 ммоль/л, 64 человек (30 %) > 4 ммоль/л. Только треть пациентов из регистра смогли указать значения всех трех показателей – ОХС, АД и глюкозы крови, которые являются важными индикаторами качества лечения. Кроме того, всем оставшимся в живых через 2,5 года после референсного ОИМ пациентам, предлагалось провести самооценку здоровья. Более половины (55,5 %) выбрали ответ – «посредственная», одна треть (36,2 %) – «хорошая» и только десятая часть (8,2 %) – «плохая».

Таблица

Предикторы смертельного исхода через 2,5 года после референсного ОИМ

Фактор	Отношение шансов (OR)	95 % ДИ	p
Сопутствующее ЦВЗ	26,648	11,210 – 63,345	0,0001
Сопутствующий СД	4,982	2,445 – 10,152	0,0001
Наличие ОШ 2-4-й стадии	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
ФВ < 40 %	3,004	1,281 – 7,044	0,01
Неприм 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 ФП	1,997	1,050 – 3,798	0,04
Повышенный креатинин 120 мкмоль/л и более	1,916	1,037 – 2,923	0,01
Неприм БАБ на догоспит. этапе	1,898	1,075 – 3,351	0,03

Примечание. ЦВЗ – цереброваскулярное заболевание, СД – сахарный диабет, ОШ – острая сердечная недостаточность, ФВ – фракция выброса, БАБ – бета-адреноблокаторы.

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. Анализ полученных данных показал недостаточную частоту приема «прогноз-модифицирующих» 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 (ОХС, АД) в реальной клинической практике оказались низкими, так же как и процент больных, прошедших санаторный этап кардиореабилитации и имевших возможность наблюдаться у кардиологов в поликлиниках по месту жительства.

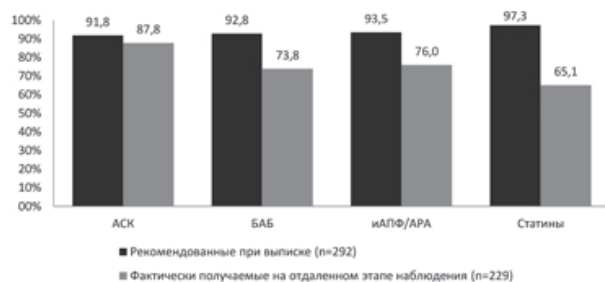


Рис. 1. Частота приема «прогноз-модифицирующих» лекарственных препаратов, рекомендованных при выписке и через 2,5 года после референсного ОИМ (АСК – ацетилсалициловая кислота, БАБ – бета-адреноблокаторы, иАПФ – ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, АРА – антагонисты к рецепторам ангиотензина II)

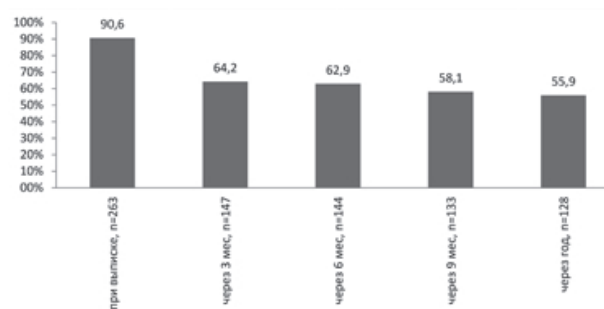


Рис. 2. Частота применения рекомендованной двойной антитромбоцитарной терапии при выписке из РСЦ и фактически принимаемой в течение года

Литература

1. Барбараш О.Л., Кашталап В.В. Лечение пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. Все ли проблемы решены? // Сердце. – 2016. – Т. 15, № 5. – С. 320-325.
2. Васильева Л.В., Шевченко И.И., Эрлих А.Д. от имени участников регистра РЕКОРД-3. Динамика лечения и госпитальных исходов у пациентов с острым коронарным синдромом в «неинвазивных» стационарах (данные регистров серии «РЕКОРД») // Трудный пациент. – 2016. – № 14. – С. 5-10.
3. 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. – Т. 12, № 1. – С. 56-62.
4. 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 // Профилактическая медицина. – 2013. – № 2. – С. 32-38.
5. 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. – Т. 10, № 2. – С. 170-173.
6. Погосова 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. – Т. 56, № 12. – С. 11-19.
7. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Российские рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – № 4. – С. 40-51.
8. Эрлих А.Д. от имени всех участников Московского регистра ОКС. Первый московский регистр острого коронарного синдрома: результаты 6-месячного наблюдения // Неотложная кардиология. – 2014. – № 2. – С. 3-9.
9. GO A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2014 Update. A Report from American Heart Association // Circulation. – 2014. – Vol. 129. P. 28-292.
10. Goldberg R.J., Currie K., Brieger D., 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. – Vol. 93, № 3. – P. 288-293.
11. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to Medication // N Engl J Med. – 2005. – Vol. 353. – № 5. – P. 487-497.
12. Pocock S., Bueno H., Licour M., et al. Predictors of one-year mortality at hospital discharge after acute coronary syndrome: 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. – Vol. 4, № 6. – P. 509-517.
13. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H., et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 1635-1701.
14. 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: The 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. – Vol. 37, № 3. – P. 267-315.
15. Steg Ph. G., James S.K., Atar D., et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2569-2619.

Literature

1. Barbarash O.L., Kashtalap V.V. Treatment of patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation. Are all problems solved? // Serdce. – 2016. – Vol. 15, № 5. – P. 320 – 325.
2. Vasil'eva L.V., Shevchenko I.I., Jerlih A.D. On behalf of the participants of the RECORD-3 register. Dynamics of treatment and hospital outcomes in patients with acute coronary syndrome in «non-invasive» hospitals

(data from the registers of the «RECORD» series) // Trudnyj pacient. – 2016. – № 14. – P. 5-10.

3. Malaj L.N., Solohina L.V., Buhonkina Ju.M., et al. Characteristics of patients and hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction: registry data (Khabarovsk), part 1 // Racional'naja Farmakoterapija v Kardiologii. – 2016. – T. 12, № 1. – P. 56-62.

4. Marceвич S.Ju., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. Luberskiy mortality study (LIS study): factors affecting the long-term prognosis of life after myocardial infarction // Profilakticheskaja medicina. – 2013. – № 2. – P. 32-38.

5. Marceвич S.Ju., Kutishenko N.P., Ginzburg M.L., et al. The effect of atrial fibrillation on the immediate and long-term prognosis of life in acute myocardial infarction. The data of the LIS-1 study (Luberskaya study of mortality of patients with acute myocardial infarction) // Racional'naja Farmakoterapija v Kardiologii. – 2014. – Vol. 10, № 2. – P. 170-173.

6. Pogosova N.V., Oganov R.G., Bojcov S.A., et al. Drug therapy in patients with ischemic heart disease in Russia and Europe: the results of the Russian part of the international multicentre study EUROASPIRE IV // Kardiologija. – 2016. – Vol. 56, № 12. – P. 11-19.

7. Prevention of chronic non-infectious diseases. Russian recommendations // Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika. – 2013. – № 4. – P. 40-51.

8. Jerlih A.D. On behalf of all participants of the Moscow Register of ACS. The first Moscow registry of acute coronary syndrome: results of a 6-month observing // neotlozhnaja kardiologija. – 2014. – № 2. – P. 3-9.

9. GO A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2014 Update. A Report

from American Heart Association // Circulation. – 2014. – Vol. 129. – P. 28-292.

10. Goldberg R.J., Currie K., Brieger D., 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. – Vol. 93, № 3. – P. 288-293.

11. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to Medication // N Engl J Med. – 2005. – Vol. 353, № 5. – P. 487-497.

12. Pocock S., Bueno H., Licour M., et al. Predictors of one-year mortality at hospital discharge after acute coronary syndrome: 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. – Vol. 4, № 6. – P. 509-517.

13. Perk J., Guy De Backer., Gohike H., et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 1635-1701.

14. 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: The 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. – Vol. 37, № 3. – P. 267-315.

15. Steg Ph. G., James S.K., Atar D., et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2569-2619.

Координаты для связи с авторами: Малай Людмила Николаевна – аспирант кафедры ОЗиЗсКИМиП ДВГМУ, e-mail: l-malay@rambler.ru, тел. +7-914-771-15-40; Давидович Илья Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии с курсом эндокринологии ДВГМУ, тел. +7-914-542-48-21, e-mail: ilyadavid@rambler.ru.

